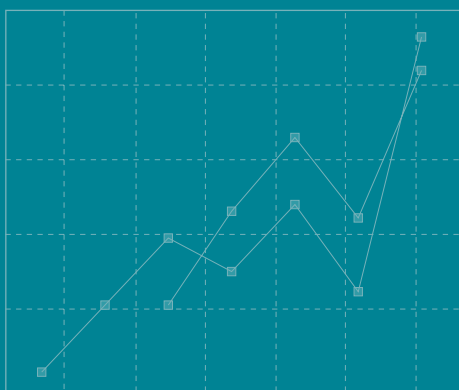


COLLECTION  
la santé et  
le bien-être

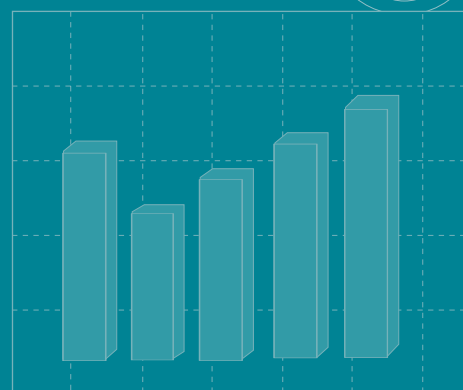
Enquête sociale et  
de santé auprès  
des enfants et des  
adolescents québécois  
1999

9



4

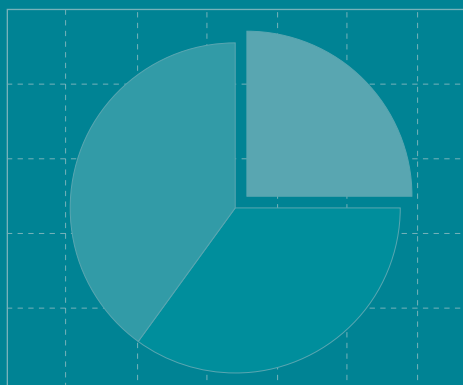
0



8

6

5



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'Éducation<sup>1</sup> 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 Théroux ont géré cette vaste entreprise qui les a menés aux quatre coins du Québec. Nous remercions les chefs d'équipes régionales, les infirmières, les kinésiothérapeutes 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.

---

<sup>1</sup> 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

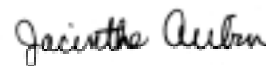
Tousignant, membres externes du comité de révision, ainsi que Jean-Pierre Courteau de la Direction de la santé publique de la RRSSS de l'Outaouais.

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 Descroisselles<sup>2</sup> pour la révision linguistique, Lise Ménard-Godin<sup>2</sup> pour la recherche documentaire, France Lacoursière<sup>3</sup> pour les aspects administratifs, France Lozeau, Thérèse Cloutier, Nadia Tremblay, Lucie Desroches et Jocelyne Tanguay<sup>2</sup> 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

<sup>2</sup> Direction de l'édition et des communications.

<sup>3</sup> 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

<b>Chapitre 1 Méthodes</b>		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	<b>Chapitre 3 Milieu familial et milieu de garde</b>	
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
<b>Chapitre 2 Caractéristiques socioculturelles et situation financière des jeunes</b>		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

<p>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</p> <p>4.14 Réponses aux énoncés de la confiance en soi à l'école, enfants de 9 ans, Québec, 1999..... 124</p> <p>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</p> <p>4.16 Réponses à la question « En général, est-ce que tu aimes aller à l'école? », enfants de 9 ans, Québec, 1999 ..... 125</p> <p>4.17 Goût pour l'école selon certains facteurs associés, enfants de 9 ans, Québec, 1999 ..... 125</p> <p>4.18 Aspirations scolaires des adolescents de 13 ans et 16 ans selon certains facteurs associés, Québec, 1999..... 126</p> <p>4.19 Composantes de l'indice d'intérêt des parents pour l'école, enfants de 9 ans, Québec, 1999..... 127</p> <p>4.20 Composantes de l'indice d'intérêt des parents pour l'école, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999 ..... 128</p> <p>C.4.1 Population estimée d'enfants et d'adolescents ayant accès à certains services ou installations à l'école, Québec, 1999 ..... 133</p> <p>C.4.2 Population estimée d'enfants et d'adolescents ayant accès à certains types de services alimentaires à l'école, Québec, 1999 ..... 133</p> <p>C.4.3 Fréquence de diverses situations déclarée par la direction de l'école, Québec, 1999 ..... 134</p> <p><b>Chapitre 5 Perception de l'environnement social : quartier ou voisinage</b></p> <p>5.1 Insécurité ressentie sur le chemin de l'école par les enfants et les adolescents selon le sexe, Québec, 1999..... 141</p>	<p>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</p> <p>5.3 Motifs de l'insécurité ressentie, enfants et adolescents ayant peur sur le chemin de l'école, Québec, 1999 .... 142</p> <p>5.4 Mode de transport utilisé pour se rendre à l'école, Québec, 1999 ..... 142</p> <p>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</p> <p>5.6 Insécurité du quartier perçue par le parent selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999..... 144</p> <p>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</p> <p>5.8 Qualité du quartier comme endroit pour élever des enfants évaluée par le parent selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999..... 145</p> <p>5.9 Évaluation du quartier par le parent des enfants et des adolescents, Québec, 1999..... 146</p> <p>5.10 Évaluation des caractéristiques du quartier par le parent des enfants et des adolescents, Québec, 1999..... 147</p> <p>5.11 Évaluation très positive des éléments positifs du quartier par le parent selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999 ..... 148</p> <p>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</p>
---	--

## 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

<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p><b>Chapitre 10 Pratique de l'activité physique</b></p> <p>10.1 Indicateurs d'activité physique pratiquée au cours d'une période de 7 jours selon le sexe, Québec, 1999... 236</p> <p>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</p> <p>10.3 Perceptions des enfants de 9 ans quant à leur niveau d'activité physique comparé selon le sexe, Québec, 1999 ..... 237</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>10.6 Pratique d'activités physiques spécifiques au cours d'une période de 7 jours (janvier à mai), Québec, 1999..... 239</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p><b>Chapitre 11 Emploi du temps et pratiques culturelles</b></p> <p>11.1 Temps consacré aux devoirs et leçons selon le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999..... 255</p>
--	--



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	<b>Chapitre 12 Sexualité et mesures préventives contre les MTS et la grossesse</b>		
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
<b>Chapitre 13 Comportements alimentaires</b>					
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	14.11	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
14.2	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	14.12	Proportion d'adolescents satisfaits de leur image corporelle selon différents facteurs et le sexe, Québec, 1999.....	326
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	14.13	Actions concernant le poids selon le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999.....	327
14.4	Catégorie de poids du parent selon celle des enfants et adolescents et le sexe, Québec, 1999.....	318	14.14	Actions concernant le poids selon le sexe, adolescents de 13 et 16 ans, Québec, 1999.....	327
14.5	Perception de l'état de santé selon la catégorie de poids et le sexe, Québec, 1999.....	319	14.15	Actions concernant le poids selon la catégorie de poids et le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999.....	328
14.6	Niveau d'estime de soi selon la catégorie de poids et le sexe, adolescents de 13 et 16 ans, Québec, 1999.....	320	14.16	Actions concernant le poids selon la catégorie de poids et le sexe, adolescents de 13 et 16 ans, Québec, 1999.....	329
14.7	Image corporelle actuelle et souhaitée selon le sexe, Québec, 1999.....	321	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	Indice de satisfaction à l'égard de l'image corporelle selon le sexe, Québec, 1999.....	322	14.8	Méthodes pour gagner du poids utilisées sur une période de 6 mois, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	331
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	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
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	C.14.2	Valeurs des 5 <sup>e</sup> , 85 <sup>e</sup> et 95 <sup>e</sup> percentiles de l'IMC et du 75 <sup>e</sup> 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	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
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	15.7	Moyenne, écart-type et certains percentiles pour les concentrations plasmatiques de glucose (mmol/L) selon le sexe, Québec, 1999.....	354
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	15.8	Moyenne, écart-type et certains percentiles pour la tension artérielle systolique (mmHg) selon le sexe, Québec, 1999.....	355
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	15.9	Moyenne, écart-type et certains percentiles pour la tension artérielle diastolique (mmHg) selon le sexe, Québec, 1999.....	356
<b>Chapitre 15 Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires</b>			15.10	Proportion de jeunes présentant une tension artérielle systolique limite ou élevée selon le sexe, Québec, 1999 ...	356
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	15.11	Valeurs moyennes des lipides plasmatiques selon la catégorie de poids et le sexe, Québec, 1999.....	358
15.2	Moyenne, écart-type et certains percentiles pour les concentrations plasmatiques de cholestérol total (mmol/L) selon le sexe, Québec, 1999.....	351	15.12	Valeurs moyennes de la glycémie et de la tension artérielle selon la catégorie de poids et le sexe, Québec, 1999.....	359
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	15.13	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
15.4	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	15.14	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
15.5	Moyenne, écart-type et certains percentiles pour les concentrations plasmatiques des triglycérides (mmol/L) selon le sexe, Québec, 1999.....	353	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	16.10	Nombre et fréquence de problèmes de santé de courte durée selon le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999 .....	379
15.17	Nombre de facteurs de risque modifiables de MCV selon le sexe, Québec, 1999 .....	363	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
15.18	Nombre de facteurs de risque modifiables de MCV selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999.....	364	16.12	Fréquence des problèmes de santé de courte durée selon le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999 .....	380
<b>Chapitre 16 État de santé physique et recours aux médicaments</b>			16.13	Fréquence des problèmes de santé de courte durée selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	381
16.1	Perception de l'état de santé selon le sexe, Québec, 1999.....	374	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
16.2	Perception de l'état de santé selon le niveau de soutien affectif maternel, enfants de 9 ans, Québec, 1999 .....	375	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
16.3	Perception de l'état de santé selon le niveau de soutien affectif maternel, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999 .....	375	16.16	Nombre de problèmes de santé chroniques ou de longue durée selon le sexe, Québec, 1999 .....	383
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	16.17	Prévalence des problèmes de santé chroniques ou de longue durée selon le sexe, Québec, 1999 .....	384
16.5	Perception de l'état de santé selon le niveau de troubles émotifs, enfants de 9 ans, Québec, 1999.....	376	16.18	Limitation des activités selon le sexe, Québec, 1999.....	384
16.6	Perception de l'état de santé selon le niveau de détresse psychologique, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999 .....	376	16.19	Nombre de médicaments consommés au cours d'une période de deux semaines selon le sexe, Québec, 1999.....	385
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	16.20	Consommation de médicaments au cours d'une période de deux semaines selon la classe de médicaments et le sexe, Québec, 1999 .....	386
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			

## 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	<b>Annexe 4 Caractéristiques des parents</b>		
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
<b>Chapitre 21 Violence dans les relations amoureuses à l'adolescence</b>			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]).

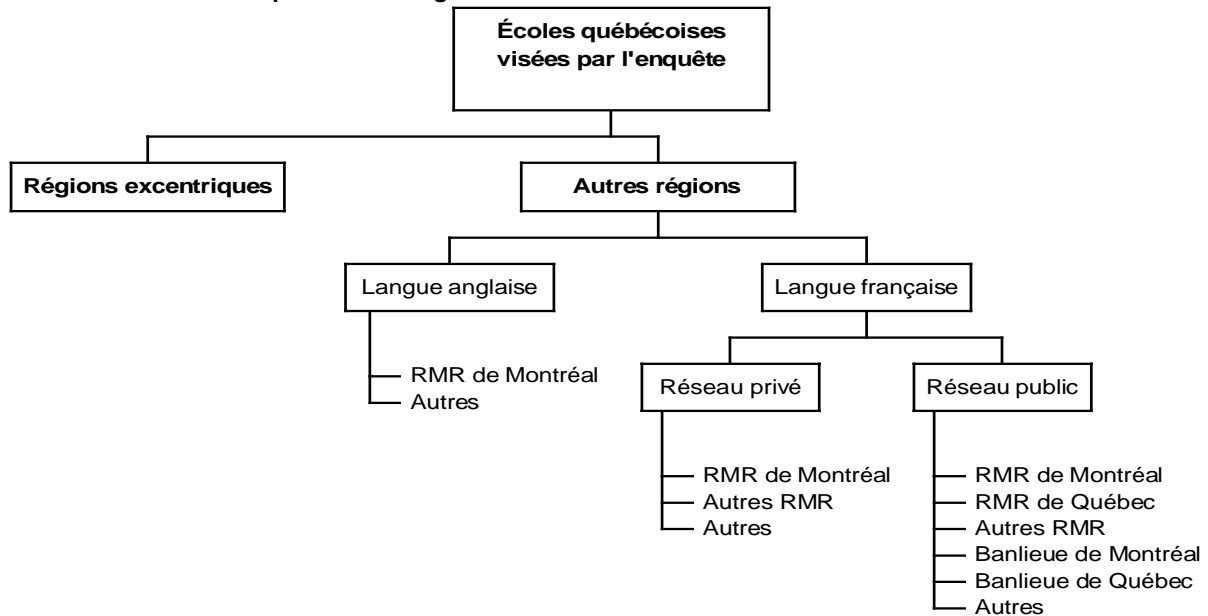
Enfin, pour chacune des écoles sélectionnées, les enfants et adolescents appartenant aux groupes d'âge visés ont été identifiés. Des jeunes ont ensuite été sélectionnés aléatoirement selon le sexe dans chacune de ces écoles.

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						
<b>Langue</b>	<b>Réseau</b>	<b>Région</b>				
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 <sup>(3)</sup>	46	2,9	3,6
		RMR Québec				
		Autres				
Anglais	...	RMR Montréal	5	110	7,0	7,6
		Autres	2	46	2,9	2,6
Hors école secondaire						
<b>Total</b>			<b>71</b>	<b>1 564</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

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 <sup>(1)</sup>	Nombre d'ados <sup>(2)</sup>	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
<b>54</b>	<b>1 556</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>1 700</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

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

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 <sup>(1)</sup>	
	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

<sup>(1)</sup> 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 subséquentement 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 <sup>(1)</sup>	38,8	41,0	39,3

<sup>(1)</sup> 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.

LAVALLÉE, 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.



# **Description des jeunes et de leur milieu de vie**

Caractéristiques socioculturelles et financières des jeunes

Milieu familial et milieu de garde

Milieu scolaire et caractéristiques des jeunes à l'école

Perception de l'environnement social : quartier ou voisinage





# Caractéristiques socioculturelles et situation financière des jeunes

**Hélène Riberdy**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

**Christiane Morin**

Direction de la planification et de l'évaluation  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

---

### Introduction

Les caractéristiques individuelles des jeunes occupent la place centrale du modèle conceptuel adopté pour l'enquête. En général, on documente les caractéristiques socioculturelles et financières des jeunes à partir des réponses des parents; dans la présente enquête, quelques questions sur ce sujet ont été posées directement aux jeunes.

Ce chapitre brosse donc un portrait des jeunes quant à ces caractéristiques principalement recueillies auprès d'eux. Il s'agit de renseignements essentiels tels que le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique et culturelle ainsi que de renseignements complémentaires tels que la perception de sa situation financière et le travail rémunéré durant l'année scolaire. Ces caractéristiques sont prises en compte lorsque la santé et le bien-être des jeunes sont analysés dans les chapitres subséquents.

En raison de leur nature, le sexe et l'âge des jeunes sont des facteurs qui doivent être considérés pour interpréter correctement leur état de santé et de bien-être. Toutefois, puisque l'enquête a été réalisée auprès de trois populations indépendantes (voir le chapitre 1), il n'y a pas de présentation de la répartition des jeunes selon l'âge; les résultats sont plutôt présentés distinctement pour les 9 ans, les 13 ans et les 16 ans.

L'appartenance ethnique et culturelle est un déterminant de la santé et du bien-être. On reconnaît qu'elle est reliée à l'environnement social, culturel et physique, aux habitudes de vie, à l'utilisation des services de santé formels et informels, à la façon de concevoir la maladie et aux valeurs éducatives (Gravel et Battaglini, 2000). Il y a d'une part les éléments génétiques ou historiques qui sont rattachés au lieu de naissance ou au groupe ethnique. D'autre part, l'identité que se reconnaît l'individu ou le jeune, ainsi que la langue utilisée à la maison et avec les meilleurs amis sont déterminantes dans le sentiment d'appartenance des jeunes. Il n'existe presque pas de données québécoises à ce sujet d'où l'intérêt de les documenter par le biais d'une enquête.

Le revenu du ménage ou la perception de la situation financière décrivent la condition financière de la famille plutôt que celle des jeunes. Ainsi, dans *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, l'analyse de la situation socioéconomique des Québécois de 15 ans et plus en lien avec la santé fait ressortir qu'une perception peu favorable est associée le plus souvent à un niveau élevé de détresse psychologique (Ferland, Paquet et Lapointe, 1995). Ici, une question permettant d'évaluer la perception de sa situation financière a été posée directement à l'adolescent. Cette estimation est complétée par la perception du parent présentée au chapitre 3.

Le Conseil permanent de la jeunesse nous rappelle que ce n'est pas d'hier que les jeunes travaillent pendant leurs études; déjà à partir de la fin des années 70 l'augmentation importante de ce phénomène a inquiété la population québécoise (Bisson, 1992). Quelques sondages et études réalisés auprès des adolescents ont montré que lorsque le temps consacré au travail rémunéré par semaine dépasse 15 ou 20 heures, le risque de difficultés et d'échecs scolaires augmente (Champagne, 1989; Conseil des Affaires sociales, 1992; Champagne, 1992; Beauchesne et Dumas, 1993). En deçà de cette limite, l'effet du travail sur le développement psychosocial du jeune et sur sa santé est mal connu. Par ailleurs, il ressort que les jeunes travaillent principalement pour participer à la société de consommation, se sentir libres et autonomes, acquérir de l'expérience de travail et alléger le fardeau financier de leurs parents (Bisson, 1992; Beauchesne et Dumas, 1993). Le travail à temps partiel se révèle donc une réalité importante des jeunes qu'il faut intégrer aux analyses.

Enfin, ces caractéristiques permettent également de mieux décrire la situation des jeunes vulnérables auxquels font référence les stratégies d'ensemble de *La Politique de la santé et du bien-être*, notamment les jeunes vivant dans des milieux défavorisés ou à faible revenu (MSSS, 1992).

Considérant ces éléments, ce chapitre présente dans un premier temps les caractéristiques socioculturelles des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans : leur sexe, la langue parlée le plus souvent avec leurs meilleurs amis, la langue parlée le plus souvent à la maison, leur lieu de naissance, l'identité ethnique qu'ils s'attribuent. Bien que rattachée à la famille plus qu'au jeune, l'appartenance ethnoculturelle de la famille habituelle est présentée ici afin de compléter son portrait culturel.

Dans un deuxième temps, la situation financière des adolescents de 13 et 16 ans est abordée : leur perception de la situation financière dans laquelle ils vivent, le travail rémunéré, le nombre d'heures

travaillées, et quelques éléments de motivation au travail afin de vérifier si les jeunes travaillent par nécessité.

## 2.1 Aspects méthodologiques

La plupart des questions utilisées dans ce chapitre proviennent de l'*Enquête sociale et de santé* (ESS) 1992-1993 et de celle de 1998 (adaptées pour les jeunes) à moins d'indication contraire. Règle générale, le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5 %. Dans les cas contraires, le pourcentage de non-réponse partielle est indiqué.

Le questionnaire rempli par l'enfant ou l'adolescent contient l'information sur le sexe (E2, A3, Q3) et l'âge (E1, A1, A2, Q1, Q2) de ceux-ci.

### *Caractéristiques socioculturelles*

L'enquête a permis de recueillir auprès des jeunes et auprès du parent qui les connaît le mieux plusieurs renseignements relatifs aux aspects ethniques et culturels. Le premier indicateur est la langue parlée le plus souvent avec les meilleurs amis (E3, A4, Q4). Cette question est inspirée de *l'Enquête sur l'adaptation linguistique des immigrants au Québec* et permet de mieux évaluer la langue que les enfants parlent à l'extérieur de la maison. Le second indicateur est l'identité ethnique perçue (A5, Q5) : « À quelle ethnie ou culture crois-tu appartenir? » Cette question n'a pas été demandée aux enfants de 9 ans considérant la difficulté pour eux de comprendre un concept aussi abstrait que l'ethnie. Bien que cet indicateur paraisse prometteur, il faut mentionner qu'il s'agit de la perception de l'adolescent au moment de la collecte de l'information; cette perception peut se modifier dans un autre contexte ou à un autre moment de sa vie. Le troisième indicateur, la langue parlée le plus souvent à la maison, provient des questions PE101, PA87 et Q167. À l'exception des jeunes de 16 ans ne fréquentant pas une école secondaire, c'est le parent qui a répondu à ces questions. Cette donnée rend compte globalement de la langue de communication

entre les parents et l'enfant. Il s'agit bien souvent de la langue maternelle des parents. Le quatrième indicateur, le lieu de naissance du jeune, provient de la déclaration du parent (PE98 et PA84) ou du jeune de 16 ans lorsqu'il ne fréquente pas une école secondaire (Q164).

Enfin, le cinquième élément, l'appartenance ethnoculturelle de la famille habituelle est un indice composé de plusieurs indicateurs, car aucun d'eux ne permet à lui seul de déterminer l'appartenance à une communauté culturelle. Il s'est inspiré de l'indice « groupe ethnoculturel » développé dans l'ESS de 1992-1993. Il permet d'établir l'appartenance à une communauté culturelle à l'aide de la langue parlée le plus souvent à la maison, du lieu de naissance de la mère biologique et du père biologique ainsi que de l'identité ethnique déclarée par le parent ou le jeune qui ne fréquente plus l'école (PE98 à 102, PA84 à 88, Q5 et Q164 à 167).

Considérant la taille de l'échantillon, la famille habituelle de l'enfant est classée en trois groupes distincts. Le groupe majoritaire réunit les familles de descendance française, britannique ou autochtone (c'est-à-dire de langue parlée à la maison française ou anglaise, dont les deux parents biologiques sont nés au Canada, en France, en Australie, au Royaume-Uni ou aux États-Unis et dont le parent répondant s'est déclaré Canadien, Québécois ou Autochtone). Précisons qu'il aurait été souhaitable de distinguer les familles de descendance autochtone, mais la taille de l'échantillon ne le permettait pas; l'inclusion au groupe majoritaire a donc été favorisée dans un souci d'uniformité avec l'Enquête sociale et de santé 1998. Le groupe mixte correspond à des familles dont un des parents fait partie du groupe majoritaire et l'autre du groupe minoritaire. Enfin, le groupe minoritaire comprend l'ensemble des familles dont la langue parlée à la maison n'est ni le français ni l'anglais, dont le parent répondant a déclaré une ethnie autre que canadienne, québécoise ou autochtone, peu importe son lieu de naissance, ainsi que les familles dont la langue parlée à

la maison est le français ou l'anglais mais dont le parent répondant a déclaré une ethnie autre que canadienne, québécoise ou autochtone et dont les deux parents biologiques sont nés à l'extérieur du Canada et des pays nommés plus haut.

Le principal avantage de cet indice consiste à donner une idée de l'appartenance ethnoculturelle des deux parents biologiques du jeune. Ainsi, l'information est utilisée comme un tout pour estimer cette caractéristique de la famille habituelle de l'enfant. Dans le cas des jeunes qui vivent au sein d'une famille recomposée, il aurait été souhaitable de connaître l'appartenance ethnoculturelle des conjoints actuels du parent, mais l'information nécessaire n'a pas été recueillie.

Un autre avantage de l'indice est d'avoir pu regrouper les familles dont un des parents est de descendance française, britannique ou autochtone et l'autre d'une descendance minoritaire. Il s'agit de jeunes dont les habitudes de vie et les valeurs éducatives pourraient se distinguer de celles des deux autres groupes retenus.

Bien que la plupart des indicateurs nécessaires à la construction de l'indice aient un faible taux de non-réponse partielle, plusieurs parents de langue française ou anglaise nés au Canada ou au Québec n'ont pas déclaré leur ethnie. Afin de diminuer la proportion de valeurs manquantes, il a fallu procéder à une imputation pour ces familles. Statistique Canada fait une opération semblable pour la variable origine ethnique lors des recensements (Boxhill, 1986; Statistique Canada, 1993). La proportion de familles pour lesquelles il n'est pas possible d'attribuer une appartenance ethnoculturelle diminue ainsi, après imputation, à 6 % pour les 13 ans et à 4 % pour les 9 ans et 16 ans. Avant imputation, ces proportions étaient de 14 %, 16 % et 13 % respectivement pour les 9 ans, 13 ans et 16 ans.

## Situation financière

La perception de la situation financière provient du questionnaire rempli par les adolescents (QA13) : « En comparaison avec les élèves de ta classe, dirais-tu que tu vis dans des conditions financières plus ou moins favorables? » Les enfants de 9 ans n'ont pas eu à répondre à cette question. Il s'agit d'une question inspirée de l'*Enquête Ados, familles et milieu de vie de 1991* (Cloutier, Champoux et Jacques, 1994). En début de parcours, cette question est apparue comme une des plus prometteuses pour évaluer le rapport entre le statut socioéconomique et la santé. En effet, non seulement cette mesure permet d'aller au-delà de l'aspect pécuniaire en prenant en compte de nouvelles composantes mais elle permet aussi d'utiliser l'information recueillie directement auprès du jeune plutôt qu'auprès d'une tierce personne (Ferland, Paquet et Lapointe, 1995). D'ailleurs, dans l'avis sur la pauvreté des jeunes, le Conseil permanent de la jeunesse encourage le développement d'indicateurs économiques permettant d'exprimer la complexité du phénomène de la pauvreté en rappelant qu'être pauvre ne se résume pas à manquer d'argent (Simard, Girouard et Bisson, 1993).

Même si les jeunes vont à l'école, certaines études ont montré qu'une grande part d'entre eux travaille (Lemyre-Desautels, La Boissière et Charland, 1991; Bisson, 1992; Beauchesne et Dumas, 1993; Deschesnes, 1992; Deschesnes et Schaefer, 1997). Pour décrire la situation de l'emploi des jeunes de 13 et 16 ans, trois indicateurs sont proposés : l'emploi rémunéré (A20 et Q24), le nombre d'heures travaillées en général par semaine (A21 et Q25) et les motifs du travail (A22 et Q26). Pour le deuxième indicateur, les heures travaillées ont été regroupées en quatre catégories à partir des résultats obtenus dans d'autres recherches (Beauchesne et Dumas, 1993; Deschesnes, 1992; Deschesnes et Schaefer, 1997). Cette question est largement inspirée de celle utilisée dans l'*Enquête auprès des élèves du secondaire sur le travail rémunéré durant l'année scolaire* (Beauchesne et

Dumas, 1993) . Le nombre d'heures consacrées au travail permet de mieux évaluer l'impact du travail sur la santé des jeunes. Le dernier indicateur concerne l'importance des motifs qui incitent les jeunes à travailler. Il s'agit d'une adaptation d'une question tirée de l'*Enquête auprès des élèves du secondaire sur le travail rémunéré durant l'année scolaire*. Cette question nous renseigne sur le sens que le jeune attribue au fait de gagner de l'argent et permet d'identifier ceux qui travaillent par nécessité.

## 2.2 Résultats

### 2.2.1 Caractéristiques socioculturelles des enfants et des adolescents

À tous les âges, les jeunes à l'étude se distribuent également selon le sexe, soit 49 % à 50 % de filles contre 50 % à 51 % de garçons (tableau 2.1).

Tableau 2.1  
**Enfants et adolescents selon le sexe, Québec, 1999**

	Garçons		Filles	
	%	Pe '000	%	Pe '000
9 ans	50,9	45,0	49,1	43,5
13 ans	51,1	44,0	48,9	42,1
16 ans	50,4	43,6	49,6	42,9

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

Comme on s'y attendait, la plupart des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans sont nés au Canada (tableau 2.2). Lorsqu'ils sont avec leurs meilleurs amis, les jeunes parlent plus souvent le français (un peu plus de 80 %), qu'ils aient 9 ans, 13 ans ou 16 ans. La deuxième langue la plus utilisée est l'anglais; beaucoup moins la parlent (11 % à 14 % selon l'âge). Une minorité d'entre eux, moins de 5 %, parlent avec leurs meilleurs amis une langue autre que le français ou l'anglais.

Tableau 2.2

**Caractéristiques ethniques et culturelles des enfants et des adolescents, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Lieu de naissance			
Canada	97,0	94,5	95,4
Extérieur du Canada	3,1*	5,6	4,6*
Langue parlée le plus souvent avec les meilleurs amis			
Français	85,1	83,6	84,6
Anglais	11,6	13,7	11,5
Autres <sup>(1)</sup>	3,3*	2,7*	4,0*
Langue parlée le plus souvent à la maison			
Français	83,9	83,1	83,6
Anglais	7,7	9,5	8,8
Français et anglais	3,0*	1,7**	1,4**
Autres <sup>(2)</sup>	5,3	5,7	6,2

<sup>(1)</sup> Comprend les réponses multiples français et anglais.

<sup>(2)</sup> Comprend les réponses multiples français, anglais et autres.

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

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

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

À la maison, le français est également la langue la plus souvent utilisée pour plus de 80 % des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans. L'anglais est la langue avec laquelle 8 % à 10 % des jeunes communiquent avec leurs parents. Enfin, 5 % à 6 % des jeunes s'expriment à la maison dans une langue autre que le français ou l'anglais.

La dimension de l'identité ethnique, ou sentiment actuel d'appartenance, permet de compléter le portrait des caractéristiques ethniques des personnes. Plus de 85 % des adolescents de 13 et de 16 ans considèrent qu'ils sont Canadiens ou Québécois (tableau 2.3). Toutefois, même si la majorité sont nés au Canada et parlent le français ou l'anglais avec leurs amis ou à la maison, 13 % des jeunes de 13 ans et 15 % de ceux de 16 ans s'identifient à une autre ethnie. La taille de l'échantillon ne permet pas cependant de faire cette analyse pour chacun des principaux groupes ethniques.

Tableau 2.3

**Identité ethnique perçue des adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	Canadienne ou québécoise	Autres
	%	
13 ans	86,8	13,2
16 ans	85,1	14,9

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

L'appartenance ethnoculturelle de la famille habituelle de l'enfant est évaluée à partir de la langue parlée à la maison, du lieu de naissance des enfants et des parents ainsi que de l'identité ethnique de l'un des parents. Autant pour les 9 ans, les 13 ans que les 16 ans, plus de 86 % des jeunes vivent dans une famille appartenant au groupe majoritaire (tableau 2.4). Les autres 13 % se répartissent également entre les familles du groupe mixte et celles du groupe minoritaire.

Tableau 2.4

**Appartenance ethnoculturelle de la famille habituelle des enfants et des adolescents, Québec, 1999**

	Groupe majoritaire		Groupe mixte <sup>(1)</sup>		Groupe minoritaire	
	%	Pe '000	%	Pe '000	%	Pe '000
9 ans	88,0	77,9	5,7	5,1	6,3	5,5
13 ans	86,8	74,8	6,7	5,7	6,5	5,6
16 ans	87,3	71,9	5,4	4,6	7,3	5,7

<sup>(1)</sup> Un parent appartient au groupe majoritaire et l'autre au groupe minoritaire.

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

Quand on analyse l'appartenance ethnoculturelle de la famille en rapport avec l'identité ethnique perçue des adolescents, on constate une association significative pour les jeunes de 16 ans. La plupart des adolescents appartenant au groupe majoritaire (97 %) s'estiment Canadiens ou Québécois et inversement, la plupart des jeunes appartenant au groupe minoritaire s'identifient à un autre groupe ethnique (95 %) (tableau 2.5). Les jeunes qui vivent dans des familles appartenant à un groupe mixte s'identifient surtout comme étant des Canadiens ou des Québécois (69 %). Chez les jeunes de 13 ans, on observe la même tendance avec des pourcentages similaires.

Tableau 2.5

**Identité ethnique perçue des adolescents de 13 ans et 16 ans selon l'appartenance ethnoculturelle de leur famille habituelle, Québec, 1999**

	Canadienne ou québécoise	Autres
	%	
13 ans		
Groupe majoritaire	96,4	3,6*
Groupe mixte	70,4	29,6*
Groupe minoritaire	2,9**	97,1
16 ans <sup>†</sup>		
Groupe majoritaire	96,7	3,3*
Groupe mixte	69,3	30,7*
Groupe minoritaire	5,3**	94,7

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'identité ethnique perçue et l'appartenance ethnoculturelle de la famille habituelle est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

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

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

**2.2.2 Situation financière des adolescents**

## 2.2.2.1 Perception de leur situation financière

Habituellement, la condition financière des jeunes est obtenue à partir des renseignements fournis par les parents; ces données sont présentées au chapitre 3 qui porte sur le milieu familial, à la section des caractéristiques socioéconomiques. L'enquête inclut toutefois une question directement adressée aux adolescents afin d'évaluer leur perception (tableau 2.6). Autant chez les 13 ans que chez les 16 ans, plus de 76 % des jeunes considèrent leur condition financière semblable à celle des autres élèves de leur classe. Un peu plus de 15 % estiment leur situation plus favorable que celle des autres, alors qu'un peu moins de 7 % évaluent leur situation moins favorable que celle des autres adolescents.

Tableau 2.6

**Perception de sa condition financière, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	Plus favorable	Semblable	Moins favorable
	%		
13 ans	15,5	78,3	6,2
16 ans <sup>(1)</sup>	17,1	76,3	6,7

<sup>(1)</sup> 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.

### 2.2.2.2 Emploi des adolescents

Le travail rémunéré pendant les études est une réalité pour plusieurs jeunes et ce phénomène s'accroît avec l'âge (tableau 2.7). En effet, environ 25 % des jeunes de 13 ans occupent un emploi rémunéré, comparativement à 34 % des jeunes de 16 ans<sup>1</sup>. Les filles travaillent autant que les garçons, tant à 13 ans qu'à 16 ans (données non présentées).

Tableau 2.7  
**Travail rémunéré, adolescents de 13 ans et 16 ans aux études, Québec, 1999**

	%	Pe '000
13 ans	24,9 <sup>1</sup>	21,4
16 ans <sup>(1)</sup>	33,9 <sup>1</sup>	28,1

(<sup>1</sup>) Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent aucun établissement d'enseignement.

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

L'intensité de la participation au marché du travail augmente avec l'âge. Près de 85 % des jeunes de 13 ans qui travaillent, le font 10 heures et moins par semaine (tableau 2.8). Un peu moins du tiers y alloue moins de 4 heures (28 %) et autant de 4 à 5 heures (27 %) ou de 6 à 10 heures (29 %). Les jeunes de 16 ans, eux, consacrent plus de temps au travail rémunéré. Près de 80 % des jeunes de 16 ans occupent un emploi d'au moins 6 heures par semaine, dont près de la moitié (47 %), de 11 heures et plus. L'échantillon ne permet pas d'estimer avec précision la proportion de jeunes qui sont en emploi plus de 11 heures pour les jeunes de 13 ans. Pour les jeunes de 16 ans, il y en a autant qui travaillent de 11 à 15 heures que de 16 à 20 heures (21 % et 17 % respectivement). Enfin, 10 % des jeunes de 16 ans occupent un emploi de 20 heures et plus (données non présentées).

Pourquoi les jeunes travaillent-ils? La possibilité de se payer les choses dont ils ont envie, de prendre de l'expérience sur le marché du travail et de faire des économies pour plus tard ressortent comme étant les motifs les plus importants. En effet, près de 93 % des jeunes de 13 ans qui travaillent ont tendance à considérer important ou très important de travailler pour se payer les choses dont ils ont envie (tableau 2.9). De même, on estime que 90 % des jeunes de 13 ans qui travaillent déclarent qu'il importe de travailler afin d'économiser pour plus tard. Enfin, environ 80 % accordent de l'importance au désir de prendre de l'expérience sur le marché du travail. Il ne faut pas négliger de mentionner que plus de 40 % des jeunes de cet âge qui travaillent affirment le faire pour aider leurs parents et environ 39 %, pour se procurer les choses essentielles aux études.

À 16 ans, pour environ 9 jeunes sur 10 qui travaillent, acheter les choses dont ils ont envie, prendre de l'expérience sur le marché du travail et économiser pour plus tard sont toutes des raisons également importantes qui motivent le travail. Plus de 30 % des jeunes travailleurs avouent également le faire pour aider leurs parents ou payer les choses essentielles dont ils ont besoin à l'école.

Les raisons pour travailler sont sensiblement les mêmes à 13 ans et à 16 ans. Il apparaît, toutefois, que les jeunes de 16 ans qui travaillent sont proportionnellement plus nombreux à considérer que l'expérience prise sur le marché du travail s'avère très importante (55 % c. 39 %). Il y a, à l'inverse, moins de jeunes de 16 ans (8 %) que de 13 ans (16 %) qui considèrent qu'aider leurs parents soit un motif très important en rapport avec la décision de travailler.

<sup>1</sup> Le dénominateur est constitué ici des jeunes inscrits à l'école secondaire (95,8 % des jeunes de cet âge) ou dans un autre établissement d'enseignement (2,5 %). Sont donc exclus 1,8 % des jeunes de 16 ans.

Tableau 2.8

**Temps consacré au travail rémunéré par semaine, adolescents de 13 ans et 16 ans aux études ayant un emploi rémunéré, Québec, 1999**

	Moins de 4 heures	De 4 à 5 heures	De 6 à 10 heures	11 heures et plus
	%			
13 ans	28,2 <sup>1</sup>	27,5 <sup>2</sup>	29,0	15,3 <sup>*3</sup>
16 ans <sup>(1)</sup>	8,3 <sup>*1</sup>	14,7 <sup>2</sup>	29,9	47,1 <sup>3</sup>

(1) Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent aucun établissement d'enseignement.

<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

Tableau 2.9

**Motif du travail, adolescents de 13 ans et 16 ans aux études ayant un travail rémunéré, Québec, 1999**

	Très important	Important	Pas du tout important
	%		
<b>13 ans</b>			
Pour payer les choses dont j'ai envie	52,2	40,4	7,4*
Pour prendre de l'expérience sur le marché du travail	39,1 <sup>1</sup>	40,7	20,2 <sup>3</sup>
Pour faire des économies pour plus tard	59,6	30,1	10,3*
Pour aider mes parents	15,8 <sup>*2</sup>	26,7	57,5
Pour payer les choses essentielles dont j'ai besoin à l'école	9,0*	30,2	60,9
<b>16 ans<sup>(1)</sup></b>			
Pour payer les choses dont j'ai envie	58,9	38,3	2,9**
Pour prendre de l'expérience sur le marché du travail	55,1 <sup>1</sup>	38,7	6,3 <sup>*3</sup>
Pour faire des économies pour plus tard	55,6	34,4	10,0*
Pour aider mes parents	8,0 <sup>*2</sup>	27,0	65,0
Pour payer les choses essentielles dont j'ai besoin à l'école	7,0*	24,1	68,9

(1) Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent aucun établissement d'enseignement.

<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

**Conclusion**

Ce chapitre permet de décrire quelques caractéristiques des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans visés par l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999.

Tout d'abord, il y a autant de filles que de garçons parmi les jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans. Bien que la population visée par l'enquête représente 98 % de la population totale, ce résultat correspond à ce qu'on observait pour l'ensemble de la population au recensement canadien de 1996, soit 51 % de garçons à

9 ans et 13 ans, et 52 % à 16 ans (Statistique Canada, 1997).

Les caractéristiques ethniques et culturelles des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans se ressemblent et la plupart des observations correspondent d'assez près à ce que nous révélait le recensement de 1996. Ainsi, de 94 % à 97 % des jeunes Québécois à l'étude sont nés au Canada tout comme l'indiquent les données du recensement de 1996 (95 %) (Statistique Canada, 2000b).

Par ailleurs, la langue que les jeunes utilisent le plus avec leurs meilleurs amis et à la maison est le français



(plus de 80 %). Moins de 5 % parlent habituellement une autre langue que le français ou l'anglais avec leurs amis alors que 5 % à 6 % parlent généralement une autre langue à la maison. Ces derniers résultats sont très semblables à ceux obtenus au recensement de 1996 pour la population de moins de 15 ans (Statistique Canada, 2000a).

Plus de 85 % des jeunes considèrent qu'ils sont Québécois ou Canadien alors que, selon le recensement de 1996, 80 % des jeunes de 6 à 17 ans sont d'origine ethnique ancestrale québécoise, canadienne ou britannique. Cette légère différence peut s'expliquer par le fait que l'origine ethnique ancestrale du jeune, à laquelle le recensement fait référence, diffère de son sentiment d'appartenance. De plus, au recensement, la déclaration est généralement faite par le parent alors que dans l'enquête, c'est le jeune lui-même qui répond. Pour les jeunes dont l'un des deux parents est d'origine québécoise, il est possible que ceux-ci s'identifient autant à cette origine qu'à celle de l'autre parent et que la réponse dépende du contexte de l'enquête.

Environ 12 % à 13 % des jeunes vivent dans une famille qui n'appartient pas au groupe ethnoculturel majoritaire au Québec. Bien que les résultats de l'enquête ne puissent pas être directement comparés avec ceux d'autres enquêtes, ceux de l'*Enquête sociale et de santé 1998* auprès de la population de 15 ans et plus sont du même ordre (11 %) (Chevalier et Sauvageau, 2000).

En ce qui concerne les caractéristiques économiques des jeunes, la perception que les adolescents de 13 et de 16 ans ont de leur situation financière est la même. Moins de 7 % considèrent qu'elle est moins favorable que celle des autres élèves de leur classe. À première vue, cela peut surprendre lorsque l'on sait qu'au recensement de 1996, 22 % des jeunes de 12 à 17 ans vivaient sous le seuil de la pauvreté (Statistique Canada, 1999). Cette situation correspond toutefois à ce qui a été observé dans l'*Enquête sociale et de santé*

1992-1993 auprès des 15 ans et plus : il y a un important écart entre la perception individuelle de la situation financière et le niveau de revenu du ménage (Ferland, Paquet et Lapointe, 1995). Puisqu'un lien étroit entre la perception de la situation financière et la satisfaction de la santé a été démontré, on peut penser qu'il en sera de même avec la perception des jeunes et l'évaluation qu'ils font de leur santé.

Enfin, l'enquête nous révèle que bien que la presque totalité des adolescents aillent à l'école, environ le quart ont également un travail rémunéré à l'âge de 13 ans, et le tiers à l'âge de 16 ans. Le pourcentage augmente avec l'âge tout comme dans l'*Enquête auprès des élèves du secondaire sur le travail rémunéré durant l'année scolaire* (EESTR) (Beauchesne et Dumas, 1993). La fréquence a toutefois diminué d'environ 10 % dans l'enquête actuelle. Il faut préciser que dans la présente enquête l'interrogation porte sur le travail au moment de l'enquête (collecte de données entre janvier et mai) alors que dans l'EESTR on se réfère à l'ensemble de l'année scolaire. Par ailleurs, un bref regard sur les données comparatives de l'Enquête de la population active entre 1990 et 1998 auprès des jeunes de 15 à 19 ans permet de constater qu'il y a eu une dégradation de l'accès à l'emploi pour les jeunes : le taux d'emploi passe de 42 % en 1990 à 31 % en 1998 (ISQ, 1999). Nos résultats sont donc plausibles et traduisent possiblement la dégradation de la situation de l'emploi.

L'enquête révèle aussi que le temps consacré au travail rémunéré par semaine varie selon l'âge : parmi les jeunes qui travaillent, à 13 ans, 15 % travaillent 11 heures ou plus, contre 47 % à 16 ans. Dans l'EESTR, ces proportions étaient de 23 % à 13 ans et de 56 % à 16 ans. On remarque donc qu'une plus grande proportion de jeunes travaillaient 11 heures et plus en 1992 selon l'EESTR, qu'en 1999 selon la présente enquête. De même, on constate, dans les enquêtes portant sur les jeunes du secondaire de la région de l'Outaouais (Deschesnes, 1992; Deschesnes et Schaefer, 1997), que la proportion des jeunes qui

travaillaient 11 heures et plus par semaine a diminué entre 1991 et 1996, passant de 32 % à 19 %, parmi ceux qui travaillaient.

Les résultats indiquent que les jeunes travaillent le plus souvent pour payer les choses dont ils ont envie (plus de 90 % de ceux qui travaillent) ou pour prendre de l'expérience (de 80 % à 94 % de ceux qui travaillent) tant chez les 13 ans que chez les 16 ans. Bien que les résultats soient difficiles à comparer avec ceux d'autres études, la tendance était la même dans l'EESTR et dans plusieurs autres études (Bisson, 1992; Lapointe, 1991). Les résultats montrent également que plus de 30 % des jeunes qui travaillent disent le faire par nécessité. Quoique les résultats divergent selon les études, il s'agit d'un résultat comparable à celui obtenu à l'EESTR.

Les résultats de ce chapitre permettent également d'apporter quelques précisions sur les caractéristiques des jeunes qui devraient guider l'analyse des problématiques reliées à leur santé et à leur bien-être.

Ainsi, bien que plusieurs sources d'information nous permettent de constater que les jeunes québécois n'ont pas tous le même bagage ethnoculturel, on connaît peu de la relation entre l'appartenance ethnique et culturelle du milieu familial des jeunes et leur sentiment d'appartenance actuel. Les résultats de la présente enquête révèlent non seulement que près de 13 % des jeunes de 9 ans, de 13 ans et de 16 ans vivent dans une famille appartenant à un groupe ethnoculturel mixte ou minoritaire, mais que 13 % à 15 % des adolescents de 13 et 16 ans s'identifient à une ethnie autre que canadienne ou québécoise, et que ces deux réalités sont associées. Il semble donc que les jeunes tiennent à la culture dans laquelle ils vivent; cela nous porte à croire qu'ils maintiennent dans une certaine mesure des habitudes et des croyances propres à leur culture pouvant influencer leur état de santé et leur bien-être.

Ce chapitre permet également de constater que, d'une part, 7 % des adolescents se perçoivent dans une

situation financière moins favorable que celle des autres élèves de leur classe. D'autre part, 35 % (16 ans) à 43 % (13 ans) environ de ceux qui occupent un emploi rémunéré le font pour aider leurs parents, et plus de 30 % pour se procurer des choses essentielles à leurs études. Cela confirme une fois de plus qu'au Québec plusieurs jeunes doivent travailler pour pouvoir obtenir un diplôme, bien souvent considéré par les employeurs comme un minimum.

La description des caractéristiques socioéconomiques du milieu familial, au chapitre suivant, complète le portrait des enfants et des adolescents à ce sujet. Par exemple, nous répondons à la question suivante : est-ce que les adolescents ont la même perception que leurs parents de la situation financière du milieu dans lequel ils vivent? Dans les chapitres subséquents, certaines de ces caractéristiques socioculturelles et socioéconomiques des jeunes ou de leur milieu familial sont mises en relation avec les habitudes de vie des enfants et des adolescents et avec la perception de leur état de santé. Les données relatives à la perception des adolescents quant à leur appartenance ethnoculturelle ou à leur situation financière ont un intérêt en soi; elles offrent de plus un potentiel d'analyse qui n'est pas épuisé dans ce rapport.

# Bibliographie

---

BEAUCHESNE, C., et S. DUMAS (1993). *Étudier et travailler? Enquête auprès des élèves du secondaire sur le travail rémunéré durant l'année scolaire*, Québec, Ministère de l'Éducation, 105 p.

BISSON, L. (1992). *Élèves au travail : le travail des jeunes du secondaire en cours d'année scolaire*, Avis, Québec, Conseil permanent de la jeunesse, Gouvernement du Québec, 56 p.

BISSON, L. (1998). *Étudier et travailler : des recommandations pour soutenir les jeunes de 16 ans et moins*, Mémoire portant sur le Document de réflexion sur le travail des enfants au Québec présenté à la Commission de l'économie et du travail, Conseil permanent de la jeunesse, 5 p.

BOXHILL, W. O. (1986). *Guide de l'utilisateur des données du recensement de 1981 sur l'origine ethnique*, Ottawa, Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, catalogue 99-949, 77 p.

CHAMPAGNE, N. (1989). *Travail rémunéré et rendement scolaire au secondaire*, Rapport de recherche présenté comme exigence partielle du diplôme d'intégration de la recherche à la pratique éducative, Université du Québec à Montréal, 122 p.

CHAMPAGNE, N. (1992). *Les incidences du travail à temps partiel sur le rendement scolaire*, Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en éducation, Université du Québec à Montréal, 134 p.

CHEVALIER, S., et Y. SAUVAGEAU (2000). « Caractéristiques de la population » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 77-95.

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

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES (1992). *Je gagne des sous... donc je suis : les 12-15 ans et le travail*, Avis du Conseil des Affaires sociales, 16 p.

DESCHESNES, M. (1992). Styles 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, tome 1, (secteur général) 150 p.

FERLAND, M., G. PAQUET et F. LAPOINTE (1995). « Liens entre le statut socioéconomique et la santé », dans SANTÉ QUÉBEC, LAVALLÉE, C., et autres (sous la direction de). *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 2, p. 119-162.

GRAVEL, S., et A. BATTAGLINI (sous la direction de) (2000). *Culture, santé et ethnicité vers une santé publique pluraliste*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 243 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1999). *Site de l'Institut de la statistique du Québec, Profil des 15-24 ans (valeur relative) sur le marché du travail, Québec, 1990-1998, [En ligne].* [www.stat.gouv.qc.ca/donstat/conditions/marche\\_travail/pop\\_active/t17.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/conditions/marche_travail/pop_active/t17.htm)

LAPOINTE, J. (1991). *Le travail à temps partiel des élèves de 4<sup>e</sup> et de 5<sup>e</sup> secondaire pendant leurs études, recension des écrits*, Les cahiers du Labraps, Laboratoire de recherche en administration et politique scolaires, Université Laval, Série études et recherche, vol. 9.

LEMYRE-DESAUTELS, D., J. LA BOISSIÈRE et M. CHARLAND (1991). *L'orientation des finissant(e)s de la cinquième secondaire de juin 1989 et de juin 1990*, Service des études, Secteur de l'adaptation scolaire et de la consultation personnelle, La Commission des écoles catholiques de Montréal, 48 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.

SANTÉ QUÉBEC, LAVALLÉE, C., et autres (sous la direction de) (1995). *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 2, 196 p.

SIMARD, R., C. GIROUARD et L. BISSON (1993). « *Dites à tout le monde qu'on existe...* », *Avis sur la pauvreté des jeunes*, Conseil permanent de la jeunesse, Gouvernement du Québec, 116 p.

STATISTIQUE CANADA (1993). *Origine ethnique : le pays, Recensement 1991*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, catalogue 93-315, 283 p.

STATISTIQUE CANADA (1997). Recensement 1996, Série des profils pour la province de Québec.

STATISTIQUE CANADA (1999). Recensement 1996, Tableau spécial, commande no CO-0431.

STATISTIQUE CANADA (2000a). Recensement 1996, Tableaux des profils pour le Canada et les provinces. [En ligne]. [www.statcan.ca/français/census96/dec2/home-f.htm](http://www.statcan.ca/français/census96/dec2/home-f.htm)

STATISTIQUE CANADA (2000b). Recensement 1996, Tableaux géocodés, commande CO-0442.

## Chapitre 3

# Milieu familial et milieu de garde

**Carmen Bellerose**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

**Élizabeth Cadieux**

Direction de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Hélène Riberdy**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

**Maude Rochette**

Direction de la recherche  
Ministère de la Famille et de l'Enfance

**Simona Stan**

Direction Santé Québec  
Institut de la statistique du Québec

**Christiane Morin**

Direction de la planification et de l'évaluation  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

---

### Introduction

La relation entre le milieu familial et l'état de santé et de mieux-être des enfants a fait et continue de faire l'objet de plusieurs travaux. L'attention y est parfois portée sur la structure de la famille et ses composantes, parfois sur ses caractéristiques socioéconomiques (Létourneau et autres, 2000; King, Boyce et King, 1999; Ross et Roberts, 1999; Ross et autres, 1998a, 1998b; Ross, Scott et Kelly, 1996a, 1996b; Lipman et autres, 1998; Camirand, 1996; Vitaro et autres, 1994; Bernier et autres, 1994; Avard, 1992; Offord et Racine, 1989). Ce rapport ne fait pas exception à la règle. Au fil des chapitres qui suivent, plusieurs analyses cherchent à vérifier l'existence de liens entre la présence, chez les enfants et les adolescents, de certains problèmes sociaux ou de santé spécifiques et les caractéristiques de leur milieu familial.

Le présent chapitre veut tracer une toile de fond à ces analyses, en présentant sous divers angles le milieu familial des jeunes visés par l'enquête. Cette

description emprunte trois avenues. Elle s'intéresse d'abord à la composition du milieu familial, en considérant plus spécifiquement les enfants de parents désunis. Elle s'attarde ensuite aux caractéristiques socioéconomiques du milieu familial, y incluant l'insécurité alimentaire qui en constitue une facette de plus en plus étudiée. Certains enfants évoluant aussi dans un milieu de garde, un milieu complémentaire à celui que représente la famille, ce sujet est abordé dans le cas des enfants de 9 ans. Ces descriptions sont présentées selon l'âge des enfants et des adolescents. Les données selon le sexe sont cependant ignorées puisque les analyses ne permettent généralement pas de noter d'écarts significatifs à cet égard.

### 3.1 Composition du milieu familial

#### 3.1.1 Introduction

Il est maintenant reconnu que les modifications des modèles conjugaux, liées notamment à l'augmentation des ruptures d'union, ont entraîné au cours des trois dernières décennies une diversification des formes de vie familiale : parent vivant à l'extérieur du ménage, présence d'un beau-parent qui n'a ni lien biologique ni lien légal avec l'enfant, possibilité pour l'enfant d'appartenir à deux ménages, cohabitation avec les enfants du nouveau conjoint du parent, présence de demi-frères ou demi-sœurs, etc. (Létourneau et autres, 2000; Conseil de la famille et de l'enfance, ministère de la Famille et de l'Enfance et Bureau de la statistique du Québec, 1999; Bernier et autres, 1994). La description des milieux familiaux doit donc faire preuve d'un minimum de raffinement; les données d'enquêtes deviennent utiles à cet égard.

Il demeure par contre difficile de tenir compte de la variété des formes de vie familiale dans l'étude des liens entre la famille et la santé. Cependant, il semble que ce n'est pas tant la structure ou la composition de la cellule familiale comme telles qui soient en cause dans cette interaction, mais davantage les conditions de vie ou la dynamique qui y prévalent (Dandurand, 1994). En somme, la composition du milieu familial sert davantage de variable intermédiaire, certes réductrice, mais tout de même utile pour distinguer les diverses situations de vie.

La rupture d'union est souvent identifiée comme représentant un risque accru au regard du développement, du bien-être et de la santé des enfants, quoique de façon non exclusive. Dans *La politique de la santé et du bien-être*, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1992) souligne que le taux élevé de ruptures d'union, les tensions et les conflits qui les entourent ainsi que les problèmes d'adaptation et d'ajustement découlant d'une situation familiale nouvelle sont à la source de nombreux problèmes de santé et d'adaptation sociale vécus par les ex-conjoints

et surtout par les enfants. Peu importe l'arrangement familial choisi, de nombreux auteurs rapportent en effet la présence de perturbations plus ou moins importantes sur le plan du développement social, affectif et cognitif de l'enfant à la suite du divorce ou de la séparation des parents (Saint-Jacques, 2000; Haddad, 1998; Otis, 1996; Drapeau et Bouchard, 1993; Gauthier, 1991; Careau et Cloutier, 1990; Cloutier et Bourque, 1988). En fait, des facteurs personnels, familiaux et situationnels influencent la nature, l'ampleur et la durée des difficultés éprouvées par l'enfant. Toutefois, il semble que l'état de crise ou les difficultés qui suivent les ruptures d'union soient temporaires, un nouvel équilibre étant généralement atteint au bout de deux ans (Hetherington, 1989).

Par ailleurs, le rôle de la fratrie dans le développement et le bien-être de l'enfant a été un facteur plutôt négligé jusqu'à tout récemment par les chercheurs. On croit maintenant que les membres de la fratrie peuvent exercer une influence spécifique sur les enfants, en complémentarité de celle des parents et des pairs (Jenkins et Keating, 1998; Vitaro et autres, 1994).

Cette section aborde la description de la composition du milieu familial du point de vue de l'enfant choisi pour l'enquête. La typologie des milieux familiaux qu'elle propose met l'accent sur la présence des parents de cet enfant au sein de la cellule familiale, en raison de leur rôle prépondérant auprès de celui-ci. La fratrie est une composante du milieu familial qui est considérée de façon distincte et n'est pas prise en compte dans la typologie des milieux familiaux. Finalement, cette section accorde une attention particulière aux enfants qui ne vivent pas avec leurs deux parents en précisant les diverses formes de vie familiale qui s'appliquent dans leur cas et en donnant un aperçu de la nature des contacts qu'ils entretiennent avec le parent non gardien.

#### 3.1.2 Aspects méthodologiques

Le milieu familial considéré dans cette enquête est celui dans lequel l'enfant choisi vit le plus souvent, tel que précisé au début de la section « La famille » du

questionnaire s'adressant aux parents ou du questionnaire destiné aux adolescentes et adolescents hors école secondaire. Cette consigne devait servir de balise au répondant pour décrire la composition du milieu habituel de vie de l'enfant ou de l'adolescent, dans les cas où celui-ci partage son temps d'habitation entre ses deux parents ou ne vit pas avec l'un ou l'autre de ses parents biologiques ou adoptifs.

#### *Typologie des milieux familiaux et fratrie*

La composition du milieu habituel de vie fait l'objet d'une question détaillée (PE5, PA4, Q7) adaptée de celle utilisée dans l'Étude multinationale sur les élèves et la santé (King, 1996). Elle est centrée sur le lien entre l'enfant et chacun des membres de son milieu. Quelques indicateurs sont créés à partir de cette question. Le premier définit une typologie des milieux familiaux basée uniquement sur la présence des parents biologiques ou adoptifs de l'enfant. Les autres traitent plutôt de la fratrie.

La typologie adoptée précise si le jeune vit habituellement avec ses deux parents biologiques ou adoptifs ou un seul d'entre eux, en spécifiant si ce dernier a un conjoint ou non; elle comporte également une catégorie pour les jeunes qui ne demeurent avec ni l'un ni l'autre de leurs parents. La fratrie, quant à elle, est définie en considérant l'ensemble des enfants qui sont présents dans le milieu habituel de vie du jeune choisi, quels que soient leur âge et leur lien avec celui-ci au moment de l'enquête. Trois dimensions de la fratrie sont étudiées : la composition de la fratrie par rapport au jeune choisi, le nombre d'enfants et le rang de l'enfant au sein de la fratrie. Une nomenclature détaillée peut être utilisée pour la composition de la fratrie :

- sans fratrie : aucun enfant n'habite avec l'enfant choisi;
- fratrie simple : présence exclusive de frère(s) et/ou de sœur(s) de l'enfant choisi;

- fratrie étendue : présence exclusive de demi-frère(s)/demi-sœur(s) de l'enfant choisi et/ou d'enfants du conjoint;
- fratrie mixte : présence de frère(s)/sœur(s) et de demi-frère(s)/demi-sœur(s) de l'enfant choisi et/ou d'enfants du conjoint;
- autre fratrie : présence d'au moins un enfant ayant un autre lien avec l'enfant.

Les catégories relatives aux fratries étendue, mixte et autre sont toutefois regroupées ici pour former la fratrie dite variée, en raison des petits nombres concernés.

#### *Modes de vie des enfants de parents désunis*

Pour les enfants ne vivant pas avec leurs deux parents, l'enquête précise d'abord le motif qui est à l'origine de cette situation (PE7, 8, 9; PA6, 7, 8; Q8, 9, 10).

Une question (PE13, PA12, Q11) s'intéresse à la modalité d'habitation de l'enfant dont les parents sont séparés ou divorcés ou n'ont jamais cohabité. Elle permet de déterminer si celui-ci habite, au moment de l'enquête, « seulement » avec un de ses parents, la « plupart du temps » avec l'un d'eux, ou « autant » chez son père que chez sa mère. Pour ceux qui ne vivent pas avec « un parent seulement », le partage du temps d'habitation entre les parents fait ensuite l'objet de deux questions (PE14, 15; PA13, 14; Q12, 13). Lorsque l'enfant ou l'adolescent habite avec un parent seulement, l'enquête cherche aussi à connaître le type de contact maintenu avec le parent non gardien (PE16, PA15, Q14). Seuls les enfants pour lesquels les deux parents sont vivants, et ceux dont le répondant au questionnaire s'adressant aux parents est l'un des parents biologiques ou adoptifs, sont concernés par ces questions sur le mode de vie familial. Les jeunes de 16 ans hors école secondaire répondaient eux-mêmes aux questions portant sur ces aspects, leurs parents n'ayant pas été questionnés. La plupart de ces questions sont des versions modifiées de questions provenant de l'*Enquête longitudinale nationale sur les*

*enfants* (ELNE) (Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1995).

#### *Portée et limites des données*

Il faut garder en mémoire que la description du milieu familial présentée ici est très circonstanciée et ne constitue nullement un portrait de l'ensemble des familles québécoises. Il en est ainsi, d'une part, parce que l'on ne décrit que le milieu familial au sein duquel vivent les jeunes Québécois d'un âge donné, soit 9 ans, 13 ans ou 16 ans. D'autre part, comme l'enquête est centrée sur l'enfant choisi et non sur la famille, les données recueillies sur la composition familiale l'ont été dans le but de définir le milieu habituel de vie de cet enfant et non le milieu familial comme entité distincte.

La typologie des milieux familiaux est fondée uniquement sur la présence parentale sans tenir compte de la fratrie. On n'y retrouve pas les concepts traditionnels de familles biparentale ou reconstituée. Pour éviter toute confusion, ces termes n'ont d'ailleurs pas été repris dans la terminologie. Dans l'enquête, on observe que moins de 3 % des enfants de chaque âge vivent avec leurs deux parents mais au sein d'une fratrie complexe. Généralement, ce milieu serait défini comme une famille reconstituée. Dans ce rapport toutefois, ces enfants sont considérés comme vivant dans un milieu avec mère et père. Quant à la description de la fratrie, elle ne tient pas compte de l'existence de liens, fraternels ou autres, avec des enfants ne vivant pas avec l'enfant choisi. À cet égard, le concept de fratrie a aussi une portée plus limitée que celui qui est habituellement convenu.

Les résultats concernant les modalités d'habitation pour les enfants de parents séparés ou divorcés, ou qui n'ont jamais cohabité, ne sont pas non plus nécessairement représentatifs de la dynamique de garde que l'on retrouve dans les divers milieux familiaux, entre autres parce que les données se rapportent à un seul enfant. De plus, ils ne font pas référence nécessairement à la situation de garde légale, mais plutôt aux modes de garde utilisés indépendamment des ordonnances de la

cour. Quant aux données sur le partage du temps d'habitation, elles ne sont pas présentées parce qu'elles s'appuient sur de trop faibles effectifs.

Les taux de non-réponse concernant les indicateurs utilisés dans cette section sont généralement inférieurs à 5 %. La seule exception concerne la question sur la raison pour laquelle les jeunes ne vivent pas avec leurs deux parents. Le taux de non-réponse se situe à 7 % pour les 13 ans et à 8 % pour les 16 ans. Chez ces derniers, la non-réponse est plus importante lorsque les parents ont un faible niveau de scolarité.

### **3.1.3 Résultats**

#### 3.1.3.1 Typologie des milieux familiaux

La majorité des enfants et des adolescents visés par cette enquête habitent avec leurs deux parents, soit respectivement 71 %, 72 % et 69 % des enfants de 9 ans et des adolescents de 13 ans et 16 ans (tableau 3.1). La proportion de jeunes qui vivent avec un parent seul (16 %, 15 %, 18 %) est un peu plus élevée que celle des jeunes qui habitent avec un parent et son conjoint (13 %, 12 %, 12 %); ces écarts ne sont toutefois significatifs que chez les 16 ans. Vus sous un autre angle, les résultats montrent également qu'environ un jeune sur quatre ne vit qu'avec sa mère, soit en milieu monoparental (15 %, 13 %, 14 %) ou avec un beau-père (11 %, 10 %, 10 %). Entre 3,5 % et 6 % à peine des jeunes demeurent avec leur père, que celui-ci ait une conjointe ou non, si on fait exception de ceux vivant avec leur mère et leur père. Enfin, moins de 1 % des enfants et des adolescents vivent dans un milieu n'ayant aucune présence parentale.



Tableau 3.1  
**Type de milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999**

	9 ans		13 ans		16 ans	
	%	Pe '000	%	Pe '000	%	Pe '000
Milieu avec parents biologiques ou adoptifs						
Avec mère et père	70,7	62,5	71,9	61,8	69,2	57,8
Avec parent et beau-parent	12,6	11,1	12,4	10,7	12,2	10,1
Mère	10,7	9,4	9,9	8,5	9,6	7,9
Père	1,9 **	1,7	2,5 *	2,2	2,6 *	2,2
Avec parent seul	16,4	14,6	15,0	12,9	17,8	14,0
Mère	14,8	13,2	12,7	10,9	14,0	11,1
Père	1,6 **	1,4	2,3 *	2,0	3,8 *	2,9
Milieu sans parent biologique ou adoptif	0,4 **	0,3	0,8 **	0,7	0,8 **	0,3

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

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

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

### 3.1.3.2 Fratrie

La grande majorité des enfants et des adolescents vivent au sein d'une fratrie simple – composée uniquement de frère(s) ou de sœur(s) – soit respectivement 77 %, 80 % et 74 % des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans (tableau 3.2); cette situation est moins fréquente chez les 16 ans que chez les 13 ans. La proportion de jeunes sans fratrie se situe entre 13 % et 19 %, selon l'âge de l'enfant choisi.

Il reste donc un petit contingent d'enfants et d'adolescents qui vivent au sein d'une fratrie variée, c'est-à-dire comportant soit des demi-frères ou des demi-sœurs, soit des enfants du conjoint de son parent. On estime à moins de 10 % la proportion de ces jeunes dans les trois groupes d'âge. Cette proportion est évidemment plus élevée chez ceux qui habitent avec un beau-parent, atteignant 33 %, 36 % et 38 % respectivement selon l'âge. Toutefois, la présence d'une fratrie variée n'est pas l'apanage d'un tel milieu. Les jeunes habitant avec un seul parent se retrouvent parfois dans la même situation, même si le parent n'a pas de conjoint. Chez les 9 ans vivant dans un milieu monoparental, 12 % des enfants ont une fratrie variée, cette proportion étant plutôt de 4 % à 5 % pour les 13 ans et les 16 ans. De plus, une minorité d'enfants et d'adolescents vivant avec leurs deux parents partagent leur toit avec un ou des enfants issus de l'union

précédente de l'un ou l'autre de leurs parents; leur proportion se situe entre 1 % et 3 % selon l'âge.

Le tableau 3.3 présente le nombre d'enfants et le rang de l'enfant au sein de la fratrie. En ce qui a trait au nombre d'enfants, la situation la plus fréquente est celle où l'enfant habite avec un seul autre enfant. En effet, environ la moitié des enfants de 9 ans et des adolescents de 13 et 16 ans vivent dans un milieu familial comptant deux enfants (47 %, 52 %, 48 %). Vient ensuite la vie au sein d'un milieu familial de trois enfants pour près du quart d'entre eux (27 %, 24 %, 23 %). Chez les 16 ans, la position d'enfant unique dans le milieu de vie habituel est aussi répandue (19 %). Les enfants uniques et ceux de milieux de quatre enfants et plus se partagent les dernières positions chez les enfants de 9 ans (15 %, 10 %) et les adolescents de 13 ans (13 %, 12 %). La vie au sein d'une fratrie nombreuse, chez les 16 ans, est la situation la moins fréquente (10 %).

À la lumière de ces résultats, il n'est donc pas étonnant que les positions d'aîné et de benjamin soient les plus répandues à tous les âges, de façon ex æquo chez les 9 ans (34 %, 32 %) et les 13 ans (35 %, 36 %). Chez les 16 ans, le rang d'aîné est plus fréquent que celui de benjamin (38 % c. 28 %).

Tableau 3.2

**Composition de la fratrie selon le type de milieu familial habituel des enfants et des adolescents<sup>†</sup>, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
<b>Milieu avec parents biologiques ou adoptifs</b>			
Avec mère et père			
Sans fratrie ou fratrie simple	97,3	97,8	99,0
Fratrie variée	2,7**	2,2**	1,0**
Avec parent et beau-parent			
Sans fratrie ou fratrie simple	67,3	64,1	61,9
Fratrie variée	32,7	35,9	38,1
Avec parent seul			
Sans fratrie ou fratrie simple	88,5	95,7	95,3
Fratrie variée	11,5**1,2	4,3**1	4,7**2
<b>Milieu sans parent biologique ou adoptif</b>			
Sans fratrie ou fratrie simple	38,5**	38,2**	74,7*
Fratrie variée	61,5**	61,8**	25,3**
<b>Tous milieux</b>			
<b>Sans fratrie</b>	<b>15,0</b>	<b>12,7</b>	<b>19,3</b>
<b>Fratrie simple</b>	<b>76,8</b>	<b>80,1<sup>3</sup></b>	<b>74,4<sup>3</sup></b>
<b>Fratrie variée</b>	<b>8,2</b>	<b>7,1</b>	<b>6,4</b>

<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la composition de la fratrie et le type de milieu familial est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

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

Tableau 3.3

**Autres caractéristiques de la fratrie dans le milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
<b>Nombre d'enfants</b>			
Un	15,0	12,7	19,3
Deux	47,5	51,6	47,6
Trois	27,2	23,7	23,4
Quatre et plus	10,3	12,0	9,7
<b>Rang de l'enfant</b>			
Unique	15,2	12,8	19,4
Aîné	33,7	35,4	38,1
Intermédiaire	19,6	15,8	14,1
Benjamin	31,5	36,0	28,3

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

## 3.1.3.3 Modes de vie des enfants de parents désunis

Comme on l'a vu, environ 30 % des jeunes Québécois de 9 ans, 13 ans et 16 ans ne vivent pas avec leurs deux parents. La séparation ou le divorce des parents explique cette situation dans 85 % à 87 % des cas (tableau 3.4). Par ailleurs, certains enfants n'ont jamais vécu avec leurs deux parents, ceux-ci n'ayant jamais cohabité. Leur proportion est estimée à 10 % pour les enfants de 9 ans et respectivement à 5 % et à 4 % pour les 13 ans et 16 ans. Même si ces estimations sont imprécises, ce phénomène est significativement plus important chez les enfants de 9 ans que chez les 16 ans. Finalement, environ 5 % des enfants de 9 ans et 9 % des adolescents de 13 ans et 16 ans ne vivent pas avec leurs deux parents pour d'autres motifs. Parmi les motifs invoqués figurent : le décès d'un ou des parents, l'absence temporaire ou prolongée d'un ou des parents, le placement en famille d'accueil, l'hébergement dans une famille hôte pour études, etc.

Tableau 3.4  
**Motifs pour lesquels les enfants et adolescents ne vivent pas avec leurs deux parents, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Parents séparés ou divorcés	84,9	85,4	86,8
Parents n'ayant jamais cohabité	9,8 <sup>*1</sup>	5,4 <sup>**</sup>	4,0 <sup>**1</sup>
Autres <sup>(1)</sup>	5,4 <sup>**</sup>	9,3 <sup>*</sup>	9,2 <sup>*</sup>

(1) Inclut les enfants dont un parent est décédé.

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Avec lequel de leurs parents ces enfants de parents désunis vivent-ils habituellement? Avec leur mère surtout. En fait, environ six jeunes sur dix habitent « avec leur mère seulement » (62 %, 58 %, 66 % selon l'âge), auxquels s'ajoutent ceux qui vivent « la plupart du temps » avec elle (tableau 3.5). En combinant ces deux catégories, les proportions de jeunes qui vivent surtout avec leur mère totalisent respectivement 82 %, 78 % et 76 %. Les autres types d'arrangements familiaux sont moins fréquents.

La situation des enfants qui vivent « la plupart du temps » avec leur mère est proportionnellement plus répandue chez les jeunes de 9 ans et 13 ans que chez ceux de 16 ans (20 % et 20 % c.10 %). Les autres

types d'arrangements varient peu selon l'âge des jeunes. Malgré la moindre précision des estimations, la convergence des données suggère tout de même certaines tendances. Ainsi, on remarque que la proportion de jeunes qui vivent autant avec leur père que leur mère a tendance à diminuer avec l'âge, passant de 11 % à 6 %. En contrepartie, on observe une tendance à l'augmentation avec l'âge de la proportion de ceux qui vivent « seulement » (de 7 % à 12 %) ou « la plupart du temps » (de 0,3 % à 5,4 %) avec leur père. Par ailleurs, on note que chez les enfants de 9 ans, la garde partagée semble plus répandue qu'une modalité où l'enfant habite surtout avec son père. Chez les 16 ans, l'importance relative de ces modalités semble inversée.

Les enfants qui vivent surtout avec un seul de leurs parents voient-ils quand même régulièrement le parent non gardien? Chez les 9 ans, 45 % des enfants visitent régulièrement leur autre parent et 28 %, occasionnellement, alors qu'à 16 ans, les visites occasionnelles sont plus fréquentes (41 %) que les visites régulières (31 %) (tableau 3.6). Les visites régulières sont donc moins fréquentes chez les 16 ans que chez les 9 ans et à l'inverse, les visites occasionnelles le sont plus. À 13 ans, la formule de la visite régulière est aussi répandue (39 %) que celle des visites occasionnelles (38 %). Par ailleurs, l'enquête montre qu'entre 17 % et 19 % des enfants, selon l'âge, n'ont aucun contact avec le parent absent, alors qu'entre 8 % et 12 % des enfants n'ont que des contacts téléphoniques ou par lettre avec celui-ci.

Tableau 3.5  
**Modalité d'habitation des enfants et adolescents dont les parents sont séparés ou divorcés ou n'ont jamais cohabité<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Seulement avec la mère	62,0	57,8	65,7
La plupart du temps avec la mère	19,7 <sup>1</sup>	19,7 <sup>*2</sup>	10,4 <sup>*1.2</sup>
Autant avec la mère et le père	11,0 <sup>*</sup>	8,8 <sup>*</sup>	6,5 <sup>**</sup>
Seulement avec le père	7,0 <sup>**</sup>	9,8 <sup>*</sup>	12,0 <sup>*</sup>
La plupart du temps avec le père	0,3 <sup>**</sup>	3,8 <sup>**</sup>	5,4 <sup>**</sup>

(1) Exclut les enfants dont un parent est décédé.

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Tableau 3.6

**Type de contact avec le parent non gardien, enfants et adolescents vivant surtout avec un seul de leurs parents<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Visite régulière	45,1 <sup>1</sup>	38,7	30,5 <sup>1</sup>
Visite occasionnelle	27,9 <sup>2</sup>	37,8	40,6 <sup>2</sup>
Lettre ou téléphone	7,9 <sup>**</sup>	9,1 <sup>**</sup>	12,0 <sup>*</sup>
Aucun contact	19,1 <sup>*</sup>	14,4 <sup>*</sup>	16,9 <sup>*</sup>

(1) Exclut les enfants dont un parent est décédé.

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

## 3.2 Caractéristiques socioéconomiques et insécurité alimentaire

### 3.2.1 Introduction

Selon le modèle systémique adopté dans cette enquête, le développement de l'enfant, son état de santé et son bien-être sont associés aux conditions de vie du milieu dans lequel il évolue. Le Conseil canadien de développement social réalisait en 1996 une synthèse des études mettant en évidence la relation entre un faible revenu et un piètre état de santé chez les enfants. Les auteurs, qui se sont particulièrement intéressés aux conséquences de la pauvreté chez les enfants, soulignent à cet effet que : « La vie dans une famille à faible revenu expose les enfants à de plus grands risques de tous genres. Tout simplement, les enfants pauvres sont en plus mauvaise santé, leurs résultats scolaires sont inférieurs, ils vivent dans des milieux plus risqués et affichent également des comportements plus risqués. À long terme, la pauvreté infantile peut compromettre gravement la capacité d'épanouissement d'un enfant et la mesure dans laquelle il peut devenir un adulte sain et autonome » (Ross, Scott et Kelly, 1996b : p. 8). Ce même organisme a aussi exploité les données de 1994-1995 de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants* (ELNE) en lien avec le revenu familial. Les auteurs ont examiné 27 facteurs associés au développement de

l'enfant, dont certains sont similaires à ceux traités dans la présente enquête, par exemple : le fonctionnement familial, la sécurité du quartier, l'agressivité, l'état de santé, les résultats en mathématiques, la participation à des sports. Les résultats démontrent que « le revenu familial joue un rôle crucial dans le processus de développement de l'enfant : dans 80 % des variables observées, les risques de résultats négatifs et la probabilité de piètres conditions de vie étaient notablement plus élevés pour les enfants vivant dans des familles avec un revenu annuel inférieur à 30 000 \$ » (Ross et Roberts, 1999 : p. ix).

Ce statut de déterminant privilégié est d'ailleurs reconnu par Santé Canada qui proposait, en 1995, comme objectif national, de réduire la pauvreté chez les enfants et les familles, soulignant l'existence d'un lien direct entre la situation économique et sociale des personnes et leur santé (Santé Canada, 1995). Le Québec avait déjà emprunté une avenue semblable en 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux identifiant l'amélioration des conditions de vie comme une des six stratégies pour atteindre les objectifs de santé et de bien-être et pour lesquels il sollicitait la société québécoise (MSSS, 1992).

Le revenu familial est souvent utilisé pour déterminer la situation économique. Il s'agit d'un aspect important de la pauvreté, mais ce n'est pas le seul à considérer. La pauvreté, c'est aussi la précarité d'emploi ou une faible scolarisation des parents, c'est habiter dans un logement peu sécuritaire, c'est manquer de nourriture, c'est avoir une faible estime de soi, etc. (Simard et Girouard, 1993). Outre la situation financière du milieu familial, cette section va donc examiner la scolarité des parents, leur occupation ainsi que l'insécurité alimentaire. Cette dernière, faisant référence à une problématique particulière, mérite qu'on s'y attarde.

L'insécurité alimentaire est un phénomène qui prend des proportions de plus en plus inquiétantes au sein de la société canadienne (Hamelin, Beaudry et Habicht, 1998). Son importance découle principalement des conséquences néfastes qu'elle peut avoir sur l'état

nutritionnel, la santé physique et mentale, la qualité de vie ainsi que sur le développement des enfants (Olson, 1999; Hamelin et autres, 1999; Campbell, 1991). Un consensus, convenu en 1996 dans le cadre du Sommet mondial de l'alimentation, a permis d'établir que : « La sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active » (Bureau de la sécurité alimentaire, 1999 : p. 8).

L'interaction de nombreux éléments de nature démographique, sociale ou économique peut aggraver ou, au contraire, améliorer l'état nutritionnel de l'enfant. Ainsi, plusieurs facteurs de risque peuvent contribuer à créer l'insécurité alimentaire : le manque de ressources financières, l'inégalité sociale, la faible scolarité des parents, la taille élevée du ménage, la monoparentalité (Carlson, Andrews et Bickel, 1999; Rose, 1999; Campbell, 1991). Par ailleurs, elle peut apparaître sous plusieurs formes ou à des degrés divers de sévérité (Carlson, Andrews et Bickel, 1999; Lewit et Kerrebrock, 1997), l'étape ultime étant la faim ressentie par l'enfant, sans possibilité de la combler (McIntyre, Conon et Waren, 1999; Kendall, Olson et Frongillo, 1996).

Face à la complexité de ce problème, le Canada a adopté, en 1998, un plan d'action dont le but est de mettre en application des stratégies et des mesures servant à accroître la sécurité alimentaire. Dans la foulée de ce plan d'action, « ... le ministre de la Santé et des Services sociaux, de concert avec ses bureaux régionaux, prévoit appliquer un ensemble de stratégies et de mesures qui contribueront à l'accessibilité à une nourriture suffisante, nutritive, acceptable et d'un prix raisonnable pour toute la population du Québec » (Bureau de la sécurité alimentaire, 1999 : p. 15). D'autre part, La politique de la santé et du bien-être du Québec souligne l'importance d'adopter des mesures visant à favoriser une alimentation suffisante et équilibrée (MSSS, 1992).

### 3.2.2 Aspects méthodologiques

Les conditions socioéconomiques du milieu de vie immédiat de l'enfant sont établies à partir du questionnaire destiné aux parents ou, pour les adolescents de 16 ans ne fréquentant pas l'école secondaire, à partir des renseignements fournis par le jeune lui-même concernant ses parents ou les adultes de sexe féminin ou masculin qui en tiennent lieu. Il en est de même pour les données sur l'insécurité alimentaire.

#### *Situation financière*

La situation financière est étudiée, d'une part, à partir d'un indice de revenu relatif du ménage et, d'autre part, sous un angle perceptif.

L'indice de revenu relatif est basé sur le revenu déclaré (PE108, PA94) et la taille du ménage (PE4, 5 et PA3, 4). Le revenu du ménage est une information qui ne figure pas, cependant, dans le questionnaire s'adressant aux 16 ans hors école, de sorte que ce sous-groupe est exclu des calculs pour cette variable. La question sur le revenu s'inspire de celle du questionnaire autoadministré de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (Daveluy et autres, 2000), mais le libellé a été modifié pour obtenir le revenu total du ménage. Les tranches de revenu utilisées pour la construction de l'indice sont les mêmes que celles de cette enquête, majorées à partir de la distribution du revenu des familles obtenue par Statistique Canada dans l'*Enquête sur les finances des consommateurs* (Statistique Canada, 1993). La définition des catégories de l'indice, présentée au tableau complémentaire C.3.1, tient compte du fait que la présente enquête concerne des jeunes dont environ 80 % vivent dans un ménage où les deux parents sont présents.

La perception de la situation financière du ménage est abordée en premier lieu du point de vue du parent par une question (PE109, PA95) semblable à celle de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* de Santé Québec (Lavallée et autres, 1995). Elle fait cependant

référence aux gens du quartier plutôt qu'aux individus du même âge, puisqu'on s'intéresse à la situation financière de la famille en tant que milieu de vie de l'enfant. De plus, comme une question similaire est aussi posée aux adolescents de 13 ans et de 16 ans (QA13), le choix de réponses a été simplifié pour le rendre comparable à celui de la question s'adressant aux adolescents. Évidemment, la perception est celle du parent répondant seulement. Pour éviter la confusion, cette variable sera donc mentionnée dans le texte comme étant la situation perçue par le parent. Un indicateur tente ensuite d'établir la concordance entre la perception du parent et celle de l'adolescent. Selon cet indicateur, l'adolescent peut avoir la même perception de la situation que le parent répondant, avoir une perception plus favorable ou moins favorable.

#### *Scolarité, occupation principale et temps de travail*

L'enquête permet de préciser le plus haut niveau de scolarité complété par le parent répondant et son conjoint (PE103, PA89, Q168). Afin de pouvoir évaluer, à ce sujet, l'ensemble du milieu familial dans lequel vit le jeune, l'indicateur utilisé est le plus haut niveau de scolarité complété par l'un ou l'autre des parents. Ce niveau de scolarité est celui de la mère ou du conjoint de sexe féminin dans 30 % des cas, et celui du père ou du conjoint de sexe masculin dans un autre 30 % des cas; autrement, les deux conjoints se classent au même niveau de scolarité. Si l'information n'est disponible que pour l'un des parents ou adultes responsables, cette réponse est considérée comme étant le plus haut niveau de scolarité des parents.

L'occupation principale correspond à la situation d'emploi du parent répondant et de son conjoint (PE104, PA90) ou des parents de l'adolescent hors école (Q169) au moment de l'enquête. Le terme « occupation principale » a été retenu afin de mettre l'accent sur ce que les gens font de plus important parmi plusieurs occupations. Un indicateur portant sur l'occupation principale des deux conjoints a été créé. Il comprend trois catégories : aucun parent en emploi, un

parent en emploi, deux parents en emploi. Si l'information n'est disponible que pour l'un des parents ou adultes responsables, l'indicateur correspond alors à l'information disponible pour ce seul parent.

Deux questions permettent d'estimer le temps de travail lorsque le parent ou son conjoint occupent un emploi rémunéré. Ces questions ont pour but de donner un aperçu de la possibilité qu'ont les parents d'être présents auprès de leurs enfants en dehors des heures de classe. L'une porte sur l'horaire de travail (PE106, PA92), l'autre, sur le nombre moyen d'heures travaillées par semaine (PE107, PA93). La première question est tirée de l'*Enquête Ados, familles et milieu de vie* (Cloutier, Champoux et Jacques, 1994). Un indicateur décrivant l'horaire de travail combiné des parents a été construit. Il regroupe l'ensemble des possibilités en trois catégories mutuellement exclusives « les deux parents ont un horaire de jour et sur semaine », « au moins un des parents a un horaire de jour et sur semaine », « le ou les parents ont un autre genre d'horaire ». La seconde question porte sur le nombre moyen d'heures travaillées par semaine au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Une période de référence de 12 mois a été retenue afin d'évaluer la présence des parents auprès des enfants durant une période significative et ainsi, éviter de considérer un statut temporaire d'emploi. S'il y a deux parents, la valeur de l'indicateur correspond à la moyenne du nombre total d'heures travaillées par chacun des parents.

#### *Insécurité alimentaire*

L'étude de l'insécurité alimentaire est basée sur deux paramètres : la présence d'insécurité alimentaire au sein du ménage et son ampleur au cours d'une période de 30 jours. La présence de l'insécurité alimentaire est déterminée à l'aide d'une question à trois énoncés reflétant respectivement la diversité, la quantité et la qualité de l'alimentation en situation de précarité financière (PE96, PA82, Q162). Ces énoncés sont tirés du questionnaire Radimer/Cornell (Kendall, Olson et Frongillo, 1995) destiné à mesurer la faim et l'insécurité alimentaire au niveau du ménage, des adultes et des

enfants. Cet instrument a été développé à partir de commentaires ou réflexions exprimés par des personnes affectées par ce type d'insécurité, et sa validité a été démontrée aux États-Unis (Frongillo, 1999). Les trois énoncés retenus pour la présente enquête ont été choisis à la suite d'une étude au sein d'une population de la ville de Québec et ses environs (Hamelin, Habicht et Beaudry, 1999). Les réponses à ces énoncés traduisent la fréquence de certaines situations. On établit qu'il y a présence d'insécurité alimentaire lorsque l'une des trois situations est déclarée présente « souvent » ou « parfois ».

La deuxième variable estime l'ampleur de l'insécurité alimentaire à partir du nombre de jours où les membres du ménage, dont fait partie l'enfant ou l'adolescent, ont manqué de nourriture ou d'argent pour en acheter, et ce, au cours du mois ayant précédé l'enquête (PE97, PA83 et Q163). Cette question est tirée du questionnaire adressé aux familles de l'étude NHANES III (1988-1991) (Lewit et Kerrebrock, 1997; Campbell, 1991). L'indicateur comporte deux catégories : « aucun jour » et « au moins un jour ». Il est fourni pour l'ensemble des jeunes et non seulement pour ceux dont le milieu de vie est affecté par l'insécurité alimentaire.

#### *Portée et limites des données*

Soulignons d'abord que l'indice de revenu relatif sous-estime légèrement le pourcentage de familles ayant un faible ou un très faible revenu comparativement aux seuils de faible revenu publiés par Statistique Canada. En effet, pour pouvoir obtenir des catégories respectant les seuils de Statistique Canada, il aurait fallu prendre en considération la taille de la région de résidence dans le calcul de l'indice.

La scolarité des parents est une information qui a été utilisée dans une perspective systémique. Ainsi, pour les enfants et les adolescents qui vivent avec deux adultes responsables, le plus haut niveau de scolarité complété par l'un ou l'autre des conjoints a été retenu pour caractériser le milieu habituel de vie de l'enfant. Pour certaines problématiques, il s'avérerait peut-être

plus approprié de considérer de façon distincte la scolarité de chacun des parents.

Pour l'indicateur d'occupation principale des parents, un regroupement permettant de décrire la réalité économique du milieu de vie de l'enfant a aussi été privilégié. Cet indicateur est établi indépendamment du fait qu'il y ait un seul parent ou deux conjoints dans le milieu de vie de l'enfant. Toutefois, l'indicateur pourrait être construit autrement lorsque l'objet d'étude est fonction de la présence d'un parent à la maison; dans ce cas, les catégories devraient prendre en considération le nombre de parents potentiellement présents.

Enfin, bien que les indicateurs permettent d'obtenir un portrait de l'insécurité alimentaire, le nombre restreint de questions utilisées constitue une limite à l'évaluation de la prévalence et de l'ampleur du phénomène. On sait qu'il est préférable de renforcer ces informations en utilisant des outils complémentaires pour obtenir des données sur l'apport nutritionnel (ex. : rappel 24 heures) (Kendall, Olson et Frongillo, 1996).

Les taux de non-réponse partielle sont généralement satisfaisants pour les questions abordées dans cette section, y compris pour la question sur le revenu du ménage. Bien qu'en général les répondants soient réticents à déclarer leur revenu (Aday, 1989; Sudman et Bradburn, 1987), les taux de non-réponse partielle ne dépassent pas 5 % dans cette enquête, sauf pour les 13 ans où il atteint 6 %. Par ailleurs, le taux de non-réponse à l'indicateur portant sur le nombre moyen d'heures travaillées par les parents se situe à 7 % pour les 13 ans et 16 ans. Le taux de non-réponse à l'indicateur portant sur l'horaire de travail des parents est, quant à lui, de 8 % pour les 9 ans et de 7 % pour les 13 ans et 16 ans. Une analyse a été effectuée sur les caractéristiques associées à la non-réponse pour cet indicateur chez les 9 ans et les 13 ans. L'analyse révèle que la non-réponse est plus importante lorsque les parents ont un faible niveau de scolarité.

### 3.2.3 Résultats

#### 3.2.3.1 Situation financière

Près de quatre jeunes sur cinq âgés de 9 ans, de 13 ans et de 16 ans évoluent dans un milieu familial ayant un revenu relatif moyen, élevé ou très élevé. Environ un jeune sur dix (14 %, 11 % et 9 % respectivement selon l'âge) vit au sein d'un ménage à faible revenu, alors que 6 % des 9 ans et des 13 ans et 3,6 % des adolescents de 16 ans font partie d'un ménage dont la situation financière est encore plus précaire (tableau 3.7). La situation financière est plus favorable lorsque le jeune est plus âgé, selon l'indice de revenu relatif. Ainsi, la proportion de jeunes vivant dans un ménage à très faible revenu est supérieure chez les jeunes de 9 et 13 ans que chez ceux de 16 ans. À l'inverse, la proportion de jeunes faisant partie d'un ménage à revenu très élevé est plus faible chez les enfants de 9 ans que chez les adolescents.

Le tableau 3.7 présente également un second indicateur du statut socioéconomique du milieu où vit l'enfant, soit la perception de l'un de ses parents de sa

situation financière. Dans plus de 70 % des cas, les enfants de 9 ans, 13 ans et 16 ans (73 %, 71 % et 74 % respectivement) vivent avec un parent qui considère la situation financière de son ménage semblable à celle des gens de son quartier ou de son village. Entre 10 % et 15 % des enfants, selon leur âge, ont un parent qui s'estime moins à l'aise que les gens de son quartier ou village. Les jeunes de 9 ans et de 13 ans sont proportionnellement plus nombreux que ceux de 16 ans à vivre avec un parent qui se considère moins à l'aise que les autres (14 % et 15 % c. 10 %).

La majorité des adolescents de 13 ans et 16 ans ont la même perception de la situation financière du ménage que l'un de leurs parents (67 % et 71 % respectivement). Près d'un jeune sur cinq a par contre une perception plus favorable de la situation (20 % et 17 %), alors que plus d'un jeune sur dix a une perception moins favorable (13 % et 12 %) (données non présentées).

Tableau 3.7  
Situation financière du milieu familial habituel des enfants et des adolescents<sup>(1)</sup>, Québec, 1999

	9 ans		13 ans		16 ans	
	%	Pe '000	%	Pe '000	%	Pe '000
Revenu relatif						
Très faible	6,0 <sup>1</sup>	5,3	6,3 <sup>2</sup>	5,4	3,6 <sup>*1,2</sup>	2,9
Faible	13,9 <sup>3</sup>	12,2	11,3	9,8	8,9 <sup>3</sup>	7,4
Moyen	32,0	28,4	28,3	24,3	28,7	23,7
Élevé	33,4 <sup>4</sup>	29,6	34,2	29,4	39,2 <sup>4</sup>	32,1
Très élevé	14,7 <sup>5,6</sup>	13,0	19,9 <sup>5</sup>	17,2	19,6 <sup>6</sup>	16,1
Perception du parent de sa situation financière						
Moins à l'aise	13,9 <sup>7</sup>	11,7	14,5 <sup>8</sup>	12,8	10,3 <sup>7,8</sup>	12,7
Semblable	72,8	64,5	70,8	60,9	74,3	61,1
Plus à l'aise	13,3	12,3	14,7	12,4	15,4	8,4

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

<sup>1-8</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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



### 3.2.3.2 Scolarité, occupation principale et temps de travail

Le tableau 3.8 présente le plus haut niveau de scolarité atteint par l'un ou l'autre des parents avec lequel vit l'enfant. Environ la moitié des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans vivent dans un milieu familial où au moins un des parents a une scolarité de niveau collégial (entre 19 % et 24 % selon l'âge) ou universitaire (entre 28 % et 30 %). Entre 21 % et 23 % des jeunes de chaque âge vivent dans un milieu où au moins un des parents a complété des études secondaires. Enfin, les situations les moins fréquentes sont celles de parents ayant étudié dans une école de métiers ou un collège commercial ou spécialisé (entre 14 % et 17 % selon l'âge), et de parents peu scolarisés n'ayant pas complété leurs études secondaires (de 10 % à 13 % selon l'âge).

Dans l'ensemble, ces données suggèrent que le niveau de scolarité qui caractérise le milieu familial a tendance à être d'autant plus élevé que l'enfant ou l'adolescent est jeune. Cependant, seules les différences au niveau collégial se révèlent significatives et permettent de conclure que les enfants de 9 ans sont proportionnellement plus nombreux que les adolescents de 16 ans à vivre avec au moins un parent qui a complété de telles études.

Quant à l'occupation principale des parents, il s'avère qu'environ la moitié des jeunes de 9 ans, 13 ans et

16 ans (49 %, 51 % et 54 %) vivent dans un milieu familial où les deux conjoints travaillent. À l'opposé, environ un jeune sur dix demeure dans un ménage où aucun des parents n'occupe actuellement un emploi à titre d'occupation principale. L'occupation principale des parents ne varie pas de façon significative selon l'âge des enfants.

En général, chez les enfants et les adolescents dont le ou les parents travaillent, au moins un des parents, sinon les deux, ne travaillent que de jour et sur semaine. C'est en effet le cas de près des trois quarts des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans dont au moins un parent travaille (tableau 3.9). Cependant, plus d'un jeune sur quatre ne peut bénéficier d'une telle disponibilité, puisque le ou les parents ont un tout autre genre d'horaire, et ce, dans les trois groupes d'âge.

Pour de nombreux enfants et adolescents dont le ou les parents travaillent, ceux-ci semblent avoir un horaire de travail assez chargé. En effet, plus du quart des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans ont un ou des parents qui travaillent plus de 40 heures par semaine en moyenne (26 %, 31 % et 27 % respectivement). Entre 21 % et 24 % des jeunes ont des parents travaillant en moyenne 40 heures par semaine, alors qu'environ 40 % des enfants et des adolescents vivent dans un milieu où la moyenne des heures travaillées par le ou les parents est de 30 à 39 heures.

Tableau 3.8

#### Caractéristiques socioéconomiques du milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999

	9 ans		13 ans		16 ans	
	%	Pe '000	%	Pe '000	%	Pe '000
<b>Plus haut niveau de scolarité des parents</b>						
Secondaire incomplet ou moins	10,4	9,2	12,7	10,9	13,2	10,3
Secondaire complété	21,4	19,0	21,1	18,1	23,3	19,4
Études dans une école de métiers, un collège commercial ou spécialisé	14,2	12,6	14,7	12,7	16,7	13,8
Cégep	24,5 <sup>1</sup>	21,7	21,1	18,1	19,0 <sup>1</sup>	16,0
Université	29,4	26,0	30,5	26,3	27,7	22,7
<b>Occupation principale des parents</b>						
Aucun parent en emploi	10,8	43,7	8,8	43,9	8,7	45,1
Un parent en emploi	39,9	35,4	40,1	34,6	37,3	29,9
Deux parents en emploi	49,3	9,4	51,0	7,6	54,0	7,2

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

Tableau 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<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(2)</sup>
	%		
Type d'horaire de travail			
Les deux parents ont un horaire de jour et sur semaine	27,0	30,6	30,8
Au moins un des parents a un horaire de jour et sur semaine	45,2	43,5	42,6
Le ou les parents ont un autre genre d'horaire	27,9	26,0	26,6
Nombre d'heures/semaine travaillées			
Moins de 30 heures	10,7	10,2	9,1
De 30 à 39 heures	40,0	37,7	40,8
40 heures	23,7	21,2	23,1
Plus de 40 heures	25,6	30,8	27,0

(1) Comme occupation principale.

(2) 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.

### 3.2.3.3 Insécurité alimentaire

On estime que l'insécurité alimentaire est présente chez un peu plus d'un jeune sur dix, soit entre 11 % et 13 % des enfants et des adolescents, selon les critères utilisés dans cette enquête (tableau 3.10). De plus, environ 3,4 % des enfants de 9 ans, 2,4 % des adolescents de 13 ans et 1,3 % de ceux de 16 ans vivent dans un ménage ayant manqué de nourriture ou d'argent pour en acheter au cours d'une période de 30 jours.

Les ressources financières du ménage constituent un des facteurs de risque étroitement liés à l'insécurité alimentaire. Le tableau 3.11 indique que la prévalence de l'insécurité alimentaire atteint les proportions les plus élevées chez les enfants vivant au sein de ménages dont les revenus relatifs sont qualifiés de faibles ou très faibles, et ce, pour chacun des âges (42 %, 32 % et 43 %). De même, cette prévalence est plus élevée chez ceux dont un parent perçoit la situation financière de son ménage comme étant inférieure à celle des autres ménages de son quartier ou village (42 %, 36 % et 42 %). Enfin, les jeunes dont les parents sont moins scolarisés se révèlent proportionnellement plus nombreux à être exposés à la présence d'insécurité alimentaire (30 %, 20 % et 25 %) que les jeunes dont au moins un des parents a complété des études collégiales ou universitaires (9 %, 8 % et 7 %).

Tableau 3.10  
**Présence et ampleur de l'insécurité alimentaire dans le milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999**

	9 ans		13 ans		16 ans	
	%	Pe '000	%	Pe '000	%	Pe '000
Insécurité alimentaire						
Absence	86,6	11,8	88,9	9,6	87,5	10,0
Présence	13,4	76,7	11,1	76,5	12,5	72,2
Ampleur sur 30 jours						
Aucun jour	96,6	85,6	97,6	84,1	98,7	81,2
Au moins un jour	3,4*	2,9	2,4*	2,0	1,3**	1,0

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

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

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

### 3.2.3.4 Variations selon le type de milieu familial

Cette section examine les variations des diverses caractéristiques socioéconomiques étudiées (revenu relatif, perception du parent de sa situation financière, plus haut niveau de scolarité, occupation des parents) et de l'insécurité alimentaire selon le type de milieu familial. Règle générale, ce sont les jeunes vivant avec un parent seul qui paraissent les plus désavantagés.

Le tableau 3.12 illustre la variation de l'indice de revenu relatif selon le type de milieu familial. Il montre que les jeunes vivant avec un parent seul sont proportionnellement plus nombreux à se retrouver dans une situation précaire que ceux qui vivent avec leurs deux parents ou avec un parent et un beau-parent. En effet, environ 48 % des enfants de 9 ans demeurant

avec un parent seul sont issus d'un milieu qui doit composer avec un revenu relatif très faible ou faible, alors que ces proportions sont de 26 % et de 12 % respectivement, chez les enfants habitant avec un parent et son conjoint ou avec leurs deux parents. La situation est semblable pour les adolescents de 13 ans (44 % c. 23 % et 11 %) et de 16 ans (33 % c. 12 % et 8 %). Les résultats font aussi ressortir le fait que la situation financière des familles avec deux adultes responsables (mère et père ou parent et beau-parent) ne constitue pas une réalité homogène. Ainsi, la proportion de jeunes qui vivent dans un milieu défavorisé est plus élevée chez ceux qui habitent avec un parent et un beau-parent que chez ceux qui demeurent avec leurs deux parents. C'est du moins le cas chez les 9 ans et les 13 ans.

Tableau 3.11

#### Présence d'insécurité alimentaire selon certaines caractéristiques socioéconomiques du milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Revenu relatif <sup>(1)†</sup>			
Très faible ou faible	41,5 <sup>1</sup>	32,2 <sup>2</sup>	43,1 <sup>3</sup>
Moyen	11,8 <sup>*1</sup>	15,1 <sup>*2</sup>	15,0 <sup>*3</sup>
Élevé ou très élevé	3,4 <sup>**1</sup>	2,3 <sup>**2</sup>	4,2 <sup>*3</sup>
Perception du parent de sa situation financière <sup>(1)†</sup>			
Moins à l'aise	41,8 <sup>4,5</sup>	35,8 <sup>6,7</sup>	42,1 <sup>8</sup>
Semblable	9,7 <sup>4</sup>	8,0 <sup>*6</sup>	10,2 <sup>8</sup>
Plus à l'aise	2,8 <sup>**5</sup>	2,4 <sup>**7</sup>	0,8 <sup>**8</sup>
Plus haut niveau de scolarité des parents <sup>†</sup>			
Secondaire incomplet ou moins	30,0 <sup>*9,10</sup>	19,9 <sup>*11</sup>	25,2 <sup>*12</sup>
Secondaire complété, école de métiers, etc.	15,1 <sup>10</sup>	12,7 <sup>*</sup>	14,0
Cégep ou université	8,8 <sup>*9</sup>	7,8 <sup>*11</sup>	7,4 <sup>*12</sup>

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

<sup>1-12</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

† Les tests d'association entre le revenu et la présence d'insécurité alimentaire, entre la perception du parent de sa situation financière et la présence d'insécurité alimentaire et entre le niveau de scolarité et la présence d'insécurité alimentaire sont significatifs au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

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

Tableau 3.12

**Revenu relatif du ménage selon le type de milieu familial habituel des enfants et des adolescents<sup>(1)†</sup>, Québec, 1999**

	Très faible ou faible	Moyen	Élevé ou très élevé
	%		
9 ans			
Avec mère et père	12,3 <sup>1</sup>	32,7	55,0 <sup>2</sup>
Avec parent et beau-parent	25,8 <sup>*1</sup>	29,8 <sup>*</sup>	44,4 <sup>3</sup>
Avec parent seul	47,8 <sup>1</sup>	31,2	21,0 <sup>+2,3</sup>
13 ans			
Avec mère et père	10,7 <sup>4</sup>	27,5	61,8 <sup>5</sup>
Avec parent et beau-parent	23,2 <sup>*4</sup>	25,7 <sup>*</sup>	51,1 <sup>6</sup>
Avec parent seul	44,5 <sup>4</sup>	32,1	23,5 <sup>+5,6</sup>
16 ans <sup>(2)</sup>			
Avec mère et père	7,7 <sup>*7</sup>	26,4	66,0 <sup>9</sup>
Avec parent et beau-parent	12,2 <sup>**8</sup>	27,8 <sup>*</sup>	60,0 <sup>10</sup>
Avec parent seul	32,7 <sup>7,8</sup>	38,5	28,8 <sup>+9,10</sup>

(1) Exclut les enfants de milieux sans parent.

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

<sup>1-10</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

† Le test d'association entre le revenu relatif et le type de milieu familial est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

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

La perception du parent de la situation financière de son ménage reflète la même perspective (tableau 3.13). Chez les enfants et les adolescents de milieu monoparental, près de trois jeunes sur dix (33 %, 34 % et 28 % selon l'âge) ont un parent qui perçoit la situation financière de son ménage de façon désavantageuse en comparaison des gens de son quartier ou village. Cette proportion est moins élevée chez les jeunes de 13 ans et de 16 ans vivant avec un parent et un beau-parent (9 % et 8 %) ou avec leurs deux parents (11 % et 7 %)

Le tableau 3.14 examine la relation entre le plus haut niveau de scolarité des parents et le type de milieu familial. Les résultats qui y sont présentés vont dans le même sens que les précédents. Les jeunes avec un parent seul sont proportionnellement plus nombreux à vivre dans un milieu moins scolarisé que ceux qui habitent avec leurs deux parents. Chez les 9 ans par exemple, environ 22 % des enfants demeurant avec un parent seul évoluent dans un milieu peu scolarisé, ce parent n'ayant pas complété ses études secondaires. En comparaison, 8 % des enfants vivant avec leur mère et leur père se retrouvent dans une situation semblable. À l'autre extrême, la scolarité des parents est de niveau

collégial ou universitaire pour 41 % des enfants habitant avec un parent seul, alors que cette proportion atteint 56 % chez les enfants vivant avec leurs deux parents. Les enfants avec un parent et un beau-parent semblent se trouver dans une situation davantage comparable à celle des enfants vivant avec leurs deux parents qu'à celle des enfants habitant avec un parent seul. Chez les adolescents de 13 et 16 ans, la situation diffère quelque peu puisque le profil de scolarité des milieux avec parent et beau-parent ne se rapproche pas aussi clairement de celui des milieux avec mère et père.

On retrouve aussi chez les 9 ans (particulièrement), chez les 13 ans et 16 ans vivant avec un parent seul, une proportion relativement élevée de jeunes dont le parent ne travaille pas (comme occupation principale) (40 %, 27 % et 22 %) (figure 3.1). Pour les deux autres types de milieux familiaux, la proportion de ménages où aucun parent ou adulte responsable ne travaille est plutôt de l'ordre de 5 % à 7 %, selon l'âge du jeune. D'ailleurs, l'occupation principale des parents ne diffère pas de façon significative selon qu'il s'agit de milieux avec mère et père ou avec parent et beau-parent (données non présentées).

Tableau 3.13

**Perception du parent de sa situation financière selon le type de milieu familial habituel des enfants et des adolescents <sup>(1)†</sup>, Québec, 1999**

	Moins à l'aise	Semblable	Plus à l'aise
	%		
9 ans			
Avec mère et père	9,0 <sup>1</sup>	76,5 <sup>2</sup>	14,5
Avec parent et beau-parent	17,5 <sup>*</sup>	71,8	10,7 <sup>**</sup>
Avec parent seul	32,7 <sup>1</sup>	56,9 <sup>2</sup>	10,4 <sup>**</sup>
13 ans			
Avec mère et père	11,1 <sup>3</sup>	72,2	16,7 <sup>5</sup>
Avec parent et beau-parent	9,5 <sup>**4</sup>	75,8	14,7 <sup>**</sup>
Avec parent seul	33,7 <sup>3,4</sup>	60,3	5,9 <sup>**5</sup>
16 ans <sup>(2)</sup>			
Avec mère et père	6,6 <sup>*6</sup>	77,0 <sup>8</sup>	16,4
Avec parent et beau-parent	7,6 <sup>**7</sup>	75,7	16,8 <sup>*</sup>
Avec parent seul	27,6 <sup>6,7</sup>	63,4 <sup>8</sup>	9,0 <sup>**</sup>

(1) Exclut les enfants de milieux sans parent.

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

1-8 Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

† Le test d'association entre la perception du parent et le type de milieu familial est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

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

Tableau 3.14

**Plus haut niveau de scolarité des parents selon le type de milieu familial habituel des enfants et des adolescents <sup>(1)†</sup>, Québec, 1999**

	Secondaire incomplet ou moins	Secondaire complété, école de métiers, etc.	Cégep ou université
	%		
9 ans			
Avec mère et père	8,3 <sup>1</sup>	36,1	55,6 <sup>3</sup>
Avec parent et beau-parent	6,6 <sup>**2</sup>	32,8	60,6 <sup>4</sup>
Avec parent seul	22,4 <sup>*1,2</sup>	36,7	40,9 <sup>3,4</sup>
13 ans			
Avec mère et père	10,2 <sup>5</sup>	33,9	55,9 <sup>6</sup>
Avec parent et beau-parent	15,0 <sup>*</sup>	34,5	50,6
Avec parent seul	21,4 <sup>*5</sup>	45,6	33,0 <sup>6</sup>
16 ans			
Avec mère et père	11,1 <sup>7</sup>	38,2	50,8
Avec parent et beau-parent	10,7 <sup>**</sup>	49,8	39,5
Avec parent seul	22,4 <sup>*7</sup>	39,8	37,8

(1) Exclut les enfants de milieux sans parent.

1-7 Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

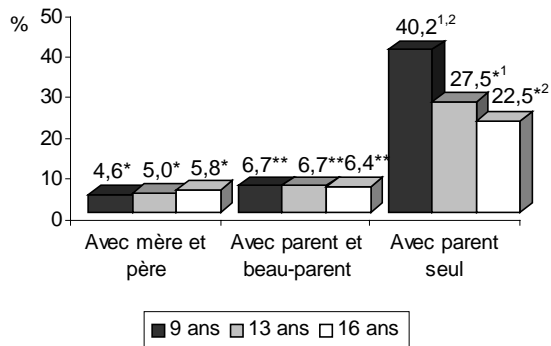
† Le test d'association entre le niveau de scolarité et le type de milieu familial est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

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

Figure 3.1  
**Aucun parent en emploi<sup>(1)</sup> selon le type de milieu familial habituel des enfants et des adolescents<sup>(2)†</sup>, Québec, 1999**



- (1) Comme occupation principale.  
 (2) Exclut les enfants de milieux sans parent.  
<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.  
 † Le test d'association entre l'occupation principale et le type de milieu familial est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.  
 \* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Les résultats révèlent enfin que l'insécurité alimentaire est davantage présente chez les jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans vivant avec un parent seul (28 %, 21 % et 31 %) que chez ceux habitant avec leurs deux parents (10 %, 9 % et 8 %) (tableau 3.15). Elle semble être aussi plus présente chez les jeunes qui vivent avec un parent seul que chez ceux vivant avec un parent et un beau-parent (12 %, 9 % et 12 %); toutefois, dans ce cas, seuls les écarts notés chez les 16 ans se révèlent significatifs. L'enquête montre également une association entre la présence d'insécurité alimentaire et le nombre d'enfants dans le ménage; cette association est significative chez les enfants de 9 ans et les adolescents de 13 ans.

Tableau 3.15  
**Présence d'insécurité alimentaire selon le type de milieu familial<sup>(1)</sup> et le nombre d'enfants, Québec, 1999**

Type de milieu familial <sup>†</sup>	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Avec mère et père	10,1 <sup>1</sup>	9,0 <sup>2</sup>	7,9 <sup>3</sup>
Avec parent et beau-parent	11,8 <sup>**</sup>	8,5 <sup>**</sup>	12,1 <sup>**4</sup>
Avec parent seul	27,5 <sup>1</sup>	20,8 <sup>*2</sup>	30,7 <sup>3,4</sup>
Nombre d'enfants <sup>§</sup>			
Un	11,7 <sup>**</sup>	15,0 <sup>*</sup>	17,2 <sup>*</sup>
Deux	10,0 <sup>*</sup>	8,5 <sup>*</sup>	10,6 <sup>*</sup>
Trois	16,9 <sup>*</sup>	10,8 <sup>*</sup>	11,6 <sup>*</sup>
Quatre et plus	19,6 <sup>*</sup>	16,8 <sup>*</sup>	12,9 <sup>**</sup>

- (1) Exclut les enfants de milieux sans parent.  
<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.  
 † Le test d'association entre la présence d'insécurité alimentaire et le type de milieu familial est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.  
 § Le test d'association entre la présence d'insécurité alimentaire et le nombre d'enfants est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et 13 ans.  
 \* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

### **3.3 Recours aux services de garde**

#### **3.3.1 Introduction**

Avec des mères et des pères majoritairement présents sur le marché du travail, la question de la garde des enfants se pose avec acuité, même pour les enfants d'âge scolaire dont l'heure de fin de classe correspond rarement à celle du retour d'un parent à la maison. Il importe d'aborder cette question dans le cadre de la présente enquête, dans la mesure où plusieurs études antérieures révèlent que les enfants laissés sans supervision en dehors des heures de classe risquent d'éprouver des problèmes de stress, d'insécurité, d'isolement et de solitude, ces problèmes ayant des effets sur leur rendement scolaire et leur développement social (Lalonde-Graton, 1992). Des comportements à risque ont même été observés chez des jeunes de 15 ans laissés régulièrement sans surveillance adulte après les heures de classe (Richardson et autres, 1993). Par ailleurs, selon une enquête québécoise menée auprès de parents d'enfants de 9 ans à 12 ans (Lafleur, 1994), il appert que pour les enfants de 9 ans, la garde est jugée essentielle en tout temps par la grande majorité des parents consultés. Toutefois, l'intérêt de l'enfant à être supervisé déclinerait au milieu de la cinquième année du primaire. En fait, il semble qu'entre la quatrième et la sixième année, « ... autant les parents que les jeunes en sont à redéfinir les limites de l'encadrement dans un contexte d'acquisition de l'autonomie » (Lafleur, 1994 : p. 23). Environ la moitié des enfants de 9 ans de la présente enquête se situent précisément dans cette catégorie.

Plusieurs facteurs peuvent influencer les attentes et les besoins des parents en ce qui concerne la garde de leurs enfants, notamment : la perception des parents eux-mêmes quant à leurs besoins, la qualité, l'accessibilité et le coût des services, l'horaire des classes et du transport disponible par rapport à l'horaire de travail des parents, la distance entre les lieux de travail, de résidence et de garde, la présence ou non d'entraide naturelle et l'âge des enfants (Lafleur, 1994). Mais au-delà de ces facteurs de variation, les parents estiment que le mode de garde idéal pour leurs enfants de 9 ans à 12 ans serait, par ordre décroissant : le

service de garde en milieu scolaire; la garde à la maison, avec un frère, une sœur, un ami ou des ressources adultes accessibles; la garde dans un centre (genre maison de quartier) offrant des services adaptés aux enfants de 9 ans à 12 ans; la garde chez une gardienne en milieu familial; et, finalement, la garde au domicile familial avec une gardienne. L'ordre de ces choix à l'égard des enfants du second cycle du primaire est à peu près confirmé dans l'Enquête sur les besoins des familles en matière de services de garde (Bureau de la statistique du Québec, 1999).

Ce sont donc les services de garde en milieu scolaire qui sont les plus prisés pour les enfants de ce groupe d'âge. D'ailleurs, on peut penser que la garde en milieu scolaire gagnera encore plus en popularité au fur et à mesure que ces services seront rendus disponibles dans les écoles. Ces services se développent en effet rapidement depuis l'entrée en vigueur des places à tarif réduit (5 \$/jour), couplée à l'obligation pour les commissions scolaires de les fournir lorsque les parents en font la demande.

Cette section vise à donner un aperçu de l'importance et des modalités du recours à la garde pour les enfants de 9 ans. Comme on a tout lieu de croire que les caractéristiques du milieu familial peuvent influencer le recours à la garde, les liens avec quelques-uns de ces aspects sont présentés, dans la mesure où les données de l'enquête le permettent. Les facteurs analysés portent sur la structure de la famille et les caractéristiques socioéconomiques, telles que le revenu relatif du ménage, le plus haut niveau de scolarité complété par les parents et l'occupation principale des parents. On a aussi vérifié si la région de l'école fréquentée – définie selon qu'elle est située ou non dans l'une des cinq régions métropolitaines de recensement – était associée à la garde. Cette vérification est apparue nécessaire parce que les services de garde en milieu scolaire ou autres modes de garde ne sont pas également disponibles dans toutes les régions du territoire québécois.

#### **3.3.2 Aspects méthodologiques**

Cette section concerne le questionnaire destiné aux parents et ne considère que les enfants de 9 ans. Les

questions analysées portent d'abord sur le recours ou non à la garde (PE17). S'il y a recours à la garde, trois volets sont examinés, c'est-à-dire la durée hebdomadaire de la garde exprimée en heures (PE18), le principal mode de garde utilisé (PE19), et le degré de satisfaction quant au(x) mode(s) de garde utilisé(s) (PE20). Les autres questions concernent les enfants laissés seuls (PE21 et PE21A). Les trois premières questions (PE17 à PE19) sont extraites de l'ELNE (Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1995), alors que les deux suivantes (PE20 et PE21) ont été ajoutées dans le but de compléter l'information.

Les valeurs continues obtenues à la question PE18, relative à la durée de la garde hebdomadaire, ont été regroupées en trois catégories considérant que les durées déclarées sont surtout marquées aux multiples de 5 heures, probablement en raison des 5 jours de classe par semaine.

En principe, selon la formulation de la question PE17, le recours à la garde est celui qui est requis lorsque les parents sont aux études ou au travail. Il n'y a cependant pas de filtre à cet effet dans le questionnaire, si bien que des parents n'étant ni aux études ni au travail ont pu répondre par l'affirmative à cette question. Les indicateurs utilisés dans cette section sont donc établis sur la base de l'ensemble des enfants de 9 ans et non exclusivement sur celle des enfants dont les parents sont effectivement en emploi ou aux études.

Une des limites des données a trait au libellé de la question PE17, qui fait référence aux termes « garderie » et « service de garde », des dénominations plutôt formelles, alors que cette section s'intéresse à la garde des enfants quel que soit le mode retenu par les parents. Par conséquent, des parents qui ont recours à un service non formel ont pu répondre négativement à cette question, alors qu'ils auraient dû répondre par l'affirmative.

Les taux de non-réponse partielle aux différentes questions sont tous inférieurs à 5 %.

### 3.3.3 Résultats

#### 3.3.3.1 Recours à la garde et enfants laissés seuls

Les enfants de 9 ans se font garder dans une proportion d'environ 40 %. Selon les données de l'enquête, près de la moitié (52 %) de ces enfants se font garder 10 heures et moins par semaine, un peu plus du quart (28 %), entre 11 et 15 heures, alors que 20 % se font garder 16 heures et plus par semaine (données non présentées).

Les services de garde à l'école sont le mode de garde principal de 56 % des enfants de 9 ans qui se font garder (tableau 3.16). Le second mode de garde le plus utilisé est la garde « chez quelqu'un d'autre par une personne non apparentée »; ce mode regroupe 19 % des enfants. Les autres modes principaux sont utilisés par moins de 10 % des enfants de cet âge.

Les parents des enfants de 9 ans sont majoritairement très satisfaits des services de garde auxquels ils ont recours; pour 65 % des enfants, les parents s'estiment « très satisfaits », alors que 32 % se disent « plutôt satisfaits » (données non présentées). L'enquête ne permet pas d'observer de variation de la satisfaction selon le mode de garde utilisé ou la durée hebdomadaire de la garde.

Environ 18 % des enfants de 9 ans sont parfois laissés sous leur propre garde. Cette forme de garde s'avère moins fréquente chez les enfants de 9 ans dont l'école est située dans une région métropolitaine (16 %) plutôt que dans une autre région (22 %). Sa durée est brève puisque 92 % des enfants concernés restent seuls cinq heures ou moins par semaine (données non présentées).

#### 3.3.3.2 Variations selon certains facteurs associés

Le recours à la garde varie, entre autres, selon le type de milieu familial. Les enfants de 9 ans appartenant à un milieu avec un parent seul sont proportionnellement plus nombreux à se faire garder que les enfants d'un milieu à deux conjoints (52 % c. 38 %) (tableau 3.17)



Tableau 3.16

**Principal mode de garde utilisé, enfants de 9 ans qui se font garder, Québec, 1999**

	%	Pe '000
Service de garde à l'école	56,2	19,5
Garde chez quelqu'un d'autre		
Par une personne non apparentée	19,0	6,6
Par une personne apparentée	6,3*	2,2
Garde à la maison		
Par une personne non apparentée	7,2*	2,5
Par une personne apparentée autre que frère ou sœur	4,8**	1,7
Par un frère ou une sœur de l'enfant	1,8**	0,6
Garderie (y compris une garderie située au lieu de travail)	4,7**	1,6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>34,7</b>

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

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

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

Tableau 3.17

**Recours à la garde selon divers facteurs associés, enfants de 9 ans, Québec, 1999**

	%
Type de milieu familial <sup>(1)†</sup>	
Avec deux conjoints	38,0 <sup>1</sup>
Avec parent seul	51,6 <sup>1</sup>
Revenu relatif <sup>†</sup>	
Très faible ou faible	17,5 <sup>*2,3</sup>
Moyen	31,3 <sup>3</sup>
Élevé ou très élevé	55,5 <sup>2</sup>
Plus haut niveau de scolarité des parents <sup>†</sup>	
Secondaire incomplet ou moins	13,2 <sup>**4,5,6</sup>
Secondaire complété	29,9 <sup>6,7,8</sup>
Études dans une école de métiers, un collège commercial ou spécialisé	42,8
Cégep	45,6 <sup>5,8</sup>
Université	51,3 <sup>4,7</sup>
Occupation principale des parents <sup>†</sup>	
Aucun parent en emploi	17,5 <sup>*9</sup>
Un parent en emploi	29,3 <sup>10</sup>
Deux parents en emploi	53,4 <sup>9,10</sup>
Type de région de l'école <sup>†</sup>	
Régions métropolitaines	47,9 <sup>11</sup>
Autres régions	27,3 <sup>11</sup>

<sup>(1)</sup> Exclut les enfants de milieux sans parent.

<sup>1-11</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre le recours à la garde et le type de milieu familial, entre le recours à la garde et le revenu relatif, entre le recours à la garde et le niveau de scolarité, entre le recours à la garde et l'occupation principale, et entre le recours à la garde et la région sont significatifs au seuil de 0,05.

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

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

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

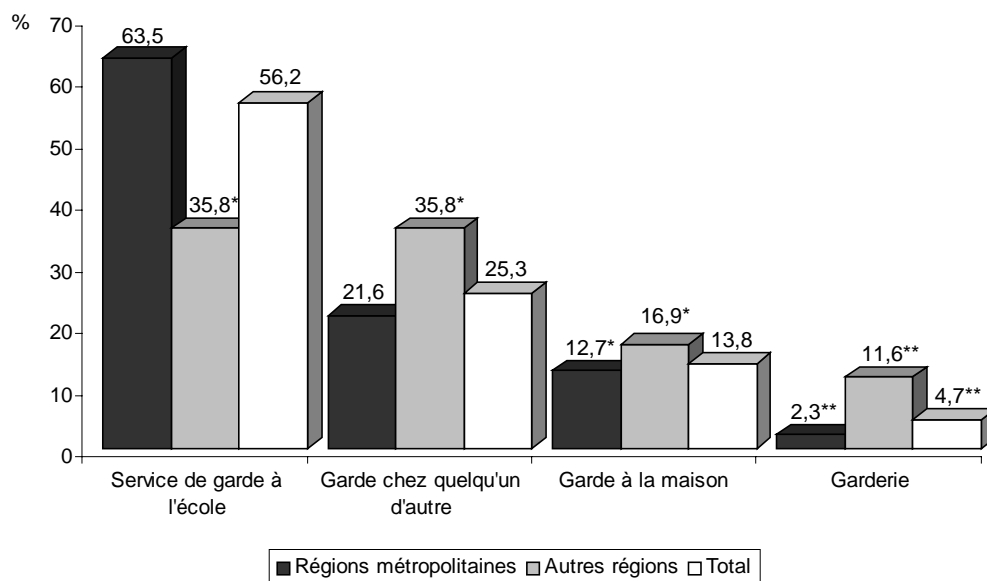
Les résultats indiquent par ailleurs que le recours à la garde est plus répandu quand les caractéristiques socioéconomiques de la famille sont favorables, celles-ci étant étroitement liées entre elles. Ainsi, les enfants dont la famille a un revenu relatif élevé ou très élevé fréquentent ces services dans une proportion d'environ 55 %, en comparaison de 18 % de ceux vivant au sein de familles dont le revenu est considéré faible ou très faible. Les enfants dont au moins un parent a complété des études postsecondaires (cégep ou université) y recourent aussi en plus grand nombre (46 % et 51 %), toutes proportions gardées, que ceux dont les parents possèdent une scolarité de niveau secondaire (30 %); ils y recourent encore moins lorsque les parents n'ont pas complété d'études secondaires (13 %). Enfin, le recours à la garde varie bien entendu selon l'occupation principale des deux parents. Lorsque les deux parents travaillent, le recours à la garde est plus marqué (53 %

que lorsqu'un seul parent travaille (29 %) ou qu'aucun ne travaille (18 %).

Sur le plan géographique, le recours à la garde concerne davantage les élèves fréquentant les écoles des régions métropolitaines que les autres élèves (48 % c. 27 %). Le mode de garde principal utilisé pour les enfants de 9 ans varie également selon le type de région où est située l'école. Les enfants fréquentant les écoles des régions métropolitaines sont proportionnellement plus nombreux que ceux des autres régions à se faire garder à l'école (63 % c. 36 %) (figure 3.2). La garde chez quelqu'un d'autre par une personne non apparentée est la deuxième en importance; toutefois la variation selon le type de région n'est pas significative. Par ailleurs, l'enquête ne permet pas d'observer de lien entre le mode de garde principal et les caractéristiques socioéconomiques de la famille de l'enfant.

Figure 3.2

**Principal mode de garde utilisé selon le type de région de l'école, enfants de 9 ans qui se font garder<sup>†</sup>, Québec, 1999**



<sup>†</sup> Le test d'association entre le principal mode de garde et le type de région de l'école est significatif au seuil de 0,05.

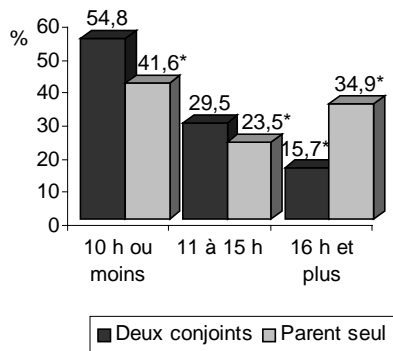
\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

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

La durée de la garde hebdomadaire varie selon le type de milieu familial au sein duquel vivent les enfants de 9 ans (figure 3.3). Ainsi, chez les enfants de parent seul qui se font garder, on estime à 35 % la proportion de ceux qui se font garder 16 heures et plus par semaine, alors que cette proportion baisse à 16 % pour les enfants de familles comptant deux conjoints. D'autre part, l'enquête ne permet pas d'observer de relation entre la durée de la garde et les caractéristiques socioéconomiques de la famille de l'enfant (données non présentées).

Figure 3.3  
**Durée de la garde hebdomadaire selon le type de milieu familial<sup>(1)</sup>, enfants de 9 ans qui se font garder<sup>†</sup>, Québec, 1999**



<sup>(1)</sup> Exclut les enfants de milieux sans parent.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la durée de la garde et le type de milieu familial est significatif au seuil de 0,05.

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

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

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

Ce chapitre apporte quelques précisions sur le milieu familial des jeunes québécois de 9 ans, de 13 ans et de 16 ans. Il établit d'abord qu'environ 70 % des enfants et des adolescents vivent avec leurs deux parents biologiques ou adoptifs. Dans les autres cas, environ 12 % des jeunes vivent avec un parent et un beau-parent, entre 15 % et 18 %, selon l'âge, demeurent

plutôt avec un parent seul et moins de 1 % se trouvent dans un milieu sans présence parentale.

La séparation ou le divorce des parents est à l'origine de la rupture familiale pour près de 85 % des enfants et des adolescents qui ne vivent pas avec leurs deux parents. Il y a également de 4 % à 10 % des jeunes dont les parents n'ont jamais cohabité, les enfants de 9 ans étant ici davantage concernés. Entre 76 % et 82 % des enfants de familles désunies vivent sous la garde de leur mère, de 7 % à 17 % sous celle de leur père alors que la modalité de garde partagée touche de 6 % à 11 % des jeunes. La garde par la mère a tendance à diminuer avec l'âge du jeune de même que la garde partagée, la proportion de jeunes sous la garde de leur père ayant tendance à augmenter. Pour les enfants ne vivant pas en garde partagée, l'enquête révèle par ailleurs que la nature des contacts avec le parent non gardien varie aussi avec l'âge. La formule des visites régulières est adoptée pour 45 % des enfants de 9 ans, 39 % des adolescents de 13 ans et 31 % de ceux de 16 ans. La proportion de jeunes qui visitent plutôt occasionnellement le parent non gardien est estimée respectivement à 28 %, 38 % et 41 % chez les 9 ans, 13 ans et 16 ans. De 8 % à 12 % des jeunes n'ont que des contacts par lettre ou par téléphone. Il y a enfin de 14 % à 19 % des enfants qui n'ont aucun contact avec le parent absent.

Du côté de la fratrie, l'enquête nous apprend qu'environ 80 % des jeunes évoluent dans un milieu familial où se trouvent d'autres enfants. Environ une fois sur deux, il n'y a qu'un seul autre enfant dans le ménage. Malgré la diversité des types de milieux familiaux, à peine 6 % à 8 % des jeunes vivent au sein d'une fratrie qui n'est pas composée uniquement de frères ou de sœurs.

Dans un autre ordre d'idées, divers indicateurs révèlent que la majorité des enfants et des adolescents vivent au sein d'un milieu familial où les conditions de vie semblent relativement favorables. Il est important de souligner, par contre, qu'une proportion non négligeable des jeunes québécois de 9 ans, 13 ans et

16 ans vivent dans un milieu où les conditions de vie sont plus difficiles et peuvent compromettre leur développement et leur bien-être, voire leur santé. Selon l'âge en effet, de 10 % à 13 % des enfants vivent dans un milieu familial où les parents n'ont pas complété leurs études secondaires, de 9 % à 11 % des enfants demeurent avec un ou des parents ne travaillant pas (comme occupation principale) et, de plus, de 13 % à 20 % des enfants sont issus d'un milieu familial ne pouvant compter que sur un revenu relativement faible ou très faible. Enfin, pour quelque 10 % à 15 % des enfants et des adolescents, la situation financière de leur milieu est perçue par le parent comme étant moins favorable que celle des gens du quartier ou village. À quelques nuances près, ce profil décrit autant la situation des enfants de 9 ans que celle des adolescents de 13 ou 16 ans.

L'analyse des caractéristiques socioéconomiques selon la composition du milieu familial met en lumière deux situations particulières : une première, déjà identifiée dans la littérature, selon laquelle les enfants qui vivent avec un parent seul sont plus défavorisés; la seconde, moins fréquemment documentée, indique que les enfants de familles avec parent et beau-parent, s'ils se comparent à ceux de familles avec mère et père pour bon nombre d'indicateurs, se révèlent tout de même moins favorisés mais uniquement sur le plan économique.

Les résultats mettent aussi en évidence qu'un peu plus de 10 % des jeunes de chaque âge sont touchés par l'insécurité alimentaire. Cette proportion augmente considérablement lorsque les conditions socio-économiques sont plus défavorables. En effet, l'insécurité alimentaire menace de 32 % à 43 % des jeunes vivant dans un milieu à faible revenu. Des proportions semblables (36 % à 42 %) sont estimées pour les jeunes dont le parent perçoit la situation financière du ménage comme étant inférieure à celle de son quartier ou village. L'insécurité alimentaire se retrouve également chez 20 % à 30 % des jeunes dont les parents n'ont pas complété d'études secondaires, et

chez 21 % à 31 % des jeunes demeurant avec un parent seul. Dans le même ordre d'idées, il y a environ 2 % des jeunes dont le parent affirme avoir manqué de nourriture ou d'argent pour en acheter, au cours d'une période de référence d'un mois, et ce, malgré la diversité et l'abondance d'aliments dans le pays. L'ELNE estimait déjà cette proportion à 1,2 % en 1994-1995 dans les familles ayant des enfants de 0 à 11 ans (McIntyre, Conor et Waren, 1999). Même si la proportion de jeunes atteints par ce phénomène paraît relativement faible, elle indique tout de même qu'environ 2 900 Québécois de 9 ans, 2 000 de 13 ans et 1 000 de 16 ans connaissent une telle situation.

L'examen des milieux de garde fournit une information inédite concernant les élèves de 9 ans. L'enquête permet d'abord d'estimer que deux enfants sur cinq fréquentent à cet âge un milieu de garde. D'autre part, près d'un enfant sur cinq est laissé à l'occasion sous sa propre garde. Ces estimations, rappelons-le, sont établies pour l'ensemble de la population scolaire de 9 ans et non seulement pour les jeunes dont les parents sont effectivement au travail ou aux études. Le recours à la garde s'observe davantage chez les enfants qui se retrouvent dans l'une ou l'autre des situations suivantes : dans une famille monoparentale, dans un ménage où au moins un parent possède un diplôme d'études collégiales ou universitaires, ou dans un ménage dont le revenu relatif est élevé ou très élevé. La relation entre le revenu des ménages et le recours aux services de garde s'explique sans doute par le fait que les revenus plus élevés d'un ménage sont souvent le fait de familles à double revenu. Or, l'enquête montre que le recours à la garde est aussi plus prononcé lorsque la mère et le père travaillent à temps plein. Par ailleurs, le recours à la garde est proportionnellement plus répandu chez les élèves fréquentant une école située dans l'une des régions métropolitaines de recensement (Montréal, Québec, Trois-Rivières, Sherbrooke, Chicoutimi-Jonquière, Hull) que dans le reste du Québec; ce résultat n'étonne guère cependant, les services de garde étant

généralement plus nombreux en milieu urbain qu'en milieu rural.

La durée de la garde hebdomadaire est de plus de 15 heures par semaine pour environ un enfant sur cinq, alors que chez ceux qui sont laissés seuls, neuf enfants sur dix le sont 5 heures par semaine ou moins. La durée de la garde est plus marquée pour les enfants de familles avec un parent seul. C'est la garde en milieu scolaire qui est la formule la plus répandue pour les enfants de 9 ans, mais ce mode est surtout le fait des enfants fréquentant des écoles de régions métropolitaines, les enfants des autres régions étant plus également répartis entre la garde en milieu scolaire et la garde chez quelqu'un d'autre par une personne non apparentée.

La proportion d'enfants de 9 ans qui se font garder (40 %) peut sembler faible lorsqu'on considère, d'une part, que le taux d'activité des mères âgées de 20 à 44 ans qui ont des enfants de 6 à 15 ans est élevé (77 % en 1997) et, d'autre part, que 62 % des parents d'enfants de 5 à 11 ans disent faire garder leurs enfants sur une base régulière ou irrégulière, selon *l'Enquête sur les besoins des familles en matière de services de garde* (Bureau de la statistique du Québec, 1999). Cependant, les données de la présente enquête vont aussi dans le sens du constat antérieur au sujet de la garde des enfants de 9 ans, à savoir qu'à cet âge l'intérêt pour la garde supervisée décline rapidement.

En matière de pistes de recherche, nous attirons l'attention du lecteur sur la présence, dans cette enquête, d'un grand nombre d'indicateurs de conditions de vie, dont certains sont disponibles pour chacun des deux conjoints du ménage où l'enfant vit habituellement. Il est ainsi possible d'examiner les caractéristiques socioéconomiques de façon distincte pour le père et la mère. D'aucuns pourraient également être intéressés à améliorer les indicateurs de conditions de vie, en allant au delà de ce qui a été développé dans ce chapitre. La variété des mesures permet sans doute

la réalisation de quelques travaux plus approfondis sur le sujet.

Pour les enfants de parents séparés, divorcés ou n'ayant jamais cohabité, les données de l'enquête renseignent sur la durée de cette situation en regard de l'enfant et sur le climat d'entente entre les deux parents, au moment de la séparation et au moment de l'enquête. Ces dimensions n'ont pas été traitées dans ce chapitre et mériteraient d'être développées.

#### *Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention*

La portée de ce chapitre en matière de réflexion pour la planification est quelque peu restreinte puisque les aspects sociaux et de bien-être associés au milieu familial sont traités dans les chapitres subséquents. Quelques éléments peuvent toutefois être soulignés.

Pour favoriser le développement et l'adaptation sociale des jeunes, les *Priorités nationales de santé publique, 1997-2002* (MSSS, 1997) soulignent, à de nombreuses reprises, l'importance de la relation père-enfant. Cette relation doit certes être valorisée quel que soit le milieu familial dans lequel évolue l'enfant. Néanmoins, pour certains enfants de parents séparés ou divorcés ou n'ayant jamais cohabité, la présence du père semble parfois compromise. Il serait important d'identifier les facteurs à l'origine de cette situation, avant de conclure à l'engagement moindre des pères dans la relation. Les revendications de nombreux groupes de pères concernant les problèmes relatifs à la garde des enfants et aux droits de visite invitent à penser que les écueils peuvent aussi se situer aux plans politique ou judiciaire (Leduc, 2000). La promotion de la relation père-enfant s'appuiera sans doute sur de multiples stratégies, mais cet aspect de la question ne devrait pas être ignoré.

La pauvreté chez les enfants est un problème réel auquel de nombreux ordres de gouvernement sont sensibilisés. Dans cette perspective, il est primordial de prendre les mesures nécessaires pour freiner le

problème de l'insécurité alimentaire et, un jour ou l'autre l'éliminer. La lutte contre l'insécurité alimentaire constitue l'un des objectifs de *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). Étant donné la complexité et l'étendue de ce phénomène, il est essentiel d'établir une étroite collaboration entre les organismes communautaires, les intervenants dans le domaine de la santé, l'industrie alimentaire, ainsi que les gouvernements fédéral et provincial. Cela permettra de bâtir des programmes durables et efficaces, visant à planifier et à appliquer diverses stratégies pour s'attaquer à ce problème.

Finalement, en matière de garde pour les enfants de 9 ans, le recours à la garde est plus répandu dans les milieux où le revenu est relativement élevé ou très élevé. Le programme de garde en milieu scolaire à tarif réduit étant en développement au moment de l'enquête, on peut penser que le recours à ce service dépendra moins du revenu des parents dans l'avenir et que, par conséquent, ce dernier sera disponible pour un plus grand nombre d'enfants.

# Bibliographie

---

ADAY, L. A. (1989). *Designing and conducting health surveys*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 398 p.

AVARD, D. (1992). *Les enfants et les jeunes ayant une incapacité au Canada : enquête de 1986 sur la santé et les limitations d'activités*, Ottawa, Statistique Canada, 99 p.

BERNIER, M., H. DESROSIERS, C. LE BOURDAIS et E. LÉTOURNEAU (1994). *Un profil des familles québécoises*, Monographie no 1, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Montréal, Santé Québec, Gouvernement du Québec, 82 p.

BUREAU DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE (1999). *Plan d'action du Canada pour la sécurité alimentaire*, Ottawa, Ministère de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire Canada, Gouvernement du Canada, 56 p.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1999). *Enquête sur les besoins des familles en matière de services de garde*, Québec, Bureau de la Statistique du Québec, Ministère de l'Éducation du Québec et Ministère de la Famille et de l'Enfance, 312 p.

CAMIRAND, J. (1996). *Un profil des enfants et des adolescents québécois*, Monographie no 3, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 194 p.

CAMPBELL, C. C. (1991). « Food Insecurity : A Nutritional Outcome or a Predictor Variable? », *Journal of Nutrition*, vol. 121, n° 3, p. 408-415.

CAREAU, L., et R. CLOUTIER (1990). « La garde de l'enfant après la séparation : profil psychosocial et appréciation des familles vivant trois formules différentes », *Apprentissage et socialisation*, vol. 13, n° 1, p. 55-56.

CARLSON, S. J., M. S. ANDREWS et G. W. BICKEL (1999). « Measuring Food Insecurity and Hunger in the United States: Development of a National Benchmark Measure and Prevalence Estimates », *Journal of Nutrition*, vol. 129, n° 2S Suppl., p. 510S-516S.

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.

CLOUTIER, R., et P. BOURQUE (1988). *Transitions familiales et communautés*, Québec, Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires, février, numéro 4, 29 p.

CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE ET BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1999). *Un portrait statistique des familles et des enfants au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 206 p.

DANDURAND, R. B. (1994). « Divorce et nouvelle monoparentalité » dans DUMONT, F., et autres. *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 519-544.

DAVELUY, C., et autres (2000). Enquête sociale et de santé 1998, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p.

DRAPEAU, S., et C. BOUCHARD (1993). « Soutien familial et ajustement des parents séparés », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 25, n° 2, p. 205-229.

FRONGILLO, E. A. (1999). « Validation of Measures of Food Insecurity and Hunger », *Journal of Nutrition*, vol. 129, n° 2S Suppl., p. 506S-509S.

GAUTHIER, D. (1991). *L'ajustement du garçon de 9-12 ans à l'intérieur de la famille monoparentale matricentrique et patricentrique*, Montréal, Université de Montréal, Département de psycho-éducation, mémoire de maîtrise, 174 p.

HADDAD, T. (1998). *Les enfants en situation de garde après divorce ont-ils plus de problèmes que les enfants qui vivent dans un milieu familial*. (Communication pour « Investir dans nos enfants : une conférence nationale sur la recherche, 1998 », Hôtel Château Laurier, 27-29 octobre, Atelier 1 : structure familiale), Ottawa, Direction de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada, p. 1-8.

HAMELIN, A. M., M. BEAUDRY et J. P. HABICHT (1998). « La vulnérabilité des ménages à l'insécurité alimentaire », *Revue canadienne d'études du développement*, vol. XIX, numéro spécial, p. 227-306.

HAMELIN, A. M., J. P. HABICHT et M. BEAUDRY (1999). « Food insecurity: Consequences for the Household and Broader Social Implications », *Journal of Nutrition*, vol. 129, n° 2S Suppl., p. 525S-528S.

HETHERINGTON, E. M. (1989). « Coping with family transitions: winners, losers, and survivors », *Child development*, n° 60, p.1-14.

JENKINS, J., et D. KEATING (1998). *Importance des relations avec les frères et sœurs, les enseignants et les amis chez les enfants éprouvant un haut niveau de stress*. (Communication pour « Investir dans nos enfants : une conférence nationale sur la recherche, 1998 », Hôtel Château Laurier, 27-29 octobre, Atelier 6 : populations vulnérables), Ottawa, Direction de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada, p. 1-13.

KENDALL, A., C. M. OLSON et E. A. FRONGILLO (1995). « Validation of the Radimer/Cornell measures of hunger and food insecurity », *Journal of Nutrition*, vol. 125, n° 11, p. 2793-2801.

KENDALL, A., C. M. OLSON et E. A. FRONGILLO (1996). « Relationship of hunger and food insecurity to food availability and consumption », *Journal of American Dietetic Association*, vol. 96, n° 10, p. 1019-1024.

KING, A. (1996). *The health of youth : a cross-national survey, a report of the 1993-1994 survey of health behaviour in school-aged children; a WHO cross-national study*, Copenhagen, World Health Organization, 222 p.

KING, A. J. C., W. F. BOYCE et M. A. KING (1999). *La santé des jeunes : tendances au Canada*, Ottawa, Santé Canada, catalogue n° H39-498/1999E, 110 p.

LAFLEUR, T. (1994). *Recherche sur les attentes et les besoins des parents d'enfants de 9 à 12 ans en matière de services de garde*, Rapport présenté à la Fédération des comités de parents de la province de Québec, au Ministère de l'Éducation du Québec et à l'Office des services de garde à l'enfance, Québec, 100 p.

LALONDE-GRATON, M. (1992). *La réalité des jeunes de 9 à 12 ans dans les services de garde en milieu scolaire du Québec*, Rapport de recherche commandé par le MEQ, en relation avec l'Office des services de garde à l'enfance et l'Association des services de garde en milieu scolaire, Québec, Ministère de l'Éducation du Québec, 231 p.

LAVALLÉE, C., C. BELLEROSE, J. CAMIRAND et P. CARIS (1995). *Aspects sociaux reliés à la santé : Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 2, 196 p.



- LEDUC, F. (2000). « Le rapport canadien Pour l'amour des enfants : autonomie et droits des enfants, groupes de femmes et groupes de pères », *Lien social et Politiques-RIAC*, 44, automne, p. 141-154.
- LÉTOURNEAU, E., D. ANDRÉ, M. BERNIER, P. MARCHAND et A.-M. TRUDEL (2000). « Familles et santé » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 24, p. 471-495.
- LEWIT, E. M., et N. KERREBROCK (1997). « Childhood Hunger », *The Future of Children*, vol.1, n° 1, p. 128-137.
- LIPMAN, E. L., M. H. BOYLE, M. D. DOOLEY et D. R. OFFORD (1998). *Et qu'en est-il des enfants dans les familles dirigées par une mère seule? (Communication pour « Investir dans nos enfants : une conférence nationale sur la recherche, 1998 », Hôtel Château Laurier, 27-29 octobre, Atelier 1 : structure familiale)*, Ottawa, Direction de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada, p. 1-12.
- McINTYRE, L., S. CONOR et J. WAREN (1999). « La faim chez les enfants : les mères se privent pour leurs enfants », *Bulletin de la recherche appliquée*, automne, p. 24-25.
- 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.
- OFFORD, D., et Y. RACINE (1989). *Étude sur la santé des enfants de l'Ontario : les enfants à risque*, Toronto, Imprimerie de la Reine pour l'Ontario, 30 p.
- OLSON, C. M. (1999). « Nutrition and Health Outcomes Associated with Food Insecurity and Hunger », *Journal of Nutrition*, vol. 129, n° 2S Suppl., p. 521S-524S.
- OTIS, R. (1996). « Les effets de la séparation des parents sur l'adaptation de l'enfant en fonction de différentes modalités de garde : une recension des écrits », *Comportement humain*, vol. 10, n° 1, p. 1-30.
- RICHARDSON, J. L., B. RADZISZEWSKA, C. W. DENT et B. R. FLAY (1993). « Relationship between after-school care of adolescents and substance use, risk taking, depressed mood, and academic achievement », *Pediatrics*, vol. 92, n° 1, p. 32-38.
- ROSE, D. (1999). « Economic Determinants and Dietary Consequences of Food Insecurity in the United States », *Journal of Nutrition*, vol. 129, n° 2S Suppl., p. 517S-520S.
- ROSS, D. P., K. SCOTT et M. A. KELLY (1996a). « Aperçu : les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, catalogue 89-550-MPF, p.17-51.
- ROSS, D. P., K. SCOTT et M. A. KELLY (1996b). *La pauvreté des enfants : quelles en sont les conséquences?*, Ottawa, Centre de statistiques internationales, Conseil canadien de développement social, 31 p.
- ROSS, D. P., P. A. ROBERTS et K. SCOTT (1998a). *Comment les enfants de parents seuls diffèrent-ils de l'ensemble des enfants?* (Communication pour « Investir dans nos enfants : une conférence nationale sur la recherche, 1998 », Hôtel Château Laurier, 27-29 octobre, Atelier 1 : structure familiale), Ottawa, Direction de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada, p. 1-8.

ROSS, D. P., P. A. ROBERTS et K. SCOTT (1998b). *Comparaison d'enfants de familles monoparentales : différences et similitudes*. (Communication pour « Investir dans nos enfants : une conférence nationale sur la recherche, 1998 », Hôtel Château Laurier, 27-29 octobre, Atelier 1 : structure familiale), Ottawa, Direction de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada, p. 1-11.

ROSS, D. P., et P. ROBERTS (1999). *Le bien-être de l'enfant et le revenu familial*. Un nouveau regard au débat sur la pauvreté, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 52 p.

SAINT-JACQUES, M. C. (2000). *L'ajustement des adolescents et des adolescentes dans les familles recomposées : étude des processus familiaux et des représentations des jeunes*, Québec, Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires, 404 p.

SANTÉ CANADA (1995). *Points tournants. Les Canadiens et les Canadiennes d'un océan à l'autre tracent une nouvelle voie pour le développement sain des enfants et des adolescents*, Ottawa, Publication Santé Canada, n° H21-125/1995F au catalogue, 26 p.

SIMARD, R., et C. GIROUARD (1993). « Dites à tout le monde qu'on existe... », *Avis sur la pauvreté des jeunes*, Québec, Conseil permanent de la jeunesse, 116 p.

STATISTIQUE CANADA (1993). *Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu 1992*, Ottawa, Division des enquêtes-ménages, catalogue n° 13-207, décembre.

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*, Ottawa, catalogue no 95-01F, février.

SUDMAN, S., et N. M. BRADBURN (1987). *Asking Questions. A Practical Guide to Questionnaire Design*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 397 p.

VITARO, F., P.L. DOBKIN, C. GAGNON, et M. LEBLANC (1994). *Les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent : prévalence, déterminants et prévention*, Monographie de psychologie, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 202 p.

# Tableau complémentaire

Tableau C.3.1

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

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



# Chapitre 4

## Milieu scolaire et caractéristiques des jeunes à l'école

**Michel Ouellet**  
Direction de la recherche  
Ministère de l'Éducation

avec la collaboration de  
**Simona Stan**  
Direction Santé Québec  
Institut de la statistique du Québec

---

### Introduction

La famille et l'école sont les deux principaux milieux de vie et de socialisation des enfants et des adolescents. Au fil des âges, l'école prend de plus en plus de place dans la vie des jeunes, que l'on songe aux activités pratiquées à l'école ou à l'importance des amis. Comme il est proposé dans la réforme de l'éducation (MEQ, 2000), l'école a pour mission d'instruire, de socialiser et de qualifier les élèves.

Les statistiques de l'éducation montrent que plusieurs élèves ne réussissent pas à l'école; ils n'aiment pas l'école et ils l'abandonnent. L'actuelle réforme de l'éducation vise à modifier cette situation puisque son objectif ultime consiste à passer de l'accès au plus grand nombre au succès du plus grand nombre (MEQ, 2000). Pour favoriser le succès scolaire, il faut préalablement connaître les facteurs qui interviennent dans la réussite. Les recherches ont mis en évidence certaines caractéristiques des jeunes qui réussissent. Par exemple, les élèves provenant de milieux favorisés, ainsi que les filles, auraient plus de chances de réussite (Conseil supérieur de l'éducation, 1999). D'autres facteurs individuels mais aussi les caractéristiques du milieu familial sont à considérer en lien avec le rendement scolaire (Bolduc, 1994). Des avenues restent toutefois à explorer pour mieux comprendre les facteurs qui peuvent favoriser le succès et le bien-être des jeunes à l'école. En ce sens, cette enquête se veut

une contribution aux objectifs de la réforme de l'éducation.

Outre ces objectifs relatifs à l'éducation, l'enquête s'inscrit dans le contexte des objectifs de *La politique de la santé et du bien-être*. Qu'on pense à la deuxième stratégie, qui vise à soutenir les milieux de vie et plus particulièrement le milieu scolaire, et à la troisième, qui veut augmenter la diplomation chez les jeunes du secondaire en vue d'améliorer les conditions de vie (MSSS, 1992). De plus, dans le but de favoriser le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, *les Priorités nationales de santé publique* recommandent que, d'ici 2002, 60 % des écoles disposent d'une programmation intégrée dans le domaine de la santé et des services sociaux visant le renforcement des aptitudes personnelles et sociales des jeunes et préconisant un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie (MSSS, 1997). Récemment, dans son avis intitulé « Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents », la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux (1999) cible également le milieu scolaire en tant que lieu d'intervention et formule l'objectif suivant : « Que les écoles offrent aux enfants et aux adolescents un milieu de vie favorable à leur développement et au maintien de leur santé et de leur bien-être ».

Ainsi, les établissements d'enseignement contribuent au maintien de l'équilibre nutritionnel des jeunes qui les fréquentent, en mettant à leur disposition des services alimentaires ou encore en finançant des programmes destinés à leur offrir des collations ou des repas nutritifs gratuitement ou à prix modique. Au Québec, le principal acteur est le ministère de l'Éducation qui, depuis 1991, alloue un budget permettant aux établissements scolaires de milieux défavorisés d'instaurer des mesures alimentaires, parmi lesquelles figure l'offre du petit déjeuner, du dîner ou de collations gratuits ou à prix modique. Depuis, d'autres organisations communautaires ou sans but lucratif ont joint leurs efforts pour subventionner des repas ou collations, de manière souvent aléatoire. Ces mesures visent à éliminer la faim ou la malnutrition chez des écoliers à risque, compte tenu de l'effet de ces conditions sur les comportements en classe et sur les absences consécutives à des épisodes infectieux (Anonyme, 1997).

Avec le présent chapitre, on a d'abord voulu connaître davantage les caractéristiques du milieu scolaire dans lequel évoluent les jeunes visés par l'enquête. On y décrit certains services disponibles à l'école, les politiques et les règlements, ainsi que le climat de l'école perçu par le directeur, d'une part, et par les adolescents, d'autre part. Dans un deuxième temps, on examine les caractéristiques scolaires des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans. Pour ce faire, on s'intéresse à leur cheminement à l'école, à leur motivation scolaire, et enfin à l'intérêt des parents pour les activités scolaires de leur enfant ou adolescent.

#### 4.1 Aspects méthodologiques

Plusieurs critères ont été utilisés pour décrire le milieu scolaire des jeunes visés par l'enquête, dont certains proviennent de la direction des écoles. Ce sont d'abord les services et installations disponibles à l'école, correspondant aux questions D3 (Services professionnels ou de soutien et équivalents temps complet) et D4 (Services divers et installations), versions modifiées de questions puisées dans l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants (ELNE)* (Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1995). Des questions supplémentaires portent sur le soutien alimentaire offert : services mis à la disposition des jeunes (D5), responsable des menus (D6), repas ou collations servis gratuitement ou à prix modique (D7) et sources de financement de ces repas ou collations (D8). La problématique visée par ces questions étant originale, leur formulation l'est aussi. L'utilisation de certains services à l'école est mesurée auprès des enfants, des adolescents et de leurs parents par les questions E5, E6, A7, A135, PE25, PA19, Q19 provenant de l'*Enquête Ados, familles et milieu de vie* (Cloutier, Champoux et Jacques, 1994). Les questions portant sur les politiques et règlements de l'école (D13) et la fréquence de diverses situations pouvant se produire à l'école (D9) ont été empruntées à l'ELNE et modifiées légèrement pour répondre aux besoins de l'enquête.

Le climat de l'école perçu par les adolescents de 13 et 16 ans (A14) est mesuré par une question comportant cinq items adaptés de l'enquête *Ados, familles et milieu de vie*. Ces items portent sur le sentiment de bien-être à l'école, la disponibilité des professeurs pour écouter les élèves et la place qu'ont ceux-ci dans l'organisation des activités parascolaires ou les décisions sur les règlements. Pour l'analyse, un indice a été construit en faisant la somme des réponses à chacun des cinq items. Si elle se situait entre 5 et 12, le climat perçu par le jeune était classé comme bon et si elle atteignait de 13 à 20, il était classé comme mauvais.

Plusieurs indicateurs ont été retenus pour décrire le cheminement et la motivation des jeunes à l'école. Les questions sur l'année d'études en cours (E4, A6), l'inscription en cheminement particulier de formation (A8, Q16), le temps consacré aux devoirs et aux leçons (E8, A11) et les aspirations scolaires des adolescents (A12, Q23) ont été puisées dans l'enquête *Ados, familles et milieu de vie*. La question sur le redoublement (PE22, PA16) a été posée aux parents sauf dans le cas des jeunes qui ne sont plus inscrits à l'école secondaire, à qui elle a été posée directement (Q15); elle provient de l'ELNE mais le libellé a été légèrement modifié pour tenir compte de la situation au Québec. Le goût des enfants de 9 ans pour l'école (E9) est mesuré par une question originale inspirée de l'instrument « L'école ça m'intéresse? » construit par le ministère de l'Éducation (1983).

Le rendement scolaire a été mesuré auprès des adolescents de 13 et 16 ans par une question sur la perception des résultats scolaires en français ou en anglais, selon la langue d'enseignement (A9). Le résultat scolaire dans la langue d'enseignement est l'un des critères, sinon le principal, retenus pour la prise de décision du redoublement d'un élève. Ce type d'indicateur basé sur la perception des jeunes répondants n'a pas la rigueur de résultats réels mais semble être un bon prédicteur de la réussite à l'école; il a souvent été utilisé dans les enquêtes du ministère de l'Éducation, dont celle *Ados, familles et milieu de vie*.

La question sur la confiance en soi à l'école des adolescents (A10, Q22), comportant cinq items, a été puisée dans l'instrument « L'école ça m'intéresse? » (ministère de l'Éducation, 1983). Elle a été validée et utilisée dans plusieurs écoles secondaires, mais ne l'a toutefois pas été au niveau du primaire. Compte tenu que certains de ces items sont assez difficiles à interpréter pour un enfant de 9 ans, seulement deux d'entre eux ont été retenus pour le questionnaire destiné aux plus jeunes (E7). Pour les adolescents, un indice synthétique a été construit en calculant la somme des réponses positives (étendue de 0 à 5) après avoir inversé les valeurs aux items B et C; les sujets ayant un

score de 4 et plus sont considérés comme ayant une faible confiance en soi à l'école.

L'intérêt des parents pour les activités scolaires de leur enfant, tel que perçu par les enfants et les adolescents, est une question originale comportant quatre items pour les enfants de 9 ans (E10) et trois pour les adolescents (A15). Deux indices ont été construits à partir de la somme des réponses à chacun des items. Si la somme est inférieure ou égale à 7 pour les enfants (étendue de 4 à 12) et à 4 pour les adolescents (étendue de 3 à 9), l'intérêt des parents est considéré comme étant fort et si elle se situe au-delà de ce seuil, il est classé comme faible.

Il faut aussi mentionner que 4,2 % des jeunes de 16 ans de notre échantillon ne sont pas à l'école secondaire; ces jeunes ont reçu le questionnaire par la poste. Pour ceux qui fréquentent un établissement d'enseignement autre que l'école secondaire, l'information sur ce milieu provenant du directeur d'école n'est pas disponible même si les jeunes ont répondu au bloc de questions sur les études. Pour ces raisons, ces jeunes sont inclus dans la section portant sur le cheminement scolaire seulement.

Les taux de non-réponse partielle sont de moins de 5 % sauf pour certains items des questions sur les services, installations et politiques disponibles (D3 à D8, D11 à D13). La question D3 sur la présence de services professionnels ou de soutien présente une non-réponse de 5 % ou plus aux items suivants : psychologue scolaire (5,5 % chez les 13 ans), conseiller en orientation (10,0 % à 9 ans, 6,4 % à 13 ans), orthophoniste ou audiologiste (de 6,1 % à 14,0 % selon l'âge), travailleur social (6,1 % et 7,3 % à 9 ans et 13 ans), psychoéducateur (6,8 % à 12,4 % selon l'âge), orthopédagogue (10,5 % et 9,4 % à 13 ans et 16 ans), technicien en éducation spécialisée (7,6 % à 13 ans), animateur de la vie scolaire (10,2 % et 6,2 % à 9 ans et 13 ans) et animateur ou entraîneur sportif (8,6 % et 12,9 % à 9 ans et 16 ans). Pour ce dernier item, le résultat ne sera pas présenté pour les 13 ans en raison d'une non-réponse trop élevée (16,7 %). À la question D4 sur la présence de services ou installations, le taux

est un peu élevé pour les items : piscine (6,0 % à 9 ans), cour d'école aménagée (8,1 % à 16 ans), terrain pour les jeux et les sports extérieurs (7,1 % à 9 ans, 5,2 % à 16 ans) et locaux réservés aux élèves pour la vie scolaire (5,7 % à 9 ans). Pour la question D6 (responsable des menus de la cafétéria ou du service de traiteur), ce taux est de 14,2 % pour le groupe des 16 ans. La question traitant des repas ou collations gratuits ou à coût modique (D7) comporte une non-réponse quelque peu élevée aux items : offre de déjeuner (8,0 % chez les 9 ans et 6,7 % chez les 16 ans), offre de dîner (6,2 % pour les 9 ans) et offre de collation (8,3 % pour les 16 ans). Les items de la question D8 servant à déterminer les organismes participant au financement des repas ou collations servis présentent une non-réponse partielle atteignant un maximum de 9,8 % chez les enfants de 9 ans et de 8,0 % chez les adolescents. La présence d'une politique à l'école sur l'usage du tabac (D11, D12) est inconnue pour 5,4 % à 8,2 % des jeunes, selon l'âge. De même, la présence de règlements contre la discrimination (D13) est inconnue pour 5,9 % des adolescents de 16 ans. On peut faire l'hypothèse que certains directeurs d'école n'ont pas répondu à la question quand le service n'était pas disponible (ou les règlements, inexistants), entraînant une légère surestimation de ces données. Par ailleurs, les adolescents de 13 ans qui fréquentent encore l'école primaire n'ont pas répondu à la question sur l'utilisation des services d'orthopédagogie (A7) dans une proportion de 7,5 %. Dans ce cas, l'impact d'un biais possible sur l'estimation est négligeable car inclus dans la marge d'erreur de celle-ci.

## 4.2 Résultats

### 4.2.1 Milieu scolaire

#### *Services et installations*

Le tableau 4.1 présente la proportion d'enfants et d'adolescents fréquentant des écoles qui donnent accès à certains services ou installations contribuant à la qualité de vie à l'école. Le transport scolaire, une bibliothèque et un gymnase sont à la disposition d'au moins 90 % des jeunes de chacun des groupes d'âge.

La disponibilité des autres services varie selon l'âge. Environ 81 % des enfants de 9 ans fréquentent des écoles offrant des services de garde. Rappelons ici qu'environ 7 % des jeunes québécois de 13 ans fréquentent encore l'école primaire, ce qui explique la disponibilité de ce service pour 16 % des adolescents de cet âge. À l'opposé, on estime à seulement 3,3 % les enfants de 9 ans qui peuvent profiter d'une piscine à l'école, tandis que 28 % et 40 % des adolescents de 13 ans et 16 ans peuvent en jouir. Pour pratiquer des activités à l'extérieur, la grande majorité (93 %) des enfants de 9 ans disposent d'une cour de récréation contre 61 % des 13 ans et 38 % des 16 ans. Finalement, plus des trois quarts des adolescents ont à leur disposition des locaux pour les activités de la vie scolaire, ainsi qu'un terrain aménagé pour les sports extérieurs. Les populations estimées correspondant à ces proportions sont présentées au tableau complémentaire C.4.1.

#### *Services alimentaires*

Les données révèlent que la cafétéria, où l'on prépare et sert des repas, et les fours à micro-ondes sont des services alimentaires offerts à plus de 80 % des élèves de 13 et 16 ans (figure 4.1). Les fours à micro-ondes constituent le seul service offert à la majorité (74 %) des enfants de 9 ans, alors qu'environ le quart (27 %) d'entre eux seulement ont accès à une cafétéria. Le service d'un traiteur est offert à de nombreux jeunes de chaque âge, alors que les distributeurs automatiques le sont presque uniquement aux adolescents. Le tableau complémentaire C.4.2 présente les populations estimées d'enfants et d'adolescents ayant accès à ces services à l'école. On y découvre que 23 000 enfants de 9 ans, 69 600 jeunes de 13 ans et 80 100 jeunes de 16 ans ont accès à une cafétéria à l'école.



Tableau 4.1

**Services ou installations disponibles pour les enfants et adolescents à l'école, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans <sup>(1)</sup>	16 ans
	%		
Service de garde	81,3 <sup>1</sup>	15,7 <sup>**1</sup>	...
Transport scolaire	94,5	92,4	90,1
Bibliothèque	91,3 <sup>2,3</sup>	99,8 <sup>2</sup>	100,0 <sup>3</sup>
Gymnase	98,8	99,8	100,0
Piscine	3,3 <sup>**4,5</sup>	27,6 <sup>*4</sup>	39,6 <sup>*5</sup>
Cour d'école aménagée pour la récréation	93,3 <sup>6</sup>	60,8 <sup>6</sup>	37,9 <sup>6</sup>
Terrain aménagé pour les jeux et les sports extérieurs (athlétisme, soccer, etc.)	41,0 <sup>*7,8</sup>	75,7 <sup>7</sup>	89,2 <sup>8</sup>
Locaux réservés aux élèves pour la vie scolaire	16,7 <sup>**9,10</sup>	75,9 <sup>9</sup>	85,4 <sup>10</sup>

<sup>(1)</sup> Environ 7 % des enfants de 13 ans fréquentent une école primaire.

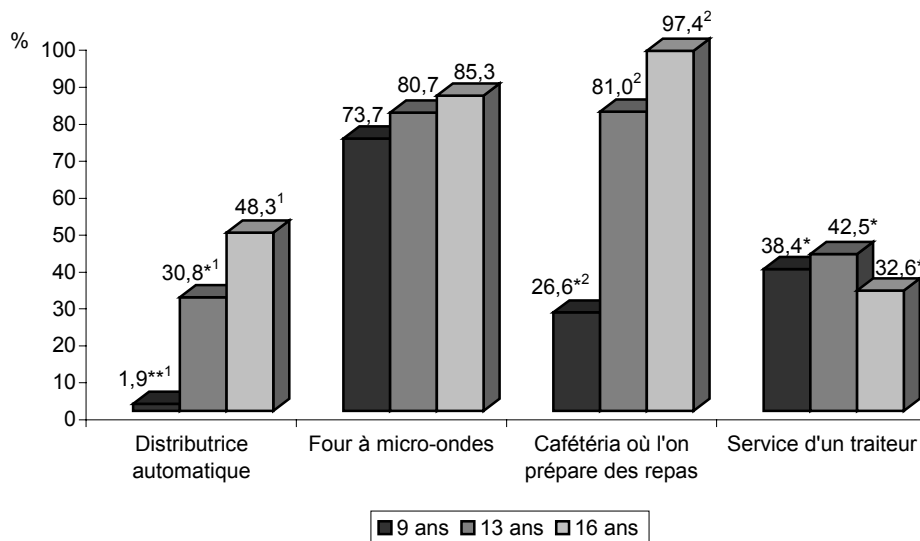
<sup>1-10</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

Figure 4.1

**Type de services alimentaires offerts aux enfants et adolescents à l'école, Québec, 1999**

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

Tableau 4.2  
**Type de repas offert gratuitement ou à coût réduit  
 aux enfants et adolescents à l'école, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Aucun	70,2 <sup>1</sup>	75,6 <sup>1</sup>	65,2 <sup>1</sup>
Déjeuner seulement	4,7**	0,6**	4,1**
Dîner seulement	5,1**	7,0**	10,8**
Collation seulement	8,6**	3,9**	3,2**
Deux types ou plus	11,4**	12,9**	16,7**

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

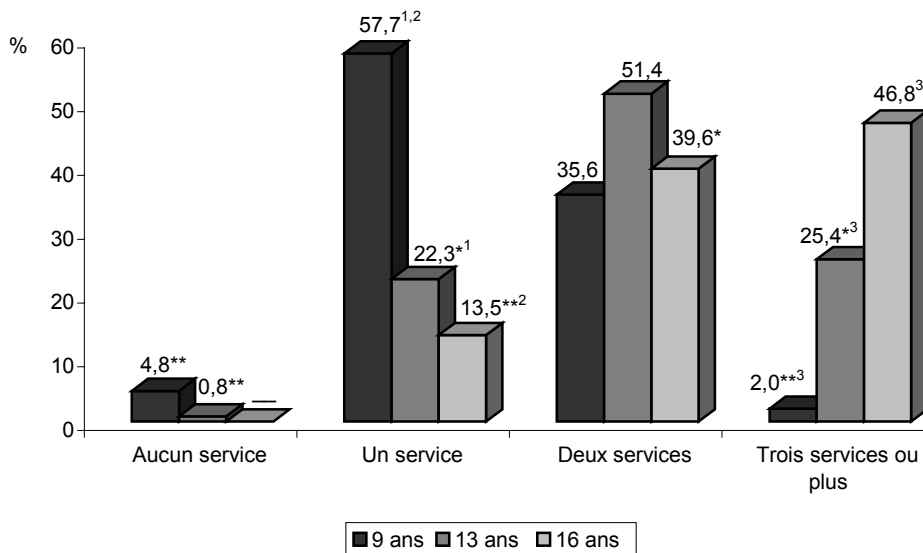
\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

La figure 4.2 présente le nombre de services alimentaires disponibles à chaque âge. Les enfants de 9 ans fréquentent en majorité (58 %) des écoles où un seul service est offert. Quant aux adolescents, la majorité bénéficie de plusieurs services : c'est le cas de 77 % des 13 ans et de 86 % des 16 ans. L'accès à trois services ou plus varie selon l'âge, passant de 2,0 % à 25 % puis à 47 % entre 9 ans, 13 ans et 16 ans.

Les résultats révèlent aussi qu'environ 70 % des jeunes des trois âges fréquentent des écoles ne servant aucun repas ou collation gratuitement ou à prix modique (tableau 4.2). Les 13 ans semblent les plus touchés par cette situation (76 %), suivis des 9 ans (70 %). Par ailleurs, seulement 11 % à 17 % des jeunes, selon le groupe d'âge, peuvent se voir offrir au moins deux types de repas à l'école.

Figure 4.2  
**Nombre de services alimentaires offerts aux enfants et adolescents à l'école, Québec, 1999**



<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

L'offre de dîners et l'offre de collations sont reliées à la qualité du quartier (voisinage, village) telle que perçue par le parent des jeunes de 9 ans ou 13 ans (tableau 4.3). Les dîners sont offerts à plus d'adolescents de 13 ans, en proportion, lorsqu'ils vivent dans des quartiers de moindre qualité. Ainsi, 32 % des adolescents de 13 ans vivant dans un quartier de qualité moyenne ou mauvaise se voient offrir le dîner à l'école, contre 15 % de ceux dont la qualité du quartier est considérée plutôt bonne. Il en est de même pour les collations offertes aux jeunes de 9 ans et 13 ans. Dans les quartiers de qualité moyenne ou mauvaise, 47 % des enfants de 9 ans ont accès à une collation contre 25 % ou 15 % de ceux vivant dans des quartiers de qualité plutôt bonne ou excellente.

Divers organismes financent les repas ou collations offerts gratuitement ou à prix modique aux élèves (données non présentées). Le ministère de l'Éducation, les commissions scolaires, les organismes communautaires et d'autres intervenants participent au financement. On n'observe pas de différence selon l'âge quant à la source de financement, étant donné les

faibles effectifs. Mentionnons aussi la participation de l'école même, des parents ou du conseil scolaire de l'île de Montréal parmi les autres intervenants.

#### Services éducatifs complémentaires

En plus des services d'enseignement, les écoles offrent à leur clientèle des services éducatifs complémentaires et particuliers. Il s'agit dans bien des cas de services donnés par d'autres personnes que les enseignants. Le tableau 4.4 présente les proportions de jeunes fréquentant des écoles qui offrent certains de ces services. On observe que les services disponibles pour la majorité des jeunes des trois groupes d'âge sont la psychologie scolaire, les services infirmiers, le travail social, l'éducation spécialisée et l'animation pastorale. L'orthophonie-audiologie et l'orthopédagogie sont plus disponibles pour les enfants de 9 ans, en proportion, alors que d'autres services sont offerts surtout aux adolescents : l'orientation, l'animation de la vie scolaire et l'entraînement sportif. Ces services ne sont cependant pas tous disponibles à temps complet (données non présentées).

Tableau 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

Qualité du quartier	%		
	Déjeuner	Dîner <sup>†</sup>	Collation <sup>§</sup>
<b>9 ans</b>			
Excellente	6,8 **	12,8 **	15,4 ** <sup>2</sup>
Plutôt bonne	8,9 **	16,1 **	25,3 ** <sup>2</sup>
Moyenne ou mauvaise	9,4 **	23,1 **	47,4 ** <sup>2</sup>
<b>13 ans</b>			
Excellente	12,4 **	19,8 **	15,4 **
Plutôt bonne	6,7 **	15,4 ** <sup>1</sup>	11,0 ** <sup>3</sup>
Moyenne ou mauvaise	12,1 **	31,9 ** <sup>1</sup>	26,8 ** <sup>3</sup>
<b>16 ans</b>			
Excellente	16,5 **	32,2 *	13,5 **
Plutôt bonne	9,3 **	25,4 ** <sup>4</sup>	13,2 **
Moyenne ou mauvaise	20,4 **	42,6 ** <sup>4</sup>	23,0 **

<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'offre de dîner et la qualité du quartier est significatif au seuil de 0,05 à 13 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre l'offre de collation et la qualité du quartier est significatif au seuil de 0,05 à 9 ans et 13 ans.

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

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

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

Tableau 4.4

**Certains services éducatifs complémentaires disponibles pour les enfants et adolescents à l'école, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans <sup>(1)</sup>	16 ans
	%		
Psychologue scolaire	80,4	77,1	71,7
Conseiller d'orientation	5,1 ** <sup>1</sup>	81,7 <sup>1</sup>	98,5 <sup>1</sup>
Orthophoniste, audiologiste	66,4 <sup>2,3</sup>	11,7** <sup>2</sup>	12,8 ** <sup>3</sup>
Infirmière	79,8 <sup>4</sup>	91,1 <sup>4,5</sup>	78,4 <sup>5</sup>
Travailleur social	52,2	68,7	69,4
Psychoéducateur	38,9 *	47,8*	44,8
Orthopédagogue	88,4 <sup>6</sup>	45,1 <sup>6</sup>	23,6 <sup>*6</sup>
Technicien en éducation spécialisée	54,7	72,1	70,5
Animateur de la vie scolaire	5,7 ** <sup>7,8</sup>	62,5 <sup>7</sup>	67,2 <sup>8</sup>
Animateur de pastorale	90,5	91,2	91,4
Animateur ou entraîneur sportif	19,0 ** <sup>9</sup>	...	54,6 <sup>9</sup>

<sup>(1)</sup> Environ 7 % des enfants de 13 ans fréquentent une école primaire.

<sup>1-9</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

Comme l'indique le tableau 4.5, environ 24 % des enfants de 9 ans disent avoir fait des activités avec un orthopédagogue. Chez les adolescents de 13 ans encore au primaire – lesquels accusent un retard scolaire – cette proportion est de 53 % chez les garçons et de 43 % chez les filles. On n'observe pas de différence significative du point de vue statistique entre les garçons et les filles quant à l'utilisation de ce service. Cependant, les enfants de 9 ans qui ont déjà refait une année d'études sont proportionnellement plus nombreux à avoir bénéficié des services d'orthopédagogie, que ceux qui n'en ont pas refait (données non présentées).

Environ le quart des enfants de 9 ans, autant les garçons que les filles, ont rencontré une infirmière depuis le début de l'année scolaire à cause d'un problème personnel. Chez les adolescents de 13 ans et de 16 ans, environ 13 % ont dit avoir rencontré une infirmière à l'école au cours de cette période. Parmi ceux de 16 ans, la proportion de filles ayant bénéficié du service est plus élevée que celle des garçons (18 % c. 8 %).

Chez les enfants de 9 ans, environ 12 % ont rencontré un psychologue ou un travailleur social à l'école. Plus de garçons que de filles (15 % c. 10 %), en proportion, ont bénéficié de ces services. Ceux qui ont déjà repris une année d'études sont, toutes proportions gardées, plus nombreux à avoir rencontré le psychologue ou le travailleur social que les autres (données non présentées). Chez les adolescents, environ 9 % mentionnent avoir bénéficié de ces services et on n'observe aucune différence significative entre les garçons et les filles.

Tableau 4.5

**Utilisation de certains services à l'école selon le sexe, Québec, 1999**

	9 ans			13 ans			16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%								
Services spécialisés à cause de difficultés à l'école <sup>†</sup>	31,3	18,6	<b>25,1</b> <sup>1</sup>	30,9	15,8	<b>23,5</b> <sup>2</sup>	22,0	13,9	<b>18,0</b> <sup>1,2</sup>
Services d'orthopédagogie <sup>(1)</sup>	26,4	20,7	<b>23,6</b> <sup>3</sup>	53,2*	43,4*	<b>48,9</b> <sup>3</sup>	...	...	...
Rencontre d'une infirmière <sup>§(2)</sup>	24,9	23,8	<b>24,3</b> <sup>4,5</sup>	13,5	13,7	<b>13,6</b> <sup>4</sup>	8,2*	17,7	<b>12,9</b> <sup>5</sup>
Rencontre d'un psychologue ou d'un travailleur social <sup>‡(2)</sup>	14,7	9,6	<b>12,2</b> <sup>6,7</sup>	10,5	7,6	<b>9,1</b> <sup>6</sup>	6,7*	9,4	<b>8,1</b> <sup>7</sup>
Rencontre d'un conseiller d'orientation <sup>§(2)</sup>	...	...	...	4,6*	4,5	<b>4,6</b> <sup>*8</sup>	21,2	30,0	<b>25,6</b> <sup>8</sup>

(1) Cette question a été posée seulement aux jeunes de l'école primaire. De plus, il est à noter que 17 % des 9 ans et 9 % des 13 ans ont répondu « ne sais pas » à cette question.

(2) Utilisation depuis le début de l'année scolaire. Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

1-8 Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

† Le test d'association entre l'utilisation des services spécialisés et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

§ Les tests d'association entre la rencontre d'une infirmière et le sexe, et entre la rencontre d'un conseiller d'orientation et le sexe, sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

‡ Le test d'association entre la rencontre d'un psychologue ou d'un travailleur social et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

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

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

Parmi les jeunes de 13 ans, environ 5 % disent avoir rencontré un conseiller d'orientation, et ce, tant chez les garçons que chez les filles. Chez les adolescents de 16 ans, 26 % en ont rencontré un depuis le début de l'année scolaire; la proportion est plus élevée chez les filles (30 %) que chez les garçons (21 %).

#### *Politiques et règlements de l'école*

Le tableau 4.6 montre qu'une grande proportion de jeunes de 9 ans fréquentent des écoles ayant une politique en matière d'alimentation (77 %); c'est plus que chez les adolescents. Par contre, les adolescents sont proportionnellement plus nombreux, un peu plus de sept sur dix, à fréquenter des écoles qui ont une politique pour contrer le harcèlement sexuel ou réglementer l'usage du tabac. En matière de violence, de tenue vestimentaire, de propreté et de circulation

dans l'école, environ neuf enfants et adolescents sur dix fréquentent des écoles ayant adopté des politiques ou des règlements à cet égard.

#### *Climat des écoles fréquentées par les jeunes*

Dans le but de connaître le climat général des écoles fréquentées par les enfants et les adolescents, une liste de différentes situations qui peuvent survenir dans une école a été présentée à la directrice ou au directeur. Le répondant devait indiquer à quelle fréquence chacune des situations se produisait dans son école. Les résultats sont présentés au tableau C.4.3 à la fin de ce chapitre.

Tableau 4.6

**Politiques ou règlements en vigueur à l'école, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Politique alimentaire	76,5 <sup>1,2</sup>	58,3 <sup>1</sup>	49,5 <sup>2</sup>
Politique sur l'usage du tabac	72,9 <sup>3,4</sup>	92,0 <sup>3</sup>	98,2 <sup>4</sup>
Politique pour contrer la discrimination	57,9	72,0	70,5
Politique pour contrer le harcèlement sexuel	54,3 <sup>5,6</sup>	78,0 <sup>5</sup>	72,4 <sup>6</sup>
Politique pour contrer la violence	100,0	91,4	98,5
Règlement sur la tenue vestimentaire	89,8 <sup>7,8</sup>	99,4 <sup>7</sup>	96,7 <sup>8</sup>
Règlement sur la propreté	89,7	90,2	93,3
Règles sur la circulation dans l'école	97,3	92,8	86,1

<sup>1-8</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

Dans les écoles fréquentées par les enfants de 9 ans, les situations les plus souvent observées, c'est-à-dire au moins une fois par semaine, sont les engueulades (37 %), les agressions physiques entre élèves (23 %) et les élèves qui en harcèlent d'autres (10 %). Dans les écoles fréquentées par les adolescents de 13 ans et 16 ans, les situations les plus fréquemment rapportées sont aussi les engueulades entre élèves (30 % et 23 %) et les élèves qui fument à des endroits interdits (28 % et 23 %). Dans les écoles fréquentées par les 16 ans, on retrouve également les élèves qui ont des problèmes à cause de la consommation de drogues ou d'alcool (17 %).

Par ailleurs, quand on questionne les adolescents sur leur bien-être ou leur place à l'école, un peu plus de 90 % d'entre eux affirment se sentir à l'aise dans leur école et ils reconnaissent dans une proportion presque aussi grande qu'on leur donne des responsabilités dans l'organisation des activités parascolaires (tableau 4.7). Un peu plus de huit adolescents sur dix sont d'avis que certains de leurs enseignants les écouteront attentivement s'ils avaient besoin de parler de leurs problèmes. Par contre, plus de trois adolescents sur dix considèrent qu'il n'est pas facile de rencontrer leurs professeurs pour discuter de problèmes personnels. Enfin, environ le tiers des adolescents de 13 ans et environ 40 % de ceux de 16 ans sont d'avis qu'on ne tient pas compte de l'opinion des élèves dans l'établissement des règlements de l'école.

Tableau 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**

	13 ans	16 ans
	%	
Je me sens à l'aise dans mon école	90,3	93,0
À mon école, on tient compte de l'opinion des élèves dans l'établissement des règlements	68,6	59,9
Les élèves ont des responsabilités dans l'organisation des activités parascolaires	85,6	88,4
Certains de mes profs m'écouteront attentivement si j'avais besoin de parler de mes problèmes	80,9	82,8
Je peux facilement rencontrer mes profs pour discuter de divers problèmes personnels	66,4	65,4

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

L'indice construit à partir de ces items permet de mesurer la perception qu'ont les jeunes du climat scolaire. On constate que près de 87 % des adolescents perçoivent le climat de leur école de façon positive (tableau 4.8). Parmi les 16 ans, les filles le perçoivent plus positivement que les garçons (91 % c. 82 %).

Tableau 4.8  
**Perception positive du climat de l'école par les adolescents de 13 ans et 16 ans selon le sexe, Québec, 1999**

	13 ans	16 ans <sup>†</sup>
	%	
Garçons	85,7	82,5
Filles	88,0	90,6
<b>Sexes réunis</b>	<b>86,9</b>	<b>86,6</b>

<sup>†</sup> Le test d'association entre la perception du climat de l'école et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

#### 4.2.2 Cheminement scolaire des enfants et des adolescents

Le cheminement scolaire des jeunes de 9, 13 et 16 ans est exploré sous l'angle de l'année d'études en cours au moment de l'enquête, du redoublement et de la perception qu'ont les jeunes de leurs résultats en français ou en anglais.

##### *Année d'études en cours*

Au moment de l'enquête, la majorité des enfants de 9 ans sont répartis également (48 %) entre la troisième et la quatrième année du primaire (tableau 4.9). Plus d'un adolescent de 13 ans sur deux (52 %) est inscrit en 1<sup>re</sup> secondaire et 38 % se trouvent en 2<sup>e</sup> secondaire, alors qu'à 16 ans, on les retrouve à 46 % en 4<sup>e</sup> secondaire et à 38 % en 5<sup>e</sup>. On remarquera qu'environ 2,4 % des jeunes de 13 ans et 2,8 % de ceux de 16 ans se disent en cheminement particulier de formation. En effet, l'école secondaire oriente certains élèves ayant des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage dans des cheminements particuliers de formation dont l'objectif est de les aider à retourner au cheminement régulier ou bien à se préparer à occuper un emploi semi-spécialisé.

Tableau 4.9  
**Répartition des enfants et adolescents selon l'année scolaire en cours, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%		
<b>Primaire</b>			
1 <sup>re</sup> ou 2 <sup>e</sup> année	4,1*	—	—
3 <sup>e</sup> année	48,1	0,1**	—
4 <sup>e</sup> année	47,8	0,2**	—
5 <sup>e</sup> année	—	0,6**	—
6 <sup>e</sup> ou 7 <sup>e</sup> année	—	6,3	—
<b>Secondaire</b>			
1 <sup>re</sup> secondaire	...	52,3	0,8**
2 <sup>e</sup> secondaire	...	38,0	1,9*
3 <sup>e</sup> secondaire	...	0,2**	10,6
4 <sup>e</sup> secondaire	...	—	45,5
5 <sup>e</sup> secondaire	...	—	38,2
6 <sup>e</sup> secondaire	...	—	0,2**
<b>Cheminement particulier de formation</b>	...	2,4	2,8*

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

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

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

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

### Redoublement et cheminement particulier de formation

Selon les réponses fournies par les parents, près de 10 % des enfants de 9 ans ont déjà redoublé une année d'études (tableau 4.10). Le redoublement est relié au type de milieu familial : il a tendance à être moins fréquent, en proportion, chez les jeunes vivant avec mère et père qu'avec un parent seul. Les enfants provenant de ménages à faible ou très faible revenu ont quant à eux redoublé dans une proportion beaucoup plus grande (19 %) que les plus aisés (5 %). L'enquête ne permet pas d'observer d'association entre le redoublement et le sexe de l'enfant.

Chez les adolescents de 13 ans, la proportion de redoublants est de 19 % alors que chez ceux de 16 ans, on en retrouve environ 25 %. À 16 ans, les proportions de redoublants sont plus grandes chez les garçons (30 %) que chez les filles (20 %).

On observe une relation entre le redoublement et le type de milieu familial chez les adolescents aussi. En

effet, que ce soit chez les jeunes de 13 ans ou de 16 ans, les taux d'adolescents qui redoublent sont plus faibles dans les milieux familiaux avec mère et père que dans les milieux avec parent seul. Dans les ménages jouissant d'un revenu élevé, on observe moins d'adolescents qui redoublent, en proportion, que dans les ménages à faible revenu.

Le tableau 4.11 présente certaines caractéristiques des adolescents associées au redoublement. Ce dernier est ainsi relié à l'estime de soi telle que mesurée par l'indice de Rosenberg. En effet, on observe moins d'adolescents ayant redoublé lorsque le niveau d'estime de soi est plus élevé. Une différence est aussi observée en fonction de la confiance en soi à l'école; environ 36 % des adolescents de 13 ans et 47 % de ceux ayant 16 ans qui ont un faible niveau de confiance ont déjà doublé, contre 17 % et 23 % des autres. Finalement, parmi les adolescents consacrant cinq heures ou moins par semaine à leurs devoirs, on retrouve une plus grande proportion de redoublants que parmi ceux qui y consacrent plus de cinq heures.

Tableau 4.10

#### Redoublement selon le sexe et certaines caractéristiques du milieu familial, Québec, 1999

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
<b>Sexes réunis<sup>†</sup></b>	<b>9,6</b>	<b>19,0</b>	<b>25,1</b>
Garçons	10,9	20,7	30,2
Filles	8,3	17,3	19,9
<b>Type de milieu familial<sup>§</sup></b>			
Avec mère et père	7,7*	15,5 <sup>1</sup>	21,9 <sup>2</sup>
Avec parent et beau-parent	13,6**	26,6*	28,2*
Avec parent seul	14,2*	29,1 <sup>1</sup>	33,0 <sup>2</sup>
<b>Revenu relatif du ménage<sup>§</sup></b>			
Très faible ou faible	19,5* <sup>3</sup>	32,2 <sup>4</sup>	32,3* <sup>5</sup>
Moyen	9,0*	20,9	29,4 <sup>6</sup>
Élevé ou très élevé	5,1* <sup>3</sup>	14,0 <sup>4</sup>	17,3 <sup>5,6</sup>

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le redoublement et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

<sup>§</sup> Les tests d'association entre le redoublement et le type de milieu familial et entre le redoublement et le revenu relatif du ménage sont significatifs au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

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



Tableau 4.11  
**Redoublement selon certaines caractéristiques des adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	13 ans	16 ans
	%	
Niveau d'estime de soi <sup>†</sup>		
Faible	28,7 <sup>1,2</sup>	27,2
Moyen	17,2 <sup>1</sup>	28,6 <sup>3</sup>
Élevé	11,4 <sup>*2</sup>	17,4 <sup>3</sup>
Confiance en soi à l'école <sup>†</sup>		
Faible	35,6	46,5
Bonne	17,4	22,7
Temps consacré aux devoirs et leçons, par semaine <sup>†</sup>		
5 heures ou moins	20,5	26,0
Plus de 5 heures	13,5	9,5

<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre le redoublement et l'estime de soi, entre le redoublement et la confiance en soi à l'école et entre le redoublement et le temps consacré aux devoirs et leçons sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

Comme l'illustre le tableau 4.12, les jeunes ayant déjà doublé une année d'études sont proportionnellement plus nombreux que ceux qui n'ont pas redoublé à être dirigés vers les cheminements particuliers de formation au secondaire. On retrouve également une plus grande proportion de garçons que de filles dans ce type d'orientation, et ce, chez les 13 ans comme chez les 16 ans.

Tableau 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**

	13 ans	16 ans
	%	
<b>Sexes réunis<sup>†</sup></b>	<b>9,2</b>	<b>12,5</b>
Garçons	11,3	15,6
Filles	7,2 <sup>*</sup>	9,5
<b>Redoublement<sup>§</sup></b>		
Oui	26,4 <sup>*</sup>	38,7
Non	6,0 <sup>*</sup>	4,2 <sup>*</sup>

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'inscription en CPF et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre l'inscription en CPF et le redoublement est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

#### *Perception des résultats scolaires dans la langue d'enseignement*

La perception de leurs résultats scolaires dans la langue d'enseignement permet de mesurer un aspect de la perception des adolescents de leur rendement scolaire. Un peu plus du quart des jeunes de 13 ans (27 %) et de 16 ans (31 %) perçoivent leurs résultats scolaires en français ou en anglais, langue d'enseignement, comme étant au-dessus de la moyenne (tableau 4.13). Les filles sont proportionnellement plus nombreuses (32 % à 13 ans, 37 % à 16 ans) que les garçons (22 % et 25 %) à partager cette opinion. La perception des résultats scolaires est également plus positive quand le soutien affectif maternel (à 16 ans) ou paternel (à 13 et 16 ans) est plus élevé.

Tableau 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**

	13 ans	16 ans
	%	
<b>Sexes réunis<sup>†</sup></b>	<b>27,2</b>	<b>30,9</b>
Garçons	22,0	24,7
Filles	32,5	36,9
Niveau de soutien affectif maternel <sup>§</sup>		
Élevé	30,2	34,6 <sup>1</sup>
Moyen	27,2	28,1
Faible	22,4	24,8 <sup>1</sup>
Niveau de soutien affectif paternel <sup>†</sup>		
Élevé	31,6	33,7
Moyen	20,3*	32,0
Faible	22,5*	26,4
Niveau d'estime de soi <sup>†</sup>		
Faible	21,6	26,5
Moyen	27,0	30,7
Élevé	34,0	35,1
Temps consacré aux devoirs et leçons, par semaine <sup>†</sup>		
5 heures ou moins	25,2	27,9
Plus de 5 heures	34,4	43,2
Nombre de sources de lecture pour le plaisir <sup>†</sup>		
Aucune source	16,1* <sup>2</sup>	20,6* <sup>3</sup>
Une source	22,8	25,7
Deux sources et plus	32,1 <sup>2</sup>	36,0 <sup>3</sup>

<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre les résultats scolaires et le sexe, entre les résultats scolaires et le soutien affectif paternel, entre les résultats scolaires et l'estime de soi, entre les résultats scolaires et le temps consacré aux devoirs et leçons et entre les résultats scolaires et le nombre de sources de lecture sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre les résultats scolaires et le soutien affectif maternel est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

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

La perception des résultats scolaires est associée aussi à l'estime de soi, au temps consacré aux devoirs et au nombre de sources de lecture pour le plaisir. Un niveau d'estime de soi plus élevé, chez les jeunes de 13 ans et 16 ans, est relié à la perception de meilleurs résultats scolaires. Les adolescents consacrant plus de cinq heures par semaine à leurs devoirs et leçons sont proportionnellement plus nombreux à percevoir leurs résultats scolaires comme étant au-dessus de la moyenne (34 % c. 25 % chez les 13 ans et 43 % c. 28 % chez les 16 ans). Plus le nombre de sources de lecture des jeunes est élevé, mieux ils perçoivent leurs résultats scolaires. En effet, parmi les jeunes de 13 ans et 16 ans qui déclarent deux sources de lecture et plus, 32 % et 36 % respectivement perçoivent leurs résultats comme étant au-dessus de la moyenne contre 16 % ou 21 % chez ceux qui n'ont pas lu.

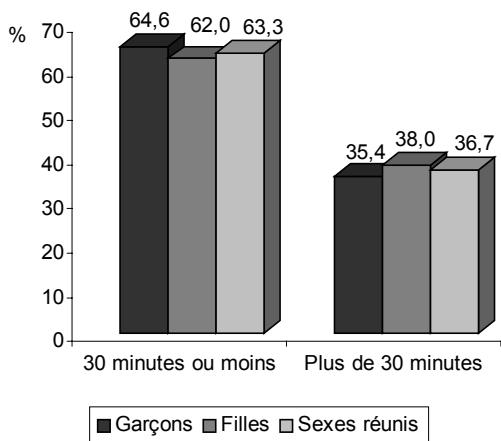
#### 4.2.3 Motivation scolaire des enfants et des adolescents

Afin de décrire la motivation scolaire, on a mesuré le temps consacré aux devoirs et aux leçons, la confiance en soi à l'école, le goût pour l'école chez les enfants de 9 ans et les aspirations scolaires chez les adolescents.

##### *Temps consacré aux devoirs et aux leçons*

Près des deux tiers des enfants de 9 ans consacrent 30 minutes ou moins par jour à leurs travaux scolaires alors que 37 % y accordent plus de 30 minutes (figure 4.3). Selon l'enquête, les garçons et les filles de cet âge ne diffèrent pas à cet égard.

Figure 4.3  
**Temps par jour consacré aux devoirs et leçons selon le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999**



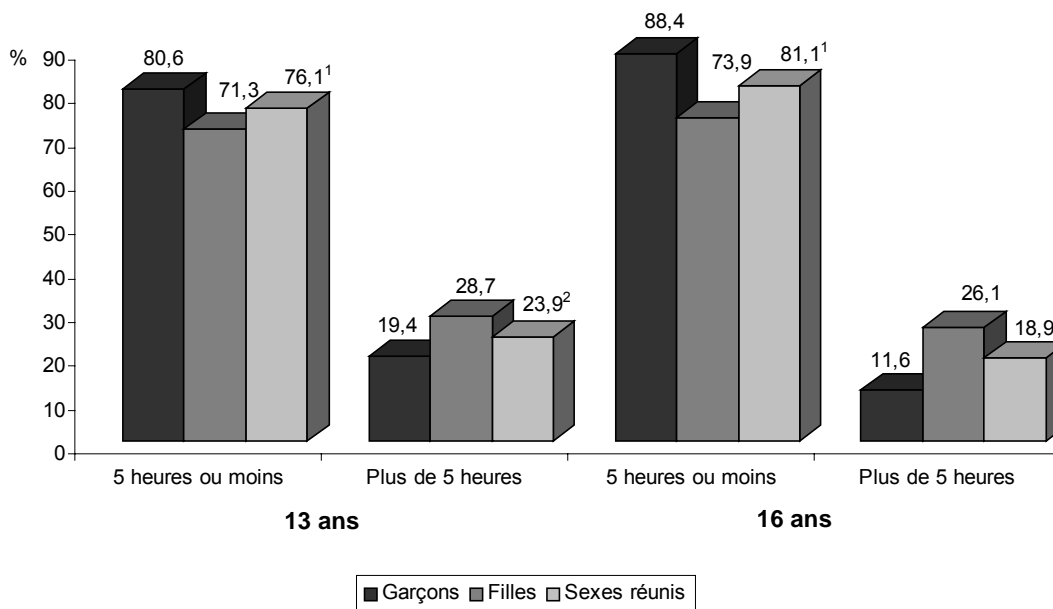
Source : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Institut de la statistique du Québec.

La figure 4.4 indique quant à elle qu'un peu plus des trois quarts (76 %) des adolescents de 13 ans consacrent cinq heures ou moins par semaine à leurs travaux scolaires, alors qu'à 16 ans cette proportion est de 81 %. En proportion, plus de filles que de garçons consacrent plus de cinq heures par semaine à leurs travaux, tant à 13 ans qu'à 16 ans.

*Confiance en soi à l'école*

La mesure de la confiance en soi à l'école comportait deux questions pour les enfants de 9 ans. Les réponses fournies à ces questions sont présentées au tableau 4.14. Malgré le fait que près de 16 % des enfants de 9 ans soient conscients qu'ils ne réussissent pas très bien, 97 % d'entre eux mentionnent qu'ils sont certains de pouvoir réussir à l'école. La confiance en ses capacités scolaires est forte à cet âge autant chez les garçons que chez les filles (données non présentées).

Figure 4.4  
**Temps par semaine consacré aux devoirs et leçons selon le sexe<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**



<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le temps consacré aux devoirs et leçons et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

Tableau 4.14  
**Réponses aux énoncés de la confiance en soi à l'école, enfants de 9 ans, Québec, 1999**

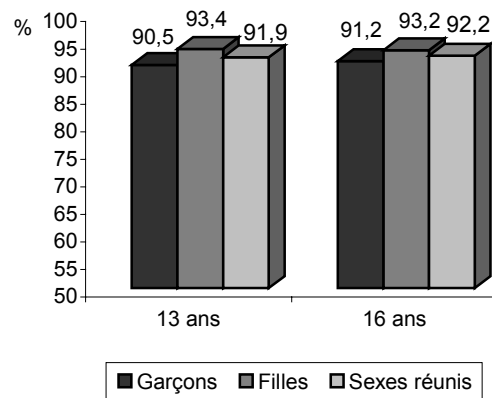
	Vrai	Faux
	%	
Je ne réussis pas très bien à l'école cette année	15,8	82,5
Je sais que je suis capable de réussir à l'école	96,8	3,2

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

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

La confiance en soi à l'école a également été mesurée chez les adolescents de 13 ans et 16 ans, à l'aide de cinq items ayant servi à la construction d'un indice. La figure 4.5 montre qu'environ neuf adolescents sur dix ont obtenu un score élevé, et ce, tant chez les garçons que chez les filles.

Figure 4.5  
**Score élevé à l'indice de confiance en soi à l'école, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**



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

L'examen, au tableau 4.15, de chacun des items composant l'indice permet de mieux nuancer ces résultats. Que ce soit à 13 ans ou à 16 ans, environ un adolescent sur cinq considère qu'il ne réussit pas très bien à l'école. Sur ce point, l'analyse montre une différence significative entre les garçons et les filles puisque chez les garçons, environ 25 % des 13 ans et des 16 ans avouent ne pas bien réussir alors que chez les filles, ces proportions se situent à 18 % et à 15 %.

Tableau 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**

	13 ans			16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Je ne réussis pas très bien à l'école cette année <sup>†</sup>	25,1	18,1	<b>21,7</b>	26,1	15,2	<b>20,6</b>
En général, je suis à peu près sûr de réussir ce que j'entreprends	86,7	88,9	<b>87,8</b>	90,9	90,0	<b>90,4</b>
J'ai confiance dans mes talents scolaires	87,4	86,6	<b>87,0</b>	84,9	84,9	<b>84,9</b>
Cette année, je pense avoir des échecs dans au moins deux matières <sup>§</sup>	30,2	27,6	<b>28,9<sup>1</sup></b>	24,0	18,9	<b>21,4<sup>1</sup></b>
Je réussis mieux dans ce que je fais en dehors de l'école que dans les matières scolaires <sup>†</sup>	63,1	44,0	<b>53,8</b>	65,0	42,2	<b>53,5</b>

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre cet énoncé et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre cet énoncé et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

Par contre, près de neuf adolescents sur dix ont confiance en leurs talents scolaires et se disent à peu près sûrs de réussir ce qu'ils entreprennent. Tout de même, ils reconnaissent leurs difficultés scolaires puisque 29 % des jeunes de 13 ans et 21 % de ceux de 16 ans pensent avoir des échecs dans au moins deux matières scolaires. À 16 ans, la proportion tend à être plus élevée chez les garçons (24 %) que chez les filles (19 %).

Environ 54 % des adolescents de 13 ans et de 16 ans mentionnent aussi qu'ils réussissent mieux dans ce qu'ils font en dehors de l'école que dans les matières scolaires. Les garçons sont plus nombreux que les filles à partager cette opinion, soit 63 % contre 44 % à 13 ans, et des proportions semblables à 16 ans. Ils se considèrent plus compétents dans des activités extrascolaires qu'à l'école alors que c'est l'inverse pour la majorité des filles.

#### *Goût des enfants pour l'école*

Pour évaluer le goût pour l'école chez les enfants de 9 ans, on leur a posé la question suivante : « En général, est-ce que tu aimes aller à l'école? » Le tableau 4.16 montre que moins de la moitié des enfants de cet âge affirment clairement aimer l'école tandis que la même proportion d'enfants émettent une opinion plus nuancée. Environ 16 % admettent, quant à eux, ne pas aimer l'école.

Tableau 4.16  
**Réponses à la question « En général, est-ce que tu aimes aller à l'école? », enfants de 9 ans, Québec, 1999**

	%
Oui, j'aime ça	42,9
J'aime ça plus ou moins	41,6
Non, je n'aime pas ça	15,5

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

Pour les analyses subséquentes, les deux premières catégories de réponse ont été regroupées. Le tableau 4.17 révèle une différence significative entre les réponses fournies par les garçons et les filles. En effet, près du quart (24 %) des garçons de 9 ans n'aiment

pas l'école alors que c'est le cas pour seulement 6 % des filles. Malgré que les garçons soient proportionnellement aussi nombreux que les filles à faire preuve de confiance en soi à l'école, ils sont plus nombreux que ces dernières à ne pas aimer l'école. D'autres facteurs ont également été mis en relation avec le goût pour l'école. L'analyse de ces résultats montre que les enfants qui bénéficient d'un intérêt plus soutenu de la part de leurs parents dans le domaine scolaire sont proportionnellement plus nombreux (85 % c. 72 %) à aimer l'école.

Tableau 4.17  
**Goût pour l'école selon certains facteurs associés, enfants de 9 ans, Québec, 1999**

	Oui %	Non
Sexe <sup>†</sup>		
Garçons	75,7	24,3
Filles	93,7	6,3*
Intérêt des parents pour l'école <sup>†</sup>		
Fort	85,5	14,6
Faible	72,1	27,9
Niveau de soutien affectif maternel <sup>†</sup>		
Élevé	88,5 <sup>1</sup>	11,5
Moyen	81,8	18,2*
Faible	78,1 <sup>1</sup>	22,0*
Niveau de soutien affectif paternel <sup>†</sup>		
Élevé	86,9	13,1
Moyen	82,1	17,9*
Faible	80,0	20,1
Victime de violence à l'école <sup>†</sup>		
Oui	82,9	17,2
Non	88,1	11,9*

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre le goût pour l'école et le sexe, entre le goût pour l'école et l'intérêt des parents, entre le goût pour l'école et le soutien affectif maternel, entre le goût pour l'école et le soutien affectif paternel et entre le goût pour l'école et la victimisation à l'école sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

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

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

Le goût des enfants de 9 ans pour l'école est aussi étroitement lié au soutien affectif maternel puisque la proportion d'enfants aimant l'école est plus élevée (88 %) quand le soutien affectif maternel est élevé que lorsqu'il est faible (78 %). L'analyse du soutien affectif paternel montre une association allant dans le même sens.

Comme on pouvait s'y attendre, la violence subie à l'école est également associée au goût pour l'école. On observe, en effet, que les enfants de 9 ans ayant subi au moins un type de violence à l'école sont proportionnellement moins nombreux à aimer l'école (83 %) que ceux qui n'ont subi aucune violence (88 %).

#### Aspirations scolaires des adolescents

Les aspirations scolaires ne sont pas les mêmes à 13 ans qu'à 16 ans. Chez les plus jeunes, 65 % veulent poursuivre des études postsecondaires, 21 % sont indécis et 15 % pensent ne pas dépasser le niveau secondaire ou professionnel (tableau 4.18). Chez les adolescents de 16 ans, il y a beaucoup moins d'indécis (9 %) et les jeunes qui veulent poursuivre des études postsecondaires sont plus nombreux (74 %) qu'à l'âge de 13 ans. La proportion de jeunes comptant mettre fin plus rapidement à leurs études est cependant à peu près la même parmi les deux groupes d'âge. Les garçons sont proportionnellement moins nombreux que les filles à vouloir poursuivre des études postsecondaires, et ce, à 13 ans ou à 16 ans.

Tableau 4.18

#### Aspirations scolaires des adolescents de 13 ans et 16 ans selon certains facteurs associés, Québec, 1999

	13 ans			16 ans		
	Post-secondaire	Secondaire ou professionnel	Ne sait pas	Post-secondaire	Secondaire ou professionnel	Ne sait pas
	%					
<b>Sexes réunis<sup>†</sup></b>	<b>64,7<sup>1</sup></b>	<b>14,8</b>	<b>20,6<sup>2</sup></b>	<b>74,3<sup>1</sup></b>	<b>16,5</b>	<b>9,3<sup>2</sup></b>
Garçons	60,5	17,4	22,1	69,2	21,9	9,0
Filles	69,0	12,0	19,0	79,3	11,1	9,6
<b>Revenu relatif du ménage<sup>†</sup></b>						
Très faible ou faible	49,5	22,3 <sup>*3</sup>	28,2	57,6	29,1 <sup>*4</sup>	13,3 <sup>**</sup>
Moyen	59,0	17,5 <sup>*</sup>	23,5	71,5	19,5	9,0 <sup>*</sup>
Élevé ou très élevé	74,5	9,1 <sup>*3</sup>	16,3	80,5	11,9 <sup>4</sup>	7,6 <sup>*</sup>
<b>Niveau d'estime de soi<sup>†</sup></b>						
Faible	54,5 <sup>5</sup>	21,2	24,3	65,6	18,7 <sup>*</sup>	15,7 <sup>*</sup>
Moyen	66,0	13,5	20,6	75,5	16,3	8,2 <sup>*</sup>
Élevé	72,8 <sup>5</sup>	11,6 <sup>*</sup>	15,7 <sup>*</sup>	78,7	14,5	6,8 <sup>*</sup>
<b>Niveau de détresse psychologique<sup>†</sup></b>						
Faible ou moyen	66,9	13,1	20,0	76,5	15,4	8,1
Élevé	58,0	20,8	21,2	64,9	20,9	14,2 <sup>*</sup>
<b>Redoublement<sup>†</sup></b>						
Oui	39,4	25,6 <sup>*</sup>	35,0	44,5	39,8	15,7 <sup>*</sup>
Non	71,4	11,0	17,6	83,3	9,3	7,4

<sup>1-5</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre les aspirations scolaires et le sexe, entre les aspirations scolaires et le revenu du ménage, entre les aspirations scolaires et l'estime de soi, entre les aspirations scolaires et la détresse psychologique et entre les aspirations scolaires et le redoublement sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

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

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

On note également une relation entre les aspirations scolaires et le revenu relatif du ménage, chez les adolescents de 13 ans et de 16 ans. Les jeunes provenant de ménages à faible revenu sont proportionnellement plus nombreux (environ un sur quatre) à penser ne pas dépasser des études secondaires alors que c'est le cas d'environ un jeune sur dix provenant de ménages dont le revenu est élevé ou très élevé.

Les aspirations scolaires sont aussi reliées au niveau d'estime de soi. Ainsi, les jeunes de 13 ans qui ont une estime de soi élevée aspirent, dans des proportions plus grandes que ceux dont l'estime de soi est faible, à poursuivre des études postsecondaires. On observe également que les adolescents qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique sont moins enclins que les autres à vouloir poursuivre des études postsecondaires. Finalement, les jeunes ayant déjà doublé une année d'études ont des aspirations moindres que les autres puisque seulement 39 % d'entre eux à 13 ans, et 45 % à 16 ans, souhaitent poursuivre des études postsecondaires, contre 71 % ou 83 % respectivement chez ceux qui n'ont pas redoublé.

#### 4.2.4 Intérêt des parents pour les activités scolaires de leur enfant

Ainsi que mesuré par un indice, 95 % des jeunes de 9 ans bénéficient de l'intérêt de leurs parents pour l'école (données non présentées). Le tableau 4.19 montre les résultats obtenus aux différentes composantes de cet indice. Selon les réponses fournies par les enfants de 9 ans, environ les trois quarts ont des parents qui s'intéressent souvent à différents aspects de leur vie à l'école, et particulièrement à leur réussite scolaire. Ceux qui ne s'y intéressent jamais sont l'exception (2,2 % à 4,6 % selon les composantes). Les parents sont venus confirmer cet intérêt puisque 81 % d'entre eux déclarent qu'ils discutent souvent avec leur enfant de ce qu'il vit à l'école (données non présentées).

L'opinion exprimée par les adolescents va dans le même sens puisque 89 % des 13 ans et 84 % des 16 ans déclarent que leurs parents les encouragent souvent à réussir à l'école (tableau 4.20). Les adolescents sont toutefois proportionnellement moins nombreux (62 % et 40 %) que les enfants (73 %) à déclarer que leurs parents vont souvent à la rencontre pour le bulletin.

Tableau 4.19

#### Composantes de l'indice d'intérêt des parents pour l'école, enfants de 9 ans, Québec, 1999

Mes parents ou les adultes avec qui je vis...	Souvent	Quelquefois	Jamais
	%		
M'encouragent à réussir à l'école	81,9	15,9	2,2*
Vérifient si je fais bien mes devoirs	71,7	25,8	2,5*
S'intéressent à ce que je fais à l'école	72,4	24,0	3,7*
Vont à la rencontre des parents pour le bulletin	73,3	22,2	4,6*

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

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

Tableau 4.20

**Composantes de l'indice d'intérêt des parents pour l'école, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

Mes parents ou les adultes avec qui je vis...	13 ans			16 ans		
	Souvent	Quelquefois	Jamais	Souvent	Quelquefois	Jamais
	%					
M'encouragent à réussir à l'école	88,7 <sup>1</sup>	10,9	0,4**	84,0 <sup>1</sup>	15,2	0,8**
S'informent de mes journées à l'école	58,6	36,7	4,7*	48,5	43,6	7,9
Vont à la rencontre des parents pour le bulletin	62,2 <sup>2</sup>	29,8	8,0	40,3 <sup>2</sup>	38,2	21,5

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

Selon l'indice global composé à partir de ces items, l'intérêt des parents pour la vie scolaire des adolescents diminue radicalement entre 13 ans et 16 ans : environ 72 % des jeunes de 13 ans se situent dans la catégorie « fort » de l'indice contre seulement 53 % des 16 ans (données non présentées). On n'observe aucune différence significative entre les garçons et les filles au regard de cet indice.

## Conclusion

### *Milieu scolaire*

L'approche « École-santé » proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1999) met l'accent, entre autres, sur les environnements physique et social de l'école afin qu'ils constituent des facteurs majeurs de promotion et de maintien de la santé. Les résultats obtenus dans le cadre de la présente enquête montrent toutefois que certains services et installations ne sont pas accessibles à tous. Ainsi, par exemple, près d'un enfant de 9 ans sur cinq n'a pas accès à un service de garde à son école et une proportion non négligeable d'enfants et d'adolescents ne disposent pas d'une cour ou d'un terrain aménagé pour la récréation ou les sports extérieurs. En contrepartie cependant, presque tous ont la possibilité de pratiquer des activités physiques à l'école dans un gymnase. La présente enquête dévoile également la nécessité d'augmenter le nombre et la diversité des services alimentaires offerts aux jeunes de 9 ans. En effet, la majorité des écoliers

de cet âge ont accès à un seul service alimentaire et un sur quatre seulement bénéficie d'une cafétéria où l'on sert des repas. Les enfants de cet âge sont pourtant très vulnérables sur le plan nutritionnel. Par ailleurs, cette enquête ne visait pas à évaluer l'efficacité de ces mesures, lesquelles restent limitées à certains milieux ciblés dans le système scolaire québécois.

Le milieu scolaire offre aussi aux jeunes des services éducatifs diversifiés. En effet, l'enquête a permis de constater que la majorité des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans fréquentent des écoles qui offrent, en plus des services d'enseignement, différents services éducatifs complémentaires et particuliers. La nature de ces services varie selon l'âge, et l'utilisation de certains de ces services varie selon l'âge et le sexe. Par exemple, à peu près un jeune de 9 ans ou de 13 ans sur quatre a déjà reçu un service spécialisé à cause d'une difficulté vécue à l'école tandis qu'un adolescent de 16 ans sur cinq a déjà profité d'un tel service.

Si la très grande majorité des jeunes profitent de l'existence dans leur école de politiques sur l'usage du tabac et sur la violence, une politique alimentaire fait défaut pour la moitié des jeunes de 16 ans. Pour les trois quarts des enfants de 9 ans, une telle politique est cependant en vigueur.

L'enquête permet également de constater que la grande majorité des adolescents de 13 ans et de 16 ans ont une perception positive de leur école.



Toutefois, un peu plus du tiers d'entre eux disent éprouver des difficultés à rencontrer leurs professeurs pour discuter de problèmes personnels.

Les adolescents sont convaincus en grand nombre que leurs parents s'intéressent à leur vie scolaire. De plus, près des trois quarts des enfants de 9 ans considèrent que leurs parents s'intéressent à ce qu'ils font à l'école. Les enfants de cet âge qui bénéficient d'un intérêt soutenu de la part de leurs parents pour leur vécu scolaire sont proportionnellement plus nombreux à aimer l'école.

#### *Caractéristiques scolaires des enfants et des adolescents*

Un élément fondamental de la motivation scolaire est la confiance en soi à l'école. À 9 ans, presque tous les enfants pensent être capables de réussir à l'école même si un sur six est d'opinion qu'il ne réussit pas très bien pour l'année en cours. La confiance en soi à l'école est presque aussi forte chez les adolescents même s'ils sont conscients de la possibilité d'avoir des échecs. Fait étonnant, toutefois, environ la moitié d'entre eux mentionnent qu'ils réussissent mieux dans ce qu'ils font en dehors de l'école que dans les matières scolaires. Ce phénomène est plus présent chez les garçons que chez les filles. Il s'agit d'une information importante pour la compréhension de la motivation scolaire des garçons et des filles.

Afin d'aider l'école et la famille à favoriser la réussite scolaire des enfants et adolescents, la présente enquête a tenté d'identifier les facteurs associés à deux dimensions de cette réussite : les résultats scolaires dans la langue d'enseignement et le redoublement. À l'adolescence, les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à percevoir leurs résultats scolaires en français ou en anglais, langue d'enseignement, comme étant au-dessus de la moyenne. Cette perception positive est associée à une estime de soi plus élevée. Par ailleurs, plus les adolescents consacrent de temps à leurs devoirs et à

leurs leçons, plus ils perçoivent leurs résultats comme étant au-dessus de la moyenne. À partir de 13 ans, les filles déclarent consacrer plus de temps à leurs devoirs que les garçons.

Dès l'âge de 9 ans, à peu près un enfant sur dix a déjà redoublé une année d'études. Parmi les jeunes de 13 ans et de 16 ans, un sur cinq a déjà vécu une situation de redoublement, ce qui correspond aux statistiques officielles du ministère de l'Éducation. Chez les 16 ans, les proportions de redoublants sont plus grandes chez les garçons que chez les filles. Le redoublement est également associé à l'estime de soi de l'adolescent ainsi qu'à sa confiance en soi à l'école. La relation entre le revenu du ménage ou le type de milieu familial et le redoublement a aussi été confirmée à chaque âge. Ainsi, les jeunes ayant déjà redoublé proviennent davantage de ménages à revenu faible que de ménages à revenu élevé. De plus, c'est dans les milieux avec mère et père que les proportions de redoublants sont les moins élevées, du moins à l'adolescence.

Plusieurs études ont fait ressortir que les aspirations scolaires étaient aussi en corrélation avec le revenu des parents. Notre enquête confirme ces résultats puisqu'elle montre que les jeunes dont le ménage jouit d'un revenu élevé sont plus nombreux que ceux de ménages à faible revenu à souhaiter poursuivre des études postsecondaires. Par ailleurs, les filles sont plus nombreuses que les garçons à penser poursuivre leurs études au-delà du secondaire.

Quoi qu'il en soit, l'enquête vient confirmer l'importance de facteurs individuels comme le sexe, l'âge, la confiance en soi à l'école, l'estime de soi, le temps consacré aux devoirs et aux leçons ou les habitudes de lecture en relation avec le rendement scolaire des jeunes. Elle montre aussi le rôle non négligeable de facteurs environnementaux comme le milieu familial, le revenu du ménage ou le soutien affectif parental dans le cheminement scolaire. Des analyses plus

approfondies permettraient toutefois de mieux comprendre l'importance relative de ces indicateurs afin que les intervenants, dont ceux appartenant au milieu scolaire, puissent agir plus efficacement auprès des jeunes.

Les données produites à partir de cette enquête permettraient de pousser plus loin les analyses et de vérifier d'autres hypothèses. Ainsi, par exemple, il serait possible de construire une typologie des écoles fréquentées par les jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans et d'en vérifier les liens avec différentes caractéristiques des jeunes. Plusieurs des analyses amorcées dans ce chapitre pourraient également être approfondies grâce à des analyses multivariées.

# Bibliographie

---

ANONYME (1997). « Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating », *Journal of School Health*, vol. 67, p. 9-26.

BOLDUC, N. (1994). « Fonctionnement familial et rendement scolaire : où est le lien? », *Comprendre la famille: actes du 2<sup>e</sup> symposium québécois de recherche sur la famille*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 365-376.

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.

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

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION (1999). *Pour une meilleure réussite scolaire des garçons et des filles*, Sainte-Foy, 116 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1999). *Le réseau européen d'écoles-santé*, Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 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 L'ÉDUCATION (2000). *Prendre le virage du succès: plan d'action ministériel pour la réforme de l'éducation. En bref*, Québec, 3 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (1983). *L'école ça m'intéresse? Guide d'information et d'administration*, Direction générale du développement pédagogique, 15 p.

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*, Ottawa, catalogue n° 95-01F, février.



## Tableaux complémentaires

Tableau C.4.1

**Population estimée d'enfants et d'adolescents ayant accès à certains services ou installations à l'école, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans <sup>(1)</sup>	16 ans
	Pe '000		
Service de garde	73,7	13,6	1,6
Transport scolaire	83,6	79,0	73,4
Bibliothèque	81,5	85,9	82,2
Gymnase	87,6	85,9	82,2
Piscine	2,7	24,1	33,6
Cour d'école aménagée pour la récréation	81,8	52,4	33,0
Terrain aménagé pour les jeux et les sports extérieurs (athlétisme, soccer, etc.)	34,5	65,0	73,4
Locaux réservés aux élèves pour la vie scolaire	14,2	65,0	71,3

<sup>(1)</sup> Environ 7 % des enfants de 13 ans fréquentent une école primaire.

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

Tableau C.4.2

**Population estimée d'enfants et d'adolescents ayant accès à certains types de services alimentaires à l'école, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans <sup>(1)</sup>	16 ans
	Pe '000		
Distributrice automatique	1,6	25,9	39,8
Four à micro-ondes	66,0	68,7	68,3
Cafétéria où l'on prépare des repas	23,0	69,6	80,1
Service d'un traiteur	32,6	36,6	25,7

<sup>(1)</sup> Environ 7 % des enfants de 13 ans fréquentent une école primaire.

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

Tableau C.4.3

**Fréquence de diverses situations déclarée par la direction de l'école, Québec, 1999**

	9 ans			13 ans			16 ans		
	Au moins 1 fois par semaine	Quelques fois par année ou par mois	Moins de quelques fois par année	Au moins 1 fois par semaine	Quelques fois par année ou par mois	Moins de quelques fois par année	Au moins 1 fois par semaine	Quelques fois par année ou par mois	Moins de quelques fois par année
Engueulades dérangeantes entre élèves	37,2 *	52,0	10,8 **	30,0	54,0	16,0 *	23,1 *	59,1	17,8 **
Agressions physiques entre élèves	23,3 *	55,1	21,5 *	9,3 **	62,1	28,7 *	5,2 **	59,5	35,3 *
Groupes d'élèves qui harcèlent d'autres élèves	10,2 **	57,6	32,3 *	11,5 **	58,6	29,9 *	5,4 **	49,8	44,8
Vols de biens appartenant aux élèves	1,1 **	39,8 *	59,2	5,4 **	70,7	24,0 *	6,9 **	70,6	22,4 *
Élèves ayant des problèmes à l'école à cause de la consommation de drogues ou d'alcool	-	-	100,0	8,4 **	55,8	35,8 *	17,3 **	69,9	12,8 **
Élèves qui possèdent des armes	-	-	100,0	-	8,7 **	91,3	-	1,8 **	98,2
Suspension d'élèves à cause de leur absentéisme	-	4,0 **	96,0	7,3 **	37,6 *	55,1	6,7 **	54,4	38,9
Problèmes de relations ethniques, raciales ou religieuses	1,1 **	5,9 *	93,0	0,2 **	9,2 **	90,7	-	5,1 **	94,9
Élèves qui fument à des endroits interdits	1,3 **	1,4 **	97,3	28,3 *	37,9 *	33,9 *	23,3 *	45,3 *	31,4 *
Membres du personnel qui fument à des endroits interdits	3,2 **	3,2 **	93,5	13,8 **	26,9 *	59,3	11,2 **	42,0 *	46,8
Vandalisme	-	36,2 *	63,8	6,8 **	53,2	39,9 *	1,7 **	56,1	42,2 *
Vols de biens appartenant à l'école	-	10,6 **	89,4	3,4 **	32,5 *	64,1	-	32,4 *	67,6
Vols de biens appartenant aux membres du personnel	-	-	100,0	-	8,4 **	91,6	-	7,8 **	92,2
Élèves qui disent des injures à des membres du personnel	2,9 **	30,3 *	66,8	6,8 **	47,3	46,0	1,6 **	54,2	44,2
Élèves qui agressent physiquement des membres du personnel	-	3,0 **	97,0	-	0,3 **	99,7	-	-	100,0

Tableau C.4.3

**Fréquence de diverses situations déclarée par la direction de l'école, Québec, 1999 (suite)**

	9 ans			13 ans			16 ans		
	Au moins 1 fois par semaine	Quelques fois par année ou par mois	Moins de quelques fois par année	Au moins 1 fois par semaine	Quelques fois par année ou par mois	Moins de quelques fois par année	Au moins 1 fois par semaine	Quelques fois par année ou par mois	Moins de quelques fois par année
Élèves qui harcèlent sexuellement d'autres élèves	-	2,0 *	98,0	-	20,6 **	79,4	-	14,9 **	85,1
Élèves qui harcèlent sexuellement des membres du personnel	-	-	100,0	-	3,6 **	96,4	-	1,6 **	98,4
Élèves pour qui l'école a été informée d'une tentative de suicide	-	4,7 **	95,3	-	23,9 *	76,1	-	41,5 *	58,5

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

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

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





# Perception de l'environnement social : quartier ou voisinage

**Micheline Mayer**

Institut de recherche pour le développement social des jeunes

**Denis Roberge**

Entre les lignes inc.

---

### Introduction

Les théories inspirées de l'approche écologique soulignent l'importance de l'environnement social du quartier ou du voisinage comme l'un des niveaux systémiques influençant le bien-être des enfants et des adolescents (Bronfenbrenner, 1979; Garbarino, 1992; Garbarino et autres, 1992; Garbarino et Sherman, 1980). Plusieurs recherches empiriques concluent effectivement que l'environnement social est lié au niveau de pauvreté des familles et qu'il est associé à différents problèmes de développement des enfants, aux mauvais traitements ou aux comportements délinquants. Dans ces recherches, l'environnement social est défini de façon objective, par des indicateurs statistiques, ou subjective, par la perception d'observateurs.

*L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)*, commencée en 1994 auprès d'enfants canadiens de moins de 12 ans, met en lumière les liens existant entre l'environnement social perçu, la pauvreté des familles et différents problèmes vécus par les jeunes. Les caractéristiques de l'environnement social y sont basées sur l'évaluation du quartier par les répondants et sur l'observation des intervieweurs.

Les analyses réalisées à partir de l'ELNEJ permettent de conclure que les enfants de familles à faible revenu habitent, plus fréquemment que ceux de familles à revenus moyen et supérieur, un quartier présentant au moins une caractéristique négative, tels le trafic ou

l'usage de drogues, l'excès de boisson en public, le cambriolage, les tensions ethniques ou religieuses, les troubles causés par des bandes de jeunes, les rues jonchées de détritits. Il existe aussi une relation entre la pauvreté des familles et l'insécurité ressentie dans le quartier par les parents (Ross et Roberts, 1999). Certains jeunes de l'étude expriment un sentiment d'insécurité face au trajet entre l'école et la maison, insécurité souvent justifiée par des expériences de victimisation (Conseil canadien de développement social [CCDS], 1999). Les problèmes de comportement des jeunes et la difficulté à établir des relations interpersonnelles sont aussi associés au revenu familial et à la qualité de l'environnement social du quartier (CCDS, 1998).

Les recherches portant sur les mauvais traitements envers les enfants établissent aussi un lien entre la pauvreté économique du quartier, ses caractéristiques sociales et les taux d'abus et de négligence signalés aux services de protection de la jeunesse. En effet, les taux de mauvais traitements signalés sont plus élevés dans les quartiers défavorisés économiquement; toutefois, les taux les plus élevés se retrouvent dans les quartiers qui se caractérisent également par un environnement social négatif, sur la base de la perception de leurs habitants ou d'indicateurs statistiques de désorganisation sociale (Chamberland et Bouchard, 1990; Chamberland, Bouchard et Beaudry, 1986; Coulton, Korbin et Su, 1999; Coulton, Korbin et Su, 1996; Coulton et autres, 1995; Drake et Pandey, 1996; Garbarino et Kostelny, 1992; Zuravin,

1989; Zuravin et Taylor, 1987). De même, les taux de délinquance juvénile se révèlent plus importants dans les quartiers caractérisés par la pauvreté économique et un environnement social décrit ou perçu comme étant déficient ou perturbé (Coulton et autres, 1995; Korbin et Coulton, 1996; Sampson et Groves, 1989).

La présence de données sur la perception de l'environnement social dans *l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* permet donc d'aborder une dimension pertinente pour ce qui est de la santé et du bien-être des jeunes québécois. *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992) en reconnaît l'importance et vise, dans sa deuxième stratégie d'ensemble, à soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires. Les analyses contenues dans ce chapitre contribuent à mieux documenter l'environnement dans lequel évoluent les enfants et les adolescents québécois.

L'objectif général d'analyse de ce chapitre consiste à décrire la perception qu'ont les enfants, les adolescents et leurs parents de leur environnement social. On entend par environnement social, le quartier, le voisinage ou le village, de façon à s'adapter tant au contexte des milieux urbains que ruraux. Plus spécifiquement, ce chapitre examine l'évaluation faite par les enfants, les adolescents et leurs parents de la sécurité de leur environnement. Il établit le pourcentage de parents qui évaluent positivement ou négativement leur quartier sur la base de certaines caractéristiques perçues. Il analyse également les liens entre l'environnement social perçu et les caractéristiques des enfants et des familles telles que le niveau de revenu, d'une part, et, d'autre part, un ensemble de problèmes comme la victimisation à l'école ou sur le chemin de l'école, les troubles émotifs, les problèmes de comportement et la détresse psychologique.

Après la présentation de certains aspects méthodologiques, sont présentés les résultats de

l'analyse portant sur l'insécurité du quartier perçue par les enfants et les adolescents, puis l'insécurité perçue par les parents, et enfin, l'évaluation du quartier faite par les parents. La discussion des résultats est présentée en conclusion.

## 5.1 Aspects méthodologiques

### *Description des indicateurs*

Les caractéristiques de l'environnement social abordées dans les questionnaires de la présente enquête sont celles qu'on trouve le plus fréquemment dans les enquêtes sur le sujet et la formulation des questions correspond à celle généralement adoptée. Celles-ci portent sur l'insécurité et les motifs d'insécurité ressentie par les enfants et les adolescents sur le chemin de l'école (E11 et E12, A17 et A18); le mode de transport utilisé entre la maison et l'école (E14 et A19); l'évaluation par le parent de l'environnement comme endroit pour élever des enfants (PE118 et PA104); l'évaluation par le parent des caractéristiques positives et négatives du quartier (PE119 et PA105); la perception du parent de la sécurité du quartier pendant le jour et pendant la nuit (PE120, PE121, PA106, PA107). Quatre indicateurs ont été constitués à partir de ces questions.

Le premier indicateur a été construit afin de servir de variable contrôle dans les analyses. Les réponses aux questions E14 et A19 ont été recodées de façon à identifier les jeunes qui utilisent plusieurs modes de transport entre le domicile et l'école. La catégorie « partiellement à pied » rend compte de ceux qui circulent en partie à pied et, en partie, grâce à au moins un mode de transport motorisé. La catégorie « plusieurs véhicules motorisés » distingue ceux qui utilisent plus d'un moyen de transport motorisé. À partir des mêmes questions, un second indicateur distingue les enfants et adolescents qui utilisent la « marche » pour se rendre à l'école (regroupant les catégories « à pied seulement » et « partiellement à pied » de l'indicateur précédent),

alors que la catégorie « ne marche pas » regroupe ceux qui utilisent exclusivement d'autres modes de transport entre le domicile et l'école.

L'indicateur d'insécurité du quartier perçue par le parent a été construit à partir des questions « Les enfants peuvent jouer dehors durant la journée en toute sécurité » (PE120 et PA106 ) et « On peut marcher seul(e) dans ce quartier (voisinage, village) en toute sécurité après la tombée de la nuit » (PE121 et PA107). À chacun des énoncés, les répondants avaient quatre choix de réponse allant de « tout à fait d'accord » à « tout à fait en désaccord ». La catégorie « sécurité jour et nuit » de l'indicateur regroupe les répondants ayant répondu « tout à fait d'accord » ou « d'accord » aux deux énoncés; la catégorie « insécurité jour ou nuit » regroupe ceux ayant répondu « en désaccord » ou « tout à fait en désaccord » à l'un ou l'autre des énoncés.

Deux indicateurs ont été générés à partir de huit énoncés portant sur l'évaluation des caractéristiques du quartier par le parent (PE119 et PA105). Le parent devait dire s'il était d'accord ou en désaccord avec chacun des huit énoncés concernant son quartier (voisinage, village). Le premier indicateur porte sur les éléments positifs du quartier, le second sur les éléments négatifs du quartier.

L'indicateur portant sur les éléments positifs du quartier regroupe les réponses aux quatre énoncés sur les caractéristiques positives de l'environnement social (PE119, PA105 items a, b, c, d), soit : « il y a suffisamment de services (garde, cliniques, commerces) », « il y a suffisamment de parcs, de terrains de jeux, d'espaces verts », « il y a de l'entraide entre voisins » et « l'endroit est calme, tranquille ». L'évaluation du parent des éléments positifs de son quartier est cotée comme « très positive » lorsque le parent s'est dit d'accord avec trois ou quatre des quatre énoncés; elle est considérée « positive » s'il s'est dit d'accord avec un ou deux des énoncés et elle est

« neutre » lorsque le parent ne donne aucune réponse disant qu'il est d'accord. L'indicateur a une valeur inconnue lorsqu'un parent n'a pas donné de réponse ou a répondu par « ne sais pas » à deux ou plus des quatre énoncés.

L'indicateur portant sur les éléments négatifs du quartier est constitué de la même manière. Il regroupe les réponses aux quatre énoncés sur les caractéristiques négatives de l'environnement social (PE119, PA105 items e, f, g, h), soit : « la circulation automobile est dangereuse », « il y a des groupes de jeunes qui causent des problèmes », « il y a de la criminalité (vols, violence) », « il y a de la vente ou de la consommation de drogues ». L'évaluation du parent est considérée comme « très négative » lorsque le parent s'est déclaré d'accord avec trois ou quatre des quatre énoncés, « négative » (d'accord avec un ou deux des énoncés), « neutre » (d'accord avec aucun des énoncés) ou inconnue (deux énoncés ou plus sans réponse ou avec la réponse « ne sais pas »).

Ces deux indices n'ont pas été fusionnés pour ne pas induire d'interprétation globale. En effet, on ne peut pas considérer que les caractéristiques positives et négatives énoncées forment un ensemble exhaustif des dimensions d'évaluation d'un quartier et justifient la formation d'une échelle d'évaluation. De plus, on ne peut prêter de continuité logique entre ces deux ensembles de caractéristiques formulées assez différemment, certaines portant sur l'existence d'une caractéristique et d'autres sur la satisfaction à l'égard d'une caractéristique.

On remarque que les parents ont été nombreux à répondre par « ne sais pas » à certains énoncés, en particulier à un des énoncés portant sur les caractéristiques positives et à trois des quatre énoncés portant sur les caractéristiques négatives du quartier. Ainsi, pour l'énoncé « il y a de l'entraide entre voisins », on relève de 7 % à 10 % de « ne sais pas », selon l'âge de l'enfant; pour « il y a des groupes de jeunes qui

causent des problèmes », de 7 % à 13 %; « il y a de la criminalité (vols, violence) », de 9 % à 15 %; et pour « il y a de la vente ou de la consommation de drogues », de 22 % à 29 %. La sensibilité des parents à l'égard des énoncés semble donc différente d'un ensemble de caractéristiques à l'autre, les parents répondant plus souvent par « ne sais pas » aux énoncés à caractère factuel. Comparativement, pour les énoncés à caractère évaluatif ou qualificatif tels que « il y a suffisamment de services » ou « la circulation automobile est dangereuse », le taux de « ne sais pas » se situe entre 0,7 % et 2,1 %. Les réponses « ne sais pas » sont considérées dans la présentation des résultats portant sur chacun des énoncés (voir tableau 5.10) et cette différence est discutée.

L'impact des réponses « ne sais pas » est manifeste dans la construction de l'indicateur portant sur les éléments négatifs du quartier. D'abord, comme on vient de le voir, les réponses « ne sais pas » sont concentrées sur les énoncés de caractéristiques négatives (trois des quatre énoncés), conformément à la répartition des énoncés à caractère factuel. De plus, on note que le pourcentage de réponses « ne sais pas » varie en fonction de la nature (possiblement un composite de la gravité et de la visibilité) des faits visés par l'énoncé et s'avère nettement supérieur pour les énoncés de caractéristiques négatives, rendant en conséquence cet indice moins précis. Il en résulte un taux élevé de non-réponse à l'indicateur des éléments négatifs, qui est discuté plus loin.

#### *Portée et limites de l'analyse*

L'analyse se situe à l'intérieur de certaines limites. Ainsi, la procédure d'enquête ne permet pas d'identifier les caractéristiques des quartiers indépendamment de la perception des personnes interrogées, soit du parent répondant et des enfants et adolescents. De même, on ignore si le quartier (village, voisinage) décrit par le parent et par l'enfant est le même. Pour le jeune, les questions sont centrées sur le trajet qu'il parcourt entre

la maison et l'école alors que pour le parent, les bases de référence sont probablement différentes. Même si le jeune et son parent s'accordent sur l'espace qui correspond au quartier, leur image du quartier peut être différente parce qu'ils sont sensibles à des dimensions différentes ou qu'ils en ont une expérience distincte.

Un contrôle a été appliqué à l'analyse de la perception des enfants et des adolescents sur la base de leur utilisation de la marche comme mode de transport entre la maison et l'école. Ce contrôle a permis de s'assurer que le sentiment de sécurité ou d'insécurité ressenti sur le chemin de l'école par les jeunes se réfère à leur expérience de l'environnement social. En effet, le trajet parcouru par le jeune ne lui permet pas nécessairement de traverser le quartier s'il voyage en autobus scolaire, en auto ou en métro. Pour ceux qui n'utilisent que ces moyens de transport, l'évaluation de la sécurité du quartier est moins valide car ils sont susceptibles de ne pas entrer en contact avec l'environnement social de leur résidence. Les jeunes qui circulent à pied, partiellement ou totalement, ont donc été distingués de ceux qui empruntent exclusivement d'autres moyens de locomotion.

Notons enfin que les adolescents de 16 ans qui ne fréquentent pas l'école secondaire sont exclus de ce chapitre.

Pour tous les groupes d'âge et toutes les questions simples, le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5 %, à l'exception des questions A18a et A18b qui ont un taux de non-réponse de 6 % chez les 13 ans. Par ailleurs, le taux de non-réponse à l'indicateur des éléments négatifs se situe à 11 % pour les parents d'enfants de 9 ans, à 8 % pour les parents d'adolescents de 13 ans et à 6 % pour ceux des jeunes de 16 ans. L'analyse de la non-réponse pour cet indicateur a été effectuée en ce qui a trait aux parents des 9 ans et des 13 ans; elle n'a révélé aucun lien significatif entre la non-réponse et les caractéristiques étudiées (sexe et scolarité du parent, revenu relatif,

sexe de l'enfant). L'impact de la non-réponse sur les estimations est donc négligeable.

## 5.2 Résultats

### 5.2.1 Insécurité ressentie par les enfants et les adolescents

Dans l'ensemble, une faible proportion des enfants et des adolescents éprouvent un sentiment d'insécurité sur le chemin de l'école. Les enfants de 9 ans présentent le pourcentage le plus élevé de jeunes qui ressentent quelquefois ou souvent (22 %) de l'insécurité, cette proportion chutant à 9 % chez les adolescents de 13 ans et à 5 % chez ceux de 16 ans (tableau 5.1). Les plus jeunes de l'enquête se sentent donc plus vulnérables que les plus vieux.

Par ailleurs, on observe une relation significative entre le sexe de l'enfant et l'insécurité ressentie chez les enfants de 9 ans et les adolescents de 13 ans. À ces âges, les filles éprouvent davantage d'insécurité que les garçons sur le chemin de l'école. On n'observe plus de différence entre filles et garçons à l'âge de 16 ans.

Le tableau 5.2 examine plus précisément l'incidence du sentiment d'insécurité chez les jeunes de 9 ans et 13 ans selon qu'ils circulent à pied ou non sur le chemin de l'école. On remarque que, chez les 9 ans, ce sont les filles qui circulent au moins partiellement à pied sur le chemin de l'école qui éprouvent davantage d'insécurité que les garçons : 29 % des filles ressentent quelquefois ou souvent de l'insécurité, contre 16 % des garçons. Chez les adolescents de 13 ans, les filles ressentent aussi plus fréquemment de l'insécurité que les garçons (12 % c. 6 %); cependant, à cet âge, cette différence s'observe chez ceux et celles qui ne marchent pas pour se rendre à l'école. Chez les 16 ans, on n'observe pas d'écart significatif de cette nature (données non présentées).

Tableau 5.1  
**Insécurité ressentie sur le chemin de l'école par les enfants et les adolescents selon le sexe, Québec, 1999**

	Jamais peur	Peur quelquefois ou souvent
	%	
9 ans <sup>†</sup>		
Garçons	82,4	17,6
Filles	72,7	27,3
<b>Sexes réunis</b>	<b>77,7</b>	<b>22,3</b> <sup>1,2</sup>
<b>Pe '000</b>	<b>68,7</b>	<b>19,8</b>
13 ans <sup>†</sup>		
Garçons	93,5	6,5*
Filles	87,8	12,2
<b>Sexes réunis</b>	<b>90,7</b>	<b>9,3</b> <sup>1</sup>
<b>Pe '000</b>	<b>78,2</b>	<b>7,9</b>
16 ans <sup>(1)</sup>		
Garçons	96,0	4,0*
Filles	93,9	6,1*
<b>Sexes réunis</b>	<b>94,9</b>	<b>5,1</b> <sup>2</sup>
<b>Pe '000</b>	<b>78,0</b>	<b>4,2</b>

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

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'insécurité ressentie et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 13 ans.

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

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

Parmi les motifs de l'insécurité qu'ils ressentent sur le chemin de l'école, c'est la menace à leur personne de la part des autres (jeunes ou adultes) qui est le motif le plus important pour les enfants et adolescents de tous les âges (tableau 5.3). Par ailleurs, les enfants de 9 ans s'avèrent plus inquiets des dangers de la circulation automobile que les adolescents de 13 ans et 16 ans.

Tableau 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**

	Jamais peur	Peur quelquefois ou souvent
	%	
<b>9 ans</b>		
Marche <sup>†</sup>		
Garçons	84,5	15,6*
Filles	71,0	29,0
<b>Sexes réunis</b>	<b>78,3</b>	<b>21,8</b>
<b>Pe '000</b>	<b>33,5</b>	<b>9,3</b>
Ne marche pas		
Garçons	80,1	19,9
Filles	74,1	25,9
<b>Sexes réunis</b>	<b>77,0</b>	<b>23,0</b>
<b>Pe '000</b>	<b>35,1</b>	<b>10,6</b>
<b>13 ans</b>		
Marche		
Garçons	91,6	8,4**
Filles	86,9	13,1**
<b>Sexes réunis</b>	<b>89,2</b>	<b>10,8*</b>
<b>Pe '000</b>	<b>16,6</b>	<b>2,0</b>
Ne marche pas <sup>§</sup>		
Garçons	94,2	5,9*
Filles	88,2	11,8
<b>Sexes réunis</b>	<b>91,2</b>	<b>8,8</b>
<b>Pe '000</b>	<b>61,7</b>	<b>5,9</b>

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'insécurité et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans qui marchent pour se rendre à l'école.

<sup>§</sup> Le test d'association entre l'insécurité et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans qui ne marchent pas pour se rendre à l'école.

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

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

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

Tableau 5.3  
**Motifs de l'insécurité ressentie<sup>(1)</sup>, enfants et adolescents ayant peur sur le chemin de l'école, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(2)</sup>
	%		
Peur de la circulation automobile	44,4 <sup>1,2</sup>	26,0* <sup>1</sup>	18,7** <sup>2</sup>
Peur d'être battu ou volé	58,7	...	...
Peur d'adultes menaçants	45,8	...	...
Peur des gangs	...	46,0	45,1*
<b>Autres motifs</b>	<b>30,5<sup>3</sup></b>	<b>42,1</b>	<b>49,0**<sup>3</sup></b>

<sup>(1)</sup> Plus d'un motif peut être déclaré.

<sup>(2)</sup> Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

Tableau 5.4  
**Mode de transport utilisé pour se rendre à l'école, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%		
À pied seulement	40,5	15,3	13,1
Partiellement à pied	8,0	6,2	5,7
Autobus scolaire	33,3	51,7	56,1
Métro ou autobus	1,2**	11,4	13,9
Auto	14,4	7,4	5,0
Plusieurs véhicules motorisés	2,8*	8,0	6,1

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

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

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

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

Notons que près de la moitié (48 %) des enfants de 9 ans circulent à pied sur le chemin de l'école (seulement ou partiellement), tandis qu'environ 20 % seulement des jeunes de 13 ans et de 16 ans le font (22 % et 19 % respectivement) (tableau 5.4).

Il existe un lien entre l'insécurité et l'expérience de victimisation. En effet, le niveau d'insécurité ressentie par les enfants de 9 ans et les adolescents de 13 ans est associé à la fréquence des expériences de victimisation à l'école ou sur le chemin de l'école depuis septembre : plus les jeunes ont été la cible d'incidents d'agressivité ou de violence à l'école ou sur le chemin de l'école, plus ils éprouvent de l'insécurité sur le trajet, et ce, peu importe le mode de transport qu'ils adoptent (tableau 5.5). Ainsi, 12 % des enfants de 9 ans n'ayant connu aucune expérience de victimisation depuis septembre disent éprouver quelquefois ou souvent de l'insécurité sur le chemin de l'école, alors que c'est le cas de 39 % des enfants victimes de trois expériences ou plus. Chez les adolescents de 13 ans, ces proportions sont respectivement de 4,8 % et de 26 %. Ces proportions sont sensiblement les mêmes, que les enfants de 9 ans et les adolescents de 13 ans marchent ou non sur le trajet de l'école. Par ailleurs, les enfants de ces âges qui font le trajet à pied jusqu'à l'école ne sont ni plus ni moins la cible d'agressivité que ceux qui empruntent un véhicule (données non présentées). Chez les adolescents de 16 ans, on observe une relation semblable entre l'insécurité et l'expérience de victimisation, mais sous forme de tendance, ce qui s'explique sans doute par la plus faible incidence du sentiment d'insécurité à cet âge.

Tableau 5.5  
**Insécurité ressentie sur le chemin de l'école selon le nombre d'expériences de victimisation à l'école depuis septembre, Québec, 1999**

	Jamais peur	Peur quelquefois ou souvent
	%	
<b>9 ans<sup>†</sup></b>		
Aucune	88,4	11,6 <sup>*1,2</sup>
Une	83,7	16,3 <sup>3,4</sup>
Deux	68,9	31,1 <sup>1,3</sup>
Trois ou plus	61,2	38,8 <sup>2,4</sup>
<b>13 ans<sup>†</sup></b>		
Aucune	95,2	4,8 <sup>*5,6</sup>
Une	89,7	10,3 <sup>*</sup>
Deux	83,6	16,4 <sup>*5</sup>
Trois ou plus	74,4	25,6 <sup>*6</sup>
<b>16 ans<sup>(1)</sup></b>		
Aucune	96,7	3,3 <sup>*</sup>
Une	93,7	6,3 <sup>**</sup>
Deux	86,5	13,5 <sup>**</sup>
Trois ou plus	69,8	30,2 <sup>**</sup>

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

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'insécurité et le nombre d'incidents est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 13 ans.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

L'utilisation de la marche entre la maison et l'école ne modifie donc pas la relation entre l'expérience de victimisation et le sentiment d'insécurité pendant le trajet. D'autre part, il faut se rappeler que les incidents de victimisation peuvent avoir eu lieu à l'école ou sur le chemin de l'école. Il est ainsi possible que l'insécurité ressentie sur le chemin de l'école soit liée à l'expérience de victimisation subie à l'école.

## 5.2.2 Insécurité perçue par le parent

Dans l'ensemble, une infime minorité des enfants ont un parent qui se dit « en désaccord » ou « tout à fait en désaccord » quant au fait que les enfants peuvent jouer dehors en toute sécurité durant la journée. Les estimations de proportions sont tout à fait comparables chez les parents des jeunes de 9 ans, 13 ans ou 16 ans : respectivement 4,2 % , 2,4 % et 2,4 % (données non présentées). Par ailleurs, entre 13 % et 18 % des parents estiment qu'on ne peut marcher seul en toute sécurité dans leur quartier après la tombée de la nuit. Cette proportion est plus élevée chez les parents des enfants de 9 ans que chez ceux des adolescents de 16 ans, les proportions respectives étant de 18 %, de 15 % et de 13 % chez les parents des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans (données non présentées). Ce portrait suggère que l'insécurité d'un quartier est avant tout perçue par le parent relativement à l'environnement nocturne.

Par ailleurs, une relation existe entre le revenu relatif du ménage et l'insécurité du quartier telle que perçue par

les parents des jeunes de 9 ans et de 13 ans (tableau 5.6). Plus le revenu relatif du ménage est élevé, moins le parent perçoit de l'insécurité dans son quartier. Si, dans l'ensemble des parents d'enfants de 9 ans, 19 % considèrent leur quartier non sécuritaire, c'est le cas de 30 % des parents de revenu très faible ou faible et de seulement 15 % des parents de revenu élevé ou très élevé. De même, chez les parents d'adolescents de 13 ans, l'insécurité du quartier est perçue par 16 % de l'ensemble des parents, mais par 23 % des parents de revenu très faible ou faible et par 12 % des parents de revenu élevé ou très élevé.

Finalement, l'enquête révèle que le niveau de détresse psychologique des adolescents de 16 ans est associé à l'insécurité du quartier telle que perçue par le parent (tableau 5.7). Ainsi, les adolescents de cet âge qui habitent un quartier perçu par le parent comme non sécuritaire sont proportionnellement plus nombreux à présenter un niveau élevé de détresse psychologique que les adolescents de quartiers perçus par le parent comme sécuritaires le jour et la nuit (27 % c. 16 %).

Tableau 5.6  
**Insécurité du quartier perçue par le parent selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999**

	Très faible ou faible	Moyen	Élevé ou très élevé	Total	Pe '000
	%				
9 ans <sup>†</sup>					
Sécurité jour et nuit	70,3	80,3	85,5	<b>80,8</b>	<b>71,4</b>
Insécurité jour ou nuit	29,7 <sup>1</sup>	19,8	14,5 <sup>1</sup>	<b>19,2</b>	<b>17,1</b>
13 ans <sup>†</sup>					
Sécurité jour et nuit	76,8	82,1	87,9	<b>84,3</b>	<b>72,2</b>
Insécurité jour ou nuit	23,2 <sup>*2</sup>	18,0 <sup>*</sup>	12,1 <sup>2</sup>	<b>15,7</b>	<b>13,9</b>
16 ans <sup>(1)</sup>					
Sécurité jour et nuit	82,4	83,5	88,5	<b>86,3</b>	<b>70,5</b>
Insécurité jour ou nuit	17,6 <sup>*</sup>	16,5 <sup>*</sup>	11,5	<b>13,7</b>	<b>11,7</b>

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

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'insécurité et le revenu relatif est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 13 ans.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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



Tableau 5.7

**Niveau de détresse psychologique de l'adolescent selon l'insécurité du quartier perçue par le parent<sup>†</sup>, adolescents de 16 ans<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

	Faible ou moyen	Élevé
	%	
Sécurité jour et nuit	84,1	15,9
Insécurité jour ou nuit	73,4	26,6*

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

<sup>†</sup> Le test d'association entre le niveau de détresse psychologique et l'insécurité est significatif au seuil de 0,05.

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

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

### 5.2.3 Évaluation du quartier par le parent

De façon générale, le parent évalue très positivement son quartier. La qualité du quartier comme endroit pour élever les enfants est considérée comme moyenne ou mauvaise par moins de 14 % de chacun des trois groupes de parents (respectivement 14 %, 12 % et 12 %). Environ 43 % des enfants de 9 ans et la moitié (51 %) des adolescents de 13 ans et 16 ans ont un parent qui évalue son quartier comme étant d'excellente qualité. Les plus jeunes ont donc un parent qui tend à évaluer de façon un peu moins positive la qualité de son quartier (tableau 5.8).

Tableau 5.8

**Qualité du quartier comme endroit pour élever des enfants évaluée par le parent selon le revenu relatif du ménage<sup>†</sup>, Québec, 1999**

	Très faible ou faible	Moyen	Élevé ou très élevé	Total	Pe '000
	%				
9 ans					
Excellente	34,7	41,2	46,7	42,6 <sup>1,2</sup>	37,5
Plutôt bonne	41,6	45,7	43,4	43,8	38,7
Moyenne ou mauvaise	23,7 <sup>*3</sup>	13,1*	9,9 <sup>*3</sup>	13,7	12,3
13 ans					
Excellente	36,1 <sup>6</sup>	46,0	59,1 <sup>6</sup>	51,4 <sup>1</sup>	44,5
Plutôt bonne	33,2	42,4	35,4	37,0	31,7
Moyenne ou mauvaise	30,7 <sup>4</sup>	11,7*	5,5 <sup>*4</sup>	11,6	9,9
16 ans <sup>(1)</sup>					
Excellente	42,4	47,8	54,3	51,0 <sup>2</sup>	41,6
Plutôt bonne	36,8	34,4	38,4	37,0	30,5
Moyenne ou mauvaise	20,8 <sup>*5</sup>	17,8*	7,4 <sup>*5</sup>	12,0	10,1

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

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la qualité du quartier et le revenu relatif est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

Le revenu relatif du ménage est associé à cette évaluation générale du quartier. Dans chacun des groupes d'âge, plus les ménages sont de revenu élevé, moins ils considèrent leur quartier comme un endroit moyen ou mauvais pour élever les enfants.

Selon l'indicateur portant sur les éléments positifs du quartier, les parents évaluent en grande majorité très positivement leur quartier, s'étant dits d'accord avec trois ou les quatre énoncés portant sur les caractéristiques positives du quartier (entre 82 % et 84 % selon le groupe d'âge) (tableau 5.9). La catégorie neutre, qui n'apparaît pas au tableau (aucune ou une seule réponse positive), regroupe, dans les trois cas, moins de 1 % des réponses.

Tableau 5.9  
**Évaluation du quartier par le parent des enfants et des adolescents, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%		
<b>Éléments positifs</b>			
Très positive	82,4	84,3	84,3
Positive ou neutre	17,6	15,7	15,7
<b>Éléments négatifs</b>			
Très négative	9,1	9,4	8,7
Négative	38,3	32,5	37,3
Neutre	52,6	58,1	54,0

<sup>(1)</sup> 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.

Peu de parents attribuent plusieurs caractéristiques négatives à leur quartier. En effet, la majorité des jeunes ont un parent qui n'a choisi aucune des caractéristiques négatives pour décrire son quartier : entre 53 % et 58 % d'entre eux, selon le groupe d'âge, se situent dans la catégorie « neutre » de l'indicateur des éléments négatifs du quartier. Par ailleurs, entre 32 % et 38 % des enfants et adolescents vivent dans un quartier dont l'environnement social est classé comme négatif selon l'évaluation faite par leur parent, celui-ci s'étant dit d'accord avec un ou deux des quatre

énoncés portant sur les caractéristiques négatives du quartier. Finalement, moins de 10 % des jeunes de chaque groupe ont un parent ayant eu une évaluation « très négative » de leur quartier comme environnement social. Considérant que l'indicateur portant sur les éléments négatifs du quartier comporte une proportion importante de non-réponse, il est intéressant de se pencher sur les énoncés à la base de ces indicateurs afin d'identifier ceux sur lesquels le parent a eu du mal à se prononcer, de même que les caractéristiques négatives et positives les plus fréquentes.

La caractéristique positive la plus fréquemment reconnue au quartier par le parent est le calme, la tranquillité (entre 90 % et 93 % selon les groupes d'âge) (tableau 5.10). Chaque caractéristique positive obtient l'accord d'au moins 74 % des parents dans chacun des trois groupes. La caractéristique la moins fréquemment choisie, soit l'entraide entre voisins, est donc malgré tout assez répandue.

La caractéristique négative la plus fréquemment déclarée par les parents des jeunes de 9 ans et de 13 ans semble être la circulation automobile dangereuse (28 % et 20 % respectivement). Chez les parents des adolescents de 16 ans, cela semble être plutôt la vente ou la consommation de drogues (24 %). Il faut noter, par ailleurs, la forte proportion de parents qui disent ignorer s'il y a de la vente ou de la consommation de drogues dans leur quartier, et ce, à la fois chez les parents des 9 ans, des 13 ans et des 16 ans (30 %, 24 % et 22 % respectivement), s'il y a de la criminalité sous forme de vols ou de violence (15 %, 12 % et 9 % respectivement) ou s'il y a des « groupes de jeunes qui causent des problèmes » (13 %, 9 % et 7 % respectivement). La circulation automobile semble être la caractéristique la plus facile à évaluer, puisque moins de 2 % des parents de chaque groupe se disent incapables de le faire (tableau 5.10).

Tableau 5.10

**Évaluation des caractéristiques du quartier par le parent des enfants et des adolescents, Québec, 1999**

	9 ans			13 ans			16 ans <sup>(1)</sup>		
	D'accord	En désaccord	Ne sait pas	D'accord	En désaccord	Ne sait pas	D'accord	En désaccord	Ne sait pas
	%								
<b>Éléments positifs</b>									
Il y a suffisamment de services (garde, cliniques, commerces)	79,4	19,0	1,7**	80,8	17,2	2,1**	78,7	20,1	1,2**
Il y a suffisamment de parcs, de terrains de jeux, d'espaces verts	84,8	15,1	0,1**	87,5	11,4	1,0**	87,9	11,8	0,3**
Il y a de l'entraide entre voisins	76,4	16,8	6,9	77,9	13,3	8,9	73,6	16,3	10,1
L'endroit est calme, tranquille	90,3	9,4	0,3**	89,8	9,6	0,6**	92,6	7,0	0,4**
<b>Éléments négatifs</b>									
La circulation automobile est dangereuse	28,1	69,9	2,0**	20,3	77,7	2,0**	19,9	79,4	0,7**
Il y a des groupes de jeunes qui causent des problèmes	15,7	71,3	13,0	15,5	75,8	8,6	13,9	78,7	7,4
Il y a de la criminalité (vols, violence)	14,4	70,1	15,5	13,0	75,5	11,5	16,7	74,1	9,2
Il y a de la vente ou de la consommation de drogues	12,7	57,8	29,6	18,3	57,4	24,3	24,0	53,5	22,5

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

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

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

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

Le revenu relatif du ménage est associé à la reconnaissance des caractéristiques positives du quartier par le parent (tableau 5.11). De façon générale, plus les familles ont un niveau élevé de revenu relatif, plus elles attribuent de caractéristiques positives à leur quartier. Cette relation est significative pour les parents des jeunes des trois groupes d'âge. En comparant les parents ayant un revenu relatif très faible ou faible à ceux qui ont un revenu élevé ou très élevé, on observe que l'évaluation très positive de l'environnement social s'établit, selon le groupe de parents, à 73 % contre 86 % pour les parents des 9 ans et à 73 % contre 89 %

pour les parents des 13 ans; on note la même tendance chez les parents des 16 ans (77 % c. 88 %).

Tableau 5.11

**Évaluation très positive des éléments positifs du quartier par le parent selon le revenu relatif du ménage<sup>†</sup>, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%		
Très faible ou faible	73,2 <sup>1</sup>	72,8 <sup>2</sup>	77,2
Moyen	83,6	82,6	78,8
Élevé ou très élevé	86,2 <sup>1</sup>	88,9 <sup>2</sup>	88,2

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

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'évaluation des éléments positifs du quartier et le revenu relatif est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

Par ailleurs, la présence de problèmes de comportement chez les adolescents de 16 ans est associée significativement à l'évaluation des éléments négatifs du quartier par le parent (tableau 5.12). Ainsi, on remarque que la proportion d'adolescents qui présentent des problèmes de comportement a tendance à être moins élevée lorsque le parent a fait une évaluation neutre du quartier (ne reconnaissant à son quartier aucune des caractéristiques négatives énoncées) que lorsqu'il évalue le quartier négativement ou très négativement (19 % c. 24 % et 27 %).

Tableau 5.12

**Présence de problèmes de comportement chez les adolescents selon l'évaluation des éléments négatifs du quartier par le parent<sup>†</sup>, adolescents de 16 ans<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

	%
Très négative	24,1*
Négative	27,0
Neutre	19,2

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

<sup>†</sup> Le test d'association entre la présence de problèmes de comportement et l'évaluation des éléments négatifs du quartier est significatif au seuil de 0,05.

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

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

## Conclusion

L'analyse permet de constater que l'environnement social du quartier (voisinage ou village) est perçu de façon assez positive autant par les enfants et les adolescents que par l'un de leurs parents. Une faible proportion de jeunes ressentent de l'insécurité sur le chemin de l'école, alors que les parents considèrent en majorité leur environnement comme étant sécuritaire et lui attribuent plusieurs caractéristiques positives et peu de caractéristiques négatives. Pour certains enfants et certains parents, cependant, la perception de leur environnement social est moins favorable.

Des trois groupes de jeunes, ce sont surtout ceux de 9 ans qui éprouvent une insécurité sur le chemin de l'école souvent (5 %) ou quelquefois (17 %) et, parmi ceux de 9 ans qui circulent au moins partiellement à pied, les filles se sentent moins en sécurité que les garçons. La proportion d'adolescents qui éprouvent de l'insécurité sur le chemin de l'école est de 9 % chez les 13 ans. Ces observations sont conformes aux résultats de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ) qui conclut que, parmi les 10 à 13 ans, 9 % se sentent peu en sécurité sur le chemin de l'école, et que les plus jeunes éprouvent plus d'insécurité que les plus vieux (CCDS, 1999).

Plus les jeunes de 9 ans et 13 ans ont été la cible d'incidents d'agressivité ou de violence à l'école ou sur le chemin de l'école, plus ils éprouvent de l'insécurité sur le trajet, et ce, peu importe s'ils circulent à pied ou non. Ce résultat est aussi conforme aux conclusions de l'ELNEJ qui relève, chez les jeunes de 10 à 13 ans, des sources d'inquiétude reliées à des expériences de victimisation. Comme, dans la présente analyse, l'utilisation de la marche pour ce trajet ne modifie pas cette relation et que ces incidents ne sont pas plus présents chez ceux qui marchent, on peut penser que la violence survient davantage en contexte scolaire ou qu'elle est également présente dans d'autres moyens de transport que la marche.

La sécurité du quartier est évaluée positivement par le parent. Une infime minorité (moins de 5 % dans chacun des groupes d'âge) considère que les enfants ne peuvent jouer dehors durant la journée, tandis qu'entre 13 % et 18 % des parents, selon le groupe d'âge, jugent leur quartier non sécuritaire la nuit. Les parents des enfants de 9 ans considèrent leur quartier comme moins sécuritaire que les parents des 16 ans, ce qui reflète probablement les inquiétudes particulières des parents d'enfants plus jeunes. On constate cependant que les parents des jeunes de 9 ans jugent leur quartier plus sécuritaire le jour que leur enfant. En effet, 22 % des jeunes de 9 ans ressentent quelquefois ou souvent de l'insécurité sur le chemin de l'école, alors que 4,2 % des parents d'enfants de 9 ans jugent leur quartier non sécuritaire le jour. Cette différence peut être attribuable aux critères différents utilisés par les enfants et les parents dans l'évaluation de leur environnement et à une définition différente de ce qui constitue cet environnement.

De façon générale, les parents évaluent très positivement leur quartier, lui attribuant beaucoup de caractéristiques positives et peu de caractéristiques négatives. Ainsi, dans chacun des groupes de parents, plus de 80 % reconnaissent à leur quartier trois ou quatre des quatre caractéristiques positives et moins de 10 % choisissent trois ou quatre des quatre caractéristiques négatives proposées.

Par contre, il existe un lien entre le revenu relatif du ménage et la perception du parent de l'environnement social du quartier. En effet, les parents d'enfants de 9 ans et de 13 ans de revenu très faible ou faible jugent leur quartier moins sécuritaire et lui attribuent moins de caractéristiques positives que les parents des ménages à revenu élevé ou très élevé. Cette relation entre la pauvreté et la qualité de l'environnement social est aussi relevée dans l'ELNEJ. Les taux d'insécurité des parents de faible revenu sont cependant plus élevés en milieu québécois. En effet, les pourcentages pour les jeunes québécois de 9 ans et 13 ans dont les parents

considèrent leur quartier comme non sécuritaire s'élèvent respectivement à 30 % et à 23 % lorsque le revenu du ménage est très faible ou faible, et à 15 % et 12 % chez les enfants dont les parents ont des revenus élevés ou très élevés. Dans l'ELNEJ, 15 % des enfants de familles sous le seuil de faible revenu vivent dans un quartier jugé non sécuritaire par les parents contre seulement 8 % ou moins des enfants de familles de revenu supérieur.

Les analyses visaient à étudier certaines relations entre la perception de l'environnement social et un ensemble de problèmes psychosociaux tels les troubles émotifs, la détresse psychologique, le taxage sur le chemin de l'école ou les problèmes de comportement. Elles révèlent que les adolescents de 16 ans qui fréquentent l'école secondaire présentent plus fréquemment un niveau élevé de détresse psychologique dans les quartiers perçus par leur parent comme non sécuritaires le jour ou la nuit. De plus, les adolescents de 16 ans qui fréquentent l'école présentent plus fréquemment des problèmes de comportement dans les quartiers évalués de façon négative ou très négative par les parents, c'est-à-dire dans les quartiers présentant certaines des caractéristiques négatives étudiées dans l'enquête. Rappelons que les analyses de l'ELNEJ ont aussi relevé une relation entre la qualité de l'environnement social et, entre autres, les problèmes de comportement des jeunes.

La recherche à ce niveau est à peine amorcée et a surtout été réalisée en milieu urbain. Ainsi, l'analyse comparative dans les contextes urbain, semi-rural et rural, des associations entre les caractéristiques personnelles, familiales et de l'environnement devrait être développée. Les données analysées dans ce rapport ne permettent pas d'approfondir toutes ces questions, mais des analyses secondaires pourraient éclairer certaines d'entre elles. Les analyses précédentes pourraient ainsi être poursuivies afin de vérifier, entre autres, si les perceptions sont les mêmes en milieux urbain et rural et si elles s'associent de façon

identique aux caractéristiques des jeunes et de leur famille. Il serait aussi intéressant de distinguer et documenter chacune des caractéristiques perçues de l'environnement de façon à raffiner l'analyse qui a fait usage ici d'indicateurs les synthétisant.

Si la collecte d'information sur la perception des caractéristiques des quartiers devait être reprise, il serait utile d'uniformiser la formulation des questions de façon à favoriser la formation d'une échelle. En effet, la coexistence de formulations qui s'enquêtent de l'existence de certaines caractéristiques (telles l'entraide, la criminalité ou la consommation de drogues) et de formulations qui s'intéressent à la satisfaction à l'égard d'autres caractéristiques (telles que « il y a suffisamment de parcs, de terrains de jeux, d'espaces verts ») complexifie l'analyse et l'interprétation des données. Dans la présente enquête, le respect de la formulation des questions issues de recherches antérieures suscite de ce point de vue un inconvénient majeur. Il serait certainement avantageux de faire une distinction entre la description du quartier et l'évaluation de celui-ci. Les formulations centrées sur l'évaluation du quartier apparaissent plus prometteuses car elles permettent de distinguer les situations où la présence d'une caractéristique est différemment appréciée (par exemple l'entraide n'est pas nécessairement recherchée). Elles permettent aussi d'éviter les situations où les répondants disent ignorer si une caractéristique, telle la consommation de drogues, est présente dans leur quartier du simple fait qu'ils ne sont pas inquiets ou préoccupés par un problème dont ils n'ont pas entendu parler parce qu'il est inexistant. Le choix de questions centrées sur l'inquiétude ressentie à l'égard de certaines caractéristiques négatives et sur la satisfaction ressentie à l'égard des caractéristiques positives impliquerait cependant de renoncer à la description des caractéristiques du quartier par les parents. Si l'objectif de l'étude était centré sur l'analyse de l'impact subjectif de l'environnement social, ce renoncement pourrait être justifié.

De façon générale, on peut conclure que, pour la majorité des jeunes québécois de 9 ans, 13 ans et 16 ans et leur parent, l'environnement social du quartier ou du voisinage est perçu comme sécuritaire et doté de caractéristiques positives. Ce sont les enfants et les parents à faible revenu et les enfants les plus jeunes de l'étude qui formulent cependant les jugements les moins favorables sur leur environnement. Comme ce sont les parents et les enfants les plus vulnérables, il apparaît important de tenir compte de cette dimension de leur réalité qui s'ajoute à plusieurs autres sources de préoccupations et d'inquiétudes.

Le développement récent de programmes d'intervention visant à améliorer l'environnement social nocif de certaines familles cherche à alléger ou à éliminer ce facteur de risque de problèmes pour les enfants et, éventuellement, à le transformer en facteur de protection. Les assises de ces programmes résident dans une documentation adéquate des caractéristiques des milieux délétères pour le développement des enfants et dans l'identification de quartiers cibles devant prioritairement faire l'objet d'interventions. *L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* permet d'explorer pour la première fois certaines des dimensions de cette réalité en documentant la perception qu'ont de leur environnement social les jeunes québécois et leurs parents.

# Bibliographie

---

BRONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*, Cambridge, M.A., Harvard University Press, 330 p.

CHAMBERLAND, C., et C. BOUCHARD (1990). « Communautés à risques faibles et élevés de mauvais traitements : points de vue d'informateurs-clés », *Service social*, vol. 39, n° 2, p. 76-101.

CHAMBERLAND, C., C. BOUCHARD et J. BEAUDRY (1986). « Les mauvais traitements envers les enfants : réalités canadienne et américaine », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 18, p. 391-412.

CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL (1999). *Progrès des enfants au Canada à l'aube du millénaire*, Ottawa, CCDS, 71 p.

CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL (1998). *Le progrès des enfants au Canada 1998 : gros plan sur les jeunes*, Ottawa, CCDS, 72 p.

COULTON, C. J., J. E. KORBIN, J. CHOW et M. SU (1995). « Community level factors and child maltreatment rates », *Child Development*, vol. 66, p. 1262-1276.

COULTON, C. J., J. E. KORBIN et M. SU (1999). « Neighborhoods and child maltreatment: a multi-level study », *Child Abuse and Neglect*, vol. 21, n° 11, p. 1019-1040.

COULTON, C. J., J. E. KORBIN et M. SU (1996). « Measuring neighborhood context for young children in an urban area », *American Journal of Community Psychology*, vol. 24, n° 1, p. 5-32.

DRAKE, B., et S. PANDEY (1996). « Understanding the relationship between neighborhood poverty and specific types of child maltreatment », *Child Abuse and Neglect*, vol. 20, n° 11, p. 1003-1018.

GARBARINO, J. (ed.) (1992). *Children and families in the social environment*, (2<sup>nd</sup> edition), New York, Aldine, 390 p.

GARBARINO, J., N. L. GALAMBOS, M. C. PLANTZ et K. KOSTELNY (1992). « The territory of childhood » dans GARBARINO, J. (1992) (éd.). *Children and families in the social environment*, (2<sup>nd</sup> edition), New York, Aldine, p 201-229.

GARBARINO, J., et K. KOSTELNY (1992). « Child maltreatment as a community problem », *Child Abuse and Neglect*, vol. 16, p. 455-464.

GARBARINO, J., et D. SHERMAN (1980). « High risk neighborhoods and high risk families: the human ecology of child maltreatment », *Child Development*, vol. 51, n° 1, p. 188-198.

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

KORBIN, J. E., et C. J. COULTON (1996). « The role of neighbors and the government in neighborhood-based child protection », *Journal of Social Issues*, vol. 52, n° 3, p. 163-176.

ROSS, D. P., et P. ROBERTS (1999). *Le bien-être de l'enfant et le revenu familial : un nouveau regard au débat sur la pauvreté*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 52 p.

SAMPSON, R. J., et W. B. GROVES (1989). « Community structure and crime : testing social-disorganization theory », *American Journal of Sociology*, vol. 94, n° 4, p. 774-802.

ZURAVIN, S. J. (1989). « The Ecology of Child Abuse and Neglect : Review of the literature and presentation of data », *Violence and Victims*, vol. 4, n° 2, p. 101-120.

ZURAVIN, S. J., et R. TAYLOR (1987). « The ecology of child maltreatment : identifying and characterizing high-risk neighborhoods », *Child Welfare*, vol. 66, n° 6, November-December, p. 497-506.



# **Relation des jeunes avec leur milieu**

---

Interaction parent-enfant

Soutien social



## Chapitre 6

# Interaction parent-enfant

**Carmen Bellerose**

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

**Élizabeth Cadieux**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière

**Yolaine Noël**

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

---

### Introduction

La qualité de l'interaction entre le parent et l'enfant a une influence reconnue sur le développement, le comportement et la socialisation des enfants. Il est admis, par exemple, qu'une relation chaleureuse et active entre l'enfant et ses deux parents représente un facteur de protection à l'égard de plusieurs difficultés chez les jeunes (Gauthier, 1986; ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991; Landry et Tam, 1998; Lanoue et Cloutier, 1996; Tousignant, Bastien et Hamel, 1988).

Deux dimensions de l'interaction parent-enfant sont fréquemment rapportées dans les écrits recensés, selon Maccoby et Martin (1983) et Rollins et Thomas (1979). Bien qu'identifiées sous des vocables différents, ces notions s'apparentent au soutien affectif (chaleur, affection, sensibilité, etc.) et au contrôle parental (pouvoir, punition, restriction, etc.). À défaut de pouvoir examiner de façon exhaustive les habiletés parentales, ces deux dimensions sont privilégiées dans le présent chapitre, à la fois pour leur valeur intrinsèque, mais aussi parce qu'elles ont été documentées au Québec dans un certain nombre d'enquêtes régionales menées auprès des adolescents (Bellerose et autres, 2001; Deschesnes et Schaefer, 1997; Deschesnes, 1992; Gariépy, 1997; Perron et autres, 1999). L'interaction entre le parent et l'enfant dont il sera question dans ce chapitre portera donc plus précisément sur le soutien affectif démontré par les parents et sur le contrôle

abusif qu'ils exercent, à partir du point de vue de l'enfant.

La dimension du soutien affectif fait référence à l'encouragement, à la gratification et à la démonstration d'affection physique permettant à l'enfant de se sentir aimé et apprécié par ses parents. La dimension du contrôle réfère, quant à elle, aux façons de guider et de superviser les comportements de l'enfant, par exemple en implantant des règles de vie, en les clarifiant et en appliquant les conséquences prévues quand elles ne sont pas respectées. Lorsque le contrôle est abusif, c'est-à-dire coercitif, il a plutôt pour fonction d'exercer un pouvoir sur l'autre, et non pas d'encadrer le comportement. Un contrôle abusif élevé se caractérise entre autres par l'utilisation de punitions physiques, de menaces ou du retrait de l'affection (Rollins et Thomas, 1979).

Différentes études ont montré que la qualité de la relation parent-enfant constitue un facteur important associé au développement de certains comportements ou conduites chez les enfants et les adolescents. Par exemple, sur le plan du soutien affectif, une perception négative de la relation parent-enfant, une relation conflictuelle ou de faibles liens avec la famille sont associés à la présence de tendances suicidaires (Bellerose et autres, 2001; Resnick et autres, 1997; Tousignant, Bastien et Hamel, 1988), à la consommation de drogues (Baumrind, 1991; Coombs et Paulson, 1988; Deschesnes et Schaefer, 1997; Kandel et Andrews, 1987; Resnick et autres, 1997;

Selnow, 1987; Perron et autres, 1999) ainsi qu'aux grossesses à l'adolescence (Resnick et autres, 1997). Au contraire, une relation harmonieuse est liée à une consommation moindre de substances psychotropes (Dishion, Reid et Patterson, 1988; Kandel et Andrews, 1987; Selnow, 1987), une prévalence moins élevée de troubles de comportement (Bellerose et autres, 2001; Mathijssen et autres, 1998) et un âge plus avancé au moment de la première relation sexuelle (Resnick et autres, 1997).

Par ailleurs, les jeunes soumis à un contrôle abusif élevé s'initient davantage à la consommation de substances illicites; par contre, il en est de même des jeunes vivant dans un milieu permissif où il y a absence de contrôle (Brook et autres, 1988; Deschesnes et Schaefer, 1997). Un contrôle abusif élevé est aussi un prédicteur de l'engagement des jeunes dans des groupes de pairs déviants ou dans la délinquance (Dryfoos, 1990; Patterson, 1986), et de la présence de divers troubles de conduite (Bellerose et autres, 2001). À l'inverse, dans les familles où le contrôle n'est pas abusif, on note une consommation moindre de marijuana (Brook et autres, 1988), d'autres drogues et d'alcool (Coombs et Paulson, 1988).

Il est important d'étudier l'interaction parent-enfant en distinguant le père et la mère. En effet, si le rôle de la mère auprès de son enfant a toujours été évident, le rôle du père a varié avec les transformations qu'a subies la société, et a souvent été ambigu (Gabarino, 1993). Dès les années 60, certains chercheurs ont commencé à explorer le lien entre la qualité de l'interaction père-enfant et le développement social, cognitif ou moral de l'enfant, de même que le développement des rôles sexuels. On reconnaît désormais l'importance du rôle du père auprès de l'enfant, notamment quant à la dimension affective de la relation. À la suite d'une recension de nombreuses études, Popenoe (1993, cité dans Lanoue et Cloutier, 1996) met en évidence que l'importance du père semble provenir du fait que son interaction avec ses enfants n'est pas une copie de l'interaction de la mère avec ceux-ci. Il existe plutôt une certaine spécificité de la contribution des interactions père-enfant et mère-

enfant sur le développement du jeune. Par ailleurs, les enquêtes québécoises révèlent que les jeunes perçoivent un soutien affectif plus élevé de la part de la mère que du père (Deschesnes et Schaefer, 1997; Parker, Tupling et Brown, 1979; Perron et autres, 1999), mais aussi un contrôle plus élevé de la part de celle-ci comparativement au père (Deschesnes et Schaefer, 1997; Parker, Tupling et Brown, 1979).

Les chapitres subséquents de ce rapport, traitant de diverses problématiques sociales et de santé, chercheront à vérifier l'existence de liens entre les caractéristiques des jeunes ou leurs habitudes de vie et ces dimensions de l'interaction parent-enfant. À cet égard, le présent chapitre vise d'abord à familiariser le lecteur avec ces deux concepts et à en décrire les variations selon l'âge, le sexe et certaines caractéristiques du milieu familial de l'enfant.

De façon étonnante, les études recensées ont peu souvent considéré l'âge et le sexe de l'enfant dans l'interaction avec l'un ou l'autre parent. Parmi celles qui l'ont fait, l'âge de l'enfant n'est pas apparu comme une source de variation significative de la perception de la relation parent-enfant (Élie et Hould, 1992; Parker, Tupling et Brown, 1979; Tubman et Lerner, 1994), le sexe de l'enfant non plus (Élie et Hould, 1992; Parker, Tupling et Brown, 1979; Perron et autres, 1999).

Étant donné l'importance du milieu familial et de ses caractéristiques socioéconomiques sur la santé et le bien-être, l'association entre ces facteurs et l'interaction parent-enfant sera étudiée à titre exploratoire. Dans la majorité des études précitées, ce type d'analyse est rarement pris en compte. Toutefois, quelques auteurs rapportent l'influence du statut socioéconomique et du niveau de scolarité du parent sur la perception qu'ont les parents de leurs propres habiletés parentales. On retrouverait ainsi chez les mères ayant un faible revenu et une faible scolarité, un niveau plus élevé de contrôle coercitif. Cependant, les effets d'un faible revenu sont amoindris par une scolarité plus élevée du parent (Fox, Platz et Bentley, 1995; Léonard et Paul, 1996). La présente enquête permettra de vérifier si ces facteurs jouent aussi un rôle dans la perception de l'interaction

telle que rapportée par les enfants et les adolescents, sous l'angle des deux dimensions considérées.

## 6.1 Aspects méthodologiques

### 6.1.1 Échelle d'interaction parent-enfant

Le thème de l'interaction parent-enfant est abordé dans les questionnaires destinés aux enfants et aux adolescents. Deux questions s'intéressent à la perception qu'a le jeune de l'attitude de chacun de ses parents à son endroit, soit celle de sa mère ou de l'adulte féminin avec lequel il vit (E19, A30, Q38), et celle de son père ou de l'adulte masculin avec lequel il vit (E20, A31, Q39).

Chaque question concernant le père et la mère est identique et comporte neuf énoncés. Il s'agit d'une échelle tirée des enquêtes de 1991 et 1996 sur les *Styles de vie des jeunes du secondaire en Outaouais* (Deschesnes et Schaefer, 1997; Deschesnes, 1992), créée à partir d'instruments élaborés par Schaefer (1965), Siegelman (1965) et Parker, Tupling et Brown (1979). Les énoncés de cette échelle s'intéressent à deux dimensions principales de l'interaction parent-enfant, à savoir le soutien affectif et le contrôle abusif, l'importance de ces dimensions ayant été soulignée par Parker, Tupling et Brown (1979).

Une seule modification a été apportée aux libellés des questions originales de cette échelle afin de réduire la période de référence de six mois à un mois. Cette adaptation a été faite parce que les questions s'adressent non seulement à des adolescents, mais aussi à des enfants de 9 ans pour qui la référence à une trop longue période de temps pouvait causer problème. On a par contre évité de s'en tenir à la situation prévalant sur une période plus courte pour atténuer le risque d'une réponse fournie dans un contexte de difficultés passagères.

La dimension du soutien affectif réfère à l'acceptation, à l'attachement, au soutien et à l'affection. Elle regroupe les quatre premiers énoncés de l'échelle (a, b, c, d). La seconde dimension, celle du contrôle abusif, porte sur

des comportements de rejet, d'hostilité et de contrôle de la part du parent. Les cinq derniers items (e, f, g, h, i) y sont consacrés. Les choix de réponse sont exprimés sous l'angle de la fréquence du comportement parental, en trois points pour les enfants âgés de 9 ans (souvent, quelquefois, jamais) et en cinq points pour les jeunes de 13 et 16 ans (très souvent à jamais).

Chez les 9 ans, chaque énoncé de la sous-échelle « soutien affectif » reçoit une cote de 0 à 2 pour un score total compris entre 0 et 8; pour les adolescents de 13 et 16 ans, chaque énoncé reçoit une cote de 0 à 4 pour un score total compris entre 0 et 16. Notons que pour respecter le sens de l'échelle, les cotes de l'énoncé c ont été inversées. Ainsi, plus le score total de cette sous-échelle est élevé, plus le soutien affectif du parent est faible.

Pour la sous-échelle « contrôle abusif », chaque énoncé reçoit une cote de 0 à 2 pour un score total compris entre 0 et 10 pour les enfants de 9 ans; pour les adolescents de 13 et 16 ans, chaque énoncé reçoit une cote de 0 à 4 pour un score total compris entre 0 et 20. Il faut toutefois mentionner que les cotes de l'ensemble des énoncés ont été inversées. Ainsi, plus le score total est élevé, plus le contrôle abusif est élevé.

Le lecteur aura sans doute compris que le score de chacune des sous-échelles a été établi de façon à ce qu'un score élevé corresponde à un comportement jugé plus à risque, c'est-à-dire au soutien affectif faible ou au contrôle abusif élevé. Les qualités psychométriques des sous-échelles ont été vérifiées dans l'étude de Deschesnes (1992) et considérées satisfaisantes.

### 6.1.2 Indicateurs

Les scores de chaque sous-échelle sont utilisés de deux façons, soit en faisant référence aux quintiles de leur distribution, soit sous forme de moyenne. L'indicateur défini au moyen de quintiles est construit pour chaque parent concerné. La distribution de fréquences des scores obtenus pour chaque groupe d'enfants de 9 ans, 13 ans et 16 ans est d'abord divisée en quintiles. Trois catégories sont ensuite déterminées. La première regroupe les trois premiers quintiles de la distribution et correspond à la perception d'un niveau élevé de soutien affectif ou d'un niveau faible de contrôle abusif, selon la sous-échelle considérée. La seconde catégorie est formée du quatrième quintile et désigne un niveau moyen de soutien ou de contrôle. La troisième correspond au dernier quintile et réfère au niveau faible de soutien affectif ou au niveau élevé de contrôle abusif. Le tableau 6.1 présente les scores définissant les niveaux de chacune des sous-échelles.

Tableau 6.1  
**Scores définissant les niveaux de soutien affectif et de contrôle abusif maternels et paternels, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999***

	9 ans	13 ans	16 ans
<b>Soutien affectif maternel</b>			
Élevé	0-1	0-3	0-4
Moyen	2	4-5	5-6
Faible	3-8	6-16	7-16
<b>Soutien affectif paternel</b>			
Élevé	0-1	0-5	0-6
Moyen	2	6-7	7-9
Faible	3-8	8-16	10-16
<b>Contrôle maternel abusif</b>			
Faible	0-2	0-5	0-5
Moyen	3	6-7	6-8
Élevé	4-10	8-20	9-20
<b>Contrôle paternel abusif</b>			
Faible	0-1	0-3	0-4
Moyen	2	4-5	5-6
Élevé	3-10	6-20	7-20

La définition de l'indice en fonction de quintiles spécifiques à chacun des âges a été retenue pour s'assurer que la perception du jeune est située en fonction de celles des individus de son âge. Ainsi, pour chaque âge, une proportion équivalente de jeunes sont classés dans chacune des catégories de la sous-échelle. Le recours à des indicateurs définis à partir de quintiles permet de bien camper leurs variations selon un certain nombre de facteurs associés. Par contre, la variation de la perception de l'interaction parent-enfant selon l'âge ne peut être rendue par de tels indicateurs, puisque l'utilisation de quintiles fournit des proportions équivalentes d'un groupe d'âge à l'autre. De la même façon, il ne permet pas non plus de vérifier comment se comparent les perceptions que les enfants ont à l'endroit de chacun de leurs parents. Pour contourner cette difficulté, la moyenne des scores est plutôt utilisée pour les comparaisons entre les sexes chez les 9 ans, entre les âges et les sexes chez les 13 ans et les 16 ans, et entre les perceptions à l'endroit de chacun des parents pour chaque groupe d'âge/sexe. Les tests statistiques utilisés pour les comparaisons de moyennes sont décrits à la section 1.2.3 du chapitre 1. On remarquera que puisque les sous-échelles des 9 ans sont différentes de celles des 13 ans et des 16 ans, les comparaisons selon l'âge se limitent à ces deux derniers groupes d'âge.

Il est important de noter qu'une partie des enfants et des adolescents avaient pour consigne de ne pas répondre à ces échelles. Il s'agit des jeunes ne vivant pas avec leur mère ou un adulte féminin, pour l'échelle portant sur l'interaction avec la mère, et des jeunes ne vivant pas avec leur père ou un adulte masculin, pour l'échelle portant sur l'interaction avec le père. Néanmoins certains enfants vivant avec un parent seul (selon l'information obtenue du parent répondant) ont tout de même répondu à l'échelle de l'interaction avec le parent absent, vraisemblablement parce qu'ils ont habité avec celui-ci au cours du mois précédant l'enquête ou, à tout le moins, ont eu un contact avec lui. Dans ces cas, les données ont été prises en compte.

Quant aux jeunes qui n'ont répondu à aucun énoncé de l'échelle alors qu'ils vivaient effectivement avec un parent seul, ils ont été exclus de l'analyse. Les jeunes exclus de l'analyse représentent respectivement 0,5 %, 1,5 % et 2,2 % des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans dans le cas de l'échelle portant sur l'interaction avec la mère; l'exclusion est plus importante pour l'échelle traitant de l'interaction avec le père (4,7 %, 6,6 % et 7,9 % respectivement).

Pour une sous-échelle donnée, les non-répondants sont donc les jeunes qui ont omis de répondre à certains énoncés, ou n'ont répondu à aucun d'eux, alors que la composition de leur milieu familial s'y prêtait. Les taux de non-réponse sont parfois supérieurs à 5 %, en particulier chez les enfants de 9 ans. Ainsi, pour les deux sous-échelles portant sur l'interaction avec la mère, les taux de non-réponse à cet âge sont de 6 %. Pour l'interaction avec le père, les taux de non-réponse s'élèvent à 8 % pour chaque sous-échelle chez les 9 ans. L'interaction avec le père présente aussi une non-réponse supérieure à 5 % chez les 13 ans et les 16 ans, autant pour le volet du soutien affectif (6 %) que pour celui du contrôle abusif (7 % et 6 %). Cela illustre peut-être la difficulté de certains jeunes à suivre la consigne leur indiquant s'ils devaient répondre ou non à ces questions.

Les taux de non-réponse plus élevés notés pour les sous-échelles paternelles chez les 9 ans ont justifié une analyse des caractéristiques des non-répondants au regard du sexe de l'enfant, de son année d'études, du type de milieu familial et du revenu relatif du ménage. Celle-ci ne révèle aucune association entre ces facteurs et la non-réponse à la sous-échelle du soutien affectif. Par contre, pour la sous-échelle du contrôle paternel abusif, le taux de non-réponse apparaît moins élevé chez les enfants demeurant avec leurs deux parents que chez ceux vivant avec un parent et un beau-parent (6 % c. 14 %). On sait que bon nombre d'enfants vivant avec un beau-père voient aussi leur père (voir chapitre 3). Les enfants ont peut-être eu plus de

difficulté à identifier la présence ou la fréquence de comportements de contrôle abusif chez leur père s'ils ne vivent pas habituellement avec lui, à moins que la difficulté ne provienne du fait que les deux figures parentales masculines se comportent différemment en cette matière. Il demeure donc difficile de formuler une hypothèse concernant l'effet de cette non-réponse sur les résultats.

### **6.1.3 Portée et limites des données**

La principale limite des données tient au fait que les deux dimensions abordées ne constituent qu'une représentation parmi d'autres du type de relations qui peuvent s'établir entre un parent et son enfant. L'influence sur le développement, le bien-être et le comportement des enfants peut s'exercer par d'autres attitudes que celles étudiées ici. Ces contraintes sont toutefois inévitables dans le cadre d'une enquête générale comme celle-ci.

Il faut aussi mentionner que l'enfant peut répondre aux questions en se référant soit à son parent biologique ou, le cas échéant, à un adulte qui en tient lieu et avec lequel il habite. Dans le cas où le jeune n'habite pas avec ses deux parents, l'interprétation des réponses peut soulever une certaine ambiguïté. En effet, si le jeune vit aussi avec le conjoint de son parent ou habite avec une autre personne significative, il est impossible de savoir à quelle personne le jeune pensait en répondant : à son parent biologique, s'il est vivant, ou à cette personne significative. Cette imprécision pourrait constituer une lacune dans l'analyse de certaines problématiques.

Évidemment, l'attitude décrite reflète la perception qu'en a le jeune, sans que l'on sache si elle est juste ou non. Toutefois, une mesure de l'interaction telle que rapportée par le parent ne le serait pas davantage. La meilleure façon d'éviter les biais reliés à l'autorévélation serait l'observation directe des interactions parent-enfant par des observateurs formés à cet effet (Chamberlain et Patterson, 1995). Bien que

l'information sur la perception du jeune ne soit qu'une des représentations de la dimension étudiée, elle permet de constituer des groupes de jeunes ayant des perceptions semblables de l'attitude de leur parent à leur endroit, pour vérifier s'ils ont aussi une similarité sur le plan de leurs caractéristiques sociales, de santé ou de bien-être. Il est cependant important de ne pas oublier que les données reflètent la perception du jeune et de ne pas donner plus d'extension aux résultats et aux conclusions que n'en ont ces prémisses.

Il faut reconnaître également que la sous-échelle du contrôle abusif présente certaines lacunes au niveau de l'interprétation. En effet, certains jeunes percevant un faible niveau de contrôle abusif peuvent être exposés à un style parental permissif dont les conséquences sur leur développement ne sont guère plus souhaitables que celles découlant d'un niveau élevé de contrôle abusif. De même, cette mesure du contrôle abusif ne permet pas d'identifier un contrôle parental inconsistant (punir les comportements appropriés, récompenser les comportements prohibés, ne pas appliquer les conséquences prévues suivant un comportement prohibé, etc.) pouvant tout autant entraver le développement de l'enfant ou de l'adolescent.

Finalement, il convient de souligner que l'échelle ne permet pas d'apprécier les niveaux de soutien affectif et de contrôle abusif démontrés par le parent qui ne vit pas habituellement avec l'enfant, cette situation étant plus fréquente pour les pères.

## **6.2 Résultats**

### **6.2.1 Interaction parent-enfant selon l'âge et le sexe**

Qu'ils aient 9 ans, 13 ans ou 16 ans, les jeunes perçoivent plus favorablement le soutien affectif démontré par leur mère que par leur père. En effet, les moyennes des scores à cette sous-échelle sont moindres pour la relation avec la mère que celle avec le père (tableau 6.2). Cette situation se retrouve autant chez les filles que chez les garçons, à l'exception toutefois des garçons de 9 ans où l'écart ne se révèle pas significatif, bien que la tendance soit la même. En

ce qui a trait à la dimension du contrôle abusif, les mères sont généralement perçues comme faisant preuve de contrôle abusif plus fréquemment que les pères, et ce, peu importe l'âge et le sexe du jeune. À la lecture de ce tableau, il faut se rappeler que plus le score est élevé, plus le soutien affectif est faible ou plus le contrôle abusif est élevé.

La perception de l'interaction parent-enfant varie selon le sexe du jeune, plus particulièrement chez les 9 ans. Les garçons de cet âge ont en effet une perception moins favorable que les filles de leurs relations avec leur mère et leur père. Ils ressentent moins la présence du soutien affectif de leurs parents et font plus souvent l'objet d'un contrôle abusif. Chez les 13 ans et les 16 ans, par contre, seul le soutien affectif de la mère est jugé moindre par les garçons que par les filles de 16 ans, les écarts entre les sexes concernant les autres scores ne se révélant pas significatifs.

L'enquête indique également que la perception de l'interaction parent-enfant diffère selon l'âge du jeune. En comparant les scores des 13 ans et des 16 ans à chacune de ces sous-échelles, on note que le soutien affectif manifesté par la mère et le père est moindre à 16 ans et qu'à cet âge, le contrôle abusif exercé par la mère est plus important. On ne retrouve aucun écart significatif entre ces deux âges pour le contrôle paternel abusif.

### **6.2.2 Interaction parent-enfant selon certaines caractéristiques du milieu familial**

La documentation scientifique sur le sujet suggère que certains facteurs peuvent être associés à la qualité de l'interaction parent-enfant. L'enquête permet de se pencher sur quelques-uns d'entre eux, soit : le type de milieu familial où vit l'enfant ou l'adolescent, la composition de la fratrie dans ce milieu, le niveau de scolarité de chacun des parents et le revenu relatif du ménage. On notera que l'analyse qui suit porte sur le niveau à l'échelle d'interaction parent-enfant et non sur le score moyen comme dans la section précédente.



Tableau 6.2

**Score moyen<sup>(1)</sup> de soutien affectif et de contrôle abusif maternels et paternels, selon le sexe des enfants et des adolescents, Québec, 1999**

	Soutien affectif		Contrôle abusif	
	Maternel <sup>††(2)</sup>	Paternel <sup>§(3)</sup>	Maternel <sup>††(2)</sup>	Paternel <sup>§§(3)</sup>
	%			
<b>9 ans<sup>(4)</sup></b>				
Garçons	1,55	1,69	2,12 <sup>9</sup>	1,65 <sup>9</sup>
Filles	1,30 <sup>1</sup>	1,48 <sup>1</sup>	1,90 <sup>10</sup>	1,37 <sup>10</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>1,42<sup>2</sup></b>	<b>1,59<sup>2</sup></b>	<b>2,01<sup>11</sup></b>	<b>1,51<sup>11</sup></b>
<b>13 ans</b>				
Garçons	3,63 <sup>3,21</sup>	4,58 <sup>3,22</sup>	5,03 <sup>12</sup>	4,04 <sup>12</sup>
Filles	3,36 <sup>4,19</sup>	4,91 <sup>4,20</sup>	5,09 <sup>13,23</sup>	3,79 <sup>13</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>3,50<sup>5,24</sup></b>	<b>4,74<sup>5,25</sup></b>	<b>5,06<sup>14,18</sup></b>	<b>3,92<sup>14</sup></b>
<b>16 ans</b>				
Garçons	4,70 <sup>6,21</sup>	6,21 <sup>6,22</sup>	5,61 <sup>15</sup>	4,35 <sup>15</sup>
Filles	4,32 <sup>7,19</sup>	6,12 <sup>7,20</sup>	5,54 <sup>16,23</sup>	4,19 <sup>16</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>4,50<sup>8,24</sup></b>	<b>6,17<sup>8,25</sup></b>	<b>5,57<sup>17,18</sup></b>	<b>4,27<sup>17</sup></b>

(1) Plus le score est élevé, plus le soutien affectif est faible et plus le contrôle abusif est élevé.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte féminin.

(3) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte masculin.

(4) Les sous-échelles pour les enfants de 9 ans ne sont pas comparables à celles utilisées pour les adolescents de 13 ans et 16 ans.

1-25 Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

† Le test de différence entre les sexes des scores moyens de soutien affectif maternel est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 16 ans.

§ Le test de différence entre les sexes des scores moyens de soutien affectif paternel est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

†† Le test de différence entre les sexes des scores moyens de contrôle maternel est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

§§ Le test de différence entre les sexes des scores moyens de contrôle paternel est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

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

L'enquête permet d'observer quelques variations dans la perception de l'interaction parent-enfant selon le type de milieu familial, mais essentiellement pour les sous-échelles de soutien affectif et uniquement chez les adolescents (tableau 6.3).

D'abord, certains écarts apparaissent chez les 13 et 16 ans en ce qui a trait au niveau de soutien affectif maternel. De façon générale, les adolescents vivant avec un parent et un beau-parent ou avec un parent seul perçoivent moins favorablement le soutien affectif de leur mère que ceux demeurant avec leurs deux parents. Ainsi, les jeunes de 13 ans qui habitent avec leurs deux parents sont proportionnellement moins nombreux à déclarer un niveau faible de soutien affectif maternel que ceux vivant avec un parent et un beau-parent ou avec un parent seul (16 % c. 30 % et 33 %); de même, ils sont plus nombreux à déclarer un niveau de soutien affectif maternel élevé que les adolescents vivant avec un parent sans conjoint (60 % c. 44 %). Chez les 16 ans, les enfants vivant avec leurs deux

parents se distinguent de ceux faisant partie d'une famille avec un parent et un beau-parent, les premiers rapportant un niveau élevé de soutien affectif maternel dans une proportion plus importante (59 % c. 43 %) et, à l'inverse, un niveau faible de soutien dans une proportion moindre (19 % c. 32 %).

En regard du soutien affectif paternel, on note une association avec le type de milieu familial, mais seulement chez les adolescents de 13 ans. La proportion de jeunes percevant un niveau faible de soutien est moindre chez les adolescents habitant avec leurs deux parents que chez ceux qui vivent avec un parent et un beau-parent (15 % c. 37 %). Les jeunes vivant avec un seul parent ne se distinguent pas de façon significative à cet égard.

On n'observe, par contre, aucune association significative entre le niveau de contrôle maternel ou paternel abusif et le type de milieu familial, et ce, quel que soit l'âge de l'enfant (tableau 6.4).

Tableau 6.3

**Niveau de soutien affectif maternel et paternel selon le type de milieu familial<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

	Soutien affectif maternel <sup>(2)†</sup>			Soutien affectif paternel <sup>(3)§</sup>		
	Élevé	Moyen	Faible	Élevé	Moyen	Faible
	%					
<b>9 ans</b>						
Avec mère et père	61,1	21,3	17,6	60,0	17,5	22,6
Avec parent et beau-parent	54,4	28,7 *	16,9 *	50,8	21,4 *	27,8 *
Avec parent seul	62,2	17,8 *	20,1 *	52,1	25,2 *	22,7 *
<b>13 ans</b>						
Avec mère et père	59,6 <sup>1</sup>	24,2	16,2 <sup>2,3</sup>	69,1 <sup>6</sup>	16,0	14,9 <sup>7</sup>
Avec parent et beau-parent	49,0	21,3 *	29,7 <sup>**</sup>	48,1 <sup>6</sup>	14,5 <sup>**</sup>	37,4 <sup>7</sup>
Avec parent seul	43,7 <sup>1</sup>	23,0 *	33,3 <sup>3</sup>	60,3	23,0 <sup>**</sup>	16,8 <sup>**</sup>
<b>16 ans</b>						
Avec mère et père	59,3 <sup>4</sup>	21,4	19,3 <sup>5</sup>	56,8	27,3	15,8
Avec parent et beau-parent	43,1 <sup>4</sup>	25,0 *	31,9 <sup>5</sup>	50,2	25,0 *	24,8 *
Avec parent seul	48,4	31,6	20,0 *	49,9	28,0 *	22,1 *

(1) Exclut les enfants de milieux sans parent.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte féminin.

(3) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte masculin.

<sup>1-7</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

† Le test d'association entre le soutien affectif maternel et le type de milieu familial est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

§ Le test d'association entre le soutien affectif paternel et le type de milieu familial est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans.

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

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

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

Tableau 6.4

**Niveau de contrôle maternel et paternel abusif selon le type de milieu familial<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

	Contrôle maternel abusif <sup>(2)</sup>			Contrôle paternel abusif <sup>(3)</sup>		
	Faible	Moyen	Élevé	Faible	Moyen	Élevé
	%					
<b>9 ans</b>						
Avec mère et père	72,8	12,7	14,5	59,2	23,2	17,6
Avec parent et beau-parent	74,6	9,1 <sup>**</sup>	16,3 *	58,3	20,7 *	21,0 *
Avec parent seul	70,9	15,4 *	13,7 *	70,5	17,4 *	12,1 <sup>**</sup>
<b>13 ans</b>						
Avec mère et père	66,7	15,2	18,1	55,5	23,6	20,9
Avec parent et beau-parent	67,1	14,8 <sup>**</sup>	18,2 *	53,8	28,4 *	17,8 *
Avec parent seul	62,2	16,3 *	21,5 *	68,6	10,9 <sup>**</sup>	20,5 <sup>**</sup>
<b>16 ans</b>						
Avec mère et père	56,6	25,8	17,6	61,8	19,5	18,7
Avec parent et beau-parent	57,5	19,7 *	22,8 *	56,2	18,6 *	25,3 *
Avec parent seul	55,6	24,8 *	19,6 *	66,7	12,8 <sup>**</sup>	20,5 <sup>**</sup>

(1) Exclut les enfants de milieux sans parent.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte féminin.

(3) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte masculin.

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

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

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

L'interaction parent-enfant varie peu selon la composition de la fratrie, si ce n'est pour la dimension du soutien affectif paternel (tableau 6.5). Dans le groupe des 13 ans, la proportion d'adolescents exposés à un faible niveau de soutien affectif paternel est plus importante chez les jeunes vivant au sein d'une fratrie variée que chez ceux dont la fratrie n'est composée que de frères ou sœurs (35 % c. 16 %). Sachant que bon nombre d'enfants ayant une fratrie variée vivent avec un parent et un beau-parent, ce dernier résultat fait sans doute écho au résultat précédent montrant le moindre soutien affectif du père chez les jeunes de 13 ans vivant avec un parent et un beau-parent.

L'interaction parent-enfant a été également analysée en rapport avec la scolarité du parent concerné, c'est-à-dire la scolarité de la mère pour l'interaction mère-enfant et la scolarité du père pour l'interaction avec le père. Toutefois, l'enquête n'a permis d'observer aucune association significative entre la scolarité du parent et les deux dimensions de l'interaction parent-enfant.

Un second facteur de nature socioéconomique a ensuite été examiné, soit le revenu relatif du ménage. L'enquête révèle que l'interaction avec la mère est liée au revenu relatif du ménage pour la dimension du soutien affectif chez les 9 ans et les 13 ans. Les adolescents de 13 ans issus d'un ménage à revenu très faible ou faible sont moins susceptibles de déclarer un niveau de soutien maternel élevé que ceux faisant partie d'un ménage à revenu moyen, élevé ou très élevé (tableau 6.6). Chez les 9 ans, la tendance est la même. Le revenu relatif du ménage est aussi associé au niveau de soutien affectif paternel chez les adolescents de 13 ans, et les proportions observées montrent des tendances similaires à celles notées pour le soutien maternel. Par contre, les sous-échelles de contrôle maternel et paternel abusif ne sont pas associées au revenu relatif, selon les données de l'enquête.

Tableau 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**

	Soutien affectif maternel <sup>(1)</sup>			Soutien affectif paternel <sup>†(2)</sup>		
	Élevé	Moyen	Faible	Élevé	Moyen	Faible
	%					
9 ans						
Sans fratrie	60,8	21,7 *	17,6 *	59,0	19,7 *	21,3 *
Fratrie simple	60,5	21,9	17,6	56,9	19,2	23,9
Fratrie variée	59,9	20,3 **	19,9 **	65,2	15,5 **	19,4 **
13 ans						
Sans fratrie	51,8	26,2 *	22,1 *	66,1	14,0 **	19,9 *
Fratrie simple	57,1	23,5	19,4	67,0 <sup>1</sup>	16,7	16,3 <sup>2</sup>
Fratrie variée	53,7	18,2 **	28,2 *	48,4 <sup>*1</sup>	16,3 **	35,3 <sup>*2</sup>
16 ans						
Sans fratrie	54,7	25,1	20,2 *	51,4	29,9	18,8 *
Fratrie simple	56,4	22,7	20,9	56,2	27,2	16,6
Fratrie variée	42,9 *	27,5 *	29,6 *	58,4	21,1 **	20,5 **

<sup>(1)</sup> Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte féminin.

<sup>(2)</sup> Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte masculin.

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le niveau de soutien affectif paternel et la composition de la fratrie est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans.

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

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

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

Tableau 6.6

**Niveau de soutien affectif maternel et paternel selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999**

	Soutien affectif maternel <sup>(1)†</sup>			Soutien affectif paternel <sup>(2)§</sup>		
	Élevé	Moyen	Faible	Élevé	Moyen	Faible
	%					
9 ans						
Très faible ou faible	54,0	25,1	20,9*	53,4	21,0*	25,6*
Moyen	58,4	20,7	20,8	55,6	17,5*	26,9
Élevé ou très élevé	65,5	20,7	13,8	61,5	18,4	20,1
13 ans						
Très faible ou faible	43,5 <sup>1,2</sup>	27,4*	29,2 <sup>3</sup>	54,4	17,1*	28,5*
Moyen	59,6 <sup>1</sup>	19,5	20,9	64,0	18,2*	17,8*
Élevé ou très élevé	59,1 <sup>2</sup>	23,5	17,4 <sup>3</sup>	68,3	15,5	16,2
16 ans <sup>(3)</sup>						
Très faible ou faible	56,5	23,2*	20,4*	52,6	29,4*	18,1**
Moyen	56,7	23,2	20,1	52,1	26,6	21,3
Élevé ou très élevé	53,8	24,5	21,7	57,0	26,8	16,2

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte féminin.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte masculin.

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

<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

† Le test d'association entre le niveau de soutien affectif maternel et le revenu relatif est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 13 ans.

§ Le test d'association entre le niveau de soutien affectif paternel et le revenu relatif est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans.

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

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

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

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

Les résultats de ce chapitre font ressortir que les enfants de 9 ans et les adolescents de 13 et 16 ans rapportent généralement une interaction plus positive avec leur mère qu'avec leur père au regard du soutien affectif, et ce, quel que soit leur sexe. Par contre, sous l'angle du contrôle abusif, l'interaction est généralement jugée plus sévèrement quand il s'agit de la mère que du père. Cette perception différenciée a aussi été observée dans des enquêtes similaires (Deschesnes, 1992; Deschesnes et Schaefer, 1997). Considérant que les indicateurs utilisés portent sur la perception du jeune, on ne sait pas dans quelle mesure ces résultats témoignent effectivement d'une attitude différente des pères et des mères. Cependant, dans la mesure où les parents exercent encore les rôles qui leur sont traditionnellement dévolus, les données reflètent peut-

être simplement cette réalité. Si les mères s'impliquent plus souvent que les pères dans les soins et l'éducation des enfants, elles disposent alors de plus d'occasions d'apporter un soutien affectif à leur enfant ou d'exercer un certain contrôle à son endroit.

L'appréciation de l'interaction parent-enfant varie selon le sexe des jeunes pour les deux dimensions considérées dans ce chapitre, chez les enfants de 9 ans notamment. À cet âge, les garçons ont une moins bonne perception de l'interaction avec chacun de leurs parents que les filles du même âge. Malgré les progrès réalisés au niveau des stéréotypes dans la socialisation des jeunes, ces résultats évoquent la possibilité qu'il subsiste encore des différences dans les attitudes des parents envers les filles et les garçons.

Ce chapitre a aussi mis en évidence que la perception de l'interaction parent-enfant est moins favorable chez les 16 ans que chez les 13 ans. Ce résultat n'étonne

pas cependant, considérant que l'adolescence est une période où les jeunes développent leur propre identité, manifestent leur autonomie et leur émancipation grandissante. Ce processus les amène sans doute graduellement à prendre leurs distances par rapport à leurs parents, c'est-à-dire à être moins sensibles à leur soutien affectif et plus réfractaires à des comportements de contrôle, tout comme il est possible, par ailleurs, que le comportement des parents se modifie en réaction aux changements qui s'opèrent chez leur adolescent.

Chez les adolescents de 13 ans et 16 ans, les manifestations de soutien affectif de la part de la mère sont dans l'ensemble plus fréquentes quand les adolescents habitent avec leurs deux parents, biologiques ou adoptifs, que s'ils vivent avec un parent et un beau-parent ou encore, dans le cas des 13 ans, avec un parent seul. Le profil n'est pas aussi clair pour la figure parentale masculine, quoique chez les 13 ans des écarts selon le milieu familial sont également notés. La portée de l'échelle de l'interaction père-enfant est toutefois plus limitée puisque celle-ci ne s'applique pas, en principe, aux enfants de familles monoparentales matricentriques.

Des conditions économiques plus avantageuses vont aussi de pair avec une meilleure perception du soutien affectif de l'un ou l'autre parent, du moins chez les 13 ans, et chez les 9 ans en ce qui a trait au soutien affectif maternel. Considérant, par ailleurs, que les enfants vivant avec leurs deux parents sont plus nombreux à bénéficier de meilleures conditions économiques, comme indiqué au chapitre 3, ces deux résultats sont sans doute corrélés.

Les enquêtes québécoises ayant utilisé les mêmes sous-échelles que celles présentées dans ce chapitre en ont rarement fait une description aussi détaillée. Malgré les limites de l'instrument, des analyses similaires seraient indiquées pour confirmer, infirmer ou nuancer les résultats mis de l'avant ici. Par ailleurs, dans le contexte de prochaines études, il serait

souhaitable de considérer des aspects plus généraux de l'interaction entre l'enfant et son environnement familial, comme la cohésion familiale ou le climat d'entente.

#### *Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention*

Dans le domaine de la santé publique, les cibles d'action concernant les jeunes portent notamment sur le développement des habiletés parentales pour favoriser le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents (MSSS, 1992; MSSS, 1997). Même si ce chapitre ne traite que de l'interaction entre l'enfant et le parent, et qui plus est, selon deux volets forcément restreints, les résultats souscrivent à certaines des orientations qui se dessinent en matière de développement des habiletés parentales. Le souci d'expérimenter différentes stratégies visant à soutenir l'engagement des pères et la tendance à vouloir identifier des mesures efficaces pour soutenir les habiletés des parents des jeunes fréquentant des écoles de milieu défavorisé sont des avenues que supportent les résultats de cette enquête.



# Bibliographie

- BAUMRIND, D. (1991). « The influence of parenting style on adolescent competence and substance use », *Journal of Early Adolescence*, vol. 11, p. 56-95.
- BELLEROSE, C., J. BEAUDRY, S. BÉLANGER et collaborateurs (2001). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie*, Longueuil, Direction de la santé publique, RRSSS de la Montérégie, 95 p.
- BROOK, J. S., M. WHITEMAN, C. NOMURA, G. A. SCOVELL et P. COHEN (1988). « Personality, family, and ecological influences on adolescent drug use: a developmental analysis » dans COOMBS, R. H. (éd.). *The Family Context of Adolescent Drug Use*, New York, Haworth Press, p. 123-161.
- CHAMBERLAIN, P., et G. R. PATTERSON (1995). « Discipline and child compliance in parenting » dans BORNSTEIN, M. H. (éd.). *Handbook of Parenting*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates Inc., vol. 4, p. 205-225.
- COOMBS, R. H., et M. J. PAULSON (1988). « Contrasting family patterns of adolescent drug uses and nonusers » dans COOMBS, R. H. (éd.). *The Family Context of Adolescent Drug Use*, New York, Haworth Press, p. 59-72.
- DESCHESNES, M., (1992). *Styles 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, 124 p. et annexe.
- DESCHESNES, M., et C. SCHAEFER (1997). *Styles de vie des jeunes du secondaire en Outaouais*, Hull, Direction de la santé publique, RRSSS de l'Outaouais et les Centres jeunesse de l'Outaouais, Tome 1 (secteur général), 150 p. et annexe.
- DISHION, T. J., J. B. REID et G. R. PATTERSON (1988). « Empirical guidelines for a family intervention for adolescent drug use » dans COOMBS, R. H. (éd.). *The Family Context of Adolescent Drug Use*, New York, Haworth Press, p. 189-224.
- DRYFOOS, J. G. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*, New York, Oxford University Press, 280 p.
- ÉLIE, C., et R. HOULD (1992). « Relations parents-adolescent(e)s : impact de l'âge et du sexe », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 13, n° 2, p. 51-65.
- FOX, R. A., D. L. PLATZ et K. S. BENTLEY (1995). « Maternal factors related to parenting, developmental expectations and perceptions of child behavior problems », *The Journal of Genetic Psychology*, vol. 156, n° 4, p. 431-441.
- GABARINO, J. (1993). « Essay: Reinventing fatherhood », *Families in Society*, vol. 74, n° 1, p. 51-54.
- GARIÉPY, M. H. (1997). *Profil régional et sous-régional de l'état de bien-être des ados des Laurentides, Analyse descriptive – Juin 1997*, Québec, Les Centres jeunesse des Laurentides, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides en collaboration avec le Club INSERM Jeunesse du Cégep de Saint-Jérôme, 101 p. et annexe.
- GAUTHIER, P. (1986). *Les nouvelles familles*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 135 p.
- KANDEL, D. B., et K. ANDREWS (1987). « Processes of adolescents socialization by parents and peers », *The International Journal of the Addictions*, vol. 22, p. 319-342.

LANDRY, S., et K. K. TAM (1998). « Comprendre l'apport des facteurs de risque multiples dans le développement de l'enfant au fil des ans », *Investir dans nos enfants : une conférence nationale sur la recherche, 1998*, Ottawa, Direction de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada (Hôtel Château Laurier, 27-29 octobre 1998, Atelier 6 : populations vulnérables), p. 1-9.

LANOUE, J., et R. CLOUTIER (1996). *La spécificité du rôle de père auprès de l'enfant*, Québec, Université Laval, Faculté des sciences sociales, Centre de recherche sur les services communautaires, 51 p.

LÉONARD, N., et D. PAUL (1996). « Devenir parents, les facteurs liés au sentiment de compétence », *L'infirmière du Québec*, vol. 4, p. 38-46.

MACCOBY, E., et J. A. MARTIN (1983). « Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction » dans MUSEN, P., et E. M. HETHERINGTON (éd.). *Handbook of Child Psychology: vol. 4. Socialization, Personality and Social Development*, New York, John Wiley & Sons, 680 p.

MATHIJSSSEN, J. J., H. M. KOOT, F. C. VERHULST, E. E. DE BRUYN et J. H. OUD (1998). « The relationship between mutual family relations and child psychopathology », *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 39, p. 447-487.

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.

PARKER, G., H. TUPLING et L. B. BROWN (1979). « A parental bonding instrument », *British Journal of Medical Psychology*, vol. 52, p. 1-10.

PATTERSON, G. R. (1986). « Performance models for antisocial boys », *American Psychologist*, vol. 41, p. 432-444.

PERRON, M., M. GAUDREAU, S. VEILLETTE et L. RICHARD (1999). *Trajectoires d'adolescence : stratégies scolaires, conduites sociales et vécu psychoaffectif*, Série Enquête régionale 1997 : Aujourd'hui, les jeunes du Saguenay—Lac-St-Jean, Jonquière, Groupe ÉCOBES, Cégep de Jonquière, 164 p. et annexes.

RESNICK, M. D., P. S. BEARMAN, R. W. BLUM, K. E. BAUMAN, K. M. HARRIS, J. JONES, J. TABOR, T. BEUHRING, R. E. SIEVING, M. SHEW, M. IRELAND, L. H. BEARINGER et J. R. UDRY (1997). « Protecting adolescents from harm: Findings from the National longitudinal study on adolescent health », *JAMA*, vol. 278, n° 10, p. 823-832.

ROLLINS, B. C., et D. L. THOMAS (1979). « Parental support, power, and control techniques in the socialization of children » dans BURR, W. R., R. I. HILL, et I. L. REISS (éd.). *Contemporary Theories About the Family*, New York, Free Press, p. 317-364.

SCHAEFER, E. S. (1965). « Children's report of parental behavior: an inventory », *Child Development*, vol. 36, p. 413-424.

SELNOW, G. W. (1987). « Parent-child relationships in single and two parent families: implication for substance usage », *Journal of Drug Education*, vol. 17, p. 315-326.



SIEGELMAN, M. (1965) « Evaluation of Bronfenbrenner's questionnaire for children concerning parental behavior », *Child Development*, vol. 36, p. 163-174.

TOUSIGNANT, M., M. F. BASTIEN et S. HAMEL (1988). « Structure familiale, relations parents-enfant et conduites suicidaires à l'école secondaire », *Santé mentale au Québec*, vol. 13, p. 79-93.

TUBMAN, J. G., et R. M. LERNER (1994). « Continuity and discontinuity in the affective experiences of parents and children: Evidence from the New York Longitudinal Study », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 64, p. 112-125.



# Chapitre 7

## Soutien social

**Sylvie Drapeau**

Département d'orientation, administration et évaluation en éducation  
Université Laval

**Marthe Deschesnes**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

**Claudette Lavallée**

Direction Santé Québec  
Institut de la statistique du Québec

**Linda Lepage**

Faculté des sciences infirmières  
Université Laval

---

### 7.1 Soutien social des enfants et des adolescents

#### Introduction

Le soutien social a été largement étudié en tant que facteur favorisant le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents. En effet, le rôle protecteur du soutien social a été notamment mis en lumière au regard de la dépression et de la détresse psychologique à l'adolescence (Barrera et Garrison-Jones, 1992; Yarcheski et Mahon, 1999), de l'estime de soi (Malecki et Elliott, 1999), des performances scolaires (Richman, Rosenfeld et Bowen, 1998) et des comportements délinquants (Zigler, Taussig et Black, 1992). De plus, les écrits portant sur la résistance ou la capacité d'adaptation des enfants et des adolescents confirment l'importance du soutien en provenance de la famille, des pairs et plus largement, des membres de la communauté (Garmezy, 1994).

Le concept de soutien social a été étudié à partir de trois angles d'analyse distincts, mais non mutuellement exclusifs (Cauce et autres, 1994; Pierce, Sarason et Sarason, 1996). Premièrement, on peut faire référence au réseau social proprement dit. On s'intéresse alors à l'intégration de la personne dans son environnement et aux caractéristiques structurelles du réseau (ex. : nombre de personnes, densité des liens). Celles-ci sont cependant peu associées aux indices d'adaptation des

enfants et des adolescents. Deuxièmement, on peut faire référence au soutien reçu, autrement dit aux transactions de soutien qui ont réellement eu lieu durant une période donnée. Le problème potentiel avec ce type de variable est qu'il peut être confondu avec le besoin de soutien, donc avec les difficultés d'adaptation. D'autre part, il n'est pas toujours facile de se rappeler avec exactitude des échanges passés, d'autant plus que le soutien n'est pas toujours objectivement observable. Quant aux variables reflétant la satisfaction face au soutien reçu, elles sont généralement associées à l'adaptation (Compas et autres, 1986; Drapeau et Bouchard, 1993). La troisième conceptualisation est fondée sur le soutien perçu, c'est-à-dire sur le soutien qu'une personne croit pouvoir obtenir de son entourage. Il s'agit dans ce cas de croyances à propos de la disponibilité potentielle de l'aide. Selon certains auteurs, ces croyances ou attitudes seraient influencées à la fois par les expériences passées de demande et de réception d'aide, par les caractéristiques de la personne et par le contexte dans lequel elles s'insèrent (Pierce, Sarason et Sarason, 1996). Plusieurs études réalisées auprès des enfants montrent que les mesures de soutien perçu ont un lien avec l'adaptation (Booth, Rubin et Rose-Krasnor, 1998; Cotterell, 1992; Dubow et Ullman, 1989; Malecki et Elliott, 1999).

Sous l'angle du soutien perçu ou celui du soutien reçu, le concept de soutien social est généralement analysé

en considérant deux dimensions principales. La première concerne les sources de soutien, soit les personnes qui composent le réseau et qui offrent le soutien, et la deuxième, les types de soutien qu'elles procurent, appelés aussi fonctions.

Les études révèlent que dans la vie courante comme en période de stress, les enfants et les adolescents reçoivent du soutien provenant de sources variées. Les deux sources les plus importantes sont évidemment la famille et les pairs, mais d'autres groupes de personnes apportent également du soutien à l'enfant, tels que le personnel du milieu scolaire qui côtoie les jeunes pendant une grande partie de leur temps. Notons aussi, entre l'enfance et l'adolescence, que le soutien provenant des pairs augmente alors que celui du personnel scolaire diminue. Le soutien provenant des parents reste cependant important, sinon primordial, durant ces périodes (Cauce et autres, 1990; Furman et Buhrmester, 1992). Généralement, les résultats des études indiquent une association positive entre l'adaptation des enfants et des adolescents et le soutien provenant des parents ou de la famille (Drapeau et Bouchard, 1993; Graham-Bermann et autres, 1996; Roberts et autres, 2000; Richman, Rosenfeld et Bowen, 1998; Weigel et autres, 1998; Wolchik, Beals et Sandler, 1989). Cependant, la relation entre le soutien provenant des pairs et l'adaptation des enfants et des adolescents est moins claire. En effet, les études indiquent tantôt une association positive, tantôt une association négative (Cauce et autres, 1990, 1994; Levitt, Guacci et Levitt, 1994; Samuelson, 1995). D'après les auteurs, les caractéristiques du groupe de pairs et les valeurs qui y sont véhiculées pourraient expliquer ces différences (Booth, Rubin et Rose-Krasnor, 1998).

Par ailleurs, en ce qui concerne les types de soutien, les écrits sur le sujet en proposent généralement quatre : le soutien émotionnel, instrumental, récréatif et informatif. Cela dit, plusieurs études indiquent, du moins en ce qui a trait aux enfants, que les distinctions entre les sources de soutien sont davantage fiables que celles établies entre les types de soutien (Cauce et autres, 1994; Wolchik, Beals et Sandler, 1989). Il semble en effet que les différents types de soutien

mesurés par les instruments s'adressant aux enfants se regroupent souvent sous un seul et même facteur, ou encore, qu'ils sont très corrélés entre eux (Berndt et Perry, 1986; Dubow et Ullman, 1989; Furman et Buhrmester, 1992; Malecki et Elliott, 1999; van Beest et Baerveldt, 1999).

Les données présentées dans cette section permettent de décrire certains aspects du soutien social dont disposent les enfants de 9 ans et les adolescents de 13 et 16 ans. Les indices de soutien social sont examinés selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, et sont mis en relation avec certains indicateurs de santé mentale. Une meilleure connaissance du soutien social des enfants et des adolescents et, plus particulièrement de son rôle dans leur adaptation, permettra de mieux cibler les interventions de promotion et de prévention s'adressant à cette population. Une telle démarche s'inscrit dans la même optique que la seconde stratégie de *La politique de la santé et du bien-être du Québec* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992), qui vise notamment à renforcer le réseau social des personnes.

### 7.1.1 Aspects méthodologiques

#### *Source et justification des questions*

L'instrument *Social Support Rating Scale Revised* de Cauce et autres (1994) a été retenu et adapté pour les fins de la présente enquête. Cet instrument mesure le soutien perçu en provenance de diverses sources. Un score de satisfaction est également disponible ainsi qu'un score reflétant la propension à se tourner vers les autres en cas de besoin. L'instrument original, destiné à des enfants de 10 à 19 ans, a été simplifié afin que nous puissions l'utiliser auprès des enfants de 9 ans.

Deux types de soutien sont évalués dans l'instrument original, soit le soutien émotionnel et le soutien instrumental (incluant ici le soutien informatif). Les réponses à ces deux types de soutien étant très corrélées, il a été convenu de ne retenir ici que le soutien émotionnel. Par ailleurs, une sélection a été faite parmi les diverses sources de soutien, ou catégories de personnes, proposées dans l'instrument original. Seules les sources les plus importantes ont été

retenues, soit les membres de la famille (père ou adulte de sexe masculin, mère ou adulte de sexe féminin, fratrie), les amis et les professeurs. Lorsque son entourage n'incluait aucune de ces personnes, le répondant pouvait l'indiquer. Outre ces sources préidentifiées, le répondant avait le loisir de préciser une autre personne aidante. Finalement, une question a été ajoutée à l'instrument original à propos de la présence d'au moins une personne pouvant aider le jeune en cas de problème.

Les divers indicateurs utilisés dans la présente enquête pour décrire le soutien social des enfants et des adolescents sont :

- La présence d'au moins une personne aidante en cas de besoin (E15, A25, Q33).
- Le soutien perçu en provenance du père ou de l'adulte de sexe masculin avec qui le jeune vit le plus souvent, de la mère ou de l'adulte de sexe féminin avec qui le jeune vit le plus souvent, d'un membre de la fratrie, d'un ou d'une amie, d'un professeur et d'une autre personne (E16a à E16f, A26a à A26f et Q34a à Q34f). Afin de ne pas alourdir indûment le texte, le terme « père » est utilisé ici plutôt que l'expression « père ou adulte de sexe masculin avec qui le jeune vit le plus souvent ». Il en est de même en ce qui concerne le terme « mère ».
- Le nombre de sources de soutien, soit le nombre de ressources perçues comme pouvant être aidantes en cas de besoin. Cet indicateur est constitué de l'addition des questions E16a à E16f ou A26a à A26f ou Q34a à Q34f. Lorsque le répondant a indiqué que la source préidentifiée ne faisait pas partie de son réseau ou encore qu'elle ne lui apportait « pas du tout » de soutien, la source dont il est question a une valeur nulle et n'est donc pas comprise dans la somme.
- La propension à se confier en cas de besoin (E18, A29, Q37).
- Le fait de s'être confié à quelqu'un au cours des six mois ayant précédé l'enquête (E17, A27, Q35).

- La satisfaction face au soutien reçu. Cette variable n'a été évaluée que chez les adolescents de 13 et 16 ans (A28, Q36). De ce fait, elle est la seule dont les données ne sont pas disponibles pour les trois groupes d'âge.

#### *Portée et limites des données*

Dans cette enquête, seule la fonction de soutien émotionnel est mesurée. Dans un sens, ce choix peut être adéquat puisque, d'une part, il s'agit du type de soutien le plus souvent associé à l'adaptation sociale des enfants et des adolescents et que, d'autre part, les mesures de soutien s'adressant aux jeunes ne permettent pas de bien discriminer les fonctions entre elles. Cependant, il faut être conscient que le choix de cette fonction particulière peut occasionner un biais puisque les enfants de sexe féminin vont davantage se reconnaître dans cette forme d'aide que les garçons. Par ailleurs, le nombre de sources de soutien proposées aux répondants est restreint dans cette enquête, ce qui limite la capacité d'évaluer l'ensemble des ressources à la disposition des enfants et des adolescents. Cependant, dans l'optique d'offrir un portrait le plus complet possible de cette forme de soutien, des variables reflétant les trois angles d'analyse (nombre de personnes, soutien reçu et perçu) sont incluses dans la présente enquête.

La plupart des questions et indicateurs relatifs au soutien social ont des taux de non-réponse partielle inférieurs à 5 %. Toutefois, on note des taux supérieurs à 5 % pour le nombre de sources de soutien chez les 9 ans (9,2 %) et les 13 ans (5,5 %) et pour la source de soutien « autre » chez les enfants de 9 ans (6,6 %). Les caractéristiques des non-répondants ont été examinées pour le nombre de sources de soutien chez les 9 ans; les analyses n'ont révélé aucun lien significatif avec le sexe, ni avec l'année d'études des jeunes. Dans tous les cas, l'impact de la non-réponse sur les estimations est négligeable.

### **7.1.2 Résultats**

#### 7.1.2.1 Description du soutien social

##### *Présence d'au moins une personne aidante*

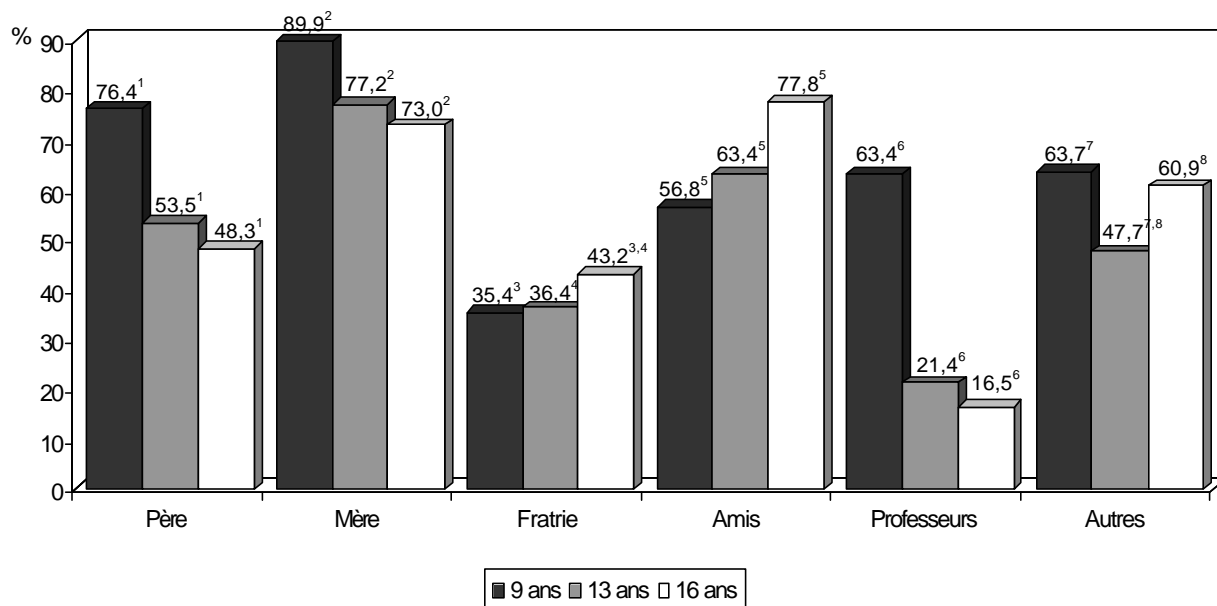
La presque totalité des enfants et des adolescents ont répondu par l'affirmative à la question « As-tu quelqu'un qui pourrait t'aider si tu avais un problème? » Ainsi, 96 % des enfants de 9 ans et des adolescents de 13 ans et 98 % de ceux de 16 ans croient qu'au moins une personne de leur entourage pourrait les aider en cas de problème (données non présentées).

#### Soutien perçu de diverses sources

En ce qui concerne le soutien perçu en provenance de chacune des six sources de soutien qui ont été évaluées, l'examen des pourcentages montre des profils assez différents d'un âge à l'autre. La figure 7.1 illustre ces profils en présentant, pour chacun des groupes d'âge, les pourcentages de jeunes croyant pouvoir obtenir « beaucoup » de soutien de la part de chacune des sources mentionnées dans l'instrument.

Chez les enfants de 9 ans, ce sont les parents qui sont perçus comme les personnes les plus aidantes en cas de besoin. En premier lieu, vient la mère (ou l'adulte de sexe féminin) (90 %) et en second lieu le père (ou l'adulte de sexe masculin) (76 %). Ensuite, viennent les personnes dans la catégorie « autres » (64 %) (membres de la parenté, grand-mère, oncle, tante, etc.) et les professeurs (63 %). Ils sont suivis par les amis (57 %) et les membres de la fratrie (35 %).

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



<sup>1-8</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

Chez les adolescents de 13 ans, la mère vient toujours au premier rang en tant que source de soutien lorsque le besoin se fait sentir (77 %). Dans ce groupe d'âge, les amis et le père se classent respectivement au second (63 %) et troisième rang (54 %).

Chez les adolescents de 16 ans, les amis (78 %) sont mentionnés plus fréquemment que les autres sources. La mère vient ensuite (73 %) alors que la catégorie « autres » (61 %) constitue la troisième source de soutien en importance. Cette catégorie comprend, par exemple, les « chums » ou « blondes » ainsi que les membres de la parenté. À cet âge, le père n'obtient donc que la quatrième place (48 %) parmi les personnes pouvant leur apporter « beaucoup » de soutien en cas de besoin.

Les analyses comparatives entre les groupes d'âge, en ce qui a trait à chacune des sources de soutien, confirment certaines différences ou tendances qui ont déjà été mises en évidence dans d'autres études sur le sujet. Ainsi, l'importance des parents et des professeurs, en tant que source de soutien privilégiée, diminue avec l'âge alors que celle des amis et de la fratrie augmente. Les enfants de 9 ans se distinguent de façon particulièrement marquée des adolescents des deux autres groupes d'âge pour ce qui est du soutien provenant du père et de celui provenant des professeurs. On estime en effet à 76 % le pourcentage des enfants de 9 ans qui perçoivent leur père comme une ressource très aidante, alors que ce pourcentage est de 54 % chez les adolescents de 13 ans et de 48 % chez ceux de 16 ans. En ce qui a trait au soutien provenant des professeurs, l'écart est aussi très marqué puisque ce pourcentage est de 63 % chez les enfants de 9 ans alors qu'il n'est que de 21 % et de 17 % respectivement chez les adolescents de 13 et 16 ans.

L'importance des amis, elle, s'accroît avec l'âge. Alors que 57 % des enfants de 9 ans estiment leurs pairs comme une ressource pouvant leur apporter beaucoup de soutien, cette proportion passe à 63 % puis à 78 % chez les adolescents de 13 et 16 ans.

Finalement, pour ce qui est de la catégorie « autres », ce sont les 13 ans qui se démarquent des deux autres groupes. En effet, la proportion de jeunes de cet âge évaluant cette ressource comme potentiellement très aidante (48 %) est plus faible que celles observées chez les plus jeunes (64 %) ou les plus âgés (61 %). On peut supposer que l'entrée dans l'adolescence est une étape charnière en ce qui concerne ces sources de soutien; entre autres, le soutien des « chums » et des « blondes », qui fait partie de cette catégorie, n'est pas encore très répandu à cet âge.

Des comparaisons entre les garçons et les filles de chacun des trois groupes d'âge ont également été faites (tableau 7.1). L'enquête met en lumière quelques différences significatives entre les garçons et les filles de 9 ans au regard des sources de soutien social. Ainsi, les filles de cet âge sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons du même âge à considérer leurs amis comme une source potentielle de soutien en cas de besoin (62 % c. 52 %). Le même résultat s'observe pour la catégorie « autres » (72 % c. 55 %).

Chez les adolescents de 13 ans, comme chez les 9 ans, les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à estimer obtenir beaucoup de soutien de la part de leurs amis (82 % c. 46 %) ou de la part des « autres » personnes (56 % c. 40 %). Par contre, elles sont moins nombreuses en proportion à juger que leur père peut leur apporter beaucoup de soutien en cas de besoin (45 % c. 61 %).

Comme chez les 13 ans, la proportion de filles de 16 ans qui considèrent leur père comme une ressource pouvant leur apporter beaucoup de soutien en cas de besoin est moins élevée que celle observée chez les garçons (44 % c. 52 %). Par ailleurs, comme chez les 9 ans et les 13 ans, les amis et les « autres » personnes représentent pour les filles de 16 ans une source plus importante de soutien que pour les garçons (89 % c. 67 % et 73 % c. 47 %).

Tableau 7.1

**Soutien perçu par les enfants et les adolescents (catégorie beaucoup) en provenance de diverses sources selon le sexe, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Soutien du père ou de l'adulte de sexe masculin <sup>†</sup>			
Garçons	78,4	61,0	52,3
Filles	74,3	45,4	44,2
Soutien de la mère ou de l'adulte de sexe féminin			
Garçons	88,6	79,2	73,3
Filles	91,3	75,2	72,7
Soutien de la fratrie			
Garçons	35,7	36,1	39,9
Filles	35,0	36,7	46,5
Soutien des amis <sup>§</sup>			
Garçons	52,2	45,7	66,7
Filles	61,6	81,5	89,1
Soutien des professeurs <sup>‡</sup>			
Garçons	64,5	22,3	15,9
Filles	62,3	20,5	17,0
Soutien des autres <sup>§</sup>			
Garçons	55,4	40,4	47,2
Filles	71,5	55,8	72,9

<sup>†</sup> Le test d'association entre le soutien du père et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

<sup>§</sup> Les tests d'association entre le soutien des amis et le sexe et entre le soutien des « autres » et le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 à chaque âge.

<sup>‡</sup> Le test d'association entre le soutien des professeurs et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

Finalement, chez les 9 ans et les 13 ans, aucune différence notable n'est observée entre les filles et les garçons en ce qui a trait à la source potentielle de soutien que représentent les professeurs. Notons que chez les adolescents de 16 ans, seulement 16 % des garçons et 17 % des filles déclarent que ceux-ci pourraient leur apporter beaucoup de soutien. Les filles de 16 ans sont plus enclines que les garçons de cet âge à déclarer que les professeurs pourraient leur apporter « un peu » de soutien (donnée non présentée).

#### *Nombre de sources de soutien*

Quel que soit leur âge, la proportion la plus importante des enfants et des adolescents estime pouvoir compter sur cinq sources de soutien dans son entourage (42 %, 35 % et 39 % pour les 9, 13 et 16 ans respectivement) (tableau 7.2). Malgré cette similitude, les groupes d'âge se démarquent quant au nombre de sources de soutien. En effet, la population des enfants de 9 ans se

distingue des deux autres en rapportant plus fréquemment six sources et plus de soutien (28 % c. 12 % et 11 % chez les adolescents de 13 et 16 ans).

De façon générale, le nombre de sources de soutien est associé au sexe chez les enfants de 9 ans et les adolescents de 16 ans. Ainsi, le pourcentage de filles de 9 ans nommant six sources ou plus de soutien est plus élevé (33 % c. 24 %) que celui des garçons. À l'inverse, le pourcentage de garçons de cet âge nommant trois sources et moins de soutien est plus élevé que celui des filles (13 % c. 6 %). Chez les 16 ans, les filles nomment également plus de sources de soutien que les garçons, toute proportion gardée (13 % c. 9 % nommant six sources et plus). Aucune différence selon le sexe n'est observée au regard du nombre de sources de soutien mentionnées chez les 13 ans.



Tableau 7.2

**Nombre de sources de soutien des enfants et des adolescents selon le sexe, Québec, 1999**

	Trois et moins	Quatre	Cinq	Six et plus
	%			
9 ans <sup>†</sup>				
Garçons	12,6 <sup>1</sup>	20,9	42,7	23,8 <sup>2</sup>
Filles	6,3 <sup>*1</sup>	19,0	42,0	32,7 <sup>2</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>9,5</b>	<b>20,0</b>	<b>42,4</b>	<b>28,2<sup>3,5</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>8,4</b>	<b>17,9</b>	<b>37,3</b>	<b>24,9</b>
13 ans				
Garçons	22,5	34,1	31,5	11,9
Filles	20,5	29,6	38,7	11,3
<b>Sexes réunis</b>	<b>21,5</b>	<b>31,9</b>	<b>35,0</b>	<b>11,6<sup>3</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>18,5</b>	<b>27,5</b>	<b>30,1</b>	<b>10,0</b>
16 ans <sup>†</sup>				
Garçons	21,8	33,9	35,6	8,7 <sup>4</sup>
Filles	18,3	26,9	41,8	13,1 <sup>4</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>20,0</b>	<b>30,4</b>	<b>38,7</b>	<b>10,9<sup>5</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>17,4</b>	<b>26,3</b>	<b>33,4</b>	<b>9,4</b>

<sup>1-5</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de sources de soutien et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 16 ans.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

*Propension à se confier*

Une des questions portant sur le soutien social de l'enfant ou de l'adolescent servait à évaluer la propension à se confier en cas de besoin. Disons à ce propos que rares sont les jeunes qui ont répondu ne jamais se tourner vers les autres lorsqu'ils vivent une situation difficile ou très agréable. Comme le montre le tableau 7.3, la plupart des jeunes ont affirmé se tourner souvent ou quelquefois vers les autres (93 % chez les 9 et 13 ans et 95 % chez les 16 ans). La propension à se tourner souvent vers les autres s'accroît avec l'âge passant de 41 % chez les 9 ans à 47 % et 53 % chez les jeunes de 13 et 16 ans respectivement. Dans les trois groupes d'âge, cette propension est plus grande chez les filles que chez les garçons.

*Confiance sur une période de six mois*

Le questionnaire demandait également aux enfants et adolescents s'ils s'étaient effectivement confiés à quelqu'un au cours d'une période de référence de six mois. À cette question, environ la moitié d'entre eux ont répondu par l'affirmative (figure 7.2). Notons que c'est

dans le groupe des 13 ans que l'on retrouve le plus faible pourcentage de jeunes ayant affirmé s'être confiés (45 %), alors que ce sont les adolescents de 16 ans qui sont en proportion les plus nombreux à l'avoir fait (63 %).

Pour les trois groupes d'âge considérés, des différences significatives sont observées entre les garçons et les filles en ce qui a trait à la confiance. Ainsi, une plus grande proportion de filles que de garçons ont déclaré s'être confiées au cours de cette période.

*Satisfaction face au soutien reçu*

Les adolescents de 13 ans et de 16 ans qui s'étaient confiés au cours de cette période étaient ensuite invités à évaluer leur satisfaction face au soutien obtenu. Les adolescents se montrent satisfaits de ce soutien dans une très grande proportion (83 % à 13 ans et 79 % à 16 ans). Aucune différence significative n'est observée ici selon l'âge ou le sexe (données non présentées).

Tableau 7.3  
**Propension des enfants et des adolescents à se confier selon le sexe<sup>†</sup>, Québec, 1999**

	Souvent	Quelquefois	Jamais
	%		
9 ans			
Garçons	38,3	53,1	8,6 <sup>3</sup>
Filles	43,0	52,4	4,7 <sup>*3</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>40,6<sup>1</sup></b>	<b>52,8<sup>2</sup></b>	<b>6,7</b>
13 ans			
Garçons	35,6 <sup>4</sup>	54,5 <sup>5</sup>	9,9 <sup>6</sup>
Filles	57,8 <sup>4</sup>	39,2 <sup>5</sup>	3,0 <sup>**6</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>46,6<sup>1</sup></b>	<b>46,9<sup>2</sup></b>	<b>6,5</b>
16 ans			
Garçons	40,8 <sup>7</sup>	51,6 <sup>8</sup>	7,6 <sup>*9</sup>
Filles	65,6 <sup>7</sup>	32,4 <sup>8</sup>	2,1 <sup>**9</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>53,2<sup>1</sup></b>	<b>42,0<sup>2</sup></b>	<b>4,8</b>

<sup>1-9</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

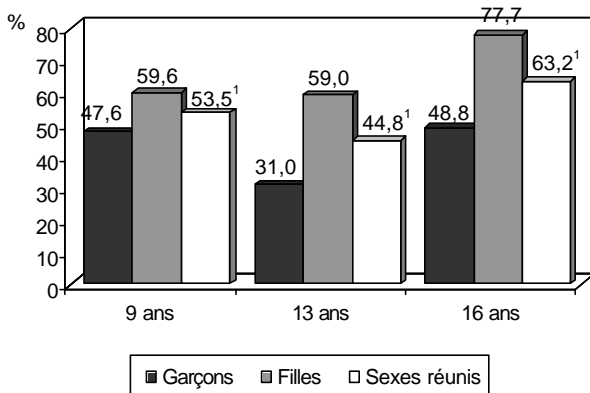
<sup>†</sup> Le test d'association entre la propension à se confier et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprecise fournie à titre indicatif seulement.

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

Figure 7.2  
**Confidence sur une période de six mois selon le sexe<sup>†</sup>, Québec, 1999**



<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la confiance et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

### 7.1.2.2 Soutien social et milieu familial

Deux variables ont été retenues afin d'examiner les liens entre les ressources sociales des enfants et des adolescents et les caractéristiques de leur milieu familial, soit le revenu relatif du ménage et le type de milieu familial. Les analyses réalisées dans chacune des populations montrent qu'il y a très peu de différences entre le soutien perçu par les enfants et les adolescents selon le revenu relatif du ménage auquel ils appartiennent (données non présentées). Les comparaisons selon le type de milieu familial mettent pour leur part en lumière quelques différences significatives, mais dans l'ensemble, la perception des jeunes à propos du soutien sur lequel ils pourraient compter en cas de besoin diffère peu d'un type de famille à l'autre (tableau 7.4). Cela dit, on note que les enfants de 9 ans vivant dans un milieu avec mère et père ont tendance à déclarer pouvoir obtenir plus de soutien de leur père que ceux des autres types de familles. Par ailleurs, le pourcentage des adolescents de 16 ans qui pensent pouvoir recevoir « beaucoup » de soutien de la part de leur mère est plus élevé chez ceux appartenant à un milieu avec mère et père (77 %) que chez ceux vivant avec un parent et un beau-parent (63 %).

Tableau 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<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
<b>Soutien du père ou de l'adulte de sexe masculin<sup>†</sup></b>			
Avec mère et père	79,4	56,0	51,2
Avec parent et beau-parent	71,4	48,4	40,7
Avec parent seul	67,6	51,8	45,6
<b>Soutien de la mère ou de l'adulte de sexe féminin<sup>§</sup></b>			
Avec mère et père	91,1	79,0	77,3 <sup>1</sup>
Avec parent et beau-parent	90,9	72,1	62,7 <sup>1</sup>
Avec parent seul	87,3	72,6	67,4

<sup>(1)</sup> Exclut les enfants de milieux sans parent.

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le soutien du père et le type de milieu familial est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre le soutien de la mère et le type de milieu familial est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

Le type de milieu familial est également associé, dans chacun des groupes d'âge, au nombre de sources de soutien disponibles (tableau 7.5). De façon générale, les enfants et adolescents vivant avec leur mère et leur père affichent une position privilégiée, comme c'est le cas pour le soutien perçu. Certaines différences significatives sont dignes de mention. Ainsi, on note que les enfants de 9 ans provenant d'un milieu avec mère et père sont proportionnellement moins nombreux à faire état d'un petit nombre (trois et moins) de sources de soutien que ceux provenant d'une famille avec un parent seul. De manière similaire, chez les adolescents de 13 ans, le pourcentage d'adolescents nommant six sources de soutien et plus est plus élevé chez ceux qui vivent avec leur mère et leur père que chez ceux vivant avec un parent seul. Le même type de résultats est mis en lumière dans la population des 16 ans où la proportion d'adolescents qui déclarent un nombre faible (trois et moins) de sources de soutien est moins élevée dans les milieux avec mère et père que dans les autres types de familles.

Tableau 7.5

**Nombre de sources de soutien des enfants et des adolescents selon le type de milieu familial<sup>(1)†</sup>, Québec, 1999**

	Trois et moins	Quatre	Cinq	Six et plus
	%			
<b>9 ans</b>				
Avec mère et père	6,9 <sup>*1</sup>	18,8	42,0	32,4 <sup>2</sup>
Avec parent et beau-parent	13,1 <sup>**</sup>	27,9 <sup>*</sup>	39,2	19,8 <sup>*</sup>
Avec parent seul	17,7 <sup>*1</sup>	24,3 <sup>*</sup>	38,0	20,0 <sup>*2</sup>
<b>13 ans</b>				
Avec mère et père	17,4 <sup>3,4</sup>	29,7	39,0	13,9 <sup>5</sup>
Avec parent et beau-parent	30,9 <sup>*3</sup>	33,4 <sup>*</sup>	26,2 <sup>*</sup>	9,5 <sup>**</sup>
Avec parent seul	29,5 <sup>*4</sup>	40,8	26,0 <sup>*</sup>	3,7 <sup>**5</sup>
<b>16 ans</b>				
Avec mère et père	14,2 <sup>6,7</sup>	30,9	41,7 <sup>8</sup>	13,2
Avec parent et beau-parent	28,3 <sup>*6</sup>	25,9 <sup>*</sup>	40,2	5,7 <sup>**</sup>
Avec parent seul	27,0 <sup>7</sup>	38,4	27,4 <sup>8</sup>	7,2 <sup>**</sup>

<sup>(1)</sup> Exclut les enfants de milieux sans parent.

<sup>1-8</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de sources de soutien et le type de milieu familial est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

### 7.1.2.3 Soutien social et santé mentale

Les variables reflétant le soutien social ont été croisées avec deux indicateurs de la santé mentale des enfants et des adolescents. Il s'agit du niveau de troubles émotifs chez les enfants de 9 ans et de l'indice de détresse psychologique chez les adolescents de 13 ans et de 16 ans. Dans l'ensemble, les résultats de l'enquête indiquent une association entre ces indicateurs de difficultés sur le plan psychologique et le soutien social. Comme nous allons le voir, des associations plus nombreuses sont observées chez les adolescents.

Chez les 9 ans, la perception de pouvoir obtenir du soutien des amis est associée à une meilleure santé mentale. Ainsi, le pourcentage d'enfants qui estiment que leurs amis peuvent leur apporter beaucoup de soutien est de 59 % chez ceux qui présentent un niveau faible ou moyen de troubles émotifs, alors qu'il est de 47 % chez ceux qui présentent un niveau élevé (tableau 7.6).

Tableau 7.6  
**Soutien perçu par les enfants en provenance des amis selon le niveau de troubles émotifs<sup>†</sup>, enfants de 9 ans, Québec, 1999**

	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
	%		
Faible ou moyen	58,8 <sup>1</sup>	34,8	6,4*
Élevé	46,5 <sup>1</sup>	44,4	9,1*

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le soutien perçu en provenance des amis et le niveau de troubles émotifs est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Le nombre de sources de soutien montre une relation similaire à celle observée pour le soutien perçu des amis (tableau 7.7). Ainsi, on remarque que les enfants de 9 ans présentant un niveau faible ou moyen de troubles émotifs ont tendance à rapporter un plus grand

nombre de sources sur lesquelles ils peuvent compter que ceux qui présentent un niveau élevé de troubles.

Tableau 7.7  
**Nombre de sources de soutien selon le niveau de troubles émotifs<sup>†</sup>, enfants de 9 ans, Québec, 1999**

	Trois et moins	Quatre	Cinq	Six et plus
	%			
Faible ou moyen	9,4	17,8	42,5	30,4
Élevé	10,7*	27,0	39,7	22,7

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de sources de soutien et le niveau de troubles émotifs est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Chez les adolescents de 13 ans et de 16 ans, la plupart des variables reflétant le soutien social sont associées à la détresse psychologique. Tout d'abord, les adolescents de 13 et 16 ans qui obtiennent un score élevé à l'indice de détresse psychologique se distinguent des autres jeunes quant à la perception qu'ils ont du soutien provenant de leur famille (père, mère et fratrie) et de leurs professeurs, laquelle est de façon générale moins positive (bien que plusieurs de ces différences ne soient pas significatives pour la catégorie « beaucoup ») (tableau 7.8).

Si l'on considère maintenant le nombre de sources de soutien, on constate que les adolescents de 13 et 16 ans qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreux à affirmer qu'ils comptent seulement sur trois sources de soutien et moins (tableau 7.9).

Par ailleurs, des variables relatives au soutien reçu, telles que le fait de s'être confié ainsi que le niveau de satisfaction éprouvée face au soutien reçu, ont également été examinées selon le niveau de détresse psychologique. À l'inverse de la tendance se dégageant pour les variables précédentes, on observe ici une relation positive entre le fait de s'être confié au cours d'une période de référence de six mois et un niveau élevé de détresse psychologique durant une période de référence d'une semaine. On estime en effet à 62 % le

pourcentage d'adolescents de 13 ans ayant mentionné s'être confiés chez ceux qui présentent un niveau élevé de détresse, alors que cette proportion est d'environ 40 % chez ceux qui présentent un niveau faible ou moyen de détresse (tableau 7.10). De même, la proportion d'adolescents de 16 ans ayant dit s'être confiés est plus grande chez ceux qui présentent un niveau élevé de détresse que chez les adolescents affichant un niveau faible ou moyen (80 % c. 59 %).

Tableau 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**

	13 ans		16 ans	
	Faible ou moyen	Élevé	Faible ou moyen	Élevé
	%			
Soutien du père ou de l'adulte de sexe masculin <sup>†</sup>	58,1 <sup>1</sup>	36,1 <sup>1</sup>	52,3 <sup>2</sup>	30,5 <sup>2</sup>
Soutien de la mère ou de l'adulte de sexe féminin <sup>†</sup>	80,7 <sup>3</sup>	65,2 <sup>3</sup>	75,8 <sup>4</sup>	61,3 <sup>4</sup>
Soutien de la fratrie <sup>†</sup>	38,4	28,6	45,3 <sup>5</sup>	34,2 <sup>5</sup>
Soutien des amis <sup>§</sup>	62,0	69,1	78,3	75,8
Soutien des professeurs <sup>†</sup>	23,1	15,5*	17,2	13,0*
Soutien des autres	48,9	47,7	62,0	63,5

<sup>1-5</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre le soutien du père et la détresse psychologique, le soutien de la mère et la détresse psychologique, le soutien de la fratrie et la détresse psychologique et le soutien des professeurs et la détresse psychologique sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre le soutien des amis et la détresse psychologique est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans.

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

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

Tableau 7.9

**Nombre de sources de soutien des adolescents selon le niveau de détresse psychologique<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	Trois et moins	Quatre	Cinq	Six et plus
	%			
13 ans				
Faible ou moyen	18,2 <sup>1</sup>	31,7	37,6 <sup>2</sup>	12,2
Élevé	31,2 <sup>1</sup>	33,2	25,8 <sup>2</sup>	9,9*
16 ans				
Faible ou moyen	17,0 <sup>3</sup>	30,8	40,5	11,7
Élevé	32,5 <sup>3</sup>	28,6	31,2	7,7**

<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de sources de soutien et le niveau de détresse psychologique est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

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

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

Tableau 7.10  
**Confiance au cours d'une période de six mois selon le niveau de détresse psychologique<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	Oui	Non
	%	
13 ans		
Faible ou moyen	40,0 <sup>1</sup>	60,1
Élevé	62,5 <sup>1</sup>	37,6
16 ans		
Faible ou moyen	59,4 <sup>2</sup>	40,6
Élevé	79,5 <sup>2</sup>	20,5

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la confiance et le niveau de détresse psychologique est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

Si les adolescents de 13 et 16 ans qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreux à s'être confiés, ils sont aussi plus nombreux, parmi ceux qui se sont confiés, à se dire plus ou moins satisfaits ou insatisfaits du soutien reçu, comparativement à ceux qui présentent un niveau faible ou moyen de détresse (13 ans : 27 % c. 13 %; 16 ans : 40 % c. 15 %) (tableau 7.11).

Chez les adolescents de 16 ans, la propension à se tourner vers les autres varie également selon le niveau de détresse, ce qui n'est pas le cas chez les adolescents de 13 ans. La proportion d'adolescents de 16 ans affirmant se tourner souvent vers les autres est moins grande lorsqu'ils affichent un niveau élevé de détresse psychologique que lorsqu'ils présentent un niveau faible ou moyen (44 % c. 55 %) (données non présentées).

Tableau 7.11  
**Satisfaction face au soutien reçu selon le niveau de détresse psychologique<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans s'étant confiés au cours d'une période de six mois, Québec, 1999**

	Satisfait	Plus ou moins satisfait ou insatisfait
	%	
13 ans		
Faible ou moyen	87,5	12,5 <sup>*1</sup>
Élevé	72,8	27,2 <sup>*1</sup>
16 ans		
Faible ou moyen	85,4	14,6 <sup>2</sup>
Élevé	59,6	40,4 <sup>2</sup>

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la satisfaction et le niveau de détresse psychologique est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

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

## Conclusion

### *Synthèse et pistes de recherche*

En conclusion, soulignons tout d'abord que la très grande majorité des enfants et des adolescents croient possible d'obtenir du soutien lorsqu'ils vivent des problèmes. De fait, plus de 95 % d'entre eux ont dit pouvoir compter sur au moins une personne de leur entourage pour leur venir en aide. En outre, une forte proportion des jeunes des trois groupes d'âge investigués dans l'enquête disent pouvoir obtenir du soutien en provenance d'au moins cinq sources différentes.

Comme nous l'avons vu, la mère ou l'adulte de sexe féminin avec qui vit le jeune constitue une source primordiale de soutien pour les jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans. Le père est également une ressource importante, mais plus particulièrement pour les enfants de 9 ans. En effet, le père n'obtient que la troisième place chez les adolescents de 13 ans et la quatrième chez ceux de 16 ans. Les amis apparaissent aussi comme une ressource essentielle, dont l'importance

augmente lors du passage à l'adolescence. À ce titre, les résultats de la présente enquête corroborent ceux d'autres études réalisées dans le domaine (Richman, Rosenfeld et Bowen, 1998; Malecki et Elliott, 1999; Weigel et autres, 1998).

Les différences mises en lumière entre les garçons et les filles confirment également celles qui sont observées ailleurs. Ainsi, il est généralement reconnu que les filles obtiennent davantage de soutien de la part de leur entourage que les garçons (Bernzweig, Eisenberg et Fabes, 1993; Boekaerts, 1996; Copeland et Hess, 1995; Malecki et Elliott, 1999; van Beest et Baerveldt, 1999). De plus, à l'instar d'autres études, la présente enquête indique qu'à l'adolescence, moins de filles que de garçons perçoivent recevoir beaucoup de soutien de la part de leur père (van Beest et Baerveldt, 1999).

Par ailleurs, quelques éléments du soutien social des enfants et des adolescents diffèrent selon les caractéristiques de leur milieu familial. Soulignons certaines différences observées entre les jeunes vivant avec leur mère et leur père et ceux vivant avec un parent seul ou avec un parent et un beau-parent. Les premiers disposent en effet de façon générale d'un plus grand nombre de ressources de soutien. Des analyses plus fines seraient nécessaires afin de préciser quelles sont les sources spécifiques de soutien perçues comme étant absentes du réseau des enfants et adolescents ne vivant pas avec leur mère et leur père. On note cependant une tendance chez les enfants de 9 ans vivant avec leur mère et leur père à considérer le père (ou figure masculine) comme plus aidant que dans les autres types de familles. Par ailleurs, la mère (ou figure féminine) a moins souvent été identifiée comme une ressource aidante par les adolescents de 16 ans vivant avec un parent et un beau-parent que dans les milieux avec mère et père. Soulignons par ailleurs que l'enquête ne montre pas de différence significative entre les types de familles quant au soutien maternel perçu pour les plus jeunes (9 et 13 ans). Quand on connaît l'importance du soutien social, et particulièrement du

soutien parental, l'ensemble de ces résultats laissent présager une certaine vulnérabilité chez certains des enfants et adolescents ne vivant pas avec leur mère et leur père.

Finalement, cette enquête confirme l'association étroite entre le soutien social et l'adaptation des enfants et des adolescents. En effet, la plupart des analyses de croisement entre les variables reflétant le soutien social et les indicateurs de troubles émotifs et de détresse psychologique montrent que les enfants et adolescents présentant moins de difficultés psychologiques estiment plus souvent que les autres pouvoir obtenir du soutien de leur entourage. À l'inverse, les adolescents présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique perçoivent moins souvent leurs parents (père et mère) et leur fratrie (pour les 16 ans) comme étant une source de beaucoup de soutien. Les résultats montrent également que le fait de s'être confié au cours d'une période de six mois est associé à un niveau plus élevé de détresse psychologique chez les adolescents. Toutefois, l'enquête ne permet pas d'identifier les personnes à qui ces adolescents se sont confiés. Dans l'éventualité où il s'agit d'intervenants, il est possible que ce geste traduise la présence d'une difficulté ou d'un problème de santé mentale chez l'adolescent. Comme cela a été souligné précédemment, les variables reflétant le soutien reçu peuvent être confondues avec le besoin de soutien, donc avec les difficultés d'adaptation. Cela dit, il reste que la propension à se confier lors d'événements stressants est généralement considérée par les chercheurs du domaine comme un facteur pouvant prévenir l'aggravation des difficultés. Les résultats portant sur la propension à se confier observés chez les 16 ans vont dans ce sens. Toutefois, d'autres études seraient nécessaires afin de clarifier la direction de l'association entre ces variables. De plus, il serait intéressant, lors d'analyses ultérieures, de vérifier l'association entre les ressources sociales des enfants et des adolescents et les autres indicateurs d'adaptation mesurés dans la présente enquête comme les problèmes de comportement et les comportements d'opposition.

## *Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention*

Quoique les enfants et les adolescents soient généralement bien entourés et que différentes personnes puissent les soutenir en cas de besoin, une proportion non négligeable d'entre eux dispose de moins de ressources sociales. Ceux-ci, bien que relativement peu nombreux, apparaissent particulièrement vulnérables. Il s'agit selon nous d'un groupe cible prioritaire pour les interventions dans le domaine de la prévention. Cette enquête montre également qu'en raison de leur situation familiale, certains enfants et adolescents semblent plus vulnérables au regard du soutien disponible, en l'occurrence ceux vivant avec un parent seul ou avec un parent et un beau-parent.

Finalement, les résultats obtenus dans cette enquête viennent appuyer certaines des recommandations du *Groupe de travail pour les jeunes* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991), à l'effet de renforcer le soutien social en provenance des milieux de vie du jeune, dont l'un des aspects consiste à promouvoir le rôle paternel auprès des enfants et des adolescents.

## **7.2 Soutien social des parents**

### **Introduction**

Plusieurs études ont tenté de démontrer l'effet protecteur du soutien social dont bénéficient les parents sur le fonctionnement familial, et plus spécifiquement sur leurs relations avec leurs enfants (Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1995). Bronfenbrenner (1986) soutient que les mères bénéficiant d'un niveau élevé de soutien social présentent de meilleures attitudes et des comportements plus adéquats dans la relation avec leur bébé. Il a aussi été démontré que les mères jouissant d'un meilleur soutien social sont plus aptes à combler les besoins affectifs de leurs enfants et que la satisfaction de la mère à l'égard de son réseau social est reliée à une relation plus chaleureuse et moins

contrôlante avec ses enfants (Jennings, Stagg et Connors, 1991). De même, une recension des écrits a permis à Lepage (1985) d'établir que le soutien fourni aux parents par les personnes de leur entourage représente un stimulus affectant positivement les comportements parentaux.

Par ailleurs, plusieurs recherches ont mis en lumière l'isolement des familles considérées comme abusives ou négligentes (Belsky, 1993; Bouchard, 1981; Chamberland, Bouchard et Beaudry, 1986; Garbarino et Gilliam, 1980). L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* a révélé qu'un indice de soutien faible est, chez les mères, significativement associé à l'utilisation de violence verbale ou symbolique dans la relation avec leurs enfants; de même, les mères ayant déclaré ne pouvoir compter sur l'aide de personne lorsqu'elles en avaient besoin utilisent davantage la violence physique mineure comme méthode de résolution de conflits avec leurs enfants que les mères disposant d'au moins une personne pouvant les aider (Lavallée, Clarkson et Chénard, 1996). D'autre part, dans la même enquête, on observe une association significative entre le fait que le père se déclare non satisfait de sa vie sociale en général et la présence de violence symbolique et même de violence physique mineure envers ses enfants.

Cette section vise à décrire le soutien social dont disposent les parents des enfants et adolescents visés par l'enquête. Elle veut aussi documenter les liens entre la perception qu'ont les parents de ce soutien et des indicateurs relatifs à l'interaction parent-enfant et à certains troubles émotifs ou de comportement manifestés par les jeunes. Ces analyses pourront contribuer à mieux saisir la complexité des interrelations entre le soutien social des parents et certains aspects du développement de leurs enfants, et ce, dans le contexte de la deuxième stratégie de *La politique de la santé et du bien-être* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992), laquelle vise à soutenir les milieux de vie des jeunes.

### **7.2.1 Aspects méthodologiques**



La disponibilité d'une source de soutien pour le parent répondant est mesurée à partir de la perception qu'il a de l'étendue du réseau de soutien dont il dispose, soit pour se confier (PE87 et PA73), soit pour demander de l'aide (PE91 et PA77). Les répondants ayant déclaré n'avoir aucune personne de leur entourage avec qui ils se sentent assez à l'aise, soit pour se confier, soit pour « demander des conseils ou un coup de main quand ils sont mal pris », ont été classés comme n'ayant aucune source de soutien. Ces deux questions sont une adaptation de la mesure développée par Lepage (1984). Leurs qualités métriques ont été étudiées par Barrera (1980, 1981) et Lepage (1984). Les résultats de leurs études montrent que la validité de construit, la consistance interne et la stabilité test-retest sont satisfaisantes.

Le soutien social dont disposent les parents des jeunes Québécois de 9, 13 et 16 ans a aussi été examiné à l'aide d'un indicateur de satisfaction face à leur vie sociale (PE86 et PA72). Les réponses se présentent sous la forme d'une échelle de type Likert en quatre points, allant de très satisfait à très insatisfait. La question a été empruntée à l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Cet indicateur doit cependant être interprété avec prudence car il pourrait refléter non seulement le réseau social de la personne, mais aussi son niveau d'adaptation sociale (sentiments dépressifs, sentiments de solitude) et son état de santé.

Les taux de non-réponse partielle à cette section du questionnaire sont tous inférieurs à 5 %. À la lecture des résultats présentés ci-après, il faut se rappeler qu'un seul des parents était invité à remplir le questionnaire, soit celui qui connaît le mieux l'enfant; dans environ 80 % des cas, le répondant correspond au parent de sexe féminin. De plus, la description du soutien social des parents ne s'applique qu'aux parents des enfants et adolescents visés par l'enquête et non à l'ensemble des parents québécois.

## 7.2.2 Résultats

### 7.2.2.1 Disponibilité d'une source de soutien social

À partir de la perception qu'ont les parents du réseau de soutien sur lequel ils peuvent compter pour se

confier ou demander de l'aide, on estime que 12 % à 15 % des jeunes de 9, 13 et 16 ans ont un parent qui ne dispose d'aucune source de soutien (tableau 7.12). Ce phénomène est plus fréquent lorsque c'est le père (entre 19 % et 22 %) plutôt que la mère (11 % à 13 %) qui répond au questionnaire. Ces estimations ne varient pas significativement en fonction de l'âge du jeune et on observe peu d'associations entre la disponibilité d'une source de soutien chez le parent, d'une part, et les caractéristiques familiales (type de famille, revenu relatif), de même que les indicateurs de bien-être, de soutien social et de comportement des jeunes, d'autre part. Des associations sont observées chez les adolescents de 13 ans seulement, entre la disponibilité d'une source de soutien chez le parent et le revenu relatif du ménage, de même qu'avec le niveau de détresse psychologique de l'adolescent (données non présentées).

Tableau 7.12  
**Parent ne disposant d'aucune source de soutien selon le sexe du parent<sup>†</sup>, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Parent de sexe masculin	18,6*	22,2	18,7*
Parent de sexe féminin	10,9	13,0	12,0
<b>Total</b>	<b>12,4</b>	<b>15,2</b>	<b>13,4</b>

<sup>†</sup> Le test d'association entre la disponibilité d'une source de soutien et le sexe du parent est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

### 7.2.2.2 Satisfaction du parent face à sa vie sociale

Le tableau 7.13 montre qu'environ deux jeunes sur cinq (37 % à 41 % selon l'âge du jeune) ont un parent qui se dit très satisfait de sa vie sociale, et que plus de la moitié des jeunes (53 % à 57 %) ont un parent qui s'estime plutôt satisfait; ces estimations ne varient pas significativement en fonction du sexe du parent ou selon l'âge du jeune. Le risque de biais dû au sexe du parent répondant dans les analyses suivantes est donc minimisé. Par ailleurs, la proportion de parents insatisfaits de leur vie sociale est plus élevée parmi les parents d'adolescents de 16 ans ayant un revenu relatif très faible ou faible que parmi ceux ayant un revenu relatif élevé ou très élevé (17 % c. 6 %). D'autre part, la proportion de parents très satisfaits de leur vie sociale est plus élevée chez les parents d'enfants de 9 ans vivant avec leur mère et leur père ou avec un parent et un beau-parent que chez ceux vivant avec un seul parent (39 % c. 28 %); on observe une tendance similaire chez les parents d'adolescents de 16 ans (40 % c. 29 %) (données non présentées).

Tableau 7.13  
**Satisfaction du parent face à sa vie sociale, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Très satisfait	37,3	40,7	38,1
Plutôt satisfait	56,9	52,6	54,9
Plutôt ou très insatisfait	5,9	6,7	6,9

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

La satisfaction du parent a aussi été analysée en fonction de diverses caractéristiques du jeune. Aucune association n'est observée entre la satisfaction du parent face à sa vie sociale et la disponibilité du soutien que le jeune perçoit de son entourage ou le soutien affectif maternel et paternel dont il déclare disposer. On observe cependant une association entre le niveau de contrôle maternel abusif et la satisfaction du parent répondant face à sa vie sociale, chez les adolescents de 13 ans (tableau 7.14). Ainsi, la proportion

d'adolescents de cet âge ayant un niveau élevé de contrôle maternel abusif augmente en fonction du niveau d'insatisfaction des parents face à leur vie sociale (de 16 % à 37 %). La tendance va dans le même sens en ce qui a trait au contrôle paternel. Cette association n'est toutefois pas observée chez les jeunes de 9 ans et de 16 ans.

Le niveau de satisfaction du parent à l'égard de sa vie sociale est associé à la présence de violence domestique entre adultes dont le jeune a été témoin. Il faut toutefois noter que la violence domestique à laquelle on fait référence ici est, dans presque tous les cas, une violence verbale. Comme on peut le constater au tableau 7.15, la proportion d'adolescents de 13 et 16 ans ayant été témoins de violence domestique entre adultes augmente avec le niveau d'insatisfaction du parent envers sa vie sociale. Une tendance similaire, quoique non significative, s'observe chez les enfants de 9 ans.

Tableau 7.14  
**Niveau élevé de contrôle parental abusif selon la satisfaction du parent face à sa vie sociale, adolescents de 13 ans, Québec, 1999**

	Contrôle maternel abusif <sup>†(1)</sup>	Contrôle paternel abusif <sup>(2)</sup>
	%	
Très satisfait	16,2 <sup>1</sup>	17,3
Plutôt satisfait	18,4 <sup>2</sup>	21,5
Plutôt ou très insatisfait	36,9 <sup>*1,2</sup>	33,4 <sup>*</sup>

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte féminin.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte masculin.

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le niveau de contrôle maternel et la satisfaction du parent face à sa vie sociale est significatif au seuil de 0,05.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

Tableau 7.15

**Enfants et adolescents témoins de violence domestique entre adultes selon la satisfaction du parent face à sa vie sociale, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans <sup>†</sup>	16 ans <sup>†</sup>
	%		
Très satisfait	33,6	32,1	29,3 <sup>1</sup>
Plutôt satisfait	41,5	37,0	37,6
Plutôt ou très satisfait	47,0 *	49,3	48,7 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre les enfants et adolescents témoins de violence et la satisfaction du parent face à sa vie sociale est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

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

La satisfaction du parent répondant face à sa vie sociale est également associée à la présence de troubles émotifs chez les enfants de 9 ans. Le tableau 7.16 montre que la proportion d'enfants de 9 ans ayant un niveau élevé à l'indice de troubles émotifs est significativement plus grande quand le parent déclare être plutôt ou très insatisfait de sa vie sociale (40 %) que lorsqu'il déclare être très satisfait (17 %).

Tableau 7.16

**Indice de troubles émotifs selon la satisfaction du parent face à sa vie sociale<sup>†</sup>, enfants de 9 ans, Québec, 1999**

	Faible ou moyen	Élevé
	%	
Très satisfait	83,4	16,6 <sup>1-2</sup>
Plutôt satisfait	71,0	29,0 <sup>1</sup>
Plutôt ou très insatisfait	60,3	39,7 <sup>*2</sup>

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'indice de troubles émotifs et la satisfaction du parent face à sa vie sociale est significatif au seuil de 0,05.

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

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

De même, la proportion d'adolescents de 13 et 16 ans ayant manifesté des comportements d'opposition varie selon le niveau de satisfaction du parent face à sa vie sociale. Le tableau 7.17 révèle en effet que la proportion de jeunes de 13 ans qui manifestent des troubles d'opposition est plus faible lorsque le parent est très satisfait de sa vie sociale (7 %) que lorsqu'il se dit insatisfait (22 %). La variation est également significative chez les adolescents de 16 ans.

Tableau 7.17

**Comportements d'opposition selon la satisfaction du parent face à sa vie sociale<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	13 ans	16 ans
	%	
Très satisfait	7,3 <sup>*1</sup>	8,3 *
Plutôt satisfait	10,0 *	6,9 *
Plutôt ou très insatisfait	21,8 <sup>**1</sup>	16,1 <sup>**</sup>

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre les comportements d'opposition et la satisfaction du parent face à sa vie sociale est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

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

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

## Conclusion

Dans le cadre de cette enquête, les indicateurs portant sur le soutien social dont disposent les parents sont limités, de sorte que les conclusions qu'on peut tirer de cette section du chapitre le sont aussi. Ils nous permettent toutefois de conclure qu'un peu plus de 15 % des parents des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans visés par l'enquête n'ont aucune source de soutien, et que cette proportion est stable à travers les différents sous-groupes étudiés. Il convient également de rappeler que ces résultats reflètent la situation d'un seul des parents des jeunes, celui qui connaît le mieux l'enfant, et qu'il s'agit dans la majorité des cas du parent de sexe féminin.

Pour ce qui est de la satisfaction éprouvée par les parents à l'endroit de leur vie sociale, les résultats

montrent que près de deux pères ou mères sur cinq se déclarent très satisfaits. Les résultats obtenus viennent corroborer ceux d'autres études sur le sujet mettant en lumière le lien positif entre le soutien social dont disposent les parents et certains aspects touchant leurs relations avec leurs enfants (Jennings, Stagg et Connors, 1991). Ainsi, on observe une association chez les adolescents de 13 ans, entre le contrôle abusif exercé par la mère à leur endroit et l'insatisfaction de cette dernière à l'égard de sa vie sociale. L'enquête ne permet toutefois pas d'observer une telle association parmi les jeunes de 9 ans et de 16 ans. Par ailleurs, on retrouve, dans la présente enquête, la même relation que celle déjà observée dans *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Lavallée, Clarkson et Chénard, 1996), soit celle entre un soutien social déficient chez le parent et la présence de violence dans la famille. En effet, les jeunes québécois de 13 et 16 ans dont les parents sont insatisfaits de leur vie sociale sont plus susceptibles d'avoir été témoins de violence domestique entre adultes. On constate également une présence plus importante de troubles émotifs chez les enfants de 9 ans, et de comportements d'opposition parmi les adolescents, quand le parent est insatisfait de sa vie sociale. Ces résultats mettent en lumière le lien entre le soutien social des parents et certains comportements des jeunes. Ce lien pourrait traduire l'effet protecteur que peut avoir le soutien social du parent sur différents aspects de la vie familiale (Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1995). D'autres recherches seraient toutefois nécessaires pour clarifier la nature et la direction de cette relation.

#### *Pistes d'intervention et de recherche*

Ces résultats soutiennent également l'importance de renforcer les compétences parentales et de favoriser les occasions de participation et d'intégration sociales pour les parents, tel que suggéré par 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*.

Des analyses plus poussées pourraient être menées à partir de la banque de données de la présente enquête, afin d'explorer davantage les liens entre le soutien social dont bénéficient les parents et les différentes caractéristiques des jeunes ou de leur milieu de vie. Il serait alors possible de mieux saisir le rôle que peut jouer le soutien social des parents dans l'adaptation psychosociale des jeunes.

# Bibliographie

- BARRERA, M. (1980). « A method for the assessment of social support networks in community survey research », *Connections*, vol. 3, n° 3, p. 8-13.
- BARRERA, M. (1981). « Social support in the adjustment of pregnant adolescents » dans GOOTLIEB, B. H. (éd.). *Social network and social support*, Sage publications, p. 69-96.
- BARRERA, M., et C. GARRISON-JONES (1992). « Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms », *Journal of Abnormal Clinical Psychology*, vol. 20, n° 1, p. 1-16.
- BELSKY, J. (1993). « Etiology of Child Maltreatment: A Developmental-ecological Analysis », *Psychological Bulletin*, vol. 114, p. 413-434.
- BERNDT, T. J., et B. T. PERRY (1986). « Children's perceptions of friendships as supportive relationships », *Developmental Psychology*, vol. 22, p. 640-648.
- BERNZWEIG, J., N. EISENBERG et R. A. FABES (1993). « Children's coping in self- and other- relevant contexts », *Journal of Experimental Child Psychology*, vol. 55, n° 2, p. 208-226.
- BOEKAERTS, M. (1996). « Coping with stress in childhood and adolescence » dans ZEIDNER, M., et N. S. ENDLER (éd.). *Handbook of coping: Theory, Research and Application*, New York, John Wiley and Sons, p. 452-484.
- BOOTH, C. L., K. H. RUBIN et L. ROSE-KRASNOR (1998). « Perceptions of emotional support from mother and friend in middle childhood: Links with social-emotional adaptation and preschool attachment security », *Child Development*, vol. 69, n° 2, p. 427-442.
- BOUCHARD, C. (1981). « Perspectives écologiques de la relation parent(s)-enfant(s): des compétences parentales aux compétences environnementales », *Apprentissage et socialisation*, vol. 4, p. 4-23.
- BRONFENBRENNER, U. (1986). « Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives », *Developmental Psychology*, n° 22, p. 123-142.
- CAUCE, A. M., C. MASON, N. GONZALES, Y. HIRAGA et G. LIU (1994). « Social support during adolescence: Methodological and theoretical considerations » dans NESTMANN, F., et K. HURRELMANN (éd.). *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence*, New York, De Gruyter, p. 89-110.
- CAUCE, A. M., M. REID, S. LANDESMAN et N. GONZALES (1990). « Social support in young children: Measurement, structure and behavioral impact » dans SARASON, B. R., I. B. SARASON et G. R. PIERCE (éd.). *Social Support: An Interactional View*, New York, John Wiley and Sons, p. 64-95.
- CHAMBERLAND, C., C. BOUCHARD et J. BEAUDRY (1986). « Les mauvais traitements envers les enfants : réalités canadienne et américaine », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 18, p. 391-412.
- COMPAS, B. E., L. A. SLAVIN, B. M. WAGNER et K. VANNATTA (1986). « Relationship of life events and social support with psychological dysfunction among adolescents », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 15, n° 3, p. 205-221.
- CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (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.

COPELAND, E. P., et R. S. HESS (1995). « Differences in young adolescents' coping strategies based on gender and ethnicity », *Journal of Early Adolescence*, vol. 15, n° 2, p. 203-219.

COTTERELL, J. L. (1992). « The relation of attachments and supports to adolescent well-being and school adjustment », *Journal of Adolescent Research*, vol. 7, p. 28-42.

DRAPEAU, S., et C. BOUCHARD (1993). « Support networks and adjustment among 6 to 11 years-olds from maritally-disrupted and intact families », *Journal of Divorce and Remarriage*, vol. 19, n° 2/3, p. 75-98.

DUBOW, E. R., et D. G. ULLMAN (1989). « Assessing social support in elementary school children: The survey of children's social support », *Journal of Child Clinical Psychology*, vol. 18, n° 1, p. 52-64.

FURMAN, W., et D. BUHRMESTER (1992). « Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships », *Child Development*, vol. 63, n° 1, p. 103-115.

GARBARINO, J., et G. GILLIAM (1980). « Becoming a parent and creating a family » dans GARBARINO, J. (éd.). *Understanding abusive families*, Toronto, Lexington Books, p. 51-65.

GARMEZY, N. (1994). « Reflections and commentary on risk, resilience and development » dans HAGGERTY, R. J., L. R. SHERROD, N. GARMEZY et M. RUTTER (éd.). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions*, New York, Cambridge University Press, p. 1-18.

GRAHAM-BERMANN, S. A., S. COUPET, L. EGLER, J. MATTIS et V. BANYARD (1996). « Interpersonal relationships and adjustment of children in homeless and economically distressed families », *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 25, n° 3, p. 250-261.

JENNINGS, K. D., V. STAGG ET R. E. CONNORS (1991). « Social Networks and Mothers' Interactions with Their Preschool Children », *Child Development*, vol. 62, p. 966-978.

LAVALLÉE, C., M. CLARKSON et L. CHÉNARD (sous la direction de) (1996). *Conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches*, Monographie n° 2, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 171 p.

LEPAGE, L. (1984). *Adaptation et validation d'une mesure de réseau de support social applicable en soins infirmiers*, Thèse de maîtrise inédite, Université de Montréal.

LEPAGE, L. (1985). « Adaptation et validation d'une mesure de réseau de support social » dans *Nursing Research, La recherche infirmière : science pour des soins de qualité*, Actes du 10<sup>e</sup> colloque national de recherche, Toronto, Université de Toronto, p. 241-246.

LEVITT, M. L., N. GUACCI et J. L. LEVITT (1994). « Social support achievement in childhood and early adolescence: A multicultural study », *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 15, n° 2, p. 207-222.

MALECKI, C. K., et S. N. ELLIOTT (1999). « Adolescents' rating of perceived social support and its importance: Validation of the student social support scale », *Psychology in the Schools*, vol. 36, n° 6, p. 473-483.

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.

PIERCE, G. R., I. G. SARASON et B. R. SARASON (1996). « Coping and Social Support » dans ZEIDNER, M., et N. S. ENDLER (éd.). *Handbook of Coping, Theory, Research, Applications*, New York, John Wiley and Sons, p. 434-451.

RICHMAN, J. M., L. B. ROSENFELD et G. L. BOWEN (1998). « Social support for adolescents at risk of school failure », *Social Work*, vol. 43, n° 4, p. 309-323.

ROBERTS, A., E. SEIDMAN, S. PEDERSEN et D. CHESIR-TERANET (2000). « Perceived family and peer transactions and self-esteem among urban early adolescents », *Journal of Early Adolescence*, vol. 20, n° 1, p. 68-92.

SAMUELSON, M. (1995). « Children's social networks and their association with behavioural disturbances in single-parent families: A comparison between a clinical group and a control group », *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 49, n° 4, p. 275-284.

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*, n° de référence 95-01F.

VAN BEEST, M., et C. BAERVELDT (1999). « The relationship between adolescents' social support from parents and from peers », *Adolescence*, vol. 34, n° 133, p. 193-201.

WEIGEL, D. J., P. DEVEREUX, G. K. LEIGH et D. BALLARD-REISCH (1998). « A longitudinal study of adolescents' perceptions of support and stress: Stability and change », *Journal of Adolescent Research*, vol. 13, n° 2, p. 158-177.

WOLCHIK, S. A., J. BEALS et I. N. SANDLER (1989). « Mapping children's support networks: Conceptual and methodological issues » dans BELLE, D. (éd.). *Children's Social Networks and Social Supports*, New York, John Wiley and Sons, p. 192-220.

YARCHESKI, A., et N. E. MAHON (1999). « The moderator-mediator role of social support in early

adolescents », *Western Journal of Nursing Research*, vol. 21, n° 5, p. 685-698.

ZIGLER, E., C. TAUSSIG et K. BLACK (1992). « Early childhood intervention: A promising preventative for juvenile delinquency », *American Psychologist*, vol. 47, p. 997-1006.





## **Habitudes de vie**

---

Usage de la cigarette

Consommation de substances psychoactives

Pratique de l'activité physique

Emploi du temps et pratiques culturelles

Sexualité et mesures préventives contre les MTS et la grossesse

Comportements alimentaires



## Chapitre 8

# Usage de la cigarette

**Sylvie Bernier**

Groupe Vigie et qualité des services  
Régie régionale de la santé et des services sociaux  
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

**Danièle Brochu**

Direction du développement et de l'information  
Institut national de santé publique du Québec

---

### Introduction

L'usage du tabac est une des habitudes de vie les plus néfastes vu ses effets délétères ainsi que la dépendance physique et psychologique qu'il crée. L'usage du tabac est répandu dans la population adulte. Les jeunes lui donnent une signification sociale et associent l'usage de la cigarette à une manifestation de la maturité. Pour les jeunes, l'expérience de la cigarette semble anodine. Cependant, l'essai répété provoquera graduellement une dépendance et plusieurs deviendront fumeurs.

Plus l'habitude de fumer s'acquiert tôt, plus les fumeurs sont à risque de développer, de façon prématurée à l'âge adulte, des problèmes de santé reliés aux effets du tabagisme (USDHHS, 1994). Il s'avère important d'intervenir le plus tôt possible avant que la dépendance ne s'installe définitivement, car, une fois la dépendance établie, cesser de fumer devient un défi de taille.

#### *Prévalence du tabagisme*

Des données provenant d'enquêtes nationales, pour la période de 1965 à 1994, montrent que jusqu'au début des années 70, la moitié des jeunes Canadiens de 15-19 ans fumaient la cigarette tous les jours ou à l'occasion. Les garçons étaient plus susceptibles d'être fumeurs que les filles. Cependant, à partir du milieu des années 70, les filles fumaient autant que les garçons (Santé Canada, 1996).

De 1975 à 1988, la prévalence de l'usage de la cigarette chez les jeunes Canadiens âgés de 15 à 19 ans a

remarquablement diminué. Cependant, cette tendance à la baisse a pris fin vers 1988-1989. L'*Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes* estimait à 24 % la proportion de fumeurs actuels chez les jeunes Canadiens âgés de 15 à 19 ans (Santé Canada, 1996). Au Québec, l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000* (Loiselle, 2001) révèle que 19 % des élèves sont des fumeurs actuels. La prévalence de fumeurs actuels se chiffre à 5 % chez les élèves de 1<sup>re</sup> secondaire, à 17 % chez les étudiants de 2<sup>e</sup> secondaire et à 24 % chez ceux de 3<sup>e</sup> secondaire. En 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> secondaire, ces proportions s'élèvent respectivement à 23 % et à 28 %. Également, selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*, 33 % des 15-19 ans fument la cigarette tous les jours ou à l'occasion (Bernier et Brochu, 2000).

Il est à noter que dans l'*Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes* et l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998*, la définition de fumeur actuel diffère de celle utilisée dans les autres enquêtes. Est considérée fumeur actuel, la personne ayant fumé au cours des 30 derniers jours et ayant fumé au moins 100 cigarettes au cours de sa vie. Cette définition est d'ailleurs celle utilisée dans la présente enquête.

### *Étapes menant à la consommation régulière de tabac*

Selon le United States Department of Health and Human Services (1994), le processus menant à la consommation régulière de tabac progresse en cinq étapes bien définies sur une période de deux ou trois ans, indépendamment de l'âge de l'enfant lors de la première cigarette. Durant l'étape préparatoire, les attitudes et croyances face à la cigarette se forment. Durant l'étape d'essai, l'individu fume ses premières cigarettes. Pendant l'étape d'expérimentation, l'individu fume souvent mais sporadiquement. À l'étape d'usage régulier, l'individu fume au moins toutes les semaines lors de situations et de relations interpersonnelles variées. Finalement, l'étape d'accoutumance et de dépendance est caractérisée par une dépendance physiologique et psychologique à la nicotine. Le processus débute rarement avant l'âge de 11 ans. Entre le tiers et la moitié des jeunes ayant expérimenté la cigarette deviennent des fumeurs quotidiens. Selon d'autres écrits, il semble que la dépendance à la nicotine peut commencer très tôt après l'expérimentation du tabac. Une étude américaine auprès d'élèves de 3<sup>e</sup> secondaire montre qu'une majorité des adolescents qui sont des fumeurs présenteraient des symptômes de retrait (Rojas et autres, 1998); en Nouvelle-Zélande, une majorité des adolescents qui fument présenteraient des symptômes de dépendance à la nicotine (Stanton, Lowe et Silva, 1995). Une autre étude rapporte que 62 % des jeunes ont ressenti des symptômes de dépendance avant d'avoir fumé quotidiennement (DiFranza et autres, 2000).

La dépendance envers la nicotine est plus sévère chez les jeunes qui commencent à fumer tôt. En moyenne, les adolescents qui commencent à fumer à l'âge de 16 ans fumeront durant au moins 16 ans, pour les garçons, et 20 ans pour les filles (Pierce et Gilpin, 1996). Les jeunes qui commencent à fumer tôt sont moins enclins à arrêter (Breslau et Person, 1996) et sont plus à risque de développer une maladie liée à la cigarette et d'en mourir (Santé Canada, 1996; Pierce et Gilpin, 1996).

### *Facteurs associés à l'usage de la cigarette*

En plus des facteurs socioéconomiques habituels associés à l'usage de la cigarette, des études ont démontré que le comportement des jeunes à l'égard du tabac avait un lien avec celui des parents, de la fratrie, des pairs et des amis (Santé Canada, 1996). Il semble que l'usage de la cigarette par les pairs et les amis soit le facteur le plus important associé à l'essai et l'expérimentation de la cigarette (USDHHS, 1994).

### *Fumée de tabac dans l'environnement*

La fumée de tabac dans l'environnement (FTE) constitue une source importante d'exposition à des contaminants toxiques de l'air dans les lieux intérieurs. Elle est aussi une source d'exposition dans les lieux en plein air dans l'environnement immédiat des fumeurs. L'exposition dans les maisons, particulièrement des bébés et des enfants, continue d'être un problème de santé publique malgré la connaissance des méfaits de la FTE pour la santé. Il existe un lien de cause à effet entre l'exposition à la FTE et bon nombre d'effets sur la santé (Environmental Protection Agency, 1997).

Chez les enfants, la FTE est associée à l'apparition de nouveaux cas d'asthme de même qu'à l'accroissement de la gravité de la maladie chez les enfants déjà asthmatiques. De plus, les symptômes respiratoires chroniques chez les enfants, comme la toux, les expectorations et la respiration sifflante, sont associés au tabagisme des parents. Bien que les résultats de différentes études fluctuent, il a été démontré que l'exposition à la FTE pendant l'enfance retarde la croissance et compromet le développement des poumons. Ces altérations de la fonction pulmonaire pourraient persister jusqu'à l'âge adulte (Environmental Protection Agency, 1997).

Enfin, des études épidémiologiques récentes ont démontré que l'exposition postnatale à la fumée de tabac dans l'environnement est un facteur de risque de la mort subite du nourrisson. De plus, l'exposition à la FTE

augmente le risque d'infection de l'oreille moyenne chez les enfants (Environmental Protection Agency, 1997).

#### *Intérêt des données*

Le tabagisme étant un facteur de risque de plusieurs problèmes de santé importants, il fait l'objet de quatre objectifs de *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). Ces derniers consistent à diminuer la proportion de naissances d'un bébé de poids insuffisant, réduire la mortalité par maladie cardiovasculaire, stabiliser la mortalité par cancer du poumon et diminuer la mortalité par maladie du système respiratoire. Une réduction du tabagisme est visée à travers ces objectifs. De plus, le tabagisme constitue l'une des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (MSSS, 1997). L'un des résultats attendus consiste à diminuer la proportion de fumeurs actuels chez les jeunes du secondaire. Les données sur le tabagisme de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* peuvent contribuer à dresser un portrait du tabagisme chez les jeunes, en relation avec d'autres déterminants.

#### *Contenu et dimensions*

Le chapitre présente l'ampleur de l'initiation au tabagisme chez les enfants de 9 ans ainsi que la prévalence de l'usage de la cigarette chez les 13 et 16 ans. Certains résultats sont présentés selon le sexe. Chez les 16 ans, la prévalence du tabagisme est également examinée en fonction du tabagisme des amis, de la fratrie et des parents, de certaines variables démographiques et socioéconomiques, de l'estime de soi, de la détresse psychologique et de certaines habitudes de vie. Enfin, l'usage du tabac à la maison et la réglementation au sujet de l'usage du tabac à l'école y sont aussi traités pour les trois groupes d'âge.

## **8.1 Aspects méthodologiques**

Les questions portant sur l'usage de la cigarette sont essentiellement les mêmes que celles de l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998* (Loiselle, 1999), laquelle s'inspirait de l'*Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes* (Santé Canada, 1996). Elles se retrouvent dans chacun des trois questionnaires destinés aux jeunes : questionnaire pour les enfants de 9 ans (QE), questionnaire pour les adolescents de 13 et 16 ans (QA) et questionnaire pour les adolescents de 16 ans hors école secondaire (QAHES). Des informations supplémentaires sont recueillies dans le questionnaire s'adressant à la direction de l'école (QD) et les questionnaires destinés aux parents d'enfants de 9 ans (QPE) et aux parents d'adolescents de 13 et 16 ans (QPA).

Les questions E40 et 41, A100 à 103 et Q111 à 114 portent sur l'usage de la cigarette chez les enfants et les adolescents. Celui-ci est présenté en six catégories pour les 13 et 16 ans (tableau 8.1). Cependant, les analyses demandant des croisements avec d'autres variables sont présentées selon trois catégories à cause des nombres restreints.

La quantité de cigarettes fumées est mesurée par le nombre moyen de cigarettes fumées au cours des sept derniers jours, les jours où les jeunes ont fumé. Les questions utilisées sont A105 et Q116. L'usage de la cigarette chez les amis et la fratrie est documenté avec les questions A106 et 107 et Q117 et 118. Les questions PE69 à 71 et 80 à 82 et PA55 à 57 et 66 à 68 estiment la prévalence de l'usage de la cigarette chez les parents répondants et leur conjoint.

L'usage du tabac à la maison est abordé en examinant le nombre de personnes qui fument dans la maison (PE72, PA58 et Q119) ainsi que le nombre de cigarettes qui y sont fumées en moyenne dans une journée (PE73, PA59 et Q120). Enfin, l'existence d'une politique sur l'usage du

tabac à l'école est documentée auprès de la direction de l'école par les questions D11 et 12.

La catégorisation des jeunes selon leur usage de la cigarette est la même que celle retenue dans l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998* (Loiselle, 1999). Elle est présentée dans le tableau suivant.

#### Comparabilité entre les âges

Les indicateurs sont comparables entre les groupes d'âge, étant définis de la même façon. Toutefois, la prévalence du tabagisme n'est mesurée que chez les 13 et 16 ans. Chez les 9 ans, elle n'est pas mesurée

comme telle, étant extrêmement faible. D'autre part, comme peu de jeunes de 13 ans sont des fumeurs actuels, l'analyse selon les caractéristiques sociodémographiques et certains déterminants et habitudes de vie n'est présentée que pour les 16 ans.

#### Portée et limites des données

Considérant que l'usage de la cigarette est autodéclaré, il se pourrait que par désirabilité sociale il y ait une sous-déclaration dans la fréquence de l'usage ou dans la quantité de cigarettes fumées. Mais, il serait tout aussi possible que chez les jeunes, la désirabilité sociale crée le phénomène inverse et entraîne une certaine surdéclaration de la consommation.

Tableau 8.1  
**Catégorisation des fumeurs et définitions, Québec, 1999**

Typologie à six catégories		Typologie à trois catégories	
Fumeur quotidien	Personne qui a fumé au moins 100 cigarettes dans sa vie <u>et</u> qui a fumé tous les jours au cours des 30 jours précédant l'enquête	Fumeur actuel	Personne qui a fumé au moins 100 cigarettes dans sa vie <u>et</u> qui a fumé au cours des 30 jours précédant l'enquête
Fumeur occasionnel	Personne qui a fumé au moins 100 cigarettes dans sa vie <u>et</u> qui a fumé au cours des 30 jours précédant l'enquête mais pas à tous les jours		
Fumeur débutant	Personne qui a fumé entre 1 et 99 cigarettes dans sa vie <u>et</u> qui a fumé au cours des 30 jours précédant l'enquête	Fumeur débutant	Personne qui a fumé entre 1 et 99 cigarettes dans sa vie <u>et</u> qui a fumé au cours des 30 jours précédant l'enquête
Ancien fumeur	Personne qui a fumé au moins 100 cigarettes dans sa vie mais qui n'a pas fumé au cours des 30 jours précédant l'enquête	Non-fumeur	Personne qui n'a pas fumé au cours des 30 jours précédant l'enquête, qu'elle ait ou non fumé 100 cigarettes dans sa vie
Ancien expérimentateur	Personne qui a fumé entre 1 et 99 cigarettes dans sa vie mais qui n'a pas fumé au cours des 30 jours précédant l'enquête		
Non-fumeur depuis toujours	Personne qui a fumé moins d'une cigarette complète dans sa vie		

Source : *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire 1998*, Institut de la statistique du Québec.

Rarement, les taux de non-réponse partielle excèdent 5 % pour l'ensemble des questions ayant trait au tabagisme. C'est le cas pour la question sur la quantité de cigarettes fumées par jour au cours des sept derniers jours chez les 16 ans, avec un taux de non-réponse partielle de 6,8 %, et pour la question sur le nombre de cigarettes fumées à l'intérieur de la maison qui présente un taux de non-réponse partielle de 6,7 % pour les enfants de 9 ans et de 5,7 % pour les adolescents de 16 ans. Pour ces questions, l'impact d'un biais possible sur les estimations est négligeable. La question sur l'usage de la cigarette par la fratrie des adolescents de 16 ans obtient un taux de non-réponse partielle de 8,8 %. Cette non-réponse, n'étant pas associée au sexe, à l'année scolaire ni à l'usage de la cigarette par l'adolescent, ne semble pas causer de biais dans les résultats. Également, la non-réponse partielle aux questions sur l'usage de la cigarette par le parent et son conjoint ne semble associée à aucune des variables suivantes : le sexe du parent répondant, sa scolarité ou l'usage de la cigarette par les adolescents. Il ne devrait donc pas y avoir de biais par rapport à cette mesure. Enfin, la question sur

l'existence d'une politique sur l'usage du tabac à l'école a un taux de non-réponse partielle variant de 5,6 % (9 ans) à 5,4 % (13 ans) et à 8,2 % (16 ans); elle s'adresse à la direction de l'école et l'indicateur n'est croisé avec aucune variable. Si la non-réponse est liée à l'absence d'une telle politique, la proportion de jeunes de 16 ans fréquentant une école ayant une politique sur l'usage du tabac pourrait être très légèrement surestimée mais le biais serait négligeable et inclus dans l'intervalle de confiance de l'estimation.

## 8.2 Résultats

### 8.2.1 Essai et première cigarette

Il est quelque peu inquiétant de constater qu'environ 11 % des enfants de 9 ans ont déjà essayé de fumer une cigarette ou du moins de prendre quelques bouffées (tableau 8.2). Les garçons (12 %) et les filles (9 %) en ont fait l'essai dans des proportions semblables. Toutefois, la proportion d'enfants de cet âge qui ont déjà fumé une cigarette au complet est plutôt marginale (2,1 %).

Tableau 8.2  
Expérience de la cigarette selon le sexe, Québec, 1999

	A déjà essayé de fumer une cigarette <sup>†</sup>		A déjà fumé une cigarette au complet <sup>§</sup>	
	%	Pe '000	%	Pe '000
9 ans				
Garçons	12,4	5,6	3,7*	1,7
Filles	9,0	3,9	0,4**	0,2
<b>Sexes réunis</b>	<b>10,7<sup>1</sup></b>	<b>9,5</b>	<b>2,1*<sup>2</sup></b>	<b>1,9</b>
13 ans				
Garçons	48,5	21,3	31,6	13,9
Filles	56,3	23,7	40,2	16,9
<b>Sexes réunis</b>	<b>52,3<sup>1</sup></b>	<b>45,0</b>	<b>35,8<sup>2</sup></b>	<b>30,8</b>
16 ans				
Garçons	68,0	29,6	53,0	23,1
Filles	79,4	34,1	67,7	29,1
<b>Sexes réunis</b>	<b>73,7<sup>1</sup></b>	<b>63,7</b>	<b>60,3<sup>2</sup></b>	<b>52,2</b>

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'essai de fumer et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre le fait d'avoir fumé une cigarette complète et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

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

Plus de la moitié des adolescents de 13 ans (52 %) ont déjà essayé de fumer une cigarette ou à tout le moins

de prendre quelques bouffées. Les filles sont proportionnellement plus nombreuses à avoir essayé

que les garçons du même âge (56 % c. 48 %). Par ailleurs, une moins forte proportion, soit 36 % des élèves de 13 ans, a déjà fumé une cigarette au complet. De nouveau, les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à l'avoir fait (40 % c. 32 %).

Chez les adolescents de 16 ans, ces proportions continuent de grimper. En effet, près des trois quarts (74 %) des jeunes de 16 ans ont déjà essayé de fumer la cigarette, alors que 60 % ont déjà fumé une cigarette au complet. Encore une fois, les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à avoir essayé de fumer la cigarette (79 % c. 68 %) et à avoir fumé une cigarette au complet (68 % c. 53 %).

Bref, l'expérience de la cigarette gagne de la popularité avec l'âge. La proportion de jeunes ayant déjà essayé de fumer la cigarette augmente entre 9 ans et 13 ans puis 16 ans. À l'instar de l'essai, la proportion de jeunes ayant déjà fumé une cigarette au complet monte en flèche entre 9 ans et 16 ans.

## 8.2.2 Usage de la cigarette

Chez les jeunes de 13 ans, on estime à environ 9 % la proportion de fumeurs actuels, soit 5 % de fumeurs quotidiens et 4,3 % de fumeurs occasionnels. De plus, 8 % sont des fumeurs débutants et 83 % sont des non-fumeurs (tableau 8.3). Les non-fumeurs se partagent ainsi : 64 % sont des non-fumeurs depuis toujours, 16 % sont des anciens expérimentateurs et seulement 2,4 % sont des anciens fumeurs. Ces derniers sont rares car il est en effet peu fréquent pour un jeune de 13 ans d'avoir déjà fumé 100 cigarettes et plus et de ne plus fumer. Par ailleurs, les filles et les garçons de 13 ans fument dans des proportions semblables (10 % et 8 % respectivement). Cependant, les filles sont plus nombreuses que les garçons dans la catégorie « fumeurs débutants », alors que les garçons sont plus nombreux dans la catégorie « non-fumeurs », en proportion.

Tableau 8.3  
Catégorie de fumeurs selon le sexe<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999

	Fumeurs actuels			Fumeurs débutants	Non-fumeurs			Total
	Fumeurs quotidiens	Fumeurs occasionnels	Total		Anciens fumeurs	Anciens expérimentateurs	Non-fumeurs depuis toujours	
%								
13 ans								
Garçons	4,2*	4,1*	8,3*	5,3* <sup>1</sup>	2,6**	15,5	68,4 <sup>2</sup>	86,5 <sup>3</sup>
Filles	5,8*	4,6*	10,4	11,0 <sup>1</sup>	2,1**	16,6	60,0 <sup>2</sup>	78,5 <sup>3</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>5,0<sup>7</sup></b>	<b>4,3*</b>	<b>9,3<sup>8</sup></b>	<b>8,1</b>	<b>2,4*</b>	<b>16,0</b>	<b>64,3</b>	<b>82,6</b>
<b>Pe '000</b>	<b>4,2</b>	<b>3,7</b>	<b>7,9</b>	<b>7,0</b>	...	...	...	<b>71,2</b>
16 ans								
Garçons	20,2	7,1*	27,3 <sup>4</sup>	6,1*	3,0** <sup>5</sup>	16,5	47,1 <sup>6</sup>	66,6
Filles	25,6	8,7	34,3 <sup>4</sup>	7,7*	7,8 <sup>5</sup>	17,9	32,4 <sup>6</sup>	58,1
<b>Sexes réunis</b>	<b>22,9<sup>7</sup></b>	<b>7,9</b>	<b>30,8<sup>8</sup></b>	<b>6,9</b>	<b>5,4</b>	<b>17,2</b>	<b>39,8</b>	<b>62,3</b>
<b>Pe '000</b>	<b>19,9</b>	<b>6,8</b>	<b>26,7</b>	<b>5,9</b>	...	...	...	<b>86,5</b>

<sup>1-8</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la catégorie de fumeurs et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

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

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



Chez les jeunes de 16 ans, l'usage du tabac est plus répandu. En effet, près du tiers (31 %) des adolescents de cet âge sont des fumeurs actuels et 7 % sont des fumeurs débutants. Les 31 % de fumeurs actuels se partagent ainsi : 23 % sont des fumeurs quotidiens et 8 %, des fumeurs occasionnels. Les non-fumeurs, dans une proportion de 62 %, se répartissent comme suit : 40 % sont des non-fumeurs depuis toujours, 17 % sont des anciens expérimentateurs et 5 % sont des anciens fumeurs. Contrairement aux 13 ans, la proportion de fumeurs actuels est plus élevée chez les filles que chez les garçons (34 % c. 27 %).

On remarque donc une nette progression du tabagisme avec l'âge chez les adolescents. Si quelque 9 % des adolescents de 13 ans sont des fumeurs actuels, cette proportion fait un bond à 31 % chez les 16 ans. Cette progression est notamment marquée chez les fumeurs quotidiens, passant de 5 % à 23 %.

#### *Quantité de cigarettes fumées*

Les jeunes fumeurs (actuels et débutants) âgés de 13 ans ne sont pas de gros fumeurs. Près des deux tiers (65 %) d'entre eux ont fumé deux cigarettes et moins les jours où ils ont fumé (tableau 8.4).

Chez les 16 ans, environ la moitié (52 %) des jeunes fumeurs ont grillé cinq cigarettes et moins par jour, les jours où ils ont fumé. Le nombre de cigarettes varie

selon qu'il s'agit de fumeurs actuels ou de fumeurs débutants. Alors que 63 % des fumeurs débutants fument moins d'une cigarette par jour quand ils fument, 58 % des fumeurs actuels âgés de 16 ans en fument six et plus (données non présentées).

#### **8.2.3 Facteurs associés à l'usage de la cigarette**

Compte tenu que la prévalence du tabagisme est faible chez les 13 ans et que la taille de l'échantillon est relativement petite, l'analyse de l'usage de la cigarette selon diverses caractéristiques ne permet pas d'observer les variations habituellement rapportées. Par conséquent, cette analyse n'est présentée que pour les 16 ans. L'usage de la cigarette chez les jeunes de cet âge est analysé selon l'usage de la cigarette par les amis, la fratrie et les parents, certaines caractéristiques sociodémographiques, la détresse psychologique, l'estime de soi (indice de Rosenberg), le niveau d'activité physique et la consommation d'alcool ou de drogues.

La proportion d'adolescents de 16 ans qui rapportent que la plupart de leurs amis fument ou que tous leurs amis fument se démarque chez les fumeurs actuels comparativement aux non-fumeurs. En effet, environ 80 % des jeunes de 16 ans qui sont des fumeurs actuels disent que la plupart de leurs amis ou tous leurs amis fument, alors que seulement 20 % des non-fumeurs disent de même (figure 8.1).

Tableau 8.4

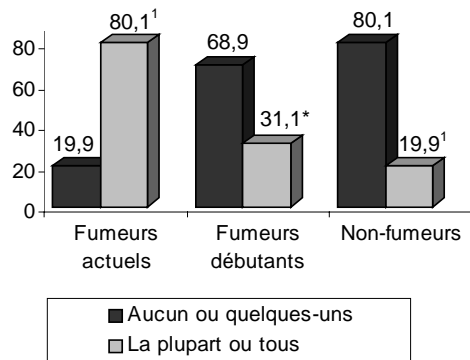
#### **Quantité de cigarettes fumées habituellement par jour, fumeurs actuels et débutants de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	Moins d'une	Une à deux	Trois à cinq	Six et plus
	%			
13 ans	29,2	35,8	14,9*	20,1*
16 ans	16,2	12,8	22,6	48,4

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

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

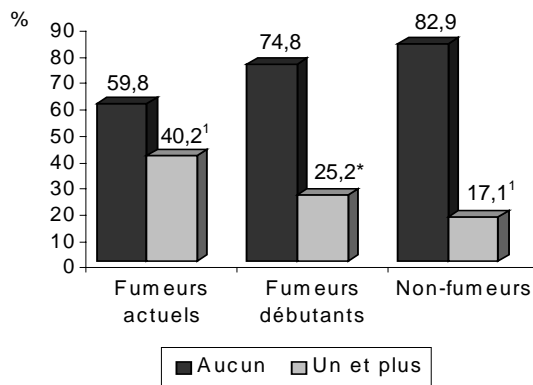
Figure 8.1  
**Nombre d'amis qui fument selon la catégorie de fumeurs<sup>†</sup>, adolescents de 16 ans, Québec, 1999**



- <sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.
- <sup>†</sup> Le test d'association entre la catégorie de fumeurs et le nombre d'amis qui fument est significatif au seuil de 0,05.
- \* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

Figure 8.2  
**Nombre de frères ou sœurs qui fument selon la catégorie de fumeurs<sup>†</sup>, adolescents de 16 ans, Québec, 1999**



- <sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.
- <sup>†</sup> Le test d'association entre la catégorie de fumeurs et le nombre de frères ou sœurs qui fument est significatif au seuil de 0,05.
- \* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

statistique du Québec.

Également, parmi les adolescents de 16 ans, les fumeurs actuels sont proportionnellement plus nombreux à déclarer qu'ils ont au moins un frère ou une sœur qui fume que les non-fumeurs (40 % c. 17 %) (figure 8.2). Mentionnons, toutefois, que 60 % des fumeurs actuels de cet âge rapportent n'avoir aucun frère ou sœur qui fume.

La proportion de fumeurs actuels de 16 ans ayant au moins un parent (parent répondant ou son conjoint) qui fume la cigarette est plus élevée que celle des non-fumeurs (62 % c. 46 %) (figure 8.3). Toutefois, il faut prendre note que parmi les jeunes de 16 ans dont au moins un parent (ou son conjoint) fume, approximativement 57 % sont malgré tout des non-fumeurs; cette proportion monte à 72 % parmi les jeunes dont aucun parent ne fume (données non présentées).

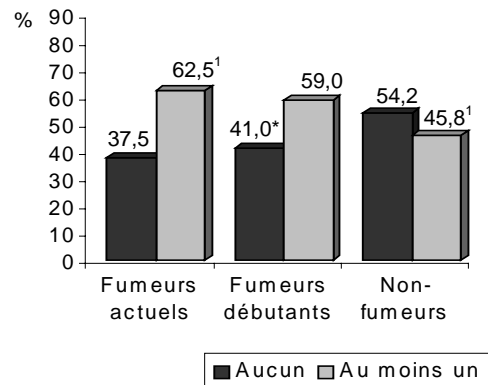


Figure 8.3  
**Nombre de parents qui fument selon la catégorie de fumeurs<sup>†</sup>, adolescents de 16 ans, Québec, 1999**

- <sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.
- <sup>†</sup> Le test d'association entre la catégorie de fumeurs et le nombre de parents qui fument est significatif au seuil de 0,05.
- \* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

Parmi les caractéristiques sociodémographiques, seul le milieu familial du jeune est associé à l'usage de la cigarette (tableau 8.5). Les adolescents de 16 ans sont proportionnellement moins nombreux à être des fumeurs actuels lorsqu'ils sont issus d'un milieu avec mère et père (26 %) plutôt que d'un milieu avec parent seul (41 %). Toutefois, on n'observe pas de différence significative dans la proportion de fumeurs actuels selon que le jeune est issu d'un milieu avec parent et beau-parent ou avec parent seul.

Par ailleurs, bien que les différences observées ne soient pas statistiquement significatives, on note, avec l'accroissement du revenu relatif du ménage, une tendance à la baisse de la proportion de fumeurs

actuels. Enfin, l'appartenance ethnoculturelle de la famille et le fait d'avoir ou non un travail rémunéré ne semblent pas influencer la proportion de fumeurs actuels.

La détresse psychologique et l'estime de soi sont, toutes deux, associées à l'usage de la cigarette chez les jeunes de 16 ans (tableau 8.6). Les jeunes qui ont un indice de détresse psychologique élevé sont en proportion plus nombreux à être des fumeurs actuels que ceux qui ont un indice de détresse psychologique faible ou moyen (48 % c. 27 %). Cependant, si l'on considère l'ensemble des fumeurs actuels, il est à souligner que près de 70 % d'entre eux ont un indice de détresse psychologique faible ou moyen (donnée non présentée).

Tableau 8.5  
**Catégorie de fumeurs selon certaines caractéristiques sociodémographiques, adolescents de 16 ans, Québec, 1999**

	Fumeurs actuels	Fumeurs débutants	Non-fumeurs
	%		
Type de milieu familial <sup>†</sup>			
Avec mère et père	26,1 <sup>1</sup>	7,5*	66,4 <sup>2</sup>
Avec parent et beau-parent	35,7	5,1**	59,2
Avec parent seul	41,2 <sup>1</sup>	5,9**	52,9 <sup>2</sup>
Appartenance ethnoculturelle de la famille			
Groupe majoritaire	30,6	7,0	62,4
Groupe mixte ou minoritaire	25,5*	8,1**	66,5
Travail rémunéré			
Oui	28,3	7,1*	64,6
Non	30,8	7,1	62,2
Revenu relatif <sup>(1)</sup>			
Très faible ou faible	38,9	5,6**	55,5
Moyen	31,8	6,3**	61,9
Élevé ou très élevé	25,9	8,1*	66,0

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

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la catégorie de fumeurs et le milieu familial est significatif au seuil de 0,05.

\*

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

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

La proportion de fumeurs actuels est plus faible si l'estime de soi est élevée (20 %) que si elle est moyenne ou faible (32 % et 42 % respectivement). À l'instar de la détresse psychologique, si l'on considère l'ensemble des fumeurs actuels, il est à noter que 70 % d'entre eux ont une estime de soi moyenne ou élevée (donnée non présentée).

Les adolescents de 16 ans qui ont consommé de l'alcool, des drogues ou les deux sont proportionnellement plus nombreux à fumer la cigarette que ceux qui n'en ont pas consommé (37 % c. 6 %) (tableau 8.7). Toutefois, les consommateurs d'alcool ou de drogues (ou des deux) sont à environ 55 % des non-fumeurs. Par ailleurs, on n'observe pas d'association entre le niveau d'activité physique et l'usage de la cigarette chez les jeunes de cet âge.

Tableau 8.6

**Catégorie de fumeurs selon l'indice de détresse psychologique et le niveau d'estime de soi, adolescents de 16 ans, Québec, 1999**

	Fumeurs actuels	Fumeurs débutants	Non-fumeurs
	%		
Indice de détresse psychologique <sup>†</sup>			
Faible ou moyen	26,7 <sup>1</sup>	6,7	66,6 <sup>2</sup>
Élevé	47,8 <sup>1</sup>	7,8**	44,4 <sup>2</sup>
Niveau d'estime de soi <sup>§</sup>			
Faible	42,4 <sup>3</sup>	7,5**	50,1 <sup>5</sup>
Moyen	31,7 <sup>4</sup>	6,6*	61,7 <sup>5</sup>
Élevé	20,1 <sup>3,4</sup>	7,4*	72,6 <sup>5</sup>

<sup>1-5</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la catégorie de fumeurs et l'indice de détresse psychologique est significatif au seuil de 0,05.

<sup>§</sup> Le test d'association entre la catégorie de fumeurs et le niveau d'estime de soi est significatif au seuil de 0,05.

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

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

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

Tableau 8.7

**Catégorie de fumeurs selon le polyusage d'alcool et de drogues au cours d'une période de 12 mois<sup>†</sup>, adolescents de 16 ans, Québec, 1999**

	Fumeurs actuels	Fumeurs débutants	Non-fumeurs
	%		
Aucune substance	5,6 <sup>**1</sup>	3,4 <sup>**</sup>	91,0 <sup>2</sup>
Alcool ou drogue ou les deux	37,0	7,7	55,3
Alcool ou drogue	28,8 <sup>1</sup>	7,2*	64,1 <sup>2</sup>
Alcool et drogue	49,4 <sup>1</sup>	8,6*	42,0 <sup>2</sup>

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la catégorie de fumeurs et la consommation d'alcool et de drogues est significatif au seuil de 0,05.

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

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

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

### 8.2.4 Fumée de tabac à la maison

On estime que 43 % des enfants de 9 ans vivent dans une maison où au moins une personne fume à l'intérieur à tous les jours ou presque (tableau 8.8). C'est 24 % des enfants qui habitent dans un logis où une personne fume et 19 % qui vivent dans un ménage où deux personnes et plus fument à l'intérieur de la maison sur une base quotidienne ou presque. Quelque 41 % des adolescents de 13 ans et près de la moitié (48 %) des adolescents de 16 ans habitent dans un ménage où au moins une personne fume à l'intérieur de la maison tous les jours ou presque.

Tableau 8.8  
**Nombre de personnes qui fument à la maison à tous les jours ou presque, Québec, 1999**

	Aucune	Une	Deux et plus
	%		
9 ans	57,2	24,0	18,8
13 ans	58,7	22,1	19,3
16 ans	52,2	26,1	21,7

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

En ce qui concerne le nombre de cigarettes, environ 15 % des enfants de 9 ans habitent une maison où il se fume habituellement entre 1 et 10 cigarettes par jour (tableau 8.9). Dix-neuf pour cent des jeunes de cet âge vivent dans une maison où l'on fume entre 11 et 25 cigarettes quotidiennement. Une minorité d'enfants (environ 5 %) vivent dans un ménage où l'on fume plus d'un paquet de cigarettes par jour à l'intérieur du logis.

Tableau 8.9  
**Nombre de cigarettes fumées à l'intérieur de la maison au cours d'une journée habituelle, Québec, 1999**

	Aucune	1-10	11-25	26 et plus
	%			
9 ans	60,2	15,0	19,3	5,5 *
13 ans	60,8	12,7	18,8	7,7
16 ans	54,6	16,8	15,9	12,7

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

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

Environ 13 % des adolescents de 13 ans habitent un logis où l'on fume généralement de 1 à 10 cigarettes par jour alors que 19 % vivent dans une maison où il se fume entre 11 et 25 cigarettes quotidiennement et 8 % demeurent dans un foyer où l'on fume plus d'un paquet de cigarettes par jour. Pour les adolescents de 16 ans, ces proportions sont respectivement de 17 %, 16 % et 13 %.

### 8.2.5 Politiques sur le tabac à l'école

En ce qui a trait au milieu scolaire, plus du quart (27 %) des élèves de 9 ans fréquentent une école où il n'y a aucune politique formelle concernant l'usage du tabac (tableau 8.10). Près de 41 % des enfants de cet âge vont dans une école où il leur est interdit de fumer à l'intérieur et sur le terrain de celle-ci. Moins du quart (23 %) des jeunes de 9 ans étudient dans un établissement scolaire où ils n'ont pas le droit de fumer à l'intérieur mais où ils ont le droit de le faire sur le terrain de celui-ci.

Parmi les élèves de 13 ans et 16 ans, 66 % et 86 % respectivement fréquentent un établissement scolaire où il leur est interdit de fumer partout à l'intérieur mais où il leur est permis de fumer sur le terrain de la propriété. Le quart des adolescents de 13 ans, et 12 % de ceux de 16 ans, vont dans une école où on leur interdit de fumer à la fois à l'intérieur et sur le terrain de celle-ci.

Tableau 8.10  
**Type de politique sur l'usage du tabac à l'école, Québec, 1999**

	%
9 ans	
Aucune politique formelle	27,1
Politique interdisant aux élèves de fumer à l'intérieur de l'école	23,3
Politique interdisant aux élèves de fumer à l'intérieur et sur le terrain de l'école	41,2 <sup>1</sup>
Autre	8,4
13 ans	
Aucune politique formelle	8,0
Politique interdisant aux élèves de fumer à l'intérieur de l'école	66,4
Politique interdisant aux élèves de fumer à l'intérieur et sur le terrain de l'école	25,1 <sup>1</sup>
Autre	0,5**
16 ans <sup>(1)</sup>	
Aucune politique formelle	1,8*
Politique interdisant aux élèves de fumer à l'intérieur de l'école	86,0
Politique interdisant aux élèves de fumer à l'intérieur et sur le terrain de l'école	12,3 <sup>1</sup>
Autre	—

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

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

La proportion d'élèves qui fréquentent une école où il leur est interdit de fumer tant à l'intérieur que sur le terrain de la propriété décroît avec l'âge. La proportion passe de 41 %, pour les enfants de 9 ans, à 25 % et à 12 % respectivement chez les adolescents de 13 et 16 ans.

## Conclusion

Il ne fait aucun doute que fumer la cigarette exerce un attrait qui croît avec l'âge chez les jeunes. Si environ un enfant de 9 ans sur dix (11 %) a déjà essayé de fumer une cigarette, trois adolescents de 16 ans sur quatre (74 %) ont déjà tenté l'expérience. De même, si seulement 2,1 % des enfants de 9 ans ont déjà fumé une cigarette au complet, 60 % des jeunes de 16 ans l'ont déjà fait. Qui plus est, la proportion de jeunes qui fument la cigarette soit à tous les jours, soit à l'occasion, augmente avec l'âge passant de 9 % à 13 ans à 31 % à 16 ans. Bien qu'à 13 ans, autant de filles que de garçons fument, à 16 ans, les filles sont, en proportion, plus nombreuses à fumer que les garçons (34 % c. 27 %).

L'usage de la cigarette tant par les parents et la fratrie que par les amis est associé à l'usage de la cigarette chez les adolescents de 16 ans. Les jeunes fumeurs actuels sont en proportion plus nombreux à compter des fumeurs dans leur entourage familial ou leur réseau d'amis. Toutefois, il faut être prudent dans l'interprétation de ces relations puisque bien d'autres facteurs entrent en jeu tels le niveau socioéconomique, l'origine ethnique, le sexe, l'attitude des parents face au tabagisme, etc.

Parmi les caractéristiques sociodémographiques examinées, seul le type de milieu familial est associé de façon significative à l'usage de la cigarette chez les jeunes de 16 ans. En effet, ces derniers sont proportionnellement moins nombreux à être des fumeurs actuels lorsqu'ils sont issus d'une famille biparentale (26 %) plutôt que d'une famille monoparentale (41 %). Toutefois, il est possible qu'on n'observe pas les variations habituellement rapportées dans la littérature entre la prévalence du tabagisme et certaines caractéristiques sociodémographiques, parce que la taille de l'échantillon est trop petite. Il serait fort pertinent dans l'avenir de déterminer si oui ou non il y a

une association entre la proportion de fumeurs actuels chez les jeunes et le revenu relatif du ménage, tel qu'observé généralement dans la population de 15 ans et plus (Bernier et Brochu, 2000). Cette association est confirmée dans certaines études auprès des jeunes (USDHHS, 1994) et remise en question dans d'autres (Conrad, Flay et Hill, 1992; Vitaro et autres, 1996).

Par ailleurs, la détresse psychologique et l'estime de soi sont toutes deux associées à l'usage de la cigarette chez les jeunes de 16 ans. Ainsi, les adolescents de 16 ans qui ont un indice de détresse psychologique élevé comptent une plus forte proportion de fumeurs actuels que ceux qui ont un indice faible ou moyen (48 % c. 27 %). De même, les jeunes de 16 ans qui ont une faible estime de soi détiennent une proportion de fumeurs actuels plus élevée que ceux dont l'estime de soi est de niveau moyen ou élevé.

Du point de vue de l'intervention préventive, agir sur l'estime de soi n'aurait qu'un impact limité puisque seulement 30 % des jeunes fumeurs actuels ont une estime de soi faible. De même, en ciblant les jeunes qui ont un niveau de détresse psychologique élevé, on exclurait une majorité de jeunes en proie à devenir des fumeurs actuels puisque 70 % des fumeurs actuels ont un niveau de détresse psychologique faible ou moyen. De plus, dans ce dernier cas, il faudrait déterminer si c'est le fait de fumer la cigarette qui engendre la détresse psychologique ou l'inverse.

Enfin, la consommation d'alcool ou de drogues (ou des deux) est associée à l'usage de la cigarette chez les jeunes de 16 ans. Les jeunes qui consomment de l'alcool ou de la drogue, ou les deux, fument dans une plus grande proportion que ceux qui ne consomment aucune de ces substances. Toutefois, puisque les jeunes consommateurs de ces substances sont majoritairement des non-fumeurs (55 %), on peut questionner l'hypothèse selon laquelle le tabagisme serait la porte d'entrée principale à la consommation d'alcool ou de drogues. Cependant, une enquête

transversale ne permet pas de le vérifier et, comme il a déjà été souligné, bien d'autres facteurs entrent en jeu.

Concernant le tabagisme à la maison, environ 57 % des enfants de 9 ans vivent dans un foyer où personne ne fume à l'intérieur chaque jour ou presque. Puisque vraisemblablement aucun enfant de cet âge ne fume régulièrement dans la maison, on peut donc extrapoler que 43 % d'entre eux sont exposés à la fumée de tabac des autres fumeurs à la maison chaque jour ou presque. Par contre, pour ce qui est des 13 et 16 ans, une telle extrapolation ne peut être faite puisque l'information donnée par le parent ne précise pas si la ou les personnes qui fument incluent le jeune. Il serait pertinent à l'avenir, de documenter l'exposition des jeunes à la fumée de tabac dans l'environnement à la maison afin de mieux mesurer les effets de diverses interventions de santé publique visant à réduire le tabagisme et l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.

Enfin, à l'égard des politiques sur l'usage du tabac en vigueur dans les écoles en 1999, seulement 64 % des élèves de 9 ans fréquentent une école où il est interdit de fumer à l'intérieur, ou à la fois à l'intérieur et sur le terrain de l'école. Cela s'explique probablement par le fait que les enfants de cet âge ne fument généralement pas. Par conséquent, la direction de l'école peut ne pas avoir ressenti le besoin de se doter d'une politique à l'intention des élèves. Par contre, chez les 13 et 16 ans qui vont dans une école secondaire, cette proportion monte à 91 % et 98 % respectivement. Dorénavant, avec la nouvelle Loi sur le tabac, entrée en vigueur le 17 décembre 1999, il est interdit de fumer partout à l'intérieur des établissements scolaires.

Par ailleurs, la proportion de jeunes fréquentant une école où il leur est à la fois interdit de fumer à l'intérieur et sur le terrain de l'établissement décroît avec l'âge. Cette proportion passe de 41 % pour les 9 ans à 25 % pour les 13 ans et à 12 % pour les 16 ans. Il semble que plus les jeunes vieillissent plus les normes deviennent permissives. Bien que la Loi sur le tabac ne

statue pas sur l'usage du tabac sur le terrain de l'école, il serait intéressant de voir au fil des ans la proportion d'écoles qui, dans une perspective de prévention du tabagisme et de protection des non-fumeurs, se doteront d'une politique interdisant de fumer sur leur terrain.



## Bibliographie

- BERNIER, S., et D. BROCHU (2000). « Usage du tabac » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 3, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 99-115.
- BRESLAU, N., et E. L. PERSON (1996). « Smoking cessation in young adults : age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences », *American Journal of Public Health*, vol. 86 p. 214-220.
- CONRAD, K. M., B. R. FLAY et D. HILL (1992). « Why children start smoking cigarettes : predictors of onset », *British journal of addiction*, vol. 87, p. 1711-1724.
- DIFRANZA, J. R., N. A. RIGOTTI, A. D. MCNEILL et autres (2000). « Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents », *Tobacco control*, vol. 9, p. 313-319.
- ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY (1997). *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke, final report*, California, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 49 p.
- LOISELLE, J. (1999). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 105 p.
- LOISELLE, J. (2001). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000 - Volume 1*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 123 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.
- PIERCE, J. P., et E. GILPIN (1996). « How long will today's new adolescent smoker be addicted to cigarettes? », *American Journal of Public Health*, vol. 86, p. 253-256.
- ROJAS, N. L., J. D. KILLEN, F. HAYDEL et T. N. ROBINSON (1998). « Nicotine dependence among adolescent smokers », *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, vol. 152, p. 151-156.
- SANTÉ CANADA, STEPHENS, T., et M. MORIN, rédacteurs (1996). *Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes : rapport technique*, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 224 p.
- STANTON, W. R., J. B. LOWE et P. A. SILVA (1995). « Antecedents of vulnerability and resilience to smoking among adolescents », *The journal of adolescent health : official publication of the Society for adolescent medicine*, vol. 16, p. 71-77.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1994). *Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General*, Atlanta, Georgia, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, US Government Printing Office Publication n° S/N 017-001-00491-0.
- VITARO, F., R. BAILLARGEON, D. PELLETIER, M. JANOSZ et C. GAGNON (1996). « Prédiction de l'initiation au tabagisme chez les jeunes », *Psychotropes-R.I.T.*, vol. 3, p. 71-85.



# Consommation de substances psychoactives

**Pauline Morissette**  
École de service social

**Nicole Dedobbeleer**  
Département d'administration de la santé

**Musuk Rojas Viger**  
Département de psychologie

Université de Montréal

## Introduction

La consommation de substances psychoactives (alcool, drogues illégales, médicaments psychotropes obtenus sans ordonnance) chez les adolescents est actuellement une préoccupation internationale. Dans les années 80, on a noté dans plusieurs pays une diminution de la consommation de diverses substances chez les jeunes (Barnes et autres, 1997) mais, depuis le début des années 90, on rapporte dans plusieurs enquêtes nationales une hausse de l'usage d'alcool, de drogues et de cigarettes chez les adolescents du milieu scolaire (Johnston, O'Malley et Bachman, 1995; Merrill et autres, 1999; Anvers et Choquet, 1999; Bauman et Phongsavan, 1999; Adlaf, Paglia et Ivis, 1999). De plus, cette consommation d'alcool et de drogues illicites est souvent associée à des problèmes sociaux et de santé tels que la violence, le suicide, la grossesse à l'adolescence, les maladies transmises sexuellement, la dépression ou à une piètre performance scolaire (Sells et Blum, 1996; King et autres, 1996).

Les données de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* (ESSEA) présentées dans ce chapitre documentent la situation de consommation de substances psychoactives des jeunes québécois de 9, 13 et 16 ans dans le but d'aider à prévenir et à réduire leur consommation. Dans ce chapitre, la consommation de substances réfère à la consommation d'alcool, de drogues illégales ou au polyusage. Les résultats permettent de rendre

compte de l'usage de substances plutôt que d'une consommation problématique.

### *Ampleur de la consommation d'alcool ou de drogues et pratiques de consommation*

Dans l'enquête menée par Santé Canada (1995) auprès des jeunes de 11 à 17 ans, 21 % des jeunes de 11 à 13 ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédant l'enquête. Parmi les buveurs actuels, 5 % ont dit en avoir consommé tous les mois et la moitié des buveurs de bière ont rapporté boire quatre verres ou plus d'alcool à chaque occasion. Au Québec, une enquête publiée par le ministère de l'Éducation (1994) indique qu'environ 65 % des garçons ou des filles du secondaire ont rapporté avoir déjà consommé de l'alcool. Deschesnes et Schaefer (1997) ont montré que, dans l'Outaouais, 4,2 % des jeunes de 12 à 13 ans et 10,1 % des jeunes de 14 à 15 ans déclaraient consommer de l'alcool régulièrement (au moins à toutes les semaines). Des études provinciales indiquent que la consommation d'alcool pourrait être à la hausse. En Nouvelle-Écosse, on a observé une hausse de 12 % de la consommation d'alcool en 1998 (57 %) par rapport à 1991. Les résultats indiquent aussi que 21 % des élèves de 7e année et 58 % des élèves de 9e année ont dit avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédant l'enquête. On retrouve le même phénomène à Terre-Neuve et au Labrador. C'est en Ontario que l'on observe le pourcentage le plus élevé des élèves de 7e année (32 %) qui ont dit en

avoir consommé au cours d'une période d'un an (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999).

Une enquête nationale américaine menée auprès des étudiants du secondaire (2<sup>e</sup> à 5<sup>e</sup>) signale, quant à elle, que 41 % des jeunes ont bu de l'alcool fréquemment au cours de leur vie (10 fois ou plus) (Merrill et autres, 1999). Une autre étude effectuée dans l'État de New York révèle aussi que plusieurs jeunes sont aux prises avec des problèmes de consommation plus tôt que par le passé (Barnes et autres, 1997).

Les écrits indiquent finalement que, dans les pays industrialisés, presque tous les jeunes rapportent avoir consommé de l'alcool avant la fin de leurs études secondaires et qu'au moins le tiers rapportent l'avoir fait de façon risquée au moins une fois (Sells et Blum, 1996). D'autres écrits mentionnent encore que, plus on commence à consommer précocement de l'alcool, plus on a tendance à devenir un buveur excessif et à avoir des problèmes avec l'alcool, tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (Hawkins, Catalano et Miller, 1992; Gruber et autres, 1996; Hawkins et autres, 1997), ou encore que l'on est plus enclin à progresser vers l'usage des drogues illicites (Yu et Williford, 1994; Kandel et Yamaguchi, 1993). Enfin, boire jusqu'à l'intoxication apparaît comme un comportement de consommation plus commun chez les jeunes que chez les adultes et à la hausse depuis 1993 (Bauman et Phongsavan, 1999).

Concernant la drogue, au Québec, l'enquête de Deschesnes et Schaefer (1997) portant sur le style de vie des jeunes du secondaire dans l'Outaouais révèle que près d'un jeune sur quatre (25 %) avait consommé du cannabis au moins une fois au cours des six mois précédant l'enquête, alors que la consommation de cocaïne et de colle était marginale. La tendance à la consommation hebdomadaire de cannabis y est à la hausse, soit 10 % en 1996 au lieu de 3 % en 1991, et l'augmentation la plus forte au cours de la même période s'est produite chez les 14-15 ans – six fois plus

élevée – alors que chez les 12-13 ans elle est quatre fois plus élevée. Les taux déclarés dans les provinces de l'Atlantique sont semblables et souvent supérieurs (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999).

L'usage des drogues illicites au cours de la vie a été rapporté par 45 % des garçons et 40 % des filles chez les adolescents du Royaume-Uni et environ un huitième de ces adolescents a révélé avoir fait usage des hallucinogènes (Miller et Plant, 1996). Une prévalence à vie semblable est rapportée chez les adolescents américains (Bauman et Phongsavan, 1999). La prévalence à vie de la marijuana est estimée à 34 % chez les adolescents de la Nouvelle-Zélande (Coggan et autres, 1997) et à 27 % chez les jeunes Suisses (Konings et autres, 1995). L'usage d'héroïne et de cocaïne, quant à lui, serait observé pour environ 3 % des adolescents suisses et des jeunes Grecs (Madianos et autres, 1995). Un bon nombre de jeunes à travers le monde ont donc déjà pris de la drogue. La drogue illicite la plus fréquemment consommée par les jeunes est la marijuana. Certains écrits révèlent une augmentation de l'usage de la marijuana avec l'âge, une consommation plus élevée chez les garçons que chez les filles et des différences dans la consommation selon la race ou l'origine ethnique (Merrill et autres, 1999).

Par ailleurs, dans l'ensemble, les études montrent que les adolescents sont plus enclins à consommer diverses substances que les adolescentes, à en consommer plus souvent et à boire plus d'alcool par occasion. Toutefois, quelques études, dont une québécoise, indiquent que les filles consomment diverses drogues dans des proportions relativement semblables à celles des garçons (Brochu et autres, 1997). Il semble aussi, selon une recherche française, que les garçons commencent à consommer de l'alcool plus jeunes que les filles et qu'ils ont une consommation plus régulière (à chaque semaine) et leur première expérience d'ébriété plus tôt que les filles (Anvers et Choquet, 1999).

### *Facteurs de risque*

De nombreuses études ont été menées durant les deux dernières décennies dans le but de retracer les facteurs de risque associés à la consommation de substances à l'adolescence. Selon Swadi (1999), « plus de soixante-dix facteurs individuels ont été identifiés comme pouvant augmenter l'usage de substances ou interagir avec d'autres facteurs » (p. 220). Tous ces facteurs de risque peuvent contribuer à l'initiation, au maintien ou à l'escalade de la consommation. Jusqu'ici nous en savons plus sur ce qui peut rendre les adolescents vulnérables que sur ce qui peut réduire leur risque d'usage de substances (Swadi, 1999).

Parmi les facteurs individuels associés à la consommation des enfants et des adolescents, on retrouve une faible estime de soi, bien qu'il n'y ait pas consensus sur ce point, de faibles attentes concernant la réussite scolaire, une faible performance scolaire, une plus grande vulnérabilité au décrochage scolaire, un sentiment d'impuissance et de désengagement social (Swadi, 1999).

En ce qui concerne les facteurs relevant du contexte familial, des auteurs ont signalé, par exemple, une relation positive entre le statut socioéconomique des familles et la consommation d'alcool chez les adolescents (Millstein et autres, 1992). Ainsi, avoir plus d'argent à consacrer à la consommation amènerait à consommer plus souvent (Connolly et autres, 1992). L'usage par les parents de drogues ou d'alcool (Kandel, 1982; Swadi, 1999), la mésentente des parents et les perturbations familiales (Stoker et Swadi, 1990; Isohanni et autres, 1994), l'absence de supervision parentale de même que l'autorité parentale inconsistante, exagérée ou totalement absente seraient d'autres facteurs dits familiaux augmentant le risque d'usage chez les adolescents. En revanche, un grand attachement à la mère (Zhang, Welte et Wieczorek, 1999), un attachement plus général à la famille (Jessor et Nessor, 1977), le soutien parental (Wills et Cleary, 1996), une affection mutuelle entre parents et

adolescents (Brook et autres, 1996) seraient des facteurs de protection quant à la consommation des adolescents.

Dans ce chapitre, nous présentons tout d'abord les aspects méthodologiques se rapportant aux questions utilisées pour mesurer la consommation d'alcool et de drogues. Suit l'exposé des résultats sur les comportements de consommation des enfants (9 ans) et des adolescents (13 et 16 ans) ainsi que sur les conséquences de ces comportements chez les adolescents. Cette section porte aussi sur les facteurs associés aux comportements de consommation d'alcool et de drogues. La dernière section présente les conclusions relatives à ce thème de l'étude.

## **9.1 Aspects méthodologiques**

### **9.1.1 Alcool**

La consommation d'alcool chez les adolescents de 13 et 16 ans a été mesurée par l'usage (A108, Q121), la quantité consommée par occasion au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (A110, Q123), la fréquence de consommation (question adaptée de Botvin et autres, 1990) au cours de la même période (A109, Q122) et au cours des 4 semaines ayant précédé l'enquête (A112, Q125). Un indicateur en trois catégories a été créé pour mesurer la fréquence de consommation : aucune consommation ou juste pour goûter, moins d'une fois par mois ou à peu près chaque mois, à peu près chaque semaine. La variable « quantité d'alcool consommée par occasion » réfère au nombre habituel de consommations d'alcool par occasion chez les adolescents. Elle a été mesurée par une question ouverte : « Au cours des 12 derniers mois, combien de consommations as-tu prises habituellement à chaque occasion? » (A110, Q123). La mesure de référence a été fixée à 5 verres ou plus par occasion, comme dans la plupart des enquêtes, et a été considérée comme un indicateur de consommation à risque chez les adolescents. Une question ouverte (A111, Q124) mesure l'âge de la première consommation d'alcool.

Chez les enfants (E42) comme chez les parents (PE74, PA60), l'usage a été mesuré en même temps que la fréquence de consommation. On entend par usage chez les enfants, la consommation d'au moins un verre de vin, de bière ou d'autre alcool (gin, rye, vodka). Une échelle en quatre points variant de « oui, environ toutes les semaines » à « non, jamais » mesurait la fréquence de leur consommation.

Pour évaluer la fréquence de consommation chez les parents, nous nous sommes référés à une question de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (Chevalier et Lemoine, 2000a). Deux niveaux de fréquence de consommation d'alcool ont été mesurés : une consommation régulière et une consommation occasionnelle ou nulle. La catégorie « moins d'une fois par mois » et celle « une ou deux fois par mois » correspondent à une consommation occasionnelle ou nulle, et les catégories « chaque jour » ou « chaque semaine » équivalent à une consommation régulière (PA60, PE74). La fréquence des épisodes de consommation de 5 verres et plus (PA61, PE75) a été mesurée par le nombre de fois où 5 consommations ou plus ont été prises dans une même occasion au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

À noter que le parent invité à répondre était celui qui connaît le mieux l'enfant et qu'il s'agit d'une femme dans 75 % à 80 % des cas, ce qui peut influencer les données sur la consommation d'alcool ou de drogues des parents. De plus, les variables impliquant une question aux parents excluent les jeunes de 16 ans qui ne sont plus inscrits à l'école secondaire (4,3 % des jeunes).

Les questions définissent une consommation à la manière des autres enquêtes québécoises : une consommation équivaut à une petite bouteille de bière (12 onces ou 360 ml), un petit verre de vin (4-5 onces ou 120-150 ml) ou un petit verre de boisson forte ou de spiritueux (1-1 1/2 once avec ou sans mélange). Par deux consommations, on entend une grosse bouteille de bière (environ 25 onces ou 750 ml) ou une double

portion de boisson forte ou une consommation accompagnée d'une bière (beer chaser).

### 9.1.2 Drogues

L'usage de drogues a été mesuré par une question dichotomique (oui/non) chez les enfants et les adolescents (E43, A113, Q126). Chez les parents, il a été mesuré par une question dichotomique pour cinq items (question adaptée de Deschesnes et Schaefer, 1997) représentant les substances psychoactives suivantes : marijuana, amphétamines, cocaïne, hallucinogènes, tranquillisants mineurs (PE76, PA62). Pour les adolescents de 13 et 16 ans, la fréquence de consommation de drogues a été mesurée à la manière de Botvin et autres (1990) par une échelle en quatre points allant de « jamais ou juste pour essayer » à « à peu près chaque semaine » (A114, Q127), pour chacune des substances suivantes : marijuana ou hachisch, solvant volatil, cocaïne, hallucinogènes, tranquillisants mineurs sans prescription du médecin, autres drogues. L'âge de la première consommation d'une drogue chez les adolescents a été mesuré par une question ouverte (A115, Q128) comme celle pour l'âge de la première consommation d'alcool.

Trois conséquences associées à la consommation d'alcool ou de drogues au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (A117) ont été tirées de Poulin et Elliott (1997) : une consommation qui a nui aux études, qui a entraîné des problèmes avec les amis ou la famille ou des blessures corporelles chez l'adolescent.

Un indicateur de polyusage a été élaboré à partir des questions sur l'usage et sur la fréquence de consommation d'alcool ou de drogues au cours d'une période de 12 mois, distinguant les catégories suivantes : aucune substance (ou juste pour essayer), alcool ou drogue, alcool et drogue. La consommation simultanée d'alcool et d'autres drogues a été mesurée par la question suivante chez les adolescents de 13 et 16 ans : « As-tu consommé de l'alcool alors que tu prenais de la drogue? » (A116, Q129)

La non-réponse partielle aux diverses questions est en général à moins de 5 %, à l'exception des cas suivants. La non-réponse à la question sur le nombre habituel de consommations d'alcool par occasion (A110, Q123) est de 5,2 % chez les 16 ans. Pour ce groupe d'âge, la question sur la fréquence de consommation des drogues (A114, Q127), à l'exception de la marijuana, présente une non-réponse allant de 5,3 % à 6,4 % selon le type de drogues. La non-réponse à ces questions est un peu plus élevée chez les adolescents de 13 ans, soit entre 12,1 % et 13,9 % selon le type de drogues; elle n'est cependant pas reliée au sexe, à l'année d'études à laquelle l'adolescent est inscrit ni à aucune autre variable pertinente. Les adolescents de 13 ans ont aussi moins répondu à la question A117b et c, portant sur deux conséquences possibles de la consommation d'alcool ou de drogues (problèmes avec la famille ou les amis, blessures corporelles), avec des taux respectifs de non-réponse de 5,3 % et de 5,1 %. Il ne devrait pas y avoir de biais lié à la non-réponse qui ne soit déjà inclus dans la marge d'erreur des estimations.

## 9.2 Résultats

### 9.2.1 Consommation d'alcool chez les enfants et les adolescents

Environ un quart (25 %) des enfants de 9 ans déclarent avoir consommé de l'alcool au cours d'une période de 12 mois (tableau 9.1). Près de 20 % disent consommer de l'alcool lors d'occasions spéciales, 2,8 % environ tous les mois et 1,8 % environ toutes les semaines. Proportionnellement, plus de garçons que de filles consomment dans des occasions spéciales (23 % c. 16 %).

Pour la même période de 12 mois, on estime que 2,7 % des jeunes de 13 ans consomment de l'alcool à peu près chaque semaine et que près d'un quart (24,3 %) consomment à peu près chaque mois ou moins d'une fois par mois (tableau 9.2). Les jeunes de 16 ans consomment dans des proportions plus élevées que ceux de 13 ans à ces fréquences. Les garçons de 16 ans consomment de l'alcool, toutes proportions gardées, plus fréquemment que les filles : 24 % en consomment « à peu près chaque semaine », contre 16 % des filles. Aucune différence significative selon le sexe n'est observée pour les 13 ans.

Tableau 9.1

#### Consommation d'alcool au cours d'une période de 12 mois selon le sexe<sup>†</sup>, enfants de 9 ans, Québec, 1999

	Jamais	Occasions spéciales	Environ tous les mois	Environ toutes les semaines
	%			
Garçons	69,9 <sup>1</sup>	23,5 <sup>2</sup>	4,5 *	2,2 **
Filles	81,2 <sup>1</sup>	16,3 <sup>2</sup>	1,1 **	1,3 **
<b>Sexes réunis</b>	<b>75,5</b>	<b>20,0</b>	<b>2,8 *</b>	<b>1,8 *</b>
<b>Pe '000</b>	<b>67,7</b>	<b>17,7</b>	<b>2,5</b>	<b>1,6</b>

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la consommation d'alcool et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

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

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

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

Tableau 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**

	Aucune ou juste pour goûter	Moins d'une fois/mois ou à peu près chaque mois	À peu près chaque semaine
	%		
<b>13 ans</b>			
Garçons	71,3	25,0	3,7*
Filles	74,7	23,7	1,6**
<b>Sexes réunis</b>	<b>73,0<sup>1</sup></b>	<b>24,3<sup>2</sup></b>	<b>2,7<sup>*3</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>62,8</b>	<b>21,0</b>	<b>2,3</b>
<b>16 ans<sup>†</sup></b>			
Garçons	22,3	53,3	24,5 <sup>4</sup>
Filles	24,8	59,0	16,2 <sup>4</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>23,5<sup>1</sup></b>	<b>56,1<sup>2</sup></b>	<b>20,4<sup>3</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>20,3</b>	<b>48,5</b>	<b>17,7</b>

<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la consommation d'alcool et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

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

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

Le tableau 9.3 présente les modalités de consommation des adolescents, parmi ceux qui ont consommé au cours d'une période de 12 mois. On estime que les jeunes de 16 ans sont proportionnellement plus nombreux que ceux de 13 ans à consommer de l'alcool chaque semaine (16 % c. 5 %), lorsque la fréquence est mesurée sur quatre semaines. Les jeunes de 16 ans sont également plus susceptibles que les jeunes de 13 ans de consommer 5 verres ou plus par occasion au cours d'une période de 12 mois (30 % c. 11 %).

Quelques différences sont aussi observées selon le sexe. Les garçons de 16 ans sont proportionnellement plus nombreux que les filles du même âge à consommer habituellement 5 verres et plus par occasion (38 % c. 22 %). Chez les 13 ans, la différence entre les garçons (13 %) et les filles (8 %) n'est pas significative d'un point de vue statistique. On observe également une association significative entre le sexe et la fréquence de consommation au cours d'une période de quatre semaines chez les adolescents de 16 ans.

Quand on examine l'âge de la première consommation d'alcool chez les 13 ans, on évalue que parmi ceux qui consomment, les garçons ont commencé plus jeunes que les filles (42 % c. 26 %), soit vers l'âge de 10 ans ou moins (tableau 9.3). Quelque 40 % des filles mentionnent avoir commencé à boire de l'alcool à 12 ans, contre 30 % des garçons, différence non significative d'un point de vue statistique. Chez les 16 ans également, plus de garçons que de filles ont commencé à 10 ans ou moins (7 % c. 3,6 %), parmi ceux qui consomment. Presque la moitié des garçons et des filles de 16 ans déclarent avoir commencé à consommer à 14 ans ou plus.

L'âge de la première consommation d'alcool est associé à la fréquence de consommation chez les jeunes de 16 ans (tableau 9.4). Parmi les adolescents de 16 ans qui ont commencé à 13 ans ou moins, de 30 % à 57 % consomment à peu près chaque semaine, contre 17 % de ceux qui ont commencé à 14 ans ou plus. Ainsi, plus les adolescents de cet âge déclarent avoir commencé jeunes à consommer, plus ils rapportent consommer fréquemment.



Tableau 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**

	13 ans			16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Fréquence de consommation sur 4 semaines <sup>†</sup>						
Aucune	23,2*	31,6	<b>27,0</b>	16,1 <sup>2</sup>	23,3 <sup>2</sup>	<b>19,6</b>
Occasions spéciales	35,4	37,8	<b>36,5</b>	30,0	29,4	<b>29,7</b>
De temps en temps	34,7	27,4*	<b>31,4</b>	36,0	33,6	<b>34,8</b>
Chaque semaine	6,7**	3,2**	<b>5,1*<sup>1</sup></b>	17,9	13,7	<b>15,8<sup>1</sup></b>
Nombre habituel de consommations par occasion sur 12 mois <sup>§</sup>						
Moins de 5	87,0	92,3	<b>89,4</b>	62,4	77,9	<b>70,0</b>
5 et plus	13,0*	7,8**	<b>10,6*<sup>3</sup></b>	37,6	22,1	<b>30,1<sup>3</sup></b>
Âge de la première consommation <sup>‡</sup>						
10 ans ou moins	42,4 <sup>4</sup>	25,5* <sup>4</sup>	<b>34,7</b>	7,5* <sup>5</sup>	3,6** <sup>5</sup>	<b>5,6*</b>
11 ans	15,5*	17,7*	<b>16,5*</b>	4,2*	4,4*	<b>4,3*</b>
12 ans	30,3	40,3	<b>34,9</b>	20,2	18,8	<b>19,5</b>
13 ans	11,9*	16,5*	<b>14,0*</b>	18,0 <sup>6</sup>	26,6 <sup>6</sup>	<b>22,2</b>
14 ans ou plus	...	...	...	50,1	46,6	<b>48,4</b>

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la fréquence de consommation sur 4 semaines et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre le nombre habituel de consommations par occasion et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

<sup>‡</sup> Le test d'association entre l'âge de la première consommation et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

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

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

Tableau 9.4

**Fréquence de consommation d'alcool au cours d'une période de 12 mois selon l'âge de la première consommation<sup>†</sup>, adolescents de 16 ans ayant consommé, Québec, 1999**

	Moins d'une fois par mois	À peu près chaque mois	À peu près chaque semaine
	%		
10 ans ou moins	10,7** <sup>1</sup>	32,5*	56,8 <sup>2</sup>
11 ans	24,5**	34,5**	41,0* <sup>3</sup>
12 ans	22,3*	44,8	32,9 <sup>4</sup>
13 ans	26,9	42,8	30,4 <sup>5</sup>
14 ans ou plus	47,8 <sup>1</sup>	34,9	17,3 <sup>2,3,4,5</sup>

<sup>1-5</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la fréquence de consommation d'alcool et l'âge de la première consommation est significatif au seuil de 0,05.

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

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

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

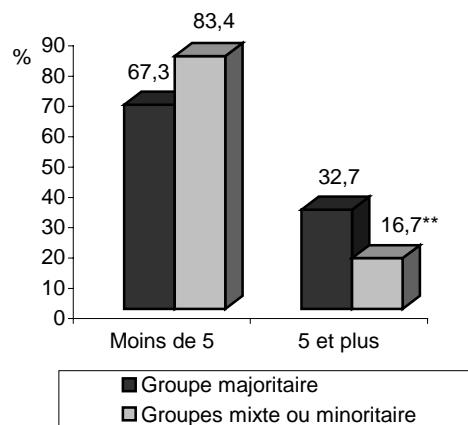
La figure 9.1 montre que, toutes proportions gardées, les jeunes appartenant au groupe ethnoculturel majoritaire sont significativement plus nombreux que ceux des groupes mixte ou minoritaire (33 % c. 17 %) à consommer 5 verres et plus par occasion. On n'observe pas d'association entre la fréquence de consommation d'alcool des 16 ans et leur appartenance ethnoculturelle. Il n'y en a pas non plus entre la fréquence de consommation d'alcool ou le nombre de consommations prises par occasion, et le revenu relatif du ménage chez les 16 ans (données non présentées). Pour les 13 ans, les données ne nous permettent pas d'établir d'associations entre l'appartenance ethnoculturelle de la famille ou le revenu du ménage, et la fréquence de consommation ou le nombre de consommations prises par occasion (données non présentées).

### 9.2.2 Consommation de drogues chez les enfants et les adolescents

Très peu d'enfants de 9 ans ont consommé de la drogue au cours de leur vie (2 %). Une différence est observée entre les proportions des filles (1,0 %) et des garçons (2,5 %) de cet âge qui en ont déjà consommé (données non présentées).

Chez les adolescents de 13 ans, 15 % en ont déjà consommé alors que les 16 ans sont beaucoup plus nombreux, proportionnellement, à l'avoir déjà fait (58 %) (tableau 9.5). Chez les 13 ans et les 16 ans, on note des proportions semblables de consommateurs chez les garçons et les filles, que ce soit au cours de la vie ou d'une période de 12 mois.

Figure 9.1  
Nombre habituel de consommations d'alcool par occasion selon l'appartenance ethnoculturelle de la famille<sup>†</sup>, adolescents de 16 ans ayant consommé au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1999



<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre habituel de consommations et l'appartenance ethnoculturelle est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Tableau 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

	Au cours de la vie	Au cours de 12 mois
	%	
13 ans		
Garçons	16,7	12,6
Filles	13,8	9,6
<b>Sexes réunis</b>	<b>15,3<sup>1</sup></b>	<b>11,2<sup>2</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>13,1</b>	<b>9,6</b>
16 ans		
Garçons	58,8	49,8
Filles	56,9	45,0
<b>Sexes réunis</b>	<b>57,8<sup>1</sup></b>	<b>47,4<sup>2</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>47,4</b>	<b>41,0</b>

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

Environ 85 % des jeunes de 13 ans ayant déjà consommé de la drogue rapportent s'être initiés à la drogue à partir de 12 et 13 ans (tableau 9.6). On estime que près des deux tiers des jeunes de 16 ans ont commencé à en consommer avant l'âge de 14 ans. Il est remarquable de constater que les garçons et les filles commencent à consommer de la drogue au même âge (données non présentées).

Le tableau 9.7 présente la fréquence de consommation de la marijuana au cours d'une période de 12 mois. Les résultats montrent que la marijuana est la drogue privilégiée par les jeunes consommateurs de 13 ans et de 16 ans. De plus, toutes proportions gardées, on observe que les jeunes de 16 ans sont plus nombreux à en consommer que ceux de 13 ans, que ce soit moins qu'à chaque semaine (29 % c. 8 %) ou à peu près chaque semaine (17 % c. 2,4 %).

Tableau 9.6  
**Âge de la première consommation d'une drogue, adolescents de 13 ans et 16 ans ayant consommé, Québec, 1999**

	13 ans	16 ans
	%	
8 à 10 ans	4,2**	1,2**
11 ans	10,4*	2,9*
12 ans	44,1	11,1
13 ans	41,4	23,1
14 ans	...	32,2
15 ans	...	24,1
16 ans	...	5,3*

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

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

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

Tableau 9.7  
**Fréquence de consommation de marijuana au cours d'une période de 12 mois, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	13 ans	16 ans
	%	
Aucune ou juste pour essayer	89,4 <sup>1</sup>	53,6 <sup>1</sup>
Moins qu'à chaque semaine	8,2 <sup>2</sup>	29,5 <sup>2</sup>
À peu près chaque semaine	2,4 <sup>*3</sup>	16,9 <sup>3</sup>

<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

La consommation des autres drogues est présentée sans distinction de la fréquence, en raison de l'imprécision des estimations (tableau 9.8). En proportion, les adolescents de 16 ans sont plus nombreux que ceux de 13 ans à consommer de la cocaïne, des hallucinogènes, des tranquillisants et d'autres drogues. Après la marijuana (46 %) (présenté au tableau précédent), les hallucinogènes viennent au second rang (15 %) des produits illicites consommés par les adolescents de 16 ans. Toutefois, la presque totalité (14 %) en consomme de façon occasionnelle (donnée non présentée).

Tableau 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**

	13 ans	16 ans
	%	
Colle	0,2**	0,7**
Cocaïne	0,1** <sup>1</sup>	2,1* <sup>1</sup>
Hallucinogènes	2,1* <sup>2</sup>	15,1 <sup>2</sup>
Tranquillisants	0,5** <sup>3</sup>	2,0* <sup>3</sup>
Autres drogues	1,0** <sup>4</sup>	3,5* <sup>4</sup>

<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

L'appartenance ethnoculturelle de la famille est significativement liée à la consommation de drogues des 13 ans et 16 ans (tableau 9.9). À ces âges, les adolescents du groupe majoritaire sont, en proportion, plus nombreux que ceux des groupes minoritaire ou mixte à en avoir déjà consommé (17 % c. 4 % à 13 ans,

et 60 % c. 44 % à 16 ans). Toutefois, on ne note pas d'association entre le revenu de la famille et la consommation de drogues (données non présentées).

Tableau 9.9  
**Consommation de drogues au cours de la vie selon l'appartenance ethnoculturelle de la famille<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	13 ans	16 ans
	%	
Groupe majoritaire	16,8	60,2
Groupe mixte ou minoritaire	3,8**	43,9

<sup>†</sup> Le test d'association entre la consommation de drogues au cours de la vie et l'appartenance ethnoculturelle est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 et 16 ans.

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

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

Les données révèlent qu'environ 7 % des jeunes consommateurs de 13 ans ont déclaré un polyusage de l'alcool et de la drogue, sur une période de 12 mois, comparativement à 32 % des 16 ans (tableau 9.10). On estime que le polyusage est présent autant chez les filles que chez les garçons de 13 et 16 ans.

Tableau 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**

	Aucune substance	Alcool ou drogues	Alcool et drogues
	%		
13 ans			
Garçons	67,9	24,3	7,8*
Filles	71,6	23,0	5,4*
<b>Sexes réunis</b>	<b>69,8<sup>1</sup></b>	<b>23,7<sup>2</sup></b>	<b>6,6<sup>3</sup></b>
16 ans			
Garçons	18,5	50,5	31,0
Filles	20,9	46,4	32,7
<b>Sexes réunis</b>	<b>19,7<sup>1</sup></b>	<b>48,5<sup>2</sup></b>	<b>31,8<sup>3</sup></b>

<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

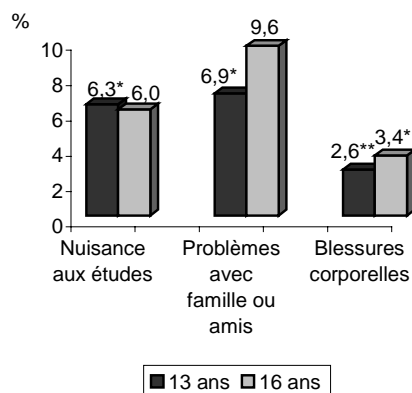
Parmi ceux qui consomment les deux substances, la consommation simultanée d'alcool et de drogues (« Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé de l'alcool alors que tu prenais de la drogue? ») est pratiquée par environ 34 % des adolescents de 13 ans et 72 % de ceux de 16 ans (données non présentées).

### 9.2.3 Conséquences de la consommation d'alcool ou de drogues chez les adolescents

Plus de 9 adolescents sur 10 déclarent que la consommation d'alcool ou de drogues n'a pas nui à leurs études. Autant de jeunes disent que cette consommation n'a pas causé de problèmes avec leur famille ou leurs amis ou n'a pas entraîné chez eux de blessures corporelles (figure 9.2). Néanmoins, environ 6 % des consommateurs de 13 ans ou de 16 ans révèlent que cette consommation a nui à leurs études. De plus, 7 % des 13 ans et 10 % des 16 ans mentionnent que cette consommation a entraîné des problèmes avec les amis ou la famille.

Le polyusage de drogues ou d'alcool est associé aux deux conséquences suivantes chez les 16 ans. En effet, les polyusagers de cet âge sont proportionnellement plus nombreux à avoir eu des problèmes dans leurs études ou avec la famille et les amis que ceux qui ont consommé une seule de ces substances (tableau 9.11). Chez les 13 ans cependant, le faible nombre de consommateurs ne permet pas de vérifier s'il existe des associations significatives.

Figure 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**



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

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

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

Tableau 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**

	Nuisance aux études		Problèmes avec la famille ou les amis	
	Oui	Non	Oui	Non
	%			
13 ans				
Alcool ou drogues	4,6 **	95,4	4,9 **	95,1
Alcool et drogues	9,8 **	90,2	15,1 **	84,9
16 ans <sup>†</sup>				
Alcool ou drogues	4,6 *	95,4	7,4 **	92,7
Alcool et drogues	8,4 *	91,6	12,9 *	87,1

<sup>†</sup> Les tests d'association entre la nuisance aux études et le polyusage et entre les problèmes avec la famille ou les amis et le polyusage, sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

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

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

**9.2.4 Facteurs associés à la consommation d'alcool ou de drogues chez les adolescents**

**Facteurs associés à la consommation d'alcool**

La fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois varie chez les jeunes de 16 ans selon la perception de leurs résultats scolaires en langue d'enseignement, lesquels sont une mesure de réussite scolaire (tableau 9.12). Cette variation n'apparaît pas pour le nombre habituel de consommations par occasion (données non présentées).

Tableau 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<sup>†</sup>, adolescents de 16 ans ayant consommé<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

	Moins d'une fois par mois	À peu près chaque mois	À peu près chaque semaine
	%		
Au-dessus de la moyenne	42,4	35,9	21,8
Dans la moyenne	32,8	40,6	26,6
En dessous de la moyenne	29,3	39,3	31,5

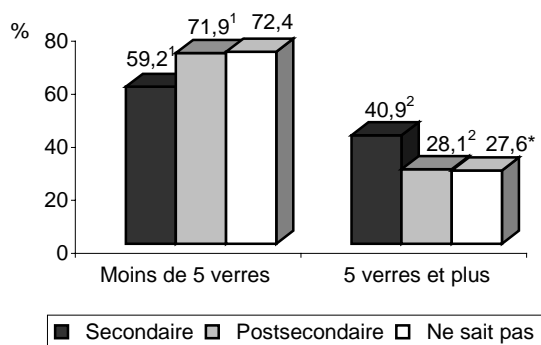
<sup>(1)</sup> Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la fréquence de consommation d'alcool et la perception de ses résultats scolaires est significatif au seuil de 0,05.

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

Chez les 16 ans toujours, le nombre habituel de consommations d'alcool par occasion est associé aux aspirations scolaires alors que la fréquence de consommation d'alcool (au cours d'une période de 12 mois) ne l'est pas. Ceux qui pensent ne pas dépasser le niveau secondaire comme fin d'études tendent à consommer davantage à chaque occasion (figure 9.3). Cela n'est pas observé chez les 13 ans (données non présentées).

Figure 9.3  
**Nombre habituel de consommations d'alcool par occasion au cours d'une période de 12 mois selon les aspirations scolaires<sup>†</sup>, adolescents de 16 ans ayant consommé, Québec, 1999**



<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre habituel de consommations et les aspirations scolaires est significatif au seuil de 0,05.

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

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

La consommation d'alcool des adolescents est liée à la fréquence de consommation d'alcool des parents. Les jeunes de 13 ans ou 16 ans dont le parent consomme de l'alcool régulièrement sont proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir bu, au cours d'une période de 12 mois, que ceux dont le parent consomme occasionnellement ou ne consomme pas. Ainsi, selon la consommation du parent, les proportions de consommateurs varient de 32 % à 22 % chez les

13 ans et chez les 16 ans, de 83 % à 74 % (tableau 9.13).

Tableau 9.13  
**Consommation d'alcool au cours d'une période de 12 mois selon la fréquence de consommation d'alcool du parent<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

Consommation du parent	Consommation des jeunes (%)
13 ans	
Régulière	32,2
Occasionnelle ou nulle	22,4
16 ans <sup>(1)</sup>	
Régulière	82,6
Occasionnelle ou nulle	74,3

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

<sup>†</sup> Le test d'association entre la consommation d'alcool des jeunes et la consommation d'alcool du parent est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

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

Le niveau de soutien affectif des parents se révèle souvent associé à la fréquence de consommation d'alcool des adolescents. Cependant, la présente enquête ne permet pas de conclure à une telle association (données non présentées). Le niveau de contrôle maternel ou paternel abusif ne révèle pas non plus d'association avec la fréquence de consommation d'alcool des adolescents sur une période de 12 mois.

### Facteurs associés à la consommation de drogues

La consommation de drogues chez les adolescents diffère selon la confiance en soi à l'école et la perception de ses résultats scolaires dans la langue d'enseignement. Ainsi, les jeunes de 13 ans ayant un niveau faible de confiance en soi à l'école (tableau 9.14) sont plus nombreux, en proportion, à déclarer avoir déjà consommé de la drogue que ceux ayant une confiance en soi à l'école élevée (24 % c. 10 %). Pour les 16 ans, les résultats vont dans le même sens (64 % c. 45 %). On observe également une association entre la perception de ses résultats scolaires en langue

d'enseignement et la consommation de drogues, chez les adolescents de 13 ans et de 16 ans.

Tableau 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**

	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%	
Confiance en soi à l'école <sup>†</sup>		
Faible	23,8 *	64,3
Bonne	10,3	45,4
Perception de ses résultats scolaires en langue d'enseignement <sup>†</sup>		
Au-dessus de la moyenne	10,4 *	50,9
Dans la moyenne	16,1	59,7
En dessous de la moyenne	19,3 *	62,8

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

<sup>†</sup> Les tests d'association entre la consommation de drogues et la confiance en soi à l'école et entre la consommation de drogues et la perception de ses résultats scolaires sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 et 16 ans.

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

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

Les résultats de l'enquête montrent que la consommation de drogues au cours de la vie rapportée par les jeunes de 16 ans varie – comme la consommation d'alcool – en fonction de celle du parent. Ainsi, les jeunes dont le parent a déjà consommé de la drogue déclarent à près de 72 % en avoir déjà consommé alors que cette proportion est de 56 % chez ceux dont le parent n'en a pas consommé (tableau 9.15).

Tableau 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<sup>†</sup>, adolescents de 16 ans<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

Consommation du parent	Consommation des jeunes	
	Oui	Non
	%	
Oui	71,7	28,4 *
Non	56,3	43,7

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

<sup>†</sup> Le test d'association entre la consommation de drogues des jeunes et celle du parent est significatif au seuil de 0,05.

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

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

## Conclusion

Les données de l'enquête effectuée auprès des enfants et des adolescents permettent d'estimer qu'un bon nombre de jeunes québécois de 9, 13 et 16 ans font usage d'alcool (à différentes fréquences et à divers niveaux) ou de drogues comme dans plusieurs autres pays. Le plus grand nombre de consommateurs se retrouve chez les 16 ans. Comme dans d'autres pays industrialisés (Sells et Blum, 1996), la tendance québécoise chez presque tous les jeunes est de commencer à consommer de l'alcool avant la fin des études secondaires.

L'analyse des données met en lumière une autre tendance signalée dans la documentation consultée. À l'instar des jeunes d'ailleurs, parmi les jeunes québécois qui consomment, un bon nombre des 13 ans (11 %) et des 16 ans (30 %) consomment une grande quantité d'alcool par occasion (5 verres ou plus). Il s'agit d'un mode de consommation qui attire l'attention puisqu'il est considéré comme un déterminant potentiel de problèmes sociaux et comportementaux (Bauman et Phongsavan, 1999).

Au cours d'une période de 12 mois, 47 % des adolescents de 16 ans ont consommé de la drogue.



Plus spécifiquement, la marijuana est consommée par 46 % et les hallucinogènes, par 15 % des jeunes de cet âge. Le polyusage de substances est aussi un phénomène très présent chez les adolescents. Ils suivent ici une tendance largement remarquée chez les jeunes de 15-24 ans dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* (Chevalier et Lemoine, 2000b). Le fait que la drogue illégale de choix des adolescents soit la marijuana n'est pas unique au Québec; cela apparaît partout dans le monde (Bauman et Phongsavan, 1999).

Les résultats permettent aussi d'entrevoir que certains jeunes pourraient s'engager dans une trajectoire à risque, telle que discutée par plusieurs auteurs (Hawkins, Catalano et Miller, 1992). Ainsi, plus on commence à consommer jeune, plus on a tendance à voir augmenter sa consommation, à bifurquer vers la drogue illégale ou à expérimenter des problèmes avec sa consommation (Yu et Williford, 1994). À cet égard, les résultats de l'enquête montrent que – du moins chez les 16 ans – ceux qui ont commencé plus jeunes à consommer de l'alcool consomment déjà plus fréquemment que les autres.

Les résultats indiquent aussi que les 16 ans boivent plus souvent que les plus jeunes, et en plus grande quantité à chaque occasion, et qu'ils sont également ceux dont la consommation d'alcool est plus souvent associée à des problèmes. En effet, si à 16 ans on consomme plus fréquemment ou davantage à chaque occasion, on risque aussi d'avoir plus d'ennuis avec sa famille ou ses amis ou de rencontrer des problèmes à l'école. Par exemple, ces adolescents, consommateurs d'alcool ou de drogues, ont une moins bonne confiance en soi à l'école et de mauvais résultats dans la langue d'enseignement. Les jeunes consommant différentes substances ou ayant de plus hauts niveaux de consommation ont aussi des attentes moins grandes sur le plan de la scolarité. Les conséquences de la consommation sont moins apparentes chez les 13 ans. On peut penser que l'usage d'alcool ou de drogues à cet âge est encore trop récent.

Selon les résultats de la présente enquête, le comportement des adolescents, en particulier celui des consommateurs de 16 ans, pourrait se modeler sur celui du parent répondant ou dépendre de certaines attitudes des parents. Par exemple, quand un jeune a un parent qui consomme régulièrement de l'alcool ou qui a déjà consommé de la drogue, il risque plus de consommer de l'alcool ou de la drogue ou d'avoir une consommation combinée d'alcool et de drogues. Ces résultats corroborent ceux trouvés dans la littérature (Petraitis et autres, 1998).

Certains résultats mériteraient d'être approfondis. Dans cette étude, les garçons de 16 ans se démarquent des filles par une fréquence et un niveau de consommation d'alcool plus élevés. Cependant, les résultats montrent que les adolescents et les adolescentes de 16 ans ont commencé à consommer de la drogue à peu près au même âge, que les garçons et les filles de 13 et 16 ans en consomment dans des proportions semblables et que le polyusage d'alcool et de drogues est présent dans les mêmes proportions chez les adolescents et les adolescentes de 13 ans et 16 ans. Comment peut-on expliquer cette plus grande similarité de comportements entre les filles et les garçons au Québec? Il serait intéressant d'examiner cette situation puisque dans les autres pays, les garçons semblent se démarquer significativement des filles (Anvers et Choquet, 1999; Barnes et autres, 1997). Il serait aussi important de vérifier si les jeunes s'initient à l'alcool et à la consommation de drogues de plus en plus tôt.

Comment peut-on expliquer également que les adolescents des groupes minoritaires consomment moins à chaque occasion que ceux du groupe majoritaire? Ce phénomène peut refléter bien sûr des différences de pratiques de consommation dans les communautés ou chez les parents. Il serait toutefois pertinent de mieux comprendre ce qui protège les jeunes de certaines minorités ethniques d'une consommation plus risquée. Des résultats semblables ont été mentionnés par Merrill et autres (1999).

Les résultats présentés comportent certaines limites. Ils portent sur l'ensemble des jeunes mais ne permettent pas de connaître l'étendue de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes de la rue, les décrocheurs ou autres jeunes à haut risque, étant donné leur faible proportion dans l'enquête ou dans la population. Les résultats de la présente enquête sont aussi difficilement comparables à ceux d'autres enquêtes, chacune visant des périodes ou des âges différents ou ciblant des substances différentes.

Les résultats soulignent l'importance d'intervenir tôt auprès des filles et des garçons québécois et auprès de leurs parents en vue de modifier grandement et de façon durable les croyances et comportements ayant trait à la consommation élevée de substances psychoactives. La pré-adolescence est certes devenue une cible importante dans les programmes de prévention de la consommation et de l'abus d'alcool et de drogues. Toutefois, un nombre d'heures adéquat dans le curriculum de ces programmes qui sont mis sur pied pour retarder la consommation ou réduire la consommation régulière ou abusive de substances psychoactives et la présence de séances de rappel à plus d'un niveau scolaire deviennent nécessaires dans ces circonstances (Botvin, 1995; Pentz, Bonnie et Shopland, 1996; Dedobbeleer et autres, 1998; Dedobbeleer et Desjardins, 2001).

# Bibliographie

---

- ADLAF, E. M., A. PAGLIA et F. J. IVIS (1999). *Drug use among Ontario students 1977-1999. Findings from the OSDUS*, Toronto, Centre for addiction and mental health, 198 p.
- ANVERS, P., et M. CHOQUET (1999). « Regional variations in alcohol use among young people in France. Epidemiological approach to alcohol use and abuse by adolescents and conscripts », *Drug and alcohol dependence*, vol. 56, p.145-155.
- BARNES, G. M., J. W. WELTE, J. H. HOFFMAN et B. A. DINTCHEFF (1997). « Changes in alcohol use and alcohol-related problems among 7th to 12th grade Students in New York State, 1983-1995 », *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, vol. 21, n° 5, p. 916-922.
- BAUMAN, A., et P. PHONGSAVAN (1999). « Epidemiology of substance use in adolescence : prevalence, trends and policy implications », *Drug and alcohol dependence*, vol. 55, p. 187-207.
- BOTVIN, G. J. (1995). « Drug abuse prevention in school settings » dans BOTVIN, G. J., S. SCHINKE et M. A. ORLANDI (éd.). *Drug Abuse Prevention with Multiethnic Youth*, California, Sage Publications, p. 169-192.
- BOTVIN, G. J., E. BAKER, A. FILAZZOLA et E. M. BOTVIN (1990). « A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention », *Addictive Behaviors*, vol. 9, p. 137-147.
- BROCHU, S., A. THERRIEN, F. CHIOCCHIO et A. DEVINAT (1997). *Consommation de substances psychoactives chez les élèves du secondaire*, Centre international de criminologie comparée, document inédit.
- BROOK, J., M. WHITEMAN, S. FINCH et P. COHEN (1996). « Young adult drug use and delinquency; childhood antecedents and adolescent mediators », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 35, p. 1584-1592.
- CHEVALIER, S., et O. LEMOINE (2000a). « Consommation d'alcool » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 4, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 117-133.
- CHEVALIER, S., et O. LEMOINE (2000b). « Consommation de drogues et autres substances psychoactives » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 5, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 134-147.
- COGGAN, C. A., B. DISLEY, P. PATTERSON et R. NORTON (1997). « Risk taking behaviours in a sample of New Zealand adolescents », *Australian and New Zealand Journal of public health*, vol. 21, p. 455-461.
- COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *Pour un avenir en santé. Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Santé Canada, 230 p.
- CONNOLLY, G. M., S. CASSWELL, J. STEWART et P. A. SILVA (1992). « Drinking context and other influences on the drinking of 15 Year New Zealanders », *British Journal of Addiction*, vol. 87, n° 7, p. 1029-1036.
- DEDOBBELEER, N., S. DESJARDINS, F. BÉLAND, M. PAIEMENT et F. OUELLET (1998). *Une approche écologique et participative dans la prévention de l'abus d'alcool et de drogues – Son impact sur les jeunes*, Université de Montréal, Faculté de médecine, Secteur de la santé publique, Cahier du GRIS R98-02.

- DEDOBBELEER, N., et S. DESJARDINS (2001). « Outcomes of an ecological approach to prevent alcohol and other drug abuse among multiethnic adolescents », *Substance Use and Misuse*, vol. 36, n° 13, p. 1959-1991.
- 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.
- GRUBER, E., R. J. DICLEMENTE, M. M. ANDERSON et M. LODICO (1996). « Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behavior in late adolescence », *Preventive medicine*, vol. 25, p. 293-300.
- HAWKINS, J. D., R. F. CATALANO et J. Y. MILLER (1992). « Risks and protective factors for alcohol and other drug problem in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention », *Psychological Bulletin*, vol. 112, p. 64-105.
- HAWKINS, J. D., J. W. GRAHAM, E. MAGUIN, R. ABBOTT, K. G. HILL et R. F. CATALANO (1997). « Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse », *Journal of Studies of Alcohol*, vol. 58, p. 280-290.
- ISOHANNI, M., H. OJA, I. MOILANEN et M. KOIRANEN (1994). « Teenage alcohol drinking and non-standard family background », *Social science & medicine*, vol. 38, p. 1565-1574.
- JESSOR, R., et S. L. NESSOR (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*, New York, Academy press, 281 p.
- JOHNSTON, L. D., P. M. O'MALLEY et J. G. BACHMAN (1995). *National survey results on drug use from the monitoring the future study, 1975-1994* Volume 1. Secondary school students, Rockville, M. D., National Institute on Drug Abuse, DHHS Publication no. (NIH) 95-4026.
- KANDEL, D. (1982). « Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 21, p. 328-347.
- KANDEL, D., et K. YAMAGUCHI (1993). « From beer to crack: developmental patterns of drug involvement », *American Journal of Public Health*, vol. 83, p. 851-855.
- KING, C. A., N. GHAZJUDDIN, L. MCGOVERN, E. BRANDT, E. HILL et M. NAYLOR (1996). « Predictors of comorbid alcohol and substance abuse in depressed adolescents », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 35, n° 6, p. 743-751.
- KONINGS, E., F. DUBOIS-ARBER, F. NORRING et P. MICHAUD (1995). « Identifying adolescent drug users: results of a national survey on adolescent health in Switzerland », *Journal of Adolescent Health*, vol. 16, p. 240-247.
- MADIANOS, M. G., D. GEFOU-MADIANOU, C. RICHARDSON et C. STEFANIS (1995). « Factors affecting illicit and licit drug use among adolescents and young adults in Greece », *Acta psychiatrica Scandinavica*, vol. 91, p. 258-264.
- MERRILL, J. C., H. D. KLEBER, H. L. SHWARTZ et S. LEWIS (1999). « Cigarettes, alcohol, marijuana, other risk behaviors and American youth », *Drug and alcohol dependence*, vol. 56, p. 205-212.

- MILLER, P., et M. PLANT (1996). « Drinking, smoking, and illicit drug use among 15 and 16 years old in the United Kingdom », *British Medical Journal*, vol. 313, p. 394-397.
- MILLSTEIN, S. G., C. E. IRWIN, L. D. ADLER et S. M. COHN (1992). « Health-risk behaviors and health concerns among young adolescents », *Pediatrics*, vol. 89, p. 422-428.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (1994). *La consommation de drogues licites et illicites chez les filles et les garçons du secondaire et les conduites suicidaires*, Québec, Direction de la recherche, 115 p.
- PENTZ, M. A., R. J. BONNIE et D. R. SHOPLAND (1996). « Integrating supply and demand reduction strategies for drug abuse prevention », *American Behavioral Scientist*, vol. 39, p. 897-910.
- PETRAITIS, J., B. R. FLAY, T. Q. MILLER, E. J. TOPPY et B. GREINER (1998). « Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors », *Substance Use & Misuse*, vol. 33, n° 1, p. 2561-2604.
- POULIN, C., et D. ELLIOTT (1997). « Alcohol, tobacco and cannabis use among Nova Scotia adolescents : implications for prevention and harm reduction », *Canadian Medical Association*, vol. 156, p. 1387-1393.
- SANTÉ CANADA (1995). *Les jeunes Canadiens et les drogues. Guide-ressource de promotion de la santé et de marketing social*, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, catalogue H39-32/1995F.
- SELLS, C. M., et R. BLUM (1996). « Currents trends in adolescent health » dans DICLEMENTE, R. J., W. B. HANSEN et L. PONTON (ed.). *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*, New York, Plenum, p. 5-29.
- STOKER, A., et H. SWADI (1990). « Perceived family relationship in drug abusing adolescents », *Drug and alcohol dependence*, vol. 25, p. 293-297.
- SWADI, H. (1999). « Individual risks factors for adolescent substance abuse », *Drug and alcohol dependence*, vol. 55, p. 209-224.
- WILLS, T., et S. CLEARY (1996). « How are social support effects mediated ? A test with parental support and adolescent substance use », *Journal of personality and social psychology*, vol. 69, p. 937-952.
- YU, J., et W. R. WILLIFORD (1994). « Alcohol, other drugs, and criminality: a structural analysis », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 20, n° 3, p. 373-393.
- ZHANG, L., J. W. WELTE et W. F. WIECZOREK (1999). « The influence of parental drinking and closeness on adolescent drinking », *Journal of Studies of Alcohol*, vol. 60, p. 245-251.



# Chapitre 10

## Activité physique

**Tracie Barnett**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

**Louise Hamel**

Kino-Québec  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

**Avec la collaboration de Lyse Ferland**  
Secrétariat au loisir et au sport

---

### Introduction

La pratique régulière d'activités physiques réduit le risque de mortalité prématurée, de maladies coronariennes, d'hypertension, de diabète non insulino-dépendant, d'obésité, de dyslipidémie et de cancer du côlon chez les adultes (USDHHS, 1996; Kino-Québec, 1999). Chez les jeunes cependant, l'effet de la pratique régulière d'activités physiques sur la santé est moins bien documenté. On peut toutefois affirmer qu'elle agit de façon positive sur la condition physique, la masse et la densité osseuses, la masse corporelle, le profil lipidique, la pression artérielle et la santé cardiovasculaire (Kino-Québec, 2000). Ainsi, la pratique d'activités physiques favorise la santé du jeune et celle de l'adulte qu'il deviendra, en réduisant le risque de maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires et l'ostéoporose dont les manifestations apparaissent dès l'enfance (Statistique Canada et Santé Canada, 2000; Sallis et Owen, 1999).

Le Comité scientifique de Kino-Québec a récemment émis un avis (Kino-Québec, 2000) sur la pratique d'activités physiques recommandée pour les jeunes. Cet avis préconise notamment que « tous les enfants et tous les adolescents devraient être physiquement actifs tous les jours ou presque, à l'école, à la maison ou en plein air, en pratiquant des activités physiques variées qui s'intègrent harmonieusement à leurs habitudes de vie : sport, entraînement structuré et éducation

physique, mais également déplacement et loisir actifs. De plus, ils devraient pratiquer des activités physiques d'intensité moyenne ou plus élevée, 3 fois ou plus chaque semaine, pendant au moins 20 minutes par séance. »

Si, comme pour les adultes, les bienfaits de la pratique régulière d'activités physiques sont pour la plupart réversibles lorsqu'il y a arrêt prolongé de la pratique, il apparaît néanmoins important de promouvoir auprès des jeunes l'habitude et le goût de faire de l'activité physique ainsi que de favoriser l'apprentissage d'habiletés motrices de base (Thibault, 2001). De plus, bien qu'il existe peu d'études longitudinales fiables nous permettant de l'affirmer avec certitude (Aaron et Laporte, 1997), certaines études montrent que le niveau relatif d'activité physique a tendance à se maintenir au cours des années (Malina, 1996).

Différents facteurs sont associés à la pratique d'activités physiques chez les jeunes. Pour les enfants, le sexe (masculin), le fait d'avoir des parents qui présentent un surplus de poids, le fait d'aimer l'activité physique, l'intention d'être actif, moins de barrières perçues, la pratique antérieure d'activités physiques, une alimentation saine, l'accès à des installations et des programmes et le temps consacré à jouer à l'extérieur sont des facteurs bien documentés. Pour les adolescents, le sexe (masculin), l'origine ethnique, un âge plus jeune, la compétence perçue pour l'activité,

l'intention d'en faire, l'absence de dépression, la pratique antérieure d'activités, la recherche de sensations, la participation à des sports communautaires, un comportement non sédentaire après l'école et durant les fins de semaine, le soutien des parents et des proches, la pratique des frères et des sœurs, le soutien direct des parents et les opportunités d'en faire sont les facteurs les plus souvent identifiés (Sallis, Prochaska et Taylor, 2000).

De façon générale, les enquêtes révèlent que bien que les jeunes soient, dans l'ensemble de la population, les plus nombreux à être physiquement actifs, une proportion importante n'est pas assez active pour en retirer la majorité des bienfaits pour la santé et que les filles sont, pour plusieurs indicateurs de pratique, moins actives que les garçons (Kino-Québec, 2000a; Santé Canada, 1999 et 2000; Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2000). La plupart des enquêtes montrent également que le niveau d'activité physique diminue avec l'âge (Kino-Québec, 2000; Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2000; Santé Canada, 2000). Il est à noter cependant que l'*Enquête nationale sur la santé de la population* réalisée en 1996-1997 (Santé Canada, 1999) révèle un certain maintien de la proportion d'actifs entre les 12-14 ans (44 %) et les 15-17 ans (43 %), et une diminution de la proportion d'actifs vers 18-19 ans. Le phénomène est observé tant chez les garçons que chez les filles. Une situation comparable est aussi observée aux États-Unis (Caspersen, Pereira et Curran, 2000).

Les enfants et les adolescents d'aujourd'hui sont-ils plus ou moins actifs qu'autrefois? Bien que des données canadiennes soient disponibles depuis les années 80, il faut être prudent lorsque l'on compare les résultats de diverses enquêtes étant donné les différentes populations étudiées, les différentes périodes ou saisons d'observation, mais surtout en l'absence d'une mesure standardisée de la pratique d'activités physiques. Au Canada, l'enquête sur *Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire*

(Santé Canada, 2000), répétée en 1989-1990, 1993-1994 et 1997-1998 permet de constater une nette diminution de la proportion d'élèves qui, au même âge, font de l'activité physique deux fois par semaine ou plus. Au Québec, deux mesures seulement de pratique d'activités physiques plus vigoureuses sont disponibles pour les 15 à 19 ans (Kino-Québec, 2000). La tendance semble être la même qu'au Canada chez les garçons, mais au contraire plus favorable chez les filles.

Il existe cependant peu d'enquêtes sur la pratique d'activités physiques ayant un échantillon représentatif des enfants et des adolescents québécois. À part l'enquête du ministère de l'Éducation menée auprès des élèves du secondaire (Champoux et Giroux, 1991), les enquêtes québécoises ont été conduites auprès d'une population de 15 ans et plus : l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* de Santé Québec et celle de 1998 (Nolin, 1995; Nolin, Godin et Prud'homme, 2000), ainsi que les enquêtes portant sur l'activité physique et la santé (Nolin, Prud'homme et Godbout, 1996; Kino-Québec, 2000a; Nolin, Prud'homme et Godin, à paraître). La présente enquête devrait donc contribuer à combler un manque évident de données.

L'objectif de cette enquête est de décrire la pratique d'activités physiques de loisir et lors du cours d'éducation physique, de janvier à mai 1999, des jeunes québécois de 9 ans, 13 ans et 16 ans. La pratique d'activités physiques des parents, en général et avec leur enfant, est également décrite. Nous analysons ensuite certains facteurs associés à la pratique d'activités physiques. Il est entendu que l'expression « facteurs associés » n'implique pas nécessairement de relation causale, notamment dans le cadre de cette étude transversale.

## 10.1 Aspects méthodologiques

### *Description des indicateurs*

Dans cette enquête, le terme « activité physique » comprend toute forme d'activité physique de loisir, soit les activités dirigées ou libres, compétitives ou non



compétitives, individuelles ou de groupe, etc. Les principaux indicateurs sont le nombre de séances d'activité physique, le nombre de jours de pratique et le nombre de jours d'activité physique plus vigoureuse, mesurés sur une semaine.

L'instrument (E32, A74, Q82) permettant de mesurer le nombre de séances d'activité physique sur une semaine, ainsi que le nombre de jours sur une semaine où au moins une séance d'activité physique a été faite, est une adaptation du *Weekly Activity Checklist* (Sallis et autres, 1993) dont la validité et la fidélité ont été démontrées auprès de jeunes inscrits en 4<sup>e</sup> année. Un tableau présentant une liste d'activités physiques spécifiques croisée avec les jours de la semaine est proposé. Les jeunes doivent alors répondre à la question « Au cours de la semaine dernière, du lundi au dimanche, coche la ou les journées où tu as fait les activités suivantes durant au moins 15 minutes d'affilée ». Les scores sont calculés en faisant la somme des cases cochées, soit en nombre de jours de pratique ou en nombre de séances, avec ou sans le cours d'éducation physique.

Des modifications ont été apportées au *Weekly Activity Checklist* afin que les choix des activités proposées puissent correspondre aux pratiques des jeunes du Québec. Une liste préliminaire d'activités a été élaborée à partir d'enquêtes québécoises (Ministère des Affaires municipales, 1994) ou canadiennes (Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1995). La marche a été exclue de la liste des activités proposées puisque la quasi-totalité des enfants indiquaient la pratiquer lors du prétest. Cette question permet d'identifier les préférences quant au choix d'activités physiques spécifiques selon l'âge. Enfin, bien que certaines des 18 activités proposées diffèrent pour les enfants et les adolescents, l'étendue possible des scores demeure identique, permettant ainsi la comparaison entre les groupes d'âge.

Les réponses pour le nombre de séances d'activité physique sur une semaine ont été regroupées par

catégories, soit de 0 à 2, de 3 à 6, de 7 à 13 et de 14 séances ou plus d'activité. Pour les croisements avec d'autres variables, les deux catégories les plus élevées ont été fusionnées créant ainsi la catégorie de niveau « élevé ou très élevé » d'activité physique, soit sept séances ou plus. Un individu qui a rapporté sept séances ou plus d'activité physique sur une semaine pratique donc en moyenne une activité par jour, au minimum.

La question permettant de mesurer le nombre de jours d'activité physique plus vigoureuse (A75, Q83) est tirée du questionnaire *Youth Risk Behavior Surveillance System* (Heath, Pate et Pratt, 1993). Cet indicateur n'a été mesuré que chez les jeunes de 13 ans et de 16 ans. En réponse à la question « Au cours de la dernière semaine, indique le nombre de jours où tu as pratiqué des activités physiques, durant au moins 20 minutes d'affilée, qui t'ont fait transpirer ou respirer rapidement », les choix de réponse varient de aucun à tous les jours. Les résultats sont présentés selon deux catégories, soit deux jours ou moins et trois jours ou plus par semaine, cette dernière correspondant à l'une des recommandations de l'avis du Comité scientifique de Kino-Québec.

Deux indicateurs d'adhérence aux recommandations de pratique d'activités physiques de ce comité sont utilisés : 1- le résultat obtenu par le croisement du nombre de jours de pratique sur une semaine (six ou sept jours) et du nombre de jours d'activité physique plus vigoureuse sur une semaine (au moins trois jours) et 2- celui obtenu par le croisement du nombre de séances d'activité physique (sept séances ou plus) et du nombre de jours d'activité physique plus vigoureuse (au moins trois jours) sur une semaine, les deux indicateurs incluant la participation à un cours d'éducation physique. Ils servent à estimer la proportion de jeunes dont la pratique d'activités physiques permet de retirer la majorité des bienfaits pour la santé.

La participation au cours d'éducation physique a été mesurée en ajoutant cet item en tête de liste de la grille

d'activités physiques spécifiques proposées par l'instrument principal (E32, A74, Q82). Les résultats sont présentés en trois catégories, allant de aucun cours à deux cours ou plus au cours d'une période de sept jours. Pour les croisements avec d'autres variables, les réponses sont présentées en deux catégories : aucun, un cours ou plus.

Les questions permettant de mesurer la perception qu'ont les jeunes de leur niveau d'activité physique comparé à celui de l'année dernière (9, 13 et 16 ans) (E33, A76, Q84) et comparé à celui de leurs pairs (9 ans) (E34) sont des adaptations du *Activity Rating Scale* (Sallis et autres, 1993a). Le premier indicateur est construit à partir de la question « Comparé à l'année dernière, dirais-tu que tu fais plus/autant/moins de sport ou d'activité physique? » chez les 9 ans, et de la question « [...] beaucoup plus/un peu plus/autant/un peu moins/beaucoup moins [...]? » chez les 13 ans et 16 ans. Même si les catégories extrêmes chez les adolescents ont été fusionnées afin de standardiser la présentation des résultats, toute comparaison entre les enfants de 9 ans et les adolescents de 13 ans et 16 ans doit être faite avec prudence. Le second indicateur est construit à partir de la question : « En général, comparé aux jeunes de ton âge, dirais-tu que tu fais plus/autant/moins de sport ou d'activité physique? »

Deux variables proviennent des questionnaires administrés aux parents, soit leur niveau d'activité physique (PE77, PA63) ainsi que leur niveau d'activité physique avec l'enfant ou l'adolescent (PE78, PA64). Le premier indicateur est construit à partir de la question « Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques d'au moins 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours des 3 derniers mois? » de Gionet et Godin (1989). La seconde variable reprend et adapte un instrument tiré du *National Children and Youth Fitness Study* (Ross et Pate, 1987) : « Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques avec l'enfant (l'adolescent), au cours des 3 derniers mois? » Le parent répond ensuite à des questions semblables pour son conjoint (PE84-

85, PA70-71). Ces variables excluent les adolescents de 16 ans non inscrits à l'école secondaire (4,3 % des jeunes de cet âge), les parents n'ayant pas participé à l'enquête.

#### *Portée et limites des données*

L'instrument principal (E32, A74, Q82) permettant de mesurer le nombre de séances d'activité physique et le nombre de jours de pratique par semaine ne permet de décrire que la fréquence de pratique d'activités physiques, et non la durée des activités pratiquées. Le choix de la mesure d'activité physique retenue est limité par la capacité des répondants les plus jeunes à remplir le questionnaire : on considère qu'il est trop complexe pour les enfants de moins de 10 ans d'estimer la durée d'une activité donnée (Sallis et autres, 1993a). La référence à la durée minimale de 15 minutes vise moins à inciter les enfants et les adolescents à exclure les activités qui n'ont été pratiquées que pour une très courte durée. Il est également complexe pour des jeunes d'estimer l'intensité avec laquelle les activités spécifiques sont pratiquées. Un questionnaire administré avec soin peut cependant permettre d'obtenir de l'information valide sur la fréquence des activités physiques et sur le contexte dans lequel elles sont pratiquées (Baranowski, 1985).

En général, les individus sont moins actifs l'hiver qu'à toute autre saison (Stephens et Craig, 1990). Comme le questionnaire a été administré de janvier à mai, la présence d'un biais saisonnier est inévitable. Les activités physiques les plus populaires au début de la période de collecte de données ne sont pas les mêmes que celles qui le sont vers la fin de cette période. L'impact de ce biais saisonnier sur les niveaux réels de fréquence d'activités physiques et sur leurs associations avec d'autres indicateurs est difficile sinon impossible à évaluer. Un autre biais commun à toute méthode subjective de mesure de pratique d'activités physiques est la surestimation. Cependant, le niveau d'activité physique relatif aux autres jeunes demeure

stable, permettant ainsi d'obtenir des comparaisons valables.

Finalement, les questionnaires destinés aux parents sont remplis par un seul parent. Ce dernier répond donc pour lui et pour son conjoint, s'il y a lieu. Les réponses aux questions concernant les conjoints ne rapportent pas nécessairement l'activité physique des mères ou des pères dans le cas des parents séparés. Il est à noter que le parent répondant est une femme dans environ 80 % des cas.

La non-réponse partielle est généralement inférieure à 5 %. La pratique de quelques activités physiques spécifiques présente un taux de non-réponse légèrement plus élevé chez les enfants de 9 ans, soit la pratique du ballet jazz ou classique (5,7 %), de la gymnastique (6,1 %), du volleyball (5,1 %), du patinage sur glace (6,0 %) et de la glissade (6,4 %). Les jeunes ont aussi moins répondu aux questions sur la pratique du ski de randonnée à 9 ans (6,9 %), 13 ans (5,5 %) et 16 ans (5,0 %) et sur la participation à un cours d'éducation physique à 13 ans (5,8 %). Ces taux de non-réponse sont cependant trop faibles pour induire un biais, ce dernier étant inclus dans la marge d'erreur de l'estimation.

## 10.2 Résultats

### 10.2.1 Pratique d'activités physiques

Divers indicateurs de pratique d'activités physiques sont présentés au tableau 10.1. D'après les indicateurs du nombre de séances d'activité physique, avec ou sans le cours d'éducation physique, les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à être physiquement plus actifs, à chaque groupe d'âge. Il en est de même pour le nombre de jours de pratique et la pratique d'une activité physique plus vigoureuse, pour les adolescents.

La proportion de garçons qui ont rapporté un minimum de sept séances d'activité physique par semaine, sans le cours d'éducation physique, demeure stable avec

l'âge, soit entre 53 % et 56 %. Les proportions de filles qui ont ce niveau d'activité physique à 9 ans et à 13 ans se situent à 44 % et 47 % respectivement, tandis qu'on observe une diminution à 16 ans (35 %). Si on inclut les séances d'activité physique ayant eu lieu lors du cours d'éducation physique, la proportion de jeunes qui font sept séances ou plus par semaine tend à être légèrement plus élevée.

En ce qui concerne les proportions d'enfants et d'adolescents qui font de l'activité physique six ou sept jours par semaine, on observe des tendances inverses chez les garçons et chez les filles. Parmi celles-ci, la proportion est significativement plus faible à 16 ans qu'à 13 ans (26 % c. 36 %). Chez les garçons, la proportion est plus faible à 9 ans (38 % à 9 ans c. 47 % à 13 et 16 ans). On n'observe pas d'écart significatif entre les sexes pour ce qui est de la participation au cours d'éducation physique. Néanmoins, la participation (au moins un cours) diminue avec l'âge chez les garçons comme chez les filles, du moins entre 9 ans et 16 ans. Enfin, la proportion d'adolescents pratiquant une activité physique à une intensité plus vigoureuse au moins trois jours par semaine reste stable avec l'âge chez les garçons (73 % à 13 ans et 70 % à 16 ans) mais diminue chez les filles (58 % à 13 ans et 50 % à 16 ans).

Le tableau complémentaire C.10.1 présente les populations estimées de garçons et de filles pratiquant l'activité physique. On y observe, par exemple, que 15 200 filles de 16 ans déclarent sept séances ou plus d'activité physique par semaine, alors qu'un total de 27 600 en déclarent moins. Les populations estimées sont présentées pour quelques autres indicateurs également.

Tableau 10.1

**Indicateurs d'activité physique pratiquée au cours d'une période de 7 jours selon le sexe, Québec, 1999**

	9 ans		13 ans		16 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	%					
Nombre de séances d'activité physique, <u>sans</u> le cours d'éducation physique <sup>†</sup>						
0 à 2 séances	18,8	22,9	15,1	24,4	17,0	27,6
3 à 6 séances	27,5	33,1	29,4	28,8	30,1	37,1
7 à 13 séances	31,9	27,6	33,0	31,4	35,1	26,0
14 séances ou plus	21,8	16,5	22,5	15,5	17,8	9,4
<b>7 séances ou plus<sup>(1)</sup></b>	<b>53,7</b>	<b>44,1<sup>1</sup></b>	<b>55,6</b>	<b>46,9<sup>2</sup></b>	<b>52,9</b>	<b>35,4<sup>1,2</sup></b>
Nombre de séances d'activité physique, <u>avec</u> le cours d'éducation physique <sup>†</sup>						
0 à 2 séances	11,3	13,1	8,6*	13,8	10,5	21,5
3 à 6 séances	27,2	33,7	28,3	31,1	29,0	34,4
7 à 13 séances	36,6	33,6	36,2	34,3	38,6	31,0
14 séances ou plus	24,9	19,6	26,9	20,9	21,8	13,1
<b>7 séances ou plus</b>	<b>61,5</b>	<b>53,2<sup>3</sup></b>	<b>63,0</b>	<b>55,2<sup>4</sup></b>	<b>60,4</b>	<b>44,1<sup>3,4</sup></b>
Nombre de jours de pratique <sup>(2)§</sup>						
0 à 2 jours	17,8	22,6 <sup>9</sup>	15,1	24,1	17,4	29,3 <sup>9</sup>
3 à 5 jours	44,3 <sup>5,6</sup>	45,1	37,7 <sup>5</sup>	40,2	35,9 <sup>6</sup>	44,4
6 ou 7 jours	37,9 <sup>7,8</sup>	32,3	47,2 <sup>7</sup>	35,7 <sup>10</sup>	46,8 <sup>8</sup>	26,4 <sup>10</sup>
Nombre de cours d'éducation physique						
Aucun	14,0 <sup>11</sup>	14,7 <sup>12</sup>	16,5	18,7 <sup>13</sup>	21,6 <sup>11</sup>	25,0 <sup>12,13</sup>
Un seul	46,8 <sup>14</sup>	49,5	54,8 <sup>14,15</sup>	49,0	45,2 <sup>15</sup>	47,8
Deux ou plus	39,2 <sup>16</sup>	35,8 <sup>17</sup>	28,7 <sup>16</sup>	32,3	33,2	27,3 <sup>17</sup>
Pratique d'une activité physique plus vigoureuse <sup>(3)§</sup> au moins 3 jours <sup>§</sup>						
	...	...	72,8	57,6 <sup>18</sup>	69,5	50,4 <sup>18</sup>

(1) Correspond au niveau « élevé ou très élevé » d'activité physique; variable utilisée pour les croisements avec d'autres variables.

(2) Incluant le cours d'éducation physique.

(3) Activité physique pratiquée durant au moins 20 minutes d'affilée qui fait transpirer ou respirer rapidement.

<sup>1-18</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre le nombre de séances d'activité physique (sans le cours) et le sexe, et entre le nombre de séances d'activité physique (avec le cours) et le sexe, sont significatifs au seuil de 0,05 à chaque âge.

<sup>§</sup> Les tests d'association entre le nombre de jours de pratique et le sexe, et entre la pratique d'une activité physique plus vigoureuse et le sexe, sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

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

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

Deux indicateurs de la proportion de jeunes qui répondent aux recommandations de pratique d'activités physiques proposées par Kino-Québec (2000) sont présentés au tableau 10.2. Le premier de ces indicateurs, combinant la pratique d'une activité physique vigoureuse au nombre de jours de pratique, révèle que 43 % des garçons de 13 ans et 40 % de ceux de 16 ans adhèrent aux recommandations. Chez les filles, cet indicateur révèle une diminution du niveau recommandé d'activité physique entre 13 ans et 16 ans,

soit de 29 % à 21 %. Selon le second indicateur d'adhérence aux recommandations, basé sur des critères moins sévères, on obtient des proportions plus élevées d'adolescents qui répondent aux normes de pratique. On observe, de plus, des proportions plus élevées de garçons que de filles adhérant aux recommandations de Kino-Québec, selon les deux indicateurs.

Tableau 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**

	13 ans		16 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	%			
Pratique une activité physique plus vigoureuse <sup>(1)</sup> au moins 3 jours <b>et</b> pratique <b>6 ou 7 jours</b> , par semaine <sup>(2)</sup>	42,5	29,3 <sup>1</sup>	40,3	20,7 <sup>1</sup>
Pratique une activité physique plus vigoureuse <sup>(1)</sup> au moins 3 jours <b>et fait au moins 7 séances</b> d'activité physique, par semaine <sup>(2)</sup>	55,9	43,4 <sup>2</sup>	51,2	34,0 <sup>2</sup>

<sup>(1)</sup> Activité physique pratiquée durant au moins 20 minutes d'affilée qui fait transpirer ou respirer rapidement.

<sup>(2)</sup> Incluant le cours d'éducation physique.

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

Le tableau 10.3 présente la perception des enfants de leur niveau d'activité physique comparé à celui de l'année dernière et comparé à celui de leurs pairs. Environ la moitié des garçons et des filles affirment en faire plus, et un peu plus du tiers, autant, que l'année précédente. Lorsqu'ils se comparent à leurs pairs, garçons et filles diffèrent dans leurs réponses. En proportion, les garçons de 9 ans sont plus nombreux que les filles à percevoir qu'ils font davantage d'activités physiques que les jeunes de leur âge (40 % c. 28 %), alors que les filles sont plus nombreuses à en faire autant.

Tableau 10.3

**Perceptions des enfants de 9 ans quant à leur niveau d'activité physique comparé selon le sexe, Québec, 1999**

	Garçons	Filles
	%	
Par rapport à l'an dernier, en a fait :		
Plus	50,9	47,9
Autant	34,8	35,5
Moins	14,3	16,6
Par rapport à ses pairs, en a fait <sup>†</sup> :		
Plus	39,9 <sup>1</sup>	28,1 <sup>1</sup>
Autant	44,9 <sup>2</sup>	53,1 <sup>2</sup>
Moins	15,3	18,8

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la perception « par rapport à ses pairs » et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

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

Le tableau 10.4 montre que le niveau d'activité physique des garçons de 13 ans est en pleine

évolution : 68 % d'entre eux en ont fait plus que l'année précédente. Quant à elles, environ la moitié des filles de cet âge en ont fait plus. Les filles de 16 ans, au contraire, se démarquent par une diminution d'activité physique pour près du tiers d'entre elles, alors que 41 % seulement ont augmenté leur pratique en regard de l'année précédente. Les adolescents et les adolescentes diffèrent quant à leurs perceptions et les garçons sont en meilleure position que les filles. De plus, les proportions de garçons ou de filles déclarant faire moins d'activités physiques qu'auparavant ont augmenté entre 13 ans et 16 ans.

Le tableau 10.5 présente le niveau d'activité physique des parents au cours d'une période de trois mois, en général et avec leur enfant. Environ la moitié des enfants de 9 ans et des adolescents de 13 et de 16 ans ont des pères et des mères qui sont actifs au moins une fois par semaine. Lorsque l'on considère la fréquence de trois fois par semaine ou plus, les proportions ne sont plus que de 18 % à 28 %, selon l'âge et le sexe des jeunes. On n'observe pas de variation en fonction de l'âge ou du sexe de ceux-ci. Cependant, selon le parent, les proportions de jeunes qui sont actifs avec leur père ou leur mère au moins une fois par mois sont plus élevées chez les enfants de 9 ans que chez les adolescents de 13 et de 16 ans. On observe de plus que les garçons de 16 ans sont plus nombreux à faire de l'activité physique avec leur père qu'avec leur mère (44 % c. 26 %).

Tableau 10.4

**Perceptions des adolescents de 13 ans et 16 ans quant à leur niveau d'activité physique comparé<sup>†</sup> selon le sexe, Québec, 1999**

	13 ans		16 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	%			
Par rapport à l'an dernier, en a fait :				
Beaucoup ou un peu plus	67,8 <sup>1</sup>	51,3 <sup>1</sup>	47,1 <sup>4</sup>	40,7 <sup>4</sup>
Autant	19,8 <sup>2</sup>	30,9 <sup>2</sup>	29,7	29,7
Un peu ou beaucoup moins	12,4 <sup>3</sup>	17,9 <sup>3</sup>	23,2 <sup>5</sup>	29,7 <sup>5</sup>

<sup>1-5</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la perception « par rapport à l'an dernier » et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

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

Tableau 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**

	Actif une fois par semaine ou plus		Actif trois fois par semaine ou plus		Actif avec son enfant une fois par mois ou plus	
	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père
	%					
9 ans						
Garçons	48,2	51,9	19,4	21,4 *	71,6 <sup>1</sup>	79,1 <sup>3,4</sup>
Filles	51,6	54,9	23,9	18,2 *	76,1 <sup>2</sup>	79,4 <sup>5,6</sup>
13 ans						
Garçons	49,5	47,1	23,6	24,3 *	45,2 <sup>1</sup>	46,9 <sup>3</sup>
Filles	53,0	46,8	24,9	17,7 *	45,0 <sup>2</sup>	39,6 <sup>5</sup>
16 ans <sup>(1)</sup>						
Garçons	53,9	54,1	24,7	22,6 *	25,8 <sup>1</sup>	44,1 <sup>4</sup>
Filles	51,6	57,1	28,0	27,3 *	31,9 <sup>2</sup>	37,9 <sup>6</sup>

<sup>(1)</sup> Exclut les adolescents de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

Le tableau 10.6 décrit les proportions de garçons et de filles ayant pratiqué des activités spécifiques lors de la semaine précédant l'enquête en dehors du cours d'éducation physique. Ces renseignements sont fort probablement biaisés par un effet saisonnier et sont fournis à titre indicatif seulement; toutefois, les estimations peuvent indiquer des préférences en fonction de l'âge et du sexe. Les activités en tête de liste chez les 9 ans sont le ballon chasseur ou la balle au mur, la course ou jouer à la « tag », la glissade, le hockey sur glace ou sur bottine (garçons), la glissade (filles) et le patinage sur glace (filles). À 13 ans, les préférences sont la course ou le jogging, le basketball et le conditionnement physique ou la musculation;

s'ajoutent à ces catégories le hockey (garçons) et la danse libre (filles). Enfin à 16 ans, les activités les plus pratiquées sont le conditionnement physique ou la musculation et la course ou le jogging, auxquels s'ajoutent, pour les garçons, le basketball, le hockey et le ski alpin ou la planche à neige et, pour les filles, la danse libre. Quel que soit le groupe d'âge, certaines activités semblent davantage pratiquées par les garçons, soit le basketball, le hockey, le ski alpin ou la planche à neige et le soccer, tandis que d'autres le sont davantage par les filles, soit le ballet jazz ou classique et la natation.

On observe des proportions qui diminuent avec le groupe d'âge – entre 9 et 13 ans ou entre 13 et 16 ans – pour la participation à la gymnastique, au hockey, à la natation, au patinage à roues alignées ou au rouli-roulant, au ski de randonnée et au soccer, tandis que les proportions augmentent avec le groupe d'âge pour la participation au badminton ou au tennis et au volleyball. Le basketball est pratiqué davantage par les jeunes de 13 ans que ceux de 9 ou 16 ans. L'évolution de la participation à certaines activités ne varie que chez l'un des sexes : c'est le cas pour les arts

martiaux, diminuant avec l'âge chez les garçons, et la course ou le jogging ainsi que le ballet jazz qui diminuent avec l'âge chez les filles. Le ski alpin ou la planche à neige augmentent chez les filles entre 9 ans et l'adolescence, et la danse libre, chez les garçons entre 13 et 16 ans. La pratique du vélo est à la hausse chez les garçons et à la baisse chez les filles, entre l'enfance et l'adolescence. Enfin, la participation à certaines activités ne semble pas changer entre les groupes d'âge, notamment le conditionnement physique et la danse aérobique.

Tableau 10.6

**Pratique d'activités physiques spécifiques au cours d'une période de 7 jours (janvier à mai), Québec, 1999**

	9 ans		13 ans		16 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	%					
Arts martiaux <sup>†</sup>	...	...	10,8	4,4*	5,0*	3,7*
Badminton ou tennis	15,3	10,2	25,3	24,9	25,8	20,5
Ballet jazz ou classique <sup>§</sup>	2,3**	13,4	1,7**	5,9*	0,2**	4,7*
Ballon chasseur ou balle au mur <sup>‡</sup>	50,4	37,9	...	...	...	...
Basketball <sup>§</sup>	33,8	19,0	45,2	34,8	32,3	24,4
Conditionnement physique ou musculation <sup>¥</sup>	...	...	45,2	31,2	48,4	33,7
Corde à danser ou élastique <sup>‡</sup>	10,8	27,9	...	...	...	...
Course ou jogging <sup>††</sup>	nd	nd	45,7	41,0	43,7	32,8
Course ou « tag »	45,4	42,5	...	...	...	...
Danse aérobique <sup>¥</sup>	...	...	3,0**	12,1	1,5**	14,9
Danse libre <sup>¥</sup>	...	...	5,1*	29,9	12,6	32,2
Glissade <sup>‡</sup>	40,8	51,1	...	...	...	...
Gymnastique au sol ou aux appareils <sup>‡</sup>	15,6	27,9	11,7	15,3	4,5*	6,1*
Hockey sur glace ou sur bottine <sup>§</sup>	48,9	15,6	45,6	10,6	31,6	9,0
Natation <sup>§</sup>	16,1	22,5	17,0	23,0	9,1	16,0
Patin à roues alignées ou rouli-roulant <sup>¥</sup>	22,7	22,5	21,5	14,6	14,9	10,1
Patinage sur glace <sup>‡</sup>	32,4	41,3	...	...	...	...
Ski alpin ou planche à neige <sup>§</sup>	24,9	13,4	27,5	20,7	30,2	18,3
Ski de randonnée	11,8	11,2	9,1*	8,8*	3,8*	5,0*
Soccer <sup>§</sup>	37,7	22,2	24,8	13,6	12,6	7,4*
Vélo <sup>¥</sup>	21,4	21,2	32,5	22,6	27,9	16,2
Volleyball	9,4	9,9	15,9	15,6	19,8	19,9

<sup>†</sup> Le test d'association entre le sexe et la pratique des arts martiaux est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre le sexe et la pratique de cette activité (ballet jazz ou classique, basketball, hockey, natation, ski alpin ou planche à neige et soccer) est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

<sup>‡</sup> Le test d'association entre le sexe et la pratique de cette activité (ballon, corde à danser, glissade, gymnastique et patinage sur glace) est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

<sup>¥</sup> Le test d'association entre le sexe et la pratique de cette activité (conditionnement physique, danse aérobique, danse libre, patin à roues alignées ou rouli-roulant et vélo) est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

<sup>††</sup> Le test d'association entre le sexe et la pratique de la course ou jogging est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

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

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

## 10.2.2 Facteurs associés

### Caractéristiques socioéconomiques

En général, on observe très peu d'associations entre les indicateurs d'activité physique des jeunes et les facteurs socioéconomiques. Il y a peu de variations du niveau d'activité physique ou de la pratique d'une activité plus vigoureuse chez les jeunes en fonction du revenu du ménage, du milieu familial (c'est-à-dire avec un seul ou deux parents) ou de la situation d'emploi des parents (données non présentées). La situation semble cependant différente pour les filles de 16 ans, chez qui le niveau d'activité physique ou la pratique d'une activité physique plus vigoureuse diminuent avec le revenu relatif du ménage, et chez qui également la pratique d'une activité physique plus vigoureuse est plus faible lorsque la jeune fille vit avec un seul de ses parents (données non présentées).

### Participation au cours d'éducation physique

Les tableaux 10.7 et 10.8 illustrent l'association entre le nombre de séances d'activité physique sur une semaine et le nombre de jours d'activité physique plus vigoureuse, respectivement, et le cours d'éducation physique. Les séances d'activité ayant eu lieu lors du cours d'éducation physique sont exclues du premier indicateur. De façon générale, il semble que la participation au cours d'éducation physique tend à être associée positivement à ces indicateurs (tableau 10.7). On observe des proportions plus élevées de ceux qui ont un niveau élevé d'activité physique, parmi les participants au cours d'éducation physique, chez les garçons de 16 ans et les filles de 9 ans. Quant à la pratique d'une activité physique plus vigoureuse trois jours ou plus par semaine, elle est plus élevée lorsque l'adolescent participe au cours d'éducation physique, et ce, chez les garçons de 16 ans et chez les filles de 13 ans et 16 ans (tableau 10.8).

Tableau 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**

Participation au cours	Garçons			Filles		
	9 ans	13 ans	16 ans <sup>†</sup>	9 ans <sup>†</sup>	13 ans	16 ans
	%					
Oui	55,2	56,0	54,9	46,6	47,5	35,5
Non	43,5	49,8	41,3	29,6*	40,8	33,0

<sup>†</sup> Le test d'association entre le niveau d'activité physique et la participation au cours est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 16 ans et les filles de 9 ans.

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

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

Tableau 10.8

**Garçons et filles de 13 ans et 16 ans pratiquant une activité physique plus vigoureuse<sup>(1)</sup> trois jours ou plus selon la participation au cours d'éducation physique, au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1999**

Participation au cours	Garçons		Filles	
	13 ans	16 ans <sup>†</sup>	13 ans <sup>†</sup>	16 ans <sup>†</sup>
	%			
Oui	73,5	72,9	60,6	52,5
Non	68,0	51,4	45,6	42,7

<sup>(1)</sup> Activité physique pratiquée durant au moins 20 minutes d'affilée qui fait transpirer ou respirer rapidement.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la pratique d'une activité physique plus vigoureuse et la participation au cours est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 16 ans et les filles de 13 ans et 16 ans.

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



### Niveau d'activité physique des parents

Le tableau 10.9 présente le niveau d'activité physique des jeunes selon celui de leurs parents. On note peu d'associations significatives sauf en ce qui a trait au niveau d'activité physique des garçons de 13 ans selon l'activité physique du père, ainsi que la même tendance chez les garçons de 9 ans. Le tableau 10.10 présente l'association entre l'activité physique plus vigoureuse

des jeunes et le niveau d'activité des parents; dans certains cas, elle est très prononcée. On observe des associations significatives chez les garçons de 16 ans et les filles de 13 ans avec leur mère et, avec leur père, chez les garçons de 13 ans. Pour les doublets père-fille, les estimations sont moins fiables puisqu'elles sont basées sur un petit nombre d'effectifs.

Tableau 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

Niveau d'activité physique des parents	Garçons			Filles		
	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%					
<b>Mère</b>						
Une fois par semaine ou plus	51,8	59,0	52,2	48,8	47,5	33,1
Moins d'une fois par semaine	52,1	53,0	51,8	44,2	41,2	32,6
<b>Père<sup>†</sup></b>						
Une fois par semaine ou plus	57,0	58,6	60,8	30,4 *	55,8	33,8 **
Moins d'une fois par semaine	44,4 *	40,7 *	58,1	29,0 **	44,7 *	54,4 *

<sup>(1)</sup> Exclut les adolescents de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le niveau d'activité physique du jeune et celui du père est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 13 ans.

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

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

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

Tableau 10.10

### Garçons et filles de 13 ans et 16 ans pratiquant une activité physique plus vigoureuse<sup>(1)</sup> trois jours ou plus par semaine selon le niveau d'activité physique des parents, Québec, 1999

Niveau d'activité physique des parents	Garçons		Filles	
	13 ans	16 ans <sup>(2)</sup>	13 ans	16 ans <sup>(2)</sup>
	%			
<b>Mère<sup>†</sup></b>				
Une fois par semaine ou plus	74,0	75,9	61,4	52,8
Moins d'une fois par semaine	72,9	61,1	50,6	48,3
<b>Père<sup>§</sup></b>				
Une fois par semaine ou plus	81,2	74,3	51,3 *	48,8 *
Moins d'une fois par semaine	55,9	67,2	60,4	54,3 *

<sup>(1)</sup> Activité physique pratiquée durant au moins 20 minutes d'affilée qui fait transpirer ou respirer rapidement.

<sup>(2)</sup> Exclut les adolescents de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la pratique d'une activité physique plus vigoureuse et le niveau d'activité physique de la mère est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 16 ans et les filles de 13 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre la pratique d'une activité physique plus vigoureuse et le niveau d'activité physique du père est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 13 ans.

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

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

Lorsque les parents rapportent qu'ils pratiquent au moins une fois par mois de l'activité physique avec leur enfant, certains groupes de jeunes semblent davantage actifs. Au tableau 10.11, on observe une relation significative pour les garçons de 9 et 13 ans avec leur père. Cependant, la relation entre l'activité physique des garçons de 9 ans et celle de leur père est inverse. Le niveau d'activité physique des filles varie peu en fonction de celui de leur mère, alors que de faibles

effectifs rendent compte de leur niveau d'activité physique en fonction de celui de leur père. Les adolescents sont aussi plus vigoureusement actifs lorsqu'ils pratiquent plus souvent une activité physique avec leurs parents, pour les doublets de même sexe (tableau 10.12) sauf chez les garçons de 16 ans. On n'observe pas de relation pour les doublets de sexe opposé.

Tableau 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**

Niveau d'activité physique des parents	Garçons			Filles		
	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%					
Mère avec son enfant						
Une fois par mois ou plus	52,6	61,7	56,2	47,7	47,5	39,0
Moins d'une fois par mois	51,4	51,1	50,5	45,9	42,0	29,8
Père avec son enfant <sup>†</sup>						
Une fois par mois ou plus	45,1	61,1	61,8	30,8**	52,4*	43,2**
Moins d'une fois par mois	73,1	38,2*	57,4	25,6**	48,2*	42,2*

<sup>(1)</sup> Exclut les adolescents de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le niveau d'activité physique du jeune et celui du père avec son enfant est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 9 ans et 13 ans.

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

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

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

Tableau 10.12

**Garçons et filles de 13 ans et 16 ans pratiquant une activité physique plus vigoureuse<sup>(1)</sup> trois jours ou plus par semaine selon le niveau d'activité physique des parents avec eux, Québec, 1999**

Niveau d'activité physique des parents	Garçons		Filles	
	13 ans	16 ans <sup>(2)</sup>	13 ans	16 ans <sup>(2)</sup>
	%			
Mère avec son enfant <sup>†</sup>				
Une fois par mois ou plus	78,0	74,0	66,4	60,0
Moins d'une fois par mois	69,6	67,7	48,0	45,6
Père avec son enfant <sup>§</sup>				
Une fois par mois ou plus	80,7	70,3	53,5*	46,9*
Moins d'une fois par mois	56,5	70,0	57,8	53,7*

<sup>(1)</sup> Activité physique pratiquée durant au moins 20 minutes d'affilée qui fait transpirer ou respirer rapidement.

<sup>(2)</sup> Exclut les adolescents de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la pratique d'une activité physique plus vigoureuse et le niveau d'activité physique de la mère avec son enfant est significatif au seuil de 0,05 chez les filles de 13 ans et 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre la pratique d'une activité physique plus vigoureuse et le niveau d'activité physique du père avec son enfant est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 13 ans.

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

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

## Écoute de la télévision

Le tableau 10.13 présente la moyenne d'heures par jour d'écoute de la télévision selon le nombre de séances d'activité physique des jeunes sur une semaine. Chez les garçons de 16 ans, le nombre d'heures d'écoute de la télévision est associé positivement au nombre de séances. Chez les autres groupes, on n'observe pas cette association paradoxale. Chez les filles de 16 ans, lorsque le niveau d'activité physique augmente, les heures passées devant la télévision diminuent, passant de 3,4 à 2,3 heures par jour lorsque le nombre de séances varie de 0-2 séances à 14 séances ou plus par semaine. Pour ce qui est de l'activité physique plus vigoureuse, on observe chez les filles de 16 ans une relation dans le même sens que la précédente : le nombre d'heures d'écoute de la télévision diminue lorsque les adolescentes pratiquent une activité physique plus vigoureuse trois jours ou plus par semaine (3,2 c. 2,8 heures) (données non présentées).

## Conclusion

L'enquête révèle que 54 % des garçons de 9 ans, 56 % de ceux de 13 ans et 53 % de ceux de 16 ans ont fait au moins sept séances d'activité physique sur une semaine – en moyenne, au moins une séance par jour. Quant à la pratique d'une activité physique six ou sept jours sur une semaine, ces proportions sont de 38 % chez les garçons de 9 ans et de 47 % chez ceux de 13 et 16 ans. Pour ce qui est des filles, au moins sept séances par semaine sont observées chez 44 %, 47 % et 35 % des 9 ans, 13 ans et 16 ans respectivement, alors que la pratique six ou sept jours par semaine touche 32 %, 36 % et 26 % pour chacun de ces groupes d'âge. On observe un écart important, chez les enfants de 9 ans en particulier, entre les résultats selon ces deux indicateurs de fréquence d'activité physique. Cette situation reflète soit des difficultés de rappel plus importantes chez les enfants de 9 ans ou encore, le fait que les périodes d'activité physique sont structurées différemment chez les enfants plus jeunes.

Tableau 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

Nombre de séances	Garçons			Filles		
	9 ans	13 ans	16 ans <sup>†</sup>	9 ans	13 ans	16 ans <sup>†</sup>
	Moyenne d'heures					
0 à 2	2,7	4,0	3,1 <sup>1</sup>	2,6	3,6	3,4 <sup>4,5</sup>
3 à 6	2,7	3,5	3,3 <sup>2</sup>	2,5	3,2	2,9 <sup>4</sup>
7 à 13	2,7	3,6	3,2 <sup>3</sup>	2,4	3,4	2,8 <sup>5</sup>
14 ou plus	3,0	3,6	3,9 <sup>1,2,3</sup>	2,4	3,5	2,3 <sup>4</sup>

<sup>1-5</sup> Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests de différence des moyennes d'heures d'écoute de la télévision selon le nombre de séances d'activité physique sont significatifs au seuil de 0,05 chez les garçons et les filles de 16 ans.

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

L'adhérence aux recommandations de pratique de Kino-Québec regroupe 43 % des garçons de 13 ans et 40 % des garçons de 16 ans, ainsi que 29 % des filles de 13 ans et 21 % de celles de 16 ans. Les résultats de cette enquête suggèrent donc que la majorité des enfants et des adolescents québécois n'ont pas une pratique d'activités physiques suffisante, que la pratique des garçons est plus importante que celle des filles, et que l'écart selon le sexe semble plus important à 16 ans pour l'ensemble des indicateurs utilisés – à l'exception du nombre de cours d'éducation physique. Contrairement à une diminution de la pratique avec l'âge rapportée par certaines études (Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2000; Santé Canada, 2000), on observe plutôt un certain maintien chez les garçons et une diminution chez les filles. L'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1996-1997 (Santé Canada, 1999) ainsi que des enquêtes américaines (Caspersen, Pereira et Curran, 2000) suggèrent également que la diminution de la pratique avec l'âge se produirait plus tard à l'adolescence.

Les résultats de cette enquête montrent qu'il y a très peu d'associations entre les indicateurs de pratique d'activités physiques et les indicateurs socioéconomiques. Il est bien documenté que le niveau de scolarité et le revenu familial sont associés à la pratique d'activités physiques des adultes (USDHHS, 1996). Si on observe généralement que les jeunes de milieux plus favorisés ont tendance à être un peu plus actifs (Sallis et autres, 1992; Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1999), ces différences sont rarement significatives. C'est plutôt dans le choix des activités physiques spécifiques que les groupes des niveaux socioéconomiques diffèrent et non dans le niveau total d'activité physique (Sallis et autres, 1996).

La participation au cours d'éducation physique semble diminuer avec l'âge. Il est cependant préoccupant de constater que de 15 % à 25 % des jeunes, selon le groupe d'âge-sexe, n'auraient pas eu de cours

d'éducation physique au cours d'une période d'une semaine. Cette situation s'explique possiblement par un horaire des cours basé sur plus de cinq jours. Les résultats de cette enquête mettent aussi en évidence l'association entre la participation au cours d'éducation physique et la pratique d'activités physiques de loisir. Il est probable cependant que ces résultats soient affectés par un biais tel que la maladie qui aurait pu avoir un impact à court terme sur la capacité de pratiquer toute forme d'activité physique.

En 1990, le ministère de l'Éducation du Québec observait une forte tendance à accorder un temps inférieur au temps prévu à l'éducation physique (Ministère de l'Éducation, 1990). Nous assistons actuellement à l'implantation progressive de la réforme du curriculum (Ministère de l'Éducation, 1997) qui prévoit notamment le changement du cours d'éducation physique pour celui d'éducation physique et à la santé. La réforme permettra également à l'école, par son conseil d'établissement, d'élaborer la grille horaire et ainsi décider du temps dévolu à l'éducation physique et à la santé. Étant donné l'influence que semble avoir le cours d'éducation physique sur la pratique d'activités physiques de loisir, il serait important de suivre l'impact de la réforme sur ce cours. Une étude récente montre que la diminution du temps consacré au cours d'éducation physique n'est pas compensée par une augmentation de la pratique d'activités physiques en dehors du cours (Dale, Corbin et Dale, 2000). Cette situation risque d'aggraver le problème émergent d'obésité au sein de cette population.

L'absence d'association significative entre le niveau de pratique d'activités physiques des jeunes et celui de leurs parents, dans plusieurs cas, est peut-être due à la taille réduite des échantillons. On observe une relation inverse à celle attendue pour ce qui est du niveau d'activité des garçons de 9 ans avec leur père, suggérant encore une fois une difficulté de rappel plus importante chez les enfants que chez les adolescents ou une influence moins marquée chez les enfants que chez les adolescents de 13 ans. Les études portant sur les déterminants de la pratique d'activités physiques chez les jeunes révèlent généralement (Moore et

autres, 1991; Sallis et autres, 1992; Stucky-Ropp et DiLorenzo, 1993; Rossow et Rise, 1994; Simons-Morton et autres, 1997), mais pas toujours (Godin et Shephard, 1986; McMurray et autres, 1993; Bungum et Vincent, 1997; Trost et autres, 1999), que l'influence des parents est associée, directement ou indirectement, au niveau de pratique d'activités physiques du jeune.

Nous avons observé une association entre la pratique d'activités physiques de loisir et l'écoute de la télévision, positive chez les garçons et négative chez les filles, à 16 ans. Malgré les limites méthodologiques du devis, les résultats de l'enquête suggèrent que seules les filles seraient vulnérables à une baisse dans leur niveau de pratique d'activités physiques ainsi que dans leur pratique d'activités physiques d'intensité plus vigoureuse lorsqu'elles écoutent davantage la télévision. Bien que certaines études révèlent peu ou pas d'associations entre l'écoute de la télévision et la pratique d'activités physiques chez les jeunes (Robinson et autres, 1993; Sallis et autres, 1992), sauf parfois chez les adolescentes (Bungum et Vincent, 1997; Heath et autres, 1994), il a été démontré qu'une réduction des heures consacrées à l'écoute de la télévision a un impact positif sur la pratique d'activités physiques des jeunes (Robinson, 1999; Epstein et autres, 1997). De plus, il est démontré que l'écoute de la télévision augmente la prévalence d'obésité (Dietz et Gortmaker, 1985; Gortmaker et autres, 1996), un autre facteur de risque de plusieurs maladies chroniques s'ajoutant à celui de la sédentarité.

En terminant, les résultats de la présente enquête suggèrent les pistes de recherche et d'intervention suivantes :

- Suivre, de façon régulière, l'évolution de la pratique d'activités physiques des enfants et des adolescents québécois au moyen d'enquêtes qui tiennent compte du caractère saisonnier de ce comportement;
- Mesurer l'impact de la réforme de l'éducation sur le temps dévolu spécifiquement au cours d'éducation physique et à la santé;

- Étudier l'utilisation du temps de loisir afin de cerner les opportunités d'augmenter la pratique d'activités physiques ainsi que documenter le temps consacré à des activités sédentaires, telles que l'écoute de la télévision, l'utilisation de l'ordinateur, etc.;
- Augmenter les efforts consacrés à la promotion de l'activité physique chez les enfants et les adolescents, notamment chez les filles;
- Renforcer la participation au cours d'éducation physique;
- Encourager et soutenir les parents dans le rôle de soutien et de modèle qu'ils peuvent exercer auprès de leur enfant.



# Bibliographie

---

AARON, D. J., et R. E. LAPORTE (1997). « Physical Activity, Adolescence, and Health : An Epidemiological Perspective », *Exercise and Sport Sciences Reviews (ACSM Series)*, vol. 25, p. 391-405.

BARANOWSKI, T. (1985). « Methodological issues in self-report of health behavior », *Journal of school health*, vol. 55, p. 179-182.

BUNGUM, T. J., et M. L. VINCENT (1997). « Determinants of physical activity among female adolescents », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 13, p. 115-122.

CASPERSEN, C. J., M. A. PEREIRA et K. M. CURRAN (2000). « Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross-sectional age », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 32, n° 9, p. 1601-1609.

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, 74 p.

DALE, D., C. B. CORBIN et K. S. DALE (2000). « Restricting opportunities to be active during school time: do children compensate by increasing physical activity levels after school? », *Research Quarterly for Exercise and Sport*, vol. 71, p. 240-248.

DIETZ, W. H. JR, et S. L. GORTMAKER (1985). « Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents », *Pediatrics*, vol. 75, p. 807-812.

EPSTEIN, L. H., B. E. SAELENS, M. D. MYERS et autres (1997). « Effects of decreasing sedentary behaviors on activity choice in obese children », *Health Psychology*, vol. 16, p.107-113.

GIONET, N. J., et G. GODIN (1989). « Self-reported exercise behavior of employees: a validity study », *Journal of Occupational Medicine*, n° 31, p. 969-973.

GODIN, G., et R. J. SHEPHARD (1986). « Normative beliefs of school children concerning regular exercise », *Journal of School Health*, vol. 54, p. 443-445.

GORTMAKER, S. L., A. MUST, A. M. SOBOL et autres (1996). « Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990 », *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 150, p. 356-362.

HEATH, G. W., R. R. PATE et M. PRATT (1993). « Measuring physical activity among adolescents », *Public Health Reports*, vol. 108, suppl. 1, p. 42-46.

HEATH, G. W., M. PRATT, C. W. WARREN et autres (1994). « Physical activity patterns in American high school students. Results from the 1990 Youth Risk Behavior Survey », *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol.148, p.1131-1136.

INSTITUT CANADIEN DE LA RECHERCHE SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE MODE DE VIE (1995). *Physical activity monitor*, [En ligne]. <http://www.cflri.ca/cflri/pa/surveys/95survey/95survey.htm#B8>

INSTITUT CANADIEN DE LA RECHERCHE SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE MODE DE VIE (1999). *Canada's children and youth : a physical activity profile*. Série de rapports spéciaux, [En ligne]. <http://www.cflri.ca/icrcp/icrcp.html>

INSTITUT CANADIEN DE LA RECHERCHE SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE MODE DE VIE (2000). *Sondage indicateur de l'activité physique en 1998*, [En ligne]. <http://www.cflri.ca/icrcp/icrcp.html>

KINO-QUÉBEC (1999). *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec*, Québec, Ministère de l'Éducation, 27 p.

KINO-QUÉBEC (2000). *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec*, Québec, Secrétariat au loisir et au sport, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 24 p.

KINO-QUÉBEC (2000a). *Plan d'action 2000-2005 en matière de lutte à la sédentarité et de promotion de l'activité physique*, Québec, Secrétariat au loisir et au sport, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 p.

LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE ET SANTÉ CANADA (1999). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2000*, Ottawa, Fondation des maladies du cœur du Canada, 107 p.

MALINA, R. M. (1996). « Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan », *Research Quarterly for Exercise and Sport*, vol. 67, suppl. 3, p. 48-57.

McMURRAY, R. G., C. B. BRADLEY, J. S. HARRELL et autres (1993). « Parental influences on childhood fitness and activity patterns », *Research Quarterly for Exercise and Sport*, vol. 64, p. 249-255.

MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES (1994). *En vacances et à l'école. Les loisirs des élèves du secondaire (sommaire)*, Québec, Gouvernement du Québec, 8 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (1990). *Les régimes pédagogiques, rapport annuel sur l'application et l'applicabilité*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (1997). *Réaffirmer l'école, rapport du groupe de travail sur la réforme du curriculum*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation.

MOORE, L. L., D. A. LOMBARDI, M. J. WHITE et autres (1991). « Influence of parents' physical activity level on activity levels of young children », *Journal of Pediatrics*, vol. 118, p. 215-219.

NOLIN, B. (1995). « Activité physique de loisir » dans *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, chapitre 6, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 1, p. 97-107.

NOLIN, B., G. GODIN et D. PRUD'HOMME (2000). « Activité physique » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 7, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 171-183.

NOLIN, B., D. PRUD'HOMME et G. GODIN (à paraître). *Rapport de l'enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*. Québec, Institut de la statistique du Québec et Kino-Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

NOLIN, B., D. PRUD'HOMME et M. GODBOUT (1996). *L'activité physique de loisir au Québec : une analyse en fonction des bénéfices pour la santé, monographie n° 5*, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Kino-Québec, Ministère des Affaires municipales, Gouvernement du Québec, 107 p.

ROBINSON, T. N. (1999). « Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 282, p. 1561-1567.

ROBINSON, T. N., D. L. HAMMER, J. D. KILLEN et autres (1993). « Does television viewing increase obesity and reduce physical activity? Cross-sectional and longitudinal analyses among adolescent girls », *Pediatrics*, vol. 91, p. 273-280.



- ROSS, J. G., et R. R. PATE (1987). « The national children and youth fitness study II: a summary of findings », *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, Special insert, vol. 58, p. 49-96.
- ROSSOW, I., et J. RISE (1994). « Concordance of parental and adolescent health behaviors », *Social Science and Medicine*, vol. 38, p. 1299-1305.
- SALLIS, J. F., et N. OWEN (1999). *Physical activity & behavioral medicine*, Thousand Oaks, Sage Publications, 210 p.
- SALLIS, J. F., S. A. CONDON, K. J. GOGGIN et autres (1993). « The Development of self-administered physical activity surveys for 4th grade students », *Research Quarterly for Exercise and Sport*, vol. 63, n° 1, p. 25-31.
- SALLIS, J. F., M. J. BUONO, J. J. ROBY, F. G. MICALE et J. A. NELSON (1993a). « Seven-day recall and other physical activity self-reports in children and adolescents », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 25, n° 1, p. 99-108.
- SALLIS, J. F., J. J. PROCHASKA et W. C. TAYLOR (2000). « A review of correlates of physical activity of children and adolescents », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 32, p. 963-975.
- SALLIS, J. F., B. G. SIMONS-MORTON, E. STONE et autres (1992). « Determinants of physical activity and interventions in youth », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 24, p. S248-S257.
- SALLIS, J. F., J. M. ZAKARIAN, M. F. HOVELL et autres (1996). « Ethnic, socioeconomic and sex differences in physical activity among adolescents », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 49, p.125-134.
- SANTÉ CANADA (1999). « L'activité physique des canadiens, tableaux supplémentaires 1996-1997. L'activité physique des canadiens, cycle 2 (1996-1997) » dans *Faits saillants de l'Enquête nationale sur la santé de la population*, [En ligne]. <http://www.hc-sc.gc.ca>
- SANTÉ CANADA (2000). *La santé des jeunes : tendances au Canada*, [En ligne]. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/spsc/pdf/08chap8.pdf>
- SIMONS-MORTON, B. G., T. J. MCKENZIE, E. STONE et autres (1997). « Physical activity in a multiethnic population of third graders in four states », *American Journal of Public Health*, vol. 87, p. 45-50.
- STEPHENS, T., et C. L. CRAIG (1990). *Le mieux-être des Canadiens et des Canadiennes : faits saillants de l'Enquête Campbell de 1988*, Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 123 p.
- STUCKY-ROPP, R. C., et T. M. DiLORENZO (1993). « Determinants of exercise in children », *Preventive Medicine*, vol. 22, p. 880-889.
- THIBAUT, G (2001). « L'activité physique » dans HAMEL, M., L. BLANCHET et C. MARTIN (éd.). *6-12-17 Nous serons bien mieux! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*, chapitre 6, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, p. 211-250.
- TROST, S. G., R. R. PATE, D. S. WARD et autres (1999). « Correlates of objectively measured physical activity in preadolescent youth. », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 17, p. 120-126.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS) (1996). *Physical Activity and Health: A report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health.



# Tableau complémentaire

Tableau 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

	9 ans		13 ans		16 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	Pe '000					
Nombre de séances d'activité physique, <u>sans</u> le cours d'éducation physique						
0 à 2 séances	8,5	9,9	6,6	10,3	7,4	11,8
3 à 6 séances	12,4	14,4	12,9	12,1	13,2	15,8
7 à 13 séances	14,4	12,0	14,5	13,2	15,3	11,2
14 séances ou plus	9,8	7,2	9,9	6,5	7,8	4,0
<b>7 séances ou plus<sup>(1)</sup></b>	<b>24,2</b>	<b>19,2</b>	<b>24,4</b>	<b>19,7</b>	<b>23,1</b>	<b>15,2</b>
Nombre de jours de pratique <sup>(2)</sup>						
0 à 2 jours	8,0	9,8	6,6	10,2	7,6	12,6
3 à 5 jours	19,9	19,6	16,6	16,9	15,7	19,0
6 ou 7 jours	17,1	14,0	20,8	15,0	20,4	11,4
Nombre de cours d'éducation physique						
Aucun	6,3	6,4	7,3	7,9	9,5	10,8
Un seul	21,1	21,5	24,1	20,6	19,7	20,4
Deux ou plus	17,7	15,6	12,6	13,6	14,5	11,6
Pratique d'une activité physique plus vigoureuse <sup>(3)</sup> au moins 3 jours						
	...	...	32,0	24,3	30,3	21,6

(1) Correspond au niveau « élevé ou très élevé » d'activité physique; variable utilisée pour les croisements avec d'autres variables.

(2) Incluant le cours d'éducation physique.

(3) Activité physique pratiquée durant au moins 20 minutes d'affilée qui fait transpirer ou respirer rapidement.

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



# Emploi du temps et pratiques culturelles

Gilles Pronovost

Département des sciences du loisir et de la communication sociale  
Université du Québec à Trois-Rivières

---

## Introduction

Cette section sur l'emploi du temps et les pratiques culturelles offre des données descriptives de ce sujet mal connu dans les études sur les jeunes. Elle permet de porter attention à des aspects autres que biologiques, héréditaires ou psychologiques, comme l'univers des pratiques sociales et culturelles des enfants, l'utilisation qu'ils font de leurs temps libres, l'influence des milieux de socialisation, qui ne sont pas sans conséquences sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents même si la démonstration n'est pas toujours facile à faire. La littérature générale sur le loisir pose que celui-ci est source de bien-être et d'épanouissement. Un fort courant en psychologie du loisir tout particulièrement soutient que le loisir peut apporter de nombreux bénéfices personnels, dont la santé physique et mentale, le développement intégral de la personne et l'acquisition de comportements sains et équilibrés (Presses de l'Université du Québec, 1995).

Les études sur le temps libre et les activités de loisir chez les enfants et les adolescents ne sont pas légion, encore moins celles qui portent spécifiquement sur l'emploi du temps. Très souvent on doit se contenter de sous-échantillons de grandes enquêtes nationales, généralement pour des populations âgées de 15 ans et plus. Nous disposons cependant de quelques études récentes ou anciennes qui permettent de jeter un premier éclairage sur l'emploi du temps et les pratiques culturelles (Patureau, 1992; ministère de l'Éducation, 1994; ministère de la Culture et de la Communication, 1992, 1999). Ainsi, par rapport à l'ensemble de la population, les jeunes sont les moins grands consommateurs de médias « traditionnels », mais plus grands consommateurs de médias électroniques tels les

jeux vidéo, et sans doute la micro-informatique chez les 15 ans et plus. Toute proportion gardée, ils fréquentent le plus le cinéma en salles (et regardent le plus de films en cassettes), écoutent le plus de musique enregistrée et généralement assistent le plus à des spectacles de groupes musicaux. Une caractéristique fondamentale des rapports aux médias chez les jeunes est leur insertion dans des pratiques intenses de sociabilité; ce fait est largement étayé par les études d'emploi du temps; « sorties », rapports aux médias et sociabilité vont de pair. Au plan des autres pratiques culturelles, ce sont les habitudes de lecture qui sont parmi les plus révélatrices des comportements culturels des jeunes : ils sont davantage tournés vers les magazines, sont portés à abandonner progressivement la lecture de livres, les stéréotypes masculins et féminins se dessinent très tôt (Singley, 1989; Garon, 1997). Ici, l'influence du milieu familial au plan du niveau de vie et du niveau d'éducation des parents devrait être déterminante. Quant à la pratique sportive, nous savons que les jeunes consacrent plus de temps que les adultes à l'activité physique sous toutes ses formes (Nolin, Prud'homme et Godbout, 1996).

À ce très court portrait, il faut ajouter les caractéristiques sociodémographiques classiques. Les jeunes provenant de milieux plus aisés manifestent généralement des pratiques plus intenses et plus structurées (par exemple en ce qui concerne leur encadrement dans des activités de groupe ou des activités extrascolaires). Ils ont généralement accès à plus de moyens et d'équipements (sportifs, culturels, informatiques, etc.), ainsi qu'à un univers culturel plus large en raison de la scolarité plus forte de leurs parents. À l'inverse, ce que l'on pourrait qualifier d'isolement social et culturel est le fait des milieux moins favorisés : faible densité de participation culturelle extérieure, repli sur l'espace domestique,

écoute plus forte de la télévision. Nous tenterons de voir comment s'exerce l'influence de telles variables en fonction de l'âge.

Nous tenterons également de décrire comment les pratiques d'activités culturelles sont reliées entre elles ainsi qu'avec le temps consacré aux autres activités. Par exemple, certaines études indiquent qu'il n'y a pas de relation significative entre les profils d'activités et le fait d'exercer un travail rémunéré (ministère de l'Éducation, 1994). L'une des raisons de cet apparent paradoxe est qu'à certaines exceptions près (dont une forte consommation de télévision ou d'activités à domicile), de nombreux loisirs supposent une présence active sur la scène publique, une certaine insertion dans des réseaux sociaux, des capacités d'autonomie personnelle. Il est évident qu'au-delà d'un certain nombre d'heures, la pression du temps disponible limite d'autres activités, y compris le travail scolaire.

L'analyse des données tirées de la présente enquête permettra d'infirmer ou de nuancer les propos qui précèdent. Elle a également le mérite de porter l'observation sur trois groupes d'âge différents, ce qui permet d'une part de mieux connaître les comportements des plus jeunes (les jeunes de 9 et 13 ans sont rarement intégrés aux enquêtes usuelles), et d'autre part d'observer l'évolution des comportements à mesure que les jeunes avancent en âge. Sur ce dernier point, d'ailleurs, on pourra sans doute y voir la formation progressive des tendances identifiées plus haut.

Ce chapitre présente d'abord les principaux résultats descriptifs du temps consacré à diverses activités : devoirs et leçons, travail rémunéré et écoute de la télévision. Des pratiques d'activités culturelles y sont aussi décrites, dont la lecture et d'autres loisirs ainsi que l'utilisation de l'ordinateur. Nous résumerons également certaines associations significatives, la plupart du temps reliées à des variables sociodémographiques classiques (âge, sexe, etc.), ou encore confirmant des tendances établies dans d'autres enquêtes. Enfin, nous explorerons le lien entre le loisir et la santé ou le bien-être. Mais voici d'abord quelques précisions sur les aspects méthodologiques.

## 11.1 Aspects méthodologiques

Rappelons que cette enquête de Santé Québec porte sur les enfants et les adolescents âgés de 9, 13 et 16 ans respectivement. La population étudiée est donc à la charnière du monde de l'enfance, de l'adolescence et de la jeunesse.

Trois mesures de l'emploi du temps sont disponibles dans l'enquête : le temps déclaré pour faire ses devoirs et ses leçons (questions E8 et A11 présentées au chapitre 4), le temps moyen déclaré de travail rémunéré par semaine (A21, Q25, questions posées aux adolescents seulement et présentées au chapitre 2), ainsi que le nombre déclaré d'heures d'écoute de la télévision ou des films vidéo sur semaine et pendant les fins de semaine (E37, A79, Q90). Nous avons déjà eu l'occasion de signaler que de telles mesures avaient l'inconvénient d'être plutôt imprécises par rapport à d'autres méthodologies, dont celle des budgets-temps (Pronovost, 1997, chap. 9); les écarts par rapport au temps effectivement consacré à telle ou telle activité peuvent être importants. Nous retiendrons donc ici les ordres de grandeur plutôt que les mesures précises, de même que certaines relations significatives entre le temps moyen déclaré et d'autres activités.

L'enquête permet également de connaître certaines pratiques culturelles des enfants et des adolescents. Il s'agit des habitudes de lecture (E35, A77, Q88), des sorties au cinéma, dans les salles de jeux vidéo, à un spectacle de musique, à un match et dans une discothèque (E36, A78, Q89); à noter que la question sur les discothèques ne concerne que les jeunes de 13 et 16 ans. Le temps déclaré d'écoute de la télévision peut également être inclus dans ce volet. Une question a aussi été ajoutée sur la présence et la fréquence d'utilisation d'un ordinateur à la maison (E38 et E39; A80 et A81; Q91 et Q92), qui sera croisée avec quelques variables de participation culturelle.

Deux indices ont enfin été construits : un indice de lecture, cumulant le nombre de sources déclarées de lecture parmi livres, magazines et journaux (variant de 0 à 3); un indice d'activités culturelles, cumulant cette fois

le nombre d'activités différentes pratiquées (0, 1, 2 et plus). Ces activités sont mesurées sur une période d'une semaine.

Les questions pour lesquelles la non-réponse partielle est de plus de 5 % se limitent aux suivantes : le nombre d'heures d'écoute de la télévision la fin de semaine (E37b, A79b) pour les 9 ans (10 %) et les 13 ans (7 %); l'indicateur du nombre moyen (semaine et fin de semaine) d'heures d'écoute de la télévision pour les 9 ans (12 %) et les 13 ans (10 %). L'impact de la non-réponse à la question A79b chez les 13 ans est négligeable. Dans les autres cas, la non-réponse à ces questions n'est pas associée au sexe de l'enfant ou de l'adolescent. La non-réponse au nombre moyen d'heures d'écoute de la télévision par jour est associée à l'année d'études chez les 13 ans : ceux qui sont moins avancés à l'école (1<sup>re</sup> secondaire ou moins) ont un taux de non-réponse plus élevé que les autres (2<sup>e</sup> secondaire ou plus) (12 % c. 6 %). On observe une tendance dans le même sens chez les 9 ans.

## 11.2 Résultats

### 11.2.1 Temps consacré à diverses activités

En dépit des réserves émises plus haut, on peut néanmoins considérer que les déclarations des jeunes constituent des indicateurs intéressants de l'ordre de grandeur du temps qu'ils consacrent à certaines activités. Ainsi, un peu plus de la moitié des enfants de 9 ans (63 %) déclarent consacrer 30 minutes ou moins par jour aux devoirs et aux leçons et plus du tiers (37 %) y consacrerait plus de 30 minutes (tableau 11.1). Chez les adolescents, une mesure du temps hebdomadaire consacré aux mêmes activités révèle qu'ils sont 76 % à 13 ans et 81 % à 16 ans à déclarer consacrer 5 heures ou moins par semaine aux travaux scolaires; moins du quart d'entre eux déclarent consacrer plus de 5 heures par semaine (tableau 11.2). On note ainsi une tendance à la diminution des heures déclarées à mesure que l'on avance en âge.

Tableau 11.1  
**Temps consacré aux devoirs et leçons selon le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999**

	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%		
Devoirs et leçons, par jour			
30 minutes ou moins	64,6	62,0	<b>63,3</b>
Plus de 30 minutes	35,4	38,0	<b>36,7</b>

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

Quant au travail hebdomadaire, les trois quarts des garçons et des filles de 13 ans ne déclarent aucune heure rémunérée; à 16 ans, c'est environ 64 % des garçons et 69 % des filles. À cet âge d'ailleurs, environ 17 % des garçons et 15 % des filles déclarent 11 heures et plus de travail hebdomadaire. Les différences ne sont pas significatives entre les garçons et les filles.

Malgré son imprécision, on peut encore signaler que le temps déclaré d'écoute de la télévision est beaucoup plus important pendant les fins de semaine que sur semaine, que ce soit à 9 ans, à 13 ans ou à 16 ans (tableau 11.3). Les enfants de 9 ans, par exemple, y consacrent 4,1 heures par jour la fin de semaine, contre 2,2 heures les jours d'école. Les plus grands « télévores » déclarés sont les adolescents de 13 ans. Règle générale, les garçons déclarent regarder un peu plus la télévision que les filles, quelle que soit la catégorie d'âge. Cette différence entre les sexes est significative soit pour la moyenne hebdomadaire et la semaine (à 16 ans), soit pour la fin de semaine (à 9 ans et 13 ans). Comparativement à une hausse entre les jeunes de 9 ans et de 13 ans, ces derniers déclarant les plus grandes heures d'écoute, on observe une baisse significative à l'âge de 16 ans.

Tableau 11.2

**Temps consacré aux devoirs et leçons et au travail rémunéré selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	13 ans			16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Devoirs et leçons, par semaine <sup>†</sup>						
5 heures ou moins	80,6	71,3	<b>76,1</b> <sup>1</sup>	88,4	73,9	<b>81,1</b> <sup>1</sup>
Plus de 5 heures	19,4	28,7	<b>23,9</b> <sup>2</sup>	11,6	26,1	<b>18,9</b> <sup>2</sup>
Travail rémunéré, par semaine						
Aucune heure	76,5	76,3	<b>76,4</b> <sup>3</sup>	64,3	69,1	<b>66,7</b> <sup>3</sup>
1 à 5 heures	12,7	13,6	<b>13,1</b> <sup>4</sup>	8,9	6,5	<b>7,7</b> <sup>4</sup>
6 à 10 heures	6,4*	7,3*	<b>6,9</b> <sup>5</sup>	9,9	10,0	<b>10,0</b> <sup>5</sup>
11 heures et plus	4,4*	2,9**	<b>3,6</b> *	16,9	14,5	<b>15,7</b>

<sup>1-5</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le temps consacré aux devoirs et leçons et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

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

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

Tableau 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**

	Sur semaine <sup>†</sup>	Fin de semaine <sup>§</sup>	Moyenne hebdomadaire <sup>†</sup>
	Moyenne d'heures		
9 ans			
Garçons		4,4	2,7
Filles	2,2	3,8	2,5
<b>Sexes réunis</b>	<b>2,2</b> <sup>1,2</sup>	<b>4,1</b> <sup>3</sup>	<b>2,6</b> <sup>5</sup>
13 ans			
Garçons	3,1	5,2	3,6
Filles	3,0	4,6	3,4
<b>Sexes réunis</b>	<b>3,0</b> <sup>1</sup>	<b>4,9</b> <sup>3,4</sup>	<b>3,5</b> <sup>5</sup>
16 ans			
Garçons	3,0	4,3	3,3
Filles	2,6	4,0	3,0
<b>Sexes réunis</b>	<b>2,8</b> <sup>2</sup>	<b>4,1</b> <sup>4</sup>	<b>3,1</b> <sup>5</sup>

<sup>1-5</sup> Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests de différence des moyennes d'heures d'écoute de télévision sur semaine selon le sexe et des moyennes hebdomadaires selon le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

<sup>§</sup> Le test de différence des moyennes d'heures d'écoute de télévision la fin de semaine selon le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 13 ans.

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



Chez les adolescents de 13 ans, le temps d'écoute de la télévision est moindre chez ceux qui déclarent consacrer plus de temps à leurs travaux scolaires (3,3 c. 3,6 heures) (tableau 11.4). À 13 ans également, la relation bien établie entre le revenu et l'écoute de la télévision est très nette; ainsi, chez les adolescents dont le revenu relatif du ménage est plus élevé, on consacre moins de temps quotidien à la télévision (3,1 heures), que chez ceux vivant dans des ménages à revenu plus faible (3,9 ou 4,1 heures). Une autre relation intéressante est celle d'une plus forte écoute de la télévision chez les adolescents de 16 ans, parmi ceux qui semblent les plus isolés. Les jeunes de 16 ans qui déclarent peu de soutien des amis, regardent davantage la télévision que les jeunes qui reçoivent

beaucoup de soutien (3,6 c. 3,0 heures). Le temps d'écoute de la télévision n'est pas associé, au point de vue statistique, à la langue parlée avec les amis.

### 11.2.2 Pratiques de lecture

Les habitudes de lecture se modifient de manière significative selon l'âge (tableau 11.5). Alors que le livre constitue le principal support de lecture à 9 ans, la lecture de magazines constitue déjà une source plus importante à l'âge de 13 ans. La hiérarchie magazine-journal-livre, qui se dessine à partir de l'âge de 13 ans, est confirmée à 16 ans. Elle se traduit, chez ces derniers, par des proportions de 69 %, 57 % et 44 % pour ces trois sources de lecture respectives.

Tableau 11.4

#### Moyenne d'heures déclarées d'écoute de la télévision par jour selon diverses variables, Québec, 1999

	9 ans	13 ans	16 ans
	Moyenne d'heures		
Devoirs et leçons, par semaine <sup>†</sup>			
5 heures ou moins	...	3,6	3,2
Plus de 5 heures	...	3,3	3,1
Revenu relatif <sup>†</sup>			
Très faible ou faible	2,8	4,1 <sup>1</sup>	3,4
Moyen	2,6	3,9 <sup>2</sup>	3,2
Élevé ou très élevé	2,6	3,1 <sup>1,2</sup>	3,0
Soutien perçu en provenance des amis <sup>§</sup>			
Beaucoup	2,7	3,5	3,0 <sup>3</sup>
Un peu	2,5	3,5	3,6 <sup>3</sup>
Pas du tout	2,6	3,8	4,0

<sup>1-3</sup> Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests de différence des moyennes d'heures d'écoute de télévision selon le temps consacré aux devoirs et leçons et des moyennes d'heures d'écoute de télévision selon le revenu relatif sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans.

<sup>§</sup> Le test de différence des moyennes d'heures d'écoute de télévision selon le soutien en provenance des amis est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

Tableau 11.5

**Pratiques de lecture pour le plaisir au cours d'une période d'une semaine selon le sexe, Québec, 1999**

	Garçons	Filles	Sexes réunis	
	%		%	Pe '000
9 ans				
Lu un journal	13,9	11,3	12,6	12,1
Lu un magazine	33,8	40,8	37,2	34,7
Lu un livre <sup>†</sup>	77,3	84,0	80,6	72,0
13 ans				
Lu un journal	34,4	31,7	33,1	31,3
Lu un magazine <sup>§</sup>	51,9	77,7	64,5	57,8
Lu un livre <sup>†</sup>	54,0	67,4	60,6	54,0
16 ans				
Lu un journal	57,0	57,3	57,1	52,1
Lu un magazine <sup>§</sup>	59,4	79,5	69,4	61,8
Lu un livre <sup>†</sup>	30,5	57,3	43,8	39,6

<sup>†</sup> Le test d'association entre la lecture d'un livre et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

<sup>§</sup> Le test d'association entre la lecture d'un magazine et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

Comme le démontrent bien les divers tableaux, la cloison filles-garçons se dessine très tôt. À tous les âges pour le livre, et chez les adolescents pour le magazine, les filles lisent davantage que les garçons de manière significative. À tous les âges, elles affichent également des sources plus diversifiées de lecture. Ainsi, environ 30 % des filles de 16 ans ont trois sources de lecture sur une période d'une semaine, contre 16 % des garçons (tableau 11.6).

Quel que soit l'âge, environ 12 % des jeunes n'indiquent aucune source de lecture (livre, magazine ou journal). Les données ne permettent pas d'étayer la relation observée dans la plupart des enquêtes entre le niveau de vie et les habitudes de lecture.

Tableau 11.6

**Nombre de sources de lecture pour le plaisir au cours d'une période d'une semaine<sup>†</sup> selon le sexe, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Garçons			
Aucune source	15,3 <sup>1</sup>	17,9 <sup>3</sup>	16,8 <sup>6</sup>
Une source	51,6	36,7	35,2 <sup>7</sup>
Deux sources	26,2 <sup>2</sup>	32,7 <sup>4</sup>	32,4 <sup>8</sup>
Trois sources	7,0 <sup>*</sup>	12,7 <sup>5</sup>	15,7 <sup>9</sup>
Filles			
Aucune source	8,9 <sup>1</sup>	5,4 <sup>*3</sup>	6,4 <sup>*6</sup>
Une source	51,9	33,5	23,3 <sup>7</sup>
Deux sources	33,6 <sup>2</sup>	39,8 <sup>4</sup>	39,9 <sup>8</sup>
Trois sources	5,6	21,3 <sup>5</sup>	30,4 <sup>9</sup>
<b>Sexes réunis</b>			
<b>Aucune source</b>	<b>12,1</b>	<b>11,8</b>	<b>11,6</b>
<b>Une source</b>	<b>51,8</b>	<b>35,1</b>	<b>29,3</b>
<b>Deux sources</b>	<b>29,8</b>	<b>36,2</b>	<b>36,1</b>
<b>Trois sources</b>	<b>6,3</b>	<b>16,9</b>	<b>23,0</b>

<sup>1-9</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de sources de lecture et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

### 11.2.3 Pratiques d'autres loisirs culturels

Certaines pratiques de loisir sont présentées au tableau 11.7. Les sorties au cinéma constituent la pratique la plus importante dès l'âge de 13 ans, âge à partir duquel les jeux vidéo semblent perdre de leur attrait; c'est également à partir de cet âge que les discothèques et sans doute les spectacles musicaux commencent à devenir des pratiques de plus en plus populaires.

Les différences de participation entre les garçons et les filles sont très marquées pour certaines activités mais peu pour d'autres. Ainsi, on ne s'étonnera pas que les jeux vidéo soient proportionnellement plus populaires

chez les garçons; cela est particulièrement manifeste à 13 ans pour les jeux vidéo (36 % c. 11 %) et pour le fait d'assister à un match (36 % c. 22 %). À 13 et 16 ans, le cinéma est plus populaire chez les filles. On n'observe pas de différence selon le sexe pour la discothèque et les spectacles de musique.

### 11.2.4 Variables associées aux pratiques culturelles

La section qui suit vise à illustrer comment les enfants et les adolescents s'insèrent dans des pratiques sociales et culturelles intenses ou au contraire, dans un cercle de retrait culturel. Les indicateurs d'emploi du temps seront donc croisés entre eux ainsi qu'avec le soutien des amis.

Tableau 11.7  
Pratiques de loisir au cours d'une période d'une semaine selon le sexe, Québec, 1999

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Aller au cinéma <sup>†</sup>			
Garçons	22,4	28,5	29,1
Filles	21,4	43,0	38,8
<b>Sexes réunis</b>	<b>21,9<sup>1,2</sup></b>	<b>35,6<sup>1</sup></b>	<b>33,9<sup>2</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>19,6</b>	<b>31,3</b>	<b>30,2</b>
Aller dans une discothèque			
Garçons	...	8,9	22,1
Filles	...	11,6	21,9
<b>Sexes réunis</b>	...	<b>10,2<sup>3</sup></b>	<b>22,0<sup>3</sup></b>
<b>Pe '000</b>	...	<b>9,2</b>	<b>19,8</b>
Aller dans une salle de jeux vidéos <sup>§</sup>			
Garçons	21,5	36,1	21,6
Filles	11,9	10,6	11,3
<b>Sexes réunis</b>	<b>16,7<sup>4</sup></b>	<b>23,6<sup>4,5</sup></b>	<b>16,5<sup>5</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>15,1</b>	<b>21,1</b>	<b>15,0</b>
Aller à un spectacle de musique			
Garçons	6,1*	7,1*	9,6
Filles	8,5*	7,8*	11,0
<b>Sexes réunis</b>	<b>7,3<sup>6</sup></b>	<b>7,4<sup>7</sup></b>	<b>10,3<sup>6,7</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>6,5</b>	<b>6,8</b>	<b>9,3</b>
Assister à un match <sup>‡</sup>			
Garçons	28,1	35,6	23,5
Filles	16,4	22,4	22,7
<b>Sexes réunis</b>	<b>22,4<sup>8</sup></b>	<b>29,1<sup>8,9</sup></b>	<b>23,1<sup>9</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>20,1</b>	<b>26,0</b>	<b>20,7</b>

<sup>1-9</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre les sorties au cinéma et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre les sorties dans une salle de jeux vidéo et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

<sup>‡</sup> Le test d'association entre les sorties à un match et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 13 ans.

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

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

Dans la présente enquête, tant chez les jeunes de 13 ans que chez ceux de 16 ans, ce sont généralement ceux qui ne déclarent aucun travail rémunéré qui sont les moins actifs au plan culturel. Cette relation est significative pour les sorties au cinéma ou dans les discothèques (tableau 11.8). Environ le tiers (31%) des jeunes de 16 ans ne travaillant pas sont allés au cinéma, contre 45 % de ceux qui ont travaillé 11 heures ou plus. Ces derniers sont aussi allés dans une discothèque en plus grande proportion que ceux qui ne travaillent pas ou qui travaillent moins (39 % c. 19 % ou 17 %). De manière globale, l'indice de pratiques culturelles que nous avons construit est lié au nombre d'heures de travail rémunéré : l'activité sur le marché du travail va de pair avec une vie culturelle plus active (tableau 11.9). Les adolescents de 16 ans qui ont travaillé un plus grand nombre d'heures sont aussi plus nombreux, toute proportion gardée, à avoir fait deux ou plus des activités mentionnées que ceux qui n'ont pas travaillé (45 % c. 28 %). Nous n'avons pas détecté d'association entre le nombre de pratiques de loisir et le revenu du ménage.

**Tableau 11.8**  
**Certaines pratiques de loisir au cours d'une période d'une semaine selon le temps consacré au travail rémunéré par semaine<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	Aller au cinéma	Aller dans une discothèque
	%	
<b>13 ans</b>		
Aucune heure	33,6	9,1
1 à 5 heures	44,1	13,9*
6 heures ou plus	41,3	15,7**
<b>16 ans</b>		
Aucune heure	31,4 <sup>1</sup>	19,4 <sup>2</sup>
1 à 10 heures	34,8	16,6* <sup>3</sup>
11 heures ou plus	44,9 <sup>1</sup>	39,2 <sup>2,3</sup>

<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre les sorties au cinéma et le temps de travail rémunéré et entre les sorties dans une discothèque et le temps de travail rémunéré sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

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

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

**Tableau 11.9**  
**Nombre de pratiques de loisir au cours d'une période d'une semaine selon le temps consacré au travail rémunéré par semaine<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	Aucune activité	Une activité	Deux activités ou plus
	%		
<b>13 ans</b>			
Aucune heure	38,3	34,6	27,1 <sup>1</sup>
1 à 5 heures	26,9*	35,0	38,1
6 heures ou plus	30,3*	29,6*	40,1 <sup>1</sup>
<b>16 ans</b>			
Aucune heure	35,5 <sup>2</sup>	36,8	27,7 <sup>4</sup>
1 à 10 heures	38,8 <sup>3</sup>	33,6	27,7 <sup>5</sup>
11 heures ou plus	23,0* <sup>2,3</sup>	32,0	45,0 <sup>4,5</sup>

<sup>1-5</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de pratiques de loisir et le temps consacré au travail rémunéré est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

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

Quant au temps consacré aux travaux scolaires, à quelques exceptions près, les données de l'enquête ne permettent pas de distinguer ses relations avec le loisir et la culture. Par exemple, à l'âge de 9 ans, la lecture n'est pas liée au temps pour faire devoirs et leçons; à 13 et 16 ans, toutefois, les plus studieux ont tendance à lire davantage. Ainsi, les adolescents de 13 ans qui font davantage de travaux scolaires sont plus nombreux, toute proportion gardée, à avoir utilisé trois sources de lecture (24 % c. 15 %); une tendance semblable est observée chez les 16 ans (tableau 11.10). Les autres pratiques de loisir ne sont pas associées aux travaux scolaires.

Dans cette enquête, la plupart des relations entre la consommation des médias et la pratique de diverses activités n'ont pas été établies, comme il en est de la majorité des données connues, à quelques exceptions près. La raison en est que l'univers des médias s'inscrit dans un univers plus large de pratiques culturelles interreliées.

Le cercle du retrait se manifeste dans le champ culturel. En effet, en règle générale, les enfants et les adolescents qui affichent moins de sources de lecture ont tendance à moins diversifier leurs activités de loisir, l'inverse s'observant lorsque les sources de lecture sont plus variées (tableau 11.11). Cette association n'est

significative que chez les 9 ans et les 13 ans cependant. De même, les adolescents de 13 ans qui déclarent moins de soutien en provenance d'amis pratiquent proportionnellement moins d'activités (figure 11.1).

Tableau 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**

	Aucune source	Une source	Deux sources	Trois sources
	%			
<b>Devoirs et leçons, par semaine</b>				
<b>13 ans<sup>†</sup></b>				
5 heures ou moins	12,0	36,2	37,2	14,7 <sup>1</sup>
Plus de 5 heures	10,3*	31,8	34,1	23,8 <sup>1</sup>
<b>16 ans</b>				
5 heures ou moins	12,2	30,2	35,7	21,9
Plus de 5 heures	9,0*	23,3	38,3	29,5

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de sources de lecture et le temps consacré aux devoirs et leçons est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans.

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

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

Tableau 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**

	Aucune source	Une source	Deux sources	Trois sources
	%			
<b>9 ans<sup>†</sup></b>				
Aucune activité	15,2 <sup>1</sup>	54,1 <sup>2</sup>	26,1 <sup>4</sup>	4,7 <sup>*5</sup>
Une activité	8,4 <sup>*1</sup>	57,3 <sup>3</sup>	29,1 <sup>4</sup>	5,3 <sup>**</sup>
Deux activités et plus	8,2 <sup>**</sup>	33,9 <sup>2,3</sup>	44,1 <sup>4</sup>	13,9 <sup>*5</sup>
<b>13 ans<sup>†</sup></b>				
Aucune activité	13,4	32,2	37,1	17,4
Une activité	12,1 <sup>*</sup>	41,5 <sup>6</sup>	32,6	13,8
Deux activités et plus	9,5 <sup>*</sup>	30,6 <sup>6</sup>	39,7	20,2
<b>16 ans</b>				
Aucune activité	14,0	31,7	35,8	18,6
Une activité	10,2 <sup>*</sup>	30,2	36,2	23,4
Deux activités et plus	10,9 <sup>*</sup>	25,0	36,2	27,9

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de sources de lecture et le nombre de pratiques de loisir est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 13 ans.

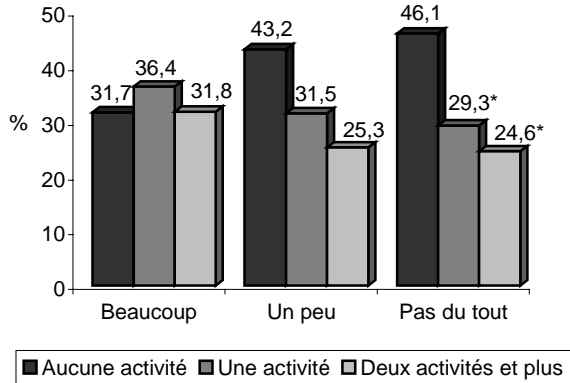
\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

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

Figure 11.1

**Nombre de pratiques de loisir au cours d'une période d'une semaine selon le soutien perçu en provenance des amis<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans, Québec, 1999**



<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de pratiques de loisir et le soutien perçu en provenance des amis est significatif au seuil de 0,05.

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

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

### 11.2.5 Utilisation de l'ordinateur

Les taux déclarés de présence d'un ordinateur à la maison varient de 64 % à 72 % selon l'âge (tableau 11.12). La présence d'un ordinateur est plus forte chez les 13 et 16 ans. L'utilisation de l'ordinateur à la maison est pratiquement généralisée chez les jeunes dont le ménage en possède un, puisque de 4,4 % (13 ans) à 8 % (16 ans) seulement n'en font jamais usage (tableau 11.13). Ceux et celles qui ne l'utilisent jamais sont en proportions semblables selon le sexe; cependant les garçons sont nettement plus nombreux que les filles à l'utiliser « souvent », à tout âge et en proportion.

La relation bien établie entre le revenu du ménage et la possession d'un ordinateur se confirme également dans cette enquête (tableau complémentaire C.11.1). Si l'ordinateur fait partie du décor quotidien, son utilisation ne présente pas de variation significative selon le niveau de vie du ménage, sauf à 13 ans. Les adolescents de cet âge vivant dans un ménage à revenu faible ou très faible utilisent moins « souvent » l'ordinateur (38 %) que ceux de ménage à revenu élevé ou très élevé (55 %) (tableau 11.14).

Tableau 11.12

**Présence d'un ordinateur à la maison selon le sexe, Québec, 1999**

	Garçons		Filles		Sexes réunis	
	%		%		Pe '000	
9 ans	62,0	66,9	<b>64,4</b> <sup>1,2</sup>	<b>57,0</b>		
13 ans	69,8	70,1	<b>69,9</b> <sup>1</sup>	<b>60,2</b>		
16 ans	74,3	69,1	<b>71,7</b> <sup>2</sup>	<b>61,9</b>		

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

Tableau 11.13

**Fréquence d'utilisation d'un ordinateur à la maison<sup>†</sup> parmi ceux qui en disposent selon le sexe, Québec, 1999**

	Garçons		Filles		Sexes réunis	
	%		%		Pe '000	
9 ans						
Souvent	48,6 <sup>1</sup>	37,8 <sup>1</sup>	<b>43,5</b>	<b>24,6</b>		
Quelquefois	45,4 <sup>2</sup>	56,6 <sup>2</sup>	<b>51,1</b>	<b>29,1</b>		
Jamais	6,1*	5,6*	<b>5,8</b>	<b>3,3</b>		
13 ans						
Souvent	60,9 <sup>3</sup>	40,9 <sup>3</sup>	<b>51,1</b>	<b>30,8</b>		
Quelquefois	34,4 <sup>4</sup>	55,0 <sup>4</sup>	<b>44,6</b>	<b>26,8</b>		
Jamais	4,7**	4,1**	<b>4,4</b>	<b>2,6</b>		
16 ans						
Souvent	53,0 <sup>5</sup>	35,2 <sup>5</sup>	<b>44,4</b>	<b>27,4</b>		
Quelquefois	40,4 <sup>6</sup>	56,1 <sup>6</sup>	<b>47,9</b>	<b>29,7</b>		
Jamais	6,6*	8,7*	<b>7,6</b>	<b>4,8</b>		

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la fréquence d'utilisation d'un ordinateur et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

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

Contrairement à une opinion répandue, une utilisation fréquente de l'ordinateur ne freine pas la participation culturelle. Ainsi, chez les enfants de 9 ans qui disposent d'un ordinateur à la maison, on observe une relation significative entre la diversité des activités de loisir et une plus grande utilisation de l'ordinateur. La relation

tend cependant à s'atténuer progressivement, à 13 ans puis à 16 ans (tableau 11.15), où peu importe que l'on utilise souvent ou jamais l'ordinateur, à peu près autant de jeunes (le tiers) n'ont aucune, une ou plusieurs activités.

Tableau 11.14  
**Fréquence d'utilisation d'un ordinateur à la maison parmi ceux qui en disposent selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999**

	Souvent	Quelquefois	Jamais
	%		
9 ans			
Très faible ou faible	45,4	48,8	5,9**
Moyen	39,7	52,2	8,1**
Élevé ou très élevé	45,1	51,2	3,7**
13 ans <sup>†</sup>			
Très faible ou faible	37,9 <sup>1</sup>	49,9	12,2**
Moyen	44,8	49,4	5,8**
Élevé ou très élevé	54,7 <sup>1</sup>	42,6	2,8**
16 ans			
Très faible ou faible	25,5	64,4	10,1**
Moyen	43,7	51,4	4,9**
Élevé ou très élevé	43,2	48,3	8,4**

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la fréquence d'utilisation d'un ordinateur à la maison et le revenu relatif est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans.

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

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

Tableau 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**

	Aucune activité	Une activité	Deux activités ou plus
	%		
9 ans <sup>†</sup>			
Souvent	46,7 <sup>1</sup>	27,6	25,7 <sup>2</sup>
Quelquefois	59,1 <sup>1</sup>	30,4	10,5* <sup>2</sup>
Jamais	65,3	28,1	6,6**
13 ans			
Souvent	35,2	32,1	32,7
Quelquefois	35,5	38,5	26,0
Jamais	41,0*	44,8*	14,2**
16 ans			
Souvent	37,7	33,0	29,4
Quelquefois	30,9	41,4	27,7
Jamais	39,9*	28,4*	31,7*

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de pratiques de loisir et la fréquence d'utilisation d'un ordinateur est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

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

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

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

### 11.2.6 Loisir, santé et bien-être

Nous ne disposons pas ici de données suffisantes permettant de confirmer l'effet du loisir sur la santé ou l'acquisition de comportements sains; néanmoins, nous avons fait appel à quelques indicateurs pour évaluer la justesse ou non des hypothèses courantes en psychologie du loisir. À cet égard, nous avons, de manière exploratoire, croisé certaines variables du loisir à divers indices psychologiques élaborés par d'autres chercheurs dans le cadre de la présente enquête. Nous renvoyons le lecteur aux chapitres pertinents pour la définition des variables utilisées portant sur l'activité physique (chapitre 10), l'estime de soi, la détresse psychologique (chapitre 19) et les problèmes de comportement ou d'opposition (chapitre 20).

La relation positive entre la pratique du loisir et la pratique de l'activité physique, laquelle s'observe également parmi la population adulte (Pronovost, 1997), est confirmée sans l'ombre d'un doute. Le niveau d'activité physique est corrélé avec le nombre de pratiques de loisir. Il n'est pourtant pas évident que les plus actifs au plan culturel le soient aussi dans d'autres secteurs d'activité, que les fervents de la musique ou de la lecture soient aussi des sportifs réguliers. Le tableau 11.16 illustre ce processus déjà à l'œuvre dès le jeune âge; les jeunes les plus actifs au plan de l'activité physique démontrent une plus grande variété de pratiques de loisir. Il est à noter que les rapports à la lecture n'épousent pas cette tendance générale puisque les taux associés à la pratique de l'activité physique ne sont significatifs que dans le groupe des jeunes de 9 ans (tableau 11.17).

Tableau 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<sup>†</sup>, Québec, 1999**

	Aucune activité	Une activité %	Deux activités ou plus
<b>Niveau d'activité physique</b>			
<b>9 ans</b>			
Bas ou modéré	64,4 <sup>1</sup>	25,9	9,7 <sup>2</sup>
Élevé ou très élevé	44,1 <sup>1</sup>	33,0	23,0 <sup>2</sup>
<b>13 ans</b>			
Bas ou modéré	47,4 <sup>3</sup>	36,5	16,1 <sup>4</sup>
Élevé ou très élevé	25,4 <sup>3</sup>	32,4	42,2 <sup>4</sup>
<b>16 ans</b>			
Bas ou modéré	38,7 <sup>5</sup>	38,6	22,6 <sup>6</sup>
Élevé ou très élevé	27,5 <sup>5</sup>	32,2	40,3 <sup>6</sup>

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de pratiques de loisir et le niveau d'activité physique est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

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



La relation entre la pratique du loisir et divers indices de comportement ou d'image de soi n'est cependant pas unilatérale. Ainsi, en fonction des données disponibles, aucun des tests psychologiques que nous avons utilisés (échelle de Marsh sur le concept général de soi chez les 9 ans; test de Rosenberg sur l'estime de soi et un indice de détresse psychologique chez les 13 et 16 ans) n'a démontré d'association avec le nombre de sources de lecture ou le nombre de pratiques de loisir. Par contre, il y a une relation très nette entre quelques indices de comportement et la pratique du loisir. À 13 et à 16 ans, les plus actifs en matière de loisir (tel que mesuré, ne l'oublions pas, par seulement quelques

activités sélectionnées) sont ceux qui présentent des problèmes de comportement (figure 11.2); environ 40 % de ces jeunes ont eu deux activités de loisir ou plus sur une semaine, contre environ 27 % des jeunes ne présentant pas de tels problèmes. Par ailleurs, le nombre de sources de lecture est lié à des comportements d'opposition chez les adolescents de 13 ans (figure 11.3), ceux qui ont de tels comportements ayant moins de sources de lecture que les jeunes qui n'ont pas ce type de comportements. Répétons qu'il s'agit de résultats sommaires demandant à être approfondis, d'autant plus que les données sur le loisir sont peu nombreuses.

Tableau 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<sup>†</sup>, enfants de 9 ans, Québec, 1999**

	Aucune source	Une source	Deux sources	Trois sources
	%			
Niveau d'activité physique				
Bas ou modéré	15,6 <sup>1</sup>	55,1	24,6 <sup>2</sup>	4,7 *
Élevé ou très élevé	8,8 <sup>*1</sup>	47,6	35,5 <sup>2</sup>	8,2 *

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de sources de lecture et le niveau d'activité physique est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

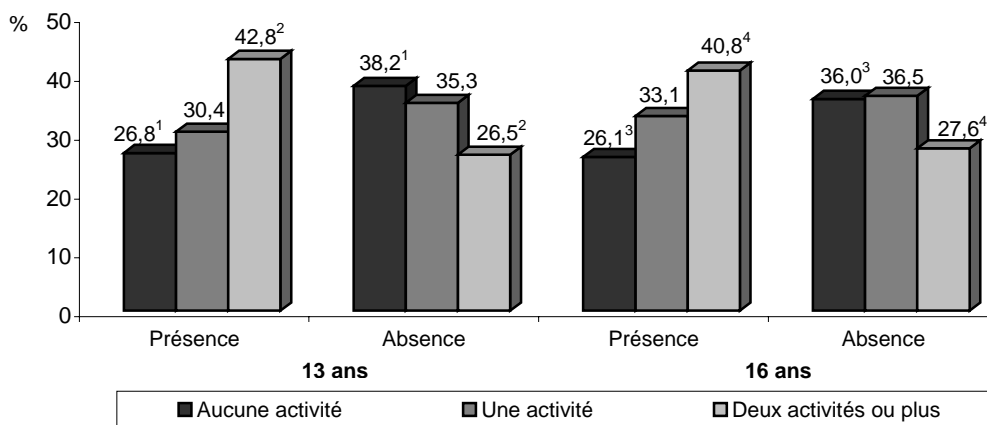
\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

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

Figure 11.2

**Nombre de pratiques de loisir au cours d'une période d'une semaine selon la présence de problèmes de comportement<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**



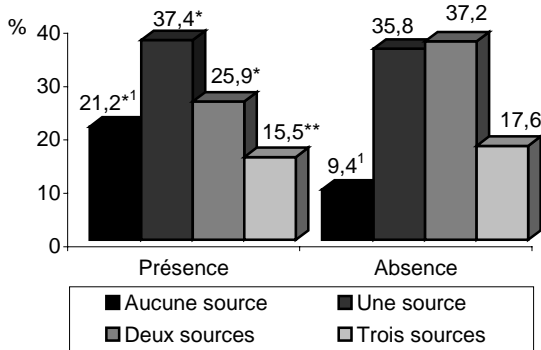
<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de pratiques de loisir et la présence de problèmes de comportement est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

Figure 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**



<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de pratiques de loisir et la présence de comportements d'opposition est significatif au seuil de 0,05.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

## Conclusion

Cette enquête de la Direction Santé Québec n'en est pas une sur les pratiques culturelles des jeunes. Le contenu portant sur le loisir et la culture chez les jeunes demeure forcément limité. Toutefois, les quelques résultats qui viennent d'être présentés permettent de décrire certaines caractéristiques de l'emploi du temps et des loisirs des jeunes. On est ici en présence d'un univers typique que de nombreuses autres études ont permis de caractériser. Pour la très vaste majorité des jeunes, l'univers des sorties et de la sociabilité prédomine nettement : en témoigne l'importance de la fréquentation du cinéma, des discothèques et des spectacles musicaux. Il s'agit de véritables pratiques identitaires. De manière plus générale, il est bien établi que chez les jeunes, les pratiques de sociabilité s'articulent autour de la musique et de la fréquentation de certains lieux typiques. L'importance des pratiques audiovisuelles domestiques, bien que mesurée de

manière indirecte dans la présente enquête (par des évaluations subjectives), ne constitue pas un obstacle aux sorties de toutes sortes. En fait, les jeunes de 16 ans tendent à diminuer leur consommation de télévision au profit de pratiques de loisir plus intenses.

En d'autres termes, si, comme le montrent la majorité des études, les jeunes sont parmi les moins grands amateurs du petit écran, une telle observation n'est probablement valable qu'au moment où l'univers culturel de l'adolescence commence à se former. Ainsi, les études américaines sur l'emploi du temps permettent de bien étayer cet investissement plus important dans la télévision et les jeux entre 12 et 15 ans, contrastant avec une baisse de l'écoute de la télévision et une hausse des sorties chez les jeunes plus âgés (Robinson et Godbey, 1999).

Il s'agit ici d'une enquête transversale, et non longitudinale; toute analyse de type « évolutif » demeure sujette à caution. Néanmoins, en comparant les données selon les trois groupes d'âge, il semble bien qu'une sorte de rupture avec le monde de l'enfance prenne place autour de l'âge de 13 ans, mais sans doute un peu avant. Cette hypothèse est étayée par une enquête française récente, laquelle parle d'une « autonomisation des choix » qui s'effectuerait vers l'âge de 11 ans (ministère de la Culture et de la Communication, 1999). Par exemple, les choix de lectures sont nettement infléchis dès l'âge de 13 ans; l'importance de la fréquentation du cinéma y est déjà notable; les heures déclarées d'écoute de la télévision y connaissent leur sommet pour décroître nettement à 16 ans. Le quart des jeunes exerce déjà un travail rémunéré à 13 ans, le tiers à 16 ans. Par l'observation des loisirs des jeunes et de leur emploi du temps, on peut assister aux premiers moments de leur entrée dans l'adolescence. Les enquêtes de participation culturelle indiquent que cet univers culturel de l'adolescence se prolongera bien au-delà de la vingtaine. Chose remarquable, certains effets de différenciation socioéconomique semblent s'atténuer pour un temps, sont même gommés pour quelques

années (Patureau, 1992), mais nous savons qu'il s'agit d'un intermède éphémère. Encore une fois, seules des analyses longitudinales permettraient de mieux appuyer ces hypothèses.

Les grands axes de la stratification socioéconomique exercent toujours leurs effets. Comme nous l'avons indiqué, le cercle du retrait culturel, sinon de l'isolement social, est déjà dessiné dès l'âge de 13 ans. Les écarts d'accès aux nouvelles technologies se calquent sur l'importance du revenu du ménage. Dans les sondages portant sur une population adulte, la relation observée entre la possession d'un ordinateur et la participation culturelle est constante. L'une des raisons avancées pour expliquer une telle situation tient aux facteurs socioéconomiques, puisque la possession d'un ordinateur et l'intensité de la participation culturelle sont toutes deux reliées au niveau de vie et au niveau d'éducation. D'autres travaux permettent d'étayer le fait que le niveau de vie et de scolarité des parents exerce une influence significative sur la diversité des activités pratiquées pendant le temps libre (ministère de l'Éducation, 1994). De même, ces travaux démontrent une relation significative entre la réussite scolaire et la pratique régulière d'activités. Dans la présente enquête, on observe une augmentation du nombre de pratiques de loisir avec une augmentation du niveau d'activité physique. De même, ceux qui lisent de façon plus diversifiée ont aussi plus de pratiques de loisir. Quoiqu'on observe peu d'associations entre le revenu du ménage et les pratiques culturelles des enfants et des adolescents, le processus plus général qui est ici à l'œuvre pourrait être celui du cumul des activités en fonction du niveau de vie : dans la population adulte, plus on est scolarisé, ou encore plus le revenu est élevé, plus on observe une intensification et une diversification des activités pratiquées dans un même champ (univers culturel ou sportif par exemple), de même que dans la plupart des autres champs.

On doit encore souligner le caractère sexué de certaines pratiques. La cloison garçons-filles est déjà

manifeste dès l'âge de 9 ans : travail scolaire, choix de lectures, choix d'activités de loisir se différencient selon l'axe des stéréotypes masculins et féminins. À cet égard, le temps du loisir constitue un puissant lieu d'apprentissage des rôles sociaux.

La relation du loisir à la personnalité et aux comportements demeure à approfondir. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour en démontrer les aspects les plus décisifs. Des analyses plus poussées seraient nécessaires. On peut néanmoins observer que la pratique du loisir renvoie à une certaine insertion dans l'univers social : on le voit par l'isolement de ceux qui pratiquent moins d'activités. Elle traduit également autant des pratiques de refus que des pratiques d'opposition : le cas le plus net, ici, étant l'association des problèmes de comportement à l'intensité des sorties au cinéma ou dans les discothèques par exemple. Elle accompagne enfin, dans le cas de certaines pratiques culturelles fortes (telle la lecture) ou d'une diversité modérée de pratiques de loisir à l'extérieur, l'intégration progressive au monde des adultes et à ses normes, notamment le monde du travail.

Nous n'avons fait ici que présenter les grandes lignes des principaux résultats. Cet univers que nous avons décrit à grands traits ne doit pas faire oublier la diversité et la richesse des « univers jeunes » : opposition, refus, intégration, conformisme, consommation, modernisme, sociabilité, information, banalité, innovation, voilà d'autres termes qui permettraient certainement d'approcher d'autres caractéristiques des pratiques de loisir des jeunes Y dans des travaux ultérieurs.



# Bibliographie

---

GARON, R. (1997). *La culture en pantoufles et en souliers vernis : rapport d'enquête sur les pratiques culturelles au Québec*, Québec, Les Publications du Québec.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (1994). *En vacances et à l'école : les loisirs des élèves du secondaire*, Québec, 55 p.

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION (1992). « Les pratiques culturelles des jeunes », *Développement culturel*, vol. 93, Paris.

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION (1999). « Les loisirs des 8-19 ans », *Développement culturel*, vol. 131, Paris, 8 p.

NOLIN, B., D. PRUD'HOMME et M. GODBOUT (1996). *L'activité physique de loisir au Québec : une analyse en fonction des bénéfices pour la santé*, monographie n° 5, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Kino Québec, MAM, Gouvernement du Québec, 107 p.

PATUREAU, F. (1992). *Les pratiques culturelles des jeunes*, Paris, Ministère de la Culture et de la Communication, 221 p.

PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC (1995). « Loisir, santé et fonctionnement humain », *Loisir et société/Society and leisure*, Québec, vol. 18, n° 1.

PRONOVOST, G. (1997). *Loisir et société, Traité de sociologie empirique*, 2<sup>e</sup> éd., Québec, Presses de l'Université du Québec, 401 p.

ROBINSON, J., et G. GODBEY (1999). *Time for life: The Surprising Ways Americans Use their Time*, 2<sup>e</sup> éd., University Park, Pennsylvania State University Press, 402 p.

SINGLY, F. de (1989). *Lire à 12 ans : une enquête sur les lectures des adolescents*, Paris, Nathan, 223 p.



## Tableau complémentaire

---

Tableau C.11.1  
**Présence d'un ordinateur à la maison selon le revenu relatif du ménage<sup>†</sup>, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Très faible ou faible	49,8 <sup>1</sup>	50,7 <sup>2</sup>	45,6 <sup>4</sup>
Moyen	64,8	61,7 <sup>3</sup>	68,0 <sup>4</sup>
Élevé ou très élevé	72,9 <sup>1</sup>	81,1 <sup>2,3</sup>	81,9 <sup>4</sup>

<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la présence d'un ordinateur et le revenu relatif est significatif au seuil de 0,05.

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





# Sexualité et mesures préventives contre les MTS et la grossesse

**Mylène Fernet**

Département de médecine sociale et préventive  
Université de Montréal

**Monique Imbleau**

Centre québécois de coordination sur le sida  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**François Pilote**

Direction de la santé publique

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

---

## Introduction

L'adolescence est une période de découvertes et d'apprentissages dans diverses sphères de la vie, dont celles de l'amour et de la sexualité. L'établissement de relations plus intimes avec un partenaire marque, chez plusieurs adolescents, leur entrée dans une vie sexuelle active. Il faut alors, non seulement qu'ils apprivoisent ces nouvelles émotions, mais qu'ils apprennent aussi à planifier leurs relations sexuelles et à négocier l'utilisation du condom pour éviter les maladies transmissibles sexuellement (MTS) et les grossesses précoces. Le tout s'inscrit très souvent dans un contexte de recherche d'identité et d'orientations. Cette inexpérience et ces incertitudes les placent donc, plus que leurs aînés, dans une situation de grande vulnérabilité face aux MTS.

L'adolescence constitue par ailleurs une période cruciale pour intervenir afin de soutenir l'adoption ou le maintien de comportements sexuels sécuritaires. La présente enquête permet de tracer un portrait des jeunes québécois de 13 et 16 ans à cet égard et fournit de l'information utile à l'élaboration d'actions de prévention dans un cadre plus global d'éducation à la sexualité.

## *Ampleur et conséquences des MTS chez les adolescents*

En dépit d'une diminution d'ensemble, depuis les vingt dernières années, les MTS bactériennes demeurent un problème de santé publique préoccupant. *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992) de même que les *Priorités nationales de santé publique, 1997-2002* (MSSS, 1997a) les considèrent au nombre des problèmes de santé qui nécessitent des actions prioritaires. À titre indicatif, la chlamydie génitale est la MTS bactérienne la plus répandue; 34 763 cas ont été déclarés au Québec de 1994 à 1998, dont 11 611 cas dans la seule catégorie des 15 à 19 ans (MSSS, 1999). C'est dire à quel point les jeunes sont particulièrement touchés. Il faut voir qu'une chlamydie non traitée ou traitée tardivement peut entraîner de sérieuses complications, dont une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), une grossesse ectopique voire même l'infertilité (Santé Canada, 1999). Ce sont des conséquences graves sur la santé sexuelle et reproductive des personnes et de la population. De plus, les MTS jouent un rôle dans la transmission du VIH en augmentant l'infectiosité du virus ou en rendant la muqueuse ulcérée ou enflammée plus vulnérable au VIH (CDCP, 1998).

Si les jeunes de 15-19 ans représentent moins de 0,5 % du nombre total des cas de sida déclarés à l'échelle québécoise (MSSS, 1999a), ils ne sont pas

pour autant exempts de l'infection par le VIH, dont la déclaration n'est pas obligatoire. La longue période d'incubation de cette infection, entre 10 et 15 ans et pouvant se prolonger davantage avec les multithérapies, fait en sorte que le sida se développe à un âge plus avancé à la suite d'une infection contractée beaucoup plus jeune. À défaut de données précises sur l'infection par le VIH, il y a tout de même lieu de penser qu'un grand nombre de personnes atteintes du sida ont été infectées à un jeune âge.

#### *Profil comportemental des adolescents en matière de sexualité*

L'abstinence ou le fait de retarder la première relation sexuelle sont reconnus comme des moyens efficaces d'éviter de contracter des MTS (Santé Canada, 1998). Or, ces stratégies de gestion de risque ne semblent pas obtenir la faveur des adolescents. À preuve, la recension de 29 études québécoises (Otis, 1996) menées auprès de jeunes en milieu scolaire révèle que l'âge moyen de la première relation sexuelle avec pénétration vaginale se situe à 15 ans. L'entrée précoce dans une vie sexuelle active est associée à un risque accru de contracter une MTS ou le VIH (Haiek, Thabet et Brochu, 1997; Caron et autres, 1997; Otis et autres, 1997; Tremblay, 1997). Selon les études, entre 12 % et 23 % des jeunes indiquent avoir eu des relations vaginales en première secondaire. Ces proportions atteignent 47 % à 69 % chez les élèves de cinquième secondaire. Parmi ceux-ci, 7 % à 37 % rapportent avoir déjà eu des relations anales (Otis, 1996), pratique reconnue pour son potentiel élevé de transmission des MTS et du VIH (Santé Québec, 1992; Haiek et Brochu, 1997; Otis, 1996). De plus, entre 12 % et 22 % des jeunes (âge moyen de 15 ans) déclarent avoir eu six partenaires sexuels différents ou plus depuis leur première relation (Otis, 1996), ce qui est aussi considéré comme une pratique à risque.

Les jeunes québécois semblent néanmoins avoir introduit le condom dans leurs pratiques sexuelles sans toutefois qu'une forte proportion d'entre eux en fasse un usage constant. À la première relation sexuelle, l'usage

rapporté franchit le seuil de 50 % pouvant atteindre 75 %, selon les études. La proportion totale de relations sexuelles protégées par le condom varie entre 50 % et 60 %. Quant à l'utilisation conjointe du condom et des contraceptifs oraux, moins de 15 % des jeunes de niveau secondaire la privilégient (Otis, 1996).

#### *Facteurs liés à l'utilisation du condom*

Au début de l'épidémie du VIH/sida, les programmes de prévention ont d'abord misé sur l'acquisition de connaissances. C'est plutôt au niveau des attitudes et des comportements que l'on pose présentement le problème. Un grand nombre de jeunes ont intégré le condom à leurs scénarios sexuels, quoiqu'ils semblent avoir certaines difficultés à maintenir un tel comportement.

Certes, il existe une multitude de facteurs (sociodémographiques, interpersonnels et individuels) qui favorisent l'utilisation du condom, notamment être plus jeune, être un garçon, être d'origine ethnique autre que québécoise francophone et habiter à Montréal plutôt qu'ailleurs (Otis, 1996). La question peut être abordée de multiples façons, notamment dans un cadre plus large de rapports sociaux entre les hommes et les femmes ou encore dans un contexte de relations interpersonnelles faisant appel entre autres aux convictions sur le partenaire et à la gêne d'utiliser le condom. Il est aussi possible d'appréhender l'utilisation du condom à un niveau personnel en s'intéressant aux attitudes, à la norme morale, à la responsabilité, au plaisir de même qu'à la conception de la sexualité.

Depuis les dix dernières années, les facteurs relatifs au contrôle comportemental, tels les habiletés perçues, le sentiment de compétence et la capacité de surmonter certains obstacles, ont pris de plus en plus d'importance (Otis, 1996), d'autant qu'ils s'avèrent des déterminants clés de pratiques sexuelles sécuritaires. Des études sur le sujet font état d'un lien entre une perception d'un meilleur contrôle face à l'usage du condom et un sentiment de compétence plus élevé vis-à-vis de la sexualité en général, ce qui sous-tend une

disposition plus favorable à communiquer avec le partenaire au sujet de l'utilisation du condom, à prendre l'initiative ou à refuser une pratique. D'autre part, ces attitudes et ces perceptions auraient tendance à changer au fil de l'engagement sexuel et des relations amoureuses; les jeunes auraient tendance progressivement à accorder une importance aux enjeux affectifs au détriment du maintien des pratiques sexuelles sécuritaires (Otis et autres, 1991).

Enfin, la socialisation différenciée, à plusieurs égards, des garçons et des filles donne à penser qu'il y aurait des différences de comportements selon le sexe, tout en ne perdant pas de vue que la maturité physiologique des garçons se fait en général plus tardivement.

Dans cette optique, ce chapitre sur la sexualité vise à décrire le profil comportemental des adolescents de 13 et 16 ans en matière de sexualité et à dégager, de façon particulière, les facteurs associés à l'utilisation du condom. Il s'attache à décrire les différences entre les garçons et les filles en la matière. Une première section du chapitre traite des aspects méthodologiques; une deuxième se consacre à la description des résultats et une troisième fait état d'éléments de réflexion et de pistes de recherche et d'intervention.

## **12.1 Aspects méthodologiques**

### **12.1.1 Définition opérationnelle des variables**

Les questions sur la sexualité s'adressent aux adolescents de 13 ans et 16 ans et sont fortement inspirées d'une enquête longitudinale réalisée auprès d'adolescents de la Rive-Sud et de la Rive-Nord de Montréal (Otis et autres, 1991). La plupart des variables utilisées sont de type comportemental. L'information porte sur l'expérience ou non d'une relation sexuelle avec pénétration (A50, A65, Q58, Q73), le nombre de partenaires sexuels de types régulier et occasionnel (A51, A66, Q59, Q74), l'âge à la première relation sexuelle (A52, A67, Q60, Q75), le type de partenaire lors de la première et de la dernière relation sexuelle

ainsi que la méthode de protection utilisée lors de ces relations (A53-54, A68-69, Q61-62, Q76-77). À partir de la méthode de protection utilisée, deux variables sont créées: moyens de protection contre les MTS (condom, condom et pilule) et moyens de protection contre les grossesses (condom, pilule, condom et pilule). Enfin, d'autres questions portent sur les antécédents de grossesse (A55, A70, Q63, Q78), les antécédents de MTS (A56, A71, Q64, Q79), le test de dépistage d'une MTS ou du sida (A57, A72, Q65, Q80) et les expériences homosexuelles (A58, A73, Q66, Q81).

Le questionnaire comporte également une échelle (A46, A61, Q54, Q69), inspirée de la théorie du comportement planifié (Fishbein et Ajzen, 1975; Ajzen, 1985) et validée dans plusieurs études (Otis et autres, 1991; Lavoie et Godin, 1991). Cette échelle vise à vérifier l'association de variables psychosociales avec les comportements sexuels et contraceptifs des adolescents. Cette échelle se subdivise en trois construits, soit :

- 1) la perception de contrôle quant au choix d'être actif sexuellement qui se traduit par « Je crois que je serais capable » : 1) de sortir avec une fille/un garçon sans me sentir obligé(e) d'avoir une relation sexuelle avec elle/lui; 2) d'attendre de me sentir prêt(e) avant d'avoir une relation sexuelle; 3) de choisir quand et avec qui avoir des relations sexuelles;
- 2) la perception de contrôle vis-à-vis de l'utilisation d'un moyen de protection lors de relations sexuelles qui se décline par « Je crois que je serais capable » : 1) de me procurer un moyen de contraception si j'en avais besoin; 2) de parler de contraception avec une fille/un garçon avant d'avoir une relation sexuelle avec elle/lui; 3) de convaincre une fille/un garçon d'utiliser le condom;
- 3) la perception de contrôle quant à l'initiative sexuelle qui se transpose en « Je crois que je

serais capable » : 1) de dire à une fille/un garçon comment elle/il peut me faire plaisir sexuellement; 2) de refuser une pratique sexuelle avec laquelle je ne suis pas à l'aise; 3) de prendre l'initiative.

Quatre catégories de réponse sont offertes pour chaque item, allant de « fortement d'accord » à « pas du tout d'accord ». Chaque construit est constitué par la moyenne des valeurs des trois items qui le composent et les catégories qui en résultent sont au nombre de quatre également : de « fortement » à « pas du tout » en contrôle. La concentration des sujets dans les catégories « fortement en contrôle » ou « modérément en contrôle » a forcé à effectuer un regroupement dichotomique des réponses. Les trois dernières catégories – « modérément », « un peu » et « pas du tout » en contrôle – ont donc été regroupées.

Enfin, trois questions ayant trait à la sexualité de leur adolescent sont introduites dans le questionnaire destiné aux parents : une première portant sur l'aisance des parents à discuter de sexualité (PA40), une deuxième concernant le fait d'avoir abordé avec l'adolescent des sujets relatifs à la sexualité (PA41) et une troisième relative à l'activité sexuelle perçue chez leur adolescent (PA42). Pour connaître les limites dans l'interprétation des résultats relatifs aux réponses des parents, il faut se reporter au chapitre 1 Méthodes. Deux questions sont insérées dans le questionnaire destiné aux directions d'école : l'une sur les activités de prévention des grossesses et des MTS (D14a) et l'autre sur les activités d'éducation à la sexualité (D14c). Les adolescents qui ne fréquentent pas une école secondaire ne sont pas inclus dans cette dernière section sur les activités relatives à l'éducation sexuelle.

### 12.1.2 Limites des données

Une erreur de filtre s'est glissée malencontreusement dans l'élaboration du questionnaire. Tous les sujets ayant rapporté être déjà sortis avec un partenaire (A47, Q55 pour les filles et A62, Q70 pour les garçons) auraient dû répondre plus loin à la question relative au fait d'avoir déjà eu ou non une relation sexuelle avec pénétration (A50, A65, Q58, Q73). Or, ils ont été soustraits aux questions sur les relations sexuelles avec pénétration s'ils ont indiqué, à la question suivante (A48, Q56 pour les filles et A63, Q71 pour les garçons), ne pas avoir eu un partenaire durant les 12 mois ayant précédé l'enquête.

Nous avons tenté d'estimer le nombre des jeunes actifs sexuellement exclus des résultats de cette partie du questionnaire. Le tableau 12.1 présente les étapes de cette estimation. Il est présumé que les jeunes étant déjà sortis avec un partenaire, mais pas dans les 12 mois de référence (140 jeunes de 13 ans et 134 jeunes de 16 ans), auraient déjà eu une relation sexuelle avec pénétration dans les mêmes proportions que ceux qui sont sortis avec un partenaire dans ces 12 mois de référence, soit 12 % à 13 ans et 61 % à 16 ans. De plus, il faut considérer seulement le pourcentage de jeunes actifs qui ont eu leur première relation il y a plus de 12 mois, soit à 12 ans ou moins pour le groupe des 13 ans (51 %) et à 15 ans ou moins pour le groupe des 16 ans (79 %). En appliquant ces proportions aux jeunes qui sont déjà sortis avec un partenaire, mais pas dans les 12 mois, et qui sont susceptibles d'avoir eu une relation sexuelle, on évalue qu'au plus 10 jeunes de 13 ans (7 garçons et 3 filles) et 63 jeunes de 16 ans (33 garçons et 30 filles) ont été exclus des analyses. Il s'agit là d'une évaluation optimale : le seul fait de ne pas être sorti avec un partenaire dans les 12 derniers mois pourrait laisser voir, davantage pour le groupe des 13 ans et dans une moindre mesure pour le groupe des 16 ans, qu'ils ne sont pas encore engagés, pour plusieurs, dans une sexualité active.

Tableau 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**

	13 ans			16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
Répondants (n)	433	415	848	470	462	932
Déjà sortis avec un partenaire (n)	237	216	453	363	382	745
Sortis dans les 12 mois de référence (n)	142	164	306	280	322	602
Pas sortis dans les 12 mois de référence (n)	90	50	140	78	56	134
Parmi ceux qui sont sortis dans les 12 mois, % de ceux ayant déjà eu une relation sexuelle	12 %	12 %	12 %	55 %	67 %	61 %
Déjà sortis, pas dans les 12 mois, pourraient avoir déjà eu une relation sexuelle (n)	11	6	17	43	37	80
% de ceux qui ont eu une relation sexuelle à ≤ 12 ans (pour les 13 ans) ou à ≤ 15 ans (pour les 16 ans)	61 %	42 %	51 %	77 %	81 %	79 %
<b>Nombre estimé de sujets exclus</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>63</b>

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

Il ne semble donc pas que le nombre de répondants exclus des résultats sur l'activité sexuelle, qui auraient possiblement dû être inclus, soit suffisamment important pour modifier les tendances d'ensemble. Par ailleurs, il faudra se rappeler que les jeunes considérés actifs sexuellement, dans la présente analyse, sont ceux qui ont déjà eu une relation sexuelle, parmi ceux qui sont sortis avec un partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Cette indication ne sera pas répétée.

D'autre part, il est important de noter que certains des indicateurs utilisés dans les analyses ont un taux de non-réponse partielle de plus de 5 %, pour les jeunes de 13 ans seulement. Ce sont la perception de contrôle quant à l'initiative sexuelle (6,4 %) et la perception de contrôle quant à l'utilisation d'un moyen de protection (5,9 %). Le jeune âge des répondants et leur manque d'expérience sur le plan sexuel pourraient expliquer en partie ces non-réponses partielles. L'impact possible sur les estimations est négligeable, étant inclus dans la marge d'erreur de celles-ci.

## 12.2 Résultats

Avant d'aborder le sujet de la sexualité chez les adolescents, mentionnons, en annexe, une description du stade de puberté des enfants et des adolescents.

Selon leurs réponses à des questions qui leur sont adressées, environ 40 % des enfants de 9 ans ne présentent aucun signe de puberté et 7 % des filles de cet âge ont eu des menstruations (tableaux C.12.1, C.12.2). À 16 ans, on observe que les filles sont plus nombreuses que les garçons, en proportion, au stade le plus avancé de la puberté.

### 12.2.1 Profil comportemental en matière de sexualité

#### *Adolescents de 13 ans*

Le tableau 12.2 présente les expériences amoureuses des adolescents selon le sexe. On peut y lire que chez les jeunes de 13 ans, environ 54 % sont déjà sortis avec au moins un partenaire et 36 % sont sortis avec un partenaire au cours des 12 mois de référence. Autant de filles que de garçons déclarent avoir déjà eu une relation sexuelle avec pénétration consentie, ce qui représente 12 % de ceux qui sont sortis avec un partenaire dans les 12 derniers mois (donnée non présentée), ou 4,2 % de l'ensemble des jeunes de 13 ans. Enfin, près de 3 % des garçons comme des filles de 13 ans déclarent avoir déjà eu des expériences homosexuelles (attouchements, caresses, etc.); on n'observe pas de différence significative selon le sexe à cet égard.

Tableau 12.2

**Expériences amoureuses des adolescents de 13 ans et 16 ans selon le sexe, Québec, 1999**

	13 ans			16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Déjà sortis avec un partenaire <sup>†</sup>	55,7	52,6	<b>54,2</b>	78,2	82,9	<b>80,5</b>
Sortis dans les 12 mois de référence	32,9	39,5	<b>36,1</b>	59,6	69,6	<b>64,6</b>
Sortis dans les 12 mois de référence et ayant déjà eu une relation sexuelle avec pénétration <sup>†</sup>	3,9 *	4,5 *	<b>4,2</b>	32,5	45,6	<b>38,9</b>
Ayant déjà eu une expérience homosexuelle	3,0 *	3,1 **	<b>3,0 *</b>	4,2 *	5,1 *	<b>4,6</b>

<sup>†</sup> Les tests d'association entre le fait d'être déjà sorti avec un partenaire et le sexe, et entre le fait d'être sorti dans les 12 mois et d'avoir déjà eu une relation sexuelle et le sexe, sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

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

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

*Adolescents de 16 ans*

Quant aux jeunes de 16 ans, on estime que 80 % d'entre eux sont déjà sortis avec au moins un partenaire et 65 % ont eu un partenaire dans les 12 mois de référence. De cette dernière proportion, davantage de filles signalent avoir déjà eu une relation sexuelle avec pénétration, ce qui représente tout de même pour l'ensemble des jeunes près de 46 % des filles et 32 % des garçons. C'est une proportion, il va sans dire, beaucoup plus importante d'individus actifs sexuellement que celle du groupe des 13 ans. Pour ce qui est des expériences homosexuelles, environ 4,6 % des jeunes de 16 ans en déclarent.

Il faut noter que comparativement aux garçons, les filles de 16 ans sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter une activité sexuelle avec pénétration. Cela dit, mentionnons qu'ayant en général une maturité physiologique plus précoce que les garçons, les filles choisissent habituellement des partenaires plus âgés qu'elles.

En raison de la faible proportion des jeunes de 13 ans qui rapportent être actifs sexuellement, il a été jugé préférable de les exclure de l'analyse qui suit à ce propos. L'âge moyen à la première relation sexuelle du groupe des 16 ans actifs sexuellement est d'environ 14 ans et demie (14,5 ans, données non présentées). Il

est similaire pour les garçons (14,5 ans) et pour les filles (14,6 ans). On estime que les jeunes actifs sexuellement déclarent avoir eu, en moyenne, 2,5 partenaires au total, soit près de deux partenaires réguliers (1,8) et un partenaire occasionnel (0,7). On n'observe pas de différence significative entre le nombre de partenaires sexuels des garçons (2,7) et celui des filles (2,3). Le tableau 12.3 présente les proportions d'adolescents selon le nombre de partenaires sexuels; ces proportions sont similaires chez les garçons et les filles.

Environ 2,6 % des filles actives sexuellement déclarent avoir déjà eu une MTS alors qu'aucun garçon n'en mentionne (tableau 12.3). Les filles ont plus de possibilités de recevoir un diagnostic positif, étant proportionnellement plus nombreuses à s'être prêtées à un test de dépistage que les garçons (33 % c. 11 %). Enfin, concernant les grossesses dans ce groupe, environ 4,6 %<sup>1</sup> des garçons signalent qu'une de leurs partenaires est déjà devenue enceinte alors que 6 %<sup>2</sup> des filles rapportent une telle expérience (données non présentées).

<sup>1</sup> Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est une estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

<sup>2</sup> Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est une estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau 12.3

**Comportements sexuels des adolescents de 16 ans actifs sexuellement selon le sexe, Québec, 1999**

	Garçons	Filles
	%	
Nombre de partenaires sexuels au cours de la vie		
Un	45,8	49,3
Deux ou plus	54,2	50,7
A déjà eu une MTS	–	2,6 **
A déjà passé un test de dépistage pour une MTS <sup>†</sup>	10,8 *	32,5

<sup>†</sup> Le test d'association entre le fait de passer un test de dépistage pour une MTS et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

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

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

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

**12.2.2 Profil comportemental au regard des méthodes de protection**

Le tableau 12.4 s'attarde, de façon plus particulière, aux pratiques préventives adoptées par les adolescents de 16 ans à la première et à la dernière relation sexuelle, que ce soit la protection contre les MTS ou la protection contre les grossesses. Il y a lieu de rappeler que le condom utilisé seul ou conjointement avec la pilule constitue un moyen de protection contre les MTS et les grossesses, tandis que pour la protection contre les grossesses, l'utilisation exclusive de la pilule contraceptive s'ajoute aux moyens précédents. Le condom est la principale méthode utilisée à la première relation, chez les garçons et les filles. À la dernière relation, la pilule seule – chez les filles – ou avec le condom – chez les garçons et les filles – s'ajoute au condom comme méthodes privilégiées.

Tableau 12.4

**Comportements de protection des adolescents de 16 ans actifs sexuellement selon le sexe, Québec, 1999**

	Garçons	Filles
	%	
Protection lors de la première relation sexuelle		
Aucune	12,6 *	12,1 *
Pilule et condom	24,2	25,7
Pilule	6,9 **	6,7 *
Condom	53,7	51,1
Retrait	2,5 **	4,4 **
Autre	–	–
Protection lors de la dernière relation sexuelle		
Aucune	12,2 *	10,5 *
Pilule et condom	29,6	26,0
Pilule	14,6 * <sup>1</sup>	34,0 <sup>1</sup>
Condom	41,9 <sup>2</sup>	23,9 * <sup>2</sup>
Retrait	1,1 **	4,9 **
Autre	0,7 **	0,7 **
Protection contre les MTS <sup>†</sup>		
Aucune	15,3 *	18,3
Seulement à la première relation	13,6 * <sup>3</sup>	31,4 <sup>3</sup>
Seulement à la dernière relation	7,1 **	5,7
À la première et dernière relation	64,0 <sup>4</sup>	44,6 <sup>4</sup>
Protection contre les grossesses		
Aucune	8,8 *	8,2 *
Seulement à la première relation	5,3 **	7,8 *
Seulement à la dernière relation	5,9 **	8,3 *
À la première et dernière relation	80,0	75,7

<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la protection contre les MTS et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

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

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

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

Examinant de plus près les différentes méthodes utilisées, on constate que la proportion des adolescents qui révèlent avoir fait usage du condom, seul ou combiné avec la pilule, est restée stable entre la première (78 %) et la dernière relation (72 %) chez les garçons, alors qu'elle a diminué chez les filles, passant de 77 % à 50 %. Par ailleurs, il faut souligner que la proportion des jeunes de 16 ans qui utilisent la pilule ou la combinaison pilule-condom, a tendance à augmenter chez les garçons, passant d'environ 31 % à la première relation à près de 44 % à la dernière relation; elle a nettement augmenté chez les filles, passant de 32 % à 60 %. Du reste, l'usage exclusif de la pilule semble gagner du terrain au fil de l'expérience sexuelle et constituer une méthode aussi importante que le condom pour les filles à la dernière relation sexuelle. Son usage exclusif à la dernière relation est d'ailleurs privilégié chez elles plus que chez les garçons, à raison d'un peu plus du tiers d'entre elles pour 15 % des garçons. Ces résultats donnent à voir que le condom est davantage une méthode de début d'activités sexuelles et que, poursuivant leurs activités, la protection des MTS est délaissée par certains au profit de la protection contre les grossesses uniquement.

On note, au tableau 12.4, une différence significative entre les filles et les garçons de 16 ans actifs sexuellement quant à l'utilisation des méthodes de protection contre les MTS. En effet, les garçons rapportent dans une plus large proportion que les filles (64 % c. 45 %), les avoir utilisées à la première et à la dernière relation sexuelle. Cependant, on n'observe pas de différence significative entre les garçons et les filles en ce qui a trait à l'utilisation de méthodes de protection contre les grossesses. Dans des proportions comparables, les garçons (80 %) et les filles (76 %) se prévalent d'un moyen de protection contre les grossesses à la première et à la dernière relation.

### 12.2.3 Perception de contrôle en matière de sexualité

Par ailleurs, il convient d'examiner au tableau 12.5 les résultats relatifs aux construits sur la perception de contrôle en matière de sexualité selon le sexe. D'entrée de jeu, il est utile de préciser que ces résultats touchent l'ensemble des jeunes des deux groupes d'âge, qu'ils aient déjà eu ou non un partenaire et qu'ils aient eu ou non des relations sexuelles.

Tableau 12.5  
**Perception d'être fortement en contrôle en matière de sexualité selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

Perception d'être fortement en contrôle	13 ans		16 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	%			
Quant au choix d'être actif sexuellement <sup>†</sup>	63,7	82,6	61,6	84,8
Quant à l'utilisation d'un moyen de protection <sup>†</sup>	55,8	70,9	74,0	84,6
Quant à l'initiative sexuelle <sup>§</sup>	32,7	35,4	49,0	56,7

<sup>†</sup> Les tests d'association entre la perception d'être fortement en contrôle en matière de sexualité et le sexe, et entre la perception d'être fortement en contrôle en matière de sexualité et l'utilisation d'un moyen de protection et le sexe, sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre la perception d'être fortement en contrôle en matière de sexualité et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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



### *Adolescents de 13 ans*

Dans le groupe des 13 ans, les filles sont proportionnellement plus nombreuses (83 %) que les garçons (64 %) à se percevoir fortement en contrôle quant au choix d'être actif sexuellement. Ces filles disent ne pas se sentir obligées d'avoir une relation sexuelle, être capables d'attendre avant d'avoir une relation sexuelle et choisir le moment et le partenaire. De même, les filles de cet âge sont présentes dans une plus grande proportion que les garçons (71 % c. 56 %) dans la catégorie « fortement en contrôle » quant à l'utilisation d'un moyen de protection contre les MTS et les grossesses. Elles se croient capables non seulement de se procurer un moyen de protection mais aussi d'aborder la question avec leur partenaire, voire même de le convaincre d'en utiliser un. Si la différence entre les garçons et les filles est significative pour les deux premiers construits, elle disparaît au troisième construit portant sur l'initiative sexuelle. L'attitude des garçons et des filles se confond à cet égard : de part et d'autre, une moins grande proportion se trouve fortement en contrôle dans ce domaine. Envisager de prendre l'initiative sur le plan sexuel ou exprimer au partenaire ses besoins à ce niveau apparaît comme un peu plus difficile. Rappelons que les jeunes de 13 ans sont peu nombreux à avoir expérimenté une première relation sexuelle avec pénétration. Quoi qu'il en soit, il ressort que les filles se perçoivent plus en contrôle quant aux deux premiers construits.

### *Adolescents de 16 ans*

Chez les jeunes de 16 ans, on observe au tableau 12.5 plusieurs différences significatives entre les garçons et les filles. Tout comme chez les 13 ans, les filles de 16 ans se perçoivent plus fortement en contrôle que les garçons quant au choix d'être actif sexuellement (85 % c. 62 %) et quant à l'utilisation d'un moyen de protection dans les relations sexuelles (85 % c. 74 %). Contrairement aux jeunes de 13 ans, cette différence touche également l'initiative sexuelle : les filles de 16

ans se perçoivent être fortement en contrôle à ce chapitre, dans une plus grande proportion que les garçons du même âge (57 % c. 49 %).

### **12.2.4 Perception de contrôle, statut d'activité sexuelle et utilisation d'un moyen de protection**

#### *Perception de contrôle et statut d'activité sexuelle*

Poursuivant l'analyse, il importe de considérer les liens possibles entre la perception d'être fortement en contrôle quant au choix d'être actif sexuellement et le fait d'être actif ou non sexuellement.

#### *Adolescents de 13 ans*

Au tableau 12.6, on observe qu'une plus grande proportion de jeunes de 13 ans encore inactifs sexuellement se perçoivent fortement en contrôle (75 %) comparativement aux jeunes actifs sexuellement (54 %). Observable tant chez les garçons que chez les filles, cette tendance n'est toutefois pas significative du point de vue statistique chez les filles. Certes, on pourrait croire que les jeunes se percevant fortement en contrôle retardent ainsi leur entrée dans une vie sexuelle active. Mais, on peut croire aussi que n'ayant jamais été en situation d'avoir une relation sexuelle, ils puissent avoir tendance à surestimer leur contrôle.

#### *Adolescents de 16 ans*

Dans le groupe des 16 ans, le portrait est quelque peu différent. Les jeunes de cet âge, sexes réunis, se perçoivent tout autant fortement en contrôle qu'ils se disent actifs ou non sexuellement (72 % et 78 %). Cependant, on peut observer que les filles n'ayant pas expérimenté les relations sexuelles rapportent dans une plus forte proportion être fortement en contrôle. Il demeure possible encore ici que les filles qui se sentent fortement en contrôle retardent leur entrée dans une vie sexuelle active.

Tableau 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**

	13 ans			16 ans		Sexes réunis
	Garçons <sup>†</sup>	Filles	Sexes réunis <sup>†</sup>	Garçons	Filles <sup>†</sup>	
	%					
Actif	35,4 **	70,6	<b>53,9 *</b>	56,0	82,2	<b>71,2</b>
Inactif	63,6	83,7	<b>74,6</b>	66,0	91,3	<b>77,7</b>

<sup>†</sup> Le test d'association entre la perception d'être fortement en contrôle quant au choix d'être actif sexuellement et le statut d'activité sexuelle est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 13 ans, chez les 13 ans sexes réunis et chez les filles de 16 ans.

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

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

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

### *Perception de contrôle et utilisation d'un moyen de protection*

Par ailleurs, il est intéressant de voir l'utilisation effective d'un moyen de protection, au regard de la perception d'être fortement en contrôle à ce sujet. Pour préciser davantage l'association, nous avons distingué la protection contre les MTS de celle contre les grossesses que nous abordons successivement. Rappelons que les moyens de protection contre les MTS se limitent au condom ou à la combinaison de la pilule et du condom et que l'analyse qui suit porte exclusivement sur les jeunes de 16 ans.

Ainsi, au tableau 12.7, les jeunes de 16 ans qui se déclarent fortement en contrôle quant à l'utilisation d'un moyen de protection, disent utiliser dans une plus large proportion le condom à leur première relation (81 %) comparativement à ceux qui se perçoivent moins en contrôle (55 %). Cette relation est d'ailleurs observable tant chez les garçons que chez les filles. Toutefois, à la dernière relation sexuelle, on n'observe pas de distinction dans l'utilisation du condom chez les filles selon leur perception de contrôle. La perception de contrôle ne semble pas avoir de lien avec l'utilisation ou non d'un moyen de protection contre les MTS chez elles. Dans l'ensemble, il y a lieu de retenir le changement entre la première et la dernière relation sexuelle.

Si on consulte le tableau 12.8 qui reprend cette fois l'utilisation effective d'un moyen de protection contre les grossesses au regard du même construit sur la perception de contrôle chez les jeunes de 16 ans, on constate un profil quelque peu différent du précédent. Il faut noter que l'utilisation de la pilule seule s'ajoute ici aux autres moyens de protection possibles.

En effet, parmi les jeunes de 16 ans actifs sexuellement, ceux qui se perçoivent fortement en contrôle face à l'utilisation d'un moyen de protection sont plus nombreux à rapporter avoir fait usage d'un moyen de protection contre les grossesses. Cette différence se maintient tant à la première (87 % c. 67 %) qu'à la dernière relation sexuelle (88 % c. 67 %). Ainsi, le lien entre la perception d'être fortement en contrôle et l'utilisation effective d'un moyen de protection contre les grossesses s'avère significatif aux deux relations, contrairement à celui concernant un moyen de protection contre les MTS.

Tableau 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**

Perception de contrôle quant à l'utilisation d'un moyen de protection	Utilisation effective du condom					
	à la première relation			à la dernière relation		
	Garçons <sup>†</sup>	Filles <sup>†</sup>	Sexes réunis <sup>†</sup>	Garçons <sup>§</sup>	Filles	Sexes réunis
	%					
Fortement	81,9	80,7	<b>81,2</b>	76,7	50,5	<b>60,6</b>
Modérément, pas ou peu	65,2	38,7**	<b>55,1</b>	51,9*	41,6*	<b>48,0*</b>

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'utilisation effective du condom à la première relation et la perception de contrôle quant à l'utilisation d'un moyen de protection est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons et les filles et chez les 16 ans sexes réunis.

<sup>§</sup> Le test d'association entre l'utilisation effective du condom à la dernière relation et la perception de contrôle quant à l'utilisation d'un moyen de protection est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 16 ans.

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

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

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

Tableau 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**

Perception de contrôle quant à l'utilisation d'un moyen de protection	Utilisation effective d'un moyen de protection contre les grossesses	
	à la première relation <sup>†</sup>	à la dernière relation <sup>†</sup>
	%	
Fortement	87,1	87,7
Modérément, pas ou peu	67,4	67,3

<sup>†</sup> Les tests d'association entre l'utilisation effective d'un moyen de protection contre les grossesses à la première relation et la perception de contrôle, et entre l'utilisation effective d'un moyen de protection contre les grossesses à la dernière relation et la perception de contrôle, sont significatifs au seuil de 0,05.

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

### 12.2.5 Activités relatives à l'éducation sexuelle

Dans une perspective plus large, cette section porte sur l'éducation sexuelle telle que transmise par les parents et l'école. De façon majoritaire, les parents se disent assez ou très à l'aise de discuter de sexualité avec leur adolescent. En effet, environ 69 % des jeunes de 13 ans et 64 % des jeunes de 16 ans ont un parent qui se range dans cette catégorie (tableau 12.9). Soulignons que

15 % et 18 % respectivement des adolescents de 13 ans et 16 ans ont un parent qui se considère pas du tout ou peu à l'aise de discuter de sexualité avec eux. Quand il est question d'aborder des sujets liés aux relations amoureuses ou à la contraception, un peu plus du tiers des parents des jeunes de 13 ans (36 %) et 47 % de ceux des jeunes de 16 ans l'ont déjà fait souvent ou très souvent, alors qu'environ le tiers ne l'ont fait que peu ou jamais.

Tableau 12.9

**Adolescents de 13 ans et 16 ans selon l'attitude du parent quant à leur éducation sexuelle, Québec, 1999**

	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%	
Aisance du parent à discuter de sexualité		
Pas du tout ou un peu	14,9	17,9
Modérément	16,1	18,2
Assez ou très à l'aise	69,0	63,8
Parent a déjà abordé des sujets liés à la sexualité		
Jamais ou un peu	37,5	32,4
Passablement	26,2	20,9
Souvent ou très souvent	36,3	46,7

<sup>(1)</sup> 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.

On estime que 96 % des jeunes de 13 ans ont un parent qui présume que son jeune n'a pas encore eu de relations sexuelles, comparativement à 61 % des jeunes de 16 ans, ce qui correspond à peu de choses près aux déclarations des jeunes (données non présentées). En effet, au tableau 12.2, on remarquait qu'environ 4,2 % des jeunes de 13 ans et 39 % des jeunes de 16 ans ont déjà eu des relations sexuelles.

Le tableau 12.10 présente l'utilisation d'un moyen de protection contre les grossesses par les jeunes de 16 ans actifs sexuellement, selon la fréquence à laquelle leurs parents ont abordé la question des relations amoureuses avec eux.

Les jeunes de 16 ans dont le parent indique avoir abordé souvent ou très souvent des sujets reliés à la sexualité, utilisent un moyen de protection contre les grossesses dans une plus grande proportion que ceux dont le parent est plus discret sur le sujet. Cette association se vérifie pour la protection à la première (89 % c. 80 %) et à la dernière relation (92 % c. 84 %). À la dernière relation

sexuelle cependant, cette association n'est pas présente chez les garçons. L'utilisation d'un moyen de protection contre les MTS, quant à elle, ne se révèle pas associée à la fréquence de ces discussions avec le parent dans cette étude.

Considérant par ailleurs la question de l'éducation à la sexualité dans le cadre du milieu scolaire, on estime que 86 % des jeunes de 13 ans fréquentent des écoles offrant des activités de prévention des grossesses et des MTS, et 83 %, des écoles offrant des activités supplémentaires d'éducation à la sexualité (données non présentées). Quant à la situation qui prévaut pour les jeunes de 16 ans à l'école secondaire, elle est presque semblable, à cette différence près qu'une proportion plus grande d'entre eux ont accès à des activités de prévention des grossesses et des MTS (95 %), et 85 %, à d'autres activités d'éducation à la sexualité. Puisque la situation rapportée concerne surtout les jeunes des écoles secondaires, il faut mentionner qu'environ 7 % des jeunes de 13 ans sont à l'école primaire, ce qui pourrait expliquer cette faible différence selon l'âge.

Tableau 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<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

Parent a déjà abordé des sujets liés à la sexualité	Utilisation effective d'un moyen de protection contre les grossesses					
	à la première relation			à la dernière relation		
	Garçons	Filles	Sexes réunis <sup>†</sup>	Garçons	Filles <sup>§</sup>	Sexes réunis <sup>§</sup>
	%					
Souvent ou très souvent	90,6	88,6	<b>89,3</b>	93,5	91,6	<b>92,3</b>
Jamais, un peu ou passablement	81,8	77,4	<b>79,6</b>	91,4	76,2	<b>83,6</b>

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

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'utilisation d'un moyen de protection contre les grossesses à la première relation et la fréquence à laquelle le parent a abordé la question des relations amoureuses avec eux est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans sexes réunis.

<sup>§</sup> Le test d'association entre l'utilisation d'un moyen de protection contre les grossesses à la dernière relation et la fréquence à laquelle le parent a abordé la question des relations amoureuses avec eux est significatif au seuil de 0,05 chez les filles de 16 ans et chez les 16 ans sexes réunis.

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

## Conclusion

### Synthèse des résultats

L'adolescence demeure une période de transition importante pour l'apprentissage ou le maintien de comportements sexuels sécuritaires. Comme on l'a constaté, le profil comportemental des adolescents en matière de sexualité ne se présente pas comme un tout homogène. Moins de 5 % des jeunes de 13 ans et moins de 50 % des jeunes de 16 ans ont déjà eu des relations sexuelles. Rien n'indique une augmentation de la proportion de jeunes actifs sexuellement, eu égard aux données du bilan précédemment cité (Otis, 1996), à savoir que 12 % à 23 % des jeunes en première secondaire et 47 % à 69 % des élèves en cinquième secondaire seraient actifs sexuellement.

Quant à savoir s'ils débutent leurs relations sexuelles plus tôt, il est difficile de comparer l'âge moyen à la première relation des 13 ans (12,1 ans) et des 16 ans (14,5 ans) de notre enquête à celui de l'enquête de Santé Québec en 1991 portant sur les 15 à 29 ans (16,6 ans). Les échantillons ne sont pas comparables quant à l'âge. Pour les 13 ans et les 16 ans, on ne peut présumer de l'âge auquel les jeunes inactifs sexuellement auront leur première relation alors que dans une population de 15 à 29 ans, l'information est plus complète : ceux qui ont leur première relation entre 17 et 29 ans viennent alors augmenter la moyenne.

Au sujet des antécédents de MTS, aucun garçon de 16 ans et 3 % des filles de 16 ans en déclarent. Pourtant les jeunes de 16 ans font partie de la catégorie d'âge (15 à 19 ans) la plus touchée par les MTS à déclaration obligatoire, soit 11 611 cas de 1994 à 1998. Il est possible que certains ignorent qu'ils sont infectés, étant donné que les MTS sont souvent asymptomatiques et que la majorité d'entre eux ne se sont jamais prêtés à un test de dépistage, ou que l'infection se concentre dans des sous-groupes particulièrement vulnérables. Les filles ont plus de possibilités de recevoir un diagnostic positif car dans l'ensemble elles consultent davantage les

médecins, notamment pour la prescription des contraceptifs oraux. Il arrive alors que les omnipraticiens profitent de l'occasion pour faire le dépistage de l'infection à chlamydia.

Autour de 6 % des filles de 16 ans ont déjà vécu une grossesse. Le ministère de la Santé et des Services sociaux estime qu'en 1998, 4,0 % des jeunes filles de 16 ans ont déjà été enceintes (Rochon, 2002), une proportion comparable à celle de la présente étude.

Les résultats relatifs à l'utilisation du condom à la première et à la dernière relation sexuelle sont encourageants : environ 60 % des garçons de 16 ans déclarent l'utiliser. Mais la partie n'est pas encore gagnée puisque environ 15 % des garçons et 18 % des filles de cet âge ne se protègent pas à la première et à la dernière relation sexuelle. De plus, on observe que le condom est davantage une méthode de début d'activités sexuelles, et que la pilule est plus utilisée à la dernière relation qu'à la première, et ce, surtout par les filles de 16 ans. La crainte des grossesses non désirées prendrait de l'importance au détriment de la protection contre les MTS, surtout pour les filles. Le développement du sentiment amoureux et de la confiance dans le couple pourrait ainsi faire oublier le risque de contracter une MTS et le bien-fondé d'utiliser le condom. Il existerait un lien entre la confiance et la construction du risque (Lear, 1995, 1996). De même, Kimble et autres (1992) n'ont-ils pas souligné qu'un partenaire sans risque est un partenaire connu qu'on aime?

Si la période de l'adolescence se caractérise entre autres par diverses expérimentations, la sexualité n'y échappe pas. Qu'elle s'exprime avec un partenaire de même sexe ou de sexe opposé, la sexualité des jeunes est souvent vécue sans qu'il y ait nécessairement une identification à une orientation sexuelle particulière. Tout de même, environ 3 % des jeunes de 13 ans et tout près de 5 % des jeunes de 16 ans déclarent des expériences homosexuelles, ce qui est relativement similaire aux résultats d'autres études (Otis et autres, 1997). Il faut

néanmoins considérer qu'il peut y avoir une sous-déclaration de ces expériences, compte tenu de la sensibilité des jeunes à vouloir se conformer à une majorité hétérosexuelle et à ne pas s'identifier à l'homosexualité d'autant que celle-ci se révèle souvent plus tardivement (Ryan et Frappier, 1993).

Plus que les garçons, les filles se perçoivent fortement en contrôle dans le domaine sexuel. Faut-il y voir là les signes avant-coureurs d'un changement dans les rôles sexuels ou une préoccupation aiguë des filles de se protéger contre les grossesses? Chose certaine, il y aurait lieu de considérer cette situation au regard des attentes possiblement plus grandes en matière de contrôle personnel que l'on a à l'endroit des filles dans le processus de socialisation. Il faut voir que ces dernières seraient généralement plus soumises à une pression ouverte de la part des figures d'autorité (parents, professeurs, etc.) pour retarder leur entrée dans une vie sexuelle active et que, par ailleurs, elles pourraient subir une pression plus ferme d'amis ou de partenaires amoureux plus âgés pour avoir des relations sexuelles (Otis, 1996). Dans ce cas comme dans l'autre, ce sont des situations qui commandent un certain contrôle d'elles-mêmes et de leur environnement, même dans le domaine sexuel.

S'il est possible d'y voir l'expression d'une désirabilité sociale plus marquée chez les filles, compte tenu de leur socialisation, il ne faut pas perdre de vue qu'au moins six énoncés de l'échelle sur les perceptions de contrôle (à l'exception de ceux sur l'initiative sexuelle) correspondent à des attitudes et des comportements souhaitables, promus par les programmes d'éducation à la sexualité. En l'absence d'expériences sexuelles tangibles, il devient naturel de se référer à ce que l'on connaît, c'est-à-dire le modèle idéal d'attitudes, et de répondre en conséquence. À cet égard, les jeunes de 13 ans et les filles de 16 ans qui se perçoivent fortement en contrôle en témoignent. En effet, ces groupes rapportent, dans une plus large proportion, ne pas avoir expérimenté de relations sexuelles. De même, la perception de

contrôle s'amointrit quand les jeunes sont actifs sexuellement, sans doute confrontés aux difficultés d'une relation, d'une communication et d'une négociation avec le partenaire.

Par ailleurs, les perceptions sont plus partagées relativement aux trois énoncés sur l'initiative sexuelle et le plaisir. Il semble y avoir des perceptions moins convergentes sur la capacité des adolescents de dire à leur partenaire comment il peut leur faire plaisir ou sur la personne qui doit avoir l'initiative sexuelle. Il s'agit, de façon générale, d'un contenu moins souvent abordé dans les interventions d'éducation à la sexualité et pour lequel la règle de conduite et les rôles sont plutôt flous comparativement à l'utilisation du condom dans les relations sexuelles.

Au sujet de l'utilisation effective d'un moyen de protection selon les perceptions de contrôle, il y a en effet, à la première relation, une plus grande utilisation du condom chez ceux qui se perçoivent être fortement en contrôle. Toutefois à la dernière relation, le scénario change chez les filles et pourrait se traduire par une plus grande utilisation de moyens de protection uniquement contre les grossesses. Cela donne à penser que la perception d'être fortement en contrôle quant à l'utilisation d'un moyen de protection pourrait être déterminante à l'aube de la vie sexuelle dans l'adoption de pratiques de protection contre les MTS et du même coup contre les grossesses. Cependant, la protection contre les MTS perdrait de l'importance au fil des expériences sexuelles des adolescentes. De toute évidence, un déplacement s'effectue dans les préoccupations. Diverses considérations entrent en jeu. Le passage d'une sexualité latente à une vie sexuelle active ébranle les convictions personnelles forgées souvent sur une rationalité des comportements sexuels appropriés. Les enjeux affectifs ont tôt fait de prendre le dessus et on le comprend sans peine. Une confiance s'établit, un sentiment amoureux se développe. Dans ce contexte intime, la protection contre les MTS est jugée moins pertinente au profit de la protection contre les

grossesses qui demeure la préoccupation première d'un couple monogame. Si les filles se perçoivent plus en contrôle, c'est dans l'usage de la pilule qu'elles considèrent sans doute le plus facilement l'exercer. Mais il ne faut pas perdre de vue qu'à la différence du condom, l'usage de la pilule ne demande pas nécessairement la coopération du partenaire masculin.

La perception d'être fortement en contrôle vis-à-vis de l'utilisation d'un moyen de protection semble donc avoir un rôle important à jouer sur le plan de la protection, d'autant si l'on considère la protection contre les grossesses plutôt que celle contre les MTS. Il s'agit là très certainement de tout un champ qui s'entrouvre de représentations et d'attitudes à explorer dans le cadre de recherches et d'interventions de prévention. S'il faut retenir le changement qui s'opère dans les moyens de protection utilisés par les adolescents entre la première et la dernière relation, il faut aussi s'interroger sur ce qui produit ce changement.

En ce qui a trait à l'éducation sexuelle dispensée par les parents, il est encourageant de constater qu'une majorité d'entre eux se disent à l'aise d'aborder la question avec leur jeune; toutefois cette proportion diminue considérablement quand on prend en compte ceux qui rapportent en avoir discuté. Il faut voir que toute discussion sur le sujet suppose une certaine participation du jeune. L'aisance du parent n'est pas garante de celle du jeune à discuter de sexualité, et l'aisance à discuter ne mène pas nécessairement à des discussions tangibles. Tout au plus peut-on penser que de se sentir à l'aise de discuter de sexualité de la part des parents pourrait présager d'un climat possiblement plus ouvert face à cette question. Sans pouvoir affirmer qu'aborder les questions de sexualité avec les jeunes est un gage d'utilisation accrue des moyens de protection contre les grossesses, sans nier les autres facteurs qui entrent en ligne de compte, il n'en demeure pas moins qu'il semble y avoir une tendance en ce sens.

À l'école, beaucoup de jeunes profitent d'activités de prévention et d'éducation à la sexualité. Il ne faut pas s'en étonner outre mesure d'autant qu'il existe un programme de formation personnelle et sociale qui devrait comprendre un volet d'éducation à la sexualité. Quoi qu'il en soit, l'information dont on dispose sur les activités de prévention est bien parcellaire, n'ayant aucune donnée sur la nature précise de ces activités et sur leur efficacité.

#### *Éléments de réflexion pour la planification*

Ces résultats suggèrent que plusieurs aspects prescripteurs des comportements sexuels sécuritaires ont été relativement intégrés. Si on doit déployer plus d'efforts pour sensibiliser les adolescents aux vertus contraceptives et prophylactiques du condom, il faut aussi tenir compte des dimensions émotive et affective de leur vécu sexuel. La santé sexuelle constitue un aspect positif du bien-être, ce que l'on oublie parfois quand il s'agit avant tout d'éviter les MTS et les grossesses. Ces dimensions demeurent souvent négligées par la recherche, alors qu'elles figurent de plus en plus dans les programmes qui abordent la sexualité. Les objets de recherche dans ce domaine se sont essentiellement construits autour de la préoccupation des MTS et du sida. S'il y a lieu d'aborder la sexualité de façon plus globale et de soutenir les jeunes dans ce passage vers une sexualité active, afin de les habiliter à la vivre plus épanouissante et plus responsable, il faut aussi favoriser une recherche sur la sexualité qui va au-delà des conduites préventives reliées aux MTS et à la grossesse.

Il y a lieu également de se pencher sur la question des grossesses à l'adolescence pour mieux documenter les multiples facettes de cette réalité. Comme on peut le constater, il s'agit d'une préoccupation importante en matière de protection, surtout pour les filles, dont les activités de prévention ne peuvent faire l'économie. La proportion assez élevée de filles de 16 ans ayant déjà été enceintes, environ 6 %, commande qu'on redouble

d'efforts dans la prévention des grossesses. Interpréter ces grossesses précoces comme un simple échec de protection c'est poser un regard réducteur sur le problème; il s'agit parfois d'un événement souhaité et planifié. Il importe d'étudier le phénomène à partir de la perspective des jeunes de façon à en saisir les enjeux et à concevoir des interventions plus sensibles à leur réalité.

Enfin, la sexualité à l'adolescence est loin d'être une réalité socioculturelle unifiée et demande qu'on la considère dans ses dimensions ethnoculturelle et socioéconomique. Bien que dans le cadre de cette enquête on n'a pas observé de différence significative, eu égard à des variables relatives à ces dimensions, il conviendrait de pousser plus loin la recherche auprès de jeunes de groupes vulnérables, que la présente étude n'était pas en mesure de décrire.



# Bibliographie

---

- AJZEN, I. (1985). « From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior », *Action-Control: From Cognition to Behavior*, p. 11-39.
- CARON, F., J. OTIS, M. LAFONTAINE et autres (1997). « Programme express protection : formation des élèves de 4e secondaire et éducation par les pairs pour la prévention des MTS et du sida dans les écoles secondaires de la Montérégie », *Revue sexologique*, vol. 5, n° 2, p. 103-124.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1998). « HIV Prevention Through Early Detection and Treatment of Other Sexually Transmitted Diseases - United States. Recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD Prevention », *MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report)*, U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta, Georgia.
- FISHBEIN, M., et I. AJZEN (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: an Introduction to Theory and Research*, Reading, Massachusetts, Addison-Wesley.
- HAIEK, L., et S. BROCHU (1997). « Sans condom c'est non. Une intervention auprès d'adolescentes fréquentant une clinique de jeunes », *Revue sexologique*, vol. 5, n° 1, p. 97-127.
- HAIEK, L. N., C. THABET et S. BROCHU (1997). « Intervention Cascade aux pairs : analyse critique des éléments pédagogiques », *Revue sexologique*, vol. 5, n° 2, p. 125-152.
- KIMBLE, D. L., N. H. COVELL, L. H. WEISS, K. J. NEWTON, J. D. FISHER et W. A. FISHER (1992). « College students use implicit personality theory instead of safer sex », *Journal of Applied Social Psychology*, 22, p. 921-933.
- LAVOIE, M., et G. GODIN (1991). « Correlates of Intention to Use Condoms Among Auto Mechanic Students », *Health Education Research*, vol. 6, p. 313-316.
- LEAR, D. (1995). « Sexual communication in the age of AIDS : The construction of risk and trust among young adult », *Social Science and Medicine*, 41, p. 1311-1323.
- LEAR, D. (1996). « You're gonna be naked anyway. College students negotiating safer sex », *Qualitative Health Research*, 6, p. 112-134.
- 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). *Indicateurs sociosanitaires. Le Québec et ses régions*, Québec, Gouvernement du Québec, 69 p. (Collection analyses et surveillance)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997a). *Priorités nationales de santé publique, 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Analyse des cas de gonorrhée, de chlamydie, d'infection par le virus de l'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1994-1998*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999a). *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida), Québec cas cumulatifs 1979-1999*, Mise à jour n° 99-1, Québec, Gouvernement du Québec, 26 p.

OTIS, J., G. GODIN, J. LAMBERT et autres (1991). *Étude des déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom chez les adolescents et adolescentes du cinquième secondaire*, Greenfield Park, Rapport de recherche.

OTIS, J. (1993). « Connaissances, attitudes et comportements d'élèves de la région montréalaise en matière de prévention des MTS et du sida », *Bulletin de nouvelles de l'Association canadienne pour la santé des adolescents*, vol. 2, n° 4, p. 10-13.

OTIS, J., É. ROY, C. BURELLE et autres (1995). *Étude longitudinale des facteurs associés à l'adoption et au maintien de comportements sexuels sains chez les adolescents : temps 3*, Recherche en cours, Montréal, Département de sexologie, UQAM.

OTIS, J. (1996). *Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH : bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 166 p.

OTIS, J., et autres (1997). « Le sida et ses répercussions chez les adolescents » dans *Le sida : aspects psychosociaux, culturels et éthiques*, Montréal, Éditions du Méridien, p. 195-235.

ROCHON, M. (2002). Estimation de la proportion de jeunes Québécoises âgées de 16 ans qui sont ou ont déjà été enceintes, en 1998. Données non publiées, Québec, Gouvernement du Québec.

RYAN, B., et J. Y. FRAPPIER (1993). « Les difficultés des adolescents gais et lesbiennes. » *Le médecin du Québec*, vol. 28 n° 9, p. 71-76.

SANTÉ CANADA (1998). *Actualités épidémiologiques sur les MTS. La chlamydie génitale au Canada*, Ottawa, 6 p.

SANTÉ CANADA (1999). *Actualités épidémiologiques sur les MTS. Utilisation de contraceptifs oraux et du condom*, Ottawa, 5 p.

SANTÉ QUÉBEC (1992). *Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans, 1991*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

TREMBLAY, L. (1997). « Théories et corrélats empiriques expliquant la prise de risque chez les adolescents sexuellement actifs », *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, n° 35, p. 68-89.

## Stade de puberté des enfants et des adolescents

Les questions portant sur la puberté proviennent de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants* (Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1995) et s'adressent aux jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans. Elles portent sur la présence de poils pubiens et axillaires (E23, A43, Q51); chez les filles, elles portent également sur la croissance des seins et l'apparition des menstruations (E24-25, A44-45, Q52-53) et chez les garçons, sur le changement de la voix et l'apparition de barbe (E26-27, A59-60, Q67-68). Si cette méthode d'évaluation n'est pas aussi précise que l'examen clinique ou l'autocomparaison des enfants à des images de différents stades de puberté, elle possède néanmoins une validité démontrée et permet un regroupement des enfants et des adolescents au sein de grandes catégories : prépubère, pubère ou postpubère.

Selon ces questions, environ 7 % des filles de 9 ans ont eu des menstruations (tableau C.12.1) et 40 % des garçons et des filles de 9 ans ne rapportent aucun signe de début de puberté (tableau C.12.2). Dès l'âge de 13 ans, la quasi-totalité des garçons et des filles rapportent au moins un signe de début de puberté. Près de quatre filles sur cinq, à cet âge, rapportent qu'elles sont menstruées. Enfin, plus du tiers des filles de 16 ans mais très peu des garçons du même âge rapportent l'arrêt des transformations physiques signalant la fin de la puberté.

Tableau C.12.1  
Présence des menstruations chez les filles, Québec, 1999

	%
9 ans	6,7*
13 ans	78,0
16 ans	99,7

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

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

Tableau C.12.2  
Stade de puberté des enfants et des adolescents selon le sexe, Québec, 1999

	Prépubère	Pubère	Postpubère
	%		
Garçons			
9 ans	40,7	59,0	0,3**
13 ans	1,6**	97,9	0,5**
16 ans	–	97,2	2,8**
Filles			
9 ans	43,4	56,6	–
13 ans	0,1**	97,0	2,9**
16 ans	–	64,1	35,9

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

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



# Chapitre 13

## Comportements alimentaires

**Lise Bertrand**  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

**Michèle Nadeau**  
Département de nutrition  
Université de Montréal

**Simona Stan**  
**Maryse Paquette**  
Direction Santé Québec  
Institut de la statistique du Québec

---

### Introduction

L'enfance et l'adolescence sont des périodes caractérisées par de nombreux changements dans les habitudes et comportements alimentaires et tout déséquilibre peut avoir des répercussions immédiates ou à long terme sur la santé des jeunes. Il est également essentiel de prendre en considération les dimensions culturelles, économiques et démographiques des habitudes alimentaires lors de la planification et de l'élaboration de programmes éducatifs. Ce chapitre est destiné à l'étude de certains comportements susceptibles d'influencer l'équilibre de l'état nutritionnel des jeunes, soit l'habitude de déjeuner, la fréquentation des restaurants et le cadre social lors du souper.

Le déjeuner, repas dont l'importance n'est plus à démontrer, fait l'objet de la première partie de ce chapitre. De nombreuses études ont souligné le fait que son omission peut altérer, chez les enfants et les adolescents, des fonctions cognitives comme la mémoire, la capacité de traiter l'information et le processus d'apprentissage (Grantham-McGregor et autres, 1998). D'autres problèmes, tels que l'apathie, le manque de concentration, la fatigue chronique et un rendement scolaire plus faible sont décelés chez les enfants qui ne déjeunent pas régulièrement (Shaw, 1998). Par ailleurs, il a été démontré que la contribution

du déjeuner à l'apport en nutriments, vitamines et minéraux n'est pas négligeable, et son omission peut entraîner des carences que les autres repas de la journée ne peuvent corriger (Ruxton et Kirk, 1997; Preziosi et autres, 1999). Dans ce contexte, un des objectifs de ce chapitre est de déterminer la proportion de jeunes de 9, 13 et 16 ans qui mangent ou boivent quelque chose le matin, avant le début des activités de la journée.

La consommation du déjeuner par les enfants est modulée selon certains facteurs sociodémographiques dont le revenu familial et l'éducation des parents (Ruxton et Kirk, 1997; Shaw, 1998). L'impact négatif de l'usage de la cigarette sur ce premier repas de la journée a aussi été documenté (Revicki, Sobal et De Forge, 1991; Crawlay et White, 1995). Ainsi, la présente étude vise à vérifier si ces mêmes conditions sont associées à la fréquence du déjeuner chez les jeunes québécois. Les résultats pourront donc servir de guide lors de la conception de programmes locaux ou gouvernementaux visant à promouvoir le petit déjeuner auprès des jeunes québécois. Il est à préciser que dans le cadre de cette enquête, le terme « déjeuner » désigne la prise d'un aliment ou d'une boisson le matin avant de partir à l'école, et ne fait donc pas nécessairement référence à un repas complet, équilibré et nutritif.

Le deuxième volet du chapitre traite de la fréquentation des restaurants. Au Québec, les dépenses hebdomadaires moyennes des familles destinées aux aliments achetés au restaurant sont passées de 23,79 \$ en 1986 à 31,56 \$ en 1996 (Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec [MAPAQ], 1998). Le style de vie des jeunes québécois a des répercussions importantes sur leurs habitudes alimentaires. Il a été observé que les jeunes consacrent la majeure partie de leur temps à des activités hors du foyer, telles que l'école, l'entraînement physique et les sorties entre amis, ce qui entraîne une diminution du nombre de repas pris à la maison. Deux facteurs expliqueraient cette tendance : le besoin d'indépendance et le plaisir procuré par l'aspect social du repas pris à l'extérieur (Lamirande, 1998). L'influence du secteur de la restauration pourrait devenir de plus en plus marquée en ce qui concerne les choix alimentaires des jeunes. Cependant, aucune étude récente ne s'est penchée sur la consommation d'aliments hors du foyer chez les enfants et adolescents québécois. Par conséquent, un autre objectif de la présente enquête est d'estimer le nombre de jeunes consommant des repas ou des collations provenant de restaurants, ainsi que la fréquence à laquelle ils le font.

Les caractéristiques sociodémographiques d'une famille se répercutent sur l'alimentation à l'extérieur du foyer (Kennedy, 1998). Cela nous a incité à vérifier la relation entre la fréquence à laquelle les jeunes consomment les repas d'un restaurant et le revenu du ménage ou le fait d'occuper un emploi rémunéré par l'adolescent. L'association entre le poids corporel des jeunes et leur fréquentation des restaurants est également explorée, puisque cet aspect est peu documenté.

La dernière section de ce chapitre traite de l'environnement social des enfants et des adolescents pendant le souper. Il a été établi qu'ils omettent rarement le souper et que dans la majorité des cas, les parents en assurent la préparation. Cette influence

parentale s'avère positive en ce qui a trait à la qualité nutritionnelle des aliments consommés à cette occasion (Lamirande, 1998). De plus, la présence d'amis au souper favorise également la consommation de repas plus nutritifs et équilibrés (Castro, 1994). Cette partie de l'étude présente un aperçu du contexte dans lequel se déroule le souper, de la fréquence à laquelle les jeunes préparent ce repas eux-mêmes et des choix alimentaires effectués dans ce cas. Puisque de nombreux facteurs sociaux sont associés aux choix alimentaires (Kennedy, 1998), la consommation de ces aliments a été étudiée en relation avec divers indicateurs de ces déterminants. L'usage de la cigarette a aussi été analysé, étant donné l'impact négatif de cette habitude sur la qualité de l'alimentation (Johnson et autres, 1998; Kiely et autres, 1999; Mathews et autres, 2000; Samuelson et autres, 1996).

### **13.1 Aspects méthodologiques**

L'habitude de déjeuner a été évaluée sur la base d'une seule question (E49, A82, Q93). Les jeunes devaient indiquer le nombre de jours où ils avaient consommé des aliments, le matin, avant de commencer leurs activités, en faisant abstraction du café, du thé et de l'eau. La période de référence utilisée se rapporte aux cinq derniers jours de semaine ayant précédé l'administration du questionnaire. Une question similaire fut utilisée et validée par un relevé alimentaire détaillé dans une étude effectuée en France, auprès d'un groupe de 1 108 personnes constitué d'enfants, d'adolescents et d'adultes (Preziosi et autres, 1999). L'information avait alors été recueillie à domicile par une nutritionniste, alors que dans la présente enquête il s'agit d'un questionnaire autoadministré.

Pour estimer la fréquence à laquelle les jeunes consomment un repas ou une collation au restaurant ou font livrer du restaurant au domicile, une question (E51, A87, Q98) fait référence aux sept jours précédant l'administration du questionnaire. Les catégories sont : « aucune fois », « 1 ou 2 fois », « 3 à 5 fois » et « 6 ou 7 fois ». Un indicateur regroupe les réponses

concernant les repas pris au restaurant et ceux livrés à domicile, à l'exception des collations. Les catégories de fréquence qui en résultent sont : « nulle » pour les deux types de consommation, « occasionnelle » (1 ou 2 fois pour l'un, aucune fois pour l'autre), « fréquente » (1 ou 2 fois pour chacun ou aucune fois pour l'un, 3 à 5 fois pour l'autre) et « très fréquente » (les autres situations).

En ce qui a trait au contexte social lors du souper, les questions E50, A83 et Q94 mesurent le nombre de fois où les enfants ou adolescents ont soupé seuls, avec un ou plusieurs membres de la famille ou avec des amis. Le souper avec la gardienne ne concerne que les jeunes de 9 ans. Les sept jours ayant précédé l'administration du questionnaire constituent la période de référence.

Les questionnaires s'adressant aux adolescents comportent trois questions de plus que celui destiné aux enfants (A84-86, Q95-97). La première de ces questions est : « Au cours des sept derniers jours, combien de fois as-tu préparé ton souper toi-même? » La question suivante traite des choix alimentaires de l'adolescent le cas échéant. La question offre un choix dichotomique à chacun des items suivants : A) des mets préparés à la maison par tes parents, B) des mets commerciaux congelés, en conserve ou faciles à préparer, C) des mets que tu fais venir du restaurant et D) des mets que tu prépares toi-même. Un indicateur permet de distinguer la préparation de produits « maison », le recours aux produits commerciaux et la combinaison des deux types de produits. Finalement, les questions A86 et Q97 servent à déterminer la fréquence d'écoute de la télévision pendant le souper. Plusieurs des questions précédentes sont inspirées de celles utilisées lors de l'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (Santé Québec, 1995).

En dernier lieu, une question a été posée concernant la fréquence à laquelle les jeunes consomment certains types d'aliments, dont le lait, les légumes crus et cuits, les fruits, ainsi que le pain blanc et à grains entiers. Le choix de ces aliments a été effectué sur la base

d'études similaires, notamment celle de Bogalusa (Berenson et autres, 1991), The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) (Woteki et autres, 1990) et l'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (Santé Québec, 1995). Ces données ne sont pas exploitées dans ce rapport en raison d'un problème de validité. Une des limites des données obtenues provient de la structure même de la question posée, puisqu'une proportion importante des enfants (25 %) et des adolescents (45 %) a indiqué plus d'un choix dans les catégories présentées. La question (A88, E52, Q99) faisait référence aux sept jours ayant précédé l'enquête et présentait sept choix de réponse : aucune fois, 1-2 fois, 3-4 fois et 5-6 fois par semaine, 1-2 fois, 3-4 fois et 5 fois ou plus par jour. Cette confusion, qui peut s'expliquer par le fait que le questionnaire était autoadministré, limite l'interprétation des résultats obtenus. Le rapport du volet nutrition de l'enquête sera en mesure de fournir des données plus exhaustives sur la fréquence de consommation alimentaire. Il s'agit d'une étude des habitudes alimentaires des jeunes québécois âgés entre 6 et 16 ans. L'échantillon, sélectionné dans les mêmes écoles, est toutefois différent de celui du présent volet sociosanitaire. La collecte des données a été effectuée à l'aide d'un rappel alimentaire de 24 heures et de questionnaires s'adressant aux jeunes et à leurs parents. Les questionnaires ont été administrés en présence d'une nutritionniste qui donnait des explications précises sur la manière de les remplir. Une des questions posées traite de la fréquence de consommation d'un grand nombre d'aliments, dont ceux mentionnés ci-dessus. Les résultats du volet nutrition seront présentés dans un rapport ultérieur.

Les taux de non-réponse partielle sont en général inférieurs à 5 % mais excèdent légèrement ce pourcentage dans quelques cas. Il s'agit des questions : E50a et A83a portant sur le nombre de fois où les jeunes ont soupé seuls, qui affichent respectivement un taux de non-réponse de 6,3 % chez les 9 ans et de 6,6 % chez les 13 ans; E50c sur le nombre de fois où les enfants de 9 ans ont soupé avec

la gardienne (7,4 %); E50d et A83c sur le nombre de fois où les jeunes ont soupé avec des amis : taux de 6,6 % à 9 ans, 8,0 % à 13 ans et 5,5 % à 16 ans; et A85b, c, d sur les choix alimentaires chez les 13 ans ayant soupé seuls (de 5,0 % à 5,6 %). Lorsque la non-réponse ne dépasse pas 7 %, le biais éventuel est négligeable et inclus dans la marge d'erreur de l'estimation. Dans les autres cas, l'analyse révèle qu'elle n'est pas associée au sexe du répondant mais qu'elle est associée à l'année d'études, les enfants moins avancés à l'école répondant moins. La non-réponse semble refléter principalement une difficulté à répondre à des questions plus complexes et il ne devrait pas y avoir de biais associé à celle-ci.

## 13.2 Résultats

### 13.2.1 Petits déjeuners

Les résultats indiquent que plus de 60 % des enfants et des adolescents prennent, chaque jour d'école, un aliment ou une boisson le matin, avant le début des activités. La comparaison des trois groupes d'âge montre que la proportion de jeunes déjeunant tous les jours est plus élevée chez les 9 ans (80 %) que chez les 13 ans (64 %) et 16 ans (66 %) (tableau 13.1). On n'observe pas de différence entre les jeunes de 13 ans et ceux de 16 ans. Le lien entre la fréquence du déjeuner et le sexe de l'enfant fluctue en fonction de l'âge. En effet, chez les 9 ans, la proportion de jeunes qui déjeunent chaque jour est plus élevée chez les filles que chez les garçons (82 % c. 77 %). Chez les jeunes de 13 ans, la relation est inversée (58 % c. 69 %) alors que chez les 16 ans, le sexe et la fréquence du déjeuner ne sont pas associés.

Tableau 13.1  
Fréquence du déjeuner au cours d'une période de 5 jours d'école selon le sexe, Québec, 1999

	5 jours	3 ou 4 jours	1 ou 2 jours	Aucun jour
	%			
9 ans <sup>†</sup>				
Garçons	77,3 <sup>9</sup>	9,1	6,6*	7,1 <sup>*10</sup>
Filles	82,5 <sup>9</sup>	9,0	5,6*	3,0 <sup>**10</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>79,8<sup>1,2</sup></b>	<b>9,0<sup>3,4</sup></b>	<b>6,1<sup>5,6</sup></b>	<b>5,0<sup>7,8</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>70,7</b>	<b>7,9</b>	<b>5,4</b>	<b>4,5</b>
13 ans <sup>†</sup>				
Garçons	69,2 <sup>11</sup>	12,5	10,5 <sup>12</sup>	7,8 <sup>*13</sup>
Filles	58,2 <sup>11</sup>	14,3	15,7 <sup>12</sup>	11,7 <sup>13</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>63,8<sup>1</sup></b>	<b>13,4<sup>3</sup></b>	<b>13,1<sup>5</sup></b>	<b>9,8<sup>7</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>55,0</b>	<b>11,6</b>	<b>11,2</b>	<b>8,3</b>
16 ans				
Garçons	68,6	11,6	10,5	9,3
Filles	63,7	13,1	13,2	10,0
<b>Sexes réunis</b>	<b>66,2<sup>2</sup></b>	<b>12,3<sup>4</sup></b>	<b>11,9<sup>6</sup></b>	<b>9,6<sup>8</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>57,2</b>	<b>10,7</b>	<b>10,3</b>	<b>8,3</b>

<sup>1-13</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la fréquence du déjeuner et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 13 ans.

\*

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Le tableau 13.2 présente le lien entre la fréquence du déjeuner et la catégorie de fumeurs. On remarque que la proportion d'adolescents qui déjeunent tous les jours est plus élevée chez les non-fumeurs que chez les fumeurs actuels, tant chez les 13 ans (68 % c. 38 %) que chez les 16 ans (71 % c. 56 %). Toujours pour ces deux groupes d'âge, 11 % et 8 % respectivement rapportent déjeuner seulement un ou deux jours sur cinq jours de semaine au sein du groupe des non-fumeurs alors que ces proportions atteignent 25 % et 19 % chez les fumeurs actuels. Chez les jeunes de 9 ans, la proportion de fumeurs actuels n'a pas été mesurée, seulement 2,1 % ayant déjà fumé une cigarette au complet.



Tableau 13.2

**Fréquence du déjeuner<sup>†</sup> au cours d'une période de 5 jours d'école selon la catégorie de fumeurs, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	5 jours	3 ou 4 jours	1 ou 2 jours	Aucun jour
	%			
<b>13 ans</b>				
Fumeurs actuels	37,7 <sup>1</sup>	20,2 <sup>*</sup>	25,2 <sup>*2</sup>	16,9 <sup>*</sup>
Fumeurs débutants	51,1	15,7 <sup>**</sup>	20,7 <sup>*</sup>	12,5 <sup>**</sup>
Non-fumeurs	68,0 <sup>1</sup>	12,5	10,8 <sup>2</sup>	8,7
<b>16 ans</b>				
Fumeurs actuels	55,8 <sup>3</sup>	13,7	18,7 <sup>4</sup>	11,9 <sup>*</sup>
Fumeurs débutants	69,0	13,1 <sup>**</sup>	13,1 <sup>**</sup>	4,8 <sup>**</sup>
Non-fumeurs	71,1 <sup>3</sup>	11,5	8,4 <sup>4</sup>	9,0

<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la fréquence du déjeuner et la catégorie de fumeurs est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Le tableau 13.3 présente la fréquence de consommation du déjeuner selon les indicateurs de la situation financière du ménage, soit le revenu relatif et la présence d'insécurité alimentaire. Le tableau révèle que la majorité des jeunes de 9, 13 et 16 ans déjeune quotidiennement, et ce, indépendamment du revenu du ménage dont ils font partie. La fréquence du déjeuner est associée au revenu relatif chez les jeunes de 9 ans seulement. Chez les enfants vivant au sein de ménages à revenu faible ou très faible, la proportion de ceux qui déjeunent chaque jour d'école est inférieure à celle qu'on retrouve chez les enfants de ménages ayant un revenu relativement élevé ou très élevé (74 % c. 86 %). À 13 ans, on observe une tendance similaire (55 % c. 70 %) tandis qu'à 16 ans, l'enquête n'est pas en mesure d'établir de relation entre ces deux paramètres.

Le fait de déjeuner est étroitement relié à l'insécurité alimentaire, présentée au chapitre 3. La proportion de jeunes qui déjeunent tous les jours est plus faible en présence d'insécurité alimentaire, et ce, tant à 9 ans (64 % c. 84 %) qu'à 13 ans (49 % c. 67 %). Toutefois, la relation entre ces deux variables n'est plus observable chez les jeunes de 16 ans. Dans le cadre de cette enquête, le niveau de scolarité des parents ne semble pas associé à la consommation du déjeuner (données non présentées).

Comme mentionné dans l'introduction, le rendement scolaire peut être affecté par l'habitude de déjeuner. Le tableau 13.4 illustre une association entre la fréquence du déjeuner et le redoublement. La proportion de jeunes ayant déjeuné chaque jour d'école est plus faible parmi ceux qui ont déjà doublé une année scolaire, que ce soit à 9 ans (66 % c. 82 %), à 13 ans (56 % c. 68 %) ou à 16 ans (53 % c. 71 %). Par ailleurs, la fréquence du déjeuner est également associée à la perception des résultats scolaires en langue d'enseignement. Une plus grande proportion de jeunes de 13 ans percevant leurs résultats scolaires au-dessus de la moyenne ont déjeuné durant les cinq jours de référence, comparativement aux jeunes percevant leurs résultats au-dessous de la moyenne (72 % c. 56 %) (tableau 13.5). Une tendance similaire est observée à 16 ans.

Tableau 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**

	5 jours	3 ou 4 jours	1 ou 2 jours	Aucun jour
	%			
<b>Revenu relatif</b>				
9 ans <sup>†</sup>				
Très faible ou faible	73,6 <sup>1</sup>	9,8 <sup>**</sup>	7,6 <sup>**</sup>	9,1 <sup>**</sup>
Moyen	79,2	10,0 <sup>*</sup>	6,2 <sup>**</sup>	4,5 <sup>**</sup>
Élevé ou très élevé	85,8 <sup>1</sup>	5,8 <sup>*</sup>	4,7 <sup>**</sup>	3,8 <sup>**</sup>
13 ans				
Très faible ou faible	54,6	16,3 <sup>*</sup>	13,8 <sup>*</sup>	15,4 <sup>*</sup>
Moyen	63,3	13,5 <sup>*</sup>	13,0 <sup>*</sup>	10,2 <sup>*</sup>
Élevé ou très élevé	70,0	10,9	10,7	8,3 <sup>*</sup>
16 ans				
Très faible ou faible	58,9	15,5 <sup>**</sup>	17,3 <sup>*</sup>	8,4 <sup>**</sup>
Moyen	66,0	12,5 <sup>*</sup>	12,5 <sup>*</sup>	9,1 <sup>*</sup>
Élevé ou très élevé	69,9	12,8	8,8 <sup>*</sup>	8,6 <sup>*</sup>
<b>Insécurité alimentaire</b>				
9 ans <sup>§</sup>				
Présence	64,1 <sup>2</sup>	12,9 <sup>**</sup>	10,3 <sup>**</sup>	12,6 <sup>**3</sup>
Absence	83,9 <sup>2</sup>	7,1	5,3 <sup>*</sup>	3,8 <sup>*3</sup>
13 ans <sup>§</sup>				
Présence	48,9 <sup>4</sup>	23,3 <sup>*5</sup>	18,5 <sup>*</sup>	9,3 <sup>**</sup>
Absence	67,3 <sup>4</sup>	11,4 <sup>5</sup>	11,3	10,1
16 ans				
Présence	60,8	16,1 <sup>*</sup>	15,8 <sup>*</sup>	7,3 <sup>**</sup>
Absence	67,9	12,4	10,8	9,0

<sup>1-5</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la fréquence du déjeuner et le revenu du ménage est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre la fréquence du déjeuner et l'insécurité alimentaire est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et 13 ans.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Tableau 13.4

**Fréquence du déjeuner<sup>†</sup> au cours d'une période de 5 jours d'école selon le redoublement, Québec, 1999**

	5 jours	3 ou 4 jours	1 ou 2 jours	Aucun jour
	%			
9 ans				
Oui	66,1 <sup>1</sup>	9,8 <sup>**</sup>	11,9 <sup>**</sup>	12,3 <sup>**2</sup>
Non	82,2 <sup>1</sup>	8,0	5,6 <sup>*</sup>	4,3 <sup>*2</sup>
13 ans				
Oui	55,5 <sup>3</sup>	12,1 <sup>*</sup>	16,3 <sup>*</sup>	16,1 <sup>*4</sup>
Non	67,7 <sup>3</sup>	12,8	11,0	8,5 <sup>4</sup>
16 ans				
Oui	52,8 <sup>5</sup>	18,4 <sup>*</sup>	16,4 <sup>*6</sup>	12,4 <sup>*</sup>
Non	71,4 <sup>5</sup>	11,3	9,6 <sup>6</sup>	7,8

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la fréquence du déjeuner et le redoublement est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Tableau 13.5

**Fréquence du déjeuner<sup>†</sup> 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**

	5 jours	3 ou 4 jours	1 ou 2 jours	Aucun jour
	%			
13 ans				
Au-dessus de la moyenne	71,7 <sup>1</sup>	10,8*	9,4*	8,1*
Dans la moyenne	61,7	13,8	15,1	9,5
Au-dessous de la moyenne	55,6 <sup>1</sup>	18,9*	11,9*	13,7*
16 ans <sup>(1)</sup>				
Au-dessus de la moyenne	70,2	11,3*	10,3*	8,3*
Dans la moyenne	65,0	13,5	12,9	8,6*
Au-dessous de la moyenne	63,2	8,7**	12,2*	15,9*

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

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la fréquence du déjeuner et la perception de ses résultats scolaires est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

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

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

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

**13.2.2 Consommation d'aliments du restaurant**

Le tableau 13.6 regroupe les données concernant la consommation de repas et de collations au restaurant et de repas livrés du restaurant pour les trois groupes d'âge, selon le sexe. On remarque que 46 % des enfants de 9 ans et 48 % des adolescents de 13 ans n'ont pris aucun repas au restaurant en une semaine, et que cette proportion diminue chez les 16 ans (40 %). Entre 74 % et 80 % des jeunes ne se sont procurés aucune collation à l'extérieur du foyer au cours des sept jours de référence; cette proportion atteint un maximum à 13 ans (80 %). Aucun repas n'a été livré à domicile chez 60 % et 64 % respectivement des adolescents de 13 ans et 16 ans, et chez 50 % des enfants de 9 ans. À l'inverse, ceux-ci sont les plus nombreux, proportionnellement, à déclarer consommer ce type d'aliment de trois à sept fois par semaine. Cela est d'ailleurs valable autant pour les repas (14 %) et les collations (5 %) achetés au restaurant, que pour les repas livrés à domicile (14 %). On n'a pu établir de lien entre la fréquence de consommation de ces aliments et le sexe.

En combinant la consommation de repas servis au restaurant et de ceux livrés à domicile, on constate qu'environ 30 % des jeunes n'ont pas consommé ce

type d'aliment au cours d'une période d'une semaine (tableau 13.7). Les enfants de 9 ans font appel à la restauration de manière très fréquente (17 %), plus que les jeunes de 13 ans (4,9 %) et 16 ans (6 %). On n'observe pas de différence selon le sexe quant à ce comportement.

Finalement, aucune association entre la fréquence de recours aux aliments préparés à l'extérieur du foyer et la catégorie de poids des enfants et des adolescents n'a été observée.

Tableau 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**

	Repas <sup>†</sup>			Collation			Repas livré à domicile		
	Aucune fois	1 ou 2 fois	3 à 7 fois	Aucune fois	1 ou 2 fois	3 à 7 fois	Aucune fois	1 ou 2 fois	3 à 7 fois
	%								
<b>9 ans</b>									
Garçons	45,2	38,2	16,6	73,3	20,1	6,6 *	49,9	34,0	16,0
Filles	46,2	42,5	11,4	77,0	19,2	3,8 *	50,6	37,3	12,0
<b>Sexes réunis</b>	<b>45,7</b> <sup>1</sup>	<b>40,3</b> <sup>3,4</sup>	<b>14,0</b> <sup>6,7</sup>	<b>75,1</b> <sup>8</sup>	<b>19,6</b> <sup>10</sup>	<b>5,2</b> <sup>12,13</sup>	<b>50,3</b> <sup>14,15</sup>	<b>35,7</b>	<b>14,1</b> <sup>16,17</sup>
<b>13 ans</b>									
Garçons	47,1	45,8	7,2 *	79,7	18,4	1,9 **	58,5	37,8	3,7 **
Filles	49,1	46,5	4,4 *	80,6	17,2	2,2 **	60,8	37,7	1,5 **
<b>Sexes réunis</b>	<b>48,1</b> <sup>2</sup>	<b>46,1</b> <sup>3,5</sup>	<b>5,8</b> <sup>6</sup>	<b>80,2</b> <sup>8,9</sup>	<b>17,8</b> <sup>11</sup>	<b>2,0</b> <sup>*12</sup>	<b>59,6</b> <sup>14</sup>	<b>37,7</b>	<b>2,6</b> <sup>*16</sup>
<b>16 ans</b>									
Garçons	40,5	49,6	9,9	76,4	21,3	2,3 **	60,2	36,8	3,0 **
Filles	39,4	53,5	7,1 *	72,0	25,6	2,4 **	66,8	30,8	2,4 *
<b>Sexes réunis</b>	<b>40,0</b> <sup>1,2</sup>	<b>51,6</b> <sup>4,5</sup>	<b>8,5</b> <sup>7</sup>	<b>74,2</b> <sup>9</sup>	<b>23,5</b> <sup>10,11</sup>	<b>2,3</b> <sup>*13</sup>	<b>63,5</b> <sup>15</sup>	<b>33,8</b>	<b>2,7</b> <sup>*17</sup>

<sup>1-17</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la fréquence de consommation de repas au restaurant et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

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

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

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

Tableau 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**

	%				
	Nulle	Occasionnelle	Fréquente	Très fréquente	
<b>9 ans</b>					
Garçons		30,2	29,9	20,0	19,9
Filles		28,8	36,5	20,0	14,7
<b>Sexes réunis</b>		<b>29,5</b>	<b>33,2</b> <sup>1,2</sup>	<b>20,0</b>	<b>17,4</b> <sup>3,4</sup>
<b>13 ans</b>					
Garçons		31,3	39,9	22,8	6,0 *
Filles		32,1	44,2	20,0	3,8 *
<b>Sexes réunis</b>		<b>31,7</b>	<b>42,0</b> <sup>1</sup>	<b>21,4</b>	<b>4,9</b> <sup>3</sup>
<b>16 ans</b>					
Garçons		29,4	38,2	25,1	7,3 *
Filles		28,4	46,0	20,6	5,0 *
<b>Sexes réunis</b>		<b>28,9</b>	<b>42,1</b> <sup>2</sup>	<b>22,9</b>	<b>6,1</b> <sup>4</sup>

<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

### 13.2.3 Cadre social au souper

Il apparaît que plus de la moitié des jeunes de 9, 13 et 16 ans n'ont pas soupé seuls au cours des sept jours de référence (tableau 13.8). Cette proportion diminue, toutefois, en fonction de l'âge (78 %, 64 %, 50 %). À l'opposé, une proportion non négligeable d'enfants et d'adolescents (8 %) déclarent avoir soupé seuls six ou sept fois au cours de la semaine. La majorité des jeunes de 9 ans (70 %) et 13 ans (67 %) ont soupé régulièrement avec la famille. À 16 ans, la moitié des adolescents ont soupé en famille six ou sept fois et environ le tiers (36 %), de trois à cinq fois. Par ailleurs, environ 25 % des enfants de 9 ans ont soupé au moins une fois avec la gardienne, et 9 % d'entre eux l'ont fait de trois à sept fois. Enfin, un bon nombre de jeunes de chaque âge (32 %, 38 % et 45 % respectivement) ont soupé à l'occasion avec des amis.

La fréquence à laquelle les enfants et les adolescents ont soupé seuls est associée au soutien affectif parental. Ainsi, parmi les enfants ayant un soutien affectif maternel élevé, la proportion de ceux qui n'ont pas soupé seuls au cours de la semaine est supérieure à celle retrouvée en présence d'un faible soutien affectif (83 % c. 70 %) (figure 13.1). Il en est de même parmi les adolescents de 13 ans (69 % c. 52 %) et de 16 ans (58 % c. 43 %). L'association avec le soutien affectif paternel est également significative, et ce, pour tous les groupes d'âge (figure 13.2).

Tableau 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**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
<b>Seuls</b>			
Aucune fois	78,2 <sup>1</sup>	63,6 <sup>1</sup>	50,4 <sup>1</sup>
Une ou deux fois	11,1 <sup>2</sup>	23,2 <sup>2</sup>	30,8 <sup>2</sup>
Trois à cinq fois	3,0 <sup>*3</sup>	4,8 <sup>*3</sup>	11,3 <sup>3</sup>
Six ou sept fois	7,7	8,5	7,6
<b>Avec la famille</b>			
Aucune fois	5,6 <sup>4,5</sup>	1,8 <sup>**4</sup>	3,0 <sup>*5</sup>
Une ou deux fois	13,4 <sup>6</sup>	8,2 <sup>6</sup>	10,6
Trois à cinq fois	11,4 <sup>7</sup>	23,0 <sup>7</sup>	35,9 <sup>7</sup>
Six ou sept fois	69,6 <sup>8</sup>	67,0 <sup>9</sup>	50,5 <sup>8,9</sup>
<b>Avec la gardienne</b>			
Aucune fois	75,1	...	...
Une ou deux fois	15,9	...	...
Trois à cinq fois	4,7 <sup>*</sup>	...	...
Six ou sept fois	4,3 <sup>*</sup>	...	...
<b>Avec les amis</b>			
Aucune fois	55,7 <sup>10</sup>	52,6 <sup>11</sup>	46,0 <sup>10,11</sup>
Une ou deux fois	32,3 <sup>12</sup>	38,3 <sup>12</sup>	45,4 <sup>12</sup>
Trois à cinq fois	7,4	6,9	6,6
Six ou sept fois	4,6 <sup>*13,14</sup>	2,3 <sup>*13</sup>	2,1 <sup>*14</sup>

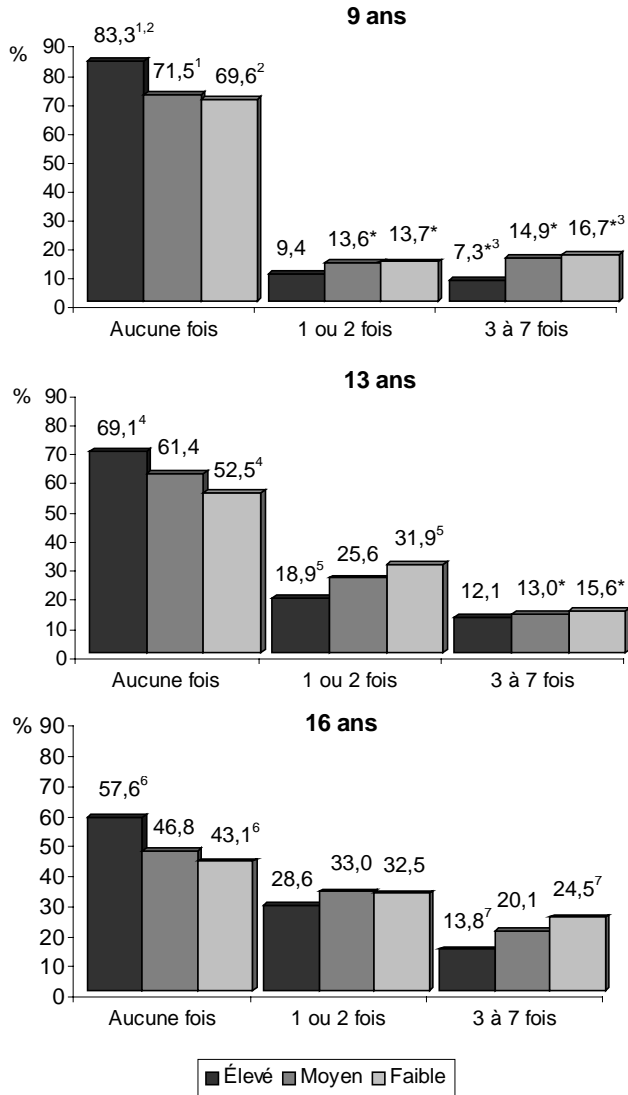
<sup>1-14</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

Figure 13.1  
Fréquence à laquelle les enfants et adolescents ont soupé seuls<sup>†</sup> selon le soutien affectif maternel, Québec, 1999



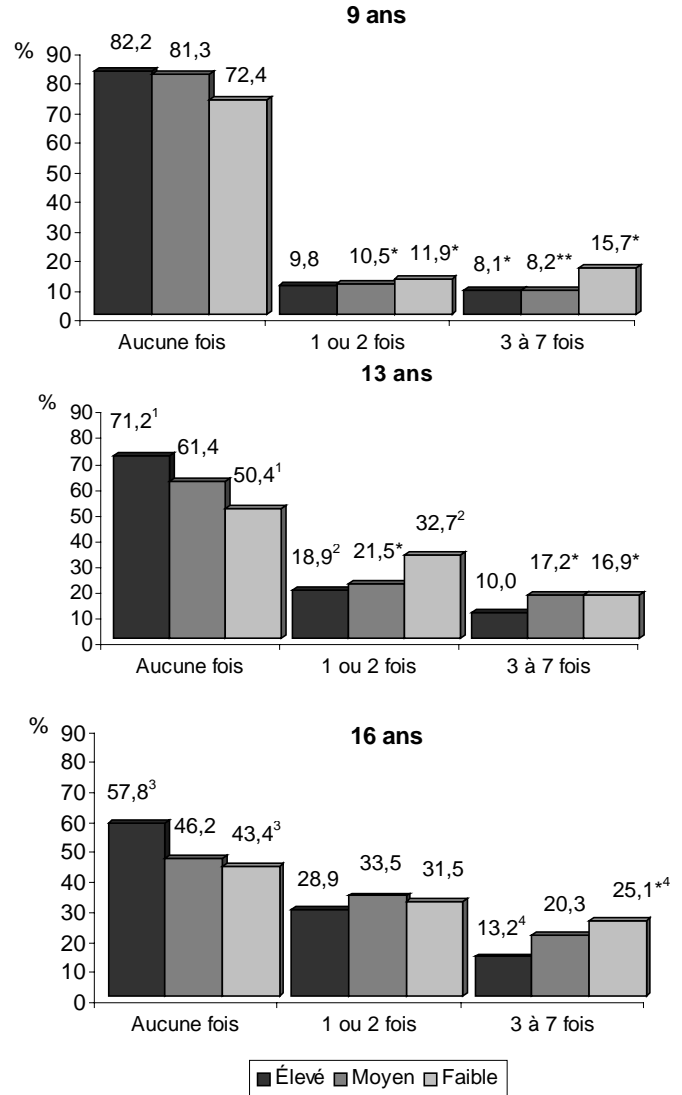
<sup>1-7</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> L'association entre la fréquence du souper seuls et le soutien affectif maternel est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

Figure 13.2  
Fréquence à laquelle les enfants et adolescents ont soupé seuls<sup>†</sup> selon le soutien affectif paternel, Québec, 1999



<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la fréquence du souper seuls et le soutien affectif paternel est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

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

Près de 60 % des adolescents de 13 ans n'ont pas préparé le souper eux-mêmes au cours d'une semaine et cette proportion diminue lorsqu'il s'agit du groupe de 16 ans (36 %) (tableau 13.9). La proportion de jeunes qui ont préparé le repas du soir est plus élevée chez les jeunes de 16 ans, que ce soit « 1 ou 2 fois » (46 % c. 35 %) ou « 3 à 7 fois » (18 % c. 7 %). Par ailleurs, la proportion de garçons n'ayant pas préparé le souper est plus élevée que celle des filles, et ce, pour les deux catégories d'âge (64 % c. 51 % à 13 ans et 41 % c. 31 % à 16 ans).

Tableau 13.9  
**Fréquence à laquelle les adolescents de 13 ans et 16 ans ont préparé leur souper eux-mêmes<sup>†</sup> au cours d'une période de 7 jours selon le sexe, Québec, 1999**

	Aucune fois	1 ou 2 fois	3 à 7 fois
	%		
<b>13 ans</b>			
Garçons	63,8 <sup>4</sup>	31,2 <sup>5</sup>	5,0 <sup>6</sup>
Filles	51,4 <sup>4</sup>	39,2 <sup>5</sup>	9,4 <sup>6</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>57,6<sup>1</sup></b>	<b>35,2<sup>2</sup></b>	<b>7,2<sup>*3</sup></b>
<b>16 ans</b>			
Garçons	41,2 <sup>7</sup>	44,4	14,4 <sup>8</sup>
Filles	31,3 <sup>7</sup>	46,7	22,0 <sup>8</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>36,3<sup>1</sup></b>	<b>45,6<sup>2</sup></b>	<b>18,2<sup>3</sup></b>

- <sup>1-8</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.  
<sup>†</sup> Le test d'association entre la fréquence de préparation de leur souper et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.  
<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

Le tableau 13.10 présente les choix alimentaires privilégiés lors de la préparation de ce repas. La grande majorité des jeunes (environ 70 %) disent combiner les produits maison et commerciaux. Toutefois, l'usage exclusif de produits maison est plus fréquent que celui des produits commerciaux, à 13 ans (17 % c. 4,2 %) et à 16 ans (31 % c. 3,6 %). La proportion de jeunes faisant appel à des produits maison est plus élevée

chez les adolescents de 16 ans que de 13 ans (31 % c. 17 %). À 16 ans, ce choix est particulièrement marqué chez les filles comparées aux garçons (39 % c. 24 %).

Tableau 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**

	Produits maison	Produits commerciaux	L'un ou l'autre
	%		
<b>13 ans</b>			
Garçons	14,8	4,1 <sup>*</sup>	81,1
Filles	19,4	4,3 <sup>*</sup>	76,3
<b>Sexes réunis</b>	<b>17,1<sup>1</sup></b>	<b>4,2<sup>*</sup></b>	<b>78,7<sup>2</sup></b>
<b>16 ans<sup>†</sup></b>			
Garçons	23,7 <sup>3</sup>	5,4 <sup>**4</sup>	70,9 <sup>5</sup>
Filles	38,7 <sup>3</sup>	1,7 <sup>**4</sup>	59,6 <sup>5</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>31,2<sup>1</sup></b>	<b>3,6<sup>*</sup></b>	<b>65,3<sup>2</sup></b>

- <sup>1-5</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.  
<sup>†</sup> Le test d'association entre les choix alimentaires et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.  
<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.  
<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Le tableau 13.11 montre que près de la moitié des jeunes de 13 et 16 ans (46 %) écoutent fréquemment la télévision durant le souper. Dans le cadre de la présente enquête, la catégorie de poids des adolescents n'est pas associé à ce comportement.

Tableau 13.11  
**Fréquence d'écoute de la télévision pendant le souper selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	Toujours ou souvent	Quelquefois ou jamais
	%	
13 ans		
Garçons	48,2	51,8
Filles	43,1	56,9
<b>Sexes réunis</b>	<b>45,7</b>	<b>54,3</b>
16 ans		
Garçons	48,4	51,6
Filles	43,4	56,6
<b>Sexes réunis</b>	<b>45,9</b>	<b>54,1</b>

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

## Conclusion

Plusieurs études, pour la plupart nord-américaines, ont porté sur la prévalence de l'omission du déjeuner chez les enfants et les adolescents (Shaw, 1998). De manière globale, elles révèlent des taux variant de 4 % à 38 % au sein de cette population de différents âges et statuts sociodémographiques. Il est probable que ces variations soient partiellement dues aux différentes définitions du terme « déjeuner » ou aux périodes de référence utilisées. Une étude québécoise effectuée en 1985, auprès de jeunes du secondaire et du cégep, a analysé l'apport alimentaire lors du déjeuner sur une période de trois jours et estimé que la proportion de ceux qui ne déjeunent pas se situait alors entre 8 % et 14 % (MAPAQ et Cercle des fermières du Québec, 1985). Les résultats obtenus dans le cadre de la présente enquête estiment à environ 35 % la proportion des adolescents de 13 et 16 ans et à 20 % celle des enfants de 9 ans n'ayant pas pris de manière quotidienne un aliment ou une boisson le matin, avant le début des activités de la journée. Parmi les facteurs influençant l'omission du déjeuner identifiés lors d'études antérieures, on peut citer l'âge, le sexe, la situation économique et l'éducation des parents (Ruxton et Kirk, 1997). Il a été démontré que l'omission du déjeuner augmente avec l'âge et ce phénomène a

été constaté dans notre population également. De plus, les filles ont tendance à omettre le déjeuner plus souvent que les garçons. Les filles de 9 ans de notre étude déjeunent plus souvent que les garçons mais à 13 ans, ce rapport est inversé et à 16 ans, la différence n'est plus significative du point de vue statistique. La situation financière est étroitement reliée à la consommation du déjeuner, la pauvreté ayant souvent été la cible d'interventions visant à augmenter la prise de ce repas (Shaw, 1998). Dans notre étude, un faible revenu et la présence d'insécurité alimentaire sont également reliés à une diminution de la fréquence du déjeuner chez les plus jeunes.

Il est maintenant bien établi que les fumeurs ont tendance à omettre ce premier repas de la journée plus fréquemment que les non-fumeurs (Revicki et autres, 1991), et le même phénomène a été constaté au sein de notre population. Comme l'association de ces deux facteurs est en mesure d'augmenter le risque d'apports nutritionnels inadéquats, il est primordial d'intervenir auprès des jeunes pour diminuer le tabagisme et les inciter à déjeuner sur une base régulière. De plus, la fréquence à laquelle les jeunes prennent le déjeuner est reliée au sexe, à l'âge et à des facteurs socioéconomiques, ce qu'il faudrait prendre en considération lors de la conception de programmes visant à promouvoir les bienfaits de ce repas.

En ce qui a trait à la consommation de repas du restaurant, cette étude a permis d'estimer qu'environ 50 % des enfants de 9 ans et un peu plus de 60 % des adolescents de 13 et 16 ans consomment, à l'occasion ou fréquemment, des repas au restaurant ou livrés à domicile, très peu le faisant sur une base très fréquente. Les jeunes se procurent plus de repas que de collations à l'extérieur du foyer. À ce sujet, les seules données disponibles pour fin de comparaison sont celles publiées par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ et Cercle des fermières du Québec, 1985), selon lesquelles environ 50 % des jeunes québécois fréquentent des restaurants, casse-croûte ou cafétérias



scolaires de une à quatre fois par semaine et environ 22 % y vont cinq fois ou plus. Dans la présente étude, la consommation de ce type d'aliment semble varier en fonction de l'âge des jeunes. Ainsi, les jeunes de 9 ans consomment davantage de repas ou collations provenant de restaurants que les adolescents de 13 et 16 ans. Ces résultats sont difficilement explicables. On connaît peu la validité des réponses des enfants de 9 ans à un questionnaire autoadministré. De Leeuw et Otter (1995), dans une étude de fiabilité des réponses à un questionnaire chez des jeunes de 9 ans et 14 ans, démontrent que la qualité des données est influencée par l'âge du répondant et par la complexité des questions, et que cette dernière influence est plus marquée chez les plus jeunes. La présente étude permet tout de même d'affirmer que le nombre de jeunes québécois qui prennent des repas ou des collations à l'extérieur n'est pas négligeable. Par conséquent, leurs intérêts, préférences alimentaires et préoccupations en matière de santé devraient être pris en compte lors de l'élaboration de menus offerts dans les différents établissements.

En outre, les résultats montrent que la majorité des jeunes de 9 ans et 13 ans bénéficient régulièrement du cadre familial lors du souper : environ 70 % d'entre eux ont soupé avec la famille six ou sept fois au cours de la semaine. À 16 ans, le souper en famille demeure régulier pour la moitié des jeunes, et fréquent (de trois à cinq fois) pour 36 % d'entre eux. Les jeunes qui reçoivent un soutien affectif élevé de la part de leur mère ou de leur père souperont moins souvent seuls. Par ailleurs, il s'avère que la plupart des jeunes de 13 ans n'ont pas préparé le souper eux-mêmes au cours d'une semaine, mais l'inverse est observé à 16 ans. On a déjà estimé à 24 % la proportion d'adolescents qui préparent les repas les jours de semaine et à 33 % ceux qui le font la fin de semaine (Lamirande, 1998). Nos données révèlent qu'environ 40 % des jeunes de 13 ans préparent un souper au cours de la semaine, et 7 % affirment l'avoir fait de trois à sept fois. À 16 ans, ces proportions s'élèvent à 60 % (au moins un souper) et à 18 % (de 3 à 7 fois).

De manière générale, le temps passé devant la télévision ayant été relié à une augmentation de la prévalence de l'obésité chez l'enfant, à des taux élevés de cholestérol et à de piètres habitudes alimentaires (Kennedy, 1998), il est important de prendre les mesures nécessaires pour réduire cette habitude. D'ailleurs, la diminution de l'écoute de la télévision pendant le repas a été citée à titre de stratégie visant une diminution de la masse adipeuse chez des enfants obèses (Robinson, 1999). Cependant, dans le cadre de la présente enquête, l'écoute de la télévision pendant le souper n'est pas reliée à la catégorie de poids des adolescents. L'association du poids avec le nombre total d'heures passées devant la télévision sera analysée au chapitre suivant.

En conclusion, toute intervention de promotion de la santé auprès des jeunes doit provenir non seulement d'une analyse de la qualité nutritionnelle de leur alimentation, mais aussi d'une considération de certains comportements susceptibles de modifier leur régime alimentaire. De plus, étant donné le nombre et la complexité des facteurs influençant les habitudes alimentaires des jeunes, il est essentiel de concevoir et d'élaborer des stratégies adaptées à leurs préférences, priorités et préoccupations. Afin d'assurer la réussite d'une intervention, une approche impliquant directement la famille ou des groupes d'adolescents est à recommander, puisque « les jeunes sont souvent, pour les jeunes, de meilleurs informateurs que les adultes » (Chauliac et De Baco, 1996).



# Bibliographie

BERENSON, G. S., S. R. SRINIVASAN, L. S. WEBBER, T. A. NICKLAS, S. M. D. HUNTER, D. W. HARSHA, C. C. JOHNSON, M. L. ALBEIT, E. R. DALFERES, W. A. WATTIGNEY et M. D. LAWRENCE (1991). *Cardiovascular Risk in Early Life: The Bogalusa Heart Study*, Upjohn, Louisiana State University Medical Center, New Orleans, 80 p.

CASTRO, J. M. (1994). « Family and friends produce greater social facilitation of food intake than other companions. », *Physiological Behaviour*, vol. 56, n° 3, p. 445.

CHAULIAC, M., et J. DE BACO (1996). « Les styles alimentaires d'adolescents en banlieue parisienne », *Archives de pédiatrie*, vol. 3, p. 227-234.

CRAWLAY, H. F., et D. WHITE (1995). « The diet and body weight of British teenage smokers at 16-17 years », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 49, n° 12, p. 904-914.

De LEEUW, E. D., et M. A. OTTER (1995). « The reliability of children's responses to questionnaire items; question effects in children's questionnaire data. » dans HOX, J. J., B. F. VANDER MEULEN, J. M. JANSSENS, J. J. F. TER LAAK, L. W. C. TAVECCHIO (éd.). *Advances in Family Research*, Amsterdam, Thesis publishers, p. 251-258.

DENNISON, B. A., H. L. ROCKWELL et S. L. BAKER (1998). « Fruit and vegetable intake in young children », *Journal of American College of Nutrition*, vol. 17, n° 4, p. 371-378.

GRANTHAM-McGREGOR, S. M, S. CHANG et S. P. WALKER (1998). « Evaluation of school feeding programs: some Jamaican examples », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 67 (suppl.), p. 785S-789S.

HAMPL, J. S., C. A. TAYLOR et C. S. JOHNSTON (1999). « Intakes of vitamin C, vegetables and fruits: which schoolchildren are at risk? », *Journal of American College of Nutrition*, vol. 18, n° 6, p. 582-590.

JOHNSON, A. E., A. J. DONKIN, K. MORGAN, R. J. NEALE, R. M. PAGE et R. L. SILBURN (1998). « Fruit and vegetable consumption in later life. », *Age Ageing*, vol. 27, n° 6, p. 723-728.

KENNEDY, C. M. (1998). « Childhood Nutrition », *Annual Review of Nursing Research*, vol. 16, p. 3-38.

KIELY, M., P. COGAN, P. J. KEARNEY et P. A. MORRISSEY (1999). « Relationship between smoking, dietary intakes and plasma levels of vitamin E and beta-carotene in matched maternal-cord pairs. », *International Journal of Vitaminology and Nutrition Research*, vol. 69, n° 4, p. 262-267.

LAMIRANDE, C. (1998). *De l'énergie, j'en mange! : alimentation à l'adolescence : information et activités*, Montréal, Chenelière/McGraw-Hill, 215 p.

MATHEWS, F., P. YUDKIN, R. F. SMITH et A. NEIL (2000). « Nutrient intakes during pregnancy: the influence of smoking status and age. », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 54, n° 1, p. 17-23.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DES PÊCHERIES ET DE L'ALIMENTATION DU QUÉBEC et CERCLE DES FERMIÈRES DU QUÉBEC (1985). *Les habitudes alimentaires des jeunes Québécois*, Québec, Gouvernement du Québec, 37 p.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DES PÊCHERIES ET DE L'ALIMENTATION DU QUÉBEC (1998). *Pour en savoir plus sur le consommateur québécois*, Bioclips plus, vol. 1, n° 5, 13 p.

PREZIOSI, P., P. GALAN, M. DEHEEGER, N. YACOUB, A. DREWNOWSY et S. HERCBERG (1999). « Breakfast Type, Daily Nutrient Intake and Vitamin and Mineral Status of French Children, Adolescents and Adults », *Journal of American College of Nutrition*, vol. 18, n° 2, p. 171-178.

REVICKI, D., J. SOBAL et B. De FORGE (1991). « Smoking Status and the Practice of Other Unhealthy Behaviours », *Family Medicine*, vol. 23, p. 361-364.

ROBINSON, T. N. (1999). « Can a school-based intervention to reduce television use decrease adiposity in children in grades 3 and 4? », *Journal of American Medical Association*, vol. 282, p. 1561-1567.

RUXTON, C. H. S, et T. R. KIRK (1997). « Breakfast: a review of associations with measures of dietary intake, physiology and biochemistry », *British Journal of Nutrition*, vol. 78, p.199-213.

SAMUELSON, G., L. E. BRATTEBY, H. ENGHARDT et M. HEDGREN (1996). « Food habits and energy and nutrient intake in Swedish adolescents approaching the year 2000. », *Acta Paediatrica*, vol. 415, p. 1-19.

SANTÉ CANADA (1999). *La santé des jeunes : tendances au Canada*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 110 p.

SANTÉ QUÉBEC (1995). *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux? Rapport de l'Enquête québécoise sur la nutrition 1990*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 299 p.

SHAW, M. E. (1998). « Adolescent breakfast skipping : an Australian study », *Adolescence*, vol. 33, n° 132, p. 851-861.

WOTEKI, C. E., R. BRIEFEL, D. HITCHCOCK, T. EZZATI et K. MAURER (1990). « Selection of nutrition status indicators for field surveys: the NHANES III design. », *Journal of Nutrition*, vol. 120, p. 1440-1445.

# État de santé physique

---

Poids et image corporelle

Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires

État de santé physique et recours aux médicaments

Asthme et rhinite allergique : prévalence et déterminants

Blessures, exposition au risque et mesures de protection



## Chapitre 14

# Poids et image corporelle

**Marielle Ledoux**  
Département de nutrition  
Université de Montréal

**Lyne Mongeau**  
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

**Michèle Rivard**  
Département de médecine sociale et préventive  
Université de Montréal

---

### Introduction

La relation entre la composition corporelle, l'obésité et divers problèmes de santé est depuis longtemps reconnue chez l'adulte (Santé et Bien-être social Canada, 1988; Canadian Heart Health Surveys Research Group, 1997; Ledoux et autres, 1997; Lean, Han et Seidell, 1999; Organisation Mondiale de la Santé, 1998). Chez l'enfant, cette relation a été documentée principalement en ce qui concerne les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (Whincup et autres, 1996; Freedman et autres, 1999). La *Bogalusa Heart Study* a fait ressortir la précocité du début de l'athérosclérose (Newman et autres, 1986). Des études à long terme sont toutefois nécessaires pour préciser cet effet pour d'autres catégories de risque, même si la relation entre l'âge du début de l'excès de poids chez les jeunes, sa gravité et l'adiposité à l'âge adulte semble maintenant acceptée (Power, Lake et Cole, 1997). La prédominance de la graisse viscérale, associée à différents facteurs de risque chez l'adulte, semble avoir sa source dans l'enfance (Goran, Kaskoun et Shuman, 1995) alors que la répartition adipeuse abdominale se développe pendant l'adolescence (Van Lenthe et autres, 1996).

*La politique de la santé et du bien-être du Québec* (MSSS, 1992) vise à réduire de 30 % la mortalité par maladie cardiovasculaire. Pour y arriver, il semble essentiel de prévenir avant l'âge adulte le

développement des facteurs de risque tels l'hypertension, l'hyperlipidémie, l'embonpoint et l'obésité qui sont directement ou indirectement associés à ces maladies.

Les habitudes de vie (Gortmaker et autres, 1996) et les facteurs psychosociaux jouent un rôle déterminant dans la composition corporelle à l'enfance et à l'adolescence. Maffei, Talamini et Tatò (1998) ont rapporté que l'obésité des parents est le principal facteur de risque associé à l'obésité chez des enfants de 8 ans. L'écoute de la télévision est aussi un facteur associé à l'excès de poids chez les enfants de 8 ans, dans cette étude. L'*American Academy of Pediatrics* (Barlow et Dietz, 1998), dans ses recommandations sur l'évaluation et le traitement de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, suggère de limiter le temps d'écoute de la télévision à une à deux heures par jour, incluant le temps passé aux jeux vidéo et à l'ordinateur. Un tel comportement laisserait plus de temps notamment pour la pratique d'activités physiques et pourrait favoriser le maintien d'un poids corporel adéquat.

Si la surcharge pondérale constitue un problème de santé et de bien-être préoccupant, l'insatisfaction à l'égard de son poids et de son image corporelle l'est tout autant. L'image corporelle désigne « la perception systématique, cognitive, affective, consciente et inconsciente qu'un individu a de son corps, perception qu'il acquiert au cours de son développement et à

travers ses relations sociales » (Eide, 1982). L'image corporelle est donc une notion complexe qui fait appel à divers aspects individuels (psychologiques, somatiques, etc.) et s'avère fortement influencée par l'environnement. Puisque l'image corporelle est un facteur de modélisation du concept de soi, une modification de cette perception influencera l'autoévaluation, donc l'estime de soi (Eide, 1982; Taggart, 1977).

Des chercheurs américains observent depuis longtemps l'existence, chez les adolescents, de préoccupations à l'égard de leur poids ainsi que certaines pratiques alimentaires associées (French et Jeffery, 1994). Depuis une dizaine d'années, le phénomène de l'insatisfaction face à son image corporelle et des comportements de perte de poids chez les adolescents a été étudié dans le cadre de plusieurs grandes enquêtes de population partout dans le monde : tant chez les enfants américains (*Youth Risk Behavior Survey*, Felts et autres, 1996) et français (*Baromètre santé jeunes 97/98*, Arènes, Janvrin et Beaudier, 1998), que chez ceux provenant des 28 pays investigués par l'*Enquête multinationale sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire* réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1997-1998. Les résultats de cette enquête indiquent que la proportion de jeunes filles, qui déclarent être ou devoir être à la diète, varie de 21 % à 50 % chez les filles de 11 ans et atteint de 42 % à 66 % chez celles de 15 ans. Le désir d'être plus mince est aussi présent chez les garçons mais dans des proportions moindres (Currie et autres, 2000). Selon la même enquête au Canada, plus des trois quarts (77 %) des filles de 10<sup>e</sup> année, 70 % de celles de 8<sup>e</sup> année et 43 % de celles de 6<sup>e</sup> année « aimeraient que leur corps soit différent de ce qu'il est ». Les garçons sont un peu moins insatisfaits de leur corps que les filles, et cela dans des proportions inférieures de 30 % (King, Boyce et King, 1999).

Les premières données québécoises à ce sujet ont porté sur le risque de développer un trouble de

l'alimentation, établi à 15 % (Ratté, Pomerleau et Lapointe, 1989; Leichner et autres, 1994; Bolduc, Steiger et Leung, 1993). Les jeunes préoccupés par leur poids et leur image, sans pour autant présenter des comportements pathologiques, ont fait l'objet d'une première étude en 1996. Elle indique que 37 % des garçons et des filles des 1<sup>re</sup>, 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> secondaire avaient déjà fait au moins une tentative de perte de poids dans leur courte vie; chez les filles, cette proportion s'élève à 54 %. La satisfaction à l'égard de sa silhouette est faible puisque les deux tiers des filles souhaitent ressembler à une silhouette plus mince. La presque totalité d'entre elles ont pourtant un poids santé (Brassard et Mongeau, 1999). Une enquête menée en Montérégie montre également que 38 % des jeunes des 1<sup>re</sup>, 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> secondaire sont satisfaits de leur image corporelle, qu'une fille sur trois (34 %) essaye de perdre du poids, que trois filles sur dix (29 %) font des efforts pour contrôler leur poids tandis que 20 % des garçons tentent de gagner du poids (Bellerose et autres, 2000).

Parmi les méthodes utilisées par les adolescents dans le but de perdre du poids ou de contrôler leur poids, plus des deux tiers (67 %) des jeunes mentionnent avoir sauté au moins un repas, 3 % avoir pris des anorexigènes et 2 % avoir vomi durant les derniers sept jours, selon la *Youth Risk Behavior Survey* (Felts et autres, 1996). Dans l'étude de Brassard et Mongeau (1999), 54 % des jeunes qui ont essayé de perdre du poids ont sauté des repas, 33 % ont pris des substituts de repas et 18 % rapportent avoir fait un jeûne total. Ces pratiques pourraient entraîner des conséquences nuisibles à la santé des enfants et des adolescents. Des séquences répétées de contrôle du poids peuvent représenter un facteur de risque important dans le développement de problèmes psychologiques et physiques (Palla et Litt, 1988; Pugliese et autres, 1983; Neumark-Sztainer et autres, 1997).

Certaines études se sont penchées sur les facteurs associés à la préoccupation des jeunes à l'égard de leur poids. Pastore, Fisher et Friedman (1996) ont montré une corrélation ( $r = 0,29$ ) entre un score élevé



d'anxiété et un score élevé à l'échelle *Eating Attitude Test* (EAT-26). L'étude de l'OMS (King, Boyce et King, 1999) démontre une association entre le fait de vouloir changer quelque chose au regard de son corps et une vulnérabilité à éprouver des sentiments de solitude, de dépression, d'impuissance et d'être un intrus, de ne pas se sentir heureux, d'avoir une attitude négative face à l'école et une pauvre communication avec ses parents. Par contre, les résultats sont inconsistants par rapport à l'estime de soi.

Certaines études ont également cherché à voir quelle est l'influence des parents sur ces préoccupations. Striegel-Moore et Kearney-Cooke (1994) ont démontré une forte association entre les efforts de perte de poids des parents et leur propension à encourager leurs enfants à perdre du poids. Une autre étude (Thelen et Cormier, 1995) n'a d'abord montré aucune relation entre le désir des parents d'être plus minces ainsi que leurs comportements de restriction alimentaire et les mêmes variables chez leurs enfants. Par contre, après avoir contrôlé pour le poids dans les analyses, l'étude a révélé une association entre les désirs et les comportements des jeunes et ceux des pères.

Ce chapitre vise, dans un premier temps, à évaluer le poids corporel des jeunes québécois de 9, 13, et 16 ans. Les catégories de poids, utilisées dans ce but, sont basées sur l'indice de masse corporelle et des mesures de plis cutanés. Ce chapitre examinera également un ensemble de facteurs susceptibles d'être associés au poids corporel des jeunes : le poids des parents, les habitudes de vie des jeunes (écoute de la télévision, activité physique, usage du tabac), de même que des indicateurs de leur état de santé et de bien-être (perception de son état de santé, estime de soi, détresse psychologique). Dans un deuxième temps, ce chapitre se penchera sur la perception et la satisfaction des jeunes face à leur image corporelle. Il donne l'opportunité d'explorer différentes variables associées à la satisfaction face à son image corporelle telles l'influence de l'entourage, la préoccupation des parents à l'égard du poids de leur enfant, de même que l'état de

santé et de bien-être des jeunes. Les comportements des jeunes pour modifier leur poids et les facteurs qui y sont associés seront finalement étudiés.

## **14.1 Aspects méthodologiques**

### **14.1.1 Mesures anthropométriques**

L'indice de masse corporelle (IMC) permet d'évaluer l'ensemble du poids corporel sans distinguer la masse maigre de la masse adipeuse. Cet indice est dérivé du rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'un individu (en mètres). La taille du jeune était mesurée au moment de l'inspiration maximale, après s'être assuré que l'enfant était dans la position suivante : tête dans l'axe de Franklin, dos contre le mur, pieds joints et à plat sur le sol et jambes tendues. Le poids corporel était mesuré à l'aide d'un pèse-personne Wonderscale, l'enfant vêtu légèrement et sans souliers. Dans le cas des jeunes de 16 ans ne fréquentant pas une école secondaire, qui répondaient seulement à un questionnaire autoadministré, le poids et la taille correspondent aux questions Q85 et Q86.

La définition des catégories de poids, décrite au tableau 14.1, est basée sur les recommandations de Himes et Dietz (1994) et tient compte des valeurs de l'IMC et des plis cutanés triceps et sous-scapulaire. La mesure des plis cutanés était effectuée à l'aide d'un adipomètre de marque Lange, dont la pression standard est de 10 g/mm<sup>2</sup> au niveau des mâchoires. Les mesures étaient prises du côté droit du corps à moins d'une anomalie suggérant la mesure du côté gauche. La mesure du pli triceps se faisait sur la partie centrale du bras de l'enfant à mi-chemin entre l'acromion et l'olécrane, l'enfant se tenant debout, les bras reposant librement près du corps. La mesure du pli sous-scapulaire était prise à 2 cm sous la pointe de l'omoplate, l'enfant maintenant les bras relâchés le long du corps. Chaque mesure était effectuée à deux reprises. Si l'écart était supérieur à 0,5 cm pour la taille, à 0,5 kg pour le poids et à 1 mm pour les plis cutanés, une mesure additionnelle était faite.

Tableau 14.1

**Catégories de poids définies selon les seuils percentiles de l'indice de masse corporelle (IMC) et des plis cutanés, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999***

	Insuffisant	Normal	Embonpoint	Obésité
IMC	≤ 5 <sup>e</sup>	> 5 <sup>e</sup> ≤ 85 <sup>e</sup>	> 85 <sup>e</sup> ≤ 95 <sup>e</sup>	> 95 <sup>e</sup>
Pli triceps	---	---	≤ 95 <sup>e</sup>	> 95 <sup>e</sup>
Pli sous-scapulaire	---	---	≤ 90 <sup>e</sup>	> 90 <sup>e</sup>

Source : Himes et Dietz, 1994.

Les catégories de poids définies selon l'IMC enrichi des mesures de plis cutanés n'ont été appliquées qu'aux enfants et adolescents ayant subi directement ces mesures, ce qui exclut les adolescents de 16 ans ne fréquentant pas une école secondaire. Les percentiles ont été établis à partir des données obtenues auprès des jeunes interrogés et représentent l'ensemble des jeunes québécois de 9 ans, 13 ans et 16 ans fréquentant l'école secondaire. Le ratio des plis cutanés sous-scapulaire/triceps a été utilisé pour décrire la répartition adipeuse, un percentile supérieur au 75<sup>e</sup> percentile de ce ratio représentant une obésité centrale ou abdominale et donc un ratio à risque, tel que suggéré par Freedman et autres (1999).

Sur le plan méthodologique, il est important de s'interroger sur l'utilité d'ajouter à l'IMC, les mesures de plis cutanés. Dans une étude de cohorte d'une durée de 20 ans, Rolland-Cachera et autres (1990) ont démontré l'importance de l'utilisation de l'indice de masse corporelle (IMC) et de la somme ou du ratio de plis cutanés spécifiques, tels les plis sous-scapulaire, supra-illiaque et triceps, pour déterminer la présence ou le développement d'obésité centralisée. Le tableau 14.2 présente les résultats de la présente enquête pour les catégories « embonpoint » et « obésité » définies soit selon l'IMC seul soit selon l'IMC enrichi des mesures de plis triceps et sous-scapulaire. Ce dernier indice permet de distinguer un excès de poids associé à une masse musculaire ou squelettique plus importante, de celui relevant principalement d'un excès de masse adipeuse. Ce tableau permet de constater que les mesures servant à qualifier l'excès de poids sont essentielles à conserver lors de telles enquêtes. Environ 75 % des jeunes ayant un excès de poids sont classés de la

même façon par les deux mesures. Toutefois, lorsque l'IMC seul sert à qualifier l'excès de poids, il y a sous-estimation de l'embonpoint et surestimation de l'obésité chez les garçons comme chez les filles. Par exemple, chez les garçons de 9 ans présentant un excès de poids, on observe 34,5 % d'obèses avec l'IMC seul et 27,7 % avec l'IMC enrichi des plis cutanés, et, en contrepartie, 65,5 % avec embonpoint alors qu'il y en a 72,3 % selon l'IMC enrichi. C'est pourquoi les valeurs d'IMC enrichi des plis cutanés triceps et sous-scapulaire ont été utilisées pour mieux distinguer les catégories embonpoint et obésité dans la présente enquête. Notons que les deux mesures sont identiques pour les autres catégories de poids.

Tableau 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**

IMC et plis cutanés	IMC seul		Total
	Embonpoint	Obésité	
%			
<b>Garçons</b>			
9 ans			
Embonpoint	56,2	16,0**	<b>72,3</b>
Obésité	9,3**	18,4*	<b>27,7*</b>
<b>Total</b>	<b>65,5</b>	<b>34,5*</b>	<b>100,0</b>
13 ans			
Embonpoint	62,3	16,3**	<b>78,6</b>
Obésité	6,7**	14,7**	<b>21,4*</b>
<b>Total</b>	<b>68,9</b>	<b>31,1*</b>	<b>100,0</b>
16 ans			
Embonpoint	60,8	18,2*	<b>79,0</b>
Obésité	5,8**	15,2**	<b>21,0*</b>
<b>Total</b>	<b>66,6</b>	<b>33,4*</b>	<b>100,0</b>
<b>Filles</b>			
9 ans			
Embonpoint	57,7	18,2**	<b>75,9</b>
Obésité	10,2**	13,9**	<b>24,1*</b>
<b>Total</b>	<b>67,9</b>	<b>32,1*</b>	<b>100,0</b>
13 ans			
Embonpoint	58,5	17,9**	<b>76,4</b>
Obésité	9,0**	14,6**	<b>23,6*</b>
<b>Total</b>	<b>67,5</b>	<b>32,5*</b>	<b>100,0</b>
16 ans <sup>(1)</sup>			
Embonpoint	62,0	17,7**	<b>79,7</b>
Obésité	4,3**	16,0**	<b>20,3*</b>
<b>Total</b>	<b>66,3</b>	<b>33,7*</b>	<b>100,0</b>

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

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

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

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

Enfin, les mesures de poids et de taille du parent répondant ont été obtenues à l'aide du questionnaire autoadministré aux parents (PE62 et PE63; PA48 et PA49). Les catégories de poids suivantes ont été retenues : poids insuffisant (IMC inférieur à 18,5), poids normal (IMC de 18,5 à 24,9), embonpoint ou obésité (IMC égal ou supérieur à 25). Il est important de préciser que le parent répondant est le parent de sexe féminin dans près de 80 % des cas (voir Annexe 4).

#### 14.1.2 Image corporelle

Afin de mesurer l'image corporelle, l'instrument pictural de Collins (1991) a été utilisé. Cet instrument consiste en deux séries de sept silhouettes de garçons et sept silhouettes de filles s'échelonnant de très minces à obèses, une série représentant des enfants prépubères, pour les 9 ans (figure 14.1), et une autre série représentant des adolescents, pour les 13 et les 16 ans (figure 14.2). Le répondant est appelé à identifier la silhouette du même sexe « qui correspond le plus à ton apparence actuelle » (E28, A89a, Q100a) et celle « qui correspond le mieux à comment tu aimerais être » (E29, A89b, Q100b).

Figure 14.1  
**Choix de silhouettes présenté aux enfants de 9 ans,**  
*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*



Figure 14.2  
**Choix de silhouettes présenté aux adolescents de 13 et 16 ans,**  
*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*



Un indice de satisfaction a été construit à partir de ces deux variables. Il comporte trois catégories : « satisfait » lorsque le répondant a sélectionné deux fois la même silhouette, signifiant qu'il ne veut pas changer d'apparence; « désir d'une plus petite silhouette » lorsqu'il a choisi une silhouette plus petite pour son apparence souhaitée que pour son apparence actuelle; et « désir d'une plus grosse silhouette » lorsqu'il a retenu une silhouette plus grosse.

L'instrument pictural utilisé possède de bonnes qualités métrologiques en plus d'être très convivial pour les jeunes. Le coefficient de fiabilité test-retest obtenu trois jours après une première administration à des d'enfants de troisième année est de 0,71 pour la silhouette qui ressemble le plus à l'apparence actuelle et de 0,59 pour l'apparence souhaitée. D'autres analyses ont indiqué que la sélection des silhouettes présente une bonne stabilité allant jusqu'à un coefficient de fiabilité de 0,91 pour la silhouette qui ressemble le plus à l'apparence actuelle. La validité de critère est toutefois plus faible avec un coefficient de 0,36 avec le poids et de 0,37 avec l'IMC (Collins, 1991).

L'enquête s'intéresse aussi aux actions posées au regard du poids au moment de l'enquête : perdre du poids, en gagner ou ne rien faire (E30, A90, Q101). La notion de contrôle du poids a été introduite chez les jeunes de 13 et 16 ans afin de mesurer plus finement le phénomène de la préoccupation à l'égard du poids. En effet, certains individus préoccupés par leur poids peuvent présenter des attitudes et poser des gestes de contrôle de poids sans viser la perte de poids. La fréquence des tentatives de perte ou de contrôle de poids au cours des six mois ayant précédé l'enquête a aussi été demandée aux 13 et 16 ans (A91, A92, Q102, Q103) ainsi que les méthodes utilisées, parmi une série de huit, pour perdre du poids ou contrôler son poids (A93, Q104). On a aussi cherché à connaître la prévalence des actions orientées vers le gain de poids au cours des six mois ayant précédé l'enquête (A94, A95, Q105, Q106) ainsi que les méthodes utilisées (A96, Q107) parmi une série de quatre.

On s'intéresse également à l'influence de la famille et des amis susceptible de modifier la satisfaction face à son image corporelle et les actions de contrôle du poids. À cet effet, une question vérifie, chez les enfants de 9 ans, s'il arrive que certaines personnes (parents, fratrie et amis) les poussent à perdre du poids (E31). Chez les plus vieux, la mesure de l'influence est plus élaborée. Trois questions vérifient s'il arrive que certaines personnes (mère, père, fratrie, amis)

« fassent des régimes pour maigrir ou pour contrôler leur poids », ce qui correspond à une influence indirecte (A97, Q108), qu'elles « fassent des commentaires négatifs sur ton poids » (A98, Q109) ou « t'incitent ou te poussent à perdre du poids » (A99, Q110). Ces deux derniers comportements sont considérés comme une influence directe pour modifier ou contrôler son poids.

Finalement, la participation des parents à cette enquête a permis d'explorer directement leur préoccupation à l'égard du poids de leur enfant et son lien possible avec le poids des jeunes et la satisfaction de ceux-ci à l'égard de leur poids. La préoccupation du parent répondant à l'égard du poids de son enfant est mesurée à partir de quatre éléments de la version modifiée du *Family History of Eating Survey (FHES)* (Thelen et Cormier, 1995). L'échelle se base sur la fréquence de quatre comportements au cours des six mois ayant précédé l'enquête : 1. dire à son enfant qu'il est trop lourd, trop pesant ou trop gros; 2. dire à son enfant de manger moins ou de manger d'autres aliments dans le but de maigrir ou d'éviter de prendre du poids; 3. dire à son enfant de faire de l'exercice dans le but de maigrir ou d'éviter de prendre du poids; 4. empêcher son enfant de manger des aliments qu'il aime dans le but de maigrir ou d'éviter de prendre du poids (PE68, PA54). Plus la fréquence du comportement sur six mois est grande, plus le nombre de points attribués pour chaque énoncé augmente. Le score maximal est de 12 points. La préoccupation est ici présentée en deux catégories selon qu'elle est présente (score de 1 et plus) ou

absente (score de 0). Il faut toutefois interpréter les résultats en considérant que le parent ayant répondu à l'enquête est la mère dans près de 80 % des cas (voir Annexe 4).

La proportion de valeurs manquantes pour tous les indicateurs propres à ce chapitre est inférieure à 5 %, sauf pour l'IMC du parent répondant (5,6 %). L'impact de cette non-réponse sur les estimations est négligeable.

## 14.2 Résultats

### 14.2.1 Poids corporel

Le tableau 14.3 présente la répartition des enfants et des adolescents selon la catégorie de poids. Ces catégories de poids sont basées sur les percentiles de l'IMC enrichi des mesures de plis cutanés établis à partir des données de la population étudiée. Il n'est donc pas étonnant d'observer que 5 % de cette population présente un poids insuffisant peu importe le groupe d'âge, puisque l'unique critère de poids insuffisant est un percentile d'IMC inférieur à 5 %. De la même manière, environ 15 % des garçons et des filles de tous les groupes d'âge présentent un excès de poids (embonpoint ou obésité), selon les percentiles de l'IMC enrichi des mesures de plis cutanés. Ces catégories de poids seront utilisées dans les croisements avec d'autres variables.

Tableau 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**

	9 ans		13 ans		16 ans <sup>(1)</sup>	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Insuffisant	4,7*	4,9	4,9*	5,0*	4,7*	4,7*
Normal	80,2	80,5*	80,1	80,3	79,8	79,5
Embonpoint	10,9	11,1	11,8	11,2	12,2	12,6
Obésité	4,2*	3,5*	3,2**	3,5**	3,3**	3,2**

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

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

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

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

Les données de l'enquête permettent d'estimer le nombre de jeunes québécois dans les diverses catégories de poids. Par exemple, on estime qu'environ 2 300 garçons et 2 200 filles de 9 ans présentent de l'obésité en 1999 alors qu'environ 4 500 garçons et 4 300 filles de cet âge présentent de l'embonpoint (tableau C.14.1).

Les valeurs absolues des 5<sup>e</sup>, 85<sup>e</sup> et 95<sup>e</sup> percentiles de l'IMC ainsi que le 75<sup>e</sup> percentile du ratio des plis cutanés sous-scapulaire/triceps pour les différents groupes d'âge et de sexe sont présentées pour fins de comparaison et de suivi ultérieurs en annexe (tableau C.14.2).

#### 14.2.1.1 Facteurs associés au poids corporel

L'IMC du parent, calculé d'après son poids et sa taille déclarés, a été regroupé en deux catégories (poids insuffisant ou normal et embonpoint ou obésité) et mis en parallèle avec la catégorie de poids de l'enfant ou de l'adolescent aussi regroupée (tableau 14.4). Dans l'ensemble, on constate que les enfants ou adolescents présentant un excès de poids (embonpoint ou obésité) sont proportionnellement plus nombreux que les jeunes ayant un poids insuffisant ou normal à avoir un parent présentant également un excès de poids. Cette relation entre le poids du parent et celui des enfants ou adolescents est significative chez tous les jeunes étudiés, peu importe l'âge ou le sexe.

Tableau 14.4

#### Catégorie de poids du parent selon celle des enfants et adolescents<sup>†</sup> et le sexe, Québec, 1999

Catégorie de poids du jeune	Catégorie de poids du parent		Total
	Insuffisant/ Normal	Embonpoint/ Obésité	
	%		
<b>Garçons</b>			
9 ans			
Insuffisant/normal	65,0	35,0	100,0
Embonpoint/obésité	39,2*	60,9	100,0
13 ans			
Insuffisant/normal	57,8	42,2	100,0
Embonpoint/obésité	40,8*	59,3	100,0
16 ans <sup>(1)</sup>			
Insuffisant/normal	61,6	38,4	100,0
Embonpoint/obésité	36,9*	63,1	100,0
<b>Filles</b>			
9 ans			
Insuffisant/normal	65,1	34,9	100,0
Embonpoint/obésité	50,0	50,0	100,0
13 ans			
Insuffisant/normal	66,8	33,2	100,0
Embonpoint/obésité	29,5*	70,5	100,0
16 ans <sup>(1)</sup>			
Insuffisant/normal	66,3	33,7	100,0
Embonpoint/obésité	25,9*	74,1	100,0

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

<sup>†</sup> Le test d'association entre la catégorie de poids du parent et la catégorie de poids du jeune est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons et les filles à chaque âge.

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

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

Les habitudes de vie des enfants et des adolescents analysées ici sont celles reconnues pour leur impact sur le poids corporel des individus. Le nombre d'heures d'écoute de la télévision par jour ne s'est pas révélé un facteur associé dans le cadre de cette enquête. On n'observe pas d'association, non plus, entre la présence d'excès de poids chez les jeunes des trois groupes d'âge et le niveau d'activités physiques ou l'usage du tabac.

Différents indicateurs de santé et de bien-être ont été étudiés. La perception de l'état de santé est associée au poids corporel chez les garçons et les filles de 13 ans et de 16 ans (tableau 14.5). En effet, les adolescents présentant un excès de poids (embonpoint ou obésité) décrivent leur santé comme « plutôt bonne » ou « pas très bonne » plus souvent que les jeunes de poids normal ou insuffisant. Cette relation est observée chez les garçons (69 % c. 44 % à 13 ans; 68 % c. 45 % à 16 ans) et chez les filles (78 % c. 55 % à 13 ans; 79 % c. 64 % à 16 ans).

L'estime de soi, évaluée par l'échelle de Marsh chez les enfants de 9 ans et l'échelle de Rosenberg chez les adolescents de 13 et 16 ans, a aussi été considérée en fonction des catégories de poids. On n'observe aucune relation chez les enfants de 9 ans (données non présentées). Par contre chez les adolescents, les filles ayant un excès de poids sont proportionnellement moins nombreuses à présenter un niveau élevé d'estime de soi que celles de poids normal ou insuffisant, tant chez les 13 ans (4,8 % c. 17 %) que chez les 16 ans (14 % c. 27 %) (tableau 14.6). De plus, plus du tiers des filles (37 %)<sup>1</sup> de 16 ans de la catégorie « embonpoint ou obésité » présentent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique, contre 25 % chez celles ayant un poids insuffisant ou normal (données non présentées). L'enquête ne permet pas d'observer ces relations chez les garçons.

<sup>1</sup> Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprétée avec prudence.

Tableau 14.5  
Perception de l'état de santé selon la catégorie de poids et le sexe, Québec, 1999

	Excellente	Plutôt bonne ou pas très bonne
	%	
<b>Garçons</b>		
9 ans		
Insuffisant/normal	66,0	34,0
Embonpoint/obésité	62,6	37,4 *
13 ans <sup>†</sup>		
Insuffisant/normal	56,4	43,6
Embonpoint/obésité	30,6 *	69,4
16 ans <sup>†(1)</sup>		
Insuffisant/normal	55,3	44,7
Embonpoint/obésité	32,5 *	67,5
<b>Filles</b>		
9 ans		
Insuffisant/normal	66,0	34,0
Embonpoint/obésité	54,8	45,2
13 ans <sup>†</sup>		
Insuffisant/normal	45,1	55,0
Embonpoint/obésité	22,4 *	77,6
16 ans <sup>†(1)</sup>		
Insuffisant/normal	35,7	64,3
Embonpoint/obésité	21,3 *	78,7

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

† Le test d'association entre la perception de l'état de santé et la catégorie de poids est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons et les filles de 13 et 16 ans.

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

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

Tableau 14.6

**Niveau d'estime de soi selon la catégorie de poids et le sexe, adolescents de 13 et 16 ans, Québec, 1999**

	Faible	Moyen %	Élevé
<b>Garçons</b>			
13 ans			
Insuffisant/normal	15,3	57,8	26,8
Embonpoint/obésité	24,6 *	56,2	19,2 **
16 ans <sup>(1)</sup>			
Insuffisant/normal	16,4	44,8	38,8
Embonpoint/obésité	15,1 **	51,3	33,7 *
<b>Filles</b>			
13 ans <sup>†</sup>			
Insuffisant/normal	25,7	57,1	17,2 <sup>1</sup>
Embonpoint/obésité	36,3 *	58,8	4,8 ** <sup>1</sup>
16 ans <sup>†(1)</sup>			
Insuffisant/normal	24,9 <sup>2</sup>	48,0	27,1 <sup>3</sup>
Embonpoint/obésité	38,4 <sup>2</sup>	47,7	13,9 ** <sup>3</sup>

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

<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le niveau d'estime de soi et la catégorie de poids est significatif au seuil de 0,05 chez les filles de 13 et 16 ans.

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

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

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

## 14.2.2 Image corporelle

### 14.2.2.1 Perception et satisfaction au regard de son image corporelle

#### *Perception à l'égard de son image corporelle*

Le tableau 14.7 présente la distribution des garçons et des filles des trois groupes d'âge quant à la perception de leur corpulence et quant à l'apparence souhaitée selon le sexe. Entre 69 % et 90 % des jeunes disent ressembler ou souhaitent ressembler aux silhouettes n<sup>os</sup> 3 ou 4. L'apparence souhaitée qui recueille le plus d'adeptes chez les filles est la silhouette n<sup>o</sup> 3, sauf chez les 9 ans qui souhaitent ressembler aux silhouettes n<sup>os</sup> 3 et 4 dans des proportions similaires. La silhouette n<sup>o</sup> 2 est aussi assez populaire chez les filles de 13 ans. Chez les garçons, la silhouette n<sup>o</sup> 4 est la plus populaire, suivie de la silhouette n<sup>o</sup> 3. À l'autre extrême, la maigreur excessive (silhouette n<sup>o</sup> 1) est peu désirée chez les garçons comme chez les filles.

Les variations selon l'âge suggèrent que les plus jeunes pourraient être moins affectés par les stéréotypes que les jeunes de 13 ans et 16 ans. Par exemple, environ un garçon de 9 ans sur dix souhaiterait ressembler à la silhouette n<sup>o</sup> 5, alors que c'est le cas de très peu de garçons de 13 et 16 ans (1,9 % et 3,0 %). Les filles les plus jeunes se distinguent aussi de celles de 13 et 16 ans en étant proportionnellement moins nombreuses à vouloir ressembler à la silhouette n<sup>o</sup> 2 (11 % c. 27 % et 19 %) et plus nombreuses à vouloir ressembler à la silhouette n<sup>o</sup> 4 (42 % c. 9 % et 12 %). Toutefois, il faut se rappeler que les 9 ans se réfèrent à des séries de silhouettes distinctes de celles des adolescents.



Tableau 14.7  
Image corporelle actuelle et souhaitée selon le sexe, Québec, 1999

	N <sup>o</sup> de silhouette					
	1	2	3	4	5	6 et 7
	%					
<b>Perception actuelle</b>						
Garçons						
9 ans	1,4 **	3,9 *	25,7	52,2	14,3	2,4 **
13 ans	1,5 **	14,7	40,7	28,3	13,4	1,4 **
16 ans	1,1 **	13,1	39,9	30,7	13,2	2,0 **
Filles						
9 ans	2,3 **	8,2 *	27,0	50,6	11,2	0,9 **
13 ans	2,0 **	19,3	44,4	26,2	7,3 *	0,8 **
16 ans	0,3 **	13,1	40,7	32,4	12,0	1,7 **
<b>Apparence souhaitée</b>						
Garçons						
9 ans	2,9 **	3,3 **	31,6 <sup>1</sup>	51,6 <sup>2</sup>	9,3 <sup>4,5</sup>	1,3 **
13 ans	1,0 **	6,6 *	38,4 <sup>1</sup>	51,7 <sup>3</sup>	1,9 ** <sup>4</sup>	0,4 **
16 ans	0,2 **	3,4 **	32,5	60,4 <sup>2,3</sup>	3,0 ** <sup>5</sup>	0,5 **
Filles						
9 ans	3,7 *	10,7 <sup>6</sup>	40,4 <sup>7,8</sup>	41,8 <sup>9,10</sup>	3,3 **	0,1 **
13 ans	2,1 **	26,9 <sup>6</sup>	61,7 <sup>7</sup>	9,0 <sup>*9</sup>	–	0,3 **
16 ans	0,9 **	19,1 <sup>6</sup>	67,1 <sup>8</sup>	12,4 <sup>10</sup>	0,4 **	–

<sup>1-10</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

Quoique, selon la littérature, l'instrument pictural ne permette pas d'établir une correspondance avec l'IMC, on peut considérer de façon conservatrice que les silhouettes n<sup>os</sup> 3, 4 ou 5 correspondent à un poids normal. Dans l'enquête, on observe que la proportion des jeunes ayant un poids normal – selon l'IMC enrichi des mesures de plis cutanés – qui indiquent ressembler aux silhouettes n<sup>os</sup> 3, 4 et 5 varie de 77 % à 94 % selon l'âge et le sexe (tableau en annexe C.14.3). La concordance entre la perception des jeunes et la catégorie de poids est moins bonne pour ceux qui ont un poids insuffisant (entre 25 % et 69 %), en particulier chez ceux de 9 ans, leurs aînés étant plus nombreux à se reconnaître dans les silhouettes n<sup>os</sup> 1 ou 2 (de 52 % à 69 %). La concordance est très faible pour les jeunes ayant un excès de poids, ceux-ci étant peu nombreux à se reconnaître dans les silhouettes n<sup>os</sup> 6 et 7 (entre 0,1 % et 9,7 %). La grande majorité des jeunes ayant un excès de poids sélectionnent en effet les silhouettes n<sup>os</sup> 3, 4 ou 5 (de 89 % à 94 %) plutôt que les silhouettes n<sup>os</sup> 6 ou 7 (données non présentées). Globalement,

entre 66 % et 78 % des jeunes ont une perception conforme à la mesure faite de leur poids. Les filles de 13 ans obtiennent la proportion la plus faible de concordance (66 %).

#### *Satisfaction à l'égard de son image corporelle*

Le tableau 14.8 permet d'examiner la satisfaction à l'égard de l'image corporelle, soit la proportion des jeunes qui souhaiteraient continuer de ressembler à la silhouette à laquelle ils s'identifient de même que la proportion de ceux qui souhaiteraient une silhouette plus petite ou plus grosse. Il montre une variation importante de l'attitude des enfants et adolescents en fonction de l'âge et du sexe. L'insatisfaction semble s'installer à l'adolescence. Ainsi, la proportion de jeunes satisfaits de leur image corporelle passe d'environ 55 % chez les 9 ans à 42 % et 40 % chez les 13 et les 16 ans. Les enfants de 9 ans se différencient des plus vieux aussi pour le souhait d'une silhouette plus petite ou plus grosse.

Tableau 14.8

**Indice de satisfaction à l'égard de l'image corporelle selon le sexe<sup>†</sup>, Québec, 1999**

	Satisfait	Désir d'une plus petite silhouette	Désir d'une plus grosse silhouette
	%		
9 ans			
Garçons	56,4	26,8	16,9
Filles	54,4	34,7	10,8
<b>Sexes réunis</b>	<b>55,4</b> <sup>1,2</sup>	<b>30,7</b> <sup>3,4</sup>	<b>13,9</b> <sup>5,6</sup>
13 ans			
Garçons	40,1	26,8	33,1
Filles	44,4	44,1	11,5
<b>Sexes réunis</b>	<b>42,2</b> <sup>1</sup>	<b>35,4</b> <sup>3</sup>	<b>22,4</b> <sup>5</sup>
16 ans			
Garçons	41,5	22,1	36,5
Filles	38,6	52,9	8,5
<b>Sexes réunis</b>	<b>40,0</b> <sup>2</sup>	<b>37,4</b> <sup>4</sup>	<b>22,6</b> <sup>6</sup>

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'indice de satisfaction et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

L'indice de satisfaction à l'égard de l'image corporelle est lié au sexe dans les trois groupes d'âge. Les filles souhaitent davantage que les garçons avoir une allure plus petite, tant à 9 ans (35 % c. 27 %), à 13 ans (44 % c. 27 %) qu'à 16 ans (53 % c. 22 %). Quant aux garçons, ils souhaitent une corpulence plus forte dans des proportions plus élevées que celles des filles, chez les plus jeunes (17 % c. 11 %) comme chez les 13 ans (33 % c. 12 %) et les 16 ans (36 % c. 8 %).

Le tableau C.14.4, en annexe, permet d'examiner le taux de satisfaction pour chacune des silhouettes. Chez les garçons, on observe des taux élevés de satisfaction pour la silhouette n° 4; environ les deux tiers des garçons disant ressembler à cette silhouette souhaitent la conserver. Suivent, ceux qui s'identifient à la silhouette n° 3. Chez les filles, près des deux tiers de celles qui s'identifient à la silhouette n° 3 sont satisfaites de leur image. Le taux de satisfaction est également élevé chez les filles des trois groupes d'âge pour la silhouette n° 2 et chez les filles de 9 ans pour la silhouette n° 4.

#### 14.2.2.2 Facteurs associés à la satisfaction à l'égard de l'image corporelle

Cette section examine différents facteurs susceptibles d'être associés à la satisfaction à l'égard de l'image corporelle : l'influence de l'entourage, l'estime de soi, la détresse psychologique et la perception de l'état de santé.

##### *Influence de l'entourage*

L'influence venant de l'entourage est examinée soit par le biais de la perception des jeunes d'une influence directe ou indirecte venant des parents, de la fratrie ou des amis, soit à travers la préoccupation des parents concernant le poids de leur enfant.

Chez les 9 ans, près d'un enfant sur cinq (19 %) indique qu'au moins un de ses parents le pousse à perdre du poids tandis que 8 % d'entre eux disent recevoir de la pression de la part de leurs amis. Parmi ceux ayant des frères ou des sœurs, 11 % disent recevoir de la pression de leur part. Cette pression est ressentie également par les garçons et par les filles. Lorsque les enfants déclarent ressentir de la pression de leurs parents, la proportion de jeunes satisfaits de

leur image corporelle est moindre que lorsqu'ils ne déclarent pas en ressentir (39 % c. 59 %). Et s'ils sont proportionnellement moins satisfaits de leur image, c'est davantage parce qu'ils souhaitent une silhouette plus petite (50 % c. 26 %) (données non présentées).

Beaucoup plus d'adolescents de 13 et de 16 ans subissent une influence indirecte qu'une influence directe de l'entourage à l'égard de leur poids (tableau 14.9). En ce qui a trait à l'influence indirecte, environ un adolescent sur deux mentionne qu'il arrive que sa mère suive un régime pour maigrir et un quart des adolescents mentionnent que c'est le cas pour leur père. En proportion, davantage de filles que de garçons indiquent que leurs amis ont recours aux régimes pour maigrir, tant chez les 13 ans (53 % c. 23 %) que chez

les 16 ans (60 % c. 33 %). L'influence directe est moins prévalente : chacune des sources est mentionnée par moins d'un adolescent sur quatre. Toutes proportions gardées, plus de filles que de garçons indiquent que leur mère, leur père ou des membres de leur fratrie font des commentaires négatifs sur leur poids, tant chez les 13 ans que chez les 16 ans; c'est le contraire dans le cas de la pression exercée par les amis, les garçons étant proportionnellement plus nombreux que les filles à en faire état. Quant à l'incitation à perdre du poids, seulement celle qui est dite exercée par la mère diffère selon le sexe chez les jeunes de 16 ans, plus de filles la mentionnant que de garçons (15 % c. 8 %).

Tableau 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**

	13 ans		16 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	%			
<b>Influence indirecte</b>				
Personnes faisant un régime pour maigrir				
Mère	47,9	53,1	47,5	52,2
Père	23,4	24,1	24,5	29,8
Fratrie	18,9	18,9	23,9	22,8
Amis <sup>†</sup>	23,1	53,1	32,9	60,2
<b>Influence directe</b>				
Personnes faisant des commentaires négatifs sur le poids du jeune				
Mère <sup>†</sup>	7,1 *	11,8	7,3 *	15,1
Père <sup>†</sup>	7,3 *	11,8	6,4 *	12,5
Fratrie <sup>†</sup>	13,8	23,7	12,7	21,2
Amis <sup>†</sup>	16,3	9,2 *	16,6	10,6
Personnes incitant ou poussant le jeune à perdre du poids				
Mère <sup>§</sup>	10,6	12,2	7,7 *	15,3
Père	7,0 *	8,2	5,7 *	8,0 *
Fratrie	5,2 *	5,6 *	3,8 *	5,6 *
Amis	3,7 *	2,7 **	4,6 *	6,1 *

<sup>†</sup> Les tests d'association entre chacune de ces sources d'influence et le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 chez les garçons et les filles de 13 ans et de 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre cette source d'influence et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons et les filles de 16 ans.

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

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

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

L'influence directe est fortement associée à l'indice de satisfaction à l'égard de l'image corporelle. La proportion d'adolescents satisfaits de leur apparence est nettement moindre quand les personnes de l'entourage font des commentaires négatifs sur leur poids ou les incitent à maigrir. Dans ce cas, ils sont proportionnellement plus nombreux à souhaiter être plus minces que ceux qui ne ressentent pas cette pression (tableau 14.10).

L'influence des parents se manifeste aussi par leur préoccupation à l'égard du poids de leur enfant, telle que mesurée à l'aide de l'échelle de préoccupation des parents. Globalement, environ un parent sur quatre (26 % pour les 9 ans, 28 % pour les 13 ans et 26 % pour les 16 ans) déclare faire des commentaires à son enfant pour l'inciter soit à manger moins de certains aliments ou à faire davantage d'exercice dans le but de maigrir (tableau 14.11).

Tableau 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**

	Présence	Absence
	%	
<b>13 ans</b>		
Personnes faisant des commentaires négatifs sur le poids du jeune		
Mère	62,5 <sup>1</sup>	33,2 <sup>1</sup>
Père	64,9 <sup>2</sup>	31,5 <sup>2</sup>
Fratrie	63,5 <sup>3</sup>	28,3 <sup>3</sup>
Amis	42,7	34,5
Personnes incitant ou poussant le jeune à perdre du poids		
Mère	78,9 <sup>4</sup>	30,9 <sup>4</sup>
Père	80,0 <sup>5</sup>	31,2 <sup>5</sup>
Fratrie	77,5 <sup>6</sup>	32,7 <sup>6</sup>
Amis	64,3 <sup>7</sup>	34,6 <sup>7</sup>
<b>16 ans</b>		
Personnes faisant des commentaires négatifs sur le poids du jeune		
Mère	67,2 <sup>8</sup>	34,5 <sup>8</sup>
Père	68,7 <sup>9</sup>	34,6 <sup>9</sup>
Fratrie	68,8 <sup>10</sup>	30,3 <sup>10</sup>
Amis	50,6 <sup>11</sup>	35,1 <sup>11</sup>
Personnes incitant ou poussant le jeune à perdre du poids		
Mère	90,1 <sup>12</sup>	31,3 <sup>12</sup>
Père	91,9 <sup>13</sup>	33,6 <sup>13</sup>
Fratrie	84,4 <sup>14</sup>	34,2 <sup>14</sup>
Amis	70,9 <sup>15</sup>	35,7 <sup>15</sup>

<sup>1-15</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre chacune de ces sources d'influence et l'indice de satisfaction sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

Tableau 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**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Sexe de l'enfant <sup>†</sup>			
Garçons	21,8	22,2	18,5
Filles	29,2	33,1	33,3
<b>Sexes réunis</b>	<b>25,5</b>	<b>27,5</b>	<b>25,9</b>
Catégorie de poids de l'enfant <sup>§(1)</sup>			
Insuffisant/normal	14,6 <sup>1,2</sup>	18,4 <sup>3,4</sup>	16,3 <sup>5,6</sup>
Embonpoint	80,2 <sup>1</sup>	79,0 <sup>3</sup>	66,4 <sup>5</sup>
Obésité	93,4 <sup>2</sup>	77,9 <sup>4</sup>	91,2 <sup>6</sup>

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

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la présence de préoccupation des parents et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre la présence de préoccupation des parents et la catégorie de poids est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

La présence de cette préoccupation chez le parent répondant varie selon le sexe de l'adolescent, étant plus importante chez les parents des filles que des garçons de 13 ans (33 % c. 22 %) et de 16 ans (33 % c. 19 %). On observe une tendance dans le même sens chez les parents des enfants de 9 ans. Elle varie aussi en fonction de la catégorie de poids de l'enfant; beaucoup plus de parents dont l'enfant se trouve dans les catégories embonpoint et obésité sont préoccupés au sujet du poids comparativement à ceux dont l'enfant est dans la catégorie poids insuffisant ou poids normal. Il faut noter qu'environ un parent sur six (15 % chez les 9 ans, 18 % chez les 13 ans et 16 % chez les 16 ans) a tout de même une préoccupation à l'égard du poids de son enfant ou adolescent, même s'il présente un poids normal ou un poids insuffisant.

La préoccupation des parents est associée à la satisfaction des jeunes à l'égard de leur image corporelle. Plus précisément, la proportion de jeunes souhaitant une silhouette plus petite est plus élevée chez les jeunes de parents préoccupés par leur poids. Alors qu'environ un jeune sur cinq (22 %, 21 % et 26 %, respectivement chez les 9, 13 et 16 ans) désire une silhouette plus petite chez les jeunes de parents non préoccupés par leur poids, c'est le cas d'environ les deux tiers de ceux de parents préoccupés (59 %, 71 % et 77 %, respectivement chez les 9, 13 et 16 ans) (données non présentées).

*Autres facteurs associés à la satisfaction à l'égard de l'image corporelle*

La satisfaction à l'égard de l'image corporelle est aussi associée à différents paramètres de la santé ou du bien-être, notamment l'estime de soi, la détresse psychologique et la perception de l'état de santé.

Chez les 9 ans, on observe une association entre l'indice de satisfaction à l'égard de l'image corporelle et l'estime de soi. La moyenne à l'échelle d'estime de soi est plus élevée chez les garçons (28,4) et les filles (28,1) qui sont satisfaits de leur apparence que chez ceux qui désirent une silhouette plus petite (27,1 chez les garçons et les filles), tandis que ceux qui souhaiteraient avoir une silhouette plus grosse ne se distinguent pas des premiers (27,8 et 27,2 chez les garçons et les filles). Notons que les garçons de 9 ans qui souhaitent une diminution importante de leur poids (écart de deux silhouettes ou plus) ont une moyenne à l'échelle d'estime de soi plus faible que les garçons qui désirent une légère modification de leur apparence (une silhouette) ou qui sont satisfaits de leur apparence (25,7 c. 27,7 et 28,4 respectivement) (données non présentées).

Chez les 13 et 16 ans, l'enquête révèle que la proportion de garçons et de filles satisfaits de leur apparence est plus élevée chez ceux qui ont un niveau

élevé d'estime de soi que chez ceux qui ont un niveau faible d'estime de soi (tableau 14.12). Chez les filles, la satisfaction augmente graduellement avec le niveau d'estime de soi.

L'indice de satisfaction à l'égard de l'image corporelle est aussi associé à l'indice de détresse psychologique chez les adolescents et adolescentes de 13 ans et chez les filles de 16 ans. Les proportions de filles satisfaites sont supérieures lorsque l'indice de détresse psychologique est de niveau faible ou moyen que lorsqu'il est élevé (48 % c. 34 % chez les 13 ans et 43 % c. 25 % chez les 16 ans). Il en est de même chez les garçons de 13 ans alors qu'on observe une tendance dans le même sens chez ceux de 16 ans.

On note également un lien entre la perception de l'état de santé et l'indice de satisfaction à l'égard de l'image corporelle. Chez les 9 ans, la proportion de garçons satisfaits de leur image est supérieure lorsque la perception de leur état de santé est excellente (61 %) que lorsqu'elle est plutôt bonne ou pas très bonne (47 %); on observe une tendance en ce sens chez les filles de 9 ans (données non présentées). Chez les 13 ans et les 16 ans des deux sexes, environ la moitié des jeunes qui perçoivent leur état de santé comme excellent sont satisfaits de leur image corporelle (tableau 14.12).

Tableau 14.12

**Proportion d'adolescents satisfaits de leur image corporelle selon différents facteurs et le sexe, Québec, 1999**

	13 ans		16 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	%			
Niveau d'estime de soi <sup>†</sup>				
Faible	28,9 <sup>*1</sup>	25,8 <sup>*3</sup>	28,9 <sup>*4</sup>	23,9 <sup>*6</sup>
Moyen	34,0 <sup>2</sup>	46,6 <sup>3</sup>	38,8 <sup>5</sup>	37,7 <sup>6</sup>
Élevé	57,0 <sup>1,2</sup>	66,5 <sup>3</sup>	50,0 <sup>4,5</sup>	56,3 <sup>6</sup>
Niveau de détresse psychologique <sup>§</sup>				
Faible ou moyen	41,7	48,4	42,7	43,5
Élevé	27,7 <sup>*</sup>	33,5	32,0 <sup>*</sup>	25,4
Perception de l'état de santé <sup>†</sup>				
Excellente	50,2	57,8	48,9	46,8
Plutôt bonne/pas très bonne	28,3	35,0	33,2	34,3

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre le niveau d'estime de soi et l'indice de satisfaction et entre la perception de l'état de santé et l'indice de satisfaction sont significatifs au seuil de 0,05 chez les garçons et les filles de 13 et 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre l'indice de détresse psychologique et l'indice de satisfaction est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons et les filles de 13 ans et chez les filles de 16 ans.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

#### 14.2.2.3 Comportements de modification du poids

Au-delà des attitudes, nombre de jeunes mènent des actions concrètes afin de modifier leur apparence. Quoiqu'un peu plus de la moitié (55 %) des enfants de 9 ans indiquent ne rien faire actuellement concernant leur poids, une proportion non négligeable d'entre eux tente soit de perdre (29 %) ou de gagner (15 %) du poids (tableau 14.13). Notons que le contrôle du poids ne figurait pas parmi les choix de réponse proposés aux enfants de 9 ans. Chez les adolescents, environ un tiers (35 % et 36 % des 13 et 16 ans, respectivement) indique ne rien faire concernant son poids et un tiers déclare tenter de contrôler son poids (33 % et 30 %, respectivement) (tableau 14.14). Environ deux adolescents sur dix tentent de perdre du poids et un sur dix s'exerce à en gagner.

Tableau 14.13

#### Actions concernant le poids selon le sexe<sup>†</sup>, enfants de 9 ans, Québec, 1999

	Perdre du poids	Gagner du poids	Ne rien faire concernant son poids
	%		
Garçons	23,9 <sup>1</sup>	19,9 <sup>2</sup>	56,2
Filles	35,2 <sup>1</sup>	10,2 <sup>2</sup>	54,5
<b>Sexes réunis</b>	<b>29,5</b>	<b>15,1</b>	<b>55,4</b>

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre les actions concernant le poids et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

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

À ce sujet, les filles diffèrent des garçons chez les plus jeunes comme chez les adolescents. Conséquemment à ce qu'on a pu observer pour la satisfaction à l'égard de l'image corporelle, les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à tenter de perdre du poids (35 % c. 24 % pour les 9 ans, 32 % c. 13 % pour les 13 ans et 33 % c. 9 % pour les 16 ans) et les garçons, plus enclins que les filles à poser des actions pour en gagner (20 % c. 10 % pour les 9 ans, 14 % c. 6 % pour les 13 ans et 22 % c. 3,6 % pour les 16 ans). Le contrôle du poids s'avère également plus prévalent chez les filles de 16 ans que chez les garçons de cet âge (36 % c. 23 %).

Tableau 14.14

#### Actions concernant le poids selon le sexe<sup>†</sup>, adolescents de 13 et 16 ans, Québec, 1999

	Perdre du poids	Contrôler son poids	Gagner du poids	Ne rien faire concernant son poids
	%			
<b>13 ans</b>				
Garçons	13,2 <sup>1</sup>	31,2	13,8 <sup>2</sup>	41,8 <sup>3</sup>
Filles	31,5 <sup>1</sup>	34,5	5,7 <sup>*2</sup>	28,2 <sup>3</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>22,2</b>	<b>32,8</b>	<b>9,8</b>	<b>35,1</b>
<b>16 ans</b>				
Garçons	9,2 <sup>4</sup>	23,2 <sup>5</sup>	22,2 <sup>6</sup>	45,4 <sup>7</sup>
Filles	32,9 <sup>4</sup>	36,5 <sup>5</sup>	3,6 <sup>*6</sup>	27,0 <sup>7</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>21,0</b>	<b>29,8</b>	<b>13,0</b>	<b>36,2</b>

<sup>1-7</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre les actions concernant le poids et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 et 16 ans.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

En ce qui concerne les différences attribuables à l'âge au regard des comportements de modification du poids chez les adolescents<sup>2</sup>, une seule différence statistiquement significative est observée chez les garçons. Les proportions de garçons qui cherchent à perdre du poids ou à contrôler leur poids sont plus élevées chez les 13 ans que chez les 16 ans. Les plus jeunes sont aussi moins enclins à tenter de gagner du poids.

*Facteurs associés aux comportements de modification du poids*

Deux facteurs sont associés aux comportements de modification du poids : la catégorie de poids du jeune et sa satisfaction à l'égard de son poids.

<sup>2</sup> Parce que le choix de réponse proposé aux 9 ans est différent de celui proposé aux adolescents, aucune comparaison selon l'âge n'est faite avec les 9 ans.

Il n'est pas surprenant de constater qu'en présence d'un excès de poids (embonpoint ou obésité), les jeunes des trois groupes d'âge sont proportionnellement plus nombreux à rechercher une perte de poids que s'ils ont un poids insuffisant ou un poids normal. Chez les enfants de 9 ans ayant un excès de poids, ces proportions sont de 61 % chez les garçons et de 84 % chez les filles (tableau 14.15). Chez les garçons de 13 et 16 ans, elles sont respectivement de 50 % et de 33 % et chez les filles, de 73 % et de 72 % (tableau 14.16). On note par ailleurs que, même chez ceux qui présentent un poids insuffisant ou un poids normal, la proportion de ceux qui tentent activement de perdre du poids n'est pas négligeable, variant entre 5 % et 27 % selon l'âge et le sexe.

Tableau 14.15  
**Actions concernant le poids selon la catégorie de poids<sup>†</sup> et le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999**

	Perdre du poids	Gagner du poids	Ne rien faire concernant son poids
	%		
<b>Garçons</b>			
Insuffisant/normal	17,3 <sup>1</sup>	22,5 <sup>2</sup>	60,2 <sup>3</sup>
Embonpoint/obésité	60,8 <sup>1</sup>	5,3 <sup>**2</sup>	33,9 <sup>*3</sup>
<b>Filles</b>			
Insuffisant/normal	26,7 <sup>4</sup>	11,3 <sup>5</sup>	62,0 <sup>6</sup>
Embonpoint/obésité	84,2 <sup>4</sup>	2,3 <sup>**5</sup>	13,6 <sup>**6</sup>

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre les actions concernant le poids et la catégorie de poids est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons et chez les filles.

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

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

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



Tableau 14.16

**Actions concernant le poids selon la catégorie de poids<sup>†</sup> et le sexe, adolescents de 13 et 16 ans, Québec, 1999**

	Perdre du poids	Contrôler son poids	Gagner du poids	Ne rien faire concernant son poids
	%			
<b>13 ans</b>				
<b>Garçons</b>				
Insuffisant/normal	6,9 <sup>*1</sup>	28,9	16,6	47,5 <sup>2</sup>
Embonpoint/obésité	49,5 <sup>1</sup>	39,8 <sup>*</sup>	—	10,7 <sup>**2</sup>
<b>Filles</b>				
Insuffisant/normal	24,2 <sup>3</sup>	36,8 <sup>4</sup>	6,6 <sup>*</sup>	32,5 <sup>5</sup>
Embonpoint/obésité	72,9 <sup>3</sup>	19,1 <sup>**4</sup>	1,4 <sup>**</sup>	6,6 <sup>**5</sup>
<b>16 ans<sup>(1)</sup></b>				
<b>Garçons</b>				
Insuffisant/normal	5,0 <sup>*6</sup>	20,3 <sup>7</sup>	25,4 <sup>8</sup>	49,3 <sup>9</sup>
Embonpoint/obésité	32,5 <sup>*6</sup>	40,4 <sup>7</sup>	6,1 <sup>**8</sup>	21,1 <sup>*9</sup>
<b>Filles</b>				
Insuffisant/normal	25,0 <sup>10</sup>	40,4 <sup>11</sup>	4,4 <sup>*</sup>	30,1 <sup>12</sup>
Embonpoint/obésité	71,9 <sup>10</sup>	19,1 <sup>*11</sup>	—	9,1 <sup>**12</sup>

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

1-12 Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

† Le test d'association entre les actions concernant le poids et la catégorie de poids est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons et les filles de 13 ans et 16 ans.

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

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

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

Les données de l'enquête permettent d'estimer le nombre de jeunes québécois qui tentent activement de modifier leur poids selon leur catégorie de poids. Ainsi, on estime que 10 700 garçons et 15 300 filles de 9 ans tentent de perdre du poids; parmi ceux-ci 6 600 garçons et 9 900 filles ont un poids normal ou un poids insuffisant (tableau C.14.5). De même, chez les adolescents on estime que 19 100 garçons et filles de 13 ans et 17 200 de 16 ans tentent activement de perdre du poids, dont bon nombre ont un poids normal ou insuffisant (tableau C.14.6).

L'indice de satisfaction à l'égard de l'image corporelle constitue un deuxième facteur relié aux actions de modification du poids entreprises par les jeunes. La relation entre ces deux variables permet d'examiner la cohérence entre l'attitude et les comportements des jeunes à l'égard de leur poids (tableaux C.14.7 et C.14.8). Ainsi, de façon générale on peut observer que, chez les 9 ans, la majorité des enfants qui désirent une plus petite silhouette posent des actions pour réduire

leur poids et qu'une bonne proportion de ceux qui souhaitent une plus grosse silhouette tentent activement de gagner du poids. De la même manière, les adolescents qui désirent une silhouette plus petite essaient, en grande proportion, de perdre du poids ou de contrôler leur poids; les adolescents souhaitant une silhouette plus grosse tentent de gagner du poids, mais sont aussi très enclins à ne rien faire concernant leur poids.

#### *Tentatives et méthodes de perte ou de contrôle du poids*

Chez les adolescents, on a examiné le nombre de tentatives et les méthodes utilisées pour perdre du poids ou pour contrôler son poids au cours d'une période de six mois. Mentionnons d'abord qu'un peu plus du tiers des adolescents de 13 et 16 ans (37 % et 43 % respectivement) ont déclaré avoir tenté de perdre du poids ou de contrôler leur poids à un moment ou à

un autre au cours d'une période de six mois<sup>3</sup>. Les filles sont beaucoup plus nombreuses que les garçons à avoir adopté ce comportement (51 % c. 24 % à 13 ans et 62 % c. 23 % à 16 ans). Parmi ceux qui ont essayé de perdre du poids ou de contrôler leur poids, environ un jeune sur cinq a fait seulement une tentative au cours de cette période (19 % chez les 13 ans et 21 % chez les 16 ans), plus de 40 % ont essayé à deux ou trois reprises (42 % chez les 13 ans et 47 % chez les 16 ans) et le tiers des jeunes ont fait au moins quatre tentatives (39 % chez les 13 ans et 32 % chez les 16 ans) (données non présentées).

<sup>3</sup> Contrairement à ce qu'on aurait pu s'attendre, la proportion de jeunes ayant déclaré avoir tenté de perdre du poids ou de contrôler leur poids au cours des six mois ayant précédé l'enquête est inférieure à la proportion de ceux ayant dit tenter actuellement de le faire. Une partie des répondants ont déclaré poser actuellement des actions pour modifier leur poids mais ne pas en avoir posé au cours de la période de six mois. Cela suggère que, pour une partie des répondants du moins, les actions posées au cours de la période de six mois ont été considérées de façon distincte des comportements actuels.

Les méthodes utilisées par les adolescents dans le but de perdre du poids ou de contrôler leur poids sont présentées au tableau 14.17. Elles diffèrent peu en fonction de l'âge. Les trois méthodes les plus utilisées « souvent » par les jeunes sont par ordre d'importance : les modifications alimentaires (« diminuer ou couper le sucre, le gras, les bonbons, les desserts, les chips, etc. ») rapportées par 45 % des 13 ans et 47 % des 16 ans; s'entraîner de façon intensive (26 % des 13 ans et 24 % des 16 ans) et sauter des repas (15 % des 13 ans et des 16 ans). On note, de plus, qu'environ un adolescent sur quatre déclare avoir « souvent », « quelquefois ou rarement » suivi une diète et qu'une proportion équivalente dit ne pas avoir mangé pendant toute une journée afin de perdre du poids ou de contrôler son poids. Environ 15 % déclarent avoir commencé ou recommencé à fumer pour les mêmes raisons. Les laxatifs et les coupe-faim ont été des méthodes peu utilisées par les adolescents durant cette période.

Tableau 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<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

	Souvent	Quelquefois/ Rarement	Jamais
	%		
<b>13 ans</b>			
Modifier son alimentation	44,9	42,3	12,8
S'entraîner de façon intensive	25,7	52,6	21,7
Sauter des repas	15,1	31,5	53,4
Ne pas manger pendant toute une journée	4,3**	18,1	77,6
Commencer ou recommencer à fumer	4,3**	10,7*	85,0
Suivre une diète	3,1**	22,0	74,9
Prendre des laxatifs	0,9**	2,1**	96,9
Prendre des coupe-faim	0,8**	2,7**	96,5
<b>16 ans</b>			
Modifier son alimentation	46,6	44,6	8,8*
S'entraîner de façon intensive	24,2	58,0	17,8
Sauter des repas	15,4	36,7	47,9
Ne pas manger pendant toute une journée	5,9*	18,2	76,0
Commencer ou recommencer à fumer	7,1*	9,1*	83,8
Suivre une diète	4,3*	20,4	75,3
Prendre des laxatifs	1,0**	2,8**	96,2
Prendre des coupe-faim	0,9**	1,5**	97,6

<sup>(1)</sup> Adolescents ayant tenté de perdre du poids ou de contrôler leur poids sur une période de six mois.

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

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

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

Les méthodes préférées pour perdre du poids ou contrôler le poids varient significativement selon le sexe. Les modifications alimentaires sont utilisées « souvent » par la moitié des filles de 13 et 16 ans (50 % et 52 %) comparativement au tiers des garçons (33 % et 32 %). En revanche, à 16 ans, les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à recourir souvent à l'entraînement intensif comme méthode de perte ou de contrôle du poids (45 % c. 17 %). Dans les deux groupes d'âge, sauter des repas souvent de même que ne pas manger pendant toute une journée (souvent, quelquefois ou rarement) sont des pratiques plus populaires chez les filles que chez les garçons (données non présentées).

#### *Tentatives et méthodes de gain de poids*

Environ 10 % et 15 % des jeunes de 13 et 16 ans respectivement ont essayé au moins une fois de gagner du poids au cours d'une période de six mois. C'est le cas d'une plus grande proportion de garçons que de

filles chez les 13 ans (14 % c. 6 %<sup>4</sup>) et les 16 ans (24 % c. 6 %<sup>4</sup>). Parmi ceux qui ont tenté de gagner du poids au cours d'une période de six mois, environ le tiers ont fait une seule tentative (35 % des 13 ans et 28 % des 16 ans), un autre tiers a essayé à deux ou trois reprises (38 % des 13 ans et 33 % des 16 ans) et les autres ont essayé au moins quatre fois (27 %<sup>4</sup> et 39 %) (données non présentées).

Les méthodes utilisées « souvent » par les adolescents pour gagner du poids qui semblent les plus populaires sont manger davantage et l'entraînement intensif (tableau 14.18). La prise de suppléments alimentaires (créatine, acides aminés, etc.) est utilisée « souvent » pour prendre du poids par environ un adolescent sur dix; notons toutefois que cette estimation est très imprécise. Selon les réponses données par les adolescents, le recours aux produits ergogéniques (stéroïdes, GH, DHEA, etc.) est marginal.

<sup>4</sup> Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprétée avec prudence.

Tableau 14.18

#### **Méthodes pour gagner du poids utilisées sur une période de 6 mois, adolescents de 13 ans et 16 ans<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

	Souvent	Quelquefois/ Rarement %	Jamais
<b>13 ans</b>			
S'efforcer de manger plus	32,7 *	39,7	27,6 *
S'entraîner de façon intensive	19,2 *	44,9	35,9 *
Prendre des suppléments alimentaires	14,0 **	31,0 *	55,0
Prendre des produits ergogéniques	1,3 **	7,5 **	91,2
<b>16 ans</b>			
S'efforcer de manger plus	21,5 *	52,1	26,3
S'entraîner de façon intensive	35,3	40,4	24,3
Prendre des suppléments alimentaires	9,7 **	26,5	63,8
Prendre des produits ergogéniques	0,6 **	2,0 **	97,4

<sup>(1)</sup> Adolescents ayant tenté de gagner du poids sur une période de six mois.

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

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

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

## Conclusion

Cette enquête constitue une première au Québec, comblant ainsi un manque de données fiables sur la catégorie de poids des jeunes et de données représentatives sur leur image corporelle. Ce chapitre a aussi examiné le lien entre le poids, la satisfaction des jeunes à l'égard de leur image corporelle, les actions menées au regard de leur poids et certains des facteurs qui leur sont associés.

L'enquête révèle qu'il y a actuellement au Québec un double problème à l'égard du poids chez les jeunes : une prévalence de l'obésité de 3 % à 4 %, selon l'âge, et de 11 % à 13 % pour l'embonpoint<sup>5</sup> ainsi qu'un taux d'insatisfaction à l'égard de l'image corporelle de 45 % chez les jeunes de 9 ans et d'environ 60 % chez ceux de 13 ans et 16 ans. Pourtant, 80 % des jeunes présentent un poids normal. Quant aux comportements de modification du poids, qu'il s'agisse de perdre ou de gagner du poids, ils sont présents chez 45 % des enfants de 9 ans. Ils sont également présents chez le tiers des adolescents québécois de 13 et 16 ans, tandis qu'un autre tiers des adolescents cherche à contrôler son poids.

Il y a peu d'enquêtes semblables, au Québec ou au Canada, qui permettent d'apprécier l'évolution de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les jeunes. À cette fin, les données de la présente enquête sur l'indice de masse corporelle ont été comparées à celles de *l'Enquête Condition Physique Canada* de 1981 (figure 14.3). Cette comparaison montre que le pourcentage de jeunes québécois de 9, 13 et 16 ans ayant un poids normal ou insuffisant aurait diminué entre 1981 et 1999 au profit d'une hausse de la prévalence de l'obésité; la différence serait d'environ 7 % à 12 % selon l'âge et le sexe. La proportion de jeunes présentant de l'embonpoint affiche une hausse qui semble moins prononcée, du moins dans certains

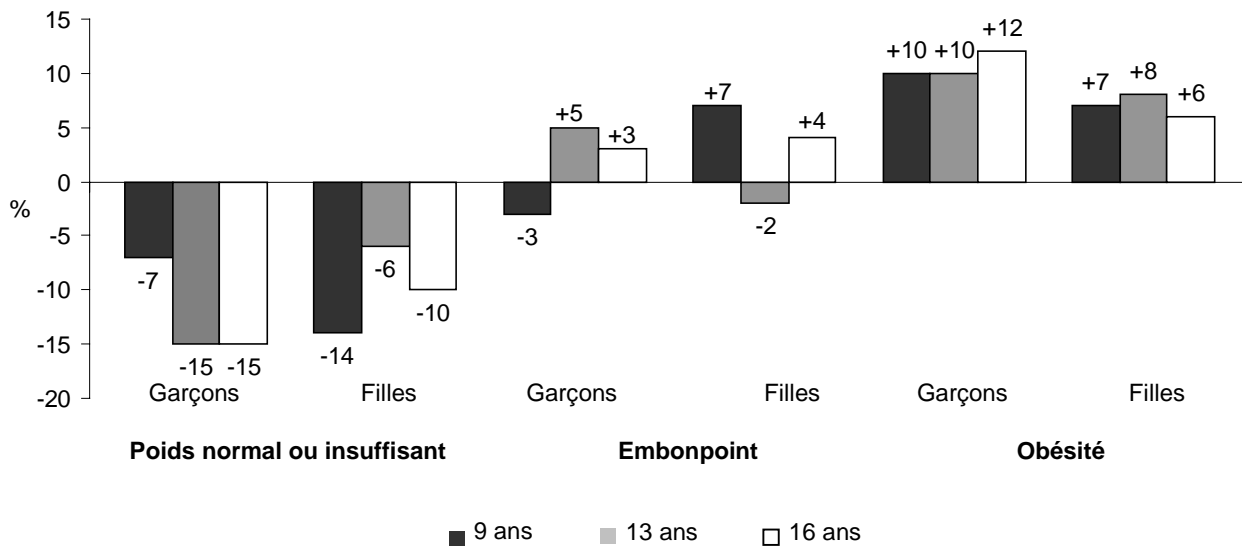
groupes. Il faut cependant nuancer l'importance de cette hausse puisque cette comparaison est basée sur la mesure de l'IMC. Or, les résultats présentés ici ont démontré que l'utilisation de l'IMC seul entraîne une surestimation de l'obésité et une sous-estimation de l'embonpoint comparativement à une mesure qui tient compte des plis cutanés. Cette comparaison est également limitée par la taille relativement restreinte de l'échantillon de *l'Enquête Condition Physique Canada* (1983) pour ces groupes d'âge qui affecte la précision des données utilisées. Soulignons également que cette comparaison n'a pas fait l'objet de tests statistiques. Malgré ces limites, ces résultats suggèrent une hausse de l'excès de poids, et en particulier de l'obésité, chez les jeunes de 9, 13 et 16 ans entre 1981 et 1999.

Par ailleurs, *l'Enquête sociale et de santé 1998* et celles de 1987 et de 1992-1993 donnent un aperçu de l'évolution du poids corporel (IMC) chez les adolescents québécois de 15 à 19 ans (Ledoux et Rivard, 2000). Ces enquêtes montrent une hausse significative de la prévalence de l'excès de poids entre 1987 et 1992, tant chez les garçons que chez les filles de ce groupe d'âge. Cependant, entre 1992 et 1998, la prévalence de l'excès de poids s'est maintenue sans plus d'augmentation chez les garçons alors qu'elle a diminué chez les filles. La hausse observée entre *l'Enquête Condition Physique Canada* de 1981 et la présente enquête pourrait donc représenter des variations ayant eu lieu à la fin des années 80 ou au début des années 90, du moins chez les jeunes de 16 ans.

<sup>5</sup> Les prévalences des diverses catégories de poids sont définies dans cette enquête à partir des percentiles de la population étudiée et reflètent les critères retenus pour définir ces catégories.

Figure 14.3

Variation entre 1981 et 1999 de la proportion d'enfants et d'adolescents dans chacune des catégories de poids (IMC)<sup>1</sup>, selon le sexe, Québec



<sup>1</sup> Les seuils des catégories de poids sont basés sur les 85<sup>e</sup> et 95<sup>e</sup> percentiles de l'indice de masse corporelle observés lors de l'Enquête Condition Physique Canada de 1981 chez les jeunes du Québec.

Sources : Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Institut de la statistique du Québec; Enquête Condition Physique Canada, 1981.

Il est important de rappeler que les prévalences des diverses catégories de poids sont définies dans cette enquête à partir des percentiles de la population étudiée et reflètent les critères retenus pour définir ces catégories. Les points limites entre les catégories de poids normal, d'embonpoint et d'obésité varient d'un pays à l'autre, le point limite pour l'obésité pouvant se situer au 75<sup>e</sup>, au 85<sup>e</sup>, au 90<sup>e</sup> ou au 95<sup>e</sup> percentile de l'IMC pour un groupe d'âge et de sexe donné. Le 85<sup>e</sup> percentile de l'IMC a été le critère retenu pour l'excès de poids dans la présente enquête puisqu'il a été aussi utilisé par l'OMS, le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie. Par ailleurs, l'utilisation de mesures de plis cutanés a permis de mieux définir la catégorie excès de poids et de distinguer l'obésité d'un embonpoint pouvant être relié à une masse musculaire ou à une masse osseuse plus importante. Comme c'est l'excès de masse adipeuse qui peut entraîner des problèmes de santé, et non l'excès de poids causé par une forte masse musculaire ou osseuse, des mesures

complémentaires à celle de l'IMC s'avèrent essentielles.

L'association observée entre la catégorie de poids du parent répondant – ici principalement le parent de sexe féminin – et celle des enfants fait ressortir l'importance de l'ascendance génétique ou des habitudes familiales. En effet, tant chez les garçons que chez les filles, les jeunes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité ont plus souvent un parent classé lui aussi dans cette catégorie de poids.

Par contre, les habitudes de vie des jeunes, que ce soit les indicateurs d'écoute de la télévision, de pratique d'activités physiques ou de tabagisme, ne se sont pas révélées associées à la catégorie de poids des jeunes visés par l'enquête. L'effet du tabagisme sur le poids corporel peut prendre quelque temps avant d'être perceptible. L'absence de relations significatives avec

les habitudes de vie pourrait être attribuable à la courte durée de l'exposition à ces facteurs.

Enfin, il est intéressant de noter que les adolescents de 13 et 16 ans classés dans la catégorie embonpoint ou obésité ont une perception plus négative de leur état de santé et les filles de ces âges, une plus faible estime de soi. De plus, on a observé que le niveau de détresse psychologique des filles de 16 ans est associé à leur poids. Ces éléments devront être considérés dans les interventions futures auprès des jeunes.

En ce qui a trait à l'image corporelle, on a constaté d'entrée de jeu que la perception des jeunes de leur image comparée à la mesure de l'IMC enrichi des mesures de plis cutanés est relativement réaliste, chez ceux ayant un poids normal. Ce n'est pas le cas des jeunes ayant un excès de poids. Cela peut s'expliquer soit par une distorsion de l'image corporelle ou encore par un biais de désirabilité sociale. On peut aussi expliquer le faible taux de concordance entre la corpulence mesurée et la perception des filles de 13 ans de leur image corporelle par la proximité de leur puberté. Un autre élément pour comprendre le décalage entre la corpulence des jeunes et leur perception est que les jeunes se soient attardés davantage aux formes des silhouettes qui leur ont été présentées dans le questionnaire qu'à leur poids relatif à leur taille.

Il est judicieux de s'interroger sur une possibilité de surestimation de l'insatisfaction face à son image corporelle dans cette enquête. En soumettant une deuxième série de silhouettes immédiatement après la première et en demandant aux jeunes d'identifier celle à laquelle ils aimeraient ressembler, induit-on qu'ils souhaiteraient être différents de ce qu'ils sont? Quels auraient été les résultats si on avait demandé directement « Souhaiterais-tu changer de silhouette »? Dans l'enquête de l'OMS, qui aborde directement cette question, les proportions de jeunes Canadiens qui « aimeraient que leur corps soit différent de ce qu'il est ont comparables à celles de la présente enquête chez

les filles de 13 ans et 16 ans. Toutefois, les proportions obtenues ici chez les garçons dépassent de façon importante celles de l'enquête de l'OMS<sup>6</sup> (King, Boyce et King, 1999).

Quoique l'enquête ne permette pas de tenir compte des influences environnementales, qui ne sont certainement pas négligeables dans cette problématique, elle a permis de confirmer la présence d'une forte influence de l'entourage, et en particulier des parents, sur la satisfaction des jeunes à l'égard de leur image corporelle. Ainsi, le désir d'une apparence plus petite, chez les adolescents, est associé à l'influence directe des parents, de la fratrie et des amis. Il est aussi lié à la préoccupation des parents à l'égard de leur enfant. Malgré la présence fréquente du recours aux régimes amaigrissants par les personnes de l'entourage, cette influence indirecte semble peu affecter la satisfaction des jeunes à l'égard de leur poids. Par ailleurs, cette satisfaction est liée à l'estime de soi chez les enfants et les adolescents, à la détresse psychologique en particulier chez les adolescentes et à la perception des jeunes de leur état de santé.

Le désir des jeunes de perdre du poids, lorsqu'ils ont un excès de poids, semble plus présent chez les jeunes québécois que chez les jeunes français. Alors que la grande majorité des filles (entre 72 % et 84 % selon l'âge) et une bonne proportion des garçons (entre 33 % et 61 %) de 9, 13 et 16 ans présentant de l'embonpoint ou de l'obésité au Québec tentent activement de perdre du poids, en France, 26 % des jeunes obèses de 12 à 19 ans ont suivi un régime amaigrissant (Arènes, Janvrin et Beaudier, 1998).

Le point de comparaison le plus approprié pour les présentes données sur l'image corporelle chez les adolescents demeure l'enquête réalisée en Montérégie auprès d'un échantillon représentatif de jeunes des 1<sup>re</sup>, 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> secondaire (Bellerose, Beaudry et Bélanger, 2000). En général, les résultats des deux enquêtes vont

<sup>6</sup> L'enquête de l'OMS ne comporte pas de données sur les enfants de 9 ans.

dans le même sens, malgré de légères différences. Par exemple, si les résultats des deux enquêtes touchant l'indice de satisfaction sont comparables pour les garçons de 13 ans et de 16 ans, on note une légère différence chez les filles. En effet, les filles de 13 ans et 16 ans de l'ensemble du Québec, selon la présente enquête, sont moins enclines à souhaiter une silhouette plus petite que ce qui a été observé en Montérégie, et, en contrepartie, elles affichent un taux de satisfaction plus élevé face à leur image corporelle. Le comportement de contrôle du poids semble aussi légèrement plus prévalent, selon la présente enquête, que chez les adolescents de la Montérégie. Les différences entre les deux enquêtes s'expliquent sans doute surtout par le fait que la présente enquête est représentative des jeunes de l'ensemble du Québec contrairement à celle de la Montérégie. Notons finalement que les données de l'enquête montérégienne indiquent aussi une association entre l'image corporelle et les facteurs psychosociaux telles l'estime de soi et la détresse psychologique.

#### *Éléments de réflexion pour la planification*

Si l'insatisfaction face à son image corporelle et les comportements de perte de poids ne se retrouvaient que chez les jeunes présentant un excès de poids, le problème serait mieux circonscrit. Il faudrait s'assurer que les cliniciens dépistent le surplus de graisse corporelle chez les jeunes et interviennent adéquatement auprès d'eux. Cependant, on retrouve ces préoccupations chez une proportion importante de jeunes ayant un poids insuffisant ou un poids normal. De plus, les garçons sont aux prises avec le désir simultané de rester mince et de se muscler. En fait, la préoccupation à l'égard du poids est tellement prévalente de nos jours qu'elle a été qualifiée de « normative » (*a normative discontent*) (Rodin, Silberstein et Striegel-Moore, 1984).

Le corps est devenu de plus en plus un objet d'apparat, normalisé par la culture, pour lequel les individus se sentent obligés d'investir dans un ensemble de

comportements liés à son apparence (Lupton, 1996; Bordo, 1993). Certains de ces comportements, tels les régimes, la consommation de produits et le recours à la chirurgie esthétique, donnent des résultats à court terme et se font au détriment d'un changement durable des habitudes de vie et de l'acceptation de la réalité biologique (Brownell, 1991). Parallèlement, le discours médical a fortement insisté sur le poids comme facteur de santé et de longévité. De plus, des facteurs environnementaux telles la culture, l'économie, la planification de la vie urbaine, la publicité orientent profondément les choix individuels en matière d'alimentation et d'activités physiques, influençant par le fait même le poids des populations (Nestle et Jacobson, 2000).

Le problème est donc complexe et la présente enquête a permis d'en examiner plusieurs aspects. Ses résultats devraient suffire à presser les décideurs d'investir tant dans l'intervention que dans la recherche. Car, pour paraphraser le Dr Davis Rippey, s'il y a une telle proportion d'enfants qui ont déjà suivi une diète pour maigrir, il y a quelque chose qui ne va pas, ou bien dans notre manière de nourrir nos enfants, ou bien dans la manière de façonner leurs attitudes au regard de la santé et de leur corps. Nous devons considérer ces faits lorsque nous planifions nos interventions de santé publique (*traduction libre*) (Mhatre et autres, 2000).

Des besoins d'intervention émanent de la présente enquête autour de trois objectifs : infléchir ou stabiliser la prévalence de l'excès de poids chez les jeunes; favoriser un rapport sain avec son image corporelle et son alimentation; assister les parents dans leur rôle contributif dans l'atteinte des deux premiers objectifs. Compte tenu de la prévalence démontrée ici, et afin d'atteindre ces objectifs en la quasi-absence d'interventions évaluées et réputées efficaces, il est urgent de développer et d'évaluer des projets-pilotes visant à prévenir l'excès de poids et l'insatisfaction face à son image corporelle. Il ne faut pas négliger les garçons dans cette problématique.

Des pistes de recherche émergent aussi qui permettront notamment de soutenir les efforts de développement de ces projets-pilotes. D'abord, il faut exploiter plus en profondeur les résultats de cette enquête notamment par des analyses multivariées. De plus, il est important de poursuivre les études de validation afin d'améliorer l'instrumentation tant pour la mesure du poids et de la composition corporelle (à des fins cliniques ou de recherche populationnelle) que pour la mesure de l'image corporelle. Des critères sensibles et reconnus à l'échelle internationale devraient être adoptés pour mieux définir l'obésité et le poids insuffisant chez les jeunes et mieux évaluer le lien entre le poids corporel, sa répartition et la santé (Cole et autres, 2000). Cela pourrait permettre la comparaison entre les jeunes de divers pays et surtout faire ressortir les principaux déterminants du poids corporel et l'impact du poids sur la santé à l'âge adulte, des éléments de préoccupation majeurs sur lesquels il faut se pencher. Des études sont aussi nécessaires afin de déterminer la composante héréditaire du dépôt des graisses viscérales et sous-cutanées, cet élément pouvant permettre de mieux cibler les interventions en promotion de la santé. Il faut également favoriser le développement des connaissances sur l'image corporelle afin d'avoir un modèle explicatif plus complet, permettant notamment de mieux départager ce qui est attribuable à la biologie, aux transformations liées à la période pubertaire, de ce qui est relatif aux traits de personnalité individuels ainsi qu'à l'influence parentale. Finalement, il convient de souligner le grand intérêt de cette enquête qui, en raison de la qualité des données recueillies - notamment sur l'indice de masse corporelle enrichi des mesures de plis cutanés -, permettra aux études futures de s'y comparer et de suivre l'évolution du poids et de l'image corporelle chez les jeunes québécois.



# Bibliographie

---

ARÈNES, J., M.-P. JANVRIN et F. BEAUDIER (1998). *Baromètre santé jeunes 97/98*, Vannes-Cedex, Éditions CFES, 328 p.

BARLOW, S. E., et W. H. DIETZ (1998). « Obesity evaluation and treatment: expert committee recommendations », *Pediatrics*, vol. 102, n° 3, p. e29. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/3/e29>

BELLEROSE, C., J. BEAUDRY et S. BÉLANGER (2000). *Expériences de vie des élèves du niveau secondaire de la Montérégie*, matériel pour fiches thématiques, document préliminaire, RRSSM, DSPPÉ, Longueuil, 89 p. (non diffusé).

BOLDUC, D., H. STEIGER et F. LEUNG (1993). « Prévalence des attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation chez les adolescentes de la région de Montréal », *Santé mentale au Québec*, vol. 23, n° 2, p. 183-196.

BORDO, S. (1993). *Unbearable Weight, Feminism, Western culture, and the body*, Berkeley, University of California Press, 361 p.

BRASSARD, J., et L. MONGEAU (1999). *Bien dans sa tête, bien dans sa peau*, Projet de promotion d'une image corporelle saine en milieu scolaire, Rapport synthèse des années 1 et 2, Montréal, Collectif action alternative en obésité, 134 p. et annexes.

BROWNELL, K. D. (1991). « Personal responsibility and control over our bodies: when expectation exceeds reality », *Health Psychology*, vol. 10, n° 5, p. 303-310.

CANADIAN HEART HEALTH SURVEYS RESEARCH GROUP (1997). « Obesity: a risk factor for cardiovascular disease », The Canadian Heart Health Surveys, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157 (suppl. 1), 53 p.

COLE, T. J., M. C. BELLIZZI, K. M. FLEGAL et W. H. DIETZ (2000). « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey », *British Medical Journal*, vol. 520, n° 7244, p.1240-1243.

COLLINS, M. E. (1991). « Body figure perceptions and preferences among preadolescent children », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 10, n° 2, p. 208-217.

CURRIE, C., K. HURRELMANN, W. SETTEROBULTE, R. SMITH et J. TODD (2000). « Health and health behaviour among young people », Health Behaviour in School-aged children: a WHO Cross-national Study (HSBC) International Report, 132 p. [En ligne] <http://www.ruhbc.ed.ac.uk/hbhc/download/hbhc.pdf>

EIDE, R. (1982). « The relationship between body image, self-image and physical activity », *Scandinavian Journal of Social Medicine* (suppl. 29), p. 109-112.

ENQUÊTE CONDITION PHYSIQUE CANADA (1983). *Condition physique et mode de vie au Canada*, Ottawa, Condition physique et sport amateur Canada, 75 p.

FELTS, W. M., A. V. PARILLO, T. CHENIER et P. DUNN (1996). « Adolescents' perceptions of relative weight and self-reported weight-loss activities », Analysis of 1990 YRBS National Data, *Journal of Adolescent Health*, vol. 18, p. 20-26.

FREEDMAN, D. S., M. K. SERDULA, S. R. SRINIVASAN et G. S. BERENSON (1999). « Relation of circumferences and skinfold thicknesses to lipid and insulin concentrations in children and adolescents: the Bogalusa Heart Study », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 69, n° 2, p. 308-317.

- FRENCH, S. A., et R. W. JEFFERY (1994). « Consequences of dieting to lose weight: effects on physical and mental health », *Health Psychology*, vol. 13, n° 3, p. 195-212.
- GORAN, M. I., M. KASKOUN et W. P. SHUMAN (1995). « Intra-abdominal adipose tissue in young children », *International Journal of Obesity*, vol. 19, p. 279-283.
- GORTMAKER, S. L., A. MUST, A. M. SOBOL, K. PETERSON, G. A. COLDITZ et W. H. DIETZ (1996). « Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990 », *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, vol. 150, n° 4, p. 356-362.
- HIMES, J. H., et W. H. DIETZ (1994). « Guidelines for overweight in adolescent preventing services: recommendations from an expert committee », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 59, p. 307-316.
- KING, A. J. C., W. F. BOYCE et M. A. KING (1999). *La santé des jeunes : tendances au Canada*, Une étude multinationale de l'Organisation Mondiale de la Santé, Ottawa, Santé Canada, catalogue no H39-498/1999E, 110 p.
- LEAN, M. E. J., T. S. HAN et J. C. SEIDELL (1999). « Impairment of health and quality of life using US federal guidelines for the identification of obesity », *Archives of Internal Medicine*, vol. 159, p. 837-843.
- LEDOUX, M., et M. RIVARD (2000). « Poids corporel » dans 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, chapitre 8, p. 185-199.
- LEDOUX, M., J. LAMBERT, B. A. REEDER et J. P. DESPRÉS (1997). « Correlation between cardiovascular disease risk factors and simple anthropometric measures », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157 (suppl. 1), p. S46-S53.
- LEICHNER, P., H. STEIGER, G. PUENTES-NEUMAN, M. PERREAULT et N. GOTTHEIL (1994). « Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 39, p. 49-54.
- LUPTON, D. (1996). *Food, the body and the self*, Thousand Oaks, California, Sage Publications, 175 p.
- MAFFEIS, C., G. TALAMINI et L. TATÒ (1998). « Influence of diet, physical activity and parents' obesity on children's adiposity: a four-year longitudinal study », *International Journal of Obesity*, vol. 22, p. 758-764.
- MHATRE, S., M. McCULLY COLLIN, C. SMITH, S. CAMPBELL et N. ANDERSSON (2000). *Children Speaking up: healthy eating, physical activity and dental care*, Public Health Services, Northern Regional Health Board, Nova Scotia in collaboration with CIET Canada, Unpublished Report.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.
- NESTLE, M., et M. F. JACOBSON (2000). « Halting the obesity epidemic; a public health policy approach », *Public Health Reports*, vol. 115, p. 12-24.
- NEUMARK-SZTAINER, D., M. TORY, L. B. DIXON, M. D. RESNICK et R. W. BLUM (1997). « Correlates of inadequate consumption of dairy products among adolescents », *Journal of Nutrition Education*, vol. 29, p. 12-20.

- NEWMAN, W. P. 3<sup>rd</sup>, D. S. FREEDMAN, A. W. VOORS, P. D. GARD, S. R. SRINIVASAN, J. L. CRESANTA, G. D. WILLIAMSON, L. S. WEBBER et G. S. BERENSON (1986). « Relation of serum lipoprotein levels and systolic blood pressure to early atherosclerosis », *The Bogalusa Heart Study*, *New England Journal of Medicine*, vol. 314, n° 3, p. 138-144.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*, Report of a WHO Consultation on Obesity, Genève, 275 p.
- PALLA, B., et I. LITT (1988). « Medical complications of eating disorders in adolescents », *Pediatrics*, vol. 81, p. 613-623.
- PASTORE, D. R., M. FISHER et S. B. FRIEDMAN (1996). « Abnormalities in weight status, eating attitudes, and eating behaviors among urban high school students: correlations with self-esteem and anxiety », *Journal of Adolescent Health*, vol. 18, p. 312-319.
- POWER, C., J. K. LAKE et T. J. COLE (1997). « Measurement and long-term health risks of child and adolescent fatness », *International Journal of Obesity*, vol. 21, p. 507-526.
- PUGLIESE, M. T., F. LIPSHITZ, G. GRAD, P. FORT et M. MARKS-KATZ (1983). « Fear of obesity: A cause of short stature and delayed puberty », *New England Journal of Medicine*, vol. 309, p. 513-518.
- RATTÉ, C., G. POMERLEAU et C. LAPOINTE (1989). « Dépistage des troubles des conduites alimentaires chez une population d'étudiantes au niveau collégial : corrélation avec deux caractéristiques psychosociales », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 34, p. 892-897.
- RODIN, J., L. SILBERSTEIN et J. STRIEGEL-MOORE (1984). *Women and weight: a normative discontent*, Nebraska Symposium on Motivation, Lincoln, Nebraska, University of Nebraska Press, vol. 32.
- ROLLAND-CACHERA, M. F., F. BELLISLE, M. DEHEEGER, F. PEQUIGNOT et M. SEMPE (1990). « Influence of body fat distribution during childhood on body fat distribution in adulthood: a two-decade follow-up study », *International Journal of Obesity*, vol. 14, n° 6, p. 473-481.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988). *Niveaux de poids associés à la santé : lignes directrices canadiennes*, Rapport du groupe d'experts des normes pondérales, Ottawa, 135 p.
- STRIEGEL-MOORE, R. H., et A. KEARNEY-COOKE (1994). « Exploring parents' attitudes and behaviors about their children's physical appearance », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 15, n° 4, p. 377-385.
- TAGGART, M. (1977). « Body image: looking beyond the mirror, part 1: Normal development », *Journal of Practical Nursing*, vol. 27, n° 7, p. 32-33.
- THELEN, M. H., et J. F. CORMIER (1995). « Desire to be thinner and weight control among children and their parents », *Behavior Therapy*, vol. 26, p. 85-89.
- VAN LENTHE, F. J., H. C. KEMPER, W. VAN MECHELEN et J. W. TWISK (1996). « Development and tracking of central patterns of subcutaneous fat in adolescence and adulthood: the Amsterdam Growth and Health study », *International Journal of Epidemiology*, vol. 25, n° 6, p. 1162-1171.
- WHINCUP, P. H., D. G. COOK, F. ADSHEAD, S. TAYLOR, O. PAPACOSTA, M. WALKER et V. WILSON (1996). « Cardiovascular risk factors in British children from towns with widely differing adult cardiovascular mortality », *British Medical Journal*, vol. 313, n° 7049, p. 79-84.



## Tableaux complémentaires

Tableau 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**

	9 ans		13 ans		16 ans <sup>(1)</sup>	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	Pe '000					
Insuffisant	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
Normal	36,0	34,9	35,2	33,7	34,9	34,4
Embonpoint	4,5	4,3	4,5	4,2	4,4	4,2
Obésité	2,3	2,2	2,2	2,1	2,2	2,2

<sup>(1)</sup> 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.

Tableau C.14.2

**Valeurs des 5<sup>e</sup>, 85<sup>e</sup> et 95<sup>e</sup> percentiles de l'IMC et du 75<sup>e</sup> percentile du ratio des plis sous-scapulaire et triceps selon le sexe, Québec, 1999**

	IMC			Ratio sous-scapulaire/triceps
	5 <sup>e</sup> percentile	85 <sup>e</sup> percentile	95 <sup>e</sup> percentile	75 <sup>e</sup> percentile
<b>Garçons</b>				
9 ans	13,9	20,5	23,8	0,70
13 ans	15,7	23,9	28,7	0,88
16 ans	17,8	25,9	30,4	1,18
<b>Filles</b>				
9 ans	13,5	20,6	23,7	0,71
13 ans	15,6	23,9	29,7	0,84
16 ans	17,4	25,8	29,5	0,86

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

Tableau C.14.3

**Concordance entre la perception de l'image corporelle et la catégorie de poids mesurée, selon le sexe, Québec, 1999**

	Insuffisant/ Silhouettes n <sup>os</sup> 1 et 2	Normal/ Silhouettes n <sup>os</sup> 3,4,5 %	Excès de poids/ Silhouettes n <sup>os</sup> 6 et 7	<b>Total</b>
	<b>9 ans</b>			
Garçons	28,4 **	93,9	9,7 **	<b>78,1</b>
Filles	24,8 **	89,2	0,1 **	<b>73,8</b>
<b>13 ans</b>				
Garçons	52,5 *	82,6	0,1 **	<b>70,0</b>
Filles	63,1 *	76,9	0,1 **	<b>65,7</b>
<b>16 ans<sup>(1)</sup></b>				
Garçons	51,7 *	85,0	0,1 **	<b>71,6</b>
Filles	69,0	87,6	0,1 **	<b>74,3</b>

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

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

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

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

Tableau 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**

	N° de silhouette					
	1	2	3	4	5	6 et 7
	%					
<b>Garçons</b>						
9 ans	41,9**	15,5**	59,5	67,7	30,0*	12,2**
13 ans	34,4**	21,3*	45,0	63,0	4,5**	10,9**
16 ans	–	11,4**	39,6	73,2	9,3**	9,6**
<b>Filles</b>						
9 ans	34,4**	49,6*	67,3	58,7	16,0**	–
13 ans	14,5**	56,4	65,1	15,8*	–	18,9**
16 ans	–	48,3	69,0	11,9*	1,2**	–

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

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

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

Tableau 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**

	Perdre du poids	Gagner du poids	Ne rien faire concernant son poids
	Pe '000		
<b>Garçons</b>			
Insuffisant/normal	6,6	8,6	23,0
Embonpoint/obésité	4,1	0,4	2,3
<b>Total</b>	<b>10,7</b>	<b>9,0</b>	<b>25,3</b>
<b>Filles</b>			
Insuffisant/normal	9,9	4,2	23,0
Embonpoint/obésité	5,4	0,1	0,9
<b>Total</b>	<b>15,3</b>	<b>4,3</b>	<b>23,9</b>

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

Tableau 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**

	Perdre du poids	Contrôler son poids	Gagner du poids	Ne rien faire concernant son poids
	Pe '000			
<b>13 ans</b>				
Garçons				
Insuffisant/normal	2,6	10,8	6,2	17,8
Embonpoint/obésité	3,3	2,6	–	0,7
Filles				
Insuffisant/normal	8,7	13,2	2,4	11,6
Embonpoint/obésité	4,5	1,2	0,1	0,4
<b>Sexes réunis</b>	<b>19,1</b>	<b>27,8</b>	<b>8,7</b>	<b>30,5</b>
<b>16 ans<sup>(1)</sup></b>				
Garçons				
Insuffisant/normal	1,7	7,1	8,8	17,1
Embonpoint/obésité	2,1	2,6	0,4	1,3
Filles				
Insuffisant/normal	8,7	14,0	1,5	10,4
Embonpoint/obésité	4,7	1,2	–	0,6
<b>Sexes réunis</b>	<b>17,2</b>	<b>24,9</b>	<b>10,7</b>	<b>29,4</b>

<sup>(1)</sup> 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.

Tableau C.14.7

**Actions concernant le poids selon l'indice de satisfaction à l'égard de l'image corporelle<sup>†</sup> et le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999**

	Perdre du poids	Gagner du poids	Ne rien faire concernant son poids
	%		
<b>Garçons</b>			
Satisfait	17,0	16,6	66,4
Désir d'une plus petite silhouette	50,7	9,0**	40,4
Désir d'une plus grosse silhouette	5,5**	47,8	46,7
<b>Filles</b>			
Satisfaite	20,4	8,7*	71,0
Désir d'une plus petite silhouette	64,5	3,4**	32,1
Désir d'une plus grosse silhouette	16,9**	38,4*	44,7*

<sup>†</sup> Le test d'association entre les actions concernant le poids et l'indice de satisfaction est significatif chez les garçons et les filles.

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

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

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

Tableau C.14.8

**Actions concernant le poids selon l'indice de satisfaction à l'égard de l'image corporelle<sup>†</sup> et le sexe, adolescents de 13 et 16 ans, Québec, 1999**

	Perdre du poids	Contrôler son poids	Gagner du poids	Ne rien faire concernant son poids
	%			
<b>13 ans</b>				
Garçons				
Satisfait	6,1 **	34,8	10,0 *	49,2
Désir d'une plus petite silhouette	37,3	41,3	0,5 **	20,8 **
Désir d'une plus grosse silhouette	1,8 **	18,2 *	29,9	50,1
Filles				
Satisfaite	12,2 *	43,6	4,1 **	40,1
Désir d'une plus petite silhouette	59,5	27,2	0,4 **	12,9 *
Désir d'une plus grosse silhouette	–	26,1 *	32,3 **	41,6 *
<b>16 ans</b>				
Garçons				
Satisfait	2,5 **	32,1	11,1 *	54,3
Désir d'une plus petite silhouette	36,3	33,6	0,8 **	29,3
Désir d'une plus grosse silhouette	0,4 **	6,4 **	48,0	45,1
Filles				
Satisfaite	7,1 **	49,6	2,8 **	40,4
Désir d'une plus petite silhouette	55,2	30,1	–	14,8
Désir d'une plus grosse silhouette	9,6 **	18,2 **	30,1 *	42,1 *

<sup>†</sup> Le test d'association entre les actions concernant le poids et l'indice de satisfaction est significatif chez les garçons et les filles de 13 et 16 ans.

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

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

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



# Chapitre 15

## Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires

**Gilles Paradis**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre  
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

**Marie Lambert**

Service de génétique médicale  
Hôpital Sainte-Justine  
Université de Montréal

**Jennifer O'Loughlin**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre  
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

**Émile Lévy**

Centre de recherche  
Hôpital Sainte-Justine  
Université de Montréal

**Edgar Delvin**

Service de biochimie clinique  
Hôpital Sainte-Justine  
Université de Montréal

---

### Introduction

Les maladies cardiovasculaires (MCV), à l'exception des cardiopathies congénitales et des accidents vasculaires cérébraux chez les nouveau-nés, sont habituellement considérées comme des maladies d'adultes plutôt que d'enfants ou d'adolescents. Or, les facteurs de risque comportementaux des MCV ischémiques commencent à se manifester dès l'enfance et l'adolescence. Le processus d'athérosclérose, qui entraîne la cardiopathie ischémique et les accidents vasculaires cérébraux à l'âge adulte, débute également tôt et il est lié aux mêmes facteurs de risque que chez l'adulte.

Des autopsies pratiquées sur des soldats morts pendant les guerres de Corée et du Vietnam ont révélé que 44 % à 77 % de ces jeunes hommes (22 ans en moyenne) montraient des signes d'athérosclérose coronarienne; de 5 % à 15 % présentaient des lésions

graves, laissant supposer que l'athérosclérose était présente depuis des années (Enos, Holmes et Beyer, 1953; McNamara et autres, 1971). De même, des autopsies pratiquées chez de jeunes enfants décédés par traumatismes ont révélé la présence de stries lipidiques et de plaques d'athérome dans l'aorte et les artères coronaires (Holman et autres, 1958; Strong et McGill, 1969).

L'étude *Bogalusa Heart Study* a mis en lumière des corrélations statistiquement significatives entre l'étendue des plaques d'athérome dans les artères coronaires d'enfants et de jeunes adultes et plusieurs facteurs de risque comme l'indice de masse corporelle, la tension systolique et diastolique, le cholestérol et les triglycérides (Berenson et autres, 1998). L'étendue des stries lipidiques et des plaques d'athérome dans les artères coronaires était plus prononcée chez les fumeurs ainsi que chez les personnes présentant plusieurs facteurs de risque (Berenson et autres, 1998).

L'étude *Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth* a également fait état de relations significatives entre l'étendue des lésions athéroscléreuses dans les artères coronaires et les taux de cholestérol, de lipoprotéines de haute densité et de thiocyanate sérique (un marqueur de l'exposition à la fumée de cigarettes) chez 400 personnes de 8 communautés américaines, âgées de 15 à 34 ans et décédées de mort violente (McGill et autres, 1997; PDAY Research Group, 1990).

Ces résultats, ainsi que les avis d'experts et les énoncés de politiques publiques, ont incité les chercheurs de l'*Initiative canadienne en santé du cœur* à explorer la faisabilité de réaliser des enquêtes provinciales sur les facteurs de risque cardiovasculaires auprès des jeunes (Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, 1992; Balram et autres, 1995). Parallèlement, le réseau international *La santé du cœur en francophonie* décidait à la même époque de réaliser des enquêtes similaires auprès de populations de jeunes en Hainaut (Belgique), en Picardie (France), dans le Canton de Vaud (Suisse), dans la région de Sousse (Tunisie) et au Québec. Des chercheurs du Québec ont assumé la responsabilité de préparer un protocole de base pouvant être adapté pour chaque pays et pour d'autres provinces canadiennes (Paradis et O'Loughlin, 1992). Des enquêtes ont été réalisées dans les régions du réseau international francophone de 1994 à 1999 (Narring et autres, 1999; Michaud et autres, 1999; Godin, Lévêque et Berghmans, 1998; Lorenzo, 1999). La présente enquête élargit considérablement la portée du projet initial et comporte une vision globale et intégrée de la santé des jeunes québécois.

D'autres chapitres de ce rapport traitent des comportements et des facteurs de risque à considérer pour la prévention des MCV. Ainsi le tabagisme, l'inactivité physique et l'excès de poids sont discutés dans des chapitres distincts. Le présent chapitre s'intéresse aux mesures des lipides, de la tension artérielle et des antécédents familiaux de MCV, ainsi

qu'à la présence de facteurs de risque modifiables chez les enfants et les adolescents québécois.

### *Hyperlipidémies*

Il est difficile d'établir un lien entre l'hyperlipidémie au cours de l'enfance et les événements cliniques liés à l'athérosclérose au cours de la vie adulte, mais de plus en plus de preuves indirectes étayent ce lien. D'après des données provenant de la *Bogalusa Heart Study*, il existe une association très nette entre des taux élevés de cholestérol total et de cholestérol associé aux lipoprotéines de basse densité (C-LDL) et le degré d'atteinte athéroscléreuse de l'aorte et des artères coronaires observé au cours d'autopsies pratiquées sur des enfants, des adolescents et de jeunes adultes décédés d'autres causes (Newman et autres, 1986; Freedman et autres, 1993). L'étude *Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth* a montré des résultats similaires (PDAY Research Group, 1993). Récemment, des examens visant à évaluer le processus athéroscléreux chez les enfants et les adolescents ont montré un lien entre l'hyperlipidémie d'une part et, d'autre part, la calcification des artères coronaires révélée à la tomographie ultrarapide (Mahoney et autres, 1996), le dysfonctionnement endothélial évalué d'après la réactivité de l'artère humérale (Celermajer et autres, 1992; Sorensen et autres, 1994; Mietus-Snyder et Malloy, 1998) et l'épaississement de l'intima et de la média de l'artère carotide primitive décelé à l'ultrasonographie (Pauciullo et autres, 1994; Virkola et autres, 1997). D'après la *Bogalusa Heart Study* et la *Muscatine Study*, l'hyperlipidémie décelée au cours de l'enfance persiste pendant la vie adulte (Bao et autres, 1996; Lauer et Clarke, 1990). Il existe également des preuves selon lesquelles, chez les jeunes, la dyslipidémie interagit avec d'autres facteurs de risque, notamment l'obésité et l'élévation de la tension artérielle, créant ainsi des regroupements de facteurs de risque au potentiel athérogène particulièrement élevé (Bao et autres, 1996; Ernst et Obarzanek, 1994).

## *Hypertension artérielle*

Les effets négatifs de l'hypertension se manifestent non seulement par l'athérosclérose accélérée mais aussi par des lésions directes des organes cibles. Nombre de changements sont déjà présents chez les enfants hypertendus. Les résultats d'autopsies tirés de la *Bogalusa Heart Study* ont révélé des corrélations étroites entre les différents paramètres de la tension artérielle et le degré d'atteinte de l'aorte et des artères coronaires chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (Newman et autres, 1986; Berenson et autres, 1992). Des échocardiographies pratiquées sur des adolescents hypertendus montrent une augmentation de la masse ventriculaire gauche et une dysfonction diastolique (Snider et autres, 1985; Daniels, Meyer et Loggie, 1990). Des données provenant de la *Bogalusa Heart Study* et de la *Muscatine Study* semblent indiquer que les mesures de la tension artérielle prises au cours de l'enfance peuvent être des prédicteurs d'hypertension à l'âge adulte, particulièrement pour la tension systolique (Mahoney et autres, 1991; Bao et autres, 1994).

## *Antécédents familiaux et facteurs de risque modifiables*

Les antécédents familiaux sont souvent utilisés pour prédire le risque futur de MCV (Roncaglioni et autres, 1992). Les MCV sont d'origine multifactorielle et la combinaison de plusieurs facteurs de risque modifiables permet de prédire le risque futur de MCV et d'apprécier le potentiel de prévention par la modification des habitudes de vie et le traitement optimal des facteurs de risque (Stamler, 1992).

## **15.1 Aspects méthodologiques**

### **15.1.1 Mesure des lipides plasmatiques et de la glycémie**

À cause de la nature effractive de la prise de sang et pour ne pas influencer indûment le taux de participation au reste de l'enquête, un consentement distinct était requis des parents et des jeunes pour ce prélèvement. Puisqu'elle nécessite un jeûne de 10 à 12 heures, la prise de sang a été la première procédure réalisée

auprès des jeunes, suivie d'un petit déjeuner. Dix millilitres de sang ont été prélevés par une infirmière d'une veine antécubitale dans un tube EDTA stérile sous vide. Les tubes de prélèvements, mis sur glace immédiatement, ont été centrifugés sur place, aliquotés et envoyés sur glace sèche au laboratoire de biochimie de l'Hôpital Sainte-Justine dans les 24 heures.

Le cholestérol total (CT), le cholestérol des lipoprotéines de haute densité (C-HDL) et les triglycérides (TG) ont été mesurés par des méthodes enzymo-colorimétriques standardisées sur des automates Synchron CX-7 (Boyd et Young, 1999). Toutes les méthodes utilisées par le laboratoire de biochimie de l'hôpital sont homologuées par le Laboratoire canadien de contrôle externe de la qualité et le Centers for Disease Control and Prevention d'Atlanta. La concentration de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) a été calculée par la formule de Friedewald :  $C-LDL = CT - (TG/2.2) - C-HDL$  (Friedewald, Levy et Frederickson, 1972). Toutes les valeurs sont exprimées en mmol/L. La glycémie (GLU) a été mesurée par une méthode enzymatique à l'aide d'oxidase de glucose sur automate Synchron CX-7 (Boyd et Young, 1999).

Le laboratoire de biochimie de l'hôpital a mis sur pied un programme intégré et complet de contrôle de la qualité comprenant la calibration avant chaque lot d'analyses, le contrôle interne quotidien de la qualité à l'aide de sérums synthétiques de concentrations connues et le contrôle externe trimestriel de la qualité par le Laboratoire canadien de contrôle externe de la qualité. Ce laboratoire, qui est la référence pour le contrôle externe de la qualité des services de laboratoires biochimiques canadiens, a servi de norme pour les mesures des lipides sanguins de l'enquête. Les résultats des mesures de contrôle de la qualité seront publiés dans le cahier technique et méthodologique de l'enquête. Ces données confirment l'exactitude et la précision des mesures biochimiques (U.S. Department of Health and Human Services, 1992).

Pour certaines analyses, les valeurs de CT, C-HDL, C-LDL, TG et GLU ont été regroupées en trois catégories

(désirable, limite ou élevée, sauf pour le C-HDL dont les catégories sont désirable, limite ou basse) selon les critères du *National Cholesterol Education Program Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents* (1991)(CT et C-LDL), du *Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus* (1998) (GLU), ou des critères cliniques couramment utilisés (C-HDL, TG) (tableau 15.1). À cause de leur distribution asymétrique, les tests de comparaisons de moyennes des TG ont été effectués sur des transformations logarithmiques de celles-ci.

### 15.1.2 Mesure de la tension artérielle

La tension artérielle (TA) était mesurée chez l'enfant ou l'adolescent en position assise, au repos depuis au moins 5 minutes et pas moins de 30 minutes après le petit déjeuner. Un brassard de taille appropriée était appliqué au bras droit et trois mesures consécutives de la TA étaient réalisées à une minute d'intervalle à l'aide d'un appareil oscillométrique, le DINAMAP, dont la validité est bien démontrée (Park et Menard, 1998). Le protocole de mesure est une adaptation de celui de l'étude CATCH (Luepker et autres, 1996). La calibration des dix appareils a été effectuée au début de la collecte de données à l'aide de manomètres au mercure.

La moyenne présentée dans ce rapport est la moyenne des deux dernières mesures de TA systolique et diastolique effectuées<sup>1</sup>. Pour chaque groupe d'âge, les TA systoliques et diastoliques ont été regroupées en trois catégories : désirable, limite et élevée. Les valeurs seuils des catégories limite et élevée correspondent respectivement aux 90<sup>e</sup> et 95<sup>e</sup> percentiles des distributions spécifiques pour le sexe, l'âge et la taille construites à partir des résultats de plusieurs études américaines et rapportées dans la mise à jour du rapport du *Second Task Force on Blood Pressure Control in Children* (National High Blood Pressure Education Program, 1996).

<sup>1</sup> Dans quelques cas où l'écart était grand entre les deux dernières mesures (écart d'au moins 20 mmHg pour la TA systolique ou 10 mmHg pour la TA diastolique), la moyenne a été calculée à partir des deux mesures les plus semblables.

### 15.1.3 Variables mesurées par questionnaire

#### *Histoire parentale de facteurs de risque de MCV*

Un score d'histoire parentale de facteurs de risque de MCV a été créé par la somme des réponses positives à des questions posées au parent répondant et portant sur l'histoire parentale (père et/ou mère biologiques) d'hypertension artérielle (PE57a, PA43a), d'hypercholestérolémie (PE57b, PA43b), de maladies du cœur (incluant la crise cardiaque ou l'angine de poitrine) (PE59a, PA45a), de consommation de médicaments pour ces conditions (PE60a, b et c, PA46a, b et c), de diabète (PE58a, PA44a), de maladie cérébrovasculaire ou de maladie vasculaire périphérique (PE59b, PA45b). Ces questions proviennent des enquêtes provinciales sur la santé du cœur (MacLean et autres, 1992; Santé Québec, 1994). Le score a ensuite été divisé en trois catégories : aucun, un, deux facteurs de risque parentaux de MCV et plus.

#### *Facteurs de risque modifiables de MCV chez les jeunes*

Un score de facteurs de risque modifiables a été créé par la somme des neuf facteurs suivants : fumeur régulier (13 et 16 ans) ou ayant fumé au moins une cigarette au complet dans le passé (9 ans); inactivité (moins d'une activité physique par jour en moyenne durant la dernière semaine); obésité (indice de masse corporelle supérieur au 95<sup>e</sup> percentile et pli triceps supérieur au 95<sup>e</sup> percentile et pli sous-scapulaire supérieur au 90<sup>e</sup> percentile de la distribution spécifique pour l'âge et le sexe de l'échantillon); C-LDL élevé; C-HDL bas; triglycérides élevés; glycémie limite ou élevée; TA systolique élevée; TA diastolique élevée. Le score a ensuite été divisé comme suit : aucun, un, deux facteurs de risque modifiables et plus.

Tableau 15.1

**Valeurs seuils (mmol/L) pour la catégorisation des lipides et de la glycémie, Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999**

	CT	C-LDL	C-HDL	TG	GLU
Basse	...	...	≤ 0,9	...	...
Désirable	< 4,4	< 2,8	> 1,0	< 1,0	< 6,1
Limite	≥ 4,4 et < 5,2	≥ 2,8 et < 3,4	> 0,9 et ≤ 1,0	≥ 1,0 et < 1,3	≥ 6,1 et < 7,0
Élevée	≥ 5,2	≥ 3,4	...	≥ 1,3	≥ 7,0 <sup>(1)</sup>

Note : CT : cholestérol total; C-LDL : cholestérol des lipoprotéines de basse densité; C-HDL : cholestérol des lipoprotéines de haute densité; TG : triglycérides; GLU : glycémie

<sup>(1)</sup> Diagnostic provisoire de diabète.

Sources : National Cholesterol Education Program Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents (1991), The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (1998).

**15.1.4 Portée et limites des données**

Environ 99 % des jeunes ayant rempli le questionnaire ont participé aux mesures de tension artérielle. Parmi ceux ayant rempli le questionnaire, 61 %, 69 % et 74 % des jeunes de 9, 13 et 16 ans respectivement ont accepté le prélèvement sanguin. Aucune différence entre les taux de participation au prélèvement sanguin n'est notée selon la langue la plus souvent parlée à la maison, le revenu du ménage, la scolarité des parents, l'usage de la cigarette chez les parents, le type de région de l'école (métropolitaine ou autre), l'histoire parentale de MCV ou selon le sexe, la catégorie de poids (poids insuffisant, poids normal, embonpoint, obésité), le niveau d'activité physique et le statut pubertaire des jeunes. Rappelons que les jeunes de 16 ans qui ne fréquentaient pas une école secondaire n'ont pas participé aux mesures physiologiques; en conséquence, ils sont exclus des analyses présentées dans ce chapitre.

Les taux de non-réponse partielle pour les variables analysées dans ce chapitre sont inférieurs à 5 %, sauf pour les indices touchant l'histoire parentale de maladies cardiovasculaires. En effet, on a observé des taux très élevés de non-réponse pour les indices portant sur l'histoire parentale d'hypercholestérolémie, l'histoire parentale d'hypertension artérielle et surtout pour l'indice d'histoire parentale de facteurs de risque de MCV qui combine, entre autres, l'information des

indices précédents. Pour ces indices, les taux varient entre 15 % et 28 %, selon l'âge. Ces indices, rappelons-le, portent sur les facteurs de risque des deux parents biologiques, information qui est recueillie auprès d'un seul des parents. La non-réponse est particulièrement élevée dans les milieux familiaux où les deux parents biologiques ne vivent pas avec l'enfant – c'est-à-dire dans les familles avec un parent et un beau-parent, dans les familles avec parent seul ou dans les milieux sans parents biologiques ou adoptifs – et s'explique sans doute par la méconnaissance du répondant quant à une information portant sur l'autre parent avec qui il ne vit plus. Dans ces types de milieux familiaux, la non-réponse varie entre 37 % et 60 %, selon l'indice. Pour cette raison, les analyses sur les facteurs de risque de MCV (tableaux 15.13 à 15.16) ont été limitées aux jeunes vivant dans un milieu familial avec mère et père (biologiques ou adoptifs). Rappelons que ces derniers représentent entre 69 % et 72 % de l'ensemble des jeunes de 9, 13 et 16 ans (tableau 3.1).

Chez les jeunes vivant dans un milieu avec mère et père, les taux de non-réponse partielle à ces indices demeurent supérieurs à 5 % pour l'histoire parentale d'hypercholestérolémie (11,2 %, 9,3 % et 7,5 %, respectivement chez les 9, 13 et 16 ans), l'histoire parentale d'hypertension artérielle (6,7 % chez les 9 ans et 5,4 % chez les 13 ans) et surtout pour l'indice d'histoire parentale de facteurs de risque de MCV

(16,5 %, 15,5 % et 14,5 %, respectivement chez les 9, 13 et 16 ans). La non-réponse est dans plusieurs cas associée au sexe et à la scolarité du répondant, les femmes répondant généralement moins bien pour les pères biologiques que les hommes pour les mères biologiques et les individus plus scolarisés répondant mieux<sup>2</sup>.

À cause de l'ampleur de la non-réponse, une analyse détaillée a été effectuée afin d'en évaluer l'impact sur les analyses présentées aux tableaux 15.13 à 15.16. L'analyse permet de conclure que la non-réponse conduit à une sous-estimation des valeurs moyennes estimées et présentées dans neuf cas particuliers. La non-réponse à l'indice d'hypercholestérolémie parentale conduit à une sous-estimation des valeurs de CT (chez les filles de 16 ans), de C-LDL (filles de 16 ans), de C-HDL (filles de 9 ans) et de TG (filles de 13 ans et garçons de 16 ans). La non-réponse à l'indice d'hypertension artérielle parentale conduit à une sous-estimation des valeurs de SYS (garçons de 9 ans) et la non-réponse à l'histoire parentale de MCV, à une sous-estimation des valeurs moyennes de TG (filles de 9 ans) et de GLU (filles de 13 ans et garçons de 16 ans). Ces analyses nous portent à croire que, bien que les valeurs moyennes soient sous-estimées, les relations observées sont non biaisées et valides.

Enfin, notons que les comparaisons de percentiles n'ont pas fait l'objet de tests statistiques (tableaux 15.2 à 15.5 et 15.7 à 15.9). Ces tableaux présentent également des moyennes et leur écart-type. L'écart-type<sup>3</sup> permet d'apprécier la dispersion des données autour de l'estimation de la moyenne de la distribution des données. Il est exprimé dans les mêmes unités que

la variable analysée. Notons que l'écart-type augmente lorsque l'étendue des données est grande et/ou lorsque le nombre d'observations augmente.

## 15.2 Résultats

### 15.2.1 Lipides plasmatiques

Les valeurs moyennes estimées de cholestérol total (CT) plasmatique sont de 4,14 mmol/L, 3,95 mmol/L et 3,90 mmol/L, respectivement chez les jeunes de 9, 13 et 16 ans (tableau 15.2). Chez les garçons, le CT diminue avec l'âge, passant de 4,05 à 3,87 mmol/L, puis à 3,68 mmol/L chez les 9, 13 et 16 ans. Chez les filles, le CT passe de 4,22 mmol/L chez les 9 ans à 4,04 chez les 13 ans et tend à remonter à 4,12 chez les 16 ans; cependant l'augmentation entre 13 et 16 ans n'est pas significative. Ces tendances correspondent au phénomène bien documenté dans la littérature de déclin du CT durant la puberté suivi d'une augmentation à la fin de celle-ci (Labarthe, Eissa et Varos, 1991). On l'observe seulement chez les filles dans la présente enquête parce que celles-ci terminent leur puberté plus tôt que les garçons. Enfin, pour chaque groupe d'âge, les filles présentent un CT moyen plus élevé que celui des garçons et les percentiles semblent corroborer ces observations.

---

<sup>2</sup> Le sexe du répondant est associé à la non-réponse pour l'histoire parentale d'hypercholestérolémie chez les 9 ans et pour l'histoire parentale de MCV dans tous les groupes d'âge. La scolarité du répondant est associée à l'histoire parentale d'hypercholestérolémie et à l'histoire parentale d'hypertension artérielle chez les 9 ans et les 13 ans et à l'histoire parentale de MCV dans tous les groupes d'âge.

<sup>3</sup> L'écart-type s'obtient en faisant la somme au carré des différences entre chacune des données et l'estimation de la moyenne divisée par le nombre d'observations moins un.

Tableau 15.2

**Moyenne, écart-type (E.T.) et certains percentiles pour les concentrations plasmatiques de cholestérol total<sup>†</sup> (mmol/L) selon le sexe, Québec, 1999**

	Moyenne	(E.T.)	Percentiles					
			25 <sup>e</sup>	50 <sup>e</sup>	75 <sup>e</sup>	85 <sup>e</sup>	95 <sup>e</sup>	
9 ans								
Garçons	4,05 <sup>1</sup>	(0,65)	3,62	4,00	4,48	4,71	5,14	
Filles	4,22 <sup>2,3</sup>	(0,72)	3,79	4,18	4,62	4,91	5,41	
<b>Sexes réunis</b>	<b>4,14<sup>4,5</sup></b>	<b>(0,69)</b>	<b>3,67</b>	<b>4,10</b>	<b>4,55</b>	<b>4,78</b>	<b>5,28</b>	
13 ans								
Garçons	3,87 <sup>1</sup>	(0,66)	3,40	3,82	4,25	4,46	4,94	
Filles	4,04 <sup>2</sup>	(0,69)	3,61	4,00	4,38	4,69	5,07	
<b>Sexes réunis</b>	<b>3,95<sup>4</sup></b>	<b>(0,68)</b>	<b>3,49</b>	<b>3,93</b>	<b>4,31</b>	<b>4,58</b>	<b>5,02</b>	
16 ans <sup>(1)</sup>								
Garçons	3,68 <sup>1</sup>	(0,71)	3,21	3,60	4,07	4,39	4,99	
Filles	4,12 <sup>3</sup>	(0,82)	3,62	4,09	4,55	4,81	5,55	
<b>Sexes réunis</b>	<b>3,90<sup>5</sup></b>	<b>(0,80)</b>	<b>3,35</b>	<b>3,83</b>	<b>4,36</b>	<b>4,65</b>	<b>5,22</b>	

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

<sup>1-5</sup> Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test de différence des moyennes de CT selon le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

Les résultats selon l'âge et le sexe du cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) sont semblables à ceux observés pour le CT (tableau 15.3). Ainsi, la concentration moyenne estimée de C-LDL passe de 2,40 mmol/L à 9 ans à 2,27 mmol/L à 13 ans et reste stable à 2,24 mmol/L à 16 ans. Les valeurs moyennes de C-LDL sont également supérieures chez les filles par rapport aux garçons pour tous les âges. Cela semble être également le cas pour les percentiles. Enfin, les valeurs du 95<sup>e</sup> percentile de C-LDL chez les jeunes québécois sont de 3,42 mmol/L chez les 9 ans, de 3,19 mmol/L chez les 13 ans et de 3,45 mmol/L chez les 16 ans.

La concentration moyenne estimée de cholestérol des lipoprotéines de haute densité (C-HDL) passe de 1,38 mmol/L à 1,28 mmol/L et à 1,23 mmol/L chez les 9, 13 et 16 ans respectivement (tableau 15.4). Les valeurs moyennes de C-HDL varient selon le sexe chez les 9 ans et les 16 ans. Chez les 9 ans, elles sont plus élevées chez les garçons que chez les filles; à l'inverse, chez les 16 ans elles sont plus élevées chez les filles que chez les garçons. Puisque les concentrations de C-HDL sont inversement associées au risque de MCV chez l'adulte, les valeurs du 10<sup>e</sup> percentile sont

d'intérêt. Parmi les jeunes québécois, les valeurs du 10<sup>e</sup> percentile de C-HDL sont de 1,07 mmol/L, 1,00 mmol/L et 0,94 mmol/L chez les jeunes de 9, 13 et 16 ans respectivement.

Contrairement aux concentrations de CT, de C-LDL et de C-HDL, les valeurs moyennes estimées de triglycérides (TG) augmentent entre 9 et 13 ans (0,78 mmol/L et 0,89 mmol/L) (tableau 15.5). Elles restent stables entre 13 et 16 ans (0,93 mmol/L). Les filles de 9 ans présentent des valeurs moyennes de TG supérieures à celles des garçons. Les valeurs du 95<sup>e</sup> percentile sont de 1,55 mmol/L à 9 ans, de 1,60 mmol/L à 13 ans et de 1,77 mmol/L à 16 ans.

Tableau 15.3

**Moyenne, écart-type (E.T.) et certains percentiles pour les concentrations plasmatiques du cholestérol des lipoprotéines de basse densité<sup>†</sup> (mmol/L) selon le sexe, Québec, 1999**

	Moyenne	(E.T.)	Percentiles					
			25 <sup>e</sup>	50 <sup>e</sup>	75 <sup>e</sup>	85 <sup>e</sup>	95 <sup>e</sup>	
9 ans								
Garçons	2,32 <sup>1,2</sup>	(0,55)	1,94	2,28	2,66	2,82	3,29	
Filles	2,48 <sup>3,4</sup>	(0,63)	2,08	2,42	2,80	3,08	3,54	
<b>Sexes réunis</b>	<b>2,40<sup>5,6</sup></b>	<b>(0,59)</b>	<b>2,02</b>	<b>2,37</b>	<b>2,72</b>	<b>2,94</b>	<b>3,42</b>	
13 ans								
Garçons	2,20 <sup>1</sup>	(0,56)	1,82	2,15	2,50	2,70	3,13	
Filles	2,34 <sup>3</sup>	(0,61)	1,90	2,27	2,67	2,91	3,25	
<b>Sexes réunis</b>	<b>2,27<sup>5</sup></b>	<b>(0,59)</b>	<b>1,86</b>	<b>2,20</b>	<b>2,58</b>	<b>2,80</b>	<b>3,19</b>	
16 ans <sup>(1)</sup>								
Garçons	2,12 <sup>2</sup>	(0,59)	1,71	2,05	2,46	2,64	3,17	
Filles	2,37 <sup>4</sup>	(0,70)	1,94	2,29	2,71	2,96	3,60	
<b>Sexes réunis</b>	<b>2,24<sup>6</sup></b>	<b>(0,66)</b>	<b>1,80</b>	<b>2,17</b>	<b>2,61</b>	<b>2,85</b>	<b>3,45</b>	

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

<sup>1-6</sup> Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test de différence des moyennes de C-LDL selon le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

Tableau 15.4

**Moyenne, écart-type (E.T.) et certains percentiles pour les concentrations plasmatiques du cholestérol des lipoprotéines de haute densité (mmol/L) selon le sexe, Québec, 1999**

	Moyenne	(E.T.)	Percentiles				
			10 <sup>e</sup>	25 <sup>e</sup>	50 <sup>e</sup>	75 <sup>e</sup>	90 <sup>e</sup>
9 ans <sup>†</sup>							
Garçons	1,40 <sup>1</sup>	(0,27)	1,07	1,21	1,38	1,55	1,75
Filles	1,36 <sup>2</sup>	(0,24)	1,07	1,19	1,35	1,51	1,62
<b>Sexes réunis</b>	<b>1,38<sup>3</sup></b>	<b>(0,25)</b>	<b>1,07</b>	<b>1,20</b>	<b>1,36</b>	<b>1,53</b>	<b>1,70</b>
13 ans							
Garçons	1,27 <sup>1</sup>	(0,22)	1,00	1,10	1,25	1,42	1,54
Filles	1,29 <sup>2</sup>	(0,23)	1,01	1,13	1,27	1,43	1,57
<b>Sexes réunis</b>	<b>1,28<sup>3</sup></b>	<b>(0,23)</b>	<b>1,00</b>	<b>1,12</b>	<b>1,26</b>	<b>1,43</b>	<b>1,55</b>
16 ans <sup>†(1)</sup>							
Garçons	1,15 <sup>1</sup>	(0,20)	0,90	1,00	1,12	1,26	1,41
Filles	1,32	(0,25)	1,02	1,13	1,30	1,48	1,66
<b>Sexes réunis</b>	<b>1,23<sup>3</sup></b>	<b>(0,24)</b>	<b>0,94</b>	<b>1,06</b>	<b>1,20</b>	<b>1,39</b>	<b>1,56</b>

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

<sup>1-3</sup> Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test de différence des moyennes de C-HDL selon le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 16 ans.

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



Tableau 15.5

**Moyenne, écart-type (E.T.) et certains percentiles pour les concentrations plasmatiques des triglycérides (mmol/L) selon le sexe, Québec, 1999**

	Moyenne	(E.T.)	Percentiles					
			25 <sup>e</sup>	50 <sup>e</sup>	75 <sup>e</sup>	85 <sup>e</sup>	95 <sup>e</sup>	
9 ans <sup>†</sup>								
Garçons	0,72 <sup>1,2</sup>	(0,36)	0,47	0,61	0,84	1,03	1,41	
Filles	0,84 <sup>3</sup>	(0,44)	0,56	0,73	0,96	1,10	1,66	
<b>Sexes réunis</b>	<b>0,78<sup>4,5</sup></b>	<b>(0,40)</b>	<b>0,50</b>	<b>0,67</b>	<b>0,92</b>	<b>1,06</b>	<b>1,55</b>	
13 ans								
Garçons	0,87 <sup>1</sup>	(0,43)	0,58	0,75	1,03	1,23	1,60	
Filles	0,90	(0,37)	0,62	0,83	1,06	1,23	1,60	
<b>Sexes réunis</b>	<b>0,89<sup>4</sup></b>	<b>(0,40)</b>	<b>0,60</b>	<b>0,79</b>	<b>1,04</b>	<b>1,23</b>	<b>1,60</b>	
16 ans <sup>(1)</sup>								
Garçons	0,90 <sup>2</sup>	(0,50)	0,59	0,77	1,08	1,24	1,70	
Filles	0,96 <sup>3</sup>	(0,41)	0,63	0,85	1,17	1,40	1,82	
<b>Sexes réunis</b>	<b>0,93<sup>5</sup></b>	<b>(0,46)</b>	<b>0,61</b>	<b>0,81</b>	<b>1,14</b>	<b>1,32</b>	<b>1,77</b>	

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

<sup>1-5</sup> Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test de différence des moyennes de TG selon le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

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

Le tableau 15.6 présente la proportion estimée des enfants et adolescents présentant une valeur de CT, de C-LDL ou de TG limite ou élevée, ou encore de C-HDL limite ou basse. Ces valeurs seuils (tableau 15.1) définissent des catégories de jeunes nécessitant une évaluation plus approfondie du risque cardiovasculaire et, le cas échéant, un traitement approprié s'ils présentent une histoire familiale d'athérosclérose précoce. L'examen du tableau 15.6 révèle que la proportion de filles présentant des valeurs limites ou élevées de CT, de C-LDL et de TG a tendance à être plus grande que celle des garçons. Ces différences sont significatives chez les jeunes de 9 ans et de 16 ans pour le CT et le C-LDL et pour ceux de 16 ans pour les TG. La proportion des jeunes présentant une valeur limite ou basse de C-HDL demeure relativement faible chez les filles mais augmente sensiblement chez les garçons à 16 ans. Néanmoins, plusieurs des proportions doivent être interprétées avec prudence puisqu'elles présentent des coefficients de variation entre 15 % et 25 % ou au-delà de 25 %, à cause du petit nombre d'individus présentant des valeurs extrêmes de lipides.

On constate également que la proportion des jeunes présentant une valeur limite ou élevée de CT ou de C-LDL diminue de 9 à 13 ans, puis augmente légèrement à 16 ans pour le C-LDL. La proportion des jeunes présentant une hypertriglycéridémie (TG limites ou élevés), elle, augmente de 9 ans à 13 ans puis demeure sensiblement la même à 16 ans. Par ailleurs, les données de l'enquête permettent d'estimer le nombre d'enfants et d'adolescents québécois qui présentent une valeur de CT, de C-LDL ou de TG limite ou élevée, ou encore une valeur de C-HDL limite ou basse. À titre d'exemple, on estime qu'environ 9 600 et 4 200 adolescents québécois de 16 ans présentent une valeur limite ou élevée de C-LDL, respectivement.

### 15.2.2 Glycémie et tension artérielle

La valeur moyenne estimée de glycémie passe de 5,09 mmol/L à 5,24 mmol/L de 9 à 13 ans et diminue ensuite à 5,17 mmol/L à 16 ans (tableau 15.7). Les valeurs moyennes de glycémie sont supérieures chez les garçons comparativement aux filles pour chacun des groupes d'âge.

Tableau 15.6

**Proportion de jeunes présentant des valeurs limites ou élevées<sup>(1)</sup> 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**

	CT <sup>†</sup>		C-LDL <sup>†</sup>		C-HDL <sup>§</sup>		TG <sup>§</sup>	
	Limite	Élevée	Limite	Élevée	Limite	Basse	Limite	Élevée
%								
9 ans								
Garçons	25,2	4,5 ** <sup>1</sup>	12,8 <sup>4</sup>	4,3 **	4,0 **	1,6 **	9,4 *	7,1 *
Filles	29,4	8,3 * <sup>1</sup>	18,6 <sup>4</sup>	7,0 *	2,8 **	2,6 **	10,0 *	10,2 *
<b>Sexes réunis</b>	<b>27,2</b>	<b>6,4 *</b>	<b>15,7</b>	<b>5,6 *</b>	<b>3,4 *</b>	<b>2,1 **</b>	<b>9,7</b>	<b>8,6</b>
<b>Pe '000</b>	<b>24,1</b>	<b>5,6</b>	<b>13,9</b>	<b>5,0</b>	<b>3,0</b>	<b>1,8</b>	<b>8,6</b>	<b>7,6</b>
13 ans								
Garçons	14,3	2,9 **	10,5 *	2,4 **	5,6 *	4,2 **	16,0	12,7
Filles	20,4	4,0 **	14,2	4,1 **	5,4 *	3,7 **	19,2	12,3 *
<b>Sexes réunis</b>	<b>17,3</b>	<b>3,4 *</b>	<b>12,3</b>	<b>3,2 *</b>	<b>5,5 *</b>	<b>4,0 *</b>	<b>17,6</b>	<b>12,5</b>
<b>Pe '000</b>	<b>14,9</b>	<b>3,0</b>	<b>10,6</b>	<b>2,8</b>	<b>4,7</b>	<b>3,4</b>	<b>15,1</b>	<b>10,8</b>
16 ans <sup>(2)</sup>								
Garçons	12,2 ** <sup>2</sup>	2,8 ** <sup>3</sup>	8,2 * <sup>5</sup>	3,0 ** <sup>6</sup>	15,8 * <sup>7</sup>	9,8 * <sup>8</sup>	15,1	13,6
Filles	24,9 <sup>2</sup>	7,9 * <sup>3</sup>	15,3 <sup>5</sup>	7,2 * <sup>6</sup>	5,3 * <sup>7</sup>	3,2 ** <sup>8</sup>	20,2	18,0
<b>Sexes réunis</b>	<b>18,5</b>	<b>5,4 *</b>	<b>11,7</b>	<b>5,1 *</b>	<b>10,6</b>	<b>6,5</b>	<b>17,6</b>	<b>15,8</b>
<b>Pe '000</b>	<b>15,2</b>	<b>4,4</b>	<b>9,6</b>	<b>4,2</b>	<b>8,7</b>	<b>5,3</b>	<b>14,5</b>	<b>13,0</b>

(1) Voir le tableau 15.1 pour la définition des valeurs seuils.

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

<sup>1-8</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre les catégories de CT et le sexe et entre les catégories de C-LDL et le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 16 ans.

<sup>§</sup> Les tests d'association entre les catégories de C-HDL et le sexe et entre les catégories de TG et le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

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

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

Tableau 15.7

**Moyenne, écart-type (E.T.) et certains percentiles pour les concentrations plasmatiques de glucose<sup>†</sup> (mmol/L) selon le sexe, Québec, 1999**

	Moyenne	(E.T.)	Percentiles				
			25 <sup>e</sup>	50 <sup>e</sup>	75 <sup>e</sup>	85 <sup>e</sup>	95 <sup>e</sup>
9 ans							
Garçons	5,17 <sup>1,2</sup>	(0,32)	4,9	5,1	5,3	5,4	5,6
Filles	5,00 <sup>3</sup>	(0,37)	4,7	5,0	5,2	5,3	5,5
<b>Sexes réunis</b>	<b>5,09</b> <sup>5</sup>	<b>(0,35)</b>	<b>4,8</b>	<b>5,0</b>	<b>5,3</b>	<b>5,4</b>	<b>5,6</b>
13 ans							
Garçons	5,30 <sup>1</sup>	(0,35)	5,0	5,2	5,4	5,6	5,8
Filles	5,18 <sup>3,4</sup>	(0,35)	4,9	5,1	5,4	5,5	5,7
<b>Sexes réunis</b>	<b>5,24</b> <sup>5</sup>	<b>(0,36)</b>	<b>5,0</b>	<b>5,2</b>	<b>5,4</b>	<b>5,5</b>	<b>5,8</b>
16 ans <sup>(1)</sup>							
Garçons	5,31 <sup>2</sup>	(0,40)	5,0	5,2	5,5	5,6	5,9
Filles	5,03 <sup>4</sup>	(0,38)	4,7	4,9	5,2	5,4	5,7
<b>Sexes réunis</b>	<b>5,17</b> <sup>5</sup>	<b>(0,41)</b>	<b>4,8</b>	<b>5,1</b>	<b>5,4</b>	<b>5,5</b>	<b>5,8</b>

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

<sup>1-5</sup> Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test de différence des moyennes de glucose selon le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

Les valeurs moyennes estimées de tension artérielle (TA) systolique augmentent avec l'âge chez les garçons et chez les filles (tableau 15.8). Cette augmentation atteint 10 mmHg entre 9 et 13 ans ainsi qu'entre 13 et 16 ans, chez les garçons; chez les filles, elle atteint un peu moins de 10 mmHg entre 9 et 13 ans et 3 mmHg entre 13 et 16 ans. Globalement, la TA systolique moyenne passe de 103,2 mmHg chez les jeunes de 9 ans, à 112,2 mmHg chez les 13 ans et à 119,4 mmHg chez les 16 ans. Les valeurs moyennes de TA systolique sont plus élevées chez les garçons que chez les filles de 13 et 16 ans. Le 95<sup>e</sup> percentile de

distribution de TA systolique est de 121 mmHg, 134 mmHg et 144 mmHg pour les jeunes de 9, 13 et 16 ans respectivement.

La TA diastolique moyenne estimée présente également une augmentation avec l'âge chez les garçons et chez les filles (tableau 15.9). Elle passe globalement de 56,8 mmHg à 59,1 mmHg et à 61,8 mmHg chez les jeunes de 9, 13 et 16 ans respectivement. Chez les 16 ans, la différence entre les moyennes selon le sexe est significative.

Tableau 15.8

**Moyenne, écart-type (E.T.) et certains percentiles pour la tension artérielle systolique (mmHg) selon le sexe, Québec, 1999**

	Moyenne	(E.T.)	Percentiles					
			25 <sup>e</sup>	50 <sup>e</sup>	75 <sup>e</sup>	90 <sup>e</sup>	95 <sup>e</sup>	
9 ans								
Garçons	103,5 <sup>1</sup>	( 9,6)	97	103	108	115	120	
Filles	102,9 <sup>2</sup>	(10,0)	96	102	108	116	122	
<b>Sexes réunis</b>	<b>103,2<sup>3</sup></b>	<b>( 9,8)</b>	<b>96</b>	<b>102</b>	<b>108</b>	<b>115</b>	<b>121</b>	
13 ans <sup>†</sup>								
Garçons	113,3 <sup>1</sup>	(12,1)	105	111	121	130	134	
Filles	111,1 <sup>2</sup>	(11,0)	104	109	117	127	132	
<b>Sexes réunis</b>	<b>112,2<sup>3</sup></b>	<b>(11,6)</b>	<b>104</b>	<b>110</b>	<b>118</b>	<b>128</b>	<b>134</b>	
16 ans <sup>†(1)</sup>								
Garçons	124,6 <sup>1</sup>	(13,6)	114	123	134	143	150	
Filles	114,2 <sup>2</sup>	(11,3)	106	112	121	130	136	
<b>Sexes réunis</b>	<b>119,4<sup>3</sup></b>	<b>(13,6)</b>	<b>110</b>	<b>117</b>	<b>128</b>	<b>138</b>	<b>144</b>	

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

<sup>1-3</sup> Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test de différence des moyennes de tension artérielle systolique selon le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

Tableau 15.9

**Moyenne, écart-type (E.T.) et certains percentiles pour la tension artérielle diastolique (mmHg) selon le sexe, Québec, 1999**

	Moyenne	(E.T.)	Percentiles					
			25 <sup>e</sup>	50 <sup>e</sup>	75 <sup>e</sup>	90 <sup>e</sup>	95 <sup>e</sup>	
9 ans								
Garçons	56,9 <sup>1</sup>	(6,2)	52	56	60	64	68	
Filles	56,7 <sup>2</sup>	(6,3)	52	56	60	65	67	
<b>Sexes réunis</b>	<b>56,8<sup>3</sup></b>	<b>(6,2)</b>	<b>52</b>	<b>56</b>	<b>60</b>	<b>64</b>	<b>68</b>	
13 ans								
Garçons	58,4 <sup>1</sup>	(6,9)	53	58	62	67	70	
Filles	59,7 <sup>2</sup>	(7,0)	54	60	64	68	72	
<b>Sexes réunis</b>	<b>59,1<sup>3</sup></b>	<b>(7,0)</b>	<b>54</b>	<b>58</b>	<b>64</b>	<b>68</b>	<b>71</b>	
16 ans <sup>†(1)</sup>								
Garçons	61,3 <sup>1</sup>	(7,2)	56	61	66	70	74	
Filles	62,4 <sup>2</sup>	(7,4)	57	62	67	72	76	
<b>Sexes réunis</b>	<b>61,8<sup>3</sup></b>	<b>(7,3)</b>	<b>56</b>	<b>61</b>	<b>66</b>	<b>71</b>	<b>74</b>	

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

<sup>1-3</sup> Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test de différence des moyennes de tension artérielle diastolique selon le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

Le tableau 15.10 décrit la proportion des jeunes présentant une valeur limite ou élevée de tension artérielle systolique. Puisque moins de 1 % des jeunes de chaque groupe d'âge et de sexe présentent une tension artérielle diastolique limite ou élevée, ces résultats ne sont pas présentés. Par contre, des proportions importantes de jeunes présentent une tension artérielle systolique limite ou élevée. Ainsi, 4,4 % des jeunes de 9 ans, 17 % des jeunes de 13 ans et 20 % de ceux de 16 ans présentent une tension artérielle systolique élevée selon la définition du *National High Blood Pressure Education Program* (1996). De plus, 11 %, 6 % et 7 % des jeunes de 9, 13 et 16 ans respectivement présentent une tension artérielle systolique limite (supérieure ou égale au 90<sup>e</sup> percentile mais inférieure au 95<sup>e</sup> percentile). La proportion des jeunes présentant une tension artérielle systolique élevée diffère significativement selon le sexe chez les 9 ans et les 16 ans.

Tableau 15.10

**Proportion de jeunes présentant une tension artérielle systolique limite ou élevée selon le sexe, Québec, 1999**

	Limite	Élevée
	%	
9 ans <sup>†</sup>		
Garçons	15,1 <sup>1</sup>	— <sup>2</sup>
Filles	7,5 <sup>*1</sup>	8,9 <sup>2</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>11,4</b>	<b>4,4<sup>*</sup></b>
13 ans		
Garçons	5,5 <sup>*</sup>	18,9
Filles	5,7 <sup>*</sup>	14,3
<b>Sexes réunis</b>	<b>5,6</b>	<b>16,7</b>
16 ans <sup>†(1)</sup>		
Garçons	8,4 <sup>*</sup>	26,4 <sup>3</sup>
Filles	5,5 <sup>*</sup>	13,0 <sup>3</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>6,9</b>	<b>19,7</b>

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

<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la catégorie de tension artérielle systolique et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 16 ans.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

### 15.2.3 Variations selon la catégorie de poids

Le tableau 15.11 présente les valeurs moyennes estimées des lipides plasmatiques selon la catégorie de poids<sup>4</sup> pour les garçons et les filles. On observe une augmentation des valeurs moyennes de TG avec le poids chez les garçons et les filles des trois groupes d'âge. On note en particulier la hausse entre les catégories de poids normal et embonpoint. De plus, l'augmentation du poids est associée à une diminution des valeurs moyennes de C-HDL chez les garçons et les filles des trois groupes d'âge et à une augmentation des C-LDL chez les garçons de 13 et 16 ans et chez les filles de 16 ans. Les valeurs de CT varient selon la catégorie de poids chez les garçons de 13 et 16 ans

Le tableau 15.12 présente la relation entre la catégorie de poids et la glycémie, la tension artérielle systolique et la tension artérielle diastolique. L'augmentation du poids est associée à une légère hausse des valeurs moyennes estimées de la glycémie chez les garçons de 13 ans. La TA systolique présente sans aucun doute la relation la plus marquée avec la catégorie de poids. En effet, chez les garçons et les filles de 9 ans, 13 ans et 16 ans, on note une augmentation de plus de 10 mmHg entre les TA systoliques moyennes des jeunes ayant un poids insuffisant et celles des jeunes présentant une obésité franche. On note également une hausse de la tension artérielle diastolique avec le poids chez les garçons des trois groupes d'âge et chez les filles de 9 et 13 ans.

### 15.2.4 Variations selon les antécédents parentaux

Le tableau 15.13 présente les valeurs moyennes estimées des lipides plasmatiques selon l'histoire parentale de facteurs de risque de MCV chez les enfants et les adolescents vivant avec leurs deux parents. Rappelons que les jeunes vivant dans d'autres milieux familiaux ne sont pas analysés ici en raison de la non-réponse élevée aux indices portant sur les antécédents parentaux. Les garçons de 16 ans et les filles de 13 et 16 ans dont l'histoire parentale de risque

comporte deux facteurs de risque et plus présentent des valeurs de CT et de C-LDL plus élevées que ceux qui ne présentent aucun de ces facteurs et, dans certains cas, que ceux chez qui un seul de ces facteurs est observé. Les valeurs de TG sont aussi plus élevées chez les garçons de 16 ans qui présentent deux facteurs de risque et plus. Par ailleurs, les valeurs moyennes de C-HDL ne sont pas associées au nombre de facteurs de risque parentaux de MCV.

On observe peu d'associations significatives entre les valeurs moyennes estimées de glycémie et de tension artérielle et le nombre de facteurs de risque parentaux de MCV chez les jeunes vivant avec leur père et leur mère (tableau 15.14). Les valeurs moyennes de glycémie sont supérieures uniquement chez les garçons de 13 ans dont les parents présentent deux facteurs de risque de MCV ou plus comparativement à ceux dont les parents ne présentent aucun de ces facteurs. De plus, les valeurs de TA diastolique sont supérieures chez les garçons de 13 ans et les filles de 9 ans dont les parents présentent deux facteurs de risque de MCV ou plus.

<sup>4</sup> La définition des catégories de poids se trouve au chapitre 14.

Tableau 15.11

**Valeurs moyennes des lipides plasmatiques selon la catégorie de poids et le sexe, Québec, 1999**

Catégorie de poids	CT <sup>†</sup>	C-LDL <sup>§</sup>	C-HDL <sup>††</sup>	TG <sup>††</sup>
<b>Garçons</b>				
9 ans				
Insuffisant	3,73	2,06	1,38	0,63
Normal	4,04	2,32	1,42	0,67 <sup>12</sup>
Embonpoint	4,16	2,36	1,38 <sup>6</sup>	0,92 <sup>12</sup>
Obésité	4,30	2,63	1,18 <sup>6</sup>	1,09
13 ans				
Insuffisant	4,19 <sup>1</sup>	2,41 <sup>3</sup>	1,43 <sup>7</sup>	0,74
Normal	3,80 <sup>1</sup>	2,16 <sup>3</sup>	1,28 <sup>7</sup>	0,80 <sup>13</sup>
Embonpoint	4,14 <sup>1</sup>	2,39 <sup>3</sup>	1,17 <sup>7</sup>	1,28 <sup>13</sup>
Obésité	3,89	2,16	1,15	1,27
16 ans <sup>(1)</sup>				
Insuffisant	3,65	2,06	1,26 <sup>8</sup>	0,73
Normal	3,58 <sup>2</sup>	2,05 <sup>4</sup>	1,16 <sup>8</sup>	0,82 <sup>14</sup>
Embonpoint	4,02 <sup>2</sup>	2,42 <sup>4</sup>	1,06 <sup>8</sup>	1,19 <sup>14</sup>
Obésité	4,51 <sup>2</sup>	2,68 <sup>4</sup>	1,11	1,59 <sup>*</sup>
<b>Filles</b>				
9 ans				
Insuffisant	4,24	2,48	1,43	0,72
Normal	4,20	2,46	1,38 <sup>9</sup>	0,78 <sup>15</sup>
Embonpoint	4,31	2,58	1,20 <sup>9</sup>	1,17 <sup>15</sup>
Obésité	4,12	2,40	1,16	1,25 <sup>*</sup>
13 ans				
Insuffisant	3,94	2,22	1,38	0,76 <sup>16</sup>
Normal	4,04	2,33	1,31 <sup>10</sup>	0,89 <sup>16</sup>
Embonpoint	4,08	2,40	1,21 <sup>10</sup>	1,02
Obésité	4,01	2,51	1,03 <sup>10</sup>	1,03
16 ans <sup>(1)</sup>				
Insuffisant	3,83	2,13	1,25	1,01
Normal	4,11	2,34 <sup>5</sup>	1,35 <sup>11</sup>	0,92 <sup>17</sup>
Embonpoint	4,34	2,66 <sup>5</sup>	1,19 <sup>11</sup>	1,08 <sup>17</sup>
Obésité	4,09	2,42	1,18	1,08

Note : CT : cholestérol total; C-LDL : cholestérol des lipoprotéines de basse densité; C-HDL : cholestérol des lipoprotéines de haute densité; TG : triglycérides.

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

<sup>1-17</sup> Les moyennes des catégories adjacentes qui sont dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test de différence des moyennes de CT pour l'ensemble des catégories de poids est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 13 et 16 ans.

<sup>§</sup> Le test de différence des moyennes de C-LDL pour l'ensemble des catégories de poids est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 13 et 16 ans et chez les filles de 16 ans.

<sup>††</sup> Les tests de différence des moyennes de C-HDL et de TG pour l'ensemble des catégories de poids sont significatifs au seuil de 0,05 à chaque âge chez les garçons et les filles.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

Tableau 15.12

**Valeurs moyennes de la glycémie et de la tension artérielle selon la catégorie de poids et le sexe, Québec, 1999**

Catégorie de poids	GLU <sup>†</sup>	SYS <sup>§</sup>	DIAS <sup>††</sup>
<b>Garçons</b>			
9 ans			
Insuffisant	5,18	98,6 <sup>2</sup>	55,3
Normal	5,15	102,8 <sup>2</sup>	56,6
Embonpoint	5,22	107,8 <sup>2</sup>	58,0
Obésité	5,38	112,7	61,5
13 ans			
Insuffisant	5,16 <sup>1</sup>	105,2 <sup>3</sup>	55,9 <sup>8</sup>
Normal	5,29 <sup>1</sup>	112,8 <sup>3</sup>	57,9 <sup>8</sup>
Embonpoint	5,40 <sup>1</sup>	118,8 <sup>3</sup>	61,4 <sup>8</sup>
Obésité	5,52	118,4	62,3
16 ans <sup>(1)</sup>			
Insuffisant	5,39	117,8	62,0
Normal	5,29	123,5 <sup>4</sup>	60,7 <sup>9</sup>
Embonpoint	5,37	132,2 <sup>4</sup>	64,0 <sup>9</sup>
Obésité	5,35	133,7	65,8
<b>Filles</b>			
9 ans			
Insuffisant	4,87	97,7 <sup>5</sup>	53,9 <sup>10</sup>
Normal	4,99	101,8 <sup>5</sup>	56,4 <sup>10</sup>
Embonpoint	5,08	109,4 <sup>5</sup>	59,4 <sup>10</sup>
Obésité	5,09	113,6	61,7 <sup>10</sup>
13 ans			
Insuffisant	5,31	106,2 <sup>6</sup>	60,1
Normal	5,15	109,8 <sup>6</sup>	59,1 <sup>11</sup>
Embonpoint	5,22	118,9 <sup>6</sup>	62,1 <sup>11</sup>
Obésité	5,24	122,6	63,8
16 ans <sup>(1)</sup>			
Insuffisant	5,13	110,4	63,2
Normal	5,02	113,4 <sup>7</sup>	62,2
Embonpoint	5,04	119,4 <sup>7</sup>	62,9
Obésité	5,11	122,6	64,4

Note : GLU : glucose; SYS : tension artérielle systolique; DIAS : tension artérielle diastolique.

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

<sup>1-11</sup> Les moyennes des catégories adjacentes qui sont dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test de différence des moyennes de GLU pour l'ensemble des catégories de poids est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 13 ans.

<sup>§</sup> Le test de différence des moyennes de SYS pour l'ensemble des catégories de poids est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge et chez les garçons et les filles.

<sup>††</sup> Le test de différence des moyennes de DIAS pour l'ensemble des catégories de poids est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons à chaque âge et chez les filles de 9 ans et 13 ans.

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

Tableau 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**

Nombre de facteurs de risque	CT <sup>†</sup>	C-LDL <sup>†</sup>	C-HDL	TG <sup>§</sup>
<b>Garçons</b>				
9 ans				
Aucun	4,00	2,29	1,38	0,74
Un	4,04	2,33	1,40	0,68
Deux et plus	4,26	2,49	1,45	0,71
13 ans				
Aucun	3,84	2,18	1,28	0,83
Un	3,93	2,25	1,26	0,93
Deux et plus	4,09	2,43	1,20	1,00
16 ans <sup>(1)</sup>				
Aucun	3,67 <sup>1</sup>	2,09 <sup>6</sup>	1,15	0,94 <sup>12</sup>
Un	3,54 <sup>2</sup>	2,03 <sup>7</sup>	1,16	0,78 <sup>12,13</sup>
Deux et plus	4,07 <sup>1,2</sup>	2,49 <sup>6,7</sup>	1,11	1,02 <sup>13</sup>
<b>Filles</b>				
9 ans				
Aucun	4,13	2,43	1,34	0,81
Un	4,23	2,49	1,38	0,81
Deux et plus	4,57	2,88	1,25	0,94
13 ans				
Aucun	3,92 <sup>3</sup>	2,21 <sup>8</sup>	1,31	0,88
Un	4,06	2,39 <sup>9</sup>	1,28	0,83
Deux et plus	4,47 <sup>3</sup>	2,82 <sup>8,9</sup>	1,20	0,99
16 ans <sup>(1)</sup>				
Aucun	4,02 <sup>4,5</sup>	2,28 <sup>10,11</sup>	1,32	0,93
Un	4,25 <sup>4</sup>	2,49 <sup>10</sup>	1,30	1,00
Deux et plus	4,42 <sup>5</sup>	2,60 <sup>11</sup>	1,34	1,05

Note : CT : cholestérol total; C-LDL : cholestérol des lipoprotéines de basse densité; C-HDL : cholestérol des lipoprotéines de haute densité; TG : triglycérides.

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

<sup>1-13</sup> Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests de différence des moyennes de CT et de C-LDL selon le nombre de facteurs de risque sont significatifs au seuil de 0,05 chez les garçons de 16 ans et chez les filles de 13 et 16 ans.

<sup>§</sup> Le test de différence des moyennes de TG selon le nombre de facteurs de risque est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 16 ans.

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



Tableau 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**

Nombre de facteurs de risque	GLU <sup>†</sup>	SYS	DIAS <sup>§</sup>
<b>Garçons</b>			
9 ans			
Aucun	5,13	103,2	56,8
Un	5,18	103,5	57,0
Deux et plus	5,14	105,0	56,4
13 ans			
Aucun	5,24 <sup>1,2</sup>	112,4	57,6 <sup>3</sup>
Un	5,39 <sup>1</sup>	113,7	59,2
Deux et plus	5,40 <sup>2</sup>	116,2	60,8 <sup>3</sup>
16 ans <sup>(1)</sup>			
Aucun	5,27	123,8	61,2
Un	5,27	126,0	60,3
Deux et plus	5,32	127,8	63,0
<b>Filles</b>			
9 ans			
Aucun	4,99	102,2	56,2 <sup>4</sup>
Un	5,07	102,7	57,3
Deux et plus	4,98	106,7	59,0 <sup>4</sup>
13 ans			
Aucun	5,15	110,5	59,6
Un	5,14	111,0	60,5
Deux et plus	5,19	111,9	59,6
16 ans <sup>(1)</sup>			
Aucun	5,02	114,8	62,0
Un	5,05	115,9	62,5
Deux et plus	4,98	116,8	63,4

Note : GLU : glucose; SYS : tension artérielle systolique; DIAS : tension artérielle diastolique.

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

<sup>1-4</sup> Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test de différence des moyennes de GLU selon le nombre de facteurs de risque est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 13 ans.

<sup>§</sup> Le test de différence des moyennes de DIAS selon le nombre de facteurs de risque est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 13 ans et chez les filles de 9 ans.

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

Le tableau 15.15 présente les valeurs moyennes estimées des lipides plasmatiques des jeunes vivant avec leurs deux parents selon l'histoire parentale déclarée d'hypercholestérolémie. Les garçons et les filles de 13 et 16 ans ayant une histoire parentale d'hypercholestérolémie présentent des valeurs moyennes de CT et de C-LDL plus élevées que ceux qui ne présentent pas une telle histoire parentale. On observe également une différence significative entre les valeurs moyennes de C-HDL selon la présence d'une histoire parentale d'hypercholestérolémie, mais uniquement chez les filles de 13 ans. Par ailleurs, seuls les garçons de 13 ans et les filles de 16 ans qui ont des antécédents parentaux d'hypercholestérolémie présentent des valeurs moyennes de TG plus élevées que les jeunes sans de tels antécédents.

Les valeurs moyennes estimées de TA selon l'histoire parentale d'hypertension sont présentées au tableau 15.16. La présence d'une histoire parentale d'hypertension artérielle est associée à des valeurs moyennes de TA systolique plus élevées chez les filles de 9 et 16 ans et chez les garçons de 13 ans. Il en va de même pour la TA diastolique chez les garçons de 13 ans et chez les filles à chaque âge.

### 15.2.5 Facteurs de risque modifiables

Le tableau 15.17 présente la proportion des jeunes ayant aucun, un ou plusieurs facteurs de risque modifiables de MCV, selon le sexe. On note que la proportion estimée des jeunes présentant deux facteurs de risque modifiables et plus augmente avec l'âge, passant de 5 % à 9 %, puis à 19 % entre 9 et 16 ans. Plus des trois quarts (78 %) des jeunes de 9 ans ne présentent aucun facteur de risque modifiable mais ce pourcentage diminue à 64 % à 13 ans puis à 46 % à 16 ans. Les différences selon le sexe ne sont pas significatives.

Tableau 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**

Histoire parentale	CT <sup>†</sup>	C-LDL <sup>†</sup>	C-HDL <sup>§</sup>	TG <sup>††</sup>
9 ans				
Garçons				
Positive	4,19	2,43	1,44	0,71
Négative	4,00	2,28	1,38	0,73
Filles				
Positive	4,39	2,64	1,35	0,89
Négative	4,16	2,44	1,35	0,81
13 ans				
Garçons				
Positive	4,08	2,39	1,25	0,96
Négative	3,82	2,17	1,28	0,83
Filles				
Positive	4,25	2,58	1,25	0,93
Négative	3,96	2,25	1,31	0,87
16 ans <sup>(1)</sup>				
Garçons				
Positive	3,90	2,34	1,14	0,93
Négative	3,65	2,07	1,17	0,91
Filles				
Positive	4,33	2,56	1,29	1,05
Négative	4,05	2,31	1,31	0,94

Note : CT : cholestérol total; C-LDL : cholestérol des lipoprotéines de basse densité; C-HDL : cholestérol des lipoprotéines de haute densité; TG : triglycérides.

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

<sup>†</sup> Les tests de différence des moyennes de CT et de C-LDL selon l'histoire parentale sont significatifs au seuil de 0,05 chez les garçons et les filles de 13 et 16 ans.

<sup>§</sup> Le test de différence des moyennes de C-HDL selon l'histoire parentale est significatif au seuil de 0,05 chez les filles de 13 ans.

<sup>††</sup> Le test de différence des moyennes de TG selon l'histoire parentale est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 13 ans et les filles de 16 ans.

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

Tableau 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

Histoire parentale	SYS <sup>†</sup>	DIAS <sup>§</sup>
9 ans		
Garçons		
Positive	105,8	57,4
Négative	103,1	56,6
Filles		
Positive	106,3	58,9
Négative	102,0	56,3
13 ans		
Garçons		
Positive	116,4	61,3
Négative	112,8	57,8
Filles		
Positive	113,0	61,7
Négative	110,0	59,5
16 ans <sup>(1)</sup>		
Garçons		
Positive	126,5	62,2
Négative	124,0	61,1
Filles		
Positive	117,2	64,2
Négative	114,5	61,7

Note : SYS : tension artérielle systolique; DIAS : tension artérielle diastolique.

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

† Le test de différence des moyennes de SYS selon l'histoire parentale est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 13 ans et les filles de 9 et 16 ans.

§ Le test de différence des moyennes de DIAS selon l'histoire parentale est significatif au seuil de 0,05 chez les garçons de 13 ans et chez les filles à chaque âge.

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

Tableau 15.17  
Nombre de facteurs de risque modifiables de MCV selon le sexe, Québec, 1999

	Aucun	Un	Deux et plus
	%		
9 ans			
Garçons	80,3	16,5	3,2**
Filles	74,9	18,2	6,9*
<b>Sexes réunis</b>	<b>77,7<sup>1</sup></b>	<b>17,3<sup>2</sup></b>	<b>5,0*<sup>3</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>41,9</b>	<b>9,4</b>	<b>2,7</b>
13 ans			
Garçons	62,7	28,3	9,0*
Filles	65,6	26,3	8,1*
<b>Sexes réunis</b>	<b>64,1<sup>1</sup></b>	<b>27,3<sup>2</sup></b>	<b>8,6<sup>3</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>38,1</b>	<b>16,3</b>	<b>5,1</b>
16 ans <sup>(1)</sup>			
Garçons	43,7	35,6	20,7
Filles	48,9	34,1	17,0
<b>Sexes réunis</b>	<b>46,3<sup>1</sup></b>	<b>34,8<sup>2</sup></b>	<b>18,8<sup>3</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>28,4</b>	<b>21,2</b>	<b>11,5</b>

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

1-3 Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

Le tableau 15.18 présente la proportion estimée de jeunes ayant aucun, un ou plusieurs facteurs de risque modifiables de MCV, selon le revenu relatif du ménage. On observe une association significative entre le nombre de facteurs de risque et le revenu chez les 13 ans et les 16 ans. La proportion de jeunes ne présentant aucun facteur de risque est significativement plus élevée chez les jeunes de 13 ans provenant de ménages à revenu élevé ou très élevé que chez ceux de revenu très faible ou faible. Inversement, la proportion des jeunes présentant deux facteurs de risque et plus semble plus élevée au sein des ménages dont le revenu est faible ou très faible; toutefois ces proportions doivent être interprétées avec prudence étant donné les faibles effectifs.

Tableau 15.18  
**Nombre de facteurs de risque modifiables de MCV  
selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999**

Revenu relatif	Aucun	Un	Deux et plus
	%		
9 ans			
Très faible ou faible	72,6	20,2*	7,2**
Moyen	74,5	20,7*	4,9**
Élevé ou très élevé	82,0	13,6*	4,4**
13 ans <sup>†</sup>			
Très faible ou faible	50,7 <sup>1</sup>	35,9	13,3**
Moyen	67,7	25,4	6,9**
Élevé ou très élevé	69,2 <sup>1</sup>	24,4	6,4*
16 ans <sup>†(1)</sup>			
Très faible ou faible	34,9*	36,5*	28,6*
Moyen	41,5	40,0	18,5*
Élevé ou très élevé	49,3	34,3	16,3

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

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de facteurs de risque et le revenu du ménage est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

\*

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

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

## Conclusion

### Synthèse des résultats

L'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* permet de décrire, pour la première fois depuis trente ans au Canada, la distribution des valeurs des lipides plasmatiques, de la tension artérielle et de la glycémie au sein de la population des enfants et des adolescents. Cette enquête montre que les facteurs de risque apparaissent très tôt chez les jeunes.

### Lipides plasmatiques

Même si la comparaison avec l'étude nord-américaine *Lipid Research Clinic Prevalence Study* (LRCPS) est imparfaite, notamment parce que celle-ci a été réalisée il y a vingt ans et qu'elle portait sur des groupes d'âge de cinq ans (5-9, 10-14 et 15-19 ans) (National Heart Lung and Blood Institute, 1980), on constate que la distribution des lipides plasmatiques provenant de l'enquête québécoise est semblable à celle provenant de l'étude américaine, sauf que les valeurs moyennes de cholestérol total (CT) et de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) sont légèrement inférieures dans l'enquête québécoise, et ce, tant chez les garçons que chez les filles. Par contre, les valeurs de triglycérides (TG) sont en général légèrement supérieures aux valeurs provenant de la LRCPS. De plus, les valeurs de cholestérol des lipoprotéines de haute densité (C-HDL) sont en général inférieures à celles de la LRCPS, sauf pour le 10<sup>e</sup> percentile qui est très semblable.

Les valeurs moyennes ainsi que les proportions de jeunes présentant des valeurs limites ou élevées de CT et de C-LDL sont de façon générale plus élevées chez les filles que chez les garçons pour chaque âge. Il en va de même pour les valeurs moyennes (chez les 9 ans) et les proportions de jeunes (chez les 16 ans) présentant une valeur limite ou élevée de TG. Cela pourrait s'expliquer par la différence de croissance et de maturation entre les filles et les garçons. La proportion des jeunes présentant une hypertriglycéridémie augmente de 9 ans à 13 ans puis demeure sensiblement la même à 16 ans. Par ailleurs, la proportion des jeunes présentant une valeur limite ou élevée de CT ou de C-LDL diminue de 9 à 13 ans, puis augmente légèrement à 16 ans pour le C-LDL. Ces variations reflètent les effets hormonaux sur les concentrations des lipides plasmatiques décrits précédemment dans la littérature (Labarthe, Eissa et Varos, 1991).

Les données de l'enquête confirment la relation maintes fois observée entre le poids corporel et les lipides plasmatiques. Pour chaque catégorie d'âge et de sexe, les TG augmentent et le C-HDL diminue avec l'augmentation du poids; de plus, le C-LDL augmente significativement avec le poids dans plusieurs des groupes étudiés (garçons de 13 et 16 ans et filles de 16 ans). Ces données suggèrent que les conséquences métaboliques néfastes de l'excès de poids commencent à se manifester dès le plus jeune âge – dès l'âge de 9 ans selon la présente étude – au sein de la population québécoise.

Les données présentées ont permis d'évaluer la relation entre les facteurs de risque de MCV des jeunes et ceux de leurs parents biologiques, mais uniquement chez les jeunes vivant avec leurs deux parents. Ces données indiquent que, de façon générale, les jeunes dont les parents présentent un ou plusieurs facteurs de risque de maladies cardiovasculaires présentent un profil lipidique plus athérogène que les jeunes dont les parents n'ont pas de tels antécédents. Cette relation pourrait être attribuable à des facteurs génétiques, à l'environnement familial ou aux habitudes de vie. Ces résultats suggèrent qu'il pourrait être approprié d'offrir un dépistage sélectif chez les jeunes de parents présentant un risque élevé de maladies cardiovasculaires.

#### *Tension artérielle*

Les résultats de l'enquête montrent une forte prévalence de tension artérielle systolique limite ou élevée chez les garçons et les filles dans chacun des groupes d'âge étudiés. Les valeurs des seuils de tension artérielle correspondent respectivement aux 90<sup>e</sup> et 95<sup>e</sup> percentiles de distributions construites à partir des résultats de plusieurs études américaines et elles proviennent de recommandations récentes (National High Blood Pressure Education Program, 1996). De plus, l'ensemble des valeurs de TA systolique semble plus élevé pour chaque âge par rapport aux données nord-américaines. Par contre, les valeurs de TA

diastolique semblent inférieures et les proportions de jeunes présentant une valeur limite ou élevée sont très faibles et ne permettent pas une estimation précise à cause du faible nombre d'individus dans ces catégories.

Ces résultats ne sont probablement pas dus à des erreurs de mesure puisque la tension artérielle était mesurée à l'aide d'un protocole standardisé et d'appareils oscillométriques validés (éliminant les erreurs humaines notoires de mesure de la TA). De plus, les appareils ont été calibrés au début de la collecte de données à l'aide de manomètres au mercure. Enfin, la proportion des jeunes présentant des valeurs limites ou élevées est ajustée pour la taille des individus, éliminant ce biais potentiel. Des analyses plus approfondies des données de l'enquête ainsi que des études additionnelles auprès d'autres populations de jeunes sont nécessaires pour mieux comprendre et confirmer ces résultats.

Comme c'est le cas pour les lipides plasmatiques, les valeurs moyennes estimées de tension artérielle systolique et diastolique augmentent significativement avec le poids chez les garçons et les filles de chaque âge (sauf chez les filles de 16 ans dont la TA diastolique ne varie pas). Ces résultats sont également compatibles avec les effets métaboliques néfastes connus de l'excès de poids. Enfin, chez les jeunes vivant avec leurs deux parents, les antécédents parentaux d'hypertension artérielle sont associés à des valeurs plus élevées de TA systolique ou diastolique dans plusieurs des groupes de jeunes étudiés, soulignant l'utilité d'un suivi médical et de mesures préventives spécifiques pour ceux-ci.

#### *Glycémie*

Comme prévu, la glycémie présente moins de variabilité que les autres mesures et la proportion des jeunes ayant une valeur limite ou élevée est trop faible pour conduire à une estimation précise de cette proportion dans la population. L'augmentation des valeurs moyennes de glycémie avec l'excès de poids

– qui est significative du point de vue statistique chez les garçons de 13 ans – combinée à la relation de ce dernier avec les lipides plasmatiques et la TA suggère la possibilité que le syndrome de résistance à l'insuline puisse se manifester dès l'enfance et l'adolescence au sein de la population québécoise.

#### *Facteurs de risque modifiables*

La présente enquête montre que les facteurs de risque apparaissent très tôt chez les jeunes. Dès l'âge de 9 ans, près d'un jeune sur quatre présente au moins un facteur de risque modifiable. Cette proportion dépasse 50 % à l'âge de 16 ans. Cette forte prévalence des facteurs de risque chez les jeunes indique qu'il est important de développer et de mettre en place des interventions efficaces de promotion de la santé du cœur ciblant les jeunes, leur famille et leurs milieux de vie.

Il est très inquiétant d'observer que la relation entre les facteurs de risque cardiovasculaires et le niveau socioéconomique se manifeste dès l'adolescence. Plus d'adolescents provenant de ménages à faible revenu que de ménages à revenu élevé ou très élevé présentent des facteurs de risque modifiables. Les programmes de prévention doivent non seulement tenir compte des inégalités sociales dans le développement d'interventions mais aussi cerner ces inégalités et leurs causes sociales.

#### **Éléments de réflexion et pistes de recherche**

Le concept de prévention primordiale, introduit il y a plusieurs années (Strasse, 1978), met de l'avant la nécessité non seulement de prévenir l'apparition des maladies cardiovasculaires mais aussi de prévenir l'apparition des facteurs de risque eux-mêmes. Cette approche s'appuie sur le constat qu'il est souvent difficile à l'âge adulte de modifier des comportements à risque qui sont établis depuis plusieurs années et que l'exposition à des facteurs de risque depuis l'enfance entraîne chez les jeunes adultes des lésions coronariennes athéroscléreuses.

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* appuient sans équivoque la nécessité d'une telle approche. L'enquête a permis d'identifier la forte prévalence de facteurs de risque multiples au sein des jeunes québécois. En particulier, la forte prévalence de tension artérielle systolique élevée nécessite des études plus approfondies pour mieux comprendre les causes et les conséquences de cette observation. Par ailleurs, dans cette enquête, l'histoire parentale des risques cardiovasculaires n'a pu être mesurée de façon adéquate que chez les jeunes vivant avec leurs deux parents. Bien que ceux-ci représentent la majorité des enfants québécois de 9, 13, et 16 ans, d'autres recherches sont nécessaires pour évaluer ce risque chez l'ensemble des enfants.

Le succès à long terme de toute stratégie de prévention requiert une surveillance d'indicateurs de résultats. Il est impératif de répéter des enquêtes portant sur les facteurs de risque cardiovasculaires chez les jeunes afin de suivre leur évolution temporelle au sein de la population, d'évaluer le succès des efforts de prévention et de prévoir le risque de maladies cardiovasculaires des futures générations de Québécois. Par ailleurs, la nature transversale de l'enquête ne permet pas d'explorer l'aspect temporel des relations entre les facteurs de risque et leurs déterminants. Seules des études longitudinales de cohortes de jeunes permettraient d'améliorer nos connaissances sur les conséquences à long terme des résultats observés dans l'enquête québécoise. Enfin, il apparaît essentiel de reproduire cette enquête dans les autres provinces pour obtenir des données représentatives à l'échelle canadienne.

# Bibliographie

BALRAM, C., L. BLAIR, R. CAMERON, P. W. CONNELLY, K. COOPER, C. DONOVAN, A. C. EDWARDS, D. GELSKEY, K. HOGAN et autres (1995). *Les Canadiens et la santé cardiovasculaire. Réduire le risque*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, cat. H39-328/1995F, 32 p.

BAO, W., S. R. SRINIVASAN, W. A. WATTIGNEY et G. S. BERENSON (1994). « Persistence of multiple cardiovascular risk clustering related to syndrome X from childhood to young adulthood: The Bogalusa Heart Study », *Archives of Internal Medicine*, vol. 154, n° 16, p. 1842-1847.

BAO, W., S. R. SRINIVASAN, W. A. WATTIGNEY et G. S. BERENSON (1996). « Usefulness of childhood low-density lipoprotein cholesterol level in predicting adult dyslipidemia and other cardiovascular risks. The Bogalusa Heart Study », *Archives of Internal Medicine*, vol. 156, n° 12, p. 1315-1320.

BERENSON, G. S., S. R. SRINIVASAN, W. BAO, W. P. 3<sup>rd</sup> NEWMAN, R. E. TRACY et W. A. WATTIGNEY (1998). « Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults », *New England Journal of Medicine*, vol. 338, n° 23, p. 1650-1656.

BERENSON, G. S., W. A. WATTIGNEY, R. E. TRACY, W. P. 3<sup>rd</sup> NEWMAN, S. R. SRINIVASAN, L. S. WEBBER, E. R. JR. DALFERES et J. P. STRONG (1992). « Atherosclerosis of the aorta and coronary arteries and cardiovascular risk factors in persons aged 6 to 30 years and studied at necropsy (The Bogalusa Heart Study) », *American Journal of Cardiology*, vol. 70, n° 9, p. 851-858.

BOYD, J. C., et D. S. YOUNG (1999). « Automation in the clinical laboratory » dans BURTIS, C. A., et E. R. ASHWOOD (éd.). *Tietz Textbook of Clinical Chemistry*, Philadelphia (PA), W. B. Saunders Company, p. 226-261.

CELERMAJER, D. S., K. E. SORENSEN, V. M. GOOCH, D. J. SPIEGELHALTER, O. I. MILLER, I. D. SULLIVAN, J. K. LLOYD et J. E. DEANFIELD (1992). « Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis », *Lancet*, vol. 340, n° 8828, p. 1111-1115.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE (1992). *La déclaration de Victoria sur la santé cardiovasculaire. Déclaration du conseil consultatif*, le 28 mai 1992, Victoria, Canada, Santé et bien-être social Canada, 56 p.

DANIELS, S. R., R. A. MEYER et J. M. H. LOGGIE (1990). « Determinants of cardiac involvement in children and adolescents with essential hypertension », *Circulation*, vol. 82, n° 4, p. 1243-1248.

ENOS, W. F., R. G. HOLMES et J. BEYER (1953). « Coronary disease among United States soldiers killed in action in Korea: Preliminary report », *Journal of the American Medical Association*, vol. 152, p. 1090-1093.

ERNST, N. D., et E. OBARZANEK (1994). « Child health and nutrition: obesity and high blood cholesterol », *Preventive Medicine*, vol. 23, n° 4, p. 427-436.

FREEDMAN, D. S., W. A. WATTIGNEY, S. R. SRINIVASAN, W. P. 3<sup>rd</sup> NEWMAN, R. E. TRACY, T. BYERS et G. S. BERENSON (1993). « The relation of atherosclerotic lesions to antemortem and postmortem lipid levels: The Bogalusa Heart Study », *Atherosclerosis*, vol. 104, n° 1-2, p. 37-46.

FRIEDEWALD, W. T., R. I. LEVY et D. S. FREDERICKSON (1972). « Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge », *Clinical Chemistry*, vol. 18, n° 6, p. 499-502.

GODIN, I., A. LÉVÊQUE et L. BERGHMANS (1998). *Tableau de bord de la santé des jeunes*, Mons (Belgique), Observatoire de la santé du Hainaut, Institut provincial de promotion de la santé, 85 p.

HOLMAN, R. L., H. C. MCGILL, J. P. STRONG et J. C. GEER (1958). « The natural history of atherosclerosis: the early aortic lesions as seen in New Orleans, in the middle of the 20th century », *American Journal of Pathology*, vol. 34, p. 209-235.

LABARTHE, D. R., M. EISSA et C. VAROS (1991). « Childhood precursors of high blood pressure and elevated cholesterol », *Annual Reviews of Public Health*, vol. 12, p. 519-541.

LAUER, R. M., et W. R. CLARKE (1990). « Use of cholesterol measurements in childhood for the prediction of adult hypercholesterolemia », *Journal of the American Medical Association*, vol. 264, n° 23, p. 3034-3038.

LORENZO, P. (Coord.) (1999). *La santé au cœur des jeunes, Sant'Aisne*, Actes du colloque du 21 octobre 1998, Saint-Quentin, Paris, L'Harmattan, 144 p.

LUEPKER, R. V., C. L. PERRY, S. M. MCKINLAY, P. R. NADER, G. S. PARCEL, E. J. STONE, L. S. WEBBER, J. P. ELDER, H. A. FELDMAN et C. C. JOHNSON (1996). « Outcomes of a field trial to improve children's dietary patterns and physical activity », *Journal of the American Medical Association*, vol. 275, n° 10, p. 768-776.

MacLEAN, D. R., A. PETRASOVITS, M. NARGUNDKAR, W. P. CONNELLY, E. MacLEOD, A. EDWARDS et P. HESSEL (1992). « Canadian Heart Health Surveys: a profile of cardiovascular risk. Survey methods and data analysis », Canadian Heart Health Survey Research Group, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 146, n° 11, p. 1969-1974.

MAHONEY, L. T., T. L. BURNS, W. STANFORD, B. H. THOMPSON, J. D. WITT, C. A. ROST et R. M. LAVER (1996). « Coronary risk factors measured in childhood and young adult life are associated with coronary artery calcification in young adults: The Muscatine Study », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 27, n° 2, p. 277-284.

MAHONEY, L. T., R. M. LAUER, J. LEE et W. R. CLARKE (1991). « Factors affecting tracking of coronary heart disease risk factors in children: the Muscatine Study », *Annals of the New York Academy of Science*, vol. 623, p.120-132.

MCGILL, H. C. JR., C. A. McMAHAN, G. I. MALCOM, M. C. OALMANN et J. P. STRONG (1997). « Effects of serum lipoproteins and smoking on atherosclerosis in young men and women », *Arteriosclerosis Thrombosis and Vascular Biology*, vol. 17, n° 1, p. 95-106.

McNAMARA, J. J., M. A. MOLOT, J. F. STREMPLE et R. T. CUTTING (1971). « Coronary artery disease in combat casualties in Vietnam », *Journal of the American Medical Association*, vol. 216, n° 7, p. 1185-1187.

MICHAUD, P. A., F. NARRING, M. CAUDERAY et C. CAVADINI (1999). « Sports activity, physical activity and fitness of 9 to 19-year-old teenagers in the canton of Vaud (Switzerland) », *Schweiz Med Wochenschr*, vol. 129, n° 18, p. 691-699.



MIETUS-SNYDER, M., et M. J. MALLOY (1998). « Endothelial dysfunction occurs in children with two genetic hyperlipidemias: improvement with antioxidant vitamin therapy », *Journal of Pediatrics*, vol. 133, n° 1, p. 35-40.

NARRING, F., M. CAUDERAY, C. CAVADINI et P. A. MICHAUD (1999). « Physical fitness and sport activity of children and adolescents: methodological aspects of a regional survey », *Sozial und Präventivmedizin*, vol. 44, n° 2, p. 44-54.

NATIONAL HEART LUNG AND BLOOD INSTITUTE (1980). *The Lipid Research Clinics Population Studies Data Book: Volume I - The Prevalence Study*, Bethesda, Maryland, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health (NIH Pub. n° 80-1527), July.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM EXPERT PANEL ON BLOOD CHOLESTEROL LEVELS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (1991). *Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents*, Washington, US Department of Health and Human Services, Public Health Services, National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health (NIH Publication N° 91-2732), September, 119 p.

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM (1996). *Update on the Task Force Report (1987) on High Blood Pressure in Children and Adolescents: A Working Group Report from the National High Blood Pressure Education Program*, Washington, National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health (NIH Publication N° 96-3790), 24 p.

NEWMAN, W. P. 3<sup>rd</sup>, D. S. FREEDMAN, A. W. VOORS, P. D. GARD, S. R. SRINIVASAN, J. L. CRESANTA, G. D. WILLIAMSON, L. S. WEBBER et G. S. BERENSON (1986). « Relation of serum lipoprotein levels and systolic blood pressure to early atherosclerosis. The Bogalusa Heart Study », *New England Journal of Medicine*, vol. 314, n° 3, p. 138-144.

PARADIS, G., et J. O'LOUGHLIN (1992). *Promoting heart health in children, youths and their families. Towards healthy children in healthy families*, Montréal, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1 v. (pages multiples).

PARK, M. K., et S. M. MENARD (1998). « Accuracy of blood pressure measurement by the Dinamap monitor in infants and children », *Pediatrics*, vol. 8, p. 308-318.

PATHOBIOLOGICAL DETERMINANTS OF ATHEROSCLEROSIS IN YOUTH (PDAY) RESEARCH GROUP (1990). « Relationship of atherosclerosis in young men to serum lipoprotein cholesterol concentrations and smoking », *Journal of the American Medical Association*, vol. 264, n° 23, p. 3018-3024.

PATHOBIOLOGICAL DETERMINANTS OF ATHEROSCLEROSIS IN YOUTH (PDAY) RESEARCH GROUP (1993). « Natural history of aortic and coronary atherosclerotic lesions in youth. Findings from the PDAY Study », *Arteriosclerosis Thrombosis and Vascular Biology*, vol. 13, n° 9, p. 1291-1298.

PAUCIULLO, P., A. IANNUZZI, R. SARTORIO, C. IRACE, G. COVETTI, A. DICOSTANZO et P. RUBBA (1994). « Increased intima-media thickness of the common carotid artery in hypercholesterolemic children », *Arteriosclerosis Thrombosis and Vascular Biology*, vol. 14, n° 7, p. 1075-1079.

RONCAGLIONI, M. C., L. SANTORO, B. D'AVANZO, E. NEGRI, A. NOBILI, A. LEDDA, F. PIETROPAOLO, M. G. FRANZOSI, C. LAVECCHIA, G. A. FERUGLIO et autres (1992). « Role of family history in patients with myocardial infarction: an Italian case-control study », *Circulation*, vol. 85, n° 6, p. 2065-2072.

SANTÉ QUÉBEC, DAVELUY, C., L. CHÉNARD, M. LEVASSEUR et A. ÉMOND (sous la direction de) (1994). *Et votre cœur ça va? Rapport de l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 159 p.

SNIDER, A. R., S. S. GIDDING, A. P. ROCCHINI, A. ROSENTHAL, M. 2<sup>nd</sup> DICK, D. C. CROWLEY et J. PETERS (1985). « Doppler evaluation of left ventricular diastolic filling in children with systemic hypertension », *American Journal of Cardiology*, vol. 56, n° 15, p. 921-926.

SORENSEN, G. K., D. S. CELERMAJER, D. GEORGAKOPOULOS, G. HATCHER, D. J. BETTERIDGE et J. E. DEANFIELD (1994). « Impairment of endothelium-dependent dilation is an early event in children with familial hypercholesterolemia and is related to the lipoprotein (a) level », *Journal of Clinical Investigation*, vol. 93, n° 1, p. 50-55.

STAMLER, J. (1992). « Established major coronary risk factors » dans MARMOT, M., et P. ELLIOTT (éd.). *Coronary Heart Disease Epidemiology. From Aetiology to Public Health*, Oxford (U.K.), Oxford University Press, 547 p.

STRASSE, T. (1978). « Reflections on cardiovascular diseases », *Interdisciplinary Science Review*, vol. 3, p. 225-230.

STRONG, J. P., et H. C. MCGILL (1969). « Pediatric aspects of atherosclerosis », *Journal of Atherosclerosis Research*, vol. 9, p. 251-265.

THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS (1998). « Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus », *Diabetes Care*, vol. 21 (Suppl. 1), p. 5-19.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1992). *Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988; Final Rules and Notice. 42CFR Part 493*, The Federal Register, 57, p. 7188-7288.

VIRKOLA, K., E. PESONEN, H. K. AKERBLUM et M. A. SIIMES (1997). « Cholesterol and carotid artery wall in children and adolescents with familial hypercholesterolemia: a controlled study by ultrasound », *Acta Paediatrica*, vol. 86, n° 11, p. 1203-1207.

# État de santé physique et recours aux médicaments

Madeleine Levasseur

Institut national de santé publique du Québec

---

## Introduction

L'objectif de ce chapitre est de cerner le mieux possible l'état de santé des enfants et des adolescents et d'en dégager les principales caractéristiques. Il vise également à dresser le profil de consommation des médicaments chez les jeunes.

L'état de santé des enfants et des adolescents est appréhendé sous les aspects de la perception ou autoévaluation de la santé, des problèmes de santé de courte et de longue durée ou chroniques et de la limitation des activités associée à la maladie.

Le jugement que les gens portent sur leur état de santé est considéré comme un bon indicateur de santé. Son association avec d'autres mesures de santé, telles que la mortalité, la morbidité ou la limitation des activités a été amplement démontrée. La perception de l'état de santé peut être vue comme un indicateur global parce qu'elle intègre les dimensions physique, psychologique et sociale de la personne. Une enquête récente auprès d'adolescents de milieux défavorisés montre que les garçons de 15 ans associent la santé au fonctionnement optimal de l'organisme, à un sentiment de bien-être, à de saines habitudes de vie et à des relations interpersonnelles harmonieuses (Jutras et Morin, 1997). Pour les adolescents, être en bonne santé c'est se sentir bien physiquement et mentalement avec eux-mêmes et avec le monde autour d'eux (Deschamps, 1997).

Une meilleure connaissance des problèmes de santé spécifiques aux jeunes de ces âges permettra de mieux orienter les actions de promotion et de prévention. Conséquence de la maladie qui agit sur les comportements, l'incapacité qui s'exprime par la limitation des activités ajoute une dimension de gravité

à l'état de santé. Quoique peu fréquente (environ 3 %) chez les enfants et les adolescents, elle tire son importance de la consommation de services sociosanitaires qu'elle est susceptible d'engendrer.

Chez les jeunes de ces âges, la prévalence de l'ensemble des problèmes de santé varie selon le sexe mais diffère peu selon l'âge. Chez les enfants, la prévalence est plus élevée chez les garçons que chez les filles, alors que chez les adolescents c'est l'inverse qui se produit. Le sexe et l'âge sont reliés également à la prévalence des problèmes de santé spécifiques tels que les maux de dos, les maux de tête, les traumatismes ou les affections respiratoires (Camirand, 1996; King, Boyce et King, 1999).

Des études montrent que l'état de santé des enfants et des adolescents présente des écarts selon le revenu familial ou la classe sociale de la famille. Selon la *National Health Interview Survey* (NHIS) de 1988, enquête effectuée auprès des parents d'enfants de moins de 18 ans, la prévalence des problèmes de santé chroniques est plus élevée chez les enfants de familles non pauvres que chez les enfants de familles pauvres (Newacheck, 1994). Ces derniers présentent toutefois une plus forte prévalence de problèmes chroniques sévères. Utilisant également les données des enquêtes nationales américaines (NHIS), Montgomery, Kiely et Pappas (1996) ont montré des associations indépendantes entre l'état de santé des enfants (moins de 20 ans) évalué par les parents et la structure familiale, la race et la pauvreté. De ces trois variables, c'est la pauvreté qui présente l'association la plus forte. Des résultats semblables se dégagent d'une étude effectuée en Grande-Bretagne selon laquelle des différences dans la prévalence des maladies de longue durée chez les enfants tiennent davantage des

conditions socioéconomiques que de la structure des familles (Cooper, Arber et Smaje, 1998).

En ce qui concerne l'usage des médicaments, l'étude *Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire*, effectuée auprès des élèves canadiens de la 6e à la 10e année en 1997-1998, a montré que dans l'ensemble les filles étaient plus nombreuses à consommer des médicaments que les garçons (King, Boyce et King, 1999). Des différences de consommation selon le sexe sont également observées dans l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, chez les 15 à 19 ans (Camirand, 1996). Ces différences sont principalement reliées à la prise d'anovulants par les adolescentes. Par ailleurs, le revenu ne semble pas associé à l'utilisation des médicaments chez les jeunes.

La perception de l'état de santé est utilisée dans un premier temps pour décrire l'état de santé des jeunes. L'indicateur est présenté en fonction de caractéristiques de l'enfant (l'âge, le sexe, l'état de santé mentale, l'estime de soi, le poids corporel et la pratique de l'activité physique) et de son milieu (le soutien affectif maternel et paternel, le niveau de revenu et la perception de la situation financière). Les problèmes de santé et la limitation des activités selon l'âge et le sexe des jeunes sont ensuite abordés. L'utilisation de médicaments est également étudiée en fonction de l'âge et du sexe des jeunes.

## 16.1 Aspects méthodologiques

L'état de santé des jeunes est analysé à partir de la perception de l'état de santé, des problèmes de santé de courte et de longue durée et de la limitation des activités. La même pour les trois groupes de jeunes, la question sur la santé perçue qui leur est directement adressée est la suivante : « En général est-ce que ta santé est 1) excellente 2) plutôt bonne ou 3) pas très bonne? » (E44, A118, Q131).

En ce qui concerne les problèmes de santé de courte durée, la question est également posée aux jeunes. Il s'agit de symptômes ou de problèmes qui pourraient être qualifiés de bénins. Les problèmes retenus sont les

suivants : maux de tête, maux de ventre, maux de dos, difficulté à dormir, étourdissements, autres (E45, A119, Q132). Pour les 9 ans, trois catégories de fréquence sont suggérées : souvent, quelquefois ou jamais. La fréquence est catégorisée plus précisément pour les 13 et 16 ans, soit rarement ou jamais, environ une fois par mois, environ une fois par semaine, environ deux ou trois fois par semaine, presque tous les jours.

Un indicateur plus général sur les problèmes de courte durée détermine la proportion de jeunes de 9 ans qui rapportent 1) ne jamais avoir de problèmes, 2) avoir un ou deux problèmes quelquefois ou souvent, 3) avoir plus de deux problèmes quelquefois ou souvent. Pour les 13 ans et les 16 ans, l'indicateur précise la proportion de jeunes qui déclarent 1) n'avoir que rarement ou jamais de problèmes, 2) avoir un ou deux problèmes au moins une fois par mois, 3) avoir plus de deux problèmes au moins une fois par mois. Il s'agit du nombre minimum de problèmes puisque l'indicateur est calculé malgré la présence d'une donnée inconnue, si au moins un problème de santé est déclaré.

La prévalence des problèmes de santé chroniques ou de longue durée est mesurée à partir de trois questions. La principale, posée aux jeunes de 13 ans et de 16 ans et aux parents des 9 ans, est la suivante : « Est-ce que tu souffres (est-ce que l'enfant souffre) de l'un ou l'autre des problèmes de santé chroniques suivants confirmés par un médecin ou un autre spécialiste de la santé? » On entend par « problème chronique » un état qui persiste depuis six mois ou plus ou qui durera probablement plus de six mois. À la liste des problèmes il est indiqué de répondre par un « oui » ou un « non » (PE28, A120, Q133). Les deux autres questions concernent l'asthme et le rhume des foins et sont tirées de la série de questions de la *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (1998). Elles s'adressent aux parents et sont ainsi formulées : « L'enfant (l'adolescent) a-t-il déjà eu des crises d'asthme? » (PE36, PA27, Q139); « A-t-il déjà eu le rhume des foins? » (PE43, PA34, Q146). Il faut souligner que la période de référence de ces deux dernières questions est la vie entière tandis que les

autres questions portent sur la présence de la maladie au moment de l'enquête.

L'indicateur général relatif aux maladies chroniques ou de longue durée porte sur le nombre de problèmes, soit la proportion de jeunes qui déclarent 1) aucun problème, 2) un problème, 3) plus d'un problème. Il s'agit du nombre minimum de problèmes de longue durée, étant donné le traitement des valeurs inconnues.

En ce qui concerne la consommation de médicaments, l'analyse repose sur une seule question : « Au cours des 2 dernières semaines, l'enfant ou l'adolescent a-t-il (as-tu) pris l'un ou l'autre des médicaments suivants (ce peut être une pilule, un sirop, des gouttes, etc.)? » (PE54, PA38, A134, Q159). Suit une liste de classes de médicaments qui est la même pour les jeunes de 9 ans et de 13 ans : analgésique ou médicament pour diminuer la douleur ou la fièvre (Tylenol,...), médicament pour soulager un rhume ou une allergie, vitamines ou minéraux, antibiotique ou anti-infectieux, médicament pour inhalation (inhalateur, pompe), médicament pour l'aider à mieux fonctionner, à mieux se concentrer (Ritalin, Ativan,...), médicament pour les problèmes digestifs, médicament pour les problèmes de peau, tout autre médicament. À chaque réponse affirmative, le médicament consommé devait être identifié. Chez les 16 ans, l'énoncé des classes de médicaments diffère légèrement : médicament pour diminuer la douleur ou la fièvre (Tylenol,...), médicament pour soulager un rhume ou des allergies (pilule, sirop,...), vitamines ou minéraux, antibiotique, médicament pour traiter tes difficultés à respirer (par exemple, une pompe), médicament pour te calmer ou t'aider à mieux te concentrer (Ritalin, Ativan,...), médicament autre que ceux nommés plus haut ou médicament dont tu ne connais pas la nature. Il est à noter que les médicaments pour les problèmes digestifs et les médicaments pour les problèmes de peau ne figurent pas au questionnaire des adolescents de 16 ans. Comme indicateur général de la consommation de médicaments, on utilise une catégorisation de la population selon le nombre de médicaments différents consommés : a) aucun médicament, b) un médicament, c) deux médicaments, d) trois médicaments ou plus.

Des questions reliées au recours aux services ont été posées pour les trois groupes de jeunes mais les données ne sont pas exploitées. Ce sont les parents qui ont fourni les renseignements pour les 9 ans et les 13 ans tandis que les adolescents de 16 ans ont rempli le questionnaire eux-mêmes. La question sur la consultation d'un professionnel porte sur une période de deux semaines et vise à renseigner sur le type de professionnel consulté (PE51, PA35, A131, Q156) : « Au cours des 2 dernières semaines, l'enfant a-t-il consulté (as-tu consulté) l'un ou l'autre des professionnels suivants au sujet de sa (ta) santé physique, émotive ou mentale? » Suit une liste de professionnels. À partir de cette question, des indicateurs calqués sur ceux utilisés pour l'analyse des données de recours aux services de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* et de celle de 1998 (Fournier et Côté, 1995; Fournier et Piché, 2000) avaient été construits. Des prévalences beaucoup plus élevées que celles obtenues dans l'enquête de 1998 pour les mêmes groupes d'âge et les mêmes professionnels laissent croire que la période de référence de deux semaines n'a pas été respectée par les répondants, ce qui soulève des doutes quant à la validité des réponses. Mentionnons que dans l'*Enquête sociale et de santé*, ces questions sont répondues lors d'une entrevue en face à face et l'intervieweur présente un calendrier pour faciliter la référence à la période voulue.

#### *Portée et limites des données*

Dans toutes les enquêtes, les questions qui réfèrent à une période donnée comportent un risque de biais relié à la mémoire. Plus la période de référence est longue, plus le risque d'erreur est grand. Pour les questions qui portent sur la consommation de médicaments, la période de rappel est de deux semaines. La réponse fournie par une tierce personne qui est le parent des jeunes de 9 ans et de 13 ans ne devrait pas affecter la validité des données de façon sensible.

Quelques indicateurs ont un taux de non-réponse partielle de 5 % ou plus. Il s'agit d'abord, concernant l'état de santé, de la question sur la fréquence des étourdissements chez les enfants (E45e, 6,2 %) et celle sur la présence d'allergies alimentaires chez les

adolescents (A120a, 20,6 % à 13 ans et 13,6 % à 16 ans). La réponse à cette dernière ne sera pas présentée pour les 13 ans en raison du taux particulièrement élevé de non-réponse. Pour ce qui est des jeunes de 16 ans, les garçons ont moins répondu que les filles (16,6 % c. 10,5 %), de même que les jeunes inscrits en 4<sup>e</sup> secondaire ou moins, par rapport à ceux qui sont plus avancés (15,6 % c. 10,8 %). L'indicateur du nombre de problèmes de santé chroniques comporte les taux suivants de non-réponse : 7,6 % à 9 ans, 10,0 % à 13 ans et 5,9 % à 16 ans. La non-réponse pour les 9 ans ne semble pas liée au sexe de l'enfant ni à la scolarité du parent répondant alors qu'à 13 ans, les non-répondants sont surtout les jeunes moins avancés à l'école (1<sup>re</sup> secondaire ou moins) (11,7 % c. 7,0 %). La question sur la cause des limitations d'activités (PE30, A121 ou Q134) a des taux de non-réponse de 10,7 % à 9 ans, 7,7 % à 13 ans et 5,0 % à 16 ans; en raison des faibles effectifs ayant une limitation d'activités, la non-réponse ne peut être analysée.

Quant à la consommation de médicaments, l'indicateur du nombre de médicaments consommés dépasse légèrement le seuil de 5 % de non-réponse chez les 13 ans et les 16 ans (5,6 % et 6,1 % respectivement). La plus faible scolarité des non-répondants, le cas échéant, pourrait refléter la difficulté pour ces personnes à répondre à ces questions mais n'est pas susceptible, a priori, d'entraîner un biais. Dans tous les cas où la non-réponse n'a pas été analysée, l'impact d'un biais possible sur les estimations est négligeable puisqu'il est inclus dans la marge d'erreur de l'estimation.

## 16.2 Résultats

### 16.2.1 État de santé

#### 16.2.1.1 Perception de l'état de santé

Près des deux tiers (65 %) des enfants de 9 ans se considèrent en excellente santé, environ 32 % croient que leur santé est plutôt bonne et près de 2,8 % qu'elle n'est pas très bonne (tableau 16.1). Comparativement à ces derniers, les adolescents de 13 et 16 ans sont proportionnellement moins nombreux à s'estimer en excellente santé, soit 47 % et 43 % respectivement, et plus nombreux (51 %) à se considérer en plutôt bonne santé. La proportion des adolescents de 16 ans qui qualifient leur santé de « pas très bonne » est plus élevée que celles des plus jeunes (6 % c. 2,8 % et 2,3 %).

Tableau 16.1  
Perception de l'état de santé selon le sexe, Québec, 1999

	Excellente	Plutôt bonne	Pas très bonne
	%		
9 ans			
Garçons	65,8	31,2	3,0 **
Filles	64,2	33,3	2,5 **
<b>Sexes réunis</b>	<b>65,0</b> <sup>1,2</sup>	<b>32,2</b> <sup>3,4</sup>	<b>2,8</b> <sup>**5</sup>
13 ans <sup>†</sup>			
Garçons	52,5 <sup>7</sup>	45,8 <sup>8</sup>	1,7 **
Filles	41,4 <sup>7</sup>	55,8 <sup>8</sup>	2,8 **
<b>Sexes réunis</b>	<b>47,1</b> <sup>1</sup>	<b>50,7</b> <sup>3</sup>	<b>2,3</b> <sup>*6</sup>
16 ans <sup>†</sup>			
Garçons	52,4 <sup>9</sup>	44,7 <sup>10</sup>	2,9 <sup>**11</sup>
Filles	33,5 <sup>9</sup>	57,8 <sup>10</sup>	8,7 <sup>11</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>43,0</b> <sup>2</sup>	<b>51,2</b> <sup>4</sup>	<b>5,8</b> <sup>5,6</sup>

<sup>1-11</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la perception de l'état de santé et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

\*

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

\*\*

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

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

Les garçons et les filles de 9 ans perçoivent leur santé de façon similaire. Par contre, chez les adolescents de 13 ans et de 16 ans, on observe des différences significatives selon le sexe. Dès l'âge de 13 ans les jeunes filles perçoivent plus négativement leur santé que les jeunes hommes. Cela s'exprime par une moins grande proportion d'entre elles qui se déclarent en excellente santé et une plus grande proportion jugeant que leur santé est plutôt bonne. Les différences sont particulièrement importantes chez les 16 ans. Ainsi, on estime que 33 % des adolescentes de cet âge se considèrent en excellente santé, 58 %, en plutôt bonne santé et 9 % croient que leur santé n'est pas très bonne, contre respectivement 52 %, 45 % et 2,9 % des adolescents du même âge.

La perception de l'état de santé est associée au soutien affectif maternel chez les enfants de 9 ans comme chez les adolescents de 16 ans, alors qu'à 13 ans les faibles effectifs dans certaines catégories ne permettent pas de vérifier l'association (tableaux 16.2 et 16.3). La proportion d'enfants de 9 ans qui disent être en excellente santé tend à augmenter avec le niveau de soutien affectif en même temps que diminue la proportion de ceux qui qualifient leur santé de plutôt bonne. Des différences significatives ne s'observent cependant qu'entre le niveau élevé et le niveau faible de soutien maternel. En ce qui concerne la proportion d'enfants de 9 ans qui se considèrent en « pas très bonne » santé, les données ne permettent pas de noter de différence selon le niveau de soutien affectif maternel. Dans l'ensemble, les mêmes observations s'appliquent aux adolescents de 16 ans; à 13 ans une tendance se dessine dans le même sens.

Il y a également une association entre la perception de l'état de santé et le soutien affectif paternel chez les jeunes de 16 ans. Le tableau 16.4 montre que près de 52 % des jeunes de 16 ans qui jouissent d'un soutien élevé s'estiment en excellente santé, et que c'est le cas d'environ 36 % des adolescents ayant un niveau faible ou moyen de soutien affectif. Ces derniers sont plus nombreux que les premiers, en proportion, dans la catégorie « plutôt bonne » santé (57 % c. 45 %). Les adolescents de 13 ans semblent suivre le même modèle.

Tableau 16.2  
**Perception de l'état de santé selon le niveau de soutien affectif maternel<sup>(1)†</sup>, enfants de 9 ans<sup>(2)</sup>, Québec, 1999**

Soutien affectif maternel	Excellente	Plutôt bonne	Pas très bonne
	%		
Élevé	69,3 <sup>1</sup>	28,9 <sup>2</sup>	1,8**
Moyen	63,5	34,4	2,2**
Faible	53,4 <sup>1</sup>	40,0 <sup>2</sup>	6,7**

(1) Le soutien affectif maternel chez les 9 ans n'est pas comparable à celui des 13 ans et des 16 ans.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte féminin.

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

† Le test d'association entre la perception de l'état de santé et le soutien affectif maternel est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

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

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

Tableau 16.3  
**Perception de l'état de santé selon le niveau de soutien affectif maternel, adolescents de 13 ans et 16 ans<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

Soutien affectif maternel	Excellente	Plutôt bonne	Pas très bonne
	%		
13 ans			
Élevé	53,6	44,9	1,6**
Moyen	43,3	55,4	1,3**
Faible	34,5	60,8	4,6**
16 ans <sup>†</sup>			
Élevé	49,8 <sup>1</sup>	45,9 <sup>2</sup>	4,4*
Moyen	38,5	55,5	6,0**
Faible	32,0 <sup>1</sup>	59,5 <sup>2</sup>	8,5*

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte féminin.

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

† Le test d'association entre la perception de l'état de santé et le soutien affectif maternel est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

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

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

Tableau 16.4

**Perception de l'état de santé selon le niveau de soutien affectif paternel, adolescents de 13 ans et 16 ans<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

Soutien affectif paternel	Excellente	Plutôt bonne	Pas très bonne
	%		
13 ans			
Élevé	54,9	43,7	1,4**
Moyen	36,0	62,0	2,0**
Faible	31,0	63,9	5,1**
16 ans <sup>†</sup>			
Élevé	51,6 <sup>1,2</sup>	44,6 <sup>3,4</sup>	3,8*
Moyen	35,9 <sup>1</sup>	56,7 <sup>3</sup>	7,4*
Faible	35,9 <sup>2</sup>	57,4 <sup>4</sup>	6,7*

(1) Exclut les adolescents ne vivant pas avec leur père ou un adulte masculin.

<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la perception de l'état de santé et le soutien affectif paternel est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

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

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

La santé perçue varie en fonction des indices de troubles émotifs et de détresse psychologique des jeunes. Les enfants de 9 ans qui se retrouvent au niveau élevé de l'indice de troubles émotifs sont proportionnellement moins nombreux à évaluer leur santé comme excellente que ceux qui sont au niveau faible ou moyen (55 % c. 66 %). Comme corollaire, ils sont plus nombreux à qualifier leur santé de plutôt bonne (43 % c. 31 %) (tableau 16.5). Chez les adolescents de 13 ans, la proportion de ceux qui se considèrent en excellente santé passe d'environ 26 % à 53 % selon qu'ils se situent dans la catégorie de détresse psychologique élevée par rapport à faible ou moyenne (tableau 16.6). Pour ces mêmes catégories de détresse psychologique chez les 16 ans, la proportion passe de 23 % à 48 %. De plus, parmi les adolescents de 16 ans qui se classent au plus haut niveau de détresse psychologique, 18 % disent que leur santé n'est pas très bonne, contre 3 % (faibles effectifs) parmi ceux qui se classent aux niveaux plus bas.

Tableau 16.5

**Perception de l'état de santé selon le niveau de troubles émotifs<sup>†</sup>, enfants de 9 ans, Québec, 1999**

Niveau de troubles émotifs	Excellente	Plutôt bonne	Pas très bonne
	%		
Faible ou moyen	65,9 <sup>1</sup>	30,6 <sup>2</sup>	3,5*
Élevé	54,7 <sup>1</sup>	43,2 <sup>2</sup>	2,1**

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la perception de l'état de santé et le niveau de troubles émotifs est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

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

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

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

Tableau 16.6

**Perception de l'état de santé selon le niveau de détresse psychologique<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

Niveau de détresse psychologique	Excellente	Plutôt bonne	Pas très bonne
	%		
13 ans			
Faible ou moyen	52,6 <sup>1</sup>	45,9 <sup>2</sup>	1,5**
Élevé	25,5 <sup>1</sup>	69,4 <sup>2</sup>	5,1**
16 ans			
Faible ou moyen	47,8 <sup>3</sup>	49,3 <sup>4</sup>	3,0 <sup>*5</sup>
Élevé	22,7 <sup>3</sup>	59,7 <sup>4</sup>	17,6 <sup>*5</sup>

<sup>1-5</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la perception de l'état de santé et le niveau de détresse psychologique est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

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

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

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

L'association entre la perception de l'état de santé et l'estime de soi est particulièrement marquée chez les jeunes de 16 ans (tableau 16.7). Ainsi, la proportion de jeunes qui s'estiment en excellente santé augmente avec chaque niveau de l'indice d'estime de soi. Chez



les 13 ans, seule une tendance en ce sens est observée. Selon les données de l'enquête, il n'y a pas d'association entre l'autoévaluation de la santé par les enfants de 9 ans et l'estime de soi.

Tableau 16.7  
**Perception de l'état de santé selon le niveau d'estime de soi, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

Niveau d'estime de soi	Excellente	Plutôt bonne	Pas très bonne
	%		
13 ans			
Faible	26,3	69,1	4,6**
Moyen	44,7	53,5	1,9**
Élevé	75,3	24,2	0,6**
16 ans <sup>†</sup>			
Faible	21,1 <sup>1</sup>	63,8 <sup>2</sup>	15,2 <sup>*4,5</sup>
Moyen	40,3 <sup>1</sup>	55,2 <sup>3</sup>	4,5 <sup>*4</sup>
Élevé	61,9 <sup>1</sup>	36,7 <sup>2,3</sup>	1,4 <sup>**5</sup>

<sup>1-5</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la perception de l'état de santé et le niveau d'estime de soi est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

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

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

L'état de santé perçu par les adolescents de 13 ans et de 16 ans présente des variations selon la catégorie de poids et le niveau d'activité physique (tableau 16.8). Il faut souligner que ces deux dernières variables sont souvent reliées entre elles. Les données de l'enquête ne permettent pas d'observer d'association significative entre la perception de la santé et le poids corporel ou l'activité physique chez les enfants de 9 ans.

Environ la moitié des jeunes de 13 ans dont le poids est insuffisant ou normal (51 %) qualifient leur santé d'excellente, contre 27 % chez ceux qui présentent un surplus de poids ou qui sont atteints d'obésité. Les jeunes de 16 ans ayant un surplus de poids ou qui sont obèses, s'estiment en moins bonne santé que les jeunes du même âge dont le poids est normal ou insuffisant.

Les adolescents de 13 ans dont le niveau d'activité physique est élevé ou très élevé tendent à se considérer en meilleure santé que ceux dont la pratique est plus faible. À 16 ans, les jeunes qui présentent un niveau élevé ou très élevé d'activité physique sont proportionnellement plus nombreux à juger leur santé excellente que ceux dont le niveau de pratique est bas ou modéré.

Selon les données de l'enquête, l'état de santé perçu par les jeunes n'est pas associé à la scolarité des parents ou au type de milieu familial (données non présentées). Par contre, il est associé au revenu relatif du ménage chez les 16 ans et à leur situation financière perçue par les 13 ans et les 16 ans lorsqu'ils la comparent à celle des autres élèves de leur classe. Les adolescents de 16 ans provenant de ménages à revenu faible ou très faible sont proportionnellement moins nombreux à se percevoir en excellente santé que ceux de ménages ayant un revenu élevé ou très élevé (30,6 % c. 46,3 %) (tableau 16.9). Par ailleurs, la proportion de jeunes qui se disent en excellente santé diminue lorsque la perception de leur situation financière devient moins favorable. Elle passe d'environ 61 % chez les jeunes de 13 ans qui jugent leur situation financière plus favorable que celle des autres élèves, à de 24 % chez ceux qui la considèrent moins favorable. Chez les 16 ans, les pourcentages respectifs sont d'environ 54 % et 24 %. L'inverse se produit pour un état de santé plutôt bon ou pas très bon.

Tableau 16.8

**Perception de l'état de santé selon la catégorie de poids<sup>†</sup> et le niveau d'activité physique<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	Excellente	Plutôt bonne ou pas très bonne
	%	
Catégorie de poids		
13 ans		
Insuffisant ou normal	50,8 <sup>1</sup>	49,2
Embonpoint ou obésité	26,6 <sup>1</sup>	73,4
16 ans		
Insuffisant ou normal	45,5 <sup>2</sup>	54,5
Embonpoint ou obésité	26,9 <sup>2</sup>	73,1
Niveau d'activité physique		
13 ans		
Bas ou modéré	41,3 <sup>3</sup>	58,7
Élevé ou très élevé	52,5 <sup>3</sup>	47,5
16 ans		
Bas ou modéré	34,8 <sup>4</sup>	65,2
Élevé ou très élevé	53,2 <sup>4</sup>	46,8

<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre la perception de l'état de santé et la catégorie de poids et entre la perception de l'état de santé et le niveau d'activité physique sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

Tableau 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**

	Excellente	Plutôt bonne ou pas très bonne
	%	
Revenu relatif <sup>†</sup>		
16 ans		
Très faible ou faible	30,6 <sup>*1</sup>	69,4 <sup>2</sup>
Moyen	41,8	58,2
Élevé ou très élevé	46,3 <sup>1</sup>	53,8 <sup>2</sup>
Perception de sa situation financière <sup>§</sup>		
13 ans		
Plus favorable	61,4 <sup>3</sup>	38,6 <sup>4</sup>
Semblable	46,2	53,8
Moins favorable	24,0 <sup>*3</sup>	76,0 <sup>4</sup>
16 ans		
Plus favorable	54,1 <sup>5</sup>	45,9 <sup>6</sup>
Semblable	41,2	58,8
Moins favorable	23,7 <sup>*5</sup>	76,3 <sup>6</sup>

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la perception de l'état de santé et le revenu relatif du ménage est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre la perception de l'état de santé et la perception de sa situation financière est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

### 16.2.1.2 Problèmes de santé de courte durée

#### Nombre et fréquence des problèmes de santé de courte durée

Environ 8 % seulement des enfants de 9 ans répondent qu'ils n'ont jamais de symptômes ou de problèmes de courte durée. Près du tiers rapporte avoir quelquefois ou souvent un ou deux problèmes et environ 59 %, plus de deux problèmes (tableau 16.10). Les filles sont plus nombreuses, en proportion, à rapporter plus de deux problèmes (62 % c. 55 %)

La proportion d'adolescents de 13 ans et 16 ans qui n'ont jamais ou que rarement de problèmes de courte

durée est estimée à 18 % et 13 % respectivement (tableau 16.11). À 13 ans, environ deux jeunes sur cinq (40 %) déclarent éprouver un ou deux problèmes au moins une fois par mois, et une proportion semblable (42 %), plus de deux problèmes. Les pourcentages correspondants pour les adolescents de 16 ans sont de 40 % et 47 %. Cet indicateur est associé au sexe chez les 13 ans comme chez les 16 ans. Les filles sont proportionnellement moins nombreuses que les garçons à n'avoir que rarement ou jamais de problèmes de courte durée et plus nombreuses à cumuler plus de deux problèmes au moins une fois par mois.

Tableau 16.10

#### Nombre et fréquence de problèmes de santé de courte durée selon le sexe<sup>†</sup>, enfants de 9 ans, Québec, 1999

	Jamais	Un ou deux problèmes quelquefois ou souvent	Plus de deux problèmes quelquefois ou souvent
	%		
Garçons	9,8	34,9	55,3 <sup>1</sup>
Filles	6,8*	31,2	62,1 <sup>1</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>8,3</b>	<b>33,0</b>	<b>58,7</b>

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre et la fréquence de problèmes de santé de courte durée et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

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

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

Tableau 16.11

#### Nombre et fréquence de problèmes de santé de courte durée selon le sexe<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999

	Rarement ou jamais	Un ou deux problèmes une fois par mois ou plus	Plus de deux problèmes une fois par mois ou plus
	%		
13 ans			
Garçons	24,0 <sup>1</sup>	41,1	35,0 <sup>2</sup>
Filles	12,6 <sup>1</sup>	38,1	49,4 <sup>2</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>18,4</b>	<b>39,6</b>	<b>42,1</b>
16 ans			
Garçons	20,0 <sup>3</sup>	47,1 <sup>4</sup>	33,0 <sup>5</sup>
Filles	6,8* <sup>3</sup>	32,5 <sup>4</sup>	60,7 <sup>5</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>13,4</b>	<b>39,8</b>	<b>46,8</b>

<sup>1-5</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre et la fréquence de problèmes de santé de courte durée et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

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

Tableau 16.12

**Fréquence des problèmes de santé de courte durée selon le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999**

	Maux de tête <sup>†</sup>	Maux de ventre <sup>†</sup>	Maux de dos	Difficulté à dormir	Étourdissements	Autres <sup>†</sup>
	%					
<b>Garçons</b>						
Jamais	35,9 <sup>1</sup>	32,6 <sup>3</sup>	66,0	41,1	63,5	91,8 <sup>5</sup>
Quelquefois	54,3 <sup>2</sup>	60,0	27,9	38,3	28,5	4,7*
Souvent	9,9	7,4 <sup>4</sup>	6,2*	20,7	7,9*	3,6 <sup>6</sup>
<b>Filles</b>						
Jamais	26,6 <sup>1</sup>	24,1 <sup>3</sup>	63,1	38,1	63,4	85,6 <sup>5</sup>
Quelquefois	61,0 <sup>2</sup>	64,7	31,4	40,2	30,3	7,5*
Souvent	12,4	11,2 <sup>4</sup>	5,5*	21,7	6,3*	7,0 <sup>6</sup>
<b>Sexes réunis</b>						
<b>Jamais</b>	<b>31,3</b>	<b>28,4</b>	<b>64,6</b>	<b>39,6</b>	<b>63,5</b>	<b>88,8</b>
<b>Quelquefois</b>	<b>57,6</b>	<b>62,3</b>	<b>29,6</b>	<b>39,2</b>	<b>29,4</b>	<b>6,0</b>
<b>Souvent</b>	<b>11,1</b>	<b>9,2</b>	<b>5,8</b>	<b>21,2</b>	<b>7,2</b>	<b>5,2</b>

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre les maux de tête et le sexe, entre les maux de ventre et le sexe et entre les « autres » problèmes et le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

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

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

#### *Nature et fréquence des problèmes de santé de courte durée*

Chez les 9 ans, environ 11 % des enfants rapportent avoir souvent des maux de tête et près de trois sur cinq (58 %) déclarent en avoir quelquefois (tableau 16.12). Des proportions semblables s'observent pour les maux de ventre. Moins répandus, les maux de dos et les étourdissements affectent quand même plus du tiers des jeunes de ce groupe d'âge. Par ailleurs, la proportion d'enfants qui éprouvent quelquefois ou souvent de la difficulté à dormir est estimée à 60 %. Près de neuf enfants sur dix (89 %) ne rapportent pas d'« autres » problèmes.

Seuls les maux de tête, les maux de ventre et les « autres » problèmes sont associés au sexe. En proportion, les filles tendent à être plus nombreuses que les garçons à rapporter ces problèmes.

Chez les adolescents de 13 ans et 16 ans, la fréquence des maux de tête se répartit de façon similaire (tableau 16.13). Un peu moins d'un jeune sur deux (46 % et 47 %) n'a jamais ou que rarement de maux de tête et environ un jeune sur dix (11 % et 9 %) en a plus d'une

fois par semaine. Dans l'ensemble, la répartition des jeunes de 13 ans selon la fréquence des maux de ventre est semblable à celle des 16 ans. Des différences s'observent selon le sexe : comparativement aux filles de 13 ans, celles de 16 ans sont proportionnellement moins nombreuses à n'éprouver que rarement ou jamais de maux de ventre (24 % c. 31 %) et plus nombreuses à en éprouver une fois par mois (58 % c. 46 %). Chez les garçons le phénomène est inversé.

En ce qui a trait aux maux de dos, les adolescents de 16 ans sont plus touchés que ceux de 13 ans; plus de la moitié (53 %) d'entre eux disent avoir des maux de dos une fois par mois ou plus souvent, contre 42 % chez les 13 ans.

Les adolescents des deux groupes d'âge rapportent avoir de la difficulté à dormir selon des fréquences peu différentes. Près de 10 % éprouvent de la difficulté à dormir plus d'une fois par semaine. Environ trois jeunes sur cinq n'en ont jamais ou n'en ont que rarement, les 13 ans (64 %) plus que les 16 ans (59 %). Également répartis de façon similaire parmi les 13 ans et les

16 ans, les étourdissements se produisent une fois par mois chez près de 18 % des jeunes, et plus souvent chez environ un jeune sur dix.

Chez les adolescents de 13 ans et de 16 ans, les maux de tête, les maux de ventre et les étourdissements sont associés au sexe. En ce qui concerne ces symptômes,

les filles sont affectées en plus grand nombre et aussi plus fréquemment que les garçons. Les filles de 13 ans déclarent également plus souvent que les garçons avoir de la difficulté à dormir. Chez les 16 ans, les maux de dos sont plus fréquemment rapportés par les jeunes filles que par les jeunes hommes.

Tableau 16.13

**Fréquence des problèmes de santé de courte durée selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	Maux de tête <sup>†</sup>	Maux de ventre <sup>†</sup>	Maux de dos <sup>§</sup>	Difficulté à dormir <sup>‡</sup>	Étourdissements <sup>†</sup>	Autres
	%					
<b>13 ans</b>						
<b>Garçons</b>						
Rarement ou jamais	52,0	58,7 <sup>2</sup>	57,2	68,2	74,8	93,0 <sup>15</sup>
Une fois par mois	29,0	29,5 <sup>3</sup>	22,9	15,8	16,2	1,8 <sup>**</sup>
Une fois par semaine	12,5	8,1 <sup>*</sup>	10,1	6,5 <sup>*13</sup>	6,4 <sup>*</sup>	2,0 <sup>**</sup>
Plus d'une fois par semaine	6,5 <sup>*</sup>	3,8 <sup>*</sup>	9,7	9,5	2,6 <sup>**</sup>	3,1 <sup>**</sup>
<b>Filles</b>						
Rarement ou jamais	38,8	30,8 <sup>4</sup>	59,4 <sup>6</sup>	59,9	65,8	90,3
Une fois par mois	33,2	46,2 <sup>5</sup>	22,8 <sup>7</sup>	17,5	19,5	3,1 <sup>**</sup>
Une fois par semaine	12,8 <sup>1</sup>	12,7	8,0	12,0	8,2 <sup>*</sup>	2,3 <sup>**</sup>
Plus d'une fois par semaine	15,2	10,3	9,8 <sup>8</sup>	10,6	6,6 <sup>*</sup>	4,3 <sup>*</sup>
<b>Sexes réunis</b>						
Rarement ou jamais	45,6	45,0	58,3 <sup>9</sup>	64,1 <sup>14</sup>	70,4	91,7 <sup>16</sup>
Une fois par mois	31,1	37,7	22,9 <sup>10</sup>	16,6	17,8	2,5 <sup>*</sup>
Une fois par semaine	12,6	10,3	9,1 <sup>11</sup>	9,2	7,2	2,2 <sup>*</sup>
Plus d'une fois par semaine	10,8	7,0	9,8 <sup>12</sup>	10,1	4,5 <sup>*</sup>	3,7 <sup>*</sup>
<b>16 ans</b>						
<b>Garçons</b>						
Rarement ou jamais	57,3	65,3 <sup>2</sup>	51,5	63,3	74,8	96,3 <sup>15</sup>
Une fois par mois	28,1	23,4 <sup>3</sup>	25,1	17,5	16,8	0,8 <sup>**</sup>
Une fois par semaine	10,6	9,2	12,8	10,4 <sup>13</sup>	5,0 <sup>*</sup>	0,8 <sup>**</sup>
Plus d'une fois par semaine	3,9 <sup>*</sup>	2,1 <sup>**</sup>	10,6	8,9	3,4 <sup>*</sup>	2,2 <sup>**</sup>
<b>Filles</b>						
Rarement ou jamais	36,4	23,7 <sup>4</sup>	42,0 <sup>6</sup>	54,5	62,3	92,9
Une fois par mois	30,7	58,3 <sup>5</sup>	29,1 <sup>7</sup>	21,8	20,0	1,8 <sup>**</sup>
Une fois par semaine	18,8 <sup>1</sup>	10,0	11,7	12,0	9,6	1,4 <sup>**</sup>
Plus d'une fois par semaine	14,1	8,0 <sup>*</sup>	17,2 <sup>8</sup>	11,7	8,1 <sup>*</sup>	3,9 <sup>*</sup>
<b>Sexes réunis</b>						
Rarement ou jamais	46,9	44,6	46,8 <sup>9</sup>	58,9 <sup>14</sup>	68,6	94,6 <sup>16</sup>
Une fois par mois	29,4	40,7	27,1 <sup>10</sup>	19,6	18,4	1,3 <sup>**</sup>
Une fois par semaine	14,7	9,6	12,3 <sup>11</sup>	11,2	7,3	1,1 <sup>**</sup>
Plus d'une fois par semaine	9,0	5,1	13,8 <sup>12</sup>	10,3	5,8	3,0 <sup>*</sup>

<sup>1-16</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre les maux de tête et le sexe, entre les maux de ventre et le sexe et entre les étourdissements et le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre les maux de dos et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

<sup>‡</sup> Le test d'association entre la difficulté à dormir et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Le nombre et la fréquence des problèmes de courte durée varient en fonction de l'indice de troubles émotifs des enfants de 9 ans (tableau 16.14). Comparativement aux enfants faisant partie du plus haut niveau de l'indice, ceux qui se trouvent au niveau faible ou moyen sont proportionnellement plus nombreux à n'avoir jamais ces problèmes de santé.

Chez les adolescents, on observe une association entre la déclaration de problèmes de courte durée et l'indice de détresse psychologique (tableau 16.15). Les jeunes de 13 ans ainsi que ceux de 16 ans qui se situent au plus haut niveau de l'indice de détresse psychologique sont, toutes proportions gardées, plus nombreux à rapporter plus de deux problèmes au moins une fois par mois (70 % et 75 %) que ceux qui se situent au niveau faible ou moyen (35 % et 40 %).

### 16.2.1.3 Problèmes de santé chroniques ou de longue durée

#### *Nombre de problèmes de santé chroniques ou de longue durée*

Près de la moitié des enfants de 9 ans (45 %) ont au moins un problème de santé chronique; environ 29 % en ont un seul et près de 16 %, plus d'un (tableau 16.16). À 13 et 16 ans, c'est près de trois jeunes sur cinq qui déclarent au moins un problème de longue durée. La proportion des 13 ans qui rapportent plus d'un problème est estimée à 29 % et celle des 16 ans à 35 %. Chez les 16 ans seulement, on observe une association entre cet indicateur et le sexe : les filles déclarent en plus grande proportion que les garçons avoir plus d'un problème de santé chronique.

Tableau 16.14

#### **Nombre et fréquence de problèmes de santé de courte durée selon le niveau de troubles émotifs<sup>†</sup>, enfants de 9 ans, Québec, 1999**

Niveau de troubles émotifs	Jamais	Un ou deux problèmes quelquefois ou souvent	Plus de deux problèmes quelquefois ou souvent
	%		
Faible ou moyen	9,5 <sup>1</sup>	33,1	57,4
Élevé	2,6 <sup>**1</sup>	32,6	64,8

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre et la fréquence de problèmes de santé de courte durée et le niveau de troubles émotifs est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Tableau 16.15

#### **Nombre et fréquence de problèmes de santé de courte durée selon le niveau de détresse psychologique<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

Niveau de détresse psychologique	Rarement ou jamais	Un ou deux problèmes une fois par mois ou plus	Plus de deux problèmes une fois par mois ou plus
	%		
13 ans			
Faible ou moyen	21,7 <sup>1</sup>	43,8 <sup>2</sup>	34,5 <sup>3</sup>
Élevé	5,9 <sup>**1</sup>	24,5 <sup>2</sup>	69,7 <sup>3</sup>
16 ans			
Faible ou moyen	15,3 <sup>4</sup>	44,5 <sup>5</sup>	40,2 <sup>6</sup>
Élevé	5,0 <sup>**4</sup>	20,5 <sup>5</sup>	74,5 <sup>6</sup>

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre et la fréquence de problèmes de santé de courte durée et le niveau de détresse psychologique est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Tableau 16.16

**Nombre de problèmes de santé chroniques ou de longue durée<sup>(1)</sup> selon le sexe, Québec, 1999**

	Aucun	Un problème %	Plus d'un problème
9 ans			
Garçons	51,4	31,3	17,3
Filles	58,5	26,3	15,2
<b>Sexes réunis</b>	<b>54,8</b>	<b>28,9</b>	<b>16,3</b>
13 ans			
Garçons	41,5	32,4	26,2
Filles	33,6	35,3	31,1
<b>Sexes réunis</b>	<b>37,6</b>	<b>33,8</b>	<b>28,6</b>
16 ans <sup>†</sup>			
Garçons	38,4	31,1	30,5 <sup>1</sup>
Filles	36,1	25,0	38,9 <sup>1</sup>
<b>Sexes réunis</b>	<b>37,2</b>	<b>28,0</b>	<b>34,8</b>

<sup>(1)</sup> La question a été répondue par le parent pour les enfants de 9 ans et par les adolescents eux-mêmes pour les 13 et 16 ans.

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de problèmes de santé chroniques et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

#### *Nature des problèmes de santé chroniques ou de longue durée*

L'ensemble des allergies, l'asthme, et les affections de la peau sont les problèmes chroniques les plus fréquemment rapportés par les jeunes (tableau 16.17). Environ 15 % des jeunes de chaque âge souffrent d'asthme. Les « autres allergies », c'est-à-dire autres que le rhume des foins et les allergies alimentaires, affectent plus d'un adolescent sur cinq (22 % et 23 %) et environ 14 % des enfants de 9 ans. La prévalence du rhume des foins augmente avec l'âge, passant de 10 % à 9 ans, à 21 % à 16 ans. Les adolescents sont plus touchés par les affections de la peau que les plus jeunes (15 % et 18 % c. 7 %). Les adolescents de 16 ans sont aussi plus touchés que les enfants par les troubles émotifs, psychologiques ou nerveux (7 % c. 4,9 %). La proportion de jeunes de 9 ans et 16 ans présentant des allergies alimentaires est estimée à environ 6 %; ceux de 13 ans ont peu répondu à cette question.

Les troubles émotifs, psychologiques ou nerveux sont associés au sexe à chaque âge. Chez les enfants de 9 ans, les garçons présentent une prévalence plus élevée que les filles alors que c'est l'inverse chez les

adolescents de 13 et 16 ans. Chez les enfants, l'asthme et les « autres » problèmes sont plus fréquents chez les garçons. Par ailleurs, les affections de la peau sont plus fréquentes chez les filles que chez les garçons de 13 ans et 16 ans. Les analyses ne permettent pas de noter une différence selon le sexe quant à la prévalence des autres problèmes de santé à 13 ans. Chez les adolescents de 16 ans, les problèmes associés au sexe sont, en plus des affections de la peau, les autres allergies et les problèmes respiratoires, les filles étant proportionnellement plus nombreuses que les garçons à éprouver ces problèmes.

Tableau 16.17

**Prévalence des problèmes de santé chroniques ou de longue durée<sup>(1)</sup> selon le sexe, Québec, 1999**

	9 ans			13 ans			16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%								
Asthme <sup>(2)†</sup>	18,0	11,2	<b>14,7</b>	14,5	16,0	<b>15,2</b>	13,8	14,4	<b>14,1</b>
Autres allergies <sup>§</sup>	12,8	15,1	<b>14,0</b> <sup>1,2</sup>	20,5	23,3	<b>21,9</b> <sup>1</sup>	19,7	26,9	<b>23,3</b> <sup>2</sup>
Rhume des foins <sup>(2)</sup>	9,7*	9,8*	<b>9,7</b> <sup>3,4</sup>	17,6	12,9	<b>15,3</b> <sup>3</sup>	21,8	20,4	<b>21,1</b> <sup>4</sup>
Affections de la peau <sup>‡</sup>	5,7*	8,6*	<b>7,1</b> <sup>5,6</sup>	10,8	18,9	<b>14,8</b> <sup>5</sup>	14,9	20,2	<b>17,5</b> <sup>6</sup>
Allergies alimentaires	6,5*	4,4*	<b>5,5</b>	...	...	...	5,6*	6,9*	<b>6,3</b>
Troubles émotifs, psychologiques ou nerveux <sup>*</sup>	7,8*	1,9**	<b>4,9</b> <sup>7</sup>	4,0*	7,5*	<b>5,7</b>	4,7*	10,1	<b>7,3</b> <sup>7</sup>
Problèmes respiratoires <sup>§</sup>	2,3**	1,8**	<b>2,0</b> *	7,4*	8,9*	<b>8,1</b>	5,0*	8,4	<b>6,7</b>
Problèmes des os et des articulations	1,3**	1,0**	<b>1,1</b> **	6,1*	7,2*	<b>6,7</b>	8,0*	10,7	<b>9,4</b>
Troubles de l'appareil digestif	0,4**	0,9**	<b>0,6</b> <sup>**8,9</sup>	3,6**	4,2*	<b>3,9</b> <sup>8</sup>	2,6**	4,0*	<b>3,3</b> <sup>9</sup>
Autres <sup>†</sup>	10,0*	5,0*	<b>7,6</b>	7,1*	7,3*	<b>7,2</b>	6,1*	8,8	<b>7,5</b>

(1) La question a été répondue par le parent pour les enfants de 9 ans et par les adolescents eux-mêmes pour les 13 ans et 16 ans.

(2) L'asthme et le rhume des foins sont mesurés au cours de la vie entière.

<sup>1-9</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

† Les tests d'association entre l'asthme et le sexe et entre les « autres » problèmes et le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

§ Les tests d'association entre les autres allergies et le sexe et entre les problèmes respiratoires et le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

‡ Le test d'association entre les affections de la peau et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

\* Le test d'association entre les troubles émotifs, psychologiques ou nerveux et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

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

## 16.2.1.4 Limitation des activités

L'enquête estime à 1,8 % la proportion d'enfants de 9 ans qui sont limités dans leurs activités en raison de problèmes de santé. Cette proportion se chiffre à environ 7 % et 8 % respectivement pour les adolescents de 13 et 16 ans (tableau 16.18). Aucune différence significative n'est observée selon le sexe. Chez les 9 ans et les 13 ans, l'asthme constitue la principale cause de limitation des activités (51 % et 45 % respectivement). À 16 ans, les problèmes ostéo-articulaires (37 %) viennent s'ajouter à l'asthme (27 %) comme causes importantes de limitation des activités (données non présentées).

Tableau 16.18

**Limitation des activités<sup>(1)</sup> selon le sexe, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Garçons	2,3**	5,4*	6,7*
Filles	1,4**	8,0*	9,6
<b>Sexes réunis</b>	<b>1,8**</b>	<b>6,7</b>	<b>8,2</b>

(1) Pour les enfants de 9 ans, le répondant est le parent.

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

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

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



## 16.2.2 Consommation de médicaments

### 16.2.2.1 Nombre de médicaments consommés

La proportion de jeunes qui ont consommé au moins un médicament sur une période de deux semaines est semblable chez les jeunes de 9 ans (63 %) et de 13 ans (64 %) et plus faible que la proportion observée chez les adolescents de 16 ans (71 %) (tableau 16.19). Les analyses ne démontrent pas de différences selon l'âge en ce qui concerne le fait de prendre un ou deux médicaments. Elles montrent cependant que les adolescents de 16 ans sont proportionnellement plus nombreux que les plus jeunes à consommer trois médicaments ou plus. Cet écart est attribuable à la forte consommation des adolescentes. La proportion de jeunes filles de 16 ans qui prennent trois médicaments ou plus est plus élevée que celle des garçons du même âge et plus élevée que celles des garçons et des filles plus jeunes. En fait, cette proportion est responsable de la différence entre les 16 ans et les plus jeunes quant à la prise d'au moins un médicament. Quel que soit le nombre de médicaments consommés, aucune différence selon le sexe n'est observée chez les jeunes de 9 ans et de 13 ans.

### 16.2.2.2 Classes de médicaments consommés

Les vitamines et minéraux, les médicaments pour la douleur ou la fièvre et les médicaments pour le rhume ou les allergies constituent les classes de médicaments les plus fréquemment rapportées par les jeunes des trois groupes d'âge (tableau 16.20). La proportion de jeunes qui consomment des vitamines et minéraux est plus élevée chez les 9 ans (34 %) que chez les 13 ans (26 %) et les 16 ans (28 %). La prise de médicaments pour la douleur ou la fièvre augmente avec l'âge, passant de près de 31 % pour les enfants de 9 ans à environ 56 % pour les adolescents de 16 ans. Ces derniers sont également plus nombreux que les plus jeunes, en proportion, à consommer des médicaments pour le rhume ou les allergies (28 % c. 17 % et 18 %). Il ne semble pas y avoir de différence selon l'âge en ce qui concerne la proportion de jeunes qui font usage de médicaments pour les problèmes respiratoires (environ 6 %).

Tableau 16.19

**Nombre de médicaments consommés<sup>(1)</sup> au cours d'une période de deux semaines selon le sexe, Québec, 1999**

	Aucun	Un médicament	Deux médicaments	Trois médicaments ou plus	Au moins un médicament
	%				
<b>9 ans</b>					
Garçons	34,0	34,2	19,7	12,1	<b>66,1</b>
Filles	40,4	32,5	15,4	11,8	<b>59,6</b>
<b>Sexes réunis</b>	<b>37,1</b>	<b>33,4</b>	<b>17,6</b>	<b>12,0</b>	<b>62,9<sup>1</sup></b>
<b>13 ans</b>					
Garçons	39,8	30,7	18,3	11,3	<b>60,3</b>
Filles	32,2	30,9	21,8	15,2	<b>67,8</b>
<b>Sexes réunis</b>	<b>36,1</b>	<b>30,8</b>	<b>20,0</b>	<b>13,2</b>	<b>64,0<sup>2</sup></b>
<b>16 ans<sup>†</sup></b>					
Garçons	37,5 <sup>3</sup>	32,1	17,8 <sup>4</sup>	12,7 <sup>5</sup>	<b>62,5</b>
Filles	20,8 <sup>3</sup>	31,2	24,0 <sup>4</sup>	24,1 <sup>5</sup>	<b>79,2</b>
<b>Sexes réunis</b>	<b>29,1</b>	<b>31,7</b>	<b>20,9</b>	<b>18,4</b>	<b>70,9<sup>1,2</sup></b>

<sup>(1)</sup> Pour les jeunes de 9 ans et 13 ans, le répondant est le parent.

<sup>1-5</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de médicaments consommés et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

Comparativement aux enfants de 9 ans, la proportion des adolescents de 13 ans qui utilisent des médicaments pour la peau est plus élevée (10 % c. 6 %). En ce qui concerne les autres classes de médicaments, on ne peut parler que de tendances, les effectifs étant faibles. Ainsi, toutes proportions gardées, les adolescents de 16 ans tendent à être plus nombreux que les plus jeunes à prendre des antibiotiques, et les 9 ans, plus nombreux que les plus âgés à consommer des médicaments qui aident à mieux fonctionner ou à mieux se concentrer.

On observe peu de variations selon le sexe. Le seul écart noté chez les 9 ans concerne les médicaments pour mieux fonctionner ou mieux se concentrer, qui sont consommés par une plus forte proportion de

garçons que de filles (8 % c. 2,3 %). Les garçons de 13 ans sont également plus nombreux proportionnellement que les filles du même âge à utiliser ce type de médicaments (3,7 % c. 0,7 %, faibles effectifs). Dans ce groupe d'âge, la proportion de filles qui prennent des médicaments pour la douleur ou pour la fièvre est plus élevée que celle des garçons. Chez les 16 ans, la surreprésentation des filles par rapport aux garçons touche quatre classes de médicaments : les vitamines et minéraux (33 % c. 24 %), les médicaments pour la douleur ou pour la fièvre (64 % c. 48 %), pour le rhume ou les allergies (31 % c. 24 %) et les autres médicaments (11 % c. 6 %). Chez les filles, cette dernière est constituée de contraceptifs oraux dans une très faible proportion qui n'explique pas, à elle seule, la différence selon le sexe.

Tableau 16.20

**Consommation de médicaments au cours d'une période de deux semaines selon la classe de médicaments et le sexe, Québec, 1999**

	9 ans			13 ans			16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%								
Vitamines et minéraux <sup>†</sup>	35,6	31,4	<b>33,6</b> <sup>1,2</sup>	23,8	28,8	<b>26,2</b> <sup>1</sup>	23,9	32,8	<b>28,3</b> <sup>2</sup>
Médicament pour la douleur ou la fièvre <sup>§</sup>	29,4	31,8	<b>30,6</b> <sup>3</sup>	36,9	47,4	<b>42,1</b>	47,7	64,4	<b>56,0</b> <sup>3</sup>
Médicament pour le rhume ou les allergies <sup>†</sup>	18,4	16,4	<b>17,4</b> <sup>4</sup>	15,3	20,1	<b>17,7</b> <sup>5</sup>	24,2	31,0	<b>27,6</b> <sup>4,5</sup>
Médicament pour les problèmes respiratoires	7,4 *	5,5 *	<b>6,4</b>	6,1 *	7,1 *	<b>6,6</b>	5,8 *	7,7 *	<b>6,8</b>
Médicament pour les problèmes de peau	4,8 *	7,4 *	<b>6,1</b> <sup>6</sup>	9,9 *	10,6	<b>10,2</b> <sup>6</sup>	..	..	..
Antibiotique	5,5 *	5,6 *	<b>5,6</b>	4,4 *	4,2 *	<b>4,3</b> *	7,5 *	9,6	<b>8,5</b>
Médicament pour mieux fonctionner ou mieux se concentrer <sup>†</sup>	8,3 *	2,3 **	<b>5,4</b>	3,7 **	0,7 **	<b>2,2</b> *	1,0 **	1,5 **	<b>1,2</b> **
Médicament pour les problèmes digestifs	0,3 **	1,2 **	<b>0,8</b> **	1,6 **	1,2 **	<b>1,4</b> **	..	..	..
Autres <sup>†</sup>	2,7 **	2,0 **	<b>2,3</b> *	4,3 *	4,0 **	<b>4,2</b> *	5,7 *	10,5	<b>8,1</b>

(1) Pour les jeunes de 9 ans et 13 ans, le répondant est le parent.

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre la consommation de vitamines et minéraux et le sexe, entre la consommation d'un médicament pour le rhume ou les allergies et le sexe et entre la consommation d'un « autre » médicament et le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre la consommation d'un médicament pour la douleur ou la fièvre et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 et 16 ans.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la consommation d'un médicament pour mieux se concentrer et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 et 13 ans.

\*

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

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

## Conclusion

Les résultats de l'enquête montrent que la très grande majorité des enfants et des adolescents considèrent que leur santé est excellente ou plutôt bonne. Les adolescents apprécient toutefois moins favorablement leur santé que les enfants. Tandis que les garçons et les filles de 9 ans perçoivent leur santé de façon similaire, les adolescentes s'estiment en moins bonne santé que les adolescents.

Cette autoévaluation varie selon d'autres caractéristiques de l'enfant et de l'adolescent, dont l'état de santé mentale et l'estime de soi. Ainsi, les enfants qui se situent au plus haut niveau de l'indice de troubles émotifs et les adolescents qui se situent au plus haut niveau de l'indice de détresse psychologique évaluent plus négativement leur santé que les autres. Par ailleurs, la proportion de jeunes de 13 ans et de 16 ans qui qualifient leur santé d'excellente augmente avec le niveau d'estime de soi.

Le poids corporel et l'activité physique sont également associés à la santé perçue par les adolescents. D'une manière générale, on peut dire que les jeunes dont le poids est normal se considèrent en meilleure santé que ceux qui présentent un surplus de poids. Les adolescents les plus actifs physiquement tendent également à évaluer plus positivement leur santé.

La perception de la santé présente aussi des variations selon les relations des jeunes avec leur entourage immédiat. Ainsi, les enfants et les adolescents qui bénéficient d'un niveau de soutien affectif maternel élevé sont plus nombreux à se percevoir en excellente santé que les jeunes dont le soutien affectif est faible. Il en est de même pour le soutien affectif paternel, du moins chez les 16 ans.

Ces résultats se comparent à ceux de l'enquête sur les comportements des jeunes d'âge scolaire effectuée auprès des élèves canadiens de la 6<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> année en 1997-1998 (King, Boyce et King, 1999). Selon cette

enquête, la proportion de jeunes qui s'estiment en excellente santé tend à diminuer lorsque l'âge augmente et elle est plus faible chez les filles que chez les garçons. Bien que les indices ne soient pas les mêmes, l'enquête montre également une association entre la perception de l'état de santé et l'estime de soi, les relations avec les parents et la pratique de l'activité physique. Même si la majorité des jeunes se considèrent en bonne santé, il n'en demeure pas moins qu'une proportion importante éprouve des problèmes de santé de courte ou de longue durée. Rapportés par plus de la moitié des enfants et des adolescents, les maux de tête et les maux de ventre sont les problèmes de courte durée les plus fréquemment ressentis par les jeunes. Les filles sont plus souvent aux prises avec ces problèmes que les garçons. En outre, environ un enfant sur cinq mentionne avoir souvent de la difficulté à dormir. Chez les adolescents, les maux de dos affectent environ un jeune de 16 ans sur deux et une proportion à peine plus faible de jeunes de 13 ans. L'enquête canadienne sur les comportements des jeunes d'âge scolaire révèle également que les maux de tête et les maux de dos sont ressentis par une proportion importante de jeunes canadiens (King, Boyce et King, 1999).

Par ailleurs, on observe un lien entre la déclaration de symptômes ou de problèmes de courte durée et les indicateurs de santé mentale. Ainsi, les adolescents qui se situent au plus haut niveau de l'indice de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreux à rapporter plus de deux problèmes au moins une fois par mois, que ceux qui se situent au niveau faible ou moyen. Un phénomène semblable s'observe chez les enfants de 9 ans en ce qui a trait à l'indice de troubles émotifs.

Ces observations sont en concordance avec celles de l'enquête nationale française auprès des adolescents de 11 à 19 ans, qui montre une forte association entre les troubles dépressifs et le nombre de plaintes somatiques (Choquet et Ledoux, 1994). Selon cette enquête, les jeunes ayant un score élevé sur l'échelle

de la dépressivité sont plus nombreux à cumuler au moins trois troubles fonctionnels que ceux qui ont un faible score.

L'asthme, le rhume des foins, les « autres allergies » et les problèmes de peau sont les problèmes chroniques les plus fréquemment rapportés par les enfants et les adolescents. La prévalence de l'asthme est plus élevée chez les jeunes de 9 ans et de 13 ans que chez ceux de 16 ans. Par contre, les « autres allergies », le rhume des foins et les problèmes de peau touchent plus d'adolescents que d'enfants. L'asthme est plus fréquent chez les garçons que chez les filles de 9 ans, les problèmes de peau sont plus souvent observés chez les filles que chez les garçons de 13 ans et 16 ans et les « autres allergies » sont plus fréquentes chez les adolescentes que chez les adolescents de 16 ans.

Ces problèmes comptent également parmi les plus fréquemment déclarés pour les jeunes lors de l'*Enquête Santé Québec 1987*, mais avec des prévalences beaucoup plus faibles (Camirand, 1996). En 1987, la prévalence de l'asthme était évaluée à 3,6 % et 2,6 % chez les 5 à 14 ans et les 15 à 19 ans respectivement, alors que dans la présente enquête, elle est estimée à 15 % chez les 9 ans et les 13 ans et à 11 % chez les 16 ans. En ce qui concerne le rhume des foins, la hausse est également importante. Une partie de ces augmentations pourrait être due à une différence dans l'énoncé de la question. En 1987, la question faisait référence à la présence du problème au moment de l'enquête tandis qu'en 1999 la période de référence est la vie entière.

Selon l'*Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, la prévalence de l'asthme chez les jeunes canadiens est estimée à 12 % pour les 12 à 14 ans et à 14 % pour les 15 à 17 ans (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999). Ces prévalences sont donc similaires à celles observées dans la présente enquête.

Les données de l'enquête ne permettent pas d'observer un lien entre la perception de l'état de santé des jeunes et le niveau de revenu du ménage chez les 9 ans et les 13 ans, mais l'association est significative pour les 16 ans. Chez les 13 ans et les 16 ans, la santé perçue est également associée à la perception de leur situation financière comparée à celle de leurs camarades de classe. Plus les jeunes considèrent leur situation financière défavorable, plus ils évaluent négativement leur santé.

Par ailleurs, ni le niveau de revenu du ménage ni la perception de la situation financière ne sont associés à la déclaration de problèmes de courte ou de longue durée sauf chez les 13 ans qui, toutes proportions gardées, tendent à être plus nombreux à rapporter des problèmes de courte durée lorsqu'ils jugent leur situation financière moins favorable que celle des autres élèves de leur classe (données non présentées).

Ces liens plus ou moins constants entre l'état de santé des jeunes et les caractéristiques socioéconomiques sont difficiles à interpréter. Les liens les plus significatifs associent des mesures subjectives tandis que les études recensées portent sur des mesures objectives, du moins en ce qui concerne les variables socioéconomiques comme le niveau de revenu (Montgomery, Kiely et Pappas, 1996) ou la classe sociale (Cooper, Arber et Smaje, 1998). Des études plus approfondies devraient faire la lumière sur la relation entre l'état de santé des jeunes, les caractéristiques socioéconomiques des parents et la situation financière perçue par les jeunes. Ces études pourraient retenir des problèmes de santé chroniques particuliers comme l'asthme ou l'ensemble des affections respiratoires, par exemple.

La consommation de médicaments par les jeunes est relativement élevée. Un peu plus de trois jeunes sur cinq chez les 9 ans et les 13 ans ont consommé au moins un médicament au cours d'une période de deux semaines. Chez les 16 ans, cette proportion s'élève à plus des deux tiers. On n'observe pas de différence

selon le sexe, sauf chez les 16 ans où il y a plus de filles qui ont pris trois médicaments ou plus. Les vitamines et minéraux, les médicaments pour la douleur ou la fièvre et les médicaments pour le rhume ou les allergies sont les trois classes de médicaments utilisées par la plus grande proportion de jeunes de chaque âge. Chez les adolescents, ce sont les médicaments pour la douleur ou la fièvre qui occupent le premier rang.

Dans l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, on observe un taux de consommation de médicaments plus faible, soit environ deux jeunes sur cinq, pour une période de référence de deux jours comparativement à deux semaines dans la présente enquête (Camirand, 1996). Dans la première enquête, l'écart de consommation selon le sexe observé chez les 15 à 19 ans était attribuable à la prise d'anovulants par les jeunes filles. Il faut souligner que la présente enquête ne comprend pas de question sur les anovulants mais que ceux-ci peuvent être mentionnés dans la catégorie « autres » médicaments. En 1999, l'écart de consommation à 16 ans est due non seulement à cette dernière catégorie mais aussi aux vitamines et minéraux, aux médicaments pour la douleur ou la fièvre et à ceux pour le rhume ou les allergies.

L'étude *Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire 1997-1998* ne permet pas de comparer la proportion de jeunes canadiens qui ont consommé au moins un médicament avec celle des jeunes de la présente enquête, la période de référence étant aussi différente, soit un mois au lieu de deux semaines (King, Boyce et King, 1999). L'utilisation de médicaments pour les maux de tête laisse toutefois supposer une utilisation relativement élevée par les adolescents de 15 ans (10<sup>e</sup> année), puisque 68 % des filles et 45 % des garçons ont pris ce type de médicament au cours de la période. Cette enquête montre aussi que dans l'ensemble, les filles sont plus nombreuses que les garçons à consommer des médicaments. « Et les écarts s'accroissent avec l'âge, davantage pour les médicaments contre les malaises liés au stress (maux de tête, maux de ventre) que pour ceux destinés à

soulager les effets d'infections (toux, rhume) » (King, Boyce et King, 1999, p. 62).

Les résultats de l'enquête montrent que les enfants et les adolescents ne sont pas exempts de problèmes de santé physique. Nous avons vu également que la présence de symptômes ou problèmes de courte durée est reliée aux troubles émotifs et à la détresse psychologique. Ainsi, certains problèmes physiques peuvent être l'expression d'un sentiment général de malaise, d'insécurité ou de stress souvent éprouvé à l'adolescence, période de transformations biologiques, psychologiques et sociales importantes. Ces problèmes ne doivent pas être ignorés; selon Deschamps (1997), des études ont montré que les plaintes somatiques, le manque d'estime de soi et les problèmes familiaux sont plus fortement associés aux tendances suicidaires que ne le sont les facteurs sociaux et économiques.

Par ailleurs, devant l'ampleur que prennent les allergies sous toutes leurs formes ainsi que l'asthme, il importe de se pencher sur ce problème. Les interventions qui relèvent de la prévention consistent principalement à réduire l'exposition aux substances allergènes associées aux animaux, à la poussière et à la fumée de cigarette. D'ailleurs, l'intensification des mesures d'assainissement de l'air, de dépistage des personnes exposées et de surveillance médicale fait partie des actions prioritaires énoncées dans *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992) pour réduire la mortalité par maladies du système respiratoire.

La proportion d'adolescents qui présentent des maux de dos est également préoccupante. Dans ce cas aussi, on peut se reporter à *La politique de la santé et du bien-être* dont un des objectifs est de réduire la prévalence des maux de dos. L'action proposée, qui consiste à « Mieux informer la population sur l'importance d'une bonne posture et d'une bonne condition physique » (MSSS, 1992, p. 88), prend toute son importance chez les jeunes si les programmes qui leur sont destinés favorisent l'acquisition d'habitudes qu'ils conserveront à l'âge adulte.



# Bibliographie

---

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

CHOQUET, M., et S. LEDOUX (1994). *Adolescents. Enquête nationale*, (Collection Analyses et prospectives), Paris, INSERM, 346 p.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada, Statistique Canada, ICIS, 368 p.

COOPER, H., S. ARBER et C. SMAJE (1998). « Social class or deprivation? Structural factors and children's limiting longstanding illness in the 1990s », *Sociology of Health & Illness*, vol. 20, n° 3, p. 289-311.

DESCHAMPS, J. P. (1997). « Adolescent Health Today: Contributions and Limitations of Epidemiology, Facts, Doubts and Uncertainties », *Promotion & Education*, vol. IV, n° 4, p. 37-41.

FOURNIER, M. A., et J. PICHÉ (2000). « Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 19, p. 387-407.

FOURNIER, M. A., et L. CÔTÉ (1995). « Recours aux services sociaux et de santé » dans *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, chapitre 15, volume 1, p. 315-351.

INTERNATIONAL STUDY OF ASTHMA AND ALLERGIES IN CHILDHOOD (ISAAC) STEERING COMMITTEE (1998). « Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC », *The Lancet*, vol. 351, p. 1215-1231.

JUTRAS, S., et P. MORIN (1997). *La santé. Qu'en pense-t-on à 15 ans?*, Montréal, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal, 37 p.

KING, A. J. C., W. F. BOYCE et M. A. KING (1999). *La santé des jeunes : tendance au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 110 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.

MONTGOMERY, L. E., J. L. KIELY et G. PAPPAS (1996). « The Effects of Poverty, Race, and Family Structure on US Children's Health: Data from the NHIS, 1978 through 1980 and 1989 through 1991 », *American Journal of Public Health*, vol. 86, n° 10, p. 1401-1405.

NEWACHECK, P. W. (1994). « Poverty and Childhood Chronic Illness », *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, vol. 148, p. 1143-1149.





## Chapitre 17

# Asthme et rhinite allergique : prévalence et déterminants

**Benoît Lévesque**  
Direction de la santé publique<sup>1</sup>

**Pierre Ernst**  
Département Épidémiologie et biostatistique  
Université McGill

**Anne-Marie Grenier**  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux  
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

**Tom Kosatsky**  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

**Pierre Lajoie**  
Direction de la santé publique<sup>1</sup>

**Marc Rhainds**  
Direction de la santé publique<sup>1</sup>

**Edgar Delvin**  
Hôpital Ste-Justine

---

<sup>1</sup> Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

### Introduction

Les symptômes respiratoires sont fréquents durant l'enfance et sont responsables d'une grande proportion de la morbidité et de l'absentéisme scolaire chez les moins de 16 ans (Ransom et Arden Pope III, 1992). En 1994-1995 au Québec, les taux d'hospitalisation pour l'asthme étaient respectivement de 12,3, 11,1, 3,9 et 1,8 pour 1 000 habitants chez les enfants de moins de 1 an, de 1 à 4 ans, de 5 à 9 ans et de 10 à 14 ans (Laurier et autres, 1999). Toujours en 1994-1995, le coût total des hospitalisations pour l'asthme a été estimé entre 18 et 21 millions de dollars pour l'ensemble de la population (Laurier et autres, 1999). *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992) reconnaît, dans ses objectifs, que l'asthme est un problème majeur dans la population. L'asthme est la

maladie chronique la plus commune chez les enfants (Clough, Williams et Holgate, 1991). À Montréal, la prévalence de l'asthme chez les jeunes de 3 et 7 ans est passée de 3,8 % en 1980 à 6,5 % en 1983 (Infante-Rivard et autres, 1987). Dans la même ville, Ernst et autres (1995) ont observé en 1992 une prévalence de 4,6 % pour l'asthme et de 5,1 % pour les sibilances (sifflements dans la poitrine) dans une population d'enfants de 5 à 13 ans. Cette situation semble commune à la plupart des pays industrialisés où, malgré certaines difficultés méthodologiques dans les études, il est de plus en plus démontré que le nombre de cas augmente considérablement chez les enfants (Burney, Chinn et Rona, 1990; Weiss, Gergen et Wagener, 1993).

Parallèlement à l'augmentation de la prévalence de l'asthme, on note un nombre plus élevé de consultations pour la fièvre des foins (rhinite allergique au pollen), suggérant que les changements séculaires de la morbidité de l'asthme seraient en grande partie secondaires à un nombre plus élevé de sujets atopiques (Newman-Taylor, 1995). L'atopie, c'est-à-dire la prédisposition génétique à développer des immunoglobulines E (IgE) en réponse à des aéroallergènes, est intimement associée aux manifestations allergiques telles que la rhinite. Elle est aussi un facteur de risque reconnu d'épisodes de sibilances récurrents (Sibbald et autres, 1980) et d'hyperréactivité bronchique (constriction excessive des bronches par différents stimuli : métabolite, histamine...) (Cookson, Musk et Ryan, 1986). L'exposition à des allergènes dans l'air ambiant, en particulier les antigènes associés aux acariens, aux poils d'animaux et aux blattes, est également suspectée comme étant un déterminant important de la morbidité reliée à l'asthme dans la population (Platts-Mills et Carter, 1997).

L'altération de la qualité de l'air, autant extérieur qu'intérieur, est un autre facteur suggéré pour expliquer l'augmentation de la prévalence de l'asthme (Newman-Taylor, 1995). Plusieurs irritants pulmonaires contenus dans l'air extérieur sont issus de la combustion de produits fossiles – dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>), particules respirables – ou encore sont générés par la circulation automobile – oxyde d'azote (NO<sub>x</sub>), ozone (O<sub>3</sub>) –. Cependant, les données récentes concernant les polluants atmosphériques indiquent une amélioration de la qualité de l'air au cours de la dernière décennie. Aussi, l'altération de l'air intérieur au fil du temps apparaît comme une hypothèse actuellement plus plausible (Weiss, Gergen et Wagener, 1993).

Plusieurs auteurs ont évalué divers paramètres de l'air intérieur en relation avec l'asthme. Le tabagisme passif (Maier et autres, 1997) ou maternel (Infante-Rivard, 1993), la présence d'animaux ou de problèmes

d'humidité (Daigler, Markello et Cummings, 1991) et le type de système de chauffage (Infante-Rivard, 1993) sont parmi les facteurs qui ont été incriminés.

Ce chapitre vise à déterminer les prévalences respectives de l'asthme et de la rhinite allergique chez les jeunes québécois de 9, 13 et 16 ans. Il vise également à évaluer la gravité de ces deux pathologies dans cette même population. De plus, il cherche à évaluer l'importance du rôle que jouent les allergies et l'atopie, ainsi que divers déterminants environnementaux potentiels, dans la prévalence de l'asthme. Finalement, il examinera l'importance des mesures de contrôle de l'environnement mises en place par les familles des enfants souffrant de problèmes respiratoires associés à l'asthme, ces mesures constituant un volet important du traitement des asthmatiques (Boulet et autres, 1999).

## 17.1 Aspects méthodologiques

Les épisodes de sifflements dans la poitrine ou sibilances (*wheezing* en anglais) sont des symptômes respiratoires fortement associés à l'asthme et utilisés pour en déterminer la prévalence (Dales et autres, 1994; ISAAC Steering Committee, 1998). À cet effet, une étude internationale a été mise sur pied en 1990, l'*International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC), laquelle vise à décrire la prévalence de l'asthme, de la rhinite allergique et de l'eczéma chez les enfants et à permettre des comparaisons entre différents pays. Son protocole est essentiellement basé sur des questionnaires axés sur les symptômes, dont les sibilances dans le cas de l'asthme. Les questionnaires ont été construits et validés en anglais, puis traduits en plusieurs langues dont le français (Jenkins et autres, 1996).

La presque totalité des questions utilisées dans l'enquête actuelle pour déterminer la prévalence et la gravité de l'asthme et de la rhinite allergique sont tirées directement des outils de l'ISAAC. Elles figurent dans les questionnaires destinés aux parents et aux

adolescents de 16 ans ne fréquentant pas une école secondaire (pour l'asthme : PE32-PE38, PA23-PA29, Q135 à Q141) (pour la rhinite allergique : PE39-PE43, PA30-PA34, Q142-Q146). Elles permettent de documenter la prévalence déclarée de l'asthme (PE36, PA27, Q139) et du rhume des foins (PE43, PA34, Q146) au cours de la vie entière. Les prévalences des sibilances (PE32, PA23, Q135), de la rhinite (PE39, PA30, Q142) et de la rhinoconjonctivite (PE40, PA31, Q143) sont établies sur les 12 mois ayant précédé l'enquête.

Ce chapitre examine également la présence d'allergies autres que le rhume des foins (PE28b, A120b, Q133b) (à l'exclusion des allergies alimentaires). Les questions sur l'histoire familiale d'asthme (PE58b, PA44b) et de rhume des foins (PE58c, PA44c) portent sur le père et la mère biologique du jeune. Cette information n'est pas disponible pour les jeunes de 16 ans ne fréquentant pas l'école secondaire.

On a construit un indicateur de « sibilances suspectées » qui prend une valeur positive en présence d'une réponse positive aux questions portant sur les sibilances après effort (PE37, PA28, Q140) ou la toux sèche la nuit sans rhume (PE38, PA29, Q141) et en l'absence d'une réponse positive à la question portant sur les sibilances (PE32, PA23, Q135). De même, l'indicateur de « sibilances graves » est basé sur les réponses positives aux questions sur les altérations du sommeil (PE34, PA25, Q137) ou du discours (PE35, PA26, Q138) par les sibilances. Par ailleurs, les questions sur la limitation des activités quotidiennes en raison d'un problème d'asthme (PE29, A121, Q134) ou de rhinite (PE42, PA33, Q145) permettent de documenter la gravité de ces deux entités.

Dans le but de vérifier l'importance de l'atopie et de la composante génétique dans la prévalence de l'asthme et de ses symptômes, l'asthme déclaré à vie et les sibilances ont été examinés selon la présence de rhume des foins, de symptômes de rhinite, d'autres allergies que le rhume des foins ou d'une histoire familiale d'asthme. De plus, pour les enfants qui ont

accepté de subir une ponction veineuse dans le cadre de l'enquête, les concentrations d'IgE totales sanguines, un indicateur d'atopie, ont été mesurées par immunoessai à l'aide de la trousse ACCESS (Beckman-Coulter, Brea, Californie). La limite de détection était de 0,25 unité internationale par millilitre (UI/ml). Le taux de participation au prélèvement sanguin a été de 62 % chez les 9 ans, de 69 % chez les 13 ans et de 75 % chez les 16 ans. Il n'y a pas de différence entre les volontaires et ceux qui n'ont pas eu une prise de sang, et ce, autant pour le sexe, le revenu relatif du ménage que pour les symptômes et les entités cliniques en lien avec l'asthme (sibilances, asthme déclaré, rhinite, rhinoconjonctivite, rhume des foins et autres allergies) à l'exception des sibilances chez les jeunes de 13 ans dont la proportion a tendance à être plus élevée chez ceux qui ont eu une ponction veineuse. Les jeunes de 16 ans ne fréquentant pas une école secondaire ne participaient pas au prélèvement sanguin.

Les IgE totales sanguines sont présentées sous la forme d'une moyenne et de son écart-type. L'écart-type<sup>1</sup> permet d'apprécier la dispersion des données autour de l'estimation de la moyenne de la distribution. Il est exprimé ici en UI/ml. Notons que l'écart-type augmente lorsque l'étendue des données est grande et/ou lorsque le nombre d'observations augmente.

Pour les jeunes de 13 et 16 ans, la prévalence à vie de l'asthme ainsi que la prévalence des sibilances ont été croisées avec le statut tabagique. Les mêmes variables ont également été examinées en relation avec le revenu relatif du ménage, le type de région de l'école (métropolitaine ou autre) ainsi qu'avec diverses variables en lien avec l'air intérieur, soit : la présence de fumée de tabac dans la maison, mesurée par le nombre de personnes qui fument (PE72, PA58, Q119) ou le nombre de cigarettes fumées à la maison (PE73, PA59, Q120); la promiscuité, calculée à partir du quotient du nombre de personnes vivant dans le logement (PE4, PA3, Q6) sur le nombre de pièces du

<sup>1</sup> Il s'obtient en faisant le rapport de la somme des différences entre chacune des données et l'estimation de la moyenne au carré sur le nombre d'observations moins un.

domicile (PE111, PA97, Q171); le type de système de chauffage (PE112, PA98, Q172), la ventilation naturelle (PE113, PA99, Q173) et la présence de tapis (PE114-115, PA100-101, Q174-175) ou d'animaux (PE116, PA102, Q176) dans le domicile. Les questions en relation avec l'air intérieur ont été adaptées des outils développés et utilisés sur des échantillons importants dans le cadre de l'*European Community Respiratory Health Survey* (Burney et autres, 1994), de l'étude de la santé respiratoire chez les jeunes de Montréal (Ernst et autres, 1995) et de l'étude d'exposition au radon dans les domiciles de la province de Québec (Lévesque et autres, 1997).

Enfin, la question sur les modifications apportées au logement (PE117, PA103, Q177) permet de vérifier l'importance des mesures mises en place pour contrôler les facteurs de risque liés à l'environnement dans les résidences des jeunes atteints de problèmes respiratoires.

La non-réponse partielle aux questions analysées dans ce chapitre est supérieure à 5 % pour quelques variables, notamment celles relatives aux systèmes de chauffage (eau chaude, air chaud, radiateur électrique, poêle à bois) pour lesquelles elle varie de 7 % à 16 % selon la question et le groupe d'âge. Pour certaines de ces questions (radiateur à eau chaude chez les 16 ans; circulation d'air chaud chez les 13 et 16 ans; poêle à bois chez les 9 ans et les 16 ans), la non-réponse est plus élevée chez les garçons que chez les filles. Cela entraîne une sous-estimation des proportions chez les garçons. Cette sous-estimation est plus importante dans le cas de l'estimation du chauffage avec un poêle à bois chez les 16 ans où la non-réponse est élevée (14 %). Par ailleurs, chez les jeunes de 9 et 16 ans, de 6 % à 7 % des répondants n'ont pas spécifié le nombre de cigarettes fumées par jour dans la maison. La non-réponse aux questions sur l'histoire familiale d'asthme se situe à 7 % alors que celle sur l'histoire familiale de rhume des foins varie entre 7 % et 8 % selon le groupe d'âge. Une analyse a été effectuée dans les cas où la non-réponse partielle était supérieure à 7 %. Celle-ci

n'a révélé aucune relation entre la non-réponse pour ces variables et le sexe ou la scolarité des parents.

## 17.2 Résultats

### 17.2.1 Prévalence et gravité de l'asthme et de la rhinite allergique

Le tableau 17.1 décrit la prévalence de l'asthme et de ses symptômes selon l'âge et le sexe. Il convient d'abord de noter la forte prévalence à vie de l'asthme qui est de l'ordre de 14 % à 15 % chez les enfants de 9 ans et les adolescents de 13 et 16 ans au Québec. La proportion des enfants et adolescents souffrant de sibilances sur une période de 12 mois est de 7 % à 8 %, selon l'âge, alors que celle des jeunes affectés de sibilances graves, dénotant un asthme mal contrôlé, varie entre 2,4 % et 4,4 % selon l'âge. Les proportions de jeunes chez qui on suspecte des sibilances, suggérant une atteinte pulmonaire légère, vont de 9 % (9 et 13 ans) à 12 % (16 ans). Entre 15 % et 17 % des jeunes de 9, 13 et 16 ans ont une histoire familiale d'asthme, c'est-à-dire que l'un ou l'autre de leurs parents biologiques souffre ou a déjà souffert d'asthme.

Il n'y a aucune différence significative entre les groupes d'âge pour l'ensemble de ces variables, sauf en ce qui a trait aux sibilances graves qui diminuent de façon significative entre les 9 ans et les 13 ans (de 4,4 % à 2,4 %). On observe cependant certaines différences selon le sexe. Chez les plus jeunes (9 ans), on constate une prévalence plus élevée d'asthme déclaré à vie et de sibilances suspectées chez les garçons que chez les filles, de même qu'une tendance à une prévalence plus élevée de sibilances chez les garçons. À l'inverse, chez les 16 ans, la prévalence des sibilances suspectées est plus élevée chez les filles. L'enquête permet d'estimer qu'environ 13 000 enfants de 9 ans présentent ou ont déjà présenté de l'asthme au cours de leur vie; c'est aussi le cas d'environ 13 100 adolescents de 13 ans et de 12 400 adolescents de 16 ans.

Tableau 17.1

**Prévalence de l'asthme et des sibilances et présence d'une histoire familiale d'asthme selon le sexe, Québec, 1999**

	Asthme à vie <sup>†</sup>	Sibilances <sup>(1)</sup>	Sibilances graves <sup>(1)</sup>	Sibilances suspectées <sup>(1)§</sup>	Histoire familiale d'asthme <sup>(2)</sup>
	%				
<b>9 ans</b>					
Garçons	18,0	8,8*	5,2*	11,4	15,2
Filles	11,2	5,5*	3,5**	7,5*	18,1
<b>Sexes réunis</b>	<b>14,7</b>	<b>7,2</b>	<b>4,4*<sup>1</sup></b>	<b>9,4</b>	<b>16,6</b>
<b>Pe '000</b>	<b>13,0</b>	<b>6,3</b>	<b>3,9</b>	<b>8,3</b>	<b>14,7</b>
<b>13 ans</b>					
Garçons	14,5	7,3*	2,9**	8,7*	16,0
Filles	16,0	8,4*	1,9**	9,9*	16,0
<b>Sexes réunis</b>	<b>15,2</b>	<b>7,8</b>	<b>2,4*<sup>1</sup></b>	<b>9,3</b>	<b>16,0</b>
<b>Pe '000</b>	<b>13,1</b>	<b>6,7</b>	<b>2,1</b>	<b>8,0</b>	<b>13,8</b>
<b>16 ans</b>					
Garçons	13,8	6,8*	3,4*	9,8*	15,2
Filles	14,4	9,6*	3,7*	14,6	15,2
<b>Sexes réunis</b>	<b>14,1</b>	<b>8,2</b>	<b>3,5*</b>	<b>12,2</b>	<b>15,2</b>
<b>Pe '000</b>	<b>12,4</b>	<b>7,0</b>	<b>3,1</b>	<b>9,9</b>	<b>13,2</b>

<sup>(1)</sup> Problème mesuré sur une période de 12 mois.

<sup>(2)</sup> Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'asthme et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre les sibilances suspectées et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 16 ans.

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

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

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

Le tableau 17.2 présente la proportion de jeunes atteints du rhume des foins à vie et de symptômes de rhinite et de rhinoconjonctivite sur 12 mois. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe, mais dans le cas de la rhinite, on note une tendance à une prévalence plus élevée chez les garçons de 9 ans et de 13 ans. Par contre, pour chacune des trois entités cliniques, il y a une augmentation claire de la prévalence entre l'âge de 9 et 16 ans, celle-ci passant de 10 % à 21 % pour le rhume des foins, de 17 % à 28 % pour la rhinite et de 6 % à 16 % pour la rhinoconjonctivite, reflétant probablement l'augmentation avec l'âge de l'exposition cumulative aux aéroallergènes. Selon leur âge, entre 25 % (16 ans) et 31 % (9 ans) des jeunes visés par l'étude présentent une histoire familiale de rhume des foins.

Peu de jeunes ont été identifiés comme étant limités dans leurs activités en raison d'une maladie chronique ou d'un problème de santé (voir chapitre 16).

Cependant, pour ceux qui l'ont été, l'asthme en est la cause chez environ la moitié des jeunes de 9 ans (51 %) et de 13 ans (47 %), ainsi que chez environ le quart (27 %) des jeunes de 16 ans (tableau 17.3). Ces proportions en font de loin la première cause de limitations des activités quotidiennes dans les deux groupes d'âge les plus jeunes. Chez les adolescents de 16 ans, l'asthme s'ajoute aux problèmes ostéo-articulaires (37 %)<sup>2</sup> comme cause importante de limitations des activités (données non présentées). Ces données mettent en relief l'importance de la morbidité générée par l'asthme qui, dans les cas les plus graves, peut entraîner de sérieuses conséquences chez les enfants et les adolescents.

<sup>2</sup> Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprétée avec prudence.

Tableau 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**

	Rhume des foins à vie	Rhinite <sup>(1)</sup>	Rhinoconjonctivite <sup>(1)</sup>	Histoire familiale de rhume des foins <sup>(2)</sup>
	%			
9 ans				
Garçons	9,7*	19,2	6,2*	30,9
Filles	9,8*	14,4	6,0*	30,5
<b>Sexes réunis</b>	<b>9,7<sup>1</sup></b>	<b>16,9<sup>2, 3</sup></b>	<b>6,1<sup>4</sup></b>	<b>30,7<sup>5</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>8,6</b>	<b>14,9</b>	<b>5,6</b>	<b>27,1</b>
13 ans				
Garçons	17,6	26,6	12,3	28,5
Filles	12,9	21,3	10,4	30,0
<b>Sexes réunis</b>	<b>15,3<sup>1</sup></b>	<b>24,0<sup>2</sup></b>	<b>11,4<sup>4</sup></b>	<b>29,2</b>
<b>Pe '000</b>	<b>13,2</b>	<b>20,6</b>	<b>9,9</b>	<b>25,2</b>
16 ans				
Garçons	21,8	29,6	15,5	23,0
Filles	20,4	26,5	16,3	27,8
<b>Sexes réunis</b>	<b>21,1<sup>1</sup></b>	<b>28,0<sup>3</sup></b>	<b>15,9<sup>4</sup></b>	<b>25,5<sup>5</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>18,3</b>	<b>23,6</b>	<b>13,5</b>	<b>22,0</b>

(1) Problème mesuré sur une période de 12 mois.

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

1-5 Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

Tableau 17.3

**Limitations d'activités dues à l'asthme, enfants et adolescents limités dans leurs activités, Québec, 1999**

	%
9 ans	50,8**
13 ans	45,2*
16 ans	26,4*

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

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

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

Par ailleurs, les symptômes de la rhinite gênent « modérément ou beaucoup » dans leurs activités quotidiennes respectivement 11 %, 7 % et 7 % des jeunes de 9, 13 et 16 ans victimes de rhinite (tableau 17.4) Ces chiffres indiquent que malgré son caractère bénin, la rhinite, dans sa forme la plus grave, peut porter atteinte à la qualité de vie des jeunes.

Tableau 17.4

**Degré de gêne dans les activités quotidiennes, enfants et adolescents victimes de rhinite, Québec, 1999**

	%
9 ans	
Pas du tout	61,6
Un peu	27,0
Modérément ou beaucoup	11,4*
13 ans	
Pas du tout	59,4
Un peu	33,6
Modérément ou beaucoup	7,0**
16 ans	
Pas du tout	58,7
Un peu	34,5
Modérément ou beaucoup	6,8*

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

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

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

## 17.2.2 Relations entre l'asthme, les allergies et l'atopie

Le tableau 17.5 examine les relations entre la présence de différents problèmes : la prévalence à vie de l'asthme et du rhume des foins, celle des sibilances et de la rhinite sur une période de 12 mois et la présence d'allergies autres que le rhume des foins (sur six mois). Ces relations sont toutes significatives. Elles indiquent que l'asthme chez les enfants et adolescents québécois est intimement associé à la présence d'allergies et, ce faisant, à un état présumé atopique.

À cet effet, le tableau 17.6 présente les résultats des concentrations sanguines d'immunoglobulines E (IgE) totales chez les enfants et les adolescents. Tout comme pour les prévalences du rhume des foins, des symptômes de rhinite et de rhinoconjonctivite, on constate une augmentation des IgE totales entre les jeunes de 9 ans et ceux de 16 ans, ce qui reflète encore probablement une sensibilisation progressive à différents allergènes. Par ailleurs, on note des concentrations moyennes d'IgE plus élevées chez les garçons que chez les filles, à 16 ans.

Tableau 17.5  
Relations entre l'asthme, les sibilances et les allergies, Québec, 1999

		Asthme à vie <sup>†</sup>		Sibilances <sup>(1)†</sup>		Rhume des foins à vie <sup>†</sup>		Rhinite <sup>(1)†</sup>	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
%									
9 ans									
Sibilances <sup>(1)</sup>	Oui	75,5	24,5*						
	Non	9,9	90,1						
Rhume des foins à vie	Oui	26,8*	73,2	18,5*	81,5				
	Non	13,4	86,6	5,9*	94,1				
Rhinite <sup>(1)</sup>	Oui	30,4	69,6	22,4*	77,6	27,2*	72,8		
	Non	11,5	88,5	4,1*	95,9	6,2*	93,8		
Autres allergies <sup>(2)</sup>	Oui	27,6	72,4	17,7*	82,3	18,5*	81,5	33,2	66,8
	Non	11,6	88,4	4,7*	95,3	8,0	92,0	13,4	86,6
13 ans									
Sibilances <sup>(1)</sup>	Oui	67,9	32,1*						
	Non	10,4	89,6						
Rhume des foins à vie	Oui	26,8*	73,2	18,1*	81,9				
	Non	12,9	87,1	6,0*	94,1				
Rhinite <sup>(1)</sup>	Oui	29,4	70,6	20,1*	79,9	36,6	63,4		
	Non	10,7	89,3	4,0*	96,0	8,7	91,3		
Autres allergies <sup>(2)</sup>	Oui	25,7	74,3	15,1*	84,9	27,3	72,7	39,8	60,2
	Non	10,9	89,1	4,8*	95,2	10,6	89,4	17,0	83,0
16 ans									
Sibilances <sup>(1)</sup>	Oui	62,6	37,4*						
	Non	9,8	90,2						
Rhume des foins à vie	Oui	24,2	75,8	14,6*	85,4				
	Non	11,2	88,8	6,4*	93,6				
Rhinite <sup>(1)</sup>	Oui	26,5	73,5	19,6	80,4	46,5	53,5		
	Non	9,3	90,7	3,8*	96,2	11,4	88,6		
Autres allergies <sup>(2)</sup>	Oui	27,3	72,7	16,7*	83,3	42,2	57,8	46,0	54,0
	Non	9,2	90,8	5,3*	94,7	13,2	86,8	21,8	78,2

<sup>(1)</sup> Problème mesuré sur une période de 12 mois.

<sup>(2)</sup> Problème qui persiste depuis six mois ou qui durera probablement plus de six mois.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre toutes ces variables sont significatifs au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

Tableau 17.6  
**Concentration moyenne des IgE totales sanguines selon le sexe, Québec, 1999**

	Moyenne	Écart-type
	UI/ml <sup>(1)</sup>	
9 ans		
Garçons	132,6	284,7
Filles	102,3	255,1
<b>Sexes réunis</b>	<b>117,5<sup>1</sup></b>	<b>270,6</b>
13 ans		
Garçons	146,9	284,4
Filles	137,5	384,4
<b>Sexes réunis</b>	<b>142,4</b>	<b>336,5</b>
16 ans <sup>†(2)</sup>		
Garçons	218,7	500,4
Filles	149,8	431,9
<b>Sexes réunis</b>	<b>184,1<sup>1</sup></b>	<b>468,3</b>

<sup>(1)</sup> Unités internationales par millilitre.

<sup>(2)</sup> Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

<sup>1</sup> Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test de différence des moyennes d'IgE entre les sexes est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

Le tableau 17.7 décrit les moyennes des concentrations d'IgE totales selon la présence d'asthme, de sibilances, de rhume des foins, de rhinite et de rhinoconjonctivite. Il montre que les moyennes sont beaucoup plus élevées lorsque les pathologies ou symptômes étudiés sont présents. Ces différences sont significatives pour la très grande majorité des comparaisons effectuées (à l'exception de l'asthme, des sibilances et de la rhinoconjonctivite chez les 9 ans). Cela vient de nouveau confirmer le lien étroit qui unit les allergies et l'asthme avec l'atopie, ou encore la prédisposition génétique à développer des IgE à la suite d'une exposition à des aéroallergènes chez les enfants et les adolescents du Québec. L'importante composante génétique de l'asthme infantile au Québec est également illustrée à la figure 17.1 : peu importe leur âge, les jeunes qui présentent de l'asthme à vie ou des sibilances (sur une période de 12 mois) sont plus nombreux, en proportion, à avoir une histoire familiale d'asthme positive.

Tableau 17.7  
**Concentration moyenne des IgE totales sanguines selon la présence d'asthme, de sibilances et d'allergies, Québec, 1999**

		9 ans		13 ans		16 ans <sup>(1)</sup>	
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
UI/ml <sup>(2)</sup>							
Asthme à vie <sup>†</sup>	Oui	177,1**	371,1	248,4	353,4	332,1*	615,7
	Non	108,5	263,2	114,3	323,1	159,2	378,6
Sibilances <sup>(3)†</sup>	Oui	229,8**	480,9	283,2*	371,8	430,0*	760,7
	Non	109,4	256,4	124,7	328,4	160,9	371,7
Rhume des foins à vie <sup>§</sup>	Oui	260,5*	403,9	319,8	417,0	326,7*	607,6
	Non	103,9	262,7	107,2	310,5	151,7	364,7
Rhinite <sup>(3)§</sup>	Oui	202,5*	421,3	242,1	353,5	308,8	578,6
	Non	101,9	242,9	104,9	324,7	140,4	346,0
Rhinoconjonctivite <sup>(3)†</sup>	Oui	173,4**	258,8	310,0*	385,0	353,5*	687,0
	Non	115,1	271,1	117,2	326,0	157,6	421,2

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

<sup>(2)</sup> Unités internationales par millilitre.

<sup>(3)</sup> Problème mesuré sur une période de 12 mois.

<sup>†</sup> Les tests de différence des moyennes d'IgE selon la présence d'asthme, de sibilances ou de rhinoconjonctivite sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

<sup>§</sup> Les tests de différence des moyennes d'IgE selon la présence de rhume des foins ou de rhinite sont significatifs à chaque âge.

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

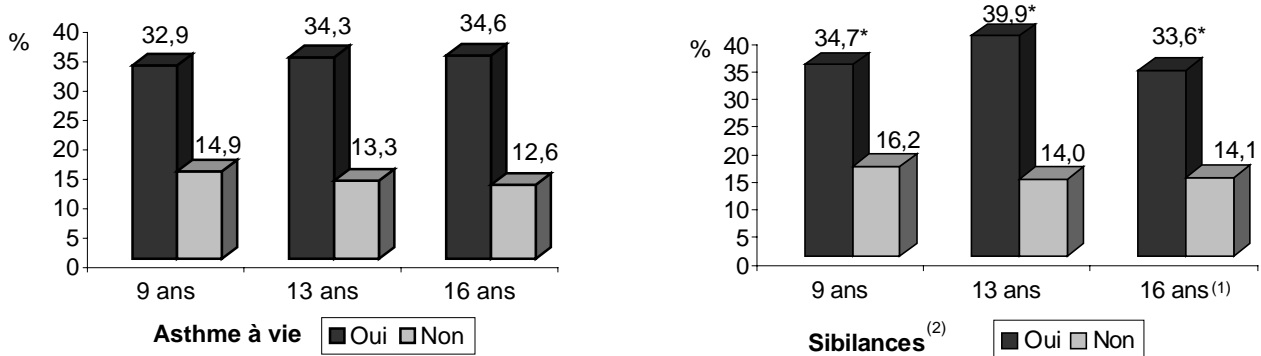
\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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



Figure 17.1

**Histoire familiale d'asthme selon la présence d'asthme ou de sibilances<sup>†</sup>, Québec, 1999**



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

(2) Problème mesuré sur une période de 12 mois.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre l'histoire familiale d'asthme et la présence d'asthme et entre l'histoire familiale d'asthme et la présence de sibilances sont significatifs au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

**17.2.3 Asthme, tabagisme et déterminants environnementaux**

L'enquête n'a mis en évidence aucune relation significative entre le statut tabagique et la prévalence à vie d'asthme ou de sibilances sur une période de 12 mois chez les adolescents de 13 ou de 16 ans. Il en est de même, dans les trois groupes d'âge, pour la présence de fumée de tabac dans la maison (mesurée par le nombre de personnes qui fument à la maison ou par le nombre de cigarettes fumées à la maison) et pour le type de région de l'école (données non présentées).

Le tableau 17.8 met en relief la relation entre la prévalence d'asthme ou de sibilances et le revenu relatif du ménage, un facteur inversement associé à une exposition plus grande aux allergènes et aux polluants intérieurs (Malveaux et Fletcher-Vincent, 1995). On observe des relations significatives pour l'asthme chez les jeunes de 9 ans et de 16 ans et pour les sibilances chez les 9 ans. Les jeunes de 9 ans et de 16 ans de ménages à revenu faible ou très faible présentent des prévalences à vie d'asthme plus élevées que ceux de ménages plus fortunés. Il en est de même pour les sibilances chez les enfants de 9 ans.

Tableau 17.8  
**Prévalence d'asthme ou de sibilances selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999**

	Asthme à vie <sup>†</sup> / Sibilances <sup>(1)§</sup>	
	%	
9 ans		
Très faible ou faible	22,6* <sup>1</sup>	13,5* <sup>2</sup>
Moyen	13,8*	4,7** <sup>2</sup>
Élevé ou très élevé	12,4 <sup>1</sup>	6,3*
13 ans		
Très faible ou faible	18,5*	8,7**
Moyen	15,8*	6,0**
Élevé ou très élevé	14,3	8,1*
16 ans <sup>(2)</sup>		
Très faible ou faible	22,9* <sup>3</sup>	12,5**
Moyen	10,1* <sup>3</sup>	6,5**
Élevé ou très élevé	15,0	7,8*

(1) Problème mesuré sur une période de 12 mois.

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

<sup>1-3</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'asthme et le revenu du ménage est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et les 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre les sibilances et le revenu du ménage est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

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

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

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

Le tableau C.17.1, en annexe, présente diverses caractéristiques de l'environnement des enfants et adolescents québécois en lien avec la qualité de l'air intérieur de leur résidence. Fait surprenant, comme pour la présence de fumée de tabac dans la maison et le type de région de l'école, la promiscuité, le type de système de chauffage, la ventilation naturelle ou encore la présence d'animaux ou de tapis dans la résidence ne sont pas significativement associés à la présence d'asthme à vie ou de sibilances (données non présentées). Cela peut être dû au fait que les parents des jeunes souffrant de problèmes respiratoires en lien avec l'asthme et les allergies sont plus susceptibles de modifier leur environnement. À cet effet, le tableau 17.9 indique que plus de 40 % des parents des jeunes visés par l'enquête ont apporté des modifications à leur domicile parce que quelqu'un dans leur foyer souffrait d'asthme, d'allergies ou d'autres problèmes respiratoires. À l'exception des mesures visant les animaux qui sont appliquées dans une faible proportion des ménages, soit entre 9 % et 11 % selon le groupe d'âge (parmi ceux qui ont déjà eu des animaux), les proportions varient entre 16 % et 21 % pour les autres modifications suggérées, soit l'enlèvement des tapis, l'augmentation de la ventilation, la réduction de la consommation de tabac ou encore le contrôle de la poussière ou des acariens.

Les modifications apportées au domicile ont été examinées en relation avec la prévalence de l'asthme à vie et des sibilances sur une période de 12 mois (tableau 17.10). Comme on pouvait s'y attendre, il existe une association avec la mise en place des mesures de contrôle de l'environnement suggérées, indiquant des modifications plus fréquentes dans les domiciles des jeunes victimes d'asthme et de sibilances. En fait, de 68 % à 79 % des familles d'enfants et d'adolescents souffrant d'asthme ou de sibilances ont effectué l'une ou l'autre des modifications à leur résidence. Cependant, ainsi que décrit au tableau 17.11, la présence de tapis (de 30 % à 37 %) et d'animaux (de 22 % à 41 %), mais surtout la présence de fumée de tabac (de 43 % à 52 %), demeurent des facteurs de risque fortement prévalents dans les domiciles des jeunes atteints de sibilances ou ayant souffert ou souffrant toujours d'asthme.

Tableau 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**

	Enlever les tapis <sup>(1)</sup>	Augmenter la ventilation	Réduire la consommation de tabac	Se défaire des animaux <sup>(2)</sup>	Contrôler la poussière, les acariens	<b>L'une ou l'autre des modifications</b>
	%					
9 ans	17,7	16,5	20,5	9,2	18,8	<b>42,7</b>
13 ans	20,0	16,8	16,7	8,9	17,8	<b>40,7</b>
16 ans	20,4	19,1	19,5	11,0	18,0	<b>45,9</b>

<sup>(1)</sup> En proportion de ceux qui ont déjà eu des tapis dans ce logement.

<sup>(2)</sup> En proportion de ceux qui ont déjà eu des animaux dans ce logement.

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

Tableau 17.10

**Enfants et adolescents vivant dans une résidence où des modifications ont été apportées<sup>†</sup>, enfants et adolescents ayant un problème d'asthme ou de sibilances, Québec, 1999**

	Asthme à vie %	Sibilances <sup>(1)</sup> %
9 ans		
Enlever le tapis <sup>(2)</sup>	25,5*	34,9*
Augmenter la ventilation	28,7*	38,8*
Réduire la consommation de tabac	45,6	51,8
Se défaire des animaux <sup>(3)</sup>	17,8*	21,4**
Contrôler les acariens	29,0*	39,8*
<b>L'une ou l'autre des modifications</b>	<b>72,1</b>	<b>79,0</b>
13 ans		
Enlever le tapis <sup>(2)</sup>	44,8	39,1*
Augmenter la ventilation	33,1	30,7*
Réduire la consommation de tabac	32,8	26,8*
Se défaire des animaux <sup>(3)</sup>	17,2*	21,0**
Contrôler les acariens	33,8	34,4*
<b>L'une ou l'autre des modifications</b>	<b>68,4</b>	<b>71,1</b>
16 ans		
Enlever le tapis <sup>(2)</sup>	36,0	36,4*
Augmenter la ventilation	41,0	38,6*
Réduire la consommation de tabac	35,6	35,0*
Se défaire des animaux <sup>(3)</sup>	23,5*	20,4**
Contrôler les acariens	34,5	48,0
<b>L'une ou l'autre des modifications</b>	<b>74,1</b>	<b>78,3</b>

(1) Problème mesuré sur une période de 12 mois.

(2) En proportion de ceux qui ont déjà eu des tapis dans ce logement.

(3) En proportion de ceux qui ont déjà eu des animaux dans ce logement.

† Les tests d'association entre la présence d'asthme ou de sibilances et la présence de chacune des modifications au logement sont significatifs au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

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

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

Tableau 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**

	Asthme à vie %	Sibilances <sup>(1)</sup> %
9 ans		
Fumée de tabac <sup>(2)</sup>	46,6	50,8
Tapis	32,4	37,2*
Chat	24,0*	22,3**
Chien	29,6	28,0*
13 ans		
Fumée de tabac <sup>(2)</sup>	49,1	43,0*
Tapis	32,9	29,8*
Chat	34,6	33,7*
Chien	40,8	38,0*
16 ans		
Fumée de tabac <sup>(2)</sup>	47,5	52,1
Tapis	35,4	37,0*
Chat	29,3*	22,8*
Chien	39,9	39,3*

(1) Problème mesuré sur une période de 12 mois.

(2) Au moins un fumeur dans la résidence.

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

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

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

## Conclusion

L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 permet d'obtenir de nouvelles données relativement à la prévalence de l'asthme et de la rhinite allergique au Québec. Même si les résultats ne sont pas appuyés par des évaluations cliniques (ex. : tests de fonction respiratoire, tests de provocation bronchique) et qu'en cela ils peuvent être sujets à critique quant à la validité des diagnostics, le questionnaire utilisé a été mis au point dans le cadre de l'étude ISAAC et a été administré à des milliers d'enfants à travers le monde (Strachan et autres, 1997; ISAAC Steering Committee, 1998). Selon les réponses recueillies par ce questionnaire, environ 14 % à 15 % des jeunes québécois de 9, 13 et 16 ans ont déjà fait ou font toujours de l'asthme en 1999. Une proportion de 12,1 % a été observée en 1992 dans la région de

Montréal par Ernst et autres (1995) chez les enfants de 5 à 13 ans. Habbick et autres (1999) ont rapporté, pour les deux villes canadiennes participant à l'ISAAC, des prévalences de 17,2 % et 11,2 % respectivement à Hamilton et à Saskatoon pour des enfants de 6-7 ans et de 19,2 % et 12,2 % respectivement pour des jeunes de 13-14 ans.

Pour les sibilances lors de l'année ayant précédé l'enquête, les proportions observées dans l'étude actuelle se situent entre 7 % et 8 % pour les trois groupes d'âge. Elles sont donc du même ordre de grandeur que celle de 5,1 % observée par Ernst et autres (1995) en 1992 pour les jeunes de Montréal. Cependant, elles sont nettement plus basses que celles rapportées par Habbick et autres (1999) qui sont respectivement de 20,1 % et 14,1 % à Hamilton et Saskatoon pour les enfants de 6-7 ans et de 30,6 % et 24,0 % respectivement, pour ceux de 13-14 ans.

La similarité des prévalences à vie de l'asthme observées dans la présente enquête et dans l'ISAAC à Hamilton et Saskatoon contraste avec les différences de prévalences des sibilances observées par Ernst et autres à Montréal et dans les données actuelles, comparativement à celles de l'ISAAC. Un facteur culturel relié à la traduction ou à la perception du concept de *wheezing* peut ici expliquer les faibles prévalences observées au Québec. Osterman et autres (1991) ont déjà mis en relief une différence entre des travailleurs francophones et anglophones de la région de Montréal concernant les prévalences des sibilances recueillies par questionnaire, les premiers déclarant moins souvent ces symptômes que les seconds. Pekkanen et autres (1997) ont également constaté un effet important de la traduction du terme *wheezing* en finlandais sur les prévalences observées dans l'application du protocole ISAAC en Finlande. D'ailleurs, dans l'enquête ISAAC (1998), on a noté des prévalences de sibilances plus élevées dans les pays anglophones et soulevé l'hypothèse d'un effet combiné de la langue et de la culture. Dans cette optique,

l'asthme actuel déclaré ou l'asthme déclaré à vie sont probablement des variables plus fiables pour comparer les données québécoises.

Le questionnaire de l'ISAAC utilisé dans la présente étude évalue la prévalence de la morbidité active de l'asthme par le biais des symptômes, c'est-à-dire les sibilances. Pour sa part, l'*Enquête sociale et de santé 1998* de l'ISQ, réalisée auprès de 12 000 ménages, a bien documenté l'asthme actif déclaré pour l'année ayant précédé l'enquête; la prévalence estimée au Québec en 1998 chez les jeunes de 9 à 16 ans est de 6,3 % (données non publiées). À titre de comparaison, Ernst et autres (1995) ont observé une proportion de 4,6 % à Montréal, et Dales et autres (1994) ont estimé une prévalence de 3,3 % auprès d'un échantillon de plus de 4 000 enfants québécois de 5 à 8 ans en 1988. Ces données permettent de compléter le portrait de l'asthme déclaré chez les jeunes québécois. L'ensemble de ces résultats suggère que la morbidité pour l'asthme infantile est en progression au Québec et qu'elle est du même ordre de grandeur qu'ailleurs au Canada. Par ailleurs, la présente enquête montre que les sibilances sont fortement associées à l'asthme. Aussi, elles constituent un indicateur de la présence de cette maladie au Québec et l'étude actuelle permet d'en mesurer la signification. Finalement, les données de l'enquête ont permis de mettre en relief le fait que l'asthme est la première cause de limitations d'activités dues à un problème de santé chez les jeunes québécois de 9 et 13 ans et parmi les plus importantes (avec les problèmes ostéo-articulaires) chez ceux de 16 ans.

Concernant la rhinite allergique, le bilan de l'étude ISAAC pour les 463 801 jeunes de 13-14 ans provenant de 155 centres à travers le monde a été publié récemment. Pour chacun des centres, les prévalences moyennes de rhinite et de rhinoconjonctivite ont été calculées; les résultats présentés en percentiles permettent une comparaison entre les différents centres. Globalement, les 25<sup>e</sup> percentiles des

prévalences de symptômes de rhinite et de rhinoconjonctivite étaient respectivement de 21,2 % et 9,0 % de la population et les 50<sup>e</sup> percentiles, de 30,3 % et 13,6 % (Strachan et autres, 1997). Dans l'étude actuelle, les prévalences chez les jeunes de 13 ans sont de 24 % pour la rhinite et 11 % pour la rhinoconjonctivite, se situant donc entre les proportions correspondant aux 25<sup>e</sup> et 50<sup>e</sup> percentiles répertoriées dans les centres ayant participé à l'étude ISAAC.

Deux facteurs majeurs sont critiques dans le développement de l'asthme, soit le bagage génétique et l'environnement. Les résultats de l'enquête font clairement ressortir l'importance du premier. Les relations étroites entre la prévalence de l'asthme ou des sibilances et les allergies ou l'histoire familiale sont établies. De plus, l'analyse des concentrations sanguines d'immunoglobulines E (IgE) totales met en relief leur importance dans l'étiologie de l'asthme et des allergies chez les jeunes de 9, 13 et 16 ans au Québec. Cet élément est fort important puisque la signification des concentrations sanguines des IgE totales en relation avec l'asthme et les allergies peut varier selon les régions (Burney et autres, 1997). Il en va de même de l'influence de l'âge sur leurs distributions. Ainsi, les données recueillies devraient permettre d'établir des courbes de normalité qui, dans le cas présent, pourraient être examinées en relation avec les symptômes spécifiques aux jeunes de 9, 13 et 16 ans. Une étude complémentaire est actuellement en cours pour vérifier, sur des échantillons sanguins provenant de 450 jeunes (la moitié avec des symptômes d'asthme ou d'allergies et l'autre moitié sans symptômes), les teneurs en IgE spécifiques pour les aéroallergènes les plus communs (acariens, chat, chien, blatte, herbe à poux, graminées, *alternaria*). Cette étude devrait aider à mieux comprendre les mécanismes gouvernant l'atopie dans la population des enfants et adolescents québécois.

En contrepartie, mises à part certaines relations avec le revenu du ménage, l'étude n'a pas permis d'observer

d'associations entre la prévalence de l'asthme à vie ou des sibilances d'une part, et le tabagisme ou différents déterminants environnementaux, d'autre part. Une caractérisation imprécise ou absente de plusieurs de ces derniers déterminants (pollution de l'air extérieur, exposition au pollen, à l'humidité et aux moisissures), ainsi que les modifications apportées aux facteurs de risque par les familles des jeunes affligés de problèmes respiratoires, sont possiblement responsables de cet état de fait. On constate en effet qu'une forte proportion des parents de jeunes souffrant de problèmes respiratoires ont modifié des facteurs de risque susceptibles d'altérer la santé de leurs enfants. Cependant, ces facteurs de risque demeurent présents dans une proportion notable de foyers de jeunes victimes d'asthme ou de sibilances. Cela indique qu'il y a encore du travail à faire pour sensibiliser les familles des enfants et adolescents souffrant de problèmes respiratoires quant à l'importance du contrôle de l'environnement au domicile. Ces résultats viennent également appuyer la conception et la mise en place de programmes axés sur une approche multifactorielle dans le traitement de l'asthme au Québec. Les initiatives de ce type – dont le Réseau québécois de l'enseignement sur l'asthme est un exemple – devraient être encouragées et les milieux défavorisés devraient être particulièrement ciblés.



# Bibliographie

---

BOULET, L. P., A. BECKER, D. BÉRUBÉ, R. BEVERIDGE et P. ERNST (1999). « Canadian asthma consensus report, 1999 », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161, suppl. 11, p. S1-S61.

BURNEY, P. G. J., S. CHINN et R. J. RONA (1990). « Has the prevalence of asthma increased in children? Evidence from the national study of health and growth 1973-86 », *British Medical Journal*, vol. 300, p. 1306-1310.

BURNEY, P. G. J., C. LUCZYNSKA, S. CHINN et D. JARVIS (1994). « The European community respiratory health survey », *European Respiratory Journal*, vol. 7, n° 5, p. 954-960.

BURNEY, P. G. J., E. MALMBERG, S. CHINN, D. JARVIS, C. LUCZYNSKA et E. LAI (1997). « The distribution of total and specific serum IgE in the European Community Respiratory Health Survey », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 99, n° 3, p. 314-322.

CLOUGH, J. B., J. D. WILLIAMS et S. T. HOLGATE (1991). « Effect of atopy on the natural history of symptoms, peak expiratory flow, and bronchial responsiveness in 7- and 8-year-old children with cough and wheeze: a 12-month longitudinal study », *American Review of Respiratory Disease*, vol. 143, n° 4, Part 1, p. 755-760.

COOKSON, W., A. W. MUSK et G. RYAN (1986). « Association between asthma history, atopy, and non-specific bronchial responsiveness in young adult », *Clinical Allergy*, vol. 16, n° 5, p. 425-432.

DAIGLER, G. E., S. J. MARKELLO et K. M. CUMMINGS (1991). « The effect of indoor air pollutants on otitis media and asthma in children », *Laryngoscope*, vol. 101, n° 3, p. 293-296.

DALES, R. E., M. RAIZENNE, S. EL-SAADANY, J. BROOK et R. BURNETT (1994). « Prevalence of childhood asthma across Canada », *International Journal of Epidemiology*, vol. 23, n° 4, p. 775-781.

ERNST, P., K. DEMISSIE, L. JOSEPH, U. LOCHER et M. R. BECKLAKE (1995). « Socioeconomic status and indicators of asthma in children », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 152, n° 2, p. 570-575.

HABBICK, B. F., M. M. PIZZICHINI, B. TAYLOR, D. RENNIE, A. SENTHILSELVAN et M. R. SEARS (1999). « Prevalence of asthma, rhinitis and eczema among children in two Canadian cities: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 13, p. 1824-1828.

INFANTE-RIVARD, C., S. ESNAOLA SUKIA, D. ROBERGE et M. BEAUMGARTEN (1987). « The changing frequency of childhood asthma », *Journal of Asthma*, vol. 24, n° 5, p. 283-288.

INFANTE-RIVARD, C. (1993). « Childhood asthma and indoor environmental risk factors », *American Journal of Epidemiology*, vol. 137, n° 8, p. 834-844.

INTERNATIONAL STUDY OF ASTHMA AND ALLERGIES IN CHILDHOOD (ISAAC) STEERING COMMITTEE (1998). « Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC », *The Lancet*, vol. 351, n° 9111, p. 1225-1231.

JENKINS, M. A., J. R. CLARKE, J. B. CARLIN, C. F. ROBERTSON, J. L. HOPPER, M. F. DALTON, D. P. HOLST, K. CHOI et G. G. GILLES (1996). « Validation of questionnaire and bronchial hyperresponsiveness against respiratory physician assessment in the diagnosis of asthma », *International Journal of Epidemiology*, vol. 25, n° 3, p. 609-616.

LAURIER, C., W. KENNEDY, J.-L. MALO, M. PARÉ, D. LABBÉ, A. ARCHAMBAULT et A.-P. CONTANDRIOPOULOS (1999). « Taux et coût des hospitalisations pour l'asthme au Québec : analyse des données de 1988-1989, 1989-1990 et 1994-1995 », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 20, p. 92-99.

LÉVESQUE, B., D. GAUVIN, R. G. MCGREGOR, R. MARTEL, S. GINGRAS, A. DONTIGNY, W. B. WALKER, P. LAJOIE et E. LÉTOURNEAU (1997). « Radon in residences: Influences of geological and housing characteristics », *Health Physics*, vol. 72, n° 6, p. 907-914.

MAIER, W. C., H. M. ARRIGHI, B. MORRAY, C. LLEWELLYN et G. J. REDDING (1997). « Indoor risk factors for asthma and wheezing among Seattle school children », *Environmental Health Perspectives*, vol. 105, n° 2, p. 208-214.

MALVEAUX, F. J., et S. A. FLETCHER-VINCENT (1995). « Environmental risk factors of childhood asthma in urban centers », *Environmental Health Perspectives*, vol. 103, suppl. 6, p. 59-62.

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

NEWMAN-TAYLOR, A. (1995). « Environmental determinants of asthma », *The Lancet*, vol. 345, n° 8945, p. 296-299.

OSTERMAN, J. W., B. G. ARMSTRONG, E. LEDOUX, M. SLOAN et P. ERNST (1991). « Comparison of French and English versions of the American Thoracic Society Respiratory Questionnaire in a bilingual working population », *International Journal of Epidemiology*, vol. 20, n° 1, p. 138-143.

PEKKANEN, J., S. T. REMES, T. HUSMAN, M. LINDBERG, M. KAJOSAARI, A. KOIVIKKO et L. SOININEN (1997). « Prevalence of asthma symptoms in video and written questionnaires among children in four regions of Finland », *European Respiratory Journal*, vol. 10, n° 8, p. 1787-1794.

PLATTS-MILLS, T. A. E., et M. C. CARTER (1997). « Asthma and indoor exposure to allergens », *New England Medical Journal*, vol. 336, n° 19, p. 1382-1384.

RANSOM, M. R., et C. ARDEN POPE III (1992). « Elementary school absences and PM<sub>10</sub> pollution in Utah Valley », *Environmental Research*, vol. 58, n° 2, p. 204-219.

SIBBALD, B., M. E. HORN, E. A. BRAIN et I. GREGG (1980). « Genetic factors in childhood asthma », *Thorax*, vol. 35, n° 9, p. 671-674.

STRACHAN, D., B. SIBBALD, S. WEILAND, N. AIT-KHALED, G. ANABWANI, H. R. ANDERSON et autres (1997). « Worldwide variations in prevalence of symptoms of allergic rhinoconjunctivitis in children: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) », *Pediatric Allergy and Immunology*, vol. 8, n° 4, p. 161-176.

WEISS, K. B., P. J. GERGEN et D. K. WAGENER (1993). « Breathing better or wheezing worse? The changing epidemiology of asthma morbidity and mortality », *Annual Review of Public Health*, vol. 14, p. 491-513.



## Tableau complémentaire

Tableau 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**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Fumée de tabac <sup>(1)</sup>	42,8	41,3	47,8
Promiscuité élevée <sup>(2)</sup>	12,1	6,8	7,9
Chauffage			
Radiateur à eau chaude	8,5	10,1	9,9
Circulation d'air chaud	28,8	33,9	30,1
Radiateur électrique	77,9	77,3	81,0
Poêle à bois ou foyer	38,9	47,0	47,7
Ouverture des fenêtres (souvent/très souvent)			
Printemps	61,8	57,5	57,5
Été	94,5	92,8	93,5
Automne	53,4	50,8	52,0
Hiver	3,9*	4,4*	4,2*
Présence de tapis			
Pièce la plus utilisée	20,9	22,4	24,0
Chambre à coucher du jeune	25,5	28,0	32,4
Présence d'animaux			
Chat	30,5	32,4	29,6
Chien	29,3	39,7	38,1
Autres petits animaux à poils ou oiseau	20,2	21,7	16,2

<sup>(1)</sup> Au moins un fumeur dans la résidence.

<sup>(2)</sup> Moins d'une pièce par personne dans le logement.

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

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



## Chapitre 18

# Blessures, exposition au risque et mesures de protection

**Yvonne Robitaille**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

**Robert Bourbeau**

Département de démographie et Centre interuniversitaire d'études démographiques  
Université de Montréal

**Claude Goulet**

Secrétariat au loisir et au sport, Direction de la sécurité  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**I. Barry Pless**

Département d'épidémiologie et de biostatistique  
Université McGill

---

## Introduction

L'approche écologique, utilisée dans le domaine de la santé publique depuis une dizaine d'années (McLeroy et autres, 1988), réhabilite les facteurs environnementaux, particulièrement l'environnement social, parmi les déterminants de la santé sur lesquels devraient porter des efforts de promotion. Les facteurs individuels occupaient précédemment presque tout le champ de la promotion de la santé. Constatant que le problème provient du milieu autant que de la personne, plusieurs ont critiqué la promotion des comportements propices à la santé et l'ont qualifiée d'approche visant la mauvaise cible ou consistant à blâmer la victime.

Dans le domaine de la prévention des blessures, l'approche dominante des vingt dernières années est compatible avec le modèle écologique qui inspire la présente enquête. En effet, depuis le début des années 80, le modèle proposé par William Haddon (1970, 1973) accorde une égale importance à l'environnement et aux facteurs individuels dans l'analyse des déterminants du problème que représentent les blessures. Il suggère de prendre en compte plusieurs facteurs pour orienter les actions de prévention. À l'environnement physique dont parlait Haddon, d'autres

auteurs ont ajouté l'environnement socio-législatif (Robertson, 1983).

Le nouveau courant qui se développe sous le vocable de « promotion de la sécurité » s'appuie sur les principes proposés par Haddon en mettant toutefois l'accent sur l'analyse par milieu de vie (ex. : la municipalité, l'école) plutôt que sur l'analyse par problème (Maurice et autres, 1997). Les approches dominantes en prévention des blessures partagent donc deux importantes convictions avec l'approche écologique : 1) le problème (ex. : la blessure) provient de l'interaction des caractéristiques des milieux de vie de l'individu (caractéristiques sociales, législatives et physiques) et de ses caractéristiques personnelles; 2) les actions de prévention doivent porter aussi bien sur les milieux de vie que directement sur les individus.

Dans la présente enquête, nous avons choisi d'aborder deux sujets auxquels une enquête auprès des jeunes permet d'apporter un éclairage nouveau. Dans un premier temps, nous allons examiner l'importance de la morbidité par blessure chez les jeunes, à des âges de rapide évolution tant biologique que sociale : 9, 13 et 16 ans, trois âges qui marquent aussi des étapes dans la différenciation biologique des garçons et des filles,

ainsi que dans l'adoption d'un rôle social spécifique à chaque sexe. Celles-ci pourraient se traduire par des taux différents de morbidité par blessure. L'importance des blessures sera également décrite en relation avec le niveau socioéconomique de la famille et avec le type de région (métropolitaine ou autre). En second lieu, nous avons voulu estimer le degré d'exposition des jeunes à diverses activités populaires qui comportent des risques de blessures. Plusieurs impliquent un véhicule à moteur. Nous discuterons de la pratique de ces activités en fonction des lois et règlements qui en régissent l'utilisation au Québec selon l'âge, de même qu'en fonction de l'adoption de diverses mesures de protection. Le contexte d'une étude transversale comme celle-ci ne permet pas d'établir un lien de causalité entre l'exposition à certains risques et la morbidité; il permet toutefois d'examiner simultanément les dimensions de morbidité, d'exposition et de mesures de protection pour une même population, et plus particulièrement pour des groupes d'âge très précis.

## État des connaissances

### *Importance du problème chez les jeunes*

Au Québec, comme dans la plupart des populations industrialisées, les blessures constituent la première cause de décès des jeunes âgés de 5 à 14 ans. Elles

sont aussi responsables de près d'une hospitalisation sur cinq. Le tableau 18.1 donne un aperçu de l'ampleur du problème. Les blessures constituent non seulement la première cause de mortalité et d'hospitalisation, mais elles surviennent fréquemment dans la vie des jeunes, entraînant de nombreuses consultations médicales, journées aux activités restreintes et absences scolaires.

De nombreuses enquêtes de population incluent le thème des blessures survenues au cours de la dernière année (Pless et Millar, 2000). L'estimation du nombre de jeunes âgés de 5 à 14 ans ayant subi des blessures sur une période d'un an varie généralement entre 5 % et 15 % selon les enquêtes. Certaines enquêtes qui visent des adolescents obtiennent toutefois des pourcentages de plus de 25 % (King et autres, 1996). Le mode de collecte (un répondant pour le ménage ou le jeune répondant pour lui-même) ainsi que la définition du phénomène étudié sont probablement les deux principaux facteurs qui expliquent l'ampleur des différences obtenues dans les diverses enquêtes. Étant donné qu'il n'y a pas de définition standard, ni de méthode d'enquête uniforme, la comparaison des mesures d'incidence provenant de diverses enquêtes requiert une certaine prudence. Par contre, la répétition des mêmes observations à travers plusieurs enquêtes, telles des différences selon les groupes sociodémographiques, nous renseigne sur la stabilité de ces phénomènes.

Tableau 18.1

### **Mortalité et morbidité à la suite de blessures, enfants de 5-14 ans<sup>(1)</sup>, Québec, autour de 1997-1998**

	Taux pour 1 000	Nombre annuel moyen	Rapport aux décès par blessure
Décès par blessure <sup>(2)</sup>	0,09	86	1
Hospitalisations pour blessures <sup>(3)</sup>	4,5	4 164	48
Ayant consulté un médecin pour blessures <sup>(4)</sup>	57,4	53 043	617

<sup>(1)</sup> Hamel, 2001, p. 461. Population moyenne 1997-1998 : 924 089 enfants.

<sup>(2)</sup> Hamel, 2001, p.22.

<sup>(3)</sup> Hamel, 2001, p.34.

<sup>(4)</sup> Robitaille et autres, 2000, p. 329 et estimation du nombre.

Nous savons déjà que les garçons de 10 à 14 ans sont presque deux fois plus nombreux que les filles à subir des blessures mortelles ou nécessitant une hospitalisation (Masson et Dorval, 1998). La présente enquête permettra, par exemple, de vérifier si la surmortalité masculine est la même pour les blessures moins sévères, chez les enfants de 9 ans et les adolescents de 13 et 16 ans du Québec.

#### *Lacunes dans les données sur l'exposition à certaines activités*

Les véhicules à moteur occasionnent la plus grande proportion des blessures mortelles chez les jeunes, et pourtant, l'utilisation de ces véhicules à l'adolescence est mal connue. Les jeunes se blessent à titre d'occupants de véhicules à moteur, de piétons, de cyclistes ou d'occupants de motocycles. Cette dernière catégorie inclut les motocyclettes, scooters, cyclomoteurs aussi appelés mobylettes, et les motocycles hors route (ex. : mini-moto, moto tout terrain) (tableau complémentaire C.18.1).

Le Québec enregistre un taux de mortalité supérieur à la moyenne canadienne pour les occupants de motocycles de moins de 20 ans (Choinière et Dorval, 1997). Selon la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), le taux de morbidité liée aux collisions de motocycles était de 1 425 cas pour 10 000 motocycles en circulation chez les jeunes de 16-19 ans en 1993, soit plus du double de celui observé chez les 20-24 ans (686 pour 10 000) (Rodrigo et Pless, 1997). Les données détaillées par véhicule ne sont cependant pas disponibles pour les moins de 16 ans. On sait toutefois que les 10-14 ans utilisent les motocycles puisque l'on enregistre des décès et des hospitalisations pour des occupants de motocycles dans ce groupe d'âge.

Les mesures d'exposition sont particulièrement utiles pour approfondir la compréhension des problèmes qui ne touchent pas uniformément l'ensemble de la population. Par exemple, on connaît la dangerosité de la motocyclette, grâce au nombre de décès par véhicule

en circulation (ou par utilisateur) plutôt que par les nombres de décès par habitant. Les données provenant de la SAAQ nous ont permis d'estimer qu'il y avait en 1996, au Québec, 6 cas de décès ou de blessures graves pour 1 000 motocyclettes en circulation et 3 cas de décès ou blessures graves pour 1 000 cyclomoteurs en circulation (SAAQ, 1997). À titre de comparaison, on compte 2 décès ou blessés graves pour 1 000 automobiles en circulation. Nous ne connaissons aucune source d'information qui permette d'estimer la proportion des jeunes qui ont utilisé un cyclomoteur avant l'âge légal, c'est-à-dire 14 ans, ou des véhicules récréatifs tels que les motoneiges, véhicules tout terrain (VTT) et motomarines.

Il nous paraît particulièrement important de mesurer l'exposition des jeunes à divers véhicules pour les âges contigus à l'âge d'accès au permis de conduire, malgré les difficultés inhérentes à de telles mesures. Les données concernant l'exposition, présentées dans le présent chapitre, pourront servir de base à une enquête ultérieure spécifique à ce sujet.

### **Objectifs**

Le premier objectif de ce chapitre est d'estimer la morbidité par blessure selon l'âge, le sexe, le revenu relatif du ménage et le type de région de l'école fréquentée, tout en tenant compte du lieu de l'accident. Le second objectif est de mesurer l'exposition des jeunes à diverses activités de loisir, physiques et motorisées, et d'estimer la fréquence d'utilisation des équipements protecteurs appropriés.

## **18.1 Aspects méthodologiques**

### **18.1.1 Indicateurs**

Le premier indicateur utilisé, celui de la morbidité, présente la proportion de jeunes qui ont subi une blessure durant l'année ayant précédé l'enquête. Pour les enfants de 9 ans, la question est posée aux parents et elle est énoncée ainsi : « Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il(elle) subi une blessure qui a

entraîné un traitement par un médecin ou une infirmière? » (PE44). L'énoncé est analogue pour les jeunes de 13 et 16 ans qui répondent pour eux-mêmes (A122, Q147).

Cet énoncé ainsi que les quelques autres questions portant sur la morbidité (PE45-50, A123-128, Q148-153) sont empruntés à une enquête internationale ayant un mode de collecte similaire à celui de la présente enquête (King, Boyce et King, 1999). Quelques questions posées dans l'enquête internationale ont toutefois dû être retirées et d'autres modifiées pour la présente enquête, de sorte que les comparaisons entre le Québec et d'autres populations devront être faites avec prudence. Enfin, l'indicateur de morbidité ne permet pas de calculer l'incidence des blessures car le nombre d'accidents n'a pas été demandé; la réponse à la question sur le type de blessure est sollicitée pour la blessure la plus grave subie par le jeune au cours de la dernière année.

Le deuxième indicateur utilisé dans ce chapitre décrit l'exposition des jeunes à diverses activités physiques ou motorisées. Les principales analyses portent sur l'utilisation de véhicules à titre de conducteur ou de passager : « Au cours des 12 derniers mois, as-tu utilisé l'un ou l'autre des véhicules suivants, soit comme conducteur, soit comme passager? » (E47, A129, Q154). Les véhicules sont : le véhicule tout terrain, la motoneige, la motomarine, le cyclomoteur, le scooter et la moto. Une sous-question concerne le port de l'équipement de sécurité approprié à chaque activité. L'indicateur mesure une utilisation maximale puisqu'il inclut les jeunes qui ont répondu utiliser « toujours » ou « quelquefois » l'équipement concerné. Faute d'enquête connue mesurant l'exposition des jeunes à divers véhicules, cette section a donc été créée pour la présente enquête. Les questions apparaissent sur une seule page, le nom de chaque véhicule étant illustré (comme au tableau C.18.1) afin de faciliter la lecture et de soutenir l'intérêt du jeune. La page suivante du questionnaire concerne la pratique de trois activités physiques : la bicyclette, le patin à roues alignées et la planche à roulettes (skateboard) (E48, A130, Q155).

Inspirés par les recherches effectuées dans le domaine de la sécurité routière et recherchant un indicateur de dangerosité de l'activité pratiquée, nous combinons enfin les deux indicateurs décrits précédemment : morbidité au cours de la dernière année et exposition des jeunes à diverses activités physiques et motorisées.

### 18.1.2 Portée et limites des données

La section du questionnaire qui porte sur les blessures survenues au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête a fait l'objet de beaucoup d'attention, de sorte que les taux de non-réponse sont inférieurs à 5 % à chacune des questions. La section qui porte sur la pratique d'activités physiques a également un taux de non-réponse inférieur à 5 %. Cependant, dans la section sur la pratique des activités motorisées on obtient des taux de non-réponse allant jusqu'à 6 % chez les 9 ans (motomarine et mobylette, 5 %, scooter et moto, 6 %), à 12 % chez les 13 ans (motomarine, mobylette et scooter, 12 %, motoneige, 10 %, VTT, 8 %, moto, 11 % et auto, 7 %) et à 7 % chez les 16 ans (motomarine et scooter, 6 %, motoneige, 5 %, mobylette et moto, 7 %). La non-réponse à ces questions n'est pas associée au sexe de l'enfant ou de l'adolescent ni au type de région de l'école. Chez les 13 ans seulement, elle est associée à l'année d'études à laquelle est inscrit l'adolescent. Les non-répondants sont moins avancés dans leur cheminement scolaire (1<sup>re</sup> secondaire et moins). Cette association est significative pour la plupart des activités motorisées alors que pour la moto, il y a une tendance seulement. De plus, chez les 9 ans, 7 % des utilisateurs du scooter n'ont pas répondu à la question sur le port du casque protecteur. Étant donné le petit nombre de jeunes concernés dans ce cas, on ne peut vérifier la présence d'associations avec le sexe ou d'autres variables pertinentes. Dans tous les cas, le biais associé à la non-réponse est minime.

Certaines enquêtes estiment le biais de mémoire associé au nombre de blessures survenues au cours de la dernière année déclaré par les répondants (Robitaille, Régnier et Pless, 1995). Dans le cas présent, l'estimation n'est pas possible, l'enquête

n'étant pas répartie sur 12 mois de collecte. Par ailleurs, cette dernière étant réalisée de janvier à mai, les blessures légères survenues durant l'été pourraient être sous-représentées, parce que davantage oubliées.

## 18.2 Résultats

### 18.2.1 Accidents avec blessures

#### 18.2.1.1 Prévalence des accidents avec blessures

##### *Variations selon le groupe d'âge*

Au cours de l'année de référence, environ 10 % des enfants de 9 ans (99 pour 1 000) ont subi, selon la déclaration de leurs parents, des blessures consécutives à un accident, assez graves pour consulter un médecin ou une infirmière (tableau 18.2). Pour leur part, plus de 15 % des jeunes de 13 ans ont

déclaré avoir vécu la même situation, tandis que le taux de morbidité par accidents avec blessures atteint près de 23 % chez les adolescents de 16 ans. Ces différences significatives entre les taux peuvent s'expliquer par un effet d'âge ou un effet de cohorte ou, fort probablement, par les deux à la fois. L'effet d'âge prend en compte les modifications normales de comportement avec l'âge : on ne s'adonne pas au même type de sport ou de loisir à 9 ans qu'à 16 ans, en plus du fait que l'exposition au risque de subir un accident avec blessures change à mesure que l'on avance en âge. L'effet de cohorte prend en compte pour sa part le fait, par exemple, que les jeunes de 9 ans enquêtés en 1999 ont été plus exposés au patin à roues alignées que ne l'ont été les adolescents de 16 ans alors qu'ils avaient le même âge, étant donné la popularité grandissante de ce type de loisir.

Tableau 18.2

**Enfants et adolescents ayant eu un accident avec blessures<sup>(1)(2)</sup> 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**

	9 ans	13 ans	16 ans
	taux pour 1000		
<b>Pe '000</b>	<b>8,8</b>	<b>13,0</b>	<b>18,8</b>
<b>Sexes réunis<sup>†</sup></b>	<b>99,2</b>	<b>153,2</b>	<b>226,7</b>
Garçons	110,4 <sup>2</sup>	161,3 <sup>2</sup>	262,0 <sup>2</sup>
Filles	87,6 <sup>*3,4</sup>	144,8 <sup>3</sup>	191,0 <sup>4</sup>
Type de région			
Métropolitain	85,6	162,1	244,0
Autre	120,7 <sup>*</sup>	140,3	199,8
Revenu relatif <sup>(3)</sup>			
Très faible ou faible	118,5 <sup>*</sup>	127,2 <sup>*</sup>	187,2 <sup>*</sup>
Moyen	106,5 <sup>*</sup>	134,9 <sup>*</sup>	254,0
Élevé ou très élevé	95,3 <sup>*</sup>	182,0	240,0
Niveau de scolarité de la mère <sup>§</sup>			
Secondaire complété	100,9 <sup>*</sup>	121,9	210,5
Post-secondaire	102,9	194,6	258,3

(1) Accident avec blessures survenu au cours d'une période de 12 mois ayant entraîné la consultation d'un médecin ou d'une infirmière.

(2) La question a été répondue par le parent pour les enfants de 9 ans (et les jeunes de 13 ans dans certains cas) et par les adolescents de 13 ans et 16 ans eux-mêmes.

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

<sup>1-4</sup> Les taux dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le fait d'avoir eu un accident avec blessure et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les adolescents de 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre le fait d'avoir eu un accident avec blessure et la scolarité de la mère est significatif au seuil de 0,05 chez les adolescents de 13 ans.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

### *Variations selon les caractéristiques démographiques et socioéconomiques*

Lorsqu'on analyse chacun de ces groupes de jeunes, on trouve peu de différences selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques : sexe, type de région de l'école, revenu relatif du ménage et niveau de scolarité de la mère. Ainsi, chez les enfants de 9 ans, on n'observe pas de différence quelle que soit la caractéristique retenue. Par contre, les adolescents de 13 ans dont la mère est plus scolarisée (postsecondaire) ont davantage d'accidents. Pour les adolescents de 16 ans, les garçons déclarent plus d'accidents avec blessures que les filles. Soulignons enfin qu'on n'observe pas de différence selon le type de région entre les taux de morbidité, quel que soit le groupe de jeunes – même si on aurait pu penser que les régions non métropolitaines sont plus propices à la survenance d'accidents. On ne dénote pas non plus de différence selon le revenu relatif.

On peut comparer les trois groupes de jeunes pour certaines caractéristiques. Ainsi, on sait déjà que, toutes caractéristiques confondues, les taux de morbidité augmentent avec l'âge. On trouve la même augmentation chez les garçons entre les 13 et 16 ans, mais non chez les filles.

#### 18.2.1.2 Lieu et circonstances de l'accident

Pour les fins de prévention, il est important de connaître les lieux où surviennent les accidents avec blessures. Dans ce chapitre, nous avons retenu cinq catégories de lieux : la maison, l'école, un endroit où l'on pratique un sport, dans la rue ou sur la route, et une catégorie résiduelle regroupant tous les autres lieux (ailleurs). Le tableau 18.3 présente les taux de morbidité causée par un accident selon les cinq catégories de lieux retenues. Les nombres de cas pour chaque catégorie étant petits, il est difficile de noter des différences significatives. On observe cependant que le taux de morbidité dans un endroit de sport augmente considérablement avec l'âge, passant de 14 pour 1 000 à 103 pour 1 000 entre 9 ans et 16 ans. Selon le sexe, seuls les garçons de 16 ans subissent plus souvent une blessure dans un lieu réservé au sport que les filles du même âge (136 c. 71

pour 1 000). Enfin, la distinction par région – métropolitaine ou non – ne révèle aucune différence significative en ce qui a trait au taux de morbidité selon le lieu (données non présentées).

Si on compare maintenant les trois groupes d'âge, on peut constater des variations significatives du taux de morbidité pour un même lieu. Ainsi, les taux de morbidité dans un endroit de sport ont tendance à augmenter avec l'âge; la différence est significative entre les garçons de 9 ans et 16 ans et entre les filles de 9 ans et les adolescentes.

Le tableau complémentaire C.18.2 présente les taux de morbidité des jeunes de 9, 13 et 16 ans selon l'activité exercée au moment de l'accident. Ayant retenu neuf catégories d'activités, les nombres de cas pour chacune sont petits et il est difficile d'obtenir des différences significatives entre les sous-groupes. La seule tendance nette qui ressort est l'augmentation du taux de morbidité avec l'âge pour la catégorie « autre sport » qui regroupe tous les sports autres que le vélo, la planche à roulettes ou le patin à roues alignées.

#### 18.2.1.3 Nature et conséquences des blessures

Les conséquences des blessures sont évaluées par le nombre de journées d'inactivité et par le type de lésion subie par le jeune. Environ la moitié des blessures n'entraîne aucune journée d'inactivité pour les trois groupes de jeunes (données non présentées). Cependant, les blessures semblent un peu plus graves chez les 13 et 16 ans comparativement aux 9 ans, car la proportion de victimes ayant connu plus de deux journées d'inactivité est nettement plus forte chez les plus âgés (environ 25 %) que chez les plus jeunes (environ 10 %)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est une estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.



Tableau 18.3

**Enfants et adolescents ayant eu un accident avec blessures<sup>(1)(2)</sup> selon le sexe et le lieu de l'accident, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>†</sup>
	taux pour 1000		
<b>Sexes réunis</b>			
Maison	37,7 *	26,5 *	35,6 *
École	33,4 *	35,2 *	39,4 *
Endroit de sport	14,4 ** <sup>1</sup>	58,2	103,4 <sup>1</sup>
Rue/route	10,1 **	18,4 *	23,5 *
Ailleurs	—	10,5 **	18,2 *
<b>Garçons</b>			
Maison	41,4 *	23,0 **	24,9 **
École	36,8 **	31,2 **	37,8 *
Endroit de sport	17,6 ** <sup>2</sup>	62,1 *	135,8 <sup>2,5</sup>
Rue/route	12,1 **	24,6 **	28,2 **
Ailleurs	—	12,7 **	26,3 **
<b>Filles</b>			
Maison	33,8 **	30,0 **	46,3 *
École	29,8 **	39,3 *	41,0 *
Endroit de sport	11,2 ** <sup>3,4</sup>	54,3 <sup>3</sup>	70,7 <sup>4,5</sup>
Rue/route	—	12,1 **	18,7 **
Ailleurs	—	—	10,0 **

(1) Accident avec blessures survenu au cours d'une période de 12 mois ayant entraîné la consultation d'un médecin ou d'une infirmière.

(2) La question a été répondue par le parent pour les enfants de 9 ans (et les jeunes de 13 ans dans certains cas) et par les 13 ans et 16 ans eux-mêmes.

<sup>1-5</sup> Les taux dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le lieu de l'accident avec blessures et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les adolescents de 16 ans.

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

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

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

Cette constatation est corroborée par l'examen du type de lésion subie par les jeunes. Les plus jeunes (9 ans) ont davantage de coupures, contusions ou ecchymoses alors que les 13 et 16 ans subissent plus souvent des fractures, dislocations ou entorses (données non présentées).

les 13 ans (64 %) que chez les 16 ans (56 %). Enfin, la pratique de la planche à roulettes est moins fréquente que celle des autres activités et le nombre de pratiquants diminue avec l'âge. Les populations estimées de pratiquants sont présentées au tableau complémentaire C.18.3.

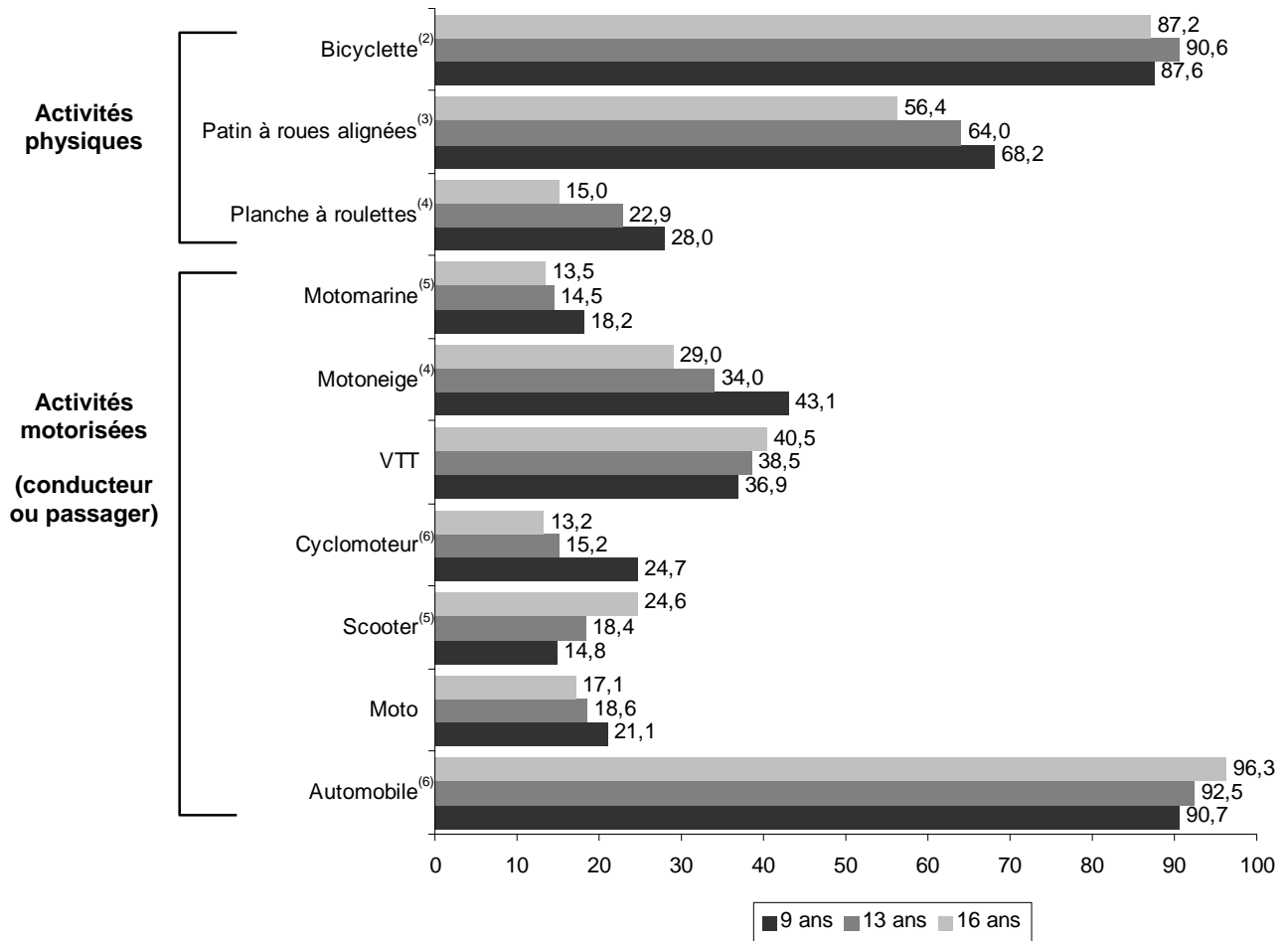
### 18.2.2 Niveau d'exposition à diverses activités physiques et motorisées

#### *Activités physiques*

La figure 18.1 illustre les proportions d'enfants et d'adolescents qui pratiquent certaines activités physiques. Près de 90 % des jeunes des trois groupes d'âge à l'étude déclarent avoir utilisé une bicyclette au moins une fois au cours d'une période de douze mois. Pour ce qui est du patinage à roues alignées, les adeptes sont plus nombreux chez les 9 ans (68 %) et

Figure 18.1

Pratique de certaines activités physiques et motorisées<sup>(1)</sup>, Québec, 1999



(1) Pourcentage des jeunes ayant pratiqué au moins une fois au cours d'une période de 12 mois.

(2) Différence significative entre les 9 ou 16 ans et les 13 ans.

(3) Différence significative entre les 9 ou 13 ans et les 16 ans.

(4) Différence significative entre les trois groupes d'âge.

(5) Différence significative entre les 9 et 16 ans.

(6) Différence significative entre les 9 ans et les 13 ou 16 ans

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

Lorsque l'on examine les variations de pratique selon le sexe des utilisateurs, on remarque que chez les 9 ans, une seule différence apparaît : les garçons sont nettement plus nombreux que les filles (41 % c. 14 %) à déclarer avoir fait de la planche à roulettes au moins une fois au cours de l'année de référence (tableau 18.4). Chez les 13 ans, les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir pratiqué les trois activités physiques étudiées ici. Pour ce qui est des 16 ans, des différences sont relevées pour la pratique de la bicyclette et de la planche à roulettes. Dans les deux cas, il y a plus d'adeptes chez les garçons que chez les filles.

Il ne semble pas y avoir de relation entre la région de l'école fréquentée par les jeunes (métropolitaine ou autre) et la proportion de participants aux diverses activités physiques, et ce, pour les jeunes des trois groupes d'âge (tableau 18.5).

### Activités motorisées

La figure 18.1 présente la pratique d'activités motorisées à au moins une occasion au cours d'une période de 12 mois. La motoneige et le VTT comptent de nombreux adeptes. Ceux de la motoneige passent de 43 %, chez les 9 ans, à 29 % chez les 16 ans. Les enfants de 9 ans sont aussi plus nombreux que les adolescents à rapporter avoir utilisé une motomarine ou un cyclomoteur, à titre de conducteur ou de passager. Enfin, le scooter est utilisé dans une plus grande proportion par les 16 ans que par les enfants (25 % c. 15 %). Pour ce qui est des utilisateurs de véhicules tout terrain (VTT) ou de la moto, on n'observe pas de différence significative entre les groupes d'âge à l'étude. Le tableau complémentaire C.18.3 présente les populations estimées d'utilisateurs de ces véhicules.

Tableau 18.4

#### Pratique de certaines activités physiques et motorisées<sup>(1)</sup> selon le sexe, Québec, 1999

	9 ans		13 ans		16 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	%					
<b>Activités physiques</b>						
Bicyclette <sup>†</sup>	88,6	86,5	93,7	87,4	91,5	83,7
Patins à roues alignées <sup>§</sup>	69,4	67,0	68,9	59,0	55,4	56,7
Planche à roulettes <sup>‡</sup>	41,1	14,4	32,9	12,7	22,3	7,2*
<b>Activités motorisées</b>						
Motomarine <sup>‡</sup>	21,0	15,4	18,1	10,7	16,0	11,0
Motoneige <sup>‡</sup>	46,2	39,8	39,9	27,8	33,9	24,1
VTT <sup>‡</sup>	47,3	26,0	49,2	27,1	51,1	29,6
Cyclomoteur <sup>‡</sup> (mobylette)	28,0	21,4	19,5	10,8	17,1	9,4
Scooter <sup>‡</sup>	19,0	10,5	23,2	13,3	31,2	17,8
Moto <sup>‡</sup>	24,2	17,9	23,7	13,3	20,3	13,9
Automobile <sup>†</sup>	91,8	89,5	89,8	95,3	95,1	97,5

<sup>(1)</sup> Pratique au moins une fois au cours d'une période de 12 mois à titre de conducteur ou de passager.

<sup>†</sup> Les tests d'associations entre la pratique de la bicyclette et le sexe et entre l'utilisation de l'automobile et le sexe, sont significatifs au seuil de 0,05 chez les adolescents de 13 ans et 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre la pratique du patin à roues alignées et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les adolescents de 13 ans.

<sup>‡</sup> Les tests d'association entre la pratique de chacune de ces activités (planche à roulettes, motomarine, motoneige, VTT, cyclomoteur, scooter et moto) et le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 chez les jeunes de chaque âge.

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

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

Tableau 18.5

**Pratique de certaines activités physiques et motorisées<sup>(1)</sup> selon le type de région de l'école<sup>(2)</sup>, Québec, 1999**

	9 ans		13 ans		16 ans	
	RMR	Autres	RMR	Autres	RMR	Autres
	%					
Activités physiques						
Bicyclette	86,8	88,8	89,7	91,9	87,0	88,9
Planche à roulettes	26,1	31,0	21,4	25,2	14,8	14,1
Patins à roues alignées	70,6	64,4	66,2	60,9	58,5	53,6
Activités motorisées						
Motomarine <sup>†</sup>	15,5	22,8	14,3	14,7	13,3	14,6
Motoneige <sup>§</sup>	33,4	58,8	23,2	49,2	20,4	41,1
VTT <sup>§</sup>	29,1	50,0	26,8	55,1	30,0	55,7
Cyclomoteur <sup>‡</sup> (mobylette)	22,0	29,3	12,9	18,5	13,5	12,8
Scooter <sup>¶</sup>	12,1	19,3	16,5	21,0	20,0	30,7
Moto <sup>§</sup>	18,5	25,4	16,0	22,3	14,9	19,8
Automobile	91,6	89,3	93,8	90,6	96,4	96,1

<sup>(1)</sup> Pratique au moins une fois au cours d'une période de 12 mois à titre de conducteur ou de passager.

<sup>(2)</sup> Les régions métropolitaines de recensement (RMR) sont celles de : Montréal, Québec, Trois-Rivières, Hull, Chicoutimi-Jonquière et Sherbrooke. Les autres régions comprennent les zones urbaines de plus petite taille et les régions rurales.

<sup>†</sup> Le test d'association entre la pratique de la motomarine et le type de région est significatif au seuil de 0,05 chez les enfants de 9 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre la pratique de la motoneige et le type de région, celle de VTT et le type de région et celle de la moto et le type de région sont significatifs au seuil de 0,05 à chaque âge.

<sup>‡</sup> Le test d'association entre la pratique du cyclomoteur et le type de région est significatif au seuil de 0,05 chez les enfants de 9 ans et 13 ans.

<sup>¶</sup> Le test d'association entre la pratique du scooter et le type de région est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et 16 ans.

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

Lorsque l'on examine les variations de pratique selon le sexe des utilisateurs, on remarque que pour chacune des activités motorisées, les garçons sont plus nombreux que les filles à déclarer avoir pratiqué l'activité au moins une fois au cours de l'année de référence (tableau 18.4). Seule l'utilisation de l'automobile fait exception. Ainsi, à chacun des groupes d'âge, les garçons sont plus nombreux que les filles à utiliser les motomarine, motoneige, VTT, cyclomoteur, scooter et motocyclette.

L'examen du niveau d'exposition des jeunes aux diverses activités motorisées selon la région de l'école fréquentée révèle plusieurs différences importantes. Les jeunes des régions rurales ou urbaines de petite taille déclarent utiliser des véhicules à moteur dans une plus forte proportion que ceux des régions métropolitaines (tableau 18.5). C'est particulièrement le cas pour les motoneiges et les VTT à chacun des

groupes d'âge, ainsi que pour les scooters chez les jeunes de 9 ans et de 16 ans.

### 18.2.3 Accidents avec blessures selon le niveau d'exposition au risque

Pour certaines activités physiques, il est possible de jumeler les données sur les blessures aux données sur l'exposition. Ces renseignements sont utiles dans la mesure où cela permet d'approfondir la connaissance d'une problématique particulière. Ainsi, en établissant des taux de morbidité en fonction d'un nombre d'utilisateurs, il est possible de comparer le niveau de dangerosité de différentes activités. Pour une même activité, ces taux permettent aussi de comparer les risques de blessures pour les participants de groupes d'âge différents.

Un nombre de blessés pour chaque tranche de 1 000 utilisateurs est établi en combinant les données sur les blessures et l'exposition pour la pratique de la

bicyclette. Les taux obtenus pour les cyclistes de 9, 13 et 16 ans sont respectivement de 7, 10 et 12 blessés pour 1 000 utilisateurs (données non présentées). Il convient cependant de souligner que cet indicateur comporte une limite dans la mesure où il ne tient pas compte du type de pratique de la bicyclette (kilométrage, intensité, route ou montagne). Basés sur de petits nombres, ces taux sont fournis à titre indicatif seulement.

Des taux de morbidité combinés ont été établis pour la pratique du patin à roues alignées et de la planche à roulettes. Les blessés sont les jeunes ayant subi une blessure lors de la pratique de la planche à roulettes ou du patin à roues alignées. Les taux de blessés (blessés/1 000 utilisateurs) sont de 2 pour les 9 ans, de 8 pour les 13 ans et de 21 pour les 16 ans<sup>2</sup> (données non présentées). Il semble y avoir une augmentation des risques de blessures avec l'âge. Toutefois, le petit

<sup>2</sup> Ces proportions ont des coefficients de variation supérieurs à 25 %; ce sont des estimations imprécises fournies à titre indicatif seulement.

nombre de blessés et l'impossibilité de distinguer la planche à roulettes du patin à roues alignées rendent l'interprétation de ces résultats difficile et requièrent une certaine prudence. Malgré ces limites, les résultats peuvent être utiles pour poser les hypothèses de futures recherches.

#### 18.2.4 Utilisation de l'équipement de protection

##### Activités physiques

Pour les trois activités physiques étudiées, la proportion d'utilisateurs de casque diminue à mesure que l'âge augmente (tableau 18.6). Pour ce qui est du port du casque à vélo, la proportion d'utilisateurs réguliers ou occasionnels est respectivement de 84 %, de 50 % et de 24 % chez les 9 ans, les 13 ans et les 16 ans. Les proportions sont sensiblement les mêmes lors de la pratique du patin à roues alignées. La pratique de la planche à roulettes s'accompagne du port du casque chez seulement 67 % des enfants, 33 % des 13 ans et 14 % des 16 ans.

Tableau 18.6  
**Port d'équipement de protection<sup>(1)</sup>, enfants et adolescents ayant pratiqué l'activité physique ou motorisée<sup>(2)</sup>, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
<b>Activités physiques</b>			
Bicyclette (casque)	83,8 <sup>1</sup>	49,5 <sup>1</sup>	24,2 <sup>1</sup>
Patins à roues alignées (casque)	86,2 <sup>2</sup>	48,4 <sup>2</sup>	27,5 <sup>2</sup>
Planche à roulettes (casque)	67,1 <sup>3</sup>	33,4 <sup>3</sup>	14,0 <sup>*3</sup>
<b>Activités motorisées</b>			
Motomarine (VFI) <sup>(3)</sup>	90,7	83,3 <sup>4</sup>	93,6 <sup>4</sup>
Motoneige (casque)	82,2	83,8	86,2
VTT (casque)	74,3	74,9	69,5
Cyclomoteur (casque)	82,5 <sup>5,6</sup>	69,3 <sup>5</sup>	67,6 <sup>6</sup>
Scooter (casque)	93,3	88,4	92,0
Motocyclette (casque)	90,8 <sup>7</sup>	93,6	96,3 <sup>7</sup>
Automobile (ceinture)	92,8 <sup>8</sup>	95,1 <sup>8</sup>	98,6 <sup>8</sup>

<sup>(1)</sup> Port de l'équipement « toujours » ou « quelquefois ».

<sup>(2)</sup> Pratique au moins une fois au cours d'une période de 12 mois à titre de conducteur ou de passager.

<sup>(3)</sup> Veste de flottaison individuelle.

<sup>1-8</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

### *Activités motorisées*

Peu de différences significatives sont relevées entre les sujets des différents groupes d'âge, en ce qui a trait au port de l'équipement de protection à l'occasion de la pratique des activités motorisées à l'étude ici. Les seules différences concernent le port de l'équipement approprié au moment de l'utilisation d'une motomarine, d'un cyclomoteur, d'une motocyclette ou d'une automobile. Ainsi, moins d'adolescents de 13 ans que de 16 ans portent la veste de flottaison lorsqu'ils font de la motomarine (83 % c. 94 %) (tableau 18.6). Les 9 ans (83 %) sont plus nombreux que les 13 ans (69 %) et les 16 ans (68 %) à affirmer porter un casque protecteur lorsqu'ils sont sur un cyclomoteur. Par contre, aucune différence n'est observée entre les 13 et 16 ans. Par ailleurs, en proportion toujours, les 16 ans déclarent plus souvent que les 9 ans se protéger en motocyclette. La palme revient aussi aux plus vieux pour ce qui est de boucler la ceinture de sécurité en automobile. Pour les autres véhicules motorisés, on ne dénote pas de différence entre les groupes d'âge quant à l'utilisation d'équipements de protection qui leur sont couramment associés.

## **Conclusion**

### **Synthèse et pistes de recherche**

#### *Accidents avec blessures*

La présente enquête nous apprend que les jeunes ont fréquemment recours aux soins d'un médecin ou d'une infirmière à la suite de blessures. En 1999, 10 % des jeunes de 9 ans, 15 % des jeunes de 13 ans et 23 % de ceux de 16 ans ont reçu de tels soins au cours de l'année qui a précédé l'enquête. Les différences méthodologiques entre les enquêtes limitent les comparaisons. Mentionnons seulement que les taux obtenus dans la présente enquête sont très supérieurs à ceux obtenus au cours de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ESS) (Robitaille et autres, 2000). Nous croyons que le fait d'interroger directement les adolescents de 13 et 16 ans (plutôt qu'un adulte

répondant pour toute la famille comme dans l'ESS) pourrait contribuer à produire un indicateur plus sensible. Ces taux de morbidité sont toutefois inférieurs à ceux obtenus par King, Boyce et King (1999) dans une autre enquête en milieu scolaire. Nous croyons que la formulation de la question de l'enquête de King, Boyce et King spécifiait moins clairement que l'accident lui-même, et non pas seulement la consultation pour soins d'une blessure, devait avoir eu lieu au cours de l'année précédant l'enquête.

Plus intéressantes que les comparaisons avec d'autres enquêtes, ce sont les différences de morbidité entre les trois groupes d'âge qui retiennent notre attention. S'agit-il d'un effet d'âge ou d'un effet de cohorte? Étant donné que les taux de mortalité par blessure traduisent la même tendance – les 15-19 ans ont des taux nettement supérieurs à ceux des 10-14 ans, eux-mêmes légèrement supérieurs à ceux des 5-9 ans (MSSS, 1998) – et cela depuis plusieurs années, nous croyons qu'il s'agit en grande partie d'un effet d'âge. Cette augmentation de la morbidité avec l'âge est particulièrement marquée chez les garçons et chez les jeunes des régions métropolitaines.

La surmorbidity des hommes par rapport aux femmes pour cause de blessures est observée depuis de nombreuses années (Rivara et autres, 1982) et dans de nombreuses populations. Dans la présente enquête, malgré une tendance à la surmorbidity masculine à chaque groupe d'âge, c'est à 16 ans que la différence est manifeste. À cet âge, les garçons se blessent davantage que les filles dans les lieux de loisir et de sport. Les données obtenues quant à la pratique de plusieurs activités de loisir mettent en lumière les différences entre la pratique des garçons et celle des filles. Pour la planche à roulettes et pour chacune des activités motorisées à l'étude (autres que l'automobile), les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir pratiqué l'activité au moins une fois au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Ces activités spécifiques ne sont évidemment pas responsables de l'ensemble des blessures traduites par l'indicateur de morbidité utilisé;

elles illustrent toutefois les différences de pratique qui semblent être déjà présentes avant l'adolescence. Cela est en accord avec d'autres études portant spécifiquement sur la pratique sportive, qui rapportent elles aussi une pratique supérieure chez les garçons (Desharnais et Godin, 1995; Craig et autres, 1998; U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

#### *Pratique d'activités physiques et motorisées*

La pratique de certaines activités de loisir, telle la planche à roulettes, diminue avec l'âge alors que la pratique d'autres activités augmente, tel le scooter. Les enfants de 9 ans rapportent une utilisation de la motomarine supérieure à celle des jeunes de 16 ans, et une utilisation de la motoneige et du cyclomoteur supérieure à celle des 13 ans et des 16 ans. Compte tenu du cadre législatif qui régit la pratique de ces activités, ces résultats n'étaient pas attendus. En effet, malgré le fait que ces analyses ne font pas de distinction entre conducteur et passager, il convient de mentionner que l'âge minimal requis pour la conduite d'un cyclomoteur, d'un VTT et d'une motoneige est de 14 ans, alors qu'il est de 16 ans pour une motocyclette et une automobile. Pour la période couverte par l'étude, aucune restriction n'était en vigueur quant à la conduite ou l'utilisation d'une motomarine. Toutefois, depuis le 1er avril 1999, tous les conducteurs de motomarine au Canada doivent être âgés de 16 ans ou plus.

Dans quelle mesure les réponses des jeunes de 9 ans traduisent-elles la réalité? La validité des réponses données par les jeunes dans des enquêtes de santé a été relativement peu étudiée. Des recherches en éducation constatent toutefois que la fiabilité mesurée par la technique du test-retest est meilleure chez les jeunes de 16 ans que chez ceux de 13 ans, et meilleure pour les questions simples que pour les questions qui requièrent plusieurs étapes mentales ou donnant lieu à plus d'une interprétation (De Leeuw et Otter, 1995). Il est donc possible que les réponses données par les enfants de 9 ans aient été gonflées, soit par une

mauvaise estimation de la période de rappel, soit par le souhait du jeune d'utiliser ces véhicules, une certaine forme de désirabilité sociale. Des études permettant d'approfondir la fiabilité ainsi que la validité des réponses des enfants de 9 ans seraient utiles à la poursuite des travaux sur l'exposition des jeunes à une multitude d'activités de loisir.

#### *Différences selon le type de région*

La présente enquête ne montre pas les différences entre régions qui ont été observées par d'autres quant à la mortalité par blessure et à la morbidité sévère (Masson et Dorval, 1998). Il est possible que les jeunes se blessent dans des circonstances différentes selon le type de région : les jeunes des régions métropolitaines, pendant la pratique du sport, alors que les jeunes des autres régions se blesseraient davantage lors d'activités de transport, entraînant ainsi des blessures plus sévères. La plus grande utilisation des motoneiges, des véhicules tout terrain, des scooters et des motos chez les jeunes de 16 ans des régions non métropolitaines appuie cette hypothèse. Par ailleurs, il est également possible que les jeunes de ces régions aient moins accès aux services de santé qui ont servi ici à définir la morbidité par blessure, de sorte que pour des blessures de sévérité égale, les jeunes d'une région non métropolitaine consulteraient moins les services de santé et seraient ainsi moins nombreux à déclarer des accidents avec blessures au cours des 12 mois de référence. Il serait intéressant de vérifier cette deuxième hypothèse en utilisant les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*; l'indicateur de morbidité utilisé dans cette dernière tient compte des limitations d'activités causées par les blessures, qu'il y ait eu consultation médicale ou non.

### *Utilisation de l'équipement de protection*

L'utilisation d'un casque protecteur diminue à mesure que l'âge augmente pour le vélo, le patin à roues alignées et la planche à roulettes. Les observations de la SAAQ (1999) traduisent une diminution analogue du port du casque à vélo entre le groupe d'âge des 5 à 9 ans et celui des 15 à 19 ans. Pour le patin à roues alignées, on note des taux élevés chez les 9 ans comparativement à ceux mentionnés dans la littérature. Thévenod, Lironi et Coultre (2000) rapportent dans une recension exhaustive des écrits concernant plusieurs pays, tels les États-Unis, la Suisse et le Canada, des taux de port du casque variant entre 1 % et 40 % selon l'âge, le sexe et le niveau d'habileté des participants. Le taux de port du casque pour les enfants de 9 ans au Québec (86 %) consiste en un taux maximum puisqu'il inclut les usagers occasionnels. La supériorité de ce taux par rapport à ceux des 13 et 16 ans pourrait s'expliquer par un niveau d'habiletés techniques inférieur à celui des jeunes plus âgés, entraînant un sentiment de vulnérabilité, de même que par une meilleure observance des directives parentales. En outre, il n'est pas exclu que ces jeunes de 9 ans aient commencé la pratique du patin à roues alignées alors que le casque de protection destiné aux patineurs était déjà largement accessible, ce qui traduirait un effet de cohorte. Une étude longitudinale serait utile afin de vérifier si le taux de port du casque se maintiendra toujours aussi élevé lorsque ces jeunes seront à leur tour âgés de 13 et 16 ans.

Dans le cadre des activités motorisées, on n'observe qu'une faible diminution du port du casque protecteur à mesure que l'âge augmente. Toutefois, compte tenu que les taux de port du casque recueillis dans l'enquête sont des taux maximums, et compte tenu des lois qui en prescrivent l'utilisation au Québec, les pourcentages obtenus pour le VTT et le cyclomoteur en particulier laissent place à une importante amélioration du port du casque, surtout chez les 13 et 16 ans.

### *Raffinement des indicateurs spécifiques de morbidité*

Les quelques questions posées sur la pratique d'activités physiques et motorisées spécifiques ont permis de calculer des taux de blessures par 1 000 utilisateurs du vélo, d'une part, et du patin à roues alignées et de la planche à roulettes d'autre part. Pour les activités dont la pratique est limitée à un minimum de jeunes, telle la conduite d'un cyclomoteur, ce nouvel indicateur devrait permettre de mieux juger la dangerosité du véhicule en comparaison avec d'autres activités, motorisées ou non, pratiquées par les jeunes de même âge. Comme les taux de pratique des diverses activités recueillis dans la présente enquête sont représentatifs à l'échelle du Québec, ils pourraient servir à ajuster les indicateurs de morbidité sévère enregistrés par la SAAQ.

Les motocyclettes, les scooters et les cyclomoteurs sont des véhicules relativement instables et qui offrent peu de protection aux utilisateurs. Étant donné que la loi québécoise permet aux jeunes de conduire ce type de véhicule à partir de 14 ans (à condition que la cylindrée ne dépasse pas 50 cc), les jeunes adolescents nous paraissent particulièrement à risque. La présente enquête constitue à notre connaissance la première source d'information qui permette d'estimer la proportion des jeunes qui ont utilisé un cycle à moteur avant l'âge légal (14 ans). À partir de 14 ans, le nombre de permis est connu, mais le nombre d'utilisateurs à titre de passagers ne l'est pas. En ce qui concerne les motoneiges et les véhicules tout terrain, le permis de conduire est accessible dès 14 ans, à condition que le jeune s'inscrive à un cours. Compte tenu de l'utilisation limitée de ces véhicules, les taux pour 1 000 utilisateurs sont probablement deux fois plus élevés chez les jeunes que pour l'ensemble de la population. Nous estimons que des études plus poussées devraient être faites concernant la dangerosité des cyclomoteurs, ainsi que sur le type d'utilisation faite par les jeunes de moins de 14 ans, soit ceux qui n'ont pas encore le permis de conduire.



## **Éléments de réflexion pour la planification**

Compte tenu qu'un jeune garçon sur quatre avait consulté pour blessure et que dans la moitié de ces cas la blessure était survenue dans un lieu de loisir et de sport, il convient de considérer une large gamme de stratégies de prévention pour contrer ces blessures. Celles recommandées par Goulet et Régnier (1997) portent sur les habiletés techniques requises des jeunes pour la pratique des activités, la modification des règles de jeu pour les adapter à des contextes particuliers, la conception, l'aménagement et l'entretien des installations où les activités sont pratiquées, de même que sur la promotion du port d'équipements de protection. Dans le contexte de cette dernière stratégie, il est souhaitable que les organismes préoccupés par la sécurité des jeunes et les organismes de normalisation travaillent à favoriser le développement d'un casque protecteur à usages multiples, de façon à minimiser les coûts pour les parents et à simplifier la pratique en sécurité du sport.

En ce qui a trait aux mesures préventives à mettre en place pour réduire les blessures liées à la pratique des activités motorisées par les jeunes, nous endossons les recommandations de Bégin (1997), en particulier celles qui ont trait à l'amélioration de la sécurité des véhicules hors route et des cyclomoteurs, notamment les besoins de stabilité, le risque d'éjection, la protection des occupants, la visibilité du véhicule et la puissance du moteur; et cela, en tenant compte du fait que des milliers de jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans les utilisent.



# Bibliographie

- BÉGIN, C. (1997). « Les blessures attribuables aux véhicules hors route (VTT et motoneiges) : circonstances, nature des blessures et pistes d'action » dans BEAULNE, G. (éd.). *Pour la sécurité des jeunes canadiens, des données statistiques aux mesures préventives*, Ottawa, Santé Canada, chapitre 13, p. 225.
- CHOINIÈRE, R., et D. DORVAL (1997). « Les blessures chez les occupants de motocycles (motocyclettes et cyclomoteurs) : portrait de la mortalité et des hospitalisations » dans BEAULNE, G. (éd.). *Pour la sécurité des jeunes canadiens, des données statistiques aux mesures préventives*, Ottawa, Santé Canada, chapitre 6, p. 126.
- CRAIG, C. L., S. J. RUSSELL, C. CAMERON et A. BEAULIEU (1998). *Données repères sur l'activité physique en 1997*. Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 58 p.
- De LEEUW, E. D., et M. A. OTTER (1995). « The reliability of children's responses to questionnaire items; question effects in children's questionnaire data » dans HOX, J. J., B. F. VANDER MEULEN, , J. M. JANSSENS et J. J. F. TER LAAK, (éd.). *Advances in Family Research*, Amsterdam, Thesis Publishers, p. 251-258.
- DESHARNAIS, R., et G. GODIN (1995). *Enquête sur la pratique des activités physiques au secondaire, Rapport de recherche*, Sainte-Foy, Université Laval, 77 p.
- GOULET, C., et G. RÉGNIER (1997). « Les blessures liées aux autres activités sportives et récréatives » dans BEAULNE, G. (éd.). *Pour la santé des jeunes canadiens, des données statistiques aux mesures préventives*, Ottawa, Santé Canada, chapitre 14, p. 233.
- HADDON, W. (1970). « On the Escape of Tigers : An Ecologic Note », *Technology Review* , vol. 72, chapitre 7, pages non disponibles.
- HADDON, W. (1973). « Energy Damage and the Ten Countermeasure Strategies », *The Journal of Trauma*, vol. 13, n° 4, p. 321331.
- HAMEL, D. (à paraître). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- KING, A., B. WOLD, C. TUDOR-SMITH et Y. HAREL (1996). *The health of youth. A cross-national survey*, Copenhagen, WHO Regional Publications, European Series, WHO Regional Office for Europe, n° 69, 232 p.
- KING, A., W. BOYCE et M. KING. (1999). *La santé des jeunes : tendances au Canada. Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire*, Ottawa, Santé Canada, 110 p.
- MASSON, I., et D. DORVAL (1998). *Profil des traumatismes au Québec : de 1991 à 1995*, Québec, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 327 p.
- MAURICE, P., M. LAVOIE, A. CHAPDELAIN et H. BÉLANGER-BONNEAU (1997). « Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels », *Maladies chroniques au Canada* , vol. 18, n° 4, p. 199-206.
- MCLEROY, K. R., D. BIBEAU, A. STECKLER et K. GLANZ (1988). « An Ecological Perspective on Health Promotion Programs », *Health Education Quarterly*, vol. 15, n° 4, p. 351-377.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Surveillance de la mortalité au Québec : année 1996*, Québec, Gouvernement du Québec, 240 p. (Collection Analyses et surveillance).

PLESS, I. B., et W. MILLAR (2000). *Blessures non intentionnelles chez les enfants : résultats d'enquêtes canadiennes sur la santé*, Ottawa, Publications Santé Canada, 108 p.

RIVARA, F. P., A. B. BERGMAN, J. F. LOGERFO et N. S. WEISS (1982). « Epidemiology of childhood injuries II. Sex differences in injury rater », *American Journal Diseaseable Child*, vol. 136, p. 502-506.

ROBERTSON, L. S. (1983). *Injuries : Causes, Control Strategies, and Public Policy*, Toronto, Lexington Books, 219 p.

ROBITAILLE, Y., R. BOURBEAU, N. DAMESTOY, C. GOULET et I. B. PLESS (2000). « Accidents avec blessures » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 15, p. 313-332.

ROBITAILLE, Y., G. RÉGNIER et I. B. PLESS (1995). « Accidents avec blessures » dans Santé Québec, BELLEROSE, C., C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 1, p. 257-277.

RODRIGO, N., et I. B. PLESS (1997). « Les blessures chez les occupants de motocycles (motocyclettes et cyclomoteurs) : circonstances, nature des blessures et pistes d'action » dans BEAULNE, G. (réd.). *Pour la sécurité des jeunes canadiens, des données statistiques aux mesures préventives*, Ottawa, Santé Canada, chapitre 6, p. 128.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (1997). *Bilan 1996 : accidents, parc automobile, permis de conduire, dossier statistique*, Québec, Direction de la planification et de la statistique, 205 p.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (1999). *Site de la Société de l'assurance-automobile du Québec, Données complémentaires au bilan routier 1998, Enquête sur le taux de port du casque au Québec*, Gouvernement du Québec, [En ligne].  
[www.saaq.gouv.qc.ca/securite/bilan\\_routier\\_98/compdi\\_spos.html](http://www.saaq.gouv.qc.ca/securite/bilan_routier_98/compdi_spos.html)








THÉVENOD, C., A. LIRONI et C. LE COULTRE (2000). « Épidémiologie des traumatismes à in-line skate : état des connaissances », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 48, p. 271-280.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1996). *Physical Activity and Health : A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 278 p.

# Tableaux complémentaires

Tableau C.18.1

**Vocabulaire utilisé pour décrire les véhicules dans l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, code correspondant dans la classification internationale des maladies<sup>(1)</sup> et âge minimum pour avoir droit au permis de conduire**

Véhicule	Illustration dans le questionnaire	Âge minimum pour le permis de conduire <sup>(2)</sup>
Motomarine <sup>(3)</sup>		Aucun permis requis avant le 1er avril 1999
Motoneige (E820)		14 ans avec cours
Véhicule tout terrain (VTT) (E821)		14 ans avec cours
Motocycles (Non spécifique E810-E825 [.2, .3])		
Cyclomoteur (Ex. : mobylette)		14 ans sans cours si moteur inférieur à 50 cc.
Scooter		16 ans si moteur égal ou supérieur à 50 cc.
Motocyclette		16 ans
Automobile (E810-E825 [.0, .1, .9])		16 ans

<sup>(1)</sup> Organisation mondiale de la santé, 1977, Manuel de la classification internationale des maladies et des traumatismes et causes de décès (CIM), 9<sup>e</sup> révision (1975), vol.1, Genève, 783 p.

<sup>(2)</sup> Selon la Société de l'assurance automobile du Québec ( SAAQ), sauf pour les motomarines qui sont régies par la Loi sur la marine marchande de Pêches et Océans Canada.

<sup>(3)</sup> Pas de code CIM spécifique aux motomarines.

Tableau C.18.2

**Enfants et adolescents ayant eu un accident avec blessures<sup>(1)(2)</sup> selon l'activité exercée au moment de l'accident, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	taux pour 1000		
Vélo	8,2**	9,2**	11,0**
Patins ou planche à roulettes	1,6**	6,8**	12,3**
Autre sport	23,7* <sup>1</sup>	81,5 <sup>1</sup>	125,8 <sup>1</sup>
Voiture, camion, moto	0,9**	3,2**	6,6**
Piéton	0,8**	0,8**	1,2**
En se bagarrant	6,7**	3,8**	7,5**
En trébuchant dans un escalier	16,3**	11,5**	17,4*
En tombant de quelque chose	15,1**	7,5**	11,7**
Autre situation	25,9*	24,4*	27,0*

<sup>(1)</sup> Accident avec blessure survenu au cours d'une période de 12 mois ayant entraîné la consultation d'un médecin ou d'une infirmière.

<sup>(2)</sup> La question a été répondue par le parent pour les enfants de 9 ans (et les jeunes de 13 ans dans certains cas) et par les adolescents de 13 ans et 16 ans eux-mêmes.

<sup>1</sup> Les taux dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

Tableau C.18.3

**Population estimée pratiquant des activités physiques et mororisées<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	Pe '000		
Activités physiques			
Bicyclette	77,8	78,3	72,2
Patins à roues alignées	61,1	56,7	47,6
Planche à roulettes	25,1	20,7	12,3
Activités motorisées			
Motomarine	16,0	13,4	11,7
Motoneige	36,9	30,1	23,7
VTT	32,1	34,0	33,7
Cyclomoteur (mobylette)	22,0	14,1	11,0
Scooter	13,0	16,9	21,1
Moto	18,9	17,0	14,5
Automobile	80,6	79,9	79,3

<sup>(1)</sup> Pratique au moins une fois au cours d'une période de 12 mois à titre de conducteur ou de passager.

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

# **Santé mentale et adaptation sociale**

---

Santé mentale

Violence et problèmes de comportement

Violence dans les relations amoureuses à l'adolescence





# Chapitre 19

## Santé mentale

**Jean-Jacques Breton**

Service de recherche, Hôpital Rivière-des-Prairies  
Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine  
Département de psychiatrie, Université de Montréal

**Gilles Légaré**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent  
Institut national de santé publique du Québec

**Johanne Laverdure**

Institut national de santé publique du Québec

**Yvan D'Amours**

Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires  
Ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec

---

### Introduction

Diminuer les problèmes de santé mentale et réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicide constituent deux objectifs de *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). Lors du bilan d'implantation de la politique de santé mentale, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ont demandé d'accorder une priorité aux problèmes de santé mentale des jeunes (MSSS, 1997a). Le suicide et l'adaptation sociale des jeunes sont devenus en 1997 des priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997b). Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) identifie maintenant les jeunes comme une des deux clientèles prioritaires dans son *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale au Québec* (MSSS, 1998a). Le rapport *Accentuer la transformation des services de santé mentale : cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000* (MSSS, 2001) confirme la priorité à accorder à la santé mentale des jeunes, particulièrement ceux présentant des troubles mentaux. C'est dire toute l'importance dévolue

actuellement à la santé mentale et à l'adaptation sociale des jeunes québécois.

Cette priorité accordée aux problèmes de santé mentale des jeunes s'appuie sur une réalité de santé publique incontournable. Les taux de suicide des jeunes québécois de 10 à 24 ans se révèlent constamment supérieurs à la moyenne canadienne depuis le début des années 90. Le Québec se retrouve dans le peloton de tête des pays occidentaux (D'Amours, 1997). Avec un taux de suicide de 20,2 par 100 000 pour les adolescents de 15 à 19 ans en 1994, le Québec se situe légèrement au-dessous du taux européen le plus élevé observé en Finlande (22,0) et au-dessus des taux observés en Norvège (17,1), en Autriche (15,5) et dans les autres pays européens (Rey et autres, 1997). La situation est à ce point préoccupante que le MSSS a récemment défini une stratégie d'action face au suicide (MSSS, 1998b).

La détresse psychologique touche également les jeunes québécois. Elle constitue, en 1998, le lot quotidien de 29 % des adolescents de 15 à 19 ans (Légaré et autres, 2000). L'étude des troubles mentaux

les plus fréquents à l'adolescence dans la population générale révèle, selon les réponses des jeunes, une prévalence de 18 % sur une période de 6 mois chez les jeunes de 12 à 14 ans en 1992 et de 24 % chez ceux de 14 à 17 ans en 1995-1997 (Breton et autres, 1999; Romano et autres, 2001).

Certes, les problèmes de santé mentale des jeunes ont fait l'objet de plusieurs recherches au cours des deux dernières décennies. Il s'agit, cependant, en majorité d'études locales ou régionales réalisées en collaboration avec le milieu scolaire. Par exemple, les conduites suicidaires ont été étudiées auprès des jeunes des régions de Montréal (Tousignant, Hamel et Bastien, 1988) et de Trois-Rivières (Côté, Pronovost et Ross, 1990) et plusieurs aspects de la vie des jeunes incluant l'estime de soi, la détresse psychologique et les conduites suicidaires ont été étudiés dans les régions de l'Outaouais (Deschesnes et Scheafer, 1997) et du Saguenay—Lac-Saint-Jean (Veillette et autres, 1998; Perron et autres, 1999). Peu d'enquêtes nationales représentatives de tous les jeunes québécois ont été réalisées. Les enquêtes générales de Santé Québec de 1987, 1992-1993 et 1998 ont apporté des connaissances sur la détresse psychologique et les conduites suicidaires, mais uniquement chez les personnes de 15 ans et plus. L'*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992* (Breton et autres, 1999) et l'étude longitudinale des enfants de maternelle (Romano et autres, 2001) ont orienté surtout leurs recherches sur les troubles mentaux intériorisés et extériorisés.

Il n'existe pas non plus de données nationales au sujet de l'estime de soi des jeunes du Québec. Pourtant l'estime de soi, c'est-à-dire le respect et la valeur qu'un jeune s'accorde à lui-même, constitue un facteur de protection auquel ont fréquemment recours les programmes québécois de prévention et de promotion en santé mentale. L'estime de soi varie selon l'âge, le sexe, la qualité des liens familiaux et parentaux; elle est associée aux problèmes de santé mentale des jeunes

comme la dépression, les idées suicidaires et les troubles de comportement (Ayotte, 1996; Harter, 1993). L'étude de la santé mentale des jeunes, dans le cadre de la présente enquête, prend en compte l'estime de soi en lien avec plusieurs autres variables, en conformité avec les modèles écologique (Bronfenbrenner, 1989) et transactionnel du développement (Sroufe et Rutter, 1984). Comment l'estime de soi varie-t-elle selon l'âge et le sexe des jeunes ainsi que le soutien affectif des parents? Comment cette variable est-elle associée à la détresse psychologique et aux conduites suicidaires? Voilà des questions auxquelles tente de répondre ce chapitre.

Les données nationales sur les troubles émotifs et les idées suicidaires des enfants de 9 ans et la détresse psychologique des adolescents de 13 ans font également défaut. Qu'en est-il des troubles émotifs à l'âge de 9 ans? Est-ce que la fréquence des idées suicidaires est élevée chez les jeunes de 9 ans? Y a-t-il une association entre les idées suicidaires à 9 ans et le soutien affectif des parents? Y a-t-il une association entre la détresse psychologique à l'adolescence et le nombre de sources de soutien? Voilà d'autres questions auxquelles tente de répondre le chapitre.

Enfin, l'étude des comportements de recherche d'aide des jeunes à risque de suicide ou qui démontrent un niveau élevé de détresse psychologique constitue une dimension importante du *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale au Québec* (MSSS, 1998a). Les jeunes à risque de suicide se confient surtout à leurs pairs (Côté, Pronovost et Ross, 1990; Deschesnes, 1997; Gariépy, 1997; Tousignant, Hamel et Bastien, 1988). Pourquoi ne consultent-ils pas un professionnel? Est-ce pour des raisons instrumentales comme la disponibilité ou à cause de barrières psychologiques comme les réactions de la famille ou les croyances personnelles? Voilà les dernières questions qu'aborde ce chapitre.

Le texte se divise en trois parties. Les aspects méthodologiques sont présentés en premier lieu. Les résultats sur l'estime de soi, les troubles émotifs des enfants, la détresse psychologique des adolescents et finalement les idées et tentatives de suicide suivent. Les principales conclusions et recommandations font l'objet de la dernière partie du chapitre.

## 19.1 Aspects méthodologiques

L'estime de soi des enfants de 9 ans est mesurée à l'aide des questions E22a à E22h du questionnaire destiné aux enfants de 9 ans. Cette sous-échelle de type Likert sur le concept général de soi comprend huit items; elle provient du Questionnaire d'autodescription de Marsh (1990). La fiabilité et la validité du questionnaire d'origine ont été évaluées lors de nombreuses études (Marsh, 1990). Une version française de l'instrument a fait l'objet d'une validation auprès d'un échantillon d'enfants québécois du deuxième cycle du primaire. Les résultats confirment la bonne fiabilité et validité de la version française à l'exception du concept général de soi chez les garçons (Gagnon et autres, 1994). Un indice dont l'étendue varie de 8 à 32 a été construit. Plus le score est élevé, plus le niveau d'estime de soi est élevé. La moyenne est utilisée pour fins de comparaison. Le taux de non-réponse partielle des enfants de 9 ans à cet indice s'élève à 5,2 % et se répartit également selon le sexe.

L'estime de soi des adolescents de 13 et 16 ans a été étudiée à l'aide de la traduction française du *Rosenberg's self esteem scale* (Vallières et Vallerand, 1990). Ce bref questionnaire composé de 10 items permet d'évaluer à quel point un individu se considère comme une personne de valeur, possédant un certain nombre de belles qualités, ayant une attitude positive à l'égard de lui-même et ne se considère pas comme inutile ou bon à rien (questions A23a à A23j et Q31a à Q31j). Il se compare au concept général de soi du Questionnaire d'autodescription de Marsh. Les qualités psychométriques de la traduction française sont acceptables et se comparent favorablement à celles de

la version anglaise (Vallières et Vallerand, 1990). L'échelle de Rosenberg a été utilisée dans trois enquêtes québécoises (Deschesnes et Shaefer, 1997; Perron et autres, 1999; Bellerose et autres, 2001). L'étendue de l'échelle varie de 10 à 40. Plus le score est élevé, plus le niveau d'estime de soi est élevé. Trois catégories de répondants sont identifiées selon la répartition utilisée dans l'étude du Saguenay-Lac-Saint-Jean (Perron et autres, 1999) : une estime de soi faible correspondant au quintile inférieur, une estime de soi moyenne correspondant aux 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> quintiles et une estime de soi élevée correspondant au quintile supérieur. Le taux de non-réponse partielle, de 5,6 % chez les adolescents de 13 ans, se répartit également selon le sexe; il est de 2,7 % chez les adolescents de 16 ans.

L'évaluation des troubles émotifs des enfants de 9 ans a été réalisée à l'aide d'un indice comportant sept items. Il s'agit des questions PE55a à PE55g du questionnaire autoadministré destiné aux parents qui mesurent la fréquence de sept symptômes de dépression et d'anxiété chez les enfants. Cet indice, dont les questions proviennent de l'enquête ontarienne sur la santé des enfants (Offord et autres, 1987), a été identifié a posteriori à la suite du premier cycle de la collecte des données de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants* (ELNE 1994-1995) (Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1995). Pour la présente enquête, un indice a été construit dont l'étendue varie de 0 à 14. Plus le score est élevé, plus les symptômes de troubles émotifs sont importants. Deux catégories de répondants sont identifiées : le niveau faible/moyen correspondant aux quartiles un à trois et le niveau élevé correspondant au quartile supérieur. Le taux de non-réponse partielle à cet indice atteint 8,9 % et est plus élevé chez les garçons (11 %) que chez les filles (6 %). Il ne varie pas selon la scolarité des parents ni leur niveau à l'indice de détresse psychologique; par contre, il est associé au type de milieu familial, la non-réponse étant plus élevée chez les répondants de familles avec un seul parent.

L'indice de détresse psychologique de Santé Québec a été retenu pour estimer le niveau de détresse psychologique des adolescents de 13 et de 16 ans. Cet indice comprenant 14 questions mesure la fréquence des symptômes liés à la dépression, l'anxiété, l'agressivité et aux troubles cognitifs au cours de la semaine précédant l'enquête. Il s'agit des questions A33a à A33n et Q41a à Q41n du questionnaire autoadministré s'adressant aux adolescents. Cet indice a été utilisé lors des enquêtes générales de Santé Québec réalisées en 1987, 1992-1993 et 1998 et lors d'enquêtes régionales. Deschesnes (1998) a démontré que la fiabilité et la validité de cet indice étaient acceptables pour une population adolescente québécoise. Son étendue varie de 0 à 100. Deux catégories de répondants sont identifiées : le niveau faible/moyen correspondant aux quintiles un à quatre, le niveau élevé correspondant au quintile supérieur. La consultation d'un professionnel et les raisons qui ont empêché de demander de l'aide sont également étudiées (questions A35-A36 et Q43-Q44). La liste des raisons qui auraient empêché le recours à de l'aide provient de l'*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992* (Breton et autres, 1997). Le taux de non-réponse partielle à l'indice de détresse psychologique est inférieur à 1 % chez les adolescents. La non-réponse partielle est relativement élevée pour les questions portant sur les motifs de non-consultation (10 % et 5 % chez les 13 et 16 ans respectivement); celle-ci n'est toutefois associée ni au sexe, ni à l'année d'études des adolescents.

La prévalence des idées suicidaires sérieuses des enfants de 9 ans a été étudiée à l'aide d'une question utilisée lors de l'évaluation d'un programme de prévention du suicide (Mishara, 1998). Il s'agit de la question E46 du questionnaire autoadministré destiné aux enfants. Une étude en profondeur de plus de 100 enfants québécois de 6 à 12 ans a démontré qu'ils possèdent une conception de la mort et du suicide suffisamment évoluée pour assurer une validité de contenu raisonnable (Mishara, 1999). Les questions

mesurant les comportements suicidaires des adolescents sont issues d'enquêtes américaines et canadiennes (Brener et autres, 1995; Kann et autres, 1998). Les questions sur l'estimation de l'intensité des idées suicidaires et la recherche d'aide proviennent d'enquêtes québécoises récentes (Légaré et autres, 1995; Champoux et Giroux, 1991; Deschesnes et Schaefer, 1997; Breton et autres, 1997). Il s'agit des questions A37 à A42 et Q45 à Q50.

La différence de libellé des questions sur les idées suicidaires à 9 ans et à 13 ou 16 ans ne permet pas de comparaison valide entre ces deux groupes. Le taux de non-réponse pour les idées suicidaires et les tentatives de suicide est de moins de 3,5 %; il est de moins de 6 % pour l'intensité des idées suicidaires chez les 13 ans et de 5 % chez les 16 ans pour les motifs de non-consultation pour conduites suicidaires.

## 19.2 Résultats

### 19.2.1 Estime de soi

À l'âge de 9 ans, la moyenne à l'échelle d'estime de soi est d'environ 28,0 pour les garçons et de 27,6 pour les filles (données non présentées). L'estime de soi des enfants de cet âge est associée à la scolarité des parents (tableau 19.1). La moyenne à l'échelle d'estime de soi est plus élevée pour les enfants de parents ayant complété le cégep ou l'université que pour les enfants de parents avec un secondaire complété ou l'équivalent (28,3 c. 27,2). Le niveau de soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien sont également associés à l'estime de soi. La moyenne à l'échelle d'estime de soi est plus élevée pour les enfants percevant un niveau élevé de soutien affectif maternel et paternel que pour ceux rapportant un niveau faible ou moyen. Il en est de même pour les enfants disposant de quatre sources de soutien social et plus comparativement à ceux disposant de trois sources et moins.

Tableau 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**

	Moyenne
Plus haut niveau de scolarité des parents <sup>†</sup>	
Secondaire incomplet ou moins	27,6
Secondaire complété, école de métiers, etc.	27,2 <sup>1</sup>
Cégep ou université	28,3 <sup>1</sup>
Soutien affectif maternel <sup>(1)†</sup>	
Élevé	28,7 <sup>2,3</sup>
Moyen	27,3 <sup>2,4</sup>
Faible	26,0 <sup>3,4</sup>
Soutien affectif paternel <sup>(2)†</sup>	
Élevé	28,6 <sup>5,6</sup>
Moyen	27,5 <sup>5,7</sup>
Faible	26,1 <sup>6,7</sup>
Nombre de sources de soutien <sup>†</sup>	
Trois et moins	26,3
Quatre et plus	28,0

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte de sexe féminin.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte de sexe masculin.

† Les tests de différence de moyennes entre l'estime de soi et le plus haut niveau de scolarité des parents, entre l'estime de soi et le soutien affectif maternel, entre l'estime de soi et le soutien affectif paternel et entre l'estime de soi et le nombre de sources de soutien sont significatifs au seuil de 0,05.

<sup>1-7</sup> Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

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

Une échelle distincte permet d'évaluer le niveau d'estime de soi chez les adolescents. Les proportions d'adolescents présentant un niveau élevé d'estime de soi se révèlent supérieures chez les garçons comparativement aux filles, à 13 ans (26 % c. 15 %) tout comme à 16 ans (37 % c. 25 %) (tableau 19.2).

À l'âge de 13 et 16 ans, le niveau de soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien sont associés au niveau d'estime de soi (tableau 19.3). En effet, la proportion d'adolescents de 13 ans ayant un niveau faible d'estime de soi est supérieure parmi ceux qui perçoivent un niveau faible de soutien affectif maternel que parmi ceux qui perçoivent un niveau élevé de soutien affectif maternel (37 % c. 13 %). Le même

écart s'observe chez les adolescents de 16 ans (29 % c. 16 %). Le niveau d'estime de soi varie de façon similaire selon le niveau de soutien affectif paternel chez les adolescents de 13 ans (39 % c. 14 %) et 16 ans (34 % c. 14 %). Un profil semblable se dégage de l'analyse relative au nombre de sources de soutien rapportées par les adolescents de 13 ans et 16 ans : environ 30 % de ceux qui rapportent trois sources et moins et 20 % de ceux qui en rapportent quatre et plus ont un niveau faible d'estime de soi.

Tableau 19.2

**Niveau d'estime de soi des adolescents<sup>†</sup> de 13 ans et 16 ans selon le sexe, Québec, 1999**

	13 ans		16 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	%			
Faible	16,8 <sup>1</sup>	27,6 <sup>1</sup>	15,7 <sup>3</sup>	27,2 <sup>3</sup>
Moyen	57,8	57,0	47,6	47,5
Élevé	25,5 <sup>2</sup>	15,5 <sup>2</sup>	36,7 <sup>4</sup>	25,2 <sup>4</sup>

<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

† Le test d'association entre le sexe et le niveau d'estime de soi est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

Tableau 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**

	13 ans	16 ans
	%	
Soutien affectif maternel <sup>(1)†</sup>		
Élevé	13,0 <sup>1</sup>	15,7 <sup>2</sup>
Moyen	27,9	24,4
Faible	37,3 <sup>1</sup>	29,1 <sup>2</sup>
Soutien affectif paternel <sup>(2)†</sup>		
Élevé	13,9 <sup>3</sup>	14,4 <sup>4</sup>
Moyen	29,7	25,3
Faible	38,9 <sup>3</sup>	34,4 <sup>4</sup>
Nombre de sources de soutien <sup>†</sup>		
Trois et moins	29,2	30,1
Quatre et plus	19,8	19,0

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte de sexe féminin.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte de sexe masculin.

<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre l'estime de soi et le soutien affectif maternel, entre l'estime de soi et le soutien affectif paternel, et entre l'estime de soi et le nombre de sources de soutien sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

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

### 19.2.2 Troubles émotifs des enfants et détresse psychologique des adolescents

L'indice des troubles émotifs des enfants de 9 ans, tels que rapportés par les parents, révèle que la proportion des garçons qui présentent un niveau élevé de troubles émotifs a tendance à être supérieure à celle des filles (27 % c. 22 %); cependant, cette différence n'est pas significative (tableau 19.4). La proportion des enfants de 9 ans présentant un niveau élevé de troubles émotifs est plus élevée parmi ceux dont le parent répondant présente un niveau élevé de détresse psychologique (45 %) comparativement à ceux dont le parent a un niveau faible ou moyen (20 %). Le niveau de troubles émotifs des enfants est également associé au type de milieu familial et au niveau de soutien affectif paternel. On remarque que la proportion d'enfants

ayant un niveau élevé de troubles a tendance à être plus importante chez les enfants vivant avec un parent et un beau-parent (33 %) ou avec un parent seul (30 %), de même que chez ceux qui déclarent un faible niveau de soutien affectif paternel (32 %).

Tableau 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**

	%
Sexe	
Garçons	27,3
Filles	22,3
<b>Sexes réunis</b>	<b>24,8</b>
Type de milieu familial <sup>†</sup>	
Avec mère et père	22,2
Avec parent et beau-parent	32,6*
Avec parent seul	30,3
Niveau de détresse psychologique du parent <sup>†</sup>	
Faible ou moyen	19,9
Élevé	45,3
Soutien affectif paternel <sup>(1)†</sup>	
Élevé	22,7
Moyen	21,6*
Faible	32,2

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte de sexe masculin.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre le niveau de troubles émotifs et le type de milieu familial, entre le niveau de troubles émotifs et le niveau de détresse psychologique et entre le niveau de troubles émotifs et le soutien affectif paternel sont significatifs au seuil de 0,05.

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

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

Selon les données de l'enquête, la proportion d'adolescents ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique se situe, par définition, à environ 22 % et 19 % chez les jeunes de 13 ans et 16 ans respectivement (tableau 19.5). Ces proportions se révèlent plus élevées chez les filles que chez les garçons. En effet, un peu plus d'une fille de 13 ou 16 ans sur quatre présente un niveau élevé de détresse

psychologique comparativement à un garçon de 13 ans sur six et à un garçon de 16 ans sur huit.

On n'observe pas d'association entre le type de milieu familial et la détresse psychologique chez les adolescents de 13 et 16 ans. L'estime de soi s'avère cependant associée à la détresse psychologique à l'adolescence. En effet, on estime que chez les jeunes de 13 ans qui ont un niveau élevé d'estime de soi seulement 2,2 % rapportent un niveau élevé de détresse psychologique alors que la proportion augmente à 46 % chez ceux dont le niveau d'estime de soi est faible. La même association s'observe chez les adolescents de 16 ans (4,2 % c. 49 %).

À l'âge de 13 et 16 ans, le soutien affectif maternel et paternel et le nombre de sources de soutien sont aussi associés à la détresse psychologique. Ainsi, la proportion estimée d'adolescents de 13 ans avec un niveau élevé de détresse psychologique est inférieure chez ceux qui perçoivent un niveau élevé de soutien affectif maternel comparativement à ceux ayant un niveau faible de soutien maternel (16 % c. 37 %). Il en est de même chez les adolescents de 16 ans (15 % c. 24 %). On note des associations semblables en ce qui a trait au soutien affectif paternel chez les adolescents de 13 ans (13 % c. 42 %) et de 16 ans (12 % c. 35 %). La proportion d'adolescents ayant un niveau élevé de détresse varie également selon le nombre de sources de soutien rapportées par les adolescents de 13 ans (19 % c. 32 %) et de 16 ans (17 % c. 32 %), cette proportion étant inférieure chez ceux qui déclarent pouvoir disposer de quatre sources de soutien et plus.

#### *Comportements de recherche d'aide des adolescents ayant un niveau élevé de détresse psychologique*

Un peu moins de 30 % des jeunes présentant un niveau élevé de détresse psychologique (29 % et 28 % des 13 et 16 ans respectivement) ont déclaré avoir consulté un professionnel de la santé pour ces symptômes au cours d'une période de 12 mois (données non présentées). L'analyse des trois catégories de raisons invoquées par les jeunes en détresse qui n'ont pas recherché d'aide professionnelle révèle que les principales raisons invoquées sont celles liées à des croyances personnelles (passerait avec le

temps, pas assez important) (tableau 19.6). Les raisons instrumentales (ne savait pas où s'adresser, ça aurait pris trop de temps, personne n'était disponible) et les raisons psychologiques (peur que mes parents ou d'autres le sachent) sont invoquées par de plus faibles proportions d'adolescents. Notons que plus d'un jeune sur cinq a déclaré ne pas savoir ce qui l'avait empêché de demander de l'aide.

Tableau 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**

	13 ans	16 ans
	%	
<b>Sexe<sup>†</sup></b>		
Garçons	16,3	12,0
Filles	27,1	26,8
<b>Sexes réunis</b>	<b>21,6</b>	<b>19,4</b>
<b>Niveau d'estime de soi<sup>†</sup></b>		
Faible	45,8 <sup>1</sup>	48,8 <sup>2</sup>
Moyen	19,1	16,3
Élevé	2,2 <sup>**1</sup>	4,2 <sup>**2</sup>
<b>Soutien affectif maternel<sup>(1)†</sup></b>		
Élevé	15,8 <sup>3</sup>	14,7 <sup>4</sup>
Moyen	22,3	23,2
Faible	37,3 <sup>3</sup>	24,3 <sup>4</sup>
<b>Soutien affectif paternel<sup>(2)†</sup></b>		
Élevé	13,4 <sup>5</sup>	12,4 <sup>6</sup>
Moyen	28,5	20,5
Faible	42,0 <sup>5</sup>	35,2 <sup>6</sup>
<b>Nombre de sources de soutien<sup>†</sup></b>		
Trois et moins	32,0	31,8
Quatre et plus	19,0	16,5

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte de sexe féminin.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte de sexe masculin.

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre le niveau de détresse et le sexe, entre le niveau de détresse et le niveau d'estime de soi, entre le niveau de détresse et le soutien affectif maternel, entre le niveau de détresse et le soutien affectif paternel et entre le niveau de détresse et le nombre de sources de soutien sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

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

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

Tableau 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<sup>(1)</sup>, Québec, 1999**

	13 ans	16 ans
	%	
Raisons instrumentales	11,7*	9,2**
Raisons psychologiques	7,6**	2,4**
Croyances personnelles	54,6	69,1
Ne sait pas	26,1*	19,3*

<sup>(1)</sup> Sur une période de 12 mois.

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

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

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

### 19.2.3 Idées et tentatives de suicide

Chez les enfants de 9 ans, la prévalence des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois est estimée à 8 %. La différence entre les filles (7 %) et les garçons (8 %) n'est pas significative (tableau 19.7).

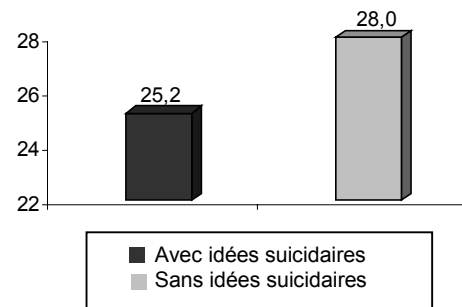
Certains facteurs tels le niveau d'estime de soi, la réussite scolaire et le niveau de soutien affectif parental sont reliés à la présence d'idées suicidaires chez les jeunes. Ainsi, les enfants de 9 ans qui ne rapportent pas d'idées suicidaires ont une moyenne à l'échelle d'estime de soi de Marsh supérieure à la moyenne de ceux qui rapportent de telles idées (28,0 c. 25,2) (figure 19.1).

De même, un indicateur de réussite scolaire, le redoublement, est associé à la prévalence des idées suicidaires chez les enfants de 9 ans (tableau 19.7). Les enfants qui n'ont jamais redoublé une année rapportent moins fréquemment des idées suicidaires sérieuses (7 %) que ceux qui ont déjà répété une année d'études (16 %). On note également une association entre les niveaux de soutien affectif maternel et paternel rapportés par les enfants de 9 ans

et la présence d'idées suicidaires. En effet, la proportion estimée d'enfants rapportant de telles idées est supérieure chez les enfants ayant un niveau faible de soutien affectif maternel (13 %) que chez ceux rapportant un niveau élevé de soutien affectif (4,5 %). La même tendance s'observe pour le niveau de soutien affectif paternel (11 % c. 6 %).

Figure 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<sup>†</sup>, Québec, 1999**



<sup>†</sup> Le test de différence entre les moyennes à l'échelle d'estime de soi selon la présence d'idées suicidaires est significatif au seuil de 0,05.

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

Par ailleurs, la prévalence estimée des idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois est plus élevée chez les adolescents de 16 ans que chez ceux de 13 ans (10 % c. 7 %) (tableau 19.8). La prévalence chez les garçons de 16 ans est supérieure (8 %) à celle notée chez leurs cadets de 13 ans (3,6 %). La présence d'idées suicidaires sérieuses est également associée au sexe, les adolescentes obtenant une prévalence supérieure à celles des garçons tant à 13 ans (10 % c. 3,6 %) qu'à 16 ans (12 % c. 8 %).



Tableau 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**

	%
Sexe	
Garçons	8,0*
Filles	7,2*
<b>Sexes réunis</b>	<b>7,6</b>
<b>Pe'000</b>	<b>6,7</b>
Redoublement <sup>†</sup>	
Non	7,5
Oui	16,1**
Soutien affectif maternel <sup>(1)†</sup>	
Élevé	4,5* <sup>1</sup>
Moyen	9,3*
Faible	12,9* <sup>1</sup>
Soutien affectif paternel <sup>(2)†</sup>	
Élevé	5,5*
Moyen	7,5**
Faible	11,2*

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte de sexe féminin.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte de sexe masculin.

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre la présence d'idées suicidaires et le redoublement, entre la présence d'idées suicidaires et le soutien affectif maternel et entre la présence d'idées suicidaires et le soutien affectif paternel sont significatifs au seuil de 0,05.

\*

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

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

Une question de l'enquête permet d'apprécier l'intensité de ces idées suicidaires sérieuses en interrogeant le jeune sur la planification d'un moyen, d'un moment ou d'un lieu pour s'enlever la vie. Environ la moitié des jeunes de 13 et 16 ans (50 % et 49 %) qui rapportent de telles idées ont également prévu un moyen pour le faire (données non présentées). L'enquête permet aussi d'estimer que 3,7 % des adolescents de 13 ans et 3,2 % des adolescents de 16 ans déclarent avoir tenté de s'enlever la vie à au moins une reprise au cours d'une période de 12 mois (tableau 19.8). Les filles rapportent en plus grande proportion que les garçons

avoir fait au moins une tentative, tant chez les 13 ans (6 % c.1,7 %) que chez les 16 ans (4,4 % c. 2,1 %). Approximativement 1 % des jeunes de 13 et 16 ans affirment avoir effectué plus d'une tentative de suicide au cours de la période de référence.

Tableau 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**

	%	
	13 ans	16 ans
Idées suicidaires sérieuses <sup>†</sup>		
Garçons	3,6* <sup>1</sup>	7,8 <sup>1</sup>
Filles	10,1	11,9
<b>Sexes réunis</b>	<b>6,8<sup>2</sup></b>	<b>9,8<sup>2</sup></b>
<b>Pe'000</b>	<b>5,8</b>	<b>8,5</b>
Tentatives de suicide <sup>†</sup>		
Garçons	1,7**	2,1**
Filles	5,9*	4,4*
<b>Sexes réunis</b>	<b>3,7*</b>	<b>3,2*</b>
Nombre de tentatives de suicide		
Une	2,7*	2,2*
Deux et plus	1,1**	1,0**

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre la présence d'idées suicidaires et le sexe et entre les tentatives de suicide et le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

\*

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

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

La présence d'idées suicidaires sérieuses chez les adolescents de 13 et de 16 ans est aussi associée au niveau d'estime de soi, au niveau de soutien affectif parental et au nombre de sources de soutien (tableau 19.9). Ainsi, la prévalence estimée des idées suicidaires sérieuses est moins élevée chez les adolescents qui ont un niveau élevé à l'échelle d'estime de soi que chez ceux qui ont un faible niveau d'estime de soi, et ce, tant chez les 13 ans (2,4 % c. 15 %) que chez les 16 ans (0,7 % c. 30 %). De même, les adolescents qui rapportent un niveau élevé de soutien de la part de leur mère obtiennent une prévalence

d'idées suicidaires inférieure à celle des jeunes qui perçoivent un soutien faible, qu'ils aient 13 ans (4,0 % c. 14 %) ou 16 ans (6 % c. 13 %). Une différence semblable s'observe pour le soutien affectif paternel tant chez les 13 ans (3,0 % c. 17 %) que chez les 16 ans (5 % c. 18 %). Les jeunes qui déclarent quatre sources de soutien et plus présentent aussi une prévalence d'idées suicidaires sérieuses inférieure en comparaison de ceux qui rapportent trois sources et moins.

*Comportements de recherche d'aide des adolescents aux conduites suicidaires*

L'enquête nous renseigne également sur les comportements de recherche d'aide des jeunes rapportant des conduites suicidaires, qu'il s'agisse d'idées suicidaires sérieuses ou de tentatives de suicide. Près de 70 % des adolescents de 13 ans et environ 60 % des 16 ans qui déclarent une conduite suicidaire affirment avoir confié à quelqu'un leur intention ou leur tentative de suicide. La majorité d'entre eux déclarent s'être confiés à un ou une amie tant chez les 13 ans (59 %) que chez leurs aînés (52 %) (données non présentées).

Tableau 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**

	13 ans	16 ans
	%	
Niveau d'estime de soi <sup>†</sup>		
Faible	15,3* <sup>1</sup>	30,3 <sup>2</sup>
Moyen	4,7*	6,4*
Élevé	2,4** <sup>1</sup>	0,7** <sup>2</sup>
Soutien affectif maternel <sup>(1)†</sup>		
Élevé	4,0* <sup>3</sup>	5,7* <sup>4</sup>
Moyen	6,5**	13,1*
Faible	14,5* <sup>3</sup>	13,3* <sup>4</sup>
Soutien affectif paternel <sup>(2)†</sup>		
Élevé	3,0* <sup>5</sup>	5,4* <sup>6</sup>
Moyen	7,0**	11,7*
Faible	17,2* <sup>5</sup>	17,9* <sup>6</sup>
Nombre de sources de soutien <sup>†</sup>		
Trois et moins	10,5*	13,8*
Quatre et plus	5,6*	8,9

(1) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur mère ou un adulte du sexe féminin.

(2) Exclut les enfants ne vivant pas avec leur père ou un adulte de sexe masculin.

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre la présence d'idées suicidaires et le niveau d'estime de soi, entre la présence d'idées suicidaires et le soutien affectif maternel, entre la présence d'idées suicidaires et le soutien affectif paternel, et entre la présence d'idées suicidaires et le nombre de sources de soutien sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et les 16 ans.

\*

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

\*\*

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

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

La recherche d'aide auprès d'un professionnel demeure un comportement peu fréquent chez les jeunes rapportant des conduites suicidaires. Environ 23 % des suicidaires de 13 ans et 16 % de ceux de 16 ans déclarent avoir consulté un professionnel à la suite de leurs pensées ou de leur tentative de suicide (données non présentées). Il est intéressant d'observer, au tableau 19.10, que ce sont des raisons liées à des croyances personnelles (passerait avec le temps, m'en

occuper tout seul, pas assez important) qui sont le plus souvent citées comme motif de non-consultation par les jeunes de 16 ans ayant rapporté des conduites suicidaires (65 %); les raisons ou barrières psychologiques (crainte que les parents le sachent) et les raisons instrumentales (ne savait pas à qui s'adresser, personne n'était disponible) sont mentionnées dans de plus faibles proportions (22 %, 6 % et 7 % respectivement). Chez les 13 ans, la faible précision des données ne permet pas d'observer d'écarts significatifs. Enfin, près d'un jeune suicidaire sur quatre ne peut dire ce qui l'a empêché de demander de l'aide à la suite de ses idées ou de sa tentative de suicide.

Tableau 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**

	13 ans	16 ans
	%	
Raisons instrumentales	19,3**	6,9**
Raisons psychologiques	23,7**	6,2**
Croyances personnelles	32,7*	65,2
Ne sait pas	24,4**	21,7*

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

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

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

## Conclusion

L'enquête montre que les filles et les garçons de 9 ans présentent une moyenne semblable à l'échelle d'estime de soi; toutefois, à 13 ans, la proportion de filles qui présentent un niveau faible d'estime de soi est supérieure à celle des garçons, et cette différence liée au sexe se maintient à 16 ans. Ce profil développemental de l'estime de soi à l'adolescence a été observé dans d'autres études (Deschesnes et Schaefer, 1997). Par ailleurs, les résultats de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* démontrent de façon

éloquente comment l'estime de soi à l'adolescence est associée à la détresse psychologique. En effet, 46 % des adolescents de 13 ans et 49 % de leurs aînés de 16 ans rapportent un niveau élevé de détresse psychologique chez ceux qui ont un niveau faible d'estime de soi, alors que c'est le cas de seulement environ 2 % des adolescents de 13 ans et de 4 % de leurs aînés de 16 ans qui ont un niveau élevé d'estime de soi. Ces résultats, à l'instar des écrits selon lesquels une faible estime de soi est associée à la démoralisation (Bolignini et Plancherel, 1998; Harter, 1993), suggèrent qu'une bonne estime de soi constitue un facteur de protection contre la détresse psychologique.

Il y aurait intérêt, dans une perspective de prévention de la détresse psychologique à l'adolescence, à travailler au développement de l'estime de soi au cours de l'enfance et au début de l'adolescence, spécialement chez les filles. Celles-ci sont particulièrement touchées par la détresse psychologique selon les résultats de la présente étude et ceux des enquêtes générales de 1992-1993 et de 1998 (Légaré et autres, 1995, 2000). Les changements biologiques, psychologiques et sociaux liés à l'adolescence surviennent à la fois plus rapidement et plus intensément chez les filles que chez les garçons. De plus, les adolescentes se révèlent plus sensibles à leur monde intérieur que les adolescents (Offer et Boxer, 1991).

La détresse psychologique des jeunes adolescentes se vit intérieurement et est alors susceptible de passer inaperçue. Les personnes significatives de l'entourage ne doivent pas hésiter à poser des questions au sujet des inquiétudes et des sentiments dépressifs. Une stratégie proactive a trois avantages : (1) informer la personne significative de l'état de souffrance intérieure du jeune; (2) soulager et reconforter le jeune et (3) permettre de recourir à une ressource spécialisée si nécessaire.

La compétence dans des domaines jugés importants par l'enfant ou l'adolescent constitue un déterminant essentiel du concept de soi. De plus, l'approbation de personnes significatives, c'est-à-dire le soutien des parents, des pairs et des enseignants, joue un rôle important dans le développement de l'estime de soi (Lackovic-Grgin et autres, 1994; Zervas et Sherman, 1993). À cet égard, les résultats de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* suggèrent l'hypothèse qu'un soutien parental adéquat et un nombre élevé de sources de soutien pourraient agir comme des facteurs de protection de l'estime de soi. Les interventions dans ce domaine devraient viser tant les compétences de l'enfant et de l'adolescent que l'environnement familial et social.

L'indice de troubles émotifs des enfants de 9 ans ne se révèle pas lié au niveau de soutien affectif maternel dans l'enquête. On pourrait s'en étonner puisque, au même âge, les idées suicidaires y sont associées. L'explication la plus plausible se situe sur le plan méthodologique. Les troubles émotifs des enfants de 9 ans sont rapportés par le parent, le plus souvent par la mère, alors que c'est l'enfant qui communique l'information sur les idées suicidaires et le soutien affectif maternel. Nous sommes donc en présence de deux informateurs pour l'analyse de ces associations. Or, le problème suscité par l'association de variables provenant d'informateurs différents est bien connu en épidémiologie de la santé mentale des jeunes.

La proportion d'enfants qui présentent un niveau élevé de troubles émotifs tend à être supérieure pour les garçons comparés aux filles. Les enquêtes épidémiologiques sur la santé mentale des jeunes réalisées au Canada indiquent que la prévalence des troubles anxieux est plus élevée chez les garçons au début du primaire que quelques années plus tard (Breton et autres, 1999; Offord et autres, 1987). Une attention particulière pourrait être accordée aux symptômes anxieux et dépressifs des garçons

fréquentant l'école primaire d'autant plus que, tout comme pour les filles à l'adolescence, ces symptômes intériorisés sont susceptibles de passer inaperçus. Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* démontrent par ailleurs clairement l'importance de considérer les variables familiales, et particulièrement la détresse psychologique des parents, dans la prise en charge des enfants présentant des troubles émotifs.

Environ 8 % des enfants de 9 ans rapportent des idées suicidaires sérieuses. Cette prévalence est comparable à celle de 9 % pour les idées suicidaires (à laquelle s'ajoute un 2 % de menaces de suicide) observée dans une étude américaine menée auprès de 101 enfants de niveau primaire (Pfeffer et autres, 1984). La prévalence estimée dans la présente enquête est cependant plus précise que celle de l'étude américaine, puisqu'elle est obtenue à partir d'un échantillon de 1 300 enfants. Cette prévalence, jugée élevée, devrait se traduire par une attitude vigilante face aux conduites suicidaires chez les enfants de niveau primaire. Les intervenants en santé mentale ne devraient pas hésiter, dans un contexte relationnel qui s'y prête et en recourant à des termes appropriés (par exemple, penser à se tuer et non à se suicider), à questionner les jeunes qui présentent des manifestations de problèmes de santé mentale sur la présence d'idées suicidaires. Sur le plan de la surveillance épidémiologique et de la recherche, les résultats de la présente enquête et l'augmentation des taux de suicide des jeunes de 10 à 14 ans observée au Québec à partir des années 80 jusqu'en 1997 (de 2 à 5,5 par 100 000 pour les garçons et de 0,4 à 1,8 pour les filles) conduisent à recommander l'étude, dans les prochaines enquêtes régionales et générales, des conduites suicidaires chez les enfants du primaire.

Les prévalences des idées suicidaires sérieuses rapportées par les adolescents dans cette enquête se situent en deçà de celles mesurées dans des enquêtes similaires au Québec et aux États-Unis (Camirand, 1996; Côté, Pronovost et Ross, 1990; Côté, 1992;

Deschesnes et Schaefer, 1997; Kann et autres, 1995, 1996, 1998; Tousignant, Hamel et Bastien, 1988; Tremblay et Légaré, 2001). Les prévalences des tentatives de suicide rapportées par les adolescents, mesurées sur une période de 12 mois, sont comparables à celles estimées lors des enquêtes de Santé Québec de 1987 et de 1992-1993 (Côté, 1992; Camirand, 1996), mais elles sont inférieures à celles de 18 études effectuées dans les années 90 auprès d'échantillons représentatifs de diverses populations générales qui donnaient une prévalence médiane à vie de 7,5 % (Safer, 1997). Soulignons toutefois qu'il est difficile de comparer avec précision des prévalences sur une période de 12 mois à des prévalences à vie.

Il est possible que la présente enquête sous-estime les prévalences des comportements suicidaires comparativement à d'autres enquêtes utilisant un questionnaire autoadministré. Safer (1997) a démontré que la méthodologie d'enquête pouvait affecter l'estimation des prévalences des comportements suicidaires rapportés par les jeunes. En effet, les enquêtes menées à l'aide d'intervieweurs obtiennent des prévalences deux fois moindres que celles utilisant un instrument autoadministré et anonyme. Il est possible que le contexte d'administration des multiples instruments de *L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* se rapproche davantage d'une enquête menée avec des intervieweurs, ce qui pourrait se traduire par une sous-estimation des prévalences des comportements suicidaires rapportés par les adolescents.

L'association observée entre la présence d'idées suicidaires et les niveaux faibles de soutien affectif maternel et paternel chez les 9 ans, 13 ans et 16 ans est en conformité avec plusieurs études qui ont montré que la dysfonction familiale constitue une variable importante à considérer pour la prise en charge des conduites suicidaires (D'Amours, 1997). Or, une revue récente des travaux de recherche évaluative sur les programmes de prévention du suicide s'adressant aux jeunes n'a pu cerner aucun programme évalué qui cible

principalement le milieu familial (Breton et Boyer, 2000). Les 17 programmes relevés dans la littérature se déroulent en majorité dans les écoles et cherchent à modifier des variables médiatrices, comme les connaissances et les attitudes face au suicide, sans habituellement viser la modification des conduites suicidaires des jeunes. La participation des parents demeure marginale.

Certes, la recherche évaluative en prévention du suicide est peu développée comme en témoigne le petit nombre de programmes répertoriés dans la littérature et des efforts importants doivent être faits dans cette direction, comme le recommande la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998b). Cependant, vu l'importance des relations entre le jeune et ses parents, démontrée par la présente enquête, il convient de proposer que le milieu familial soit ciblé dans le développement des programmes de prévention du suicide s'adressant aux jeunes et que l'évaluation de ces programmes prenne en compte les variables familiales tout comme les conduites suicidaires des jeunes.

*L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* révèle que la majorité des adolescents ont confié leurs intentions suicidaires à un ami, résultat conforme aux observations antérieures des chercheurs québécois (Côté, 1992; Deschesnes et Schaefer, 1997; Tousignant, Hamel et Bastien, 1988; Tremblay et Légaré, 2000). Une faible proportion des adolescents suicidaires consulte un professionnel comme le montre la présente enquête. Un ami peut certainement constituer une source de réconfort, mais il ne dispose pas des compétences requises et de la distance affective suffisante pour intervenir adéquatement auprès d'un adolescent suicidaire. Ce jeune doit bénéficier de services de santé mentale. Or, ce ne sont pas des problèmes d'accessibilité physique ou des barrières psychologiques, mais bien des croyances personnelles, comme l'idée que ça va passer avec le temps, qui retiennent principalement les jeunes suicidaires qui ne consultent pas, du moins

selon les jeunes de 16 ans. Le même résultat est observé dans la présente enquête pour les adolescents avec un niveau élevé de détresse psychologique. Il est intéressant de constater que la même observation a été faite pour les parents qui ne consultent pas dans l'*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992* (Breton et autres, 1997).

Deux implications peuvent découler de ces données pour l'intervention. En premier lieu, ces résultats pourraient être utilisés à bon escient dans le développement des programmes de prévention en santé mentale au Québec. En second lieu, ils suggèrent que la recommandation de la prise en charge d'un adolescent à risque de suicide pourrait prendre en compte ses motivations à recevoir de l'aide et celles de ses parents.

# Bibliographie

AYOTTE, V. (1996). *Évaluation d'un programme visant à développer l'estime de soi des adolescents*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 89 p.

BELLEROSE, C., J. BEAUDRY, S. BÉLANGER et J. LEMAIRE (2001). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 95 p.

BOLIGNINI, M., et B. PLANCHEREL (1998). « Estime de soi et santé psychique : le rôle de la puberté et du support social » dans BOLIGNINI, M., et Y. PRÊTEUR (sous la direction de). *Estime de soi. Perspectives développementales*, Paris, Delachaux et Niestlé, 310 p.

BRENER, N. D., J. L. COLLINS, L. KANN, C. W. WARREN et B. I. WILLIAMS (1995). « Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire », *American Journal of Epidemiology*, vol. 141, n° 6, p. 575-580.

BRETON, J. J., L. BERGERON, J. P. VALLA, C. BERTHIAUME, N. GAUDET, J. LAMBERT, M. ST-GEORGES, L. HOUDE et S. LÉPINE (1997). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992 : prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*, Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, volume 2, 224 p.

BRETON, J. J., L. BERGERON, J. P. VALLA, C. BERTHIAUME, N. GAUDET, J. LAMBERT, M. ST-GEORGES, L. HOUDE et S. LÉPINE (1999). « Québec child mental health survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 40, n° 3, p. 375-384.

BRETON, J. J., et R. BOYER (2000). « La prévention du suicide » dans VITARO, F., et C. GAGNON (éd). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, tome 1, p. 271-304.

BRONFENBRENNER, U. (1989). « Ecological systems theory », *Annals of Child Development*, vol. 6, p. 187-249.

CAMIRAND, J. (1996). *Un profil des enfants et des adolescents québécois*, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Monographie n° 3, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 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 du Québec, 74 p.

CÔTÉ, L., J. PRONOVOST et C. ROSS (1990). « Étude des tendances suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire », *Santé mentale au Québec*, vol. 15, n° 1, p. 29-45.

CÔTÉ, L. (1992). *Les comportements suicidaires chez les jeunes Québécois de 15-24 ans*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, n° 9, 52 p.

D'AMOURS, Y. (1997). *Le suicide chez les jeunes : S.O.S. Jeunes en détresse!*, Québec, Conseil permanent de la jeunesse, 132 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.

DESCHESNES, M. (1998). « Étude de la validité et de la fidélité de l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ-14) chez une population adolescente », *Psychologie canadienne*, vol. 39, n° 4, p. 288-298.

GAGNON, C., F. VITARO, W. CRAIG et D. PELLETIER (1994). *The Self-Description Questionnaire-1: Factor structure, reliability and convergent validity of a French version among Fourth through Sixth grade children*, International Society for the Study of Behavioral Development (ISSBD) Biennial Meeting, Amsterdam, July.

GARIÉPY, M.-H. (1997). *Profil régional et sous-régional de l'état de bien-être des ados des Laurentides*, Québec, Centre jeunesse des Laurentides et Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, Direction de la santé publique, 99 p.

HARTER, S. (1993). « Causes and Consequences of Low Self-esteem in Children and Adolescents » dans BAUMEISTER, R. F. (éd.). *Self esteem. The Puzzle of Low Self-Regard*, New York, Plenum Press, 265 p.

KANN, L., C. W. WARREN, W. A. HARRIS, J. L. COLLINS, K. A. DOUGLAS et M. E. COLLINS (1995). « Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 1993 », *Mortality and Morbidity Weekly Report*, vol. 44, n° SS-1, p. 1-55.

KANN, L., C. W. WARREN, W. A. HARRIS, J. L. COLLINS et B. I. WILLIAMS (1996). « Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 1995 », *Mortality and Morbidity Weekly Report*, vol. 45, n° SS-4, p. 1-83.

KANN, L., S. A. KINCHEN, B. I. WILLIAMS, J. G. ROSS, R. LOWRY, C. V. HILL, J. A. GRUNBAUM, P. S. BLUMSON, J. L. COLLINS et L. J. KOLBE (1998). « Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 1997 », *Mortality and Morbidity Weekly Report*, vol. 47, n° SS-3, p. 1-89.

LACKOVIC-GRGIN, K., M. DEKOVIC et G. OPACIC (1994). « Pubertal status, interaction with significant others, and self-esteem of adolescent girls », *Adolescence*, vol. 29, p. 691-700.

LÉGARÉ, G., A. LEBEAU, R. BOYER et D. ST-LAURENT (1995). « Santé mentale : détresse psychologique, idées suicidaires et parasuicides » dans *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Québec, Gouvernement du Québec et Santé Québec, vol. 1, p. 217-255.

LÉGARÉ, G., M. PRÉVILLE, C. POULAIN, R. MASSÉ, R. BOYER et D. ST-LAURENT (2000). « Santé mentale » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 16, p. 333-354.

MARSH, H. W. (1990). « A multidimensional, hierarchical model of self-concept: Theoretical and empirical justification », *Educational Psychology Review*, vol. 2, n° 2, p. 77-172.

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1997a). *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 159 p.

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1998a). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Direction de la planification et de l'évaluation, 46 p.



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1998b). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, Québec, 94 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2001). *Accentuer la transformation des services de santé mentale : cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Québec, MSSS, 52 p.

MISHARA, B. (1998). *Résultats préliminaires d'une évaluation des effets du programme de prévention primaire auprès des jeunes « Plein le dos »*, Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Université du Québec à Montréal, 18 p.

MISHARA, B. (1999). « Conceptions of Death and Suicide in Children Ages 6-12 and Their Implications for Suicide Prevention », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 29, n° 2, p. 105-118.

OFFER, D., et A. M. BOXER (1991). « Normal adolescent development: Empirical research findings » dans LEWIS, M. (éd.). *Child and Adolescent Psychiatry, A comprehensive textbook*, Baltimore, Williams & Wilkins, p. 266-278.

OFFORD, D. R., M. H. BOYLE, P. SZATMARI, N. I. RAE GRANT, P. S. LINKS, D. T. CADMAN, J. A. BYLES, J. W. CRAWFORD, H. MUNROE-BLUM, C. BYRNE, H. THOMAS et C. A. WOODWARD (1987). « Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization », *Archives of General Psychiatry*, vol. 44, p. 832-836.

PERRON, M., M. GAUDREULT, S. VEILLETTE et L. RICHARD (1999). *Trajectoires d'adolescence : stratégies scolaires, conduites sociales et vécu psychoaffectif*, Série Enquête régionale 1997 : aujourd'hui, les jeunes du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Jonquièrre, Groupe ÉCOBES, Cégep de Jonquièrre, 164 p.

PFEFFER, C. R., S. ZUCKERMAN, R. PLUTCHIK et M. S. MIZRUCHI (1984). « Suicidal behavior in normal school children: A comparison with child psychiatric inpatients », *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 23, n° 4, p. 416-423.

REY, C., T. A. MICHAUD, F. NARRING et C. FERRON (1997). « Comportements suicidaires des adolescents en Suisse : rôle des médecins », *Archives de pédiatrie*, vol. 4, n° 8, p. 784-792.

ROMANO, E., R. E. TREMBLAY, F. VITARO, M. ZOCCOLILLO et L. PAGANI (2001). « Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: Findings from an adolescent community sample » *Child Psychology and Psychiatry*, vol. 42, n° 4, p. 451-461.

SAFER, D. J. (1997). « Self-Reported Suicide Attempts by Adolescents », *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 9, n° 4, p. 263-269.

SROUFE, L. A., et M. RUTTER (1984). « The domain of developmental psychopathology », *Child Development*, vol. 55, p. 1184-1199.

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 95-02, 106 p.

TOUSIGNANT, M., S. HAMEL et M. F. BASTIEN (1988). « Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire », *Santé mentale au Québec*, vol. 13, n° 2, p. 79-93.

TREMBLAY, M. J., et G. LÉGARÉ (2001). *Confrontation entre les services offerts par les différentes ressources en prévention du suicide chez les adolescents et les besoins des jeunes présentant des comportements suicidaires*, Rimouski, Centre hospitalier régional de Rimouski, Services de psychiatrie infantile et juvénile, 112 p.

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

VEILLETTE, S., M. PERRON, M. GAUDREAU, L. RICHARD et R. LAPIERRE (1998). *Habitudes de vie et comportements à risque pour la santé des jeunes du secondaire*, Série Enquête régionale 1997 : aujourd'hui, les jeunes du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Jonquière, Groupe ÉCOBES, Cégep de Jonquière, 184 p.

ZERVAS, L., et M. F. SHERMAN (1993). « The relationship between perceived parental favoritism and self-esteem », *The Journal of Genetic Psychology*, vol. 155, p. 25-33.

# Violence et problèmes de comportement

Lynda Fortin

Direction de la jeunesse, des personnes  
toxicomanes et de la santé mentale  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

---

### Introduction

Au Québec, depuis 1990, plusieurs orientations stratégiques ont placé au premier plan les problèmes de comportement et de violence chez les enfants et les adolescents. En 1991, le rapport du Groupe de travail pour les jeunes, *Un Québec fou de ses enfants*, propose une série de recommandations pour soutenir le développement des enfants et pour lutter contre certains problèmes tels la violence, la délinquance, l'abus, la négligence et les troubles de comportement. *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992) vise elle aussi dans ses trois premiers objectifs la diminution des cas d'abus sexuel, de violence, de négligence, de troubles de comportement et de délinquance. Enfin, deux des sept priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997) portent respectivement sur la réduction de la violence et le soutien à l'adaptation et au développement des enfants et des adolescents.

Ce chapitre porte sur l'exposition des enfants et des adolescents à certaines formes de violence, soit l'exposition à la violence domestique entre adultes et la victimisation à l'école, ainsi que sur certains problèmes de comportement : le taxage, le port d'une arme à l'école, les comportements d'opposition et les problèmes de comportement.

#### *Ampleur des phénomènes à l'étude*

Le concept de violence chez ou envers les enfants, comme pour les autres populations, est complexe à cerner. Les jeunes peuvent être victimes de violence de la part de leurs pairs, de leur famille ou d'adultes

extérieurs à la famille et cette victimisation peut être de nature physique, sexuelle, verbale ou psychologique, ou symbolique (Clément et autres, 2000). Par ailleurs, l'hétérogénéité des valeurs à ce sujet est notable. La punition physique, par exemple, peut être perçue comme abusive, justifiée ou même souhaitable selon les attitudes et les valeurs des parents.

De leur côté, les problèmes de comportement englobent une gamme diversifiée de situations ou de comportements tels les actes violents ou antisociaux, la délinquance, l'hyperactivité, l'impulsivité et autres comportements non appropriés socialement. On parle alors de manière générale de problèmes de comportement extériorisés<sup>1</sup> (St-Jacques, McKinnon et Potvin, 1999).

L'enfance et l'adolescence sont des périodes où les manifestations d'extériorisation et les conduites à risque sont plus fréquentes; elles se résorbent souvent d'elles-mêmes avec l'âge (Tursz et Rey, 1996; St-Jacques, McKinnon et Potvin, 1999). Dans certains cas, il s'agit de conduites ou de comportements « d'essai » (Arènes, Janvrin et Beaudier, 1998) inhérents à la phase de développement qu'est l'adolescence ou encore d'une façon de manifester l'appartenance à un groupe de référence (St-Jacques, McKinnon et Potvin, 1999). Ces comportements portent en eux un potentiel de dérapage surtout s'ils atteignent une certaine intensité, s'ils se répètent fréquemment et s'ils sont associés à d'autres problèmes (drogue, alcool, problèmes de santé mentale, etc.).

---

<sup>1</sup> Par opposition aux problèmes de comportement intérieurs tels la dépression, l'anxiété, le retrait.

Les modèles de comportements violents seraient acquis très tôt (Andrews et Trawick-Smith, 1996). Selon l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (Statistique Canada, 1996), les enfants ayant été témoins de violence à la maison sont plus susceptibles de manifester des troubles émotifs et des comportements agressifs ou délinquants que ceux qui n'y ont pas été exposés (Fitzgerald, 1999).

La violence vécue par les jeunes à l'école ou sur le chemin de l'école peut être verbale, physique ou sexuelle. Dans certains cas (se faire crier des noms ou se tirailler avec les pairs, par exemple), elle peut être considérée comme une manière d'éprouver ses forces ou les limites sociales et peut contribuer au processus de socialisation. La limite est tenue entre des comportements anodins et d'autres, problématiques. Pour le jeune qui y est exposé de façon persistante, cette violence peut avoir des effets dévastateurs. Par ailleurs, des comportements cruels et violents réguliers envers les autres peuvent devenir une stratégie inappropriée de gestion des rapports interpersonnels. D'autres conduites se rapprochent plutôt de la délinquance (vol, racket, port d'armes, vandalisme) et sont aussi associées à des problèmes scolaires.

La violence, que ce soit à la maison ou à l'école, de même que les problèmes de comportement et d'opposition touchent une part importante des enfants et des adolescents. La famille, premier lieu de protection, est aussi souvent le premier lieu de violence. L'enquête nationale sur l'agression contre la conjointe révèle que le tiers des femmes mariées ou l'ayant été auraient déjà été victimes de violence de la part de leur conjoint; les enfants en auraient été témoins dans plus de la moitié des cas (52 %) (Rodgers, 1994). Au Québec, 6,6 % des enfants de moins de 18 ans auraient été victimes de violence physique sévère (par exemple secouer un enfant de moins de 2 ans, taper au visage ou sur la tête, donner des coups de poing ou de pied, administrer une raclée, frapper l'enfant avec un objet) au moins une fois au cours des 12 derniers mois (Clément et autres, 2000).

Plusieurs enquêtes nationales permettent d'avancer que l'exposition à la violence et les problèmes de comportement sont assez fréquents chez les enfants et les adolescents. Selon une enquête tenue en France en 1997-1998, 7,8 % des jeunes entre 12 et 19 ans ont été frappés ou blessés au moins une fois au cours de l'année (Arènes, Janvrin et Beaudier, 1998). En Suisse, on estime que 7 % des filles et 20 % des garçons de 15 à 20 ans ont frappé ou battu quelqu'un et que 21 % des garçons et 10 % des filles ont endommagé ou détruit volontairement quelque chose au cours de l'année ayant précédé l'enquête (Michaud et Narring, 1993). Le port d'armes chez les adolescents a fait l'objet de mesures régulières notamment dans les enquêtes américaines (CDCP, 1997). Aux États-Unis, on estime que 8,5 % des jeunes des écoles secondaires ont porté une arme (toutes armes confondues incluant arme blanche, chaîne, coup de poing) à l'école au cours des 30 jours précédant l'enquête et que 36,6 % d'entre eux ont été impliqués dans une bataille; 5,9 % des jeunes auraient porté une arme à feu à l'école au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (CDCP, 1997).

Les tentatives de mesurer le « rackettage » ou taxage révèlent de très faibles prévalences : environ 3 %, en France, au cours de l'année ayant précédé l'enquête chez les jeunes de 12 à 18 ans (Choquet et Ledoux, 1994; Arènes, Janvrin et Beaudier, 1998) et moins de 1 % chez les adolescents suisses (Michaud et Narring, 1993). Cette faible prévalence peut refléter un état de fait réel, une sous-déclaration ou encore le fait que le phénomène s'observerait surtout chez les jeunes de moins de 12 ans. Une enquête scandinave s'est intéressée à l'intimidation (*bullying*) et révèle une prévalence de 16 % et 18 % en deuxième année du primaire (Owleus, 1991). Quoi qu'il en soit, il s'agit de phénomènes encore mal connus et donc, difficiles à observer.

Par contre, les comportements délinquants seraient assez répandus. Selon une enquête régionale québécoise (Deschesnes et Schaefer, 1997), plus de la moitié des jeunes âgés entre 12 et 18 ans auraient eu

des comportements délinquants au moins une fois au cours de la dernière année, alors que 11 % auraient eu ces comportements trois fois ou plus au cours de la dernière année. Enfin, au Québec en 1997-1998, on a dénombré 5 839 signalements pour troubles du comportement selon les catégories de la Loi sur la protection de la jeunesse (Lessard, 2000). La grande majorité de ces signalements est attribuable aux 12-17 ans, ce qui permet d'estimer un taux de signalements retenus pour troubles de comportement d'environ 1 % dans ce groupe d'âge. Par ailleurs, la prévalence des troubles d'opposition varie de 2 % à 16 % selon les études et les populations (Dumas, 1999).

#### *Déterminants, environnement et facteurs associés*

Les recherches ou enquêtes sont consistantes et montrent que les garçons manifestent une propension aux comportements violents plus élevée que les filles. Les différences sont très importantes en ce qui concerne le port d'armes, l'implication dans des batailles et les actes délinquants impliquant l'illégalité (vol, vandalisme, etc.). Plus près de nous, l'*Enquête longitudinale sur le développement des enfants et des jeunes* révèle des résultats semblables (Tremblay et autres, 1996), de même que Vitaro et autres (1994) chez des enfants québécois de niveau primaire. Cependant, on ne doit pas en conclure que la violence n'existe pas chez les filles; il est probable qu'elle se manifeste différemment, notamment sur le plan verbal et psychologique. La prévalence des problèmes de comportement (ou troubles de la conduite selon le DSM-IV) serait de 6 % à 16 % chez les garçons et de 2 % à 9 % chez les filles (Dumas, 1999).

L'âge est certainement un déterminant de l'ampleur et du type de violence ou de comportements perpétrés ou subis par les jeunes. Les plus jeunes seront plus facilement victimes de taxage ou de violence à l'école alors que les comportements délinquants se manifestent rarement avant 12 ans. Cependant, l'effet de l'âge sur les conduites violentes et les problèmes de

comportement ne fait pas consensus dans la littérature. Selon les données du CDCP (1997), la propension des élèves américains du secondaire à porter une arme sur eux ou à être impliqués dans une bagarre diminuerait avec l'âge, laissant croire qu'il s'agit de comportements juvéniles qui se résorbent en grande partie lors du passage à l'âge adulte. À l'opposé, une enquête auprès d'adolescents français de 12 à 19 ans (Arènes, Janvrin et Beaudier, 1998) semble indiquer que la probabilité de frapper ou de blesser quelqu'un dans une bataille s'accroît avec l'âge. Les données de Choquet et Ledoux (1994) vont dans le même sens. Par contre, dans ces deux études la victimisation à l'école décroît avec l'âge.

Les recherches récentes sont plutôt consistantes quant à l'influence des déterminants sociaux sur la santé et notamment des inégalités sociales et économiques (Marmot et Wilkinson, 1999). La probabilité d'être victime de violence de la part des parents augmenterait si la famille vit dans la pauvreté depuis un certain temps (Clément et autres, 2000). Les problèmes de violence et de comportement chez les enfants et les adolescents ne font pas exception à cette règle et sont souvent associés au niveau socioéconomique (Tremblay, 1990). Ainsi, les jeunes vivant un placement en Centre jeunesse ont des parents moins scolarisés et plus inactifs que les jeunes du secondaire en général (Cloutier et autres, 1994). La dimension socioéconomique de la famille où grandit l'enfant s'impose donc comme une variable d'analyse incontournable.

Le milieu de vie immédiat, le quartier et l'école exercent aussi une influence prépondérante sur la probabilité de mauvais traitements, de délinquance et de violence. Certains de ces aspects sont examinés dans le chapitre 5 de ce rapport (*Perception de l'environnement social : quartier ou voisinage*).

Les études sur la résistance ou la capacité d'adaptation démontrent clairement que la présence de facteurs de

risque n'engendre pas automatiquement des problèmes d'adaptation ou de développement (Werner, 1993) et que certains facteurs de résistance contribuent au développement harmonieux des individus placés dans des situations difficiles. Au nombre de ces facteurs, citons un climat familial sain et chaleureux, l'identification à un adulte significatif, l'intelligence, l'estime de soi et des attitudes prosociales permettant à l'enfant de tisser autour de lui un réseau d'amitié, d'entraide et de soutien qui favorise sa résistance aux situations difficiles (Werner, 1993).

Par ailleurs, l'exposition à la violence dans la famille, la victimisation à l'école, les problèmes de comportement ou d'opposition doivent être interprétés comme un ensemble de conduites associées, sans relations nécessairement causales entre elles. Il existe, en effet, une importante comorbidité (Tursz et Rey, 1996) ou cooccurrence de ces phénomènes : les jeunes ayant des troubles de conduite présentent souvent des comportements d'opposition, les jeunes victimes de violence sont souvent eux-mêmes violents envers les autres (Arènes, Janvrin et Beaudier, 1998; Choquet et Ledoux, 1994). Il est donc important d'examiner cette comorbidité dans l'analyse des données de l'enquête.

Ainsi, les objectifs de ce chapitre sont au nombre de trois : établir l'ampleur de certains problèmes de violence et de comportement chez les enfants et les adolescents, observer les variations selon certains facteurs de risque, de résistance ou déterminants de la santé, et enfin, examiner certaines associations entre ces diverses problématiques.

## **20.1 Aspects méthodologiques**

La mesure des problèmes de violence et de comportement chez les jeunes pose un défi méthodologique de taille. D'une part, ce terme englobe une gamme de situations diverses et distinctes allant de la victimisation aux conduites agressives, violentes ou délinquantes. D'autre part, la mesure s'effectue dans le cadre d'une enquête générale qui rend impossible

l'utilisation d'instruments diagnostiques élaborés. De plus, certaines réserves éthiques s'appliquent à la mesure des situations de violence physique ou sexuelle subies par les enfants, rendant difficile la conciliation des exigences de confidentialité de l'enquête et du devoir d'intervention si une de ces situations était déclarée par l'enfant. Dans cette enquête, ces aspects n'ont donc pas été investigués. Par contre, la Direction Santé Québec de l'ISQ a mené, en 1999, une enquête sur la violence familiale envers les enfants québécois (Clément et autres, 2000).

Dans ce chapitre, six indicateurs sont analysés : l'exposition à la violence domestique entre adultes, la victimisation à l'école, le taxage, le port d'une arme à l'école, les comportements d'opposition et les problèmes de comportement.

### *Exposition à la violence domestique entre adultes*

Il existe peu d'instruments adaptés à une enquête générale permettant la mesure de l'exposition à la violence domestique entre adultes. Les questions utilisées ont été développées par Fortin, Cyr et Chénier (1996). Elles portent sur la violence verbale et physique entre les parents ou entre les adultes avec qui vit le jeune (E21, A32 et Q40). Un indicateur dichotomique d'exposition à la violence domestique entre adultes a été créé par le regroupement de toute réponse autre que « jamais » à l'un ou l'autre des deux items de chaque question.

### *Victimisation à l'école*

Les indicateurs de victimisation à l'école reprennent certaines questions de l'enquête *Styles de vie des jeunes du secondaire en Outaouais* (Deschesnes et Schaefer, 1997). Cependant un choix de réponse à trois catégories (« souvent », « quelquefois », « jamais ») a été utilisé. Les questions sont identiques pour les 9, 13 et 16 ans (E13a, b, c, d et A16a, b, c, d, e) sauf en ce qui concerne l'énoncé sur les attouchements sexuels qui n'est pas présent dans le questionnaire destiné aux enfants de 9 ans. Les

énoncés demandent au répondant s'il a vécu certaines situations à l'école depuis septembre. Un indicateur dichotomique de victimisation a été créé par le regroupement de toute réponse autre que « jamais » à l'un ou l'autre des énoncés. Cette information n'est pas disponible pour les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas l'école.

#### *Taxage*

À notre connaissance aucune enquête canadienne n'a utilisé d'instrument permettant la mesure du taxage auprès d'une population comparable à celle-ci. Certaines études européennes abordent ce sujet, mais les libellés des questions sont différents entre eux et il s'est révélé préférable de créer une question spécialement pour l'enquête. Cette question, portant sur les jeunes victimes de taxage, fait suite aux énoncés sur la victimisation à l'école, soit l'item e de la question E13 et l'item f de la question A16. Cette information n'est pas disponible pour les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas l'école.

#### *Port d'une arme*

La question sur le port d'une arme s'adresse aux 13 et 16 ans (A24q et Q32q). On demande au jeune s'il a porté une arme sur lui (par exemple un couteau, un coup de poing ou une chaîne) au cours des six derniers mois.

#### *Comportements d'opposition*

À l'adolescence, les comportements d'opposition sont fréquents; cependant, pour une certaine proportion des jeunes, ces comportements prennent une telle ampleur qu'ils constituent une forme mineure de troubles de la conduite au sens du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Ce dernier propose une série de critères qui s'adressent aux groupes d'âge de 8 à 12 ans et de 13 à 18 ans. Pour poser un diagnostic de trouble d'opposition avec provocation en fonction des critères du DSM-IV, on doit observer la présence de

quatre critères sur une période d'au moins six mois, ainsi qu'une certaine perturbation du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

Les questions de la présente enquête reprennent les critères du DSM-IV pour les troubles oppositionnels avec provocation. Cependant, elles ne permettent pas d'évaluer la gravité du comportement et donc de mesurer en soi les troubles oppositionnels avec provocation. C'est pourquoi, on parle ici plutôt de comportements d'opposition. Les questions portent sur les adolescents de 13 et de 16 ans, à l'exception de ceux de 16 ans qui ne fréquentent pas l'école. C'est le parent connaissant le mieux l'adolescent qui répond à la question qui comprend huit énoncés (PA39a à h). Un indice de comportements d'opposition a été créé par la somme des réponses « tout à fait vrai » à ces énoncés. Un niveau de quatre ou plus est requis pour qu'un adolescent soit considéré comme présentant un comportement d'opposition.

#### *Problèmes de comportement*

Le DSM-IV comprend une catégorie de troubles comportementaux appelée troubles de la conduite. Selon les critères du DSM-IV, le diagnostic de trouble de la conduite implique la présence de trois critères au cours d'une période de douze mois et d'au moins un critère au cours des six derniers mois. Comme dans le cas des comportements d'opposition, l'instrument utilisé dans l'enquête ne révèle nullement la prévalence des troubles de comportement tels qu'entendus par les critères habituels servant au diagnostic puisqu'il ne permet pas de mesurer la persistance et l'intensité des comportements rapportés; il permet néanmoins d'identifier des adolescents qui présentent certains problèmes de comportement. L'instrument destiné aux adolescents de 13 et 16 ans (A24a à A24o et Q32a à Q32o) porte sur quatre dimensions: les agressions envers les personnes ou les animaux, la destruction de biens matériels, la fraude ou le vol, les violations graves des règles établies. L'indice utilisé dans l'enquête

indique qu'il y a présence de problèmes de comportement si l'adolescent rapporte avoir eu trois des comportements énumérés ou plus au cours des six derniers mois.

Le taux de non-réponse partielle à l'ensemble de ces six indicateurs est de moins de 5 %. Chacun des indicateurs décrits précédemment est analysé selon l'âge, le sexe et selon certains facteurs associés dont le revenu du ménage et le type de milieu familial.

## 20.2 Résultats

### 20.2.1 Jeunes témoins de violence domestique entre adultes

Dans chacun des groupes d'âge, l'exposition à la violence domestique entre adultes s'élève à plus de 35 % (38 %, 37 % et 37 % respectivement chez les 9, 13 et 16 ans) (tableau 20.1). Elle est plus élevée chez les filles que chez les garçons de 16 ans (41 % c. 33 %). À 13 ans, on observe une tendance dans le même sens, alors que l'enquête ne permet pas d'observer de différence chez les enfants de 9 ans.

Tableau 20.1  
**Enfants et adolescents témoins de violence domestique entre adultes selon le sexe, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>†</sup>
	%		
Garçons	38,0	34,4	32,7
Filles	38,9	38,7	41,1
<b>Sexes réunis</b>	<b>38,4</b>	<b>36,5</b>	<b>36,9</b>
<b>Pe '000</b>	<b>34,0</b>	<b>31,4</b>	<b>30,4</b>

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'exposition à la violence domestique et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

Le tableau 20.2 montre que les comportements de violence domestique, dont les jeunes ont déclaré avoir été témoins, ont trait presque en totalité à la violence verbale (s'insulter, se dire des gros mots ou des paroles blessantes).

Tableau 20.2  
**Type de violence domestique entre adultes déclarée par les enfants et les adolescents, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
Aucune violence	61,6	63,5	63,1
Violence verbale	34,6	33,4	35,2
Violence physique	0,6**	0,7**	0,2**
Les deux types	3,2*	2,4*	1,5**

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

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

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

L'exposition des jeunes à la violence domestique entre adultes est associée à une faible estime de soi et à la victimisation à l'école dans les trois groupes d'âge ainsi qu'à la détresse psychologique chez les adolescents. En effet, environ 30 % des adolescents de 13 et 16 ans qui ont déclaré avoir été témoins de violence domestique entre adultes ont un niveau élevé de détresse psychologique alors que cette proportion est de 16 % et de 13 % respectivement chez les jeunes de 13 et 16 ans qui n'en ont pas été témoins (tableau 20.3). Les données de l'enquête permettent d'estimer que ces jeunes qui sont à la fois témoins de violence domestique et qui manifestent un niveau élevé de détresse psychologique représentent environ 11 % de l'ensemble des jeunes de 13 et 16 ans (données non présentées).



Tableau 20.3

**Niveau élevé de détresse psychologique, niveau faible d'estime de soi et victimisation à l'école<sup>(1)</sup> selon l'exposition à la violence domestique entre adultes, Québec, 1999**

	Détresse psychologique élevée <sup>†</sup>	Faible estime de soi <sup>†</sup>	Victime de violence à l'école <sup>§</sup>
	%		
9 ans			
Présence	..	... <sup>(2)</sup>	75,0
Absence	..	...	64,1
13 ans			
Présence	31,2	28,0	53,8
Absence	16,4	19,0	41,9
16 ans			
Présence	30,0	28,3	30,8
Absence	13,2	17,4	21,5

<sup>(1)</sup> La variable victimisation à l'école exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

<sup>(2)</sup> L'échelle utilisée pour les enfants de 9 ans n'est pas comparable à celle des 13 ans et 16 ans. Les résultats sont présentés dans le texte.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre la détresse psychologique et l'exposition à la violence domestique et entre le niveau d'estime de soi et l'exposition à la violence domestique sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre l'expérience de victimisation et l'exposition à la violence domestique est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

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

De même, les adolescents qui ont déclaré avoir été témoins de violence ont un faible niveau d'estime de soi dans 28 % des cas comparativement à 19 % et 17 % respectivement chez les jeunes de 13 et 16 ans qui ont déclaré ne pas y avoir été exposés. L'estime de soi observée chez les enfants de 9 ans est également plus faible chez ceux qui ont été témoins de violence domestique entre adultes que chez les autres (moyenne de 26,9 c. 28,4 à l'échelle d'estime de soi) (données non présentées)<sup>2</sup>. Enfin, les jeunes exposés à la violence domestique entre adultes sont aussi plus souvent victimes de violence à leur école ou sur le chemin de l'école depuis septembre que ceux qui n'y ont pas été exposés, et cela pour les trois âges : les 9 ans (75 % c. 64 %), les 13 ans (54 % c. 42 %) et les 16 ans (31 % c. 22 %).

<sup>2</sup> L'échelle d'estime de soi utilisée chez les 9 ans fournit un score moyen et les résultats ne sont pas comparables à ceux de l'échelle utilisée chez les 13 et 16 ans.

## 20.2.2 Victimisation à l'école

La victimisation à l'école, c'est-à-dire le fait d'avoir été, depuis le début de l'année scolaire, victime d'au moins un acte de violence verbale ou physique, varie selon l'âge et le sexe (tableau 20.4). La victimisation diminue avec l'âge : elle est rapportée par plus des deux tiers des enfants de 9 ans et par le quart seulement des 16 ans. Elle est rapportée plus fréquemment par les garçons que par les filles, quel que soit l'âge.

Le nombre d'expériences de victimisation vécues par les jeunes diminue également avec l'âge. Chez les enfants de 9 ans, 31 % déclarent avoir été victimes d'un seul acte de violence depuis le début de l'année scolaire, tandis que 18 % rapportent avoir été victimes de trois actes de violence ou plus. Chez les adolescents de 16 ans, ces proportions sont de 18 % et de 2,5 %. Les garçons sont plus nombreux que les filles en proportion à rapporter avoir connu trois expériences de violence et plus depuis le début de l'année scolaire chez les 9 ans (21 % c. 14 %) et les 13 ans (12 % c. 2,9 %).

Tableau 20.4  
**Nombre d'expériences de victimisation à l'école depuis septembre<sup>(1)</sup> selon le sexe, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
<b>Garçons</b>			
Une	26,9 <sup>1</sup>	27,2	22,1 <sup>6</sup>
Deux	23,5 <sup>2</sup>	13,6 <sup>4</sup>	5,6 <sup>*</sup>
Trois ou plus	21,4 <sup>3</sup>	12,5 <sup>*5</sup>	3,2 <sup>**</sup>
<b>Au moins une</b>	<b>71,8</b>	<b>53,3</b>	<b>30,9</b>
<b>Filles</b>			
Une	34,4 <sup>1</sup>	26,8	13,7 <sup>6</sup>
Deux	17,3 <sup>2</sup>	9,2 <sup>*4</sup>	3,5 <sup>*</sup>
Trois ou plus	13,8 <sup>3</sup>	2,9 <sup>**5</sup>	1,9 <sup>**</sup>
<b>Au moins une</b>	<b>65,5</b>	<b>38,9</b>	<b>19,1</b>
<b>Sexes réunis</b>			
Une	30,6 <sup>7</sup>	27,0 <sup>8</sup>	17,9 <sup>7,8</sup>
Deux	20,5 <sup>9</sup>	11,4 <sup>9</sup>	4,6 <sup>9</sup>
Trois ou plus	17,6 <sup>10</sup>	7,8 <sup>10</sup>	2,5 <sup>*10</sup>
<b>Au moins une<sup>†</sup></b>	<b>68,7<sup>11</sup></b>	<b>46,2<sup>11</sup></b>	<b>25,0<sup>11</sup></b>
<b>Pe '000</b>	<b>60,8</b>	<b>39,8</b>	<b>20,6</b>

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

<sup>1-11</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre l'expérience de victimisation (au moins une) et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à chaque âge.

<sup>\*</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

<sup>\*\*</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

L'examen de la nature des expériences de victimisation permet de qualifier davantage le niveau de violence auquel sont exposés les jeunes. Le tableau 20.5 montre que les expériences de victimisation les plus fréquemment mentionnées ont trait à trois des énoncés, soit : se faire crier des noms, se faire menacer de se faire frapper ou de faire détruire leur bien, et se faire frapper ou pousser violemment. Deux énoncés (subir des attouchements sexuels non voulus et se faire offrir de l'argent pour faire des choses défendues) sont très peu déclarés.

Le regroupement des catégories « souvent » et « quelquefois » montre qu'un peu plus du quart des 9 ans, 11 % des 13 ans et 4,8 % des 16 ans se sont fait

menacer de se faire frapper ou de faire détruire leur bien. La violence physique est aussi assez répandue puisque près du tiers des 9 ans, 15 % des 13 ans et 4,3 % des 16 ans se sont fait frapper ou pousser violemment. Pour la plupart des jeunes, ces situations sont survenues « quelquefois ». Enfin, en ce qui a trait à la violence verbale, notons qu'environ 15 % des 9 ans et 7 % des 13 ans déclarent se faire crier des noms « souvent ».

L'estime de soi est associée à la victimisation à l'école chez les enfants et les adolescents. Les enfants de 9 ans victimes de violence à l'école ont une moyenne à l'échelle d'estime de soi inférieure à celle des enfants qui ne rapportent pas être victimes de violence à l'école (moyenne de 27,5 c. 28,6) (données non présentées). De même, les adolescents de 13 ans et 16 ans ayant un faible niveau d'estime de soi sont proportionnellement plus nombreux à être victimes de violence à l'école que ceux ayant un niveau élevé d'estime de soi (tableau 20.6).

### 20.2.3 Taxage

Le tableau 20.7 permet d'estimer la prévalence du taxage et montre qu'il touche surtout les jeunes de 9 ans. Environ un jeune de 9 ans sur dix déclare s'être fait taxer depuis le début de l'année scolaire. Les jeunes de 13 et 16 ans ont rapporté avoir été victimes de taxage dans une moins grande proportion que leurs cadets.

Tous les jeunes de 9 ans qui ont répondu avoir été victimes de taxage depuis le début de l'année scolaire ont aussi déclaré être victimes d'autres formes de violence à l'école (données non présentées). Le taxage est aussi associé à l'exposition à la violence domestique entre adultes. En effet, 14 % des enfants de 9 ans témoins de violence à la maison déclarent avoir déjà été taxés au cours de la période contre 9 % de ceux qui disent ne pas en avoir été témoins (données non présentées).

Tableau 20.5

**Nature des expériences de victimisation à l'école depuis septembre selon le sexe, Québec, 1999**

	9 ans			13 ans			16 ans <sup>(1)</sup>		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
Se faire crier des noms ou des injures <sup>†</sup>									
Souvent	16,2	13,1	<b>14,7</b>	9,2	4,7*	<b>7,0</b>	2,2**	1,9**	<b>2,1*</b>
Quelquefois	45,1	43,2	<b>44,1</b>	39,5	30,8	<b>35,2</b>	22,5	14,8	<b>18,6</b>
Jamais	38,8	43,7	<b>41,2</b>	51,3	64,6	<b>57,8</b>	75,2	83,3	<b>79,3</b>
Se faire menacer de se faire frapper ou de faire détruire ce qui lui appartient									
Souvent	6,4*	4,5*	<b>5,4</b>	2,9**	0,8**	<b>1,9**</b>	0,8**	0,5**	<b>0,7**</b>
Quelquefois	23,4	17,8	<b>20,7</b>	12,7	6,3*	<b>9,6</b>	5,5*	2,7**	<b>4,1*</b>
Jamais	70,2	77,7	<b>73,9</b>	84,3	93,0	<b>88,6</b>	93,6	96,8	<b>95,2</b>
Subir des attouchements sexuels non voulus									
Souvent	...	...	...	0,2**	—	<b>0,1**</b>	0,5**	0,3**	<b>0,4**</b>
Quelquefois	...	...	...	1,6**	1,8**	<b>1,7**</b>	0,8**	2,6**	<b>1,7*</b>
Jamais	...	...	...	98,2	98,2	<b>98,3</b>	98,7	97,1	<b>97,9</b>
Se faire frapper ou pousser violemment <sup>§</sup>									
Souvent	9,2	3,8*	<b>6,5</b>	3,4**	0,9**	<b>2,2*</b>	0,4**	0,3**	<b>0,3**</b>
Quelquefois	29,8	20,5	<b>25,2</b>	18,5	7,9	<b>13,0</b>	5,1*	2,9**	<b>4,0*</b>
Jamais	61,0	75,7	<b>68,3</b>	78,1	91,2	<b>85,0</b>	94,6	96,8	<b>95,7</b>
Se faire offrir de l'argent pour faire des choses défendues (voler, menacer ou battre quelqu'un) <sup>††</sup>									
Souvent	1,5**	0,5**	<b>1,0**</b>	0,9**	—	<b>0,5**</b>	1,2**	—	<b>0,6**</b>
Quelquefois	2,8**	1,2**	<b>2,0*</b>	2,9**	0,9**	<b>1,9*</b>	4,0*	1,0**	<b>2,5*</b>
Jamais	95,8	98,3	<b>97,0</b>	96,2	99,1	<b>98,0</b>	94,8	<b>99,0</b>	<b>96,9</b>

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

† Le test d'association entre se faire crier des injures et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

†† Le test d'association entre se faire offrir de l'argent et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans.

§ Le test d'association entre se faire frapper et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 9 ans et 13 ans.

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

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

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

Tableau 20.6

**Victimisation à l'école selon le niveau d'estime de soi, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

Niveau d'estime de soi <sup>†</sup>	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%	
Faible	61,1 <sup>1</sup>	37,1 <sup>3,4</sup>
Moyen	45,2 <sup>2</sup>	24,5 <sup>4</sup>
Élevé	30,1 <sup>1,2</sup>	17,6 <sup>3</sup>

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

<sup>1-4</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

† Le test d'association entre la victimisation à l'école et l'estime de soi est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

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

Tableau 20.7  
**Enfants et adolescents victimes de taxage depuis septembre selon le sexe, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans <sup>†</sup>	16 ans <sup>†(1)</sup>
	%		
Garçons	11,2	3,6*	2,3**
Filles	10,6	0,9**	0,3**
<b>Sexes réunis</b>	<b>10,9</b> <sup>1,2</sup>	<b>2,3</b> <sup>*1</sup>	<b>1,3</b> <sup>**2</sup>
<b>Pe '000</b>	<b>9,6</b>	<b>2,0</b>	<b>1,1</b>

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

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le fait d'être victime de taxage et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à 13 ans et 16 ans.

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

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

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

#### 20.2.4 Port d'une arme

Plus d'un adolescent de 13 ou 16 ans sur dix a déclaré avoir porté une arme sur lui (par exemple un couteau, une chaîne ou un coup de poing) au cours d'une période de six mois (tableau 20.8). On n'observe pas de variation entre les deux groupes d'âge; par contre, les garçons déclarent porter une arme (17 % chez les 13 ans et 20 % chez les 16 ans) dans une plus grande proportion que les filles (4 %).

Tableau 20.8  
**Adolescents de 13 ans et 16 ans ayant porté une arme au cours d'une période de six mois<sup>†</sup> selon le sexe, Québec, 1999**

	13 ans	16 ans
	%	
Garçons	16,8	19,7
Filles	4,0*	4,3*
<b>Sexes réunis</b>	<b>10,5</b>	<b>12,1</b>
<b>Pe '000</b>	<b>9,1</b>	<b>9,9</b>

<sup>†</sup> Le test d'association entre le port d'une arme et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à 13 ans et 16 ans.

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

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

Ce comportement s'inscrit dans un ensemble d'autres conduites de transgression des règles ou de prise de risques. Le tableau 20.9 permet d'observer que chez les adolescents ayant consommé de la drogue au cours d'une période de 12 mois, la proportion de ceux qui ont porté une arme sur eux au cours d'une période de 6 mois est d'environ 23 % chez les 13 ans et de 18 % chez les 16 ans contre 9 % et 7 % chez ceux qui n'ont pas consommé. Les différences sont importantes également dans le cas des adolescents qui déclarent avoir consommé de l'alcool à chaque semaine sur une période de 12 mois, puisque près de 40 % des 13 ans et 22 % des 16 ans disent avoir porté une arme contre 7 % et 5 % chez ceux qui ne boivent « jamais ou juste pour essayer ». Les jeunes victimes de violence à l'école ont aussi une plus grande propension à porter une arme sur eux, tant à 13 ans qu'à 16 ans.

Tableau 20.9  
**Adolescents de 13 ans et 16 ans ayant porté une arme selon certaines variables associées, Québec, 1999**

	13 ans	16 ans
	%	
Consommation de drogues sur 12 mois <sup>†</sup>		
Oui	23,1 *	18,1
Non	8,8	6,5 *
Consommation d'alcool sur 12 mois <sup>†</sup>		
Chaque semaine	39,5 ** <sup>1</sup>	22,3 <sup>3</sup>
Moins que chaque semaine	18,6 <sup>2</sup>	11,3 <sup>3</sup>
Jamais ou juste pour essayer	6,6 <sup>*1,2</sup>	4,7 <sup>**3</sup>
Victime de violence à l'école <sup>†(1)</sup>		
Oui	15,1	17,2
Non	6,5 *	9,6

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

<sup>1-3</sup> Les proportions dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Les tests d'association entre le port d'une arme et la consommation de drogues, entre le port d'une arme et la consommation d'alcool, et entre le port d'une arme et l'expérience de victimisation sont significatifs au seuil de 0,05 à 13 ans et 16 ans.

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

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

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

## 20.2.5 Comportements d'opposition

L'indice de comportements d'opposition montre que, selon les parents, un peu moins d'un adolescent sur dix a manifesté, au cours d'une période de six mois, au moins quatre des huit comportements d'opposition étudiés (tableau 20.10). Ces comportements se manifestent autant chez les garçons que chez les filles. Les comportements d'opposition semblent diminuer avec l'âge chez les garçons, mais la taille des effectifs ne permet pas d'établir si cette tendance est significative.

Quel que soit l'âge ou le sexe, les comportements d'opposition qui se manifestent le plus souvent chez les adolescents consistent à se mettre souvent en colère, à contester ce que disent les adultes, à s'opposer aux règles et aux demandes, et, à être souvent agacé ou susceptible (tableau 20.11). Rappelons que plusieurs de ces comportements, lorsque pris isolément, ne sont pas considérés en soi comme des problèmes et représentent plutôt des difficultés relationnelles passagères entre le parent et le jeune, inhérentes à la phase de développement et d'affirmation qu'est l'adolescence.

Tableau 20.10  
**Comportements d'opposition selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%	
Garçons	10,2	6,7*
Filles	9,0*	9,4*
<b>Sexes réunis</b>	<b>9,6</b>	<b>8,0</b>
<b>Pe '000</b>	<b>8,3</b>	<b>6,6</b>

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

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

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

Tableau 20.11  
**Type de comportements d'opposition selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	13 ans			16 ans <sup>(1)</sup>		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Être souvent en colère <sup>†</sup>	15,5	14,4	<b>14,9</b>	12,7	19,4	<b>16,1</b>
Contester les adultes	20,5	20,1	<b>20,3</b>	16,6	20,6	<b>18,6</b>
S'opposer aux demandes et aux règles	18,7	21,8	<b>20,2</b>	17,8	20,6	<b>19,2</b>
Embêter les autres délibérément <sup>†</sup>	14,8	7,0*	<b>11,0</b>	7,7*	4,9*	<b>6,3</b>
Rendre les autres responsables de sa conduite <sup>§</sup>	9,1*	5,6*	<b>7,4</b>	6,2*	3,9**	<b>5,0*</b>
Être souvent susceptible ou agacé <sup>†</sup>	14,2	17,7	<b>15,9</b>	8,1*	19,9	<b>14,1</b>
Être souvent fâché et rancunier <sup>†</sup>	6,8*	7,0*	<b>6,9</b>	4,2*	6,0*	<b>5,1*</b>
Être souvent haineux	3,9**	2,4**	<b>3,2*</b>	2,5**	3,9**	<b>3,2*</b>

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

<sup>†</sup> Les tests d'association entre se mettre en colère et le sexe, entre embêter les autres et le sexe, entre être susceptible ou agacé et le sexe et entre être fâché et rancunier et le sexe sont significatifs au seuil de 0,05 à 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre rendre les autres responsables de sa conduite et le sexe est significatif au seuil de 0,05 à 13 ans.

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

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

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

L'indice de comportements d'opposition est associé au niveau d'estime de soi, au nombre de sources de soutien, à la victimisation à l'école, au niveau de détresse psychologique et à la consommation de drogues chez les 13 ans ou les 16 ans (tableau 20.12). Ainsi, les comportements d'opposition sont associés à un faible niveau d'estime de soi chez les 16 ans. De même, les adolescents de 13 ans ayant trois sources de soutien social et moins présentent des comportements d'opposition en plus grande proportion que ceux ayant un plus grand nombre de sources de soutien (15 % c. 8 %). Ceux étant victimes de violence à l'école ou ayant un niveau élevé de détresse psychologique manifestent aussi des comportements d'opposition en plus grande proportion, et ce, chez les 13 et les 16 ans. Enfin, on note une association entre la consommation de drogues et les comportements d'opposition, mais seulement chez les 13 ans.

Tableau 20.12

**Comportements d'opposition selon certaines variables associées, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	13 ans %	16 ans <sup>(1)</sup>
Niveau d'estime de soi <sup>†</sup>		
Faible	11,7*	14,9* <sup>1,2</sup>
Moyen	10,4*	6,5* <sup>2</sup>
Élevé	5,5**	5,8** <sup>1</sup>
Nombre de sources de soutien <sup>§</sup>		
Trois et moins	15,2*	8,6**
Quatre et plus	7,9	7,6
Victime de violence à l'école <sup>‡</sup>		
Oui	12,7*	14,3*
Non	6,5**	6,0*
Niveau de détresse psychologique <sup>‡</sup>		
Élevé	18,3*	14,6*
Faible/moyen	7,4	6,6*
Consommation de drogues sur 12 mois <sup>§</sup>		
Oui	19,8*	9,8*
Non	8,4	6,6*

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

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre les comportements d'opposition et le niveau d'estime de soi est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

<sup>§</sup> Les tests d'association entre les comportements d'opposition et le nombre de sources de soutien et entre les comportements d'opposition et la consommation de drogues sont significatifs au seuil de 0,05 chez les 13 ans.

<sup>‡</sup> Les tests d'association entre les comportements d'opposition et la victimisation à l'école et entre les comportements d'opposition et le niveau de détresse psychologique sont significatifs au seuil de 0,05 à 13 ans et 16 ans.

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

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

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

## 20.2.6 Problèmes de comportement

Selon l'enquête, environ un jeune québécois de 13 ou 16 ans sur cinq présente des problèmes de comportement (19 % et 23 % respectivement) (tableau 20.13). Les garçons affichent une prévalence plus élevée que les filles à 13 ans (24 % c. 14 %) et 16 ans (29 % c. 16 %).

Tableau 20.13

**Problèmes de comportement<sup>†</sup> selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	13 ans %	16 ans
Garçons	24,3	28,9
Filles	14,1	16,1
<b>Sexes réunis</b>	<b>19,3</b>	<b>22,6</b>
<b>Pe '000</b>	<b>16,6</b>	<b>18,5</b>

<sup>†</sup> Le test d'association entre les problèmes de comportement et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

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

Le tableau 20.14 présente en détail les comportements concernés, regroupés selon les quatre dimensions de l'instrument, soit : les agressions envers les personnes ou les animaux, la fraude ou le vol, les violations graves des règles établies et la destruction de biens matériels.

Les garçons déclarent plus que les filles certains types de problèmes de comportement. Les proportions sont plus élevées chez les garçons de 13 et 16 ans pour les énoncés suivants : menacer ou brutaliser quelqu'un, commencer souvent une bataille, utiliser une arme, faire du mal volontairement à quelqu'un, faire du vandalisme. À 16 ans, on observe une différence significative entre les sexes pour deux énoncés : les

mensonges fréquents et le vol sans affrontement avec la victime. Les comportements d'absentéisme scolaire ainsi que le fait de rester dehors tard la nuit ne varient pas selon le sexe.

L'âge est associé à plusieurs types de problèmes de comportement; plusieurs augmentent avec l'âge. Ainsi, par exemple, le fait de rester dehors tard la nuit plus d'une fois est mentionné par environ 8 % des 13 ans mais par 21 % des 16 ans; les actes de vandalisme sont évoqués par près de 10 % des 13 ans contre 14 % des 16 ans, et s'absenter souvent de l'école sans raison valable est déclaré par moins de 10 % des 13 ans mais par 25 % des 16 ans.

Tableau 20.14

**Type de problèmes de comportement selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	13 ans			16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
<b>Agression envers les personnes ou les animaux</b>						
Menacer ou brutaliser souvent d'autres personnes <sup>†</sup>	13,1	8,7 *	<b>10,9</b>	12,1	6,1 *	<b>9,1</b>
Commencer souvent des batailles <sup>†</sup>	20,7	7,3 *	<b>14,1</b> <sup>1</sup>	10,4	3,1 **	<b>6,7</b>
Utiliser une arme <sup>†</sup>	7,0 *	1,8 **	<b>4,5 *</b>	6,2 *	0,3 **	<b>3,4 *</b>
Faire volontairement du mal à quelqu'un <sup>†</sup>	34,1	14,2	<b>24,4</b> <sup>2</sup>	24,0	11,4	<b>17,8</b> <sup>2</sup>
Maltraiter des animaux <sup>†</sup>	6,8 *	2,6 **	<b>4,8</b>	6,1 *	2,3 **	<b>4,2 *</b>
Voler en affrontant la personne	1,1 **	0,3 **	<b>0,7 **</b>	1,4 **	0,2 **	<b>0,8 **</b>
Agresser sexuellement	0,9 **	–	<b>0,4 **</b>	0,5 **	–	<b>0,3 **</b>
<b>Fraude ou vol</b>						
Entrer par effraction (maison, bâtiment ou voiture) <sup>†</sup>	3,2 **	0,8 **	<b>2,0 *</b>	5,2 *	0,9 **	<b>3,1 *</b>
Mentir fréquemment <sup>§</sup>	31,8	32,0	<b>31,9</b>	32,0	26,7	<b>29,4</b>
Voler plus d'une fois, sans affronter la personne <sup>§</sup>	9,3	6,2 *	<b>7,8</b> <sup>3</sup>	17,2	10,2	<b>13,7</b> <sup>3</sup>
<b>Violation de règles</b>						
Rester dehors tard la nuit	8,7 *	7,9 *	<b>8,3</b> <sup>4</sup>	22,1	20,1	<b>21,1</b> <sup>4</sup>
Faire une fugue au moins 2 fois	3,4 *	1,9 **	<b>2,7</b> <sup>5</sup>	1,7 **	0,9 **	<b>1,3</b> <sup>5</sup>
Manquer l'école sans raison valable	9,3	9,2	<b>9,3</b> <sup>6</sup>	25,2	24,7	<b>25,0</b> <sup>6</sup>
<b>Destruction de biens</b>						
Mettre le feu	2,1 **	0,2 **	<b>1,1 **</b>	1,7 **	–	<b>0,8 **</b>
Faire du vandalisme <sup>†</sup>	14,3	5,2 *	<b>9,9</b> <sup>7</sup>	21,7	6,0 *	<b>13,9</b> <sup>7</sup>

<sup>1-7</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre ce type de problème et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

<sup>§</sup> Le test d'association entre ce type de problème et le sexe est significatif au seuil de 0,05 chez les 16 ans.

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

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

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

À l'inverse, certains comportements diminuent avec l'âge. C'est le cas notamment de certaines conduites impliquant de la violence physique. Environ 14 % des jeunes de 13 ans déclarent avoir souvent commencé des batailles alors que seulement 7 % des 16 ans sont dans la même situation. Près du quart (24 %) des jeunes de 13 ans ont dit avoir volontairement fait du mal à quelqu'un au cours d'une période de six mois alors que ce comportement est déclaré par 18 % des 16 ans.

Selon le tableau 20.15, la présence de problèmes de comportement est associée à plusieurs comportements et facteurs de risque. Ainsi, les adolescents de 13 et 16 ans qui sont victimes de violence à l'école ou qui sont témoins de violence domestique entre adultes sont proportionnellement plus nombreux à avoir des problèmes de comportement. La consommation de drogues ou d'alcool et le port d'une arme sont aussi associés à une prévalence plus élevée des problèmes de comportement. Les jeunes qui présentent des comportements d'opposition ou un niveau élevé de détresse psychologique présentent aussi plus de problèmes de comportement. Et enfin, une faible confiance en soi à l'école ou un niveau faible d'estime de soi sont associés à des proportions plus élevées de problèmes de comportement.

Les données de l'enquête permettent d'estimer que 12 % des jeunes de 13 ans sont victimes de violence à l'école et manifestent, à la fois, des problèmes de comportement; cette proportion est de 8 % à 16 ans (données non présentées).

Tableau 20.15  
**Problèmes de comportement selon certaines variables associées<sup>†</sup>, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999**

	13 ans	16 ans
	%	
Victime de violence à l'école <sup>(1)</sup>		
Oui	26,4	32,1
Non	12,6	19,1
Témoin de violence domestique		
Oui	24,8	30,7
Non	15,5	17,6
Consommation de drogues sur 12 mois		
Oui	41,3	36,3
Non	16,5	10,1
Consommation d'alcool sur 12 mois		
Chaque semaine	65,5 * <sup>1</sup>	46,0 <sup>2,3</sup>
Moins que chaque semaine	30,6 <sup>1</sup>	18,5 <sup>2</sup>
Jamais ou juste pour essayer	13,6 <sup>1</sup>	12,1 * <sup>3</sup>
Port d'une arme sur 6 mois		
Oui	64,8	64,4
Non	13,9	16,8
Comportements d'opposition <sup>(1)</sup>		
Présence	45,9	40,2 *
Absence	15,8	20,2
Niveau de détresse psychologique		
Élevé	35,6	42,2
Faible/moyen	14,7	17,8
Confiance en soi à l'école		
Faible	45,4	47,0
Bonne	17,2	20,2
Niveau d'estime de soi		
Faible	28,5 <sup>4</sup>	36,8 <sup>5,6</sup>
Moyen	17,9	20,4 <sup>5</sup>
Élevée	12,5 * <sup>4</sup>	15,8 <sup>6</sup>

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

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre les problèmes de comportement et chacune de ces variables est significatif au seuil de 0,05 chez les 13 ans et 16 ans.

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

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



## Conclusion

Ce chapitre avait pour objectifs d'établir l'ampleur de certains problèmes de violence ou de comportement chez les jeunes, d'observer leur variation selon certains facteurs de risque, de résistance ou déterminants et d'examiner certains aspects de la comorbidité de ces diverses problématiques.

### *Ampleur des problèmes de violence et de comportement*

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* montrent que la violence et les problèmes de comportement sont grandement présents dans la vie des enfants et des adolescents québécois. Ils révèlent pour la première fois à l'échelle du Québec l'ampleur de certains aspects préoccupants. Selon l'enquête, plus du tiers des jeunes de 9, 13 et 16 ans ont été exposés à des situations de violence domestique entre adultes. Le fait qu'il s'agit surtout de violence verbale permet toutefois d'interpréter de façon moins dramatique l'ampleur de cette exposition à la violence. Par ailleurs, les deux tiers des enfants de 9 ans déclarent avoir été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école depuis le début de l'année scolaire; un peu plus du quart des enfants de 9 ans ont déclaré s'être fait menacer de se faire frapper ou de faire détruire un bien leur appartenant, tandis que le tiers déclare avoir été poussé ou frappé violemment depuis le début de l'année scolaire. Par contre, deux expériences de victimisation à l'école étudiées dans l'enquête ont été peu déclarées – subir des attouchements sexuels non voulus et se faire offrir de l'argent pour faire des choses défendues – ce qui vient corroborer les résultats d'une enquête réalisée en Montérégie (Bellerose et autres, 2001).

De plus, l'enquête permet d'estimer qu'un enfant de 9 ans sur dix a été taxé depuis le début de l'année scolaire. Au secondaire, par contre, le taxage semble

assez peu répandu si on se fie aux faibles prévalences observées chez les 13 et 16 ans. Le taxage apparaît donc comme un phénomène assez fréquent, du moins chez les plus jeunes, puisque la mesure ici ne porte que sur l'année scolaire en cours; on peut très certainement avancer que la prévalence à vie du taxage est assez élevée. Cette situation est préoccupante puisqu'il s'agit d'un phénomène qui peut être beaucoup plus prévalent ou plus grave dans certaines écoles ou populations particulières.

Au cours d'une période de six mois, environ un adolescent de 13 ou 16 ans sur dix aurait porté une arme et un sur cinq aurait manifesté certains problèmes de comportement. Enfin, selon le parent, un adolescent de 13 ou 16 ans sur dix affiche des comportements d'opposition. Cette apparente ampleur des problèmes doit cependant être relativisée puisque l'instrument utilisé dans l'enquête ne permet pas d'estimer avec précision la gravité des situations rapportées, de même que leur impact sur le développement et l'adaptation des adolescents, comme le veulent les critères habituels servant au diagnostic.

L'ampleur des phénomènes, mesurés ici au cours d'une période de référence relativement courte (un an ou moins), montre bien que l'enfance et l'adolescence, du moins à ces âges, sont des périodes de vie mouvementées, caractérisées par une exposition importante à des formes plus ou moins graves de violence familiale ou de la part des pairs et par des comportements de prise de risques très prévalents.

### *Déterminants, facteurs de résistance et de risque*

Parmi les indicateurs examinés, trois ont fait l'objet d'une mesure à la fois chez les jeunes de 9, 13 et 16 ans. L'analyse permet d'affirmer que la victimisation à l'école diminue avec l'âge et que les victimes de taxage sont plus nombreuses en proportion chez les 9 ans que chez les plus vieux. L'exposition à la violence domestique entre adultes ne varie pas avec l'âge dans

l'enquête. Trois autres indicateurs ont fait l'objet d'une mesure chez les 13 et 16 ans uniquement : le port d'une arme, les problèmes de comportement et les comportements d'opposition. L'enquête n'a permis d'observer aucune variation significative de ceux-ci avec l'âge.

Comme le laissait entrevoir la recension des écrits, les garçons ont plus souvent des problèmes de comportement, de victimisation à l'école et sont plus nombreux à avoir porté une arme ou à être victimes de harcèlement. Selon Clément (2000), ils sont aussi plus souvent victimes de violence familiale et notamment de violence physique. Dans la présente enquête, les filles de 16 ans sont plus nombreuses que les garçons de cet âge à rapporter avoir été témoins de violence domestique entre adultes. On pourrait poser l'hypothèse d'une plus grande propension chez les filles à rapporter la violence. Enfin, on n'observe pas de différence selon le sexe quant à la prévalence des comportements d'opposition. Peut-être y aurait-il lieu de développer des interventions différenciées selon le sexe ou à tout le moins adaptées aux différences entre les garçons et les filles à l'enfance et à l'adolescence.

Par ailleurs, on remarque que parmi les facteurs de résistance ou de risque étudiés, le revenu du ménage et le type de milieu familial ne se sont révélés associés à aucun des indicateurs étudiés, ce qui est un peu surprenant. La qualité de la relation entre le parent et l'enfant, telle que mesurée dans l'enquête par les niveaux de soutien affectif et de contrôle abusif, et son lien avec la présence de certains problèmes de comportement pourraient également être examinés dans le cadre de recherches ultérieures.

### *Associations*

Dans ce chapitre, les associations entre les problèmes ont été examinées. Trois patrons d'association se dessinent. Un premier modèle d'association observé a trait à la cooccurrence de la victimisation et des problèmes de comportement, dont l'agression. La

violence domestique entre adultes, les comportements d'opposition, les problèmes de comportement et le port d'une arme sont tous associés à la victimisation à l'école dans l'enquête. Cela confirme les résultats d'une enquête française selon lesquels à l'adolescence, les agresseurs sont aussi souvent des victimes (Arènes, Janvrin et Beaudier, 1998). Leur violence est l'expression des interactions avec l'environnement humain et social et la violence à l'adolescence serait une sorte de mode relationnel s'inscrivant dans un contexte général de prise de risques. Par ailleurs, il est troublant de constater que les enfants exposés à la violence dans leur milieu familial sont aussi plus exposés à certaines formes de violence de la part de leurs pairs à l'école, bien qu'il s'agisse d'une manifestation d'association et non de causalité.

Un autre modèle concerne les relations entre la consommation de drogues et d'alcool et certaines conduites inappropriées. Ainsi, les problèmes de comportement et le port d'une arme sont associés à la consommation de drogues et d'alcool chez les 13 et 16 ans et les comportements d'opposition sont associés à la consommation de drogues chez les 13 ans. Ces relations traduisent une prise de risques autour de comportements déviants. Or, les risques de dérapage lors de la prise de risques sont grandement augmentés lorsqu'il y a consommation de drogues ou d'alcool.

Enfin, un troisième patron d'association porte sur la relation entre certains problèmes d'ordre psychologique ou émotionnel (détresse psychologique et faible estime de soi) et des épisodes de victimisation ou des conduites inappropriées. Ainsi, un lien est observé entre la détresse psychologique chez les 13 et 16 ans et l'exposition à la violence domestique entre adultes, la présence de comportements d'opposition et les problèmes de comportement. Une faible estime de soi est aussi associée à l'exposition à la violence domestique entre adultes dans les trois groupes d'âge, à la victimisation à l'école chez les 13 et 16 ans, à la présence de comportements d'opposition chez les

16 ans, de même qu'aux problèmes de comportement chez les 13 et 16 ans.

Trois profils se dessinent donc : le jeune ayant des comportements inappropriés ou agressifs (comportements d'opposition, problèmes de comportement, port d'une arme) est souvent une victime; le jeune ayant certains comportements inappropriés (problèmes de comportement, port d'une arme) consomme plus souvent de la drogue ou de l'alcool; et le jeune ayant une faible estime de soi ou présentant un niveau élevé de détresse psychologique présente des problèmes de comportement, d'opposition et de victimisation (à l'école ou en famille). Ce type d'association plaide certainement pour des stratégies d'intervention qui abordent ces problèmes de façon globale et intégrée.

Enfin, l'enquête permet d'identifier des situations préoccupantes en ce qui concerne le cumul des risques pour le développement et l'adaptation des jeunes. Ainsi, 11 % des jeunes de 9 ans ont répondu qu'ils étaient victimes de taxage depuis le début de l'année scolaire; tous ces jeunes ont également déclaré être victimes d'autres formes de violence à l'école. Les données ne permettent pas de tracer un profil de la victimisation à cet âge, mais elles incitent certainement à la vigilance et à l'action face à cette problématique, à la fois pour protéger les enfants et pour éviter qu'ils développent eux-mêmes des conduites violentes, comme mode de protection, ou qu'ils perçoivent l'école comme un milieu qui les rejette et envers lequel ils développent peu d'attachement. Une analyse ultérieure pourrait permettre de tracer le profil scolaire des jeunes présentant cette double victimisation.

Par ailleurs, l'enquête a permis d'estimer que 12 % des jeunes de 13 ans sont victimes de violence à l'école et manifestent des problèmes de comportement; cette proportion est de 8 % à 16 ans. Ces jeunes sont à la fois victimes et acteurs de situations problématiques; ils doivent retenir notre attention surtout quand on sait que

la victimisation à l'école et les problèmes de comportement sont aussi associés à une faible estime de soi. Enfin, selon l'enquête, environ 11 % des jeunes de 13 et de 16 ans sont à la fois témoins de violence domestique entre adultes à la maison et présentent une détresse psychologique élevée. Une analyse plus poussée de ces groupes qui cumulent des risques permettrait certainement d'aller au delà de ces constats sommaires et de mieux les caractériser.



# Bibliographie

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV, 4<sup>th</sup> ed.*, Washington, D.C., American Psychiatric Press, 886 p.
- ANDREWS, L., et J. TRAWICK-SMITH (1996). « An ecological model for early childhood violence prevention » dans HAMPTON, R. L., JENKINS, P. et T. P. GULLOTTA (éd.). *Preventing violence in America*, Thousand Oaks, Sage, p. 233-261.
- ARÈNES, J., M.-P. JANVRIN et F. BEAUDIER (1998). *Baromètre santé jeunes 97/98*, Vanves, France, Éditions CFES, 328 p.
- BELLEROSE, C., J. BEAUDRY, S. BÉLANGER et J. LEMAIRE (2001). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 95 p.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1997). *Youth risk behavior surveillance*, United States, MMWR, U.S. Department of health and human services, vol. 44, n° SS1, 56 p.
- CHOQUET, M., et S. LEDOUX (1994). *Adolescents enquête nationale*, Paris, Éditions INSERM, 346 p.
- CLÉMENT, M. E., C. BOUCHARD, M. JETTÉ et S. LAFERRIÈRE (2000). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 117 p.
- CLOUTIER, R., L. CHAMPOUX, C. JACQUES et C. LANCOP (1994). *Nos ados et les autres : étude comparative des centres jeunesse du Québec et des élèves du secondaire*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 154 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.
- DUMAS, J. E. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, De Boeck Université, 519 p.
- FITZGERALD, R. (1999). *La violence familiale au Canada, un profil statistique*, Statistique Canada, n° 85-224-XIF, 53 p.
- FORTIN, A., M. CYR et N. CHÉNIER (1996). *Questionnaire sur la résolution de conflits : stratégies utilisées par les parents envers les enfants* (traduction française de Straus et autres, 1996, *The Parent-Child Conflict Tactics Scales*, document inédit, Université de Montréal.
- LESSARD, C. (2000). *Indicateurs repères sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 p.
- MARMOT, M., et R.G. WILKINSON, (1999). *Social determinant of health*, University Press of Oxford, 291 p.
- MICHAUD, P. A., et F. NARRING (1993). *Recherche sur la santé et le style de vie des adolescents romands de 15 à 20 ans*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 74 p.
- 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). *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.

OWLEUS, D. (1991). « Bully, victims problems among school children: basic facts and effects among school program » dans PEPLER D. J., et K. H. RUBIN (éd.). *The development and treatment of childhood aggression*, N.J., Erlbaum, 470 p.

RODGERS, K. (1994). « Résultat d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe », *Juristat*, vol. 14, n° 9, 22 p.

STATISTIQUE CANADA (1996). *Grandir au Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, catalogue n° 89-550-MPF, 184 p.

ST-JACQUES, M.-C., S. MCKINNON et P. POTVIN (1999). *Les problèmes de comportement chez les jeunes, comprendre et agir efficacement*, Beauport, Centre jeunesse de Québec, Institut universitaire sur les jeunes en difficulté, 131 p.

TREMBLAY R., B. BOULERICE, P.W. ARDEN, P. MCDUFF, D. PÉRUSSE et R.O. PHIL (1996). « Les enfants du Canada deviennent-ils plus agressifs à l'approche de l'adolescence? » dans STATISTIQUE CANADA, 1996. *Grandir au Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, catalogue n° 89-550-MPF, 184 p.

TREMBLAY, R. E., et autres (1990). « La violence physique chez les garçons : un comportement à comprendre et à prévenir », *Interface*, p. 11, 12, 18.

TURSZ, A., et C. REY (1996). « La violence à l'adolescence : une sémiologie des causes et une prévention complexe », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 44, n° 4, p. 297-300.

VITARO, F., P. L. DOBKIN, C. GAGNON et M. LEBLANC (1994). *Les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent : prévalence, déterminants et prévention*, PUQ, 202 p.

WERNER, E. E. (1993). « Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study », *Development and Psychopathology*, vol. 5, p. 503-515.

# Violence dans les relations amoureuses à l'adolescence

Francine Lavoie  
Lucie Vézina  
École de psychologie  
Université Laval

---

### Introduction

L'adolescence est une période d'exploration de l'amour et de la sexualité avec sa part d'émois, de rêves et de désirs mais aussi de déceptions, de rejet et de ruptures. Il peut y avoir des moments difficiles mais passagers. Les relations amoureuses à l'adolescence peuvent cependant susciter des inquiétudes, entre autres lorsque la violence s'immisce dans ces relations. Encore faut-il prendre conscience de cette violence. C'est en effet avec étonnement que parents, éducateurs ou intervenants apprennent que la violence peut exister si tôt dans les relations de couple. De plus, plusieurs jeunes victimes ou agresseurs rejettent l'idée que ce qu'ils vivent puisse représenter une situation inacceptable de violence.

Il devient primordial pour les planificateurs et les intervenants de comprendre ce type de problème pour deux raisons. Premièrement, une histoire de violence à l'adolescence peut présager de relations violentes futures. Des études longitudinales américaines (Gidycz et autres, 1993; Himelein, 1995) et une étude rétrospective canadienne (DeKeresedy et Schwartz, 1994) indiquent que des jeunes qui présentent une histoire de violence à l'adolescence sont susceptibles d'être à nouveau impliqués dans de telles relations dans la vingtaine. Deuxièmement, les conséquences peuvent être dramatiques pour les victimes. Diverses sphères de leur vie peuvent être touchées : leur santé mentale y compris les liens avec autrui, leur santé physique et sexuelle, des comportements à risque (comme la conduite automobile en état d'ébriété) et leur consommation de services de santé ou psychosociaux.

La dépression, l'anxiété, les idées suicidaires, les conduites antisociales, les problèmes d'affirmation de soi, la prostitution, la toxicomanie, les troubles alimentaires, le syndrome de stress post-traumatique et différentes dysfonctions dans la vie quotidienne telles que l'isolement et les problèmes scolaires sont rapportés comme problèmes associés ou découlant de la victimisation. Selon une étude auprès des jeunes québécois de 16 ans (Hébert, Lavoie et Tremblay, 1999), 21 % de celles qui ont vécu de la violence dans leur relation amoureuse au cours de l'année précédente présentent un trouble mental avec dysfonction perturbant leurs activités quotidiennes, d'après les critères du DSM-III-R (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). En comparaison, seulement 11 % des filles n'ayant pas fait face à de la violence au sein de leurs relations amoureuses affichent ce profil dysfonctionnel (les filles ayant un passé de violence sexuelle familiale étaient exclues de ces deux groupes). D'autre part, 70 % des adolescentes violentées rapportent avoir subi des blessures, alors que 53 % des garçons victimes en rapportent; les blessures des filles étaient plus sérieuses (Foshee, 1996). Par contre, d'après la même recherche, la proportion de jeunes adolescents de chacun des deux sexes, impliqués dans des relations de couple violentes et ayant dû se présenter à l'urgence, est semblable et se situe entre 7,4 % et 8,6 %. Les jeunes hommes qui sont des agresseurs peuvent également rapporter des problèmes de dépression, de toxicomanie et de conduites antisociales (Magdol et autres, 1997). Un dossier criminel s'ajoute parfois à leurs problèmes.

On ne dispose pas encore de données représentatives canadiennes ou québécoises concernant l'incidence ou la prévalence du problème de violence dans les relations amoureuses à l'adolescence, car la recherche dans le domaine est encore assez récente. L'enquête actuelle est donc importante pour mettre en lumière ce problème. Les connaissances acquises pourront contribuer à atteindre deux des objectifs de *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992), soit l'objectif 4 « de diminuer les cas de violence faite aux femmes en milieu familial » et l'objectif 3 « de diminuer la prévalence et la gravité de la délinquance », si l'on ajoute la violence interpersonnelle aux actes délinquants. La formulation de cette politique a accéléré la recherche d'outils de prévention et d'intervention adaptés à la population québécoise. L'analyse de la situation des jeunes ainsi que des facteurs de risque ou des troubles associés peut permettre de cerner les adolescents et adolescentes ayant le plus besoin de soutien.

L'enquête a retenu comme objet d'étude la situation de victimisation chez les filles et d'agression chez les garçons. Il ne s'agit pas de nier l'existence de victimes chez les garçons ou d'agressions faites par les filles ou encore de violence mutuelle au sein d'un couple. Nous adoptons l'idée que le problème social dominant est la violence faite aux femmes, en ce sens que ce sont elles qui subissent la majorité des agressions sexuelles ou encore des blessures sévères. Nous prenons en considération que la société véhicule, par l'intermédiaire des médias et de la pornographie, des attitudes encourageant le mépris et la violence envers les femmes plus qu'envers les hommes (Wolfe et autres, 1995). Dans le cadre de la présente enquête portant sur de nombreux aspects de la santé et du bien-être, il n'a pas été possible de mesurer toutes les facettes du problème. D'autres recherches se sont intéressées au vécu des deux sexes et peuvent être consultées (Foshee, 1996; Molidor et Tolman, 1998; Poitras et Lavoie, 1995).

La définition de la violence retenue dans ce chapitre est celle élaborée par le Centre québécois de recherche

interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, le CRI-VIFF (Clément et Bourassa, 1996) : « Un exercice abusif de pouvoir par lequel un individu en position de force cherche à contrôler une autre personne en utilisant des moyens de différents ordres afin de la maintenir dans un état d'infériorité ou de l'obliger à adopter des comportements conformes à ses désirs à lui. » Il semble important de dépeindre la violence tant dans ses aspects psychologiques et physiques que sexuels. Les causes de la violence sont multiples et des facteurs comme la pauvreté, le sexisme au sein des institutions, le passé familial, des traits de personnalité, l'influence des pairs et des problèmes au sein du couple peuvent être déterminants. Ce chapitre n'a pas pour but de vérifier un modèle explicatif particulier vu le nombre limité de variables traitées à cet effet dans l'enquête. Il vise avant tout à fournir un aperçu de l'ampleur du problème ainsi qu'un portrait descriptif des jeunes en cause.

De façon plus précise, les objectifs du présent chapitre sont :

- 1) la description de l'incidence de la violence subie par les filles et de la violence infligée par les garçons dans le contexte des relations amoureuses et,
- 2) la vérification de liens entre ces expériences de violence subie ou infligée et certains facteurs, tels les caractéristiques du milieu familial, les comportements ou autres caractéristiques personnelles des adolescents.

Après les précisions concernant la méthodologie, le texte fait part des principaux résultats et d'une brève interprétation.



## 21.1 Aspects méthodologiques

### *Critères utilisés pour définir les relations amoureuses*

Le présent chapitre s'intéresse à l'incidence de la violence lors des relations amoureuses des adolescents en prenant comme période de référence leurs expériences survenues au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Le questionnaire s'adresse aux jeunes de 13 et 16 ans, et seuls les filles et les garçons ayant vécu une ou des relations amoureuses au cours des 12 mois de référence répondent à la section sur la violence. Pour aborder la question des relations amoureuses, l'expression utilisée est « sortir avec une fille » ou « sortir avec un garçon », expliquée ainsi : « ... passer des moments assez intimes avec une personne. Cette relation peut n'avoir duré qu'une soirée ou plusieurs semaines ou mois ». Les relations homosexuelles n'ont pas été prises en considération étant donné la faible proportion de jeunes de ces âges rapportant ce genre d'expérience en contexte amoureux et les limites de l'échantillon prévu.

Les filles et les garçons ne répondent pas aux mêmes sections du questionnaire puisque les questions adressées aux filles les interrogent sur leurs expériences amoureuses (A47-48, Q55-56) et la violence subie (A49a-h, Q57a-h), alors que les questions adressées aux garçons portent sur leurs expériences amoureuses (A62-63, Q70-71) et la violence infligée (A64a-h, Q72a-h).

### *Source et justification des questions*

La section sur la violence comporte huit items portant sur les trois types de violence, dont un item de violence psychologique, deux items de violence sexuelle et cinq items de violence physique. L'item de violence psychologique est un item d'ordre général qui permet de ne pas évaluer seulement des gestes, mais l'effet psychologique d'un ensemble de gestes. L'expression « blesser dans les sentiments » est retenue pour définir la violence psychologique, en donnant en exemple des

comportements qui font souvent partie des items de violence psychologique, soit : insulter devant des gens, contrôler les sorties et empêcher de voir des amis (DeKeresedy et Schwartz, 1994; Foshee, 1996; Kasian et Painter, 1992; Lavoie et Vézina, 2001; Molidor, 1995; Pipes et LeBov-Keeler, 1997). En ce qui a trait à la violence sexuelle, il est important d'inclure des gestes de violence sexuelle qui peuvent être vécus par des jeunes de 13 et 16 ans, en tenant compte de leur expérience restreinte de la sexualité. Les deux items retenus font référence au même geste, soit un « contact sexuel non désiré », contact sexuel incluant baisers, caresses, attouchements et relations sexuelles. La distinction entre les deux items a trait à la stratégie pour obtenir ce contact (pression/harcèlement, force physique/menace de force physique), une dimension également explorée par Koss et Gidycz (1985) et qui reflète aussi les dispositions du Code criminel canadien. Quant aux gestes de violence physique, les quatre premiers items coïncident avec les gestes les plus souvent rapportés par les jeunes (Lavoie et Vézina, 2001). Ces items sont des adaptations de certains items du *Conflict Tactics Scales* (CTS) original (Straus, 1979). Le dernier item de violence physique s'inspire de la nouvelle version de cet instrument (CTS2) qui introduit une sous-échelle reliée aux blessures découlant de gestes de violence (Straus et autres, 1996). L'item a été formulé de façon à inclure tout geste qui aurait pu blesser.

À l'aide d'une échelle de fréquence en quatre points (jamais, 1 fois, 2 fois, ou 3 fois et plus), les adolescents devaient indiquer le nombre de fois où ils ont vécu chacune des huit situations, en tenant compte de l'ensemble de leurs partenaires amoureux sur 12 mois.

### *Construction des indices*

Aux fins de l'analyse, les expériences des jeunes sont distinguées en fonction du type de violence. Ainsi, dès qu'un geste de violence est rapporté, le jeune est considéré comme ayant vécu soit de la violence

psychologique, sexuelle ou physique (subie pour les filles et infligée pour les garçons). Une compilation est faite par la suite pour considérer les jeunes en fonction du cumul des différents types de violence vécue, à l'aide de trois catégories : 1) aucun type, 2) un seul type et 3) deux ou trois types de violence.

Parmi les comportements à risque associés aux expériences de violence, l'âge lors de la première relation sexuelle consentante est souvent rapporté. Les questions A50 et 52, Q58 et 60 pour les filles, ainsi que A65 et 67, Q73 et 75 pour les garçons, ont servi à créer un indicateur dichotomique de cet âge : 13 ans et moins ou 14 ans et plus. Les jeunes qui, au moment de l'enquête, n'ont pas encore eu de relation sexuelle, ont été classés dans la catégorie 14 ans et plus. D'autres facteurs déjà étudiés dans les chapitres précédents ont été utilisés comme variables potentiellement associées.

#### *Portée et limites des données*

Une des principales limites des données sur la violence est tributaire du nombre restreint d'items ayant servi à les recueillir. Cette limite est encore plus marquée dans le cas de la violence psychologique, qui devrait être sondée à l'aide d'une variété d'items. De plus, nous ne disposons pas d'information sur les effets de la violence vécue, et la violence mutuelle n'a pas été explorée. Une autre limite est le fait que nous avons choisi d'inclure toutes les expériences amoureuses vécues dans l'année, ce qui rend plus difficile l'interprétation du degré de violence subie, car le nombre de partenaires considérés est un élément important pour juger de la gravité de la violence. Par contre, notre choix a été motivé par la volonté de tenir compte des expériences des jeunes de 13 ans qui ont, plus que les jeunes de 16 ans, des relations amoureuses brèves, mais au cours desquelles la violence sexuelle peut être vécue. Enfin, le nombre limité de jeunes de 13 ans ayant vécu des relations amoureuses et des expériences de violence dans ces relations ne nous permet pas d'analyser les données pour ce groupe d'âge au-delà de la présentation de l'incidence.

La non-réponse partielle à chacune des questions est inférieure à 5 %.

## **21.2 Résultats**

Nous avons vu au chapitre 12 qu'un peu plus de la moitié des jeunes filles de 13 ans (53 %) ont déjà fréquenté un garçon (au cours de la vie); parmi celles-ci, 77 % en ont fréquenté au moins un au cours des 12 mois de référence. Quant aux jeunes filles de 16 ans, 83 % ont déjà fréquenté un garçon, et parmi elles, 85 % en ont fréquenté au moins un, au cours de la même période. En ce qui concerne les garçons, 56 % des jeunes de 13 ans ont déjà fréquenté une fille et 61 % de ce nombre en ont fréquenté au moins une, lors des 12 mois étudiés. Quant aux garçons de 16 ans, 78 % d'entre eux ont déjà fréquenté une fille, et de ceux-ci, 78 % en ont fréquenté au moins une, sur 12 mois.

Rappelons que seuls les jeunes ayant vécu au moins une relation amoureuse sur 12 mois répondaient aux questions sur la violence dans les relations amoureuses. Les filles répondaient aux questions sur la violence subie et les garçons, à celles sur la violence infligée, en se référant à toutes leurs relations amoureuses de la dernière année.

### **21.2.1 Violence subie par les filles dans les relations amoureuses**

Le tableau 21.1 présente les proportions de filles disant avoir subi des gestes de violence psychologique, sexuelle ou physique, de la part des garçons avec qui elles sont sorties, sur 12 mois.

Tableau 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**

	13 ans	16 ans
	%	
<b>Violence psychologique</b>	<b>21,4<sup>1</sup></b>	<b>34,2<sup>1</sup></b>
Un garçon m'a blessée dans mes sentiments (par exemple, en m'insultant, en contrôlant mes sorties, en m'empêchant de voir mes ami(e)s, etc.)	21,4*	34,1
<b>Violence sexuelle</b>	<b>6,4<sup>**</sup></b>	<b>10,9<sup>*</sup></b>
Un garçon m'a obligée à avoir un contact sexuel (baisers, caresses, attouchements, relation sexuelle) alors que je ne le voulais pas, en faisant des pressions sur moi ou en me harcelant	5,0 <sup>**</sup>	10,4*
Un garçon m'a obligée à avoir un contact sexuel (baisers, caresses, attouchements, relation sexuelle) alors que je ne le voulais pas, en menaçant d'utiliser la force ou en utilisant la force physique	1,9 <sup>**</sup>	2,6 <sup>**</sup>
<b>Violence physique</b>	<b>14,6<sup>*</sup></b>	<b>20,1</b>
Un garçon m'a agrippée (m'a empoigné les bras)	6,7 <sup>**</sup>	15,1
Un garçon m'a poussée ou bousculée	7,4 <sup>**</sup>	11,5*
Un garçon m'a lancé un objet qui aurait pu me blesser	3,3 <sup>**</sup>	4,8 <sup>**</sup>
Un garçon m'a donné une claque	2,9 <sup>**</sup>	4,2 <sup>**</sup>
Un garçon m'a blessée avec ses poings, ses pieds, un objet ou une arme	1,5 <sup>**</sup>	2,0 <sup>**</sup>

<sup>1</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

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

On estime que 21 % des filles de 13 ans et 34 % des filles de 16 ans ont subi de la violence psychologique, parmi les filles ayant eu une relation amoureuse au cours des 12 mois précédant l'administration du questionnaire. En compilant les gestes de violence sexuelle (deux items) et les gestes de violence physique (cinq items), il est possible de calculer les pourcentages de jeunes ayant vécu au moins une fois ces deux types de violence. Il s'avère que 15 % des filles de 13 ans et 20 % des filles de 16 ans ont subi de la violence physique. Il faut noter que les données des 13 ans doivent être analysées avec circonspection surtout en ce qui concerne la violence sexuelle; ainsi, le pourcentage obtenu (6 %) est une estimation imprécise, vu le nombre plus faible de jeunes filles de 13 ans qui rapportent avoir eu une relation amoureuse et en plus, un vécu de violence. Par contre, en ce qui concerne les 16 ans, on peut estimer avec davantage de confiance que 11 % des filles de 16 ans ont subi de la violence sexuelle.

Le tableau 21.2 rapporte les proportions de filles en fonction du cumul des types de violence subie, tant la violence psychologique et physique que sexuelle. Nous pouvons conclure que près du tiers des jeunes filles de 13 ans et 43 % des filles de 16 ans ont subi au moins un type de violence.

Tableau 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**

	13 ans	16 ans
	%	
Aucun type	68,9 <sup>1</sup>	57,1 <sup>1</sup>
1 type	21,9	24,8
2 types	7,4 <sup>**2</sup>	14,0 <sup>2</sup>
3 types	1,8 <sup>**</sup>	4,1 <sup>**</sup>

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

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

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

Ainsi, si une fille a connu deux types ou plus de violence, il est certain qu'elle a subi au moins de la violence physique ou sexuelle, en plus d'un autre type de violence, ce qui révèle une expérience plus sérieuse de victimisation. Les filles de 16 ans font davantage face au cumul des types de violence : 18 % en ont subi deux types ou plus, contre 9 % des plus jeunes.

#### Facteurs associés

La section suivante concerne uniquement les filles de 16 ans, étant donné le nombre restreint de jeunes de 13 ans ayant eu des expériences amoureuses. Le nombre de types de violence subie par les filles est associé à divers facteurs, dont certains s'avèrent

d'autres facteurs de risque. Les résultats sont significatifs pour les problèmes de comportement au cours d'une période de six mois, la consommation d'alcool et de drogues au cours d'une période de 12 mois, la violence subie à l'école depuis le début de l'année scolaire, l'âge lors de la première relation sexuelle, le niveau d'estime de soi et le niveau de soutien affectif maternel (tableau 21.3). Des analyses ont été faites sur d'autres variables telles le type de milieu familial (ex. : avec un parent seul), le revenu relatif du ménage, le nombre de partenaires sexuels, le soutien affectif paternel, le fait d'être témoin de violence entre adultes à la maison, pour lesquelles on n'observe pas d'association avec la victimisation dans les relations amoureuses à l'adolescence.

Tableau 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**

	Pas de violence	1 type de violence %	2 ou 3 types de violence
Problèmes de comportement <sup>†</sup>			
Oui	43,5	27,7*	28,8*
Non	60,3	24,1	15,6
Consommation d'alcool sur 12 mois <sup>†</sup>			
À peu près chaque semaine	38,0 <sup>*1,2</sup>	27,9*	34,1*
Moins d'une fois/mois ou à peu près chaque mois	60,6 <sup>1</sup>	24,9	14,5*
Aucune ou juste pour goûter	66,4 <sup>2</sup>	21,7*	11,9**
Consommation de drogues sur 12 mois <sup>†</sup>			
Oui	52,8	23,8	23,4
Non	61,6	26,2	12,2*
Victimisation à l'école <sup>†</sup>			
Oui	41,9 <sup>3</sup>	30,0*	28,1*
Non	62,5 <sup>3</sup>	22,8	14,7*
Âge de la première relation sexuelle <sup>†</sup>			
13 ans et moins	33,2 <sup>**4</sup>	34,8**	32,1**
14 ans et plus	59,9 <sup>4</sup>	23,9	16,2
Niveau d'estime de soi <sup>†</sup>			
Faible	39,0 <sup>5</sup>	29,7*	31,4 <sup>*6</sup>
Moyen	60,2	23,6	16,2*
Élevé	69,9 <sup>5</sup>	22,3*	7,8 <sup>**6</sup>
Niveau de soutien affectif maternel <sup>†</sup>			
Faible	44,4	28,5*	27,1*
Moyen	58,6	20,2**	21,2*
Élevé	61,5	24,7	13,9*

<sup>1-6</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de types de violence subie et ce facteur est significatif au seuil de 0,05.

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

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

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

Pour certains des facteurs associés, on remarque que les filles de 16 ans qui ne présentent pas ces problèmes sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses à n'avoir subi aucun type de violence, en comparaison de celles chez qui on observe ces problèmes. C'est le cas de celles qui n'ont pas consommé d'alcool, en comparaison de celles qui en ont consommé à toutes les semaines (66 % c. 38 %); celles qui n'ont pas vécu de violence à l'école (62 % c. 42 %); celles qui ont eu leur première relation sexuelle à 14 ans ou plus plutôt qu'à 13 ans ou moins (60 % c. 33 %); et celles qui se classent au niveau élevé plutôt que faible d'estime de soi (70 % c. 39 %). Le nombre de types de violence subie est également associé à la présence de problèmes de comportement, à la consommation de drogues ou à un plus faible niveau de soutien affectif maternel.

### 21.2.2 Violence infligée par les garçons dans les relations amoureuses

Le tableau 21.4 décrit les proportions de garçons rapportant avoir infligé chacun des gestes de violence psychologique, sexuelle et physique au moins une fois, à une fille avec qui ils sont sortis. Comme pour les données concernant les filles, une compilation des items est faite afin de relever les pourcentages de garçons ayant infligé les différents types de violence.

On estime que 11 % des garçons de 13 ans et 19 % des garçons de 16 ans ont infligé de la violence psychologique aux filles qu'ils ont fréquentées. Lorsqu'il s'agit de violence physique, 10 % des garçons de 16 ans disent en avoir infligé alors que la proportion pour les 13 ans, étant plus imprécise, n'est donnée qu'à titre indicatif (9 %). L'estimation de la violence sexuelle infligée – environ 1,5 % des garçons de 13 ans et 4,0 % des garçons de 16 ans – est également imprécise.

Tableau 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**

	13 ans	16 ans
	%	
<b>Violence psychologique</b>	<b>11,3*</b>	<b>18,6</b>
J'ai blessé une fille dans ses sentiments (par exemple, en l'insultant devant des gens, en contrôlant ses sorties, en l'empêchant de voir ses ami(e)s, etc.)	11,3*	18,6
<b>Violence sexuelle</b>	<b>1,5**</b>	<b>4,0**</b>
J'ai obligé une fille à avoir un contact sexuel (baisers, caresses, attouchements, relation sexuelle) alors qu'elle ne le voulait pas, en faisant des pressions sur elle ou en la harcelant	1,1**	3,8**
J'ai obligé une fille à avoir un contact sexuel (baisers, caresses, attouchements, relation sexuelle) alors qu'elle ne le voulait pas, en menaçant d'utiliser la force ou en utilisant la force physique	0,9**	1,2**
<b>Violence physique</b>	<b>9,1**</b>	<b>9,6*</b>
J'ai poussé une fille	5,9**	4,7**
J'ai agrippé une fille (lui ai empoigné les bras)	3,4**	4,7**
J'ai lancé à une fille un objet qui aurait pu la blesser	2,2**	1,5**
J'ai donné une claque à une fille	0,8**	2,5**
J'ai blessé une fille avec mes poings, mes pieds, un objet ou une arme	1,1**	0,3**

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

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

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

Le tableau 21.5 rapporte les proportions de garçons en fonction du cumul des types de violence infligée, tant la violence psychologique et physique que sexuelle. Près d'un garçon de 13 ans sur cinq et près d'un garçon de 16 ans sur quatre ont infligé au moins un type de violence.

Tableau 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**

	13 ans	16 ans
	%	
Aucun type	81,1	75,7
1 type	16,8*	17,9
2 types	1,6**	5,5*
3 types	0,5**	0,9**

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

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

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

### Facteurs associés

La section suivante concerne uniquement les garçons de 16 ans, étant donné le nombre restreint de jeunes garçons de 13 ans ayant eu des expériences amoureuses. Des analyses ont été effectuées sur les mêmes variables possiblement associées que celles présentées dans la section sur la victimisation des filles. Les résultats sont significatifs pour les problèmes de comportement au cours d'une période de six mois, le fait d'avoir été victime de violence à l'école depuis le début de l'année scolaire, le fait d'avoir été témoin de violence domestique et le niveau d'estime de soi (tableau 21.6). Les garçons qui ont vécu la victimisation à l'école et ceux qui ont été témoins de violence domestique ont infligé un plus grand nombre de types de violence que les autres garçons.

On n'observe aucune association avec les variables de violence infligée dans les relations amoureuses, pour ce qui est des variables suivantes : l'âge lors de la première relation sexuelle, le nombre de partenaires sexuels, la consommation d'alcool et de drogues, le niveau de soutien affectif parental, le type de milieu familial ou le revenu relatif du ménage.

Tableau 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**

	Pas de violence	1 type de violence	2 ou 3 types de violence
	%		
Problèmes de comportement <sup>†</sup>			
Oui	64,5	24,9*	10,7**
Non	81,2	14,4*	4,4**
Victimisation à l'école <sup>†</sup>			
Oui	68,5	17,1**	14,4** <sup>1</sup>
Non	79,7	18,0*	2,4** <sup>1</sup>
Témoin de violence domestique <sup>†</sup>			
Oui	66,6	20,8*	12,6** <sup>2</sup>
Non	80,3	16,4*	3,3** <sup>2</sup>
Niveau d'estime de soi <sup>†</sup>			
Faible	62,7	23,2**	14,1**
Moyen	73,9	19,7*	6,4**
Élevé	83,5	13,6*	2,9**

<sup>1-2</sup> Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

<sup>†</sup> Le test d'association entre le nombre de types de violence infligée et ce facteur est significatif au seuil de 0,05.

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

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

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

## Conclusion

### Synthèse des résultats

La violence s'immisce tôt dans les relations amoureuses. Cette enquête est parmi les premières à étudier ce comportement chez les adolescents de 13 ans et la seule à offrir des données représentatives de la population québécoise pour les 16 ans. Le profil de violence vécue est semblable chez les jeunes de 13 ans et de 16 ans, la violence psychologique étant la plus mentionnée, suivie de la violence physique puis de la violence sexuelle. Par contre, on peut préciser que les plus âgés sont plus nombreux à rapporter de tels incidents, tous types de violence confondus. Ainsi on apprend que chez les jeunes filles de 16 ans ayant fréquenté un partenaire au cours des douze mois de référence, environ une fille sur dix a vécu de la violence sexuelle, une sur cinq de la violence physique et une sur trois de la violence psychologique. Les garçons qui sont des agresseurs et les filles victimes confirment l'existence des trois types de violence mais les garçons sont moins nombreux à rapporter des actes de violence. Chez les garçons de 16 ans, on estime que quatre sur cent ont eu recours à de la violence sexuelle, un sur dix à de la violence physique et un sur cinq à de la violence psychologique. Il faut rappeler que les différences de proportions entre garçons et filles peuvent être attribuées au fait que les garçons et les filles sortent avec des jeunes plus âgés ou plus jeunes qu'eux-mêmes; par exemple, une jeune fille de 16 ans étudiée ici n'a pas nécessairement pour partenaire un jeune garçon de 16 ans. Cette différence pourrait aussi être reliée à la déclaration plus difficile, dans les enquêtes, des comportements d'agression comparativement à l'expérience de victimisation. De plus, un seul garçon violent peut avoir fait plusieurs victimes.

Il faut toutefois prendre note que nos estimations pour les jeunes de 13 ans n'ont pas toute la précision nécessaire, ce qui s'explique par le fait que près de

50 % de l'échantillon des jeunes de cet âge n'ont pas fréquenté de partenaires et cela réduit d'autant plus le potentiel de ces analyses. Vu les incidents documentés dès ce jeune âge, il faudrait reprendre une étude auprès d'un plus vaste échantillon afin de mieux mesurer le nombre de jeunes touchés et identifier les facteurs associés.

Nos estimations de violence sexuelle ne sont peut-être pas des plus précises sur le plan statistique pour les garçons de 16 ans, entre autres parce que ces comportements sont rares. Il faudrait effectuer une enquête auprès d'un plus vaste échantillon de garçons de 16 ans afin d'avoir une estimation plus précise. Il serait préférable d'utiliser, pour les deux sexes d'ailleurs, un questionnaire plus détaillé faisant entre autres une distinction entre contact sexuel et relation sexuelle, ce qui n'a pas été fait ici compte tenu des contraintes liées à une enquête générale et au choix d'adapter le questionnaire au vécu sexuel des jeunes de 13 ans.

L'enquête montre que l'expérience d'agression par les garçons est en lien, comme dans d'autres études, avec le fait d'avoir été témoin de violence entre adultes à la maison ou d'avoir eu des problèmes de comportement, certains pouvant être associés à la délinquance (Ageton, 1983; Capaldi et Clark, 1998; O'Keefe, 1997; Simons, Lin et Gordon, 1999). La violence entre les parents pourrait avoir offert un modèle de comportement ou encore indiquer l'approbation de tels comportements entre conjoints. Nous avons également mis en lumière chez les garçons un lien entre l'agression au sein de la relation amoureuse et les expériences de violence subie à l'école ainsi qu'avec un niveau faible d'estime de soi. Il est possible que ces expériences mènent à de l'anxiété et à un désir de contrôle ou de domination s'exprimant dans la relation avec une partenaire. Ces observations nouvelles en ce qui a trait à la victimisation à l'école devront être corroborées par d'autres recherches. La taille de l'échantillon dans la présente enquête n'a peut-être pas

permis de vérifier une association entre la variable de promiscuité étudiée, soit l'âge de la première relation sexuelle, et le fait chez les garçons d'avoir d'infligé de la violence.

Les facteurs associés à la victimisation chez les filles sont nombreux. On retrouve, comme chez les garçons qui sont des agresseurs, les problèmes de comportement, la victimisation à l'école et une faible estime de soi. Une faible estime de soi pourrait amener la jeune fille à tolérer une relation même s'il y a violence. Ageton (1983) avait déjà souligné le lien entre l'insertion dans un groupe délinquant chez les adolescentes et le fait d'être victime de violence sexuelle. S'ajoutent à ces problèmes de comportement, des problèmes de consommation de drogues et d'alcool. Notre enquête, contrairement à ce que nous avons obtenu pour les garçons, n'a pas permis de mettre en lien le fait d'avoir été témoin de violence domestique et un vécu de victime chez les filles. Les recherches sur l'influence de la violence domestique gagneront à préciser qui était le conjoint violent afin de comprendre l'influence de ce facteur; d'ailleurs de telles études sont en cours. La variable de promiscuité sexuelle, mesurée par l'âge précoce de la première relation sexuelle, est associée au fait de vivre des incidents de violence chez les filles, comme l'ont déjà observé Vicary, Klingaman et Harkness (1995). Cette variable, quoique possiblement associée à l'âge de la puberté, pourrait par ailleurs refléter soit un manque de supervision parentale ou encore des problèmes de relations peu chaleureuses entre parents et enfants qui aboutissent à la recherche de liens affectifs substitués. D'ailleurs, l'enquête a montré qu'un faible soutien affectif de la mère est associé à l'expérience de victimisation dans les relations amoureuses chez les filles. On ne peut par ailleurs savoir si ces problèmes ont débuté avant, pendant ou après que la violence se soit produite au sein du couple de jeunes; il ne s'agit donc pas nécessairement de facteurs prédisposants. Par contre, il semble qu'un comportement sexuel précoce, indiqué par une relation sexuelle avec consentement avant l'âge de 14 ans, et associé à un

vécu de violence dans les relations amoureuses, peut être vu comme un facteur de risque.

Comme nous l'avons déjà mentionné, une étude transversale ne permet pas d'élucider la contribution des facteurs étudiés car il demeure qu'ils peuvent être non une cause mais une conséquence de l'expérience de violence au sein du couple ou plutôt révéler un troisième problème auquel ils seraient associés. Ainsi c'est après une expérience de violence qu'une jeune fille pourrait révéler une faible estime d'elle-même. De plus, dans le cas des filles, il faut demeurer prudent dans l'interprétation du lien entre la victimisation à l'école et la violence subie en couple car un même événement peut avoir été rapporté dans ces deux mesures, si un partenaire qui est un agresseur fréquentait la même école.

Les comparaisons avec d'autres enquêtes sont difficiles en raison de leur caractère non représentatif et des différences de mesure ou de période de rappel. L'étude américaine de prévalence de Foshee (1996), même si elle est menée auprès d'un échantillon de jeunes de 13,9 ans en moyenne, fréquentant la huitième et la neuvième année, fournit un point de comparaison avec notre étude d'incidence. Elle montre que 36,5 % des jeunes filles américaines ont fait face à au moins un geste de violence psychologique, sexuelle ou physique en comparaison de 31 % des jeunes québécoises de 13 ans et de 43 % de celles de 16 ans. En comparaison des jeunes garçons de la même étude américaine dont 15 % rapportent avoir infligé au moins un type de violence, 19 % des jeunes garçons de 13 ans et 24 % de ceux de 16 ans l'ont rapporté au Québec. La ressemblance est assez forte dans le cas des filles mais moindre chez les garçons. D'autres enquêtes québécoises effectuées dans des écoles de diverses régions vont dans le même sens (Pelletier et autres, 1998; Lavoie et Vézina, 2001), sauf en ce qui a trait à la violence sexuelle qui est plus élevée lorsque la mesure inclut l'exercice du harcèlement ou de pressions pour obtenir un contact sexuel. Une lecture des données, item par item, montre un plus grand consensus entre



les enquêtes québécoises disponibles pour ce qui est de la violence physique subie ou infligée.

#### *Éléments de réflexion pour la planification*

Des modifications pourraient être apportées à une future enquête, par exemple demander avec combien de partenaires les jeunes ont exercé de la violence, quel en a été le contexte, quelles ont été les conséquences en ce qui a trait au sentiment de peur chez la victime et explorer davantage les conséquences des blessures physiques. L'étude des filles violentes et des garçons victimes serait aussi un apport intéressant. De plus, nous gagnerions à savoir si certains jeunes cumulent plusieurs des facteurs de risque décrits, et dans quelle mesure ce cumul pourrait augmenter la probabilité de rapporter une expérience de violence dans leurs relations amoureuses. Enfin, il serait utile non seulement de reprendre l'étude de l'âge de la première relation sexuelle comme indicateur de promiscuité sexuelle, mais d'explorer d'autres dimensions davantage révélatrices de la promiscuité sexuelle chez les garçons, comme l'achat de services sexuels ou la consommation élevée de pornographie (Malamuth, Heavy et Linz, 1996).

En conclusion, intervenants et planificateurs de services doivent tenir compte de la présence possible de violence dans les relations amoureuses dès l'âge de 13 ans. Le nombre de jeunes vivant des incidents de violence dans leurs premières relations amoureuses est suffisamment élevé pour s'en préoccuper, surtout en sachant que la possibilité de revivre de telles relations est élevée chez ceux et celles qui en ont vécu à l'adolescence. Il faut donc élaborer des démarches préventives aussi bien que thérapeutiques. Parmi les thèmes de réflexion pouvant servir à améliorer ces interventions, il faudrait comprendre davantage comment on peut inciter les agresseurs, quel que soit leur sexe, à percevoir les conséquences nuisibles de leurs gestes de violence et à chercher des solutions de remplacement. D'autre part, les intervenants doivent

savoir que la violence sexuelle semble un concept plus difficile à cerner pour les jeunes des deux sexes, autant comme victimes que comme agresseurs, non seulement au moment de répondre à une enquête mais aussi dans leur vie affective, ce qui peut les amener à nier de tels problèmes et à ne pas rechercher d'aide (Lavoie, Robitaille et Hébert, 2000).

La présence simultanée de problèmes de violence au sein du couple et d'une série d'autres problèmes montre l'importance de soutenir ces jeunes dont le développement pourrait être compromis au seuil de leur vie adulte. Les jeunes qui font face à plus d'un type de violence au sein de leur couple, qui y vivent donc en général de la violence physique ou sexuelle, sont confrontés à d'autres problèmes dans leur vie. Les intervenants devraient prendre l'habitude d'interroger les jeunes qu'ils reçoivent dans des cas de toxicomanie, de délinquance ou de violence sur la cooccurrence possible de ces problèmes. Il leur faudra envisager également la possibilité, même si cette enquête n'en a pas traité, que certains sont impliqués à la fois comme victime et agresseur, que certains garçons sont des victimes et que certaines filles sont violentes. Cependant, le recours à la violence devra être analysé dans son contexte par les cliniciens, car un même acte peut servir, par exemple, d'autodéfense devant un partenaire trop entreprenant sur le plan sexuel, ou de moyen de faire peur. Les questionnaires d'enquête actuellement utilisés ne laissent pas place à ces nuances.

Les réactions de l'entourage semblent jouer un rôle important dans la cessation de la violence ou dans sa prévention. Des interventions doivent s'adresser à l'ensemble de la population, tant les pairs que les parents et les enseignants qui pourraient être appelés à jouer un rôle de confident. Les efforts de promotion de relations harmonieuses et respectueuses au sein du couple ne doivent pas non plus être négligés car les jeunes ont un grand besoin d'espoir et de modèles sains. Les programmes de prévention devraient

d'ailleurs mettre en valeur que la majorité des couples ne recourent pas à la violence car il peut arriver que les pourcentages rapportés de victimes ou d'agresseurs soient interprétés par les adolescents comme une indication que la violence est une norme acceptable (Lavoie, Robitaille et Hébert, 2000). Il ne faudrait pas les décourager par nos programmes de prévention ne traitant que des aspects négatifs associés à la vie de couple ou encore attendre de les recevoir dans les services pour les adultes aux prises avec la violence.

# Bibliographie

- AGETON, S. S. (1983). *Sexual Assault among Adolescents*, Lexington, MA, D.C. Heath.
- CAPALDI, D. M., et S. CLARK (1998). « Prospective family predictors of aggression toward female partner for at-risk young men », *Developmental Psychology*, vol. 34, n° 6, p. 1175-1188.
- CLÉMENT, M., et C. BOURASSA (1996). *Rapport annuel du CRI-VIFF*, Québec, Université Laval.
- DeKERESSEDY, W. S., et M. D. SCHWARTZ (1994). « Locating a history of some Canadian women abused in elementary and high school dating relationships », *Humanity and Society*, vol. 18, n° 3, p. 49-63.
- FOSHEE, V. A. (1996). « Gender differences in adolescent abuse: prevalence, types and injuries », *Health Education Research*, vol. 11, n° 3, p. 275-286.
- GIDY CZ, C. A., C. NELSON COBLE, L. LATHAM et M. J. LAYMAN (1993). « Sexual assault experience in adulthood and prior victimization experiences: A prospective analysis », *Psychology of Women Quarterly*, vol. 17, p. 151-168.
- GIDY CZ, C. A., K. HANSON et M. J. LAYMAN (1995). « A prospective analysis of the relationships among sexual assault experiences », *Psychology of Women Quarterly*, vol. 19, p. 5-29.
- HÉBERT, M., F. LAVOIE et R. TREMBLAY (1999). *Health impact of child abuse and dating violence in female adolescents*, Communication présentée en juillet à la sixième conférence de l'International Family Violence Research Conference, Durham, New Hampshire, États-Unis.
- HIMELEIN, M. J. (1995). « Risk factors for sexual victimization in dating. A longitudinal study of college women », *Psychology of Women Quarterly*, vol. 19, p. 31-48.
- KASIAN, M., et S. L. PAINTER (1992). « Frequency and severity of psychological abuse in a dating population », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 7, n° 3, p. 350-364.
- KOSS, M. P., et C. A. GIDY CZ (1985). « Sexual Experience Survey: Reliability and validity », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 53, n° 3, p. 422-423.
- LAVOIE, F., et L. VÉZINA (2001). « Violence faite aux filles dans le contexte des fréquentations à l'adolescence : élaboration d'un instrument (VIFFA) et sa validation », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 20, n° 1, p. 153-171.
- LAVOIE, F., L. ROBITAILLE et M. HÉBERT (2000). « Teen dating relationships and aggression: An exploratory study », *Violence against Women*, vol. 6, n° 1, p. 6-36.
- MAGDOL, L., T. E. MOFFITT, A. CASPI, D. NEWMAN, J. FAGAN et P. A. SILVA (1997). « Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-year olds: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 65, n° 1, p. 68-78.
- MALAMUTH, N. M., C. L. HEAVY et D. LINZ (1996). « The confluence model of sexual aggression: Combining hostile masculinity and impersonal sex », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 23 (3/4), p. 13-37.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MOLIDOR, C. E. (1995). « Gender differences of psychological abuse in high school dating relationships », *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 12, n° 2, p. 119-134.

MOLIDOR, C. E., et R. M. TOLMAN (1998). « Gender and contextual factors in adolescent dating violence », *Violence against Women*, vol. 4, n° 2, p. 180-194.

O'KEEFE, M. (1997). « Predictors of dating violence among high school students », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 12, n° 4, p. 546-568.

PELLETIER, V., M. TOURIGNY, M.-E. CLÉMENT et F. LAVOIE (1998). *Incidence et facteurs associés à la violence dans les fréquentations amoureuses chez les jeunes*. Rapport de recherche, Hull, Université du Québec à Hull.

PIPES, R. B., et K. LEOV-KEELER (1997). « Psychological abuse among college women in exclusive heterosexual dating relationships », *Sex Role*, vol. 36, n° 9/10, p. 585-603.

POITRAS, M., et F. LAVOIE (1995). « A study of the prevalence of sexual coercion in adolescent heterosexual dating relationships in a Québec sample », *Violence and Victims*, vol. 10, n° 4, p. 299-313.

SIMONS, R. L., K.-H. LIN et L. C. GORDON (1999). « Socialization in the family of origin and male dating violence: A prospective study », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 60, n° 2, p. 467-478.

STRAUS, M. A. (1979). « Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scales », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 41, p. 75-88.

STRAUS, M. A., S. L. HAMBY, S. BONEY-MCCOY et D. B. SUGARMAN (1996). « The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data », *Journal of Family Issues*, vol. 17, n° 3, p. 283-316.

VICARY, J. R., L. R. KLINGAMAN et W. L. HARKNESS (1995). « Risk factors associated with date rape and sexual assault of adolescent girls », *Journal of Adolescence*, vol. 18, p. 289-306.

WOLFE, D. A., C. WEKERLE, D. REITZEL et R. GOUGH (1995). « Strategies to address violence in the lives of high-risk youth » dans PELED, E., P. G. JAFFE et J. L. EDLESON (éds.). *Ending the cycle of violence*, Thousand Oaks, CA, Sage, p. 255-274.

# Chapitre 22

## Synthèse et conclusion

**Jacinthe Aubin**  
**Stéphane Bernard**

Direction Santé Québec  
Institut de la statistique du Québec

**Marthe Deschesnes**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

**Gilles Paradis**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

**Michel Tousignant**

Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale  
Université du Québec à Montréal

---

*L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* vise les garçons et les filles de 9 ans, 13 ans et 16 ans. Elle est représentative de l'ensemble des Québécois de ces groupes d'âge et, à ce titre, constitue la première enquête québécoise de cette envergure auprès des jeunes. Le présent rapport dresse un bilan de leur état de santé et de bien-être et de certains facteurs qui y sont associés grâce à des renseignements recueillis auprès d'eux, d'un de leurs parents et de la direction de l'école.

Dans ce dernier chapitre, une synthèse des principaux résultats est présentée en quatre parties : caractéristiques des jeunes et de leurs milieux de vie, relations des jeunes avec ces milieux, habitudes de vie, état de santé physique et enfin, santé mentale et adaptation sociale. En conclusion, l'importance de certains problèmes et facteurs de risque ou de protection, mis en évidence au fil des chapitres, est soulignée. Un retour est également fait sur le modèle systémique qui a servi de cadre conceptuel à l'enquête.

### 22.1 Synthèse des résultats<sup>1</sup>

#### 22.1.1 Caractéristiques des jeunes et de leurs milieux de vie

L'enquête permet de décrire les caractéristiques des enfants et des adolescents et de leurs principaux milieux de vie. La composition du milieu familial et ses caractéristiques socioéconomiques sont reconnues comme des facteurs d'influence du développement, du bien-être et de la santé des enfants. Au fil des âges, l'école prend de plus en plus de place comme milieu de vie des jeunes. Enfin, les théories inspirées de l'approche systémique postulent que l'environnement social du quartier ou du voisinage occupe une place importante dans l'adaptation sociale des jeunes. L'importance des milieux de vie est d'ailleurs reconnue dans les orientations gouvernementales en santé publique.

Les jeunes à l'étude comptent autant de filles que de garçons. L'enquête montre que 70 % des enfants et des adolescents québécois vivent dans un **milieu familial** avec leurs deux parents; environ 12 % vivent

---

<sup>1</sup> Dans cette section, quelques éléments de recension des écrits sont présentés. Les références bibliographiques sont fournies dans les chapitres thématiques.

avec un parent et un beau-parent et de 15 % à 18 %, selon l'âge, avec un parent seul. Seulement 20 % des enfants ne vivant pas avec leurs deux parents vivent avec leur père, que ce soit sous sa garde complète ou partagée. De 12 % à 13 % des jeunes de chaque âge vivent dans une famille appartenant à un groupe ethnoculturel autre que le groupe majoritaire (c'est-à-dire de descendance française, britannique ou autochtone).

Selon l'âge, un ou deux jeunes sur dix vivent dans un milieu familial ne pouvant compter que sur un revenu faible ou très faible et un peu plus d'un jeune sur dix 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. Bon nombre d'adolescents aux études ont un travail rémunéré, soit 25 % à 13 ans et 34 % à 16 ans. Parmi les jeunes de 16 ans qui travaillent, plus du quart le font 16 heures ou plus par semaine.

La plupart des adolescents ont une perception positive de leur **milieu scolaire**. Presque tous les enfants de 9 ans considèrent que leurs parents s'intéressent à ce qu'ils font à l'école. À l'adolescence, cet intérêt des parents décroît avec l'âge de leur enfant, passant de 72 % à 53 % entre 13 ans et 16 ans. Dès l'âge de 9 ans, à peu près un enfant sur dix a déjà redoublé une année scolaire alors qu'à 13 ans et 16 ans, c'est un adolescent sur cinq. Une plus grande proportion de garçons que de filles ont déjà redoublé, parmi les jeunes de 16 ans. Les filles ont d'ailleurs une plus grande motivation face à l'école, si l'on en juge par le temps consacré aux devoirs et leçons et par leurs aspirations à poursuivre leurs études au-delà du secondaire. Le succès scolaire, mesuré par le redoublement ou par la perception de leurs résultats scolaires en langue d'enseignement, est associé au temps consacré aux devoirs et leçons, à une meilleure estime de soi ainsi qu'à certaines caractéristiques du milieu immédiat : un milieu familial avec les deux

parents, un revenu plus élevé du ménage et un niveau élevé de soutien affectif parental.

L'**environnement social du quartier** (voisinage, village) est perçu de façon assez positive autant par les enfants et les adolescents que par leurs parents. Les parents des enfants de 9 ans jugent leur quartier moins sécuritaire que les parents des adolescents de 16 ans. De plus, lorsque le revenu du ménage est faible ou très faible, 30 % des jeunes de 9 ans et 23 % de ceux de 13 ans vivent dans un quartier perçu comme non sécuritaire, contre 15 % et 12 % parmi les jeunes de ménages à revenu élevé ou très élevé.

### 22.1.2 Relations des jeunes avec leurs milieux de vie

Non seulement la composition de la famille, mais aussi la qualité de l'interaction entre les parents et l'enfant a une influence reconnue sur le développement, le comportement et la socialisation des enfants. Le soutien social est aussi largement étudié en tant que facteur favorisant le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents. Les études portant sur la résistance ou la capacité d'adaptation des jeunes confirment l'importance du soutien en provenance de la famille, des pairs et plus largement, des membres de la communauté.

Plusieurs types de relations peuvent s'établir entre un parent et son enfant, par exemple l'encadrement parental et le soutien à l'autonomie. Dans cette enquête, deux dimensions de l'**interaction parent-enfant** ont été mesurées, soit le soutien affectif et le contrôle abusif.

Les jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans rapportent avoir un soutien affectif plus élevé de la part de leur mère que de leur père, et ce, quel que soit leur sexe. Selon les jeunes cependant, plus de mères que de pères, en proportion, exercent un contrôle abusif sur eux. Chez les enfants de 9 ans, les garçons ont une moins bonne perception de l'interaction avec leurs parents que les filles du même âge. De plus, les adolescents vivant

avec leur mère et leur père rapportent un niveau plus élevé de soutien affectif maternel que ceux qui vivent avec un parent et un beau-parent et, dans le cas des adolescents de 13 ans, avec un parent seul.

Concernant le **soutien social**, presque tous les enfants et adolescents disent pouvoir compter sur au moins une personne de leur entourage pour leur venir en aide. Pour ce qui est de l'écoute et de l'encouragement, la mère ou l'adulte de sexe féminin avec qui le jeune vit constitue une source primordiale de soutien, quel que soit le type de milieu familial. Le père est également une source importante de soutien pour les enfants de 9 ans, alors qu'il n'obtient que la troisième place chez les adolescents de 13 ans et la quatrième chez les adolescents de 16 ans. Dans cette enquête, un plus grand nombre de sources de soutien chez les jeunes est associé à l'absence de troubles émotifs chez les enfants et à un niveau plus faible de détresse psychologique chez les adolescents.

### 22.1.3 Habitudes de vie

Les comportements ou habitudes de vie des enfants et des adolescents témoignent de l'influence de leurs milieux de vie, de leur autonomie croissante et de leur socialisation. Les thèmes de l'emploi du temps, des pratiques culturelles et de l'activité physique ont été abordés dans l'enquête, car ils contribuent à la santé physique et mentale, au développement intégral de la personne et à l'acquisition de comportements sains et équilibrés. La pratique d'activités physiques contribue à améliorer la condition physique, la masse et la densité osseuses, la masse corporelle et le profil lipidique, et réduit le risque de maladies cardiovasculaires et d'ostéoporose. L'usage du tabac constitue l'une des habitudes de vie les plus néfastes pour la santé; ses effets délétères ainsi que la dépendance physique et psychologique qu'il crée sont bien connus. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool et la consommation de drogues sont associées à des problèmes sociaux et de santé physique ou mentale tels que la violence, le suicide, la grossesse à l'adolescence, les maladies transmissibles

sexuellement, la dépression ou les échecs scolaires. Les comportements alimentaires ont aussi été documentés car ils influencent l'équilibre nutritionnel. Enfin, l'adolescence est une période cruciale pour l'adoption et le maintien de comportements sexuels permettant d'éviter les maladies transmissibles sexuellement (MTS) et les grossesses précoces.

Les résultats concernant l'**emploi du temps** montrent qu'en moyenne, les jeunes de 9, 13 et 16 ans écoutent la télévision entre 2,6 heures et 3,5 heures par jour, selon l'âge. Les moyennes sont plus élevées chez les garçons que chez les filles. Quant aux **pratiques culturelles**, 12 % des enfants et adolescents rapportent n'avoir eu aucune source de lecture (livre, magazine, journal) au cours d'une période d'une semaine. Les filles lisent plus que les garçons : 30 % des filles et 16 % des garçons de 16 ans déclarent trois sources différentes de lecture sur une période d'une semaine. De 64 % à 72 % des enfants et adolescents ont accès à un ordinateur à la maison et les garçons l'utilisent plus souvent que les filles. L'utilisation de l'ordinateur, chez les adolescents qui en disposent à la maison, ne freine pas la participation culturelle, du moins en ce qui concerne les sorties au cinéma, dans les salles de jeux vidéo, les spectacles de musique, les matchs et les sorties dans les discothèques. En outre, un plus grand nombre de ces pratiques de loisir est associé à un niveau plus élevé d'activité physique.

Les garçons pratiquent davantage l'**activité physique** que les filles. En effet, parmi les garçons de 9, 13 et 16 ans, 54 %, 56 % et 53 % respectivement présentent un niveau élevé ou très élevé d'activité physique (au moins sept séances par semaine), alors que ces proportions sont de 44 %, 47 % et 35 % chez les filles des mêmes groupes d'âge. Un peu plus de quatre garçons sur dix à 13 et 16 ans pratiquent une activité physique d'une intensité moyenne ou élevée, trois fois ou plus par semaine et durant au moins vingt minutes par séance. Chez les filles, ces proportions sont de trois sur dix à 13 ans et de deux sur dix à 16 ans.

La proportion de jeunes ayant fumé une cigarette au complet passe de 2 % à 9 ans, à 60 % à 16 ans. La **proportion de fumeurs** (réguliers ou occasionnels) au cours d'une période de 30 jours augmente de 9 % à 13 ans à 31 % à 16 ans. Bien qu'autant de garçons que de filles de 13 ans fument la cigarette, à 16 ans les filles sont plus nombreuses à fumer que les garçons (34 % contre 27 %). À 16 ans, l'usage de la cigarette est plus élevé chez les jeunes issus d'une famille monoparentale et chez les jeunes ayant un niveau d'estime de soi plus faible ou un indice de détresse psychologique plus élevé. Par ailleurs, 43 % des enfants de 9 ans sont exposés à la fumée de tabac des autres fumeurs à la maison, à chaque jour ou presque.

Près de 3 % des adolescents de 13 ans consomment de l'**alcool** à peu près chaque semaine, comparativement à 20 % des jeunes de 16 ans. Parmi les adolescents qui consomment de l'alcool, 11 % et 30 % respectivement des jeunes de 13 et 16 ans en consomment habituellement cinq verres et plus par occasion. Les adolescents de 16 ans consomment plus souvent de l'alcool que les plus jeunes, en plus grande quantité à chaque occasion, et présentent plus fréquemment des problèmes associés à la consommation d'alcool. À 16 ans, les garçons consomment plus fréquemment et en plus grande quantité que les filles.

Alors que 11 % des adolescents de 13 ans affirment avoir consommé une **drogue** au cours d'une période de 12 mois, cette proportion augmente à 47 % chez les adolescents de 16 ans. La proportion de consommateurs de drogues est semblable chez les deux sexes. La marijuana (46 %) et les hallucinogènes (15 %) sont les drogues comptant les plus grandes proportions de consommateurs chez les jeunes de 16 ans, au cours d'une période de 12 mois. Enfin, les adolescents d'un groupe autre que majoritaire (origine française, britannique ou autochtone) sont moins souvent des fumeurs ou des buveurs excessifs d'alcool et ils sont moins susceptibles d'avoir consommé de la drogue au cours de leur vie.

Pour ce qui est des **comportements alimentaires**, environ 35 % des adolescents de 13 et 16 ans et 20 % des enfants de 9 ans ne prennent pas un petit déjeuner tous les jours. Les jeunes fumeurs ont tendance à omettre ce repas plus fréquemment que les non-fumeurs. De plus, le petit déjeuner est moins fréquent chez les jeunes de ménages à faible revenu ou en présence d'insécurité alimentaire.

Près de sept enfants ou adolescents sur dix consomment des repas au restaurant ou livrés à domicile au moins une fois par semaine. Le souper en famille est une pratique régulière chez les jeunes : environ 70 % des jeunes de 9 ans et 13 ans souper avec leur famille six ou sept fois par semaine, de même que la moitié de ceux de 16 ans. Enfin, 40 % et 60 % des adolescents de 13 et 16 ans respectivement préparent eux-mêmes leur souper au moins une fois au cours de la semaine.

En ce qui a trait à la **sexualité**, près de 5 % des jeunes de 13 ans et moins de la moitié (39 %) des jeunes de 16 ans ont déjà eu une relation sexuelle. Près de 64 % des garçons et 45 % des filles de 16 ans déclarent avoir utilisé un condom à leur première et à leur dernière relation sexuelle, un indicateur d'usage régulier. Cependant, 15 % des garçons et 18 % des filles de cet âge ne se sont pas protégés lors de ces relations sexuelles. De plus, 5 % des filles de 16 ans déclarent une grossesse antérieure.

#### 22.1.4 État de santé physique

L'état de santé physique des enfants et des adolescents a été abordé selon divers points de vue. D'abord, la perception de l'état de santé constitue une mesure globale, intégrant les dimensions physique, psychologique et sociale de la personne. Les problèmes de santé de courte durée ont ensuite été abordés, suivis des problèmes de santé chroniques. Parmi ceux-ci, l'asthme et les rhinites allergiques ont fait l'objet de mesures plus extensives, étant parmi les problèmes les plus fréquents chez les jeunes de ces groupes d'âge. Les données de mortalité indiquent que



les blessures sont la première cause de décès chez les jeunes de 5 à 14 ans – elles contribuent de façon importante à l'utilisation des services de santé à ces âges. Dans la présente enquête, les blessures par accident ont été estimées. Une place importante a été accordée aux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, lesquels, dans les pays industrialisés, apparaissent dès l'enfance et contribuent à l'apparition précoce d'athérosclérose. Dans cette étude, des mesures physiologiques ont été prises : tension artérielle, bilan lipidique, poids, taille et plis cutanés. En l'absence de normes à ce sujet pour les enfants et les adolescents québécois, ces mesures constituent une première et pourront servir de guides dans les milieux de la santé, de la nutrition et de la promotion de l'activité physique.

En ce qui concerne la perception de l'**état de santé** global, les résultats de l'enquête montrent que plus de neuf enfants et adolescents sur dix considèrent leur santé comme étant excellente ou plutôt bonne. La proportion des jeunes qui s'estiment en excellente santé passe de 65 % à 9 ans, à 47 % et 43 % chez les adolescents de 13 et 16 ans. Parmi les adolescents, les filles s'estiment en moins bonne santé que les garçons. Une perception positive de l'état de santé est associée à la pratique d'activités physiques, à une meilleure estime de soi ainsi qu'à un soutien affectif parental plus élevé. À l'inverse, les jeunes qui évaluent négativement leur état de santé présentent plus de troubles émotifs à 9 ans ou de détresse psychologique à l'adolescence. Enfin, la perception de l'état de santé est associée au revenu relatif du ménage, à 16 ans, et à la perception de leur situation financière, à 13 et 16 ans.

L'asthme, le rhume des foies, les autres allergies et les problèmes de la peau sont les problèmes chroniques les plus fréquemment rapportés par les enfants et les adolescents. Les vitamines et minéraux, les médicaments pour la douleur ou la fièvre et les médicaments pour le rhume ou les allergies constituent les classes de médicaments les plus fréquemment consommés par les jeunes. Un peu plus de 60 % des

jeunes de 9 ans et 13 ans ont consommé au moins un médicament sur une période de deux semaines, selon le parent. Chez les 16 ans, environ 70 % rapportent en avoir consommé.

Environ 15 % des jeunes de 9, 13 et 16 ans disent avoir déjà fait ou faire encore de l'**asthme**. Au cours d'une période d'un an, 7 % à 8 % des jeunes présentent des sibilances (symptômes d'asthme). L'asthme est la première cause de limitation des activités due à un problème de santé chez les jeunes de 9 et 13 ans, et une cause aussi importante que les problèmes ostéo-articulaires chez ceux de 16 ans. Pour chacun des groupes d'âge, la présence d'asthme ou de sibilances est associée à une histoire familiale d'asthme et à la concentration sanguine des immunoglobulines E. La présence d'asthme est plus élevée chez les jeunes provenant de ménages à faible revenu.

Au Québec, 10 % des enfants de 9 ans ainsi que 15 % et 23 % des adolescents de 13 ans et 16 ans respectivement ont reçu, au cours d'une période de 12 mois, les soins d'un médecin ou d'une infirmière à la suite de **blessures**. L'augmentation de la morbidité avec l'âge est particulièrement marquée chez les garçons et chez les jeunes des régions métropolitaines. Les garçons déclarent plus souvent que les filles des blessures survenues dans les lieux de loisir et de sport. Pour ce qui est des mesures de protection, l'utilisation régulière ou occasionnelle d'un casque protecteur pour le vélo, le patinage sur roues alignées et la planche à roulettes diminue avec l'âge passant, pour le vélo par exemple, de 84 % à 24 % entre 9 ans et 16 ans. Pour les activités motorisées, on n'observe qu'une faible diminution du port du casque à mesure que l'âge augmente. Cependant, il y a place à une importante amélioration du port du casque lors de l'utilisation d'un VTT ou d'un cyclomoteur, en particulier, puisque 25 % à 30 % des adolescents ne le portent pas.

Un jeune de 9 ans sur quatre présente au moins un **facteur de risque cardiovasculaire** modifiable (sédentarité, obésité, cholestérol élevé, etc.). Cette proportion dépasse 50 % à l'âge de 16 ans. De plus, la

proportion de jeunes présentant deux facteurs de risque ou plus augmente avec l'âge, passant de 9 % à 13 ans à 19 % à 16 ans. Enfin, les adolescents provenant de ménages à faible revenu présentent plus de facteurs de risque que ceux de ménages à revenu élevé ou très élevé.

Parmi les facteurs de risque à l'étude, les valeurs moyennes de cholestérol total et de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL, le « mauvais » cholestérol) présentent des valeurs favorables dans l'étude québécoise, par rapport à une étude nord-américaine (*Lipids Research Clinic Prevalence Study*) réalisée il y a 20 ans. En effet, elles sont légèrement inférieures à celles observées chez de jeunes américains de 5 ans à 19 ans. Par contre, d'autres résultats du bilan lipidique se révèlent défavorables chez les jeunes québécois. Ainsi, les valeurs de triglycérides sont en général légèrement supérieures aux valeurs provenant de l'enquête nord-américaine, et les valeurs de cholestérol des lipoprotéines de haute densité (C-HDL, le « bon » cholestérol) sont légèrement inférieures au Québec. Les résultats montrent par ailleurs une forte prévalence de tension artérielle systolique limite ou élevée chez les garçons et les filles de 9 ans, 13 ans et 16 ans.

L'obésité est un important facteur de risque de maladies cardiovasculaires. Selon les seuils de l'indice de masse corporelle et de plis cutanés établis pour cette enquête, de 11 % à 13 % des jeunes québécois, selon l'âge, se classent dans la catégorie de l'embonpoint et 3 % à 4 %, dans la catégorie de l'obésité. Mentionnons que les normes pour définir l'**embonpoint** et l'**obésité** chez les enfants et les adolescents varient d'un pays à l'autre. Lorsque l'on compare les données avec celles de l'*Enquête Condition Physique Canada* de 1981, on observe une augmentation de l'embonpoint et de l'obésité chez les jeunes. On a des raisons de croire que cette augmentation n'est pas récente mais qu'elle date plutôt de la fin des années 80 ou du début des années 90, du moins chez les 16 ans (Ledoux et Rivard, 2000).

Les adolescents des deux sexes qui présentent de l'embonpoint ou de l'obésité ont une perception moins bonne de leur état de santé. Les adolescentes dans ces catégories de poids sont plus nombreuses à avoir une faible estime de soi et celles de 16 ans sont également plus susceptibles d'avoir un niveau élevé de détresse psychologique. De plus, le parent répondant (habituellement la mère) des jeunes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité a plus souvent un excès de poids. Malgré que 80 % des jeunes présentent un poids normal, 45 % des enfants et 60 % des adolescents sont insatisfaits de leur image corporelle. Environ 45 % des jeunes de 9 ans tentent activement de perdre ou de gagner du poids. Chez les adolescents de 13 et 16 ans, environ le tiers en font autant alors qu'un autre tiers de ces jeunes essaient de contrôler leur poids. Chez ceux qui ont un excès de poids, la majorité des filles (72 % à 80 %) et une bonne proportion des garçons tentent activement de perdre du poids (33 % à 61 %).

### 22.1.5 Santé mentale et adaptation sociale

La santé mentale ainsi que l'adaptation sociale des jeunes constituent l'une des priorités nationales de santé publique au Québec. L'enquête s'intéresse à la santé mentale et à l'estime de soi, un facteur de protection très important pour la santé mentale qui est associé, lorsqu'il est faible, à une mauvaise adaptation sociale. Elle couvre aussi le phénomène du comportement suicidaire, dont l'étendue et l'âge précoce d'apparition sont une source de préoccupations. La violence subie par le jeune, soit dans l'espace domestique ou à l'extérieur du foyer, est également un élément qui met en danger sa santé physique et mentale. D'autre part, cette enquête analyse les comportements violents de la part des jeunes et elle les met en relation avec les expériences de victimisation. Enfin, elle se penche sur un comportement plus spécifique, la violence dans les relations amoureuses chez les adolescents.

En ce qui concerne les indicateurs de **santé mentale**, les résultats indiquent que le niveau de troubles émotifs est plus élevé chez les garçons que chez les filles

(27 % c. 22 %), à 9 ans. Les facteurs qui y sont associés sont des parents séparés, le faible soutien affectif de la mère ou du père et la détresse psychologique d'un parent. À l'adolescence, le rapport entre les sexes se renverse alors que beaucoup plus de filles que de garçons présentent un indice de détresse psychologique élevé (27 % c. 12 % à 16 ans).

Alors qu'à 9 ans il n'y a pas de différence entre les sexes pour l'estime de soi, à l'adolescence beaucoup plus de filles que de garçons présentent un faible score d'estime de soi (27 % c. 16 % à 16 ans). Avoir un niveau élevé d'estime de soi semble représenter un facteur très important de protection contre la détresse psychologique. Ainsi, la moitié des adolescents avec une faible estime de soi souffre de détresse psychologique, comparativement à moins de 5 % de ceux qui ont une estime de soi élevée.

Les **idées suicidaires sérieuses** apparaissent très tôt et, à 9 ans, un enfant sur douze en a au cours d'une période de douze mois; la situation est similaire à 13 ans alors qu'à 16 ans, c'est un jeune sur dix. Les adolescentes présentent plus d'idées suicidaires que les garçons : 10 % des filles et 3,6 % des garçons de 13 ans en déclarent ainsi que 12 % des filles et 8 % des garçons de 16 ans. En ce qui concerne la recherche d'aide, seulement un jeune sur cinq présentant des idées suicidaires sérieuses a consulté un professionnel à ce sujet. La croyance que ces idées vont passer avec le temps ou qu'elles ne sont pas graves est le premier motif de non-consultation, suivie par le problème d'accessibilité des services et la crainte que le problème soit connu de l'entourage immédiat.

En ce qui concerne la **victimisation**, un jeune sur trois est exposé à des scènes de violence entre adultes à la maison, le plus souvent sous la forme de violence verbale. À 9 ans, deux enfants sur trois déclarent avoir été victimes de violence depuis le début de l'année scolaire soit à l'école, soit sur le chemin de l'école. Plus précisément, un enfant sur quatre subit la menace de la destruction d'un de ses biens, un sur trois se fait pousser ou frapper violemment et un sur dix est victime

de taxage. Environ 11 % sont à la fois victimes de violence et de taxage. À 16 ans, la prévalence de la victimisation diminue à un jeune sur quatre et le phénomène du taxage est en nette diminution.

En ce qui concerne la **violence manifestée** au cours d'une période de six mois, un adolescent sur dix avoue avoir porté une arme. Un sur cinq présente des problèmes de comportement, par exemple mentir fréquemment pour obtenir quelque chose, faire volontairement du mal à quelqu'un, manquer souvent l'école sans raison valable ou rester dehors tard la nuit. Enfin, les parents rapportent qu'un adolescent sur dix présente des comportements d'opposition. Les garçons manifestent plus souvent des problèmes de comportement que les filles et ils sont également plus souvent victimes de violence à l'école. Ces phénomènes ne sont liés ni au revenu relatif du ménage ni au type de milieu familial, mais ils sont associés à la consommation de drogues et d'alcool ainsi qu'à une faible estime de soi et à la détresse psychologique.

La **violence dans les relations amoureuses**, mesurée sur 12 mois, est déjà présente à 13 et à 16 ans, mais davantage chez ce dernier groupe. La violence psychologique prédomine, suivie de la violence physique et de la violence sexuelle. À 16 ans, chez les adolescentes ayant un partenaire, la prévalence de ces trois types de violence subie est respectivement d'une fille sur trois, une fille sur cinq et une fille sur dix. L'expérience de la violence dans les relations amoureuses est associée à l'expérience d'autres types de violence à l'école, à la consommation de drogues et d'alcool, à un faible niveau d'estime de soi et de soutien affectif de la mère.

Parmi les garçons ayant une partenaire amoureuse à 16 ans, environ 4 % avoue lui avoir fait subir de la violence sexuelle, 10 % de la violence physique et 19 % de la violence psychologique. Ces garçons sont plus souvent témoins de violence entre adultes à la maison, victimes de violence à l'école, ont plus souvent des

problèmes de comportement ou un faible niveau d'estime de soi.

## 22.2 Conclusion

### 22.2.1 Ampleur et cooccurrence des problèmes

Les résultats de l'enquête font ressortir la diversité des caractéristiques personnelles des enfants et des adolescents ainsi que de leurs milieux de vie. Ils montrent que la majorité des jeunes de 9, 13 et 16 ans ne présentent aucun problème majeur de santé, qu'ils se perçoivent positivement, se considèrent en santé, et qu'ils peuvent compter sur leur entourage pour les soutenir en cas de problème. Cependant, certains des phénomènes qui les concernent sont préoccupants en raison de leur présence chez un nombre non négligeable de jeunes et parce qu'ils représentent des risques pour leur développement futur et leur bien-être.

L'**ampleur de la violence** vécue par les enfants et les adolescents est particulièrement inquiétante : agressions verbales ou physiques à l'école ou sur le chemin de l'école, taxage, violence verbale dont le jeune est témoin à la maison, violence subie par les jeunes filles dans les relations amoureuses concourent à rendre celle-ci présente à plusieurs niveaux. La prévalence élevée du port d'armes chez les garçons est un signe révélateur à ce sujet.

Les **idées suicidaires et les tentatives de suicide** constituent un problème prioritaire de santé publique au Québec. Cette enquête révèle la présence des pensées suicidaires dès l'enfance et la plus forte prévalence chez les filles dès la prime adolescence. Elle met aussi en lumière certains facteurs reliés à ce problème majeur.

La **consommation de drogues** et la **consommation à risque d'alcool** touchent une proportion tout de même assez élevée d'adolescents et, fait à signaler, d'adolescentes. Associés à la consommation de ces substances, de piètres résultats scolaires, des aspirations scolaires ne dépassant pas le diplôme

d'études secondaires et une faible confiance en soi à l'école sont susceptibles de compromettre leur bien-être futur.

La mesure de plusieurs facteurs de risque de maladies cardiovasculaires permet d'identifier des problèmes préoccupants. Parmi ces facteurs de risque, l'**augmentation de l'obésité** depuis 1981 chez les jeunes de chaque groupe d'âge doit être signalée. Malgré qu'elle soit difficile à quantifier de façon précise, cette augmentation est évidente. Une **très forte prévalence de tension artérielle systolique limite ou élevée** a été observée chez les jeunes de chaque âge étudié : un jeune sur quatre, chez les 16 ans. Enfin, on note un manque d'**activités physiques** chez un nombre important d'enfants et d'adolescents. Ce manque d'activités physiques touche particulièrement les filles, dont la moitié de celles de 16 ans. À l'adolescence, beaucoup de garçons et de filles ne répondent pas aux normes recommandées de pratique permettant d'en retirer la majorité des bienfaits pour la santé.

En ce qui a trait à l'état de santé physique, l'**asthme** est l'un des problèmes chroniques les plus fréquents, avec les allergies et les affections de la peau. L'asthme cause environ la moitié des limitations d'activités chez les jeunes de 9 ans et 13 ans, et environ le quart de ces limitations chez ceux de 16 ans. Cette maladie semble en progression chez les jeunes au Québec et constitue l'un des problèmes prioritaires identifiés dans le présent rapport.

L'ampleur de certains facteurs de risque pour la santé ou le bien-être est aussi préoccupante. Ainsi, la présente enquête montre que la garde des jeunes est rarement partagée par le père dans les familles séparées, et que cette **absence relative du père** se fait aussi sentir comme une source moins fréquente d'écoute ou d'encouragement que celle provenant de la mère, des amis et des « autres » personnes chez les jeunes de 16 ans.

De même, la **pauvreté** relative, accompagnée souvent d'**insécurité alimentaire**, est présente chez un ou deux enfants sur dix, selon le groupe d'âge, et se révèle associée à plusieurs facteurs de risque ou indicateurs de l'état de santé. Enfin, le **redoublement** d'une proportion importante d'adolescents, relié entre autres à un faible revenu du ménage, est source légitime de préoccupations. Les adolescents qui redoublent ont un plus faible niveau d'estime de soi, lequel, comme il a été mentionné plus haut, est un facteur important de protection en santé mentale.

Par ailleurs, les résultats indiquent que plusieurs des comportements ou habitudes de vie pouvant représenter un risque pour la santé sont reliés entre eux. Certains jeunes adoptent simultanément plusieurs de ces comportements ou habitudes de vie (usage de la cigarette et absence de déjeuner; usage de la cigarette et consommation d'alcool ou de drogues; etc.) et ils présentent souvent des facteurs multiples de risque de maladies cardiovasculaires. Plusieurs des problèmes psychosociaux sont également reliés entre eux. Par exemple, diverses formes de violence sont parfois vécues par les mêmes jeunes, que ce soit à titre de victime ou d'agresseur. Un jeune peut à la fois être témoin de violence à la maison et être victime de violence à l'école ou encore, le même jeune peut être tantôt victime, tantôt agresseur. En outre, on observe chez plusieurs jeunes des problèmes de comportement de façon simultanée avec le port d'une arme, la violence subie ou infligée dans les relations amoureuses ou la consommation d'alcool et de drogues; la consommation de substances psychoactives accompagne également plusieurs problèmes vécus par les jeunes.

### **22.2.2 Facteurs de risque ou de protection**

L'enquête a confirmé l'importance de plusieurs facteurs susceptibles de nuire ou au contraire, de contribuer favorablement à la santé des enfants et des adolescents. Parmi ces facteurs, le niveau socioéconomique du ménage, le type de milieu familial, le soutien affectif parental, le soutien social et l'estime

de soi ressortent, en raison de leur association avec de nombreux aspects de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents.

#### *Le revenu relatif du ménage*

Au Québec en 1999, l'environnement dans lequel vivent les enfants et les adolescents, leurs expériences à l'école et leur état de santé diffèrent selon le revenu du ménage ou la perception que les jeunes ont de celui-ci. Lorsque le ménage est plus pauvre, la qualité du quartier (ou village) est moindre et l'insécurité, plus grande. Par ailleurs, les enfants ou adolescents d'un milieu familial à faible revenu connaissent souvent l'insécurité alimentaire au foyer ou consomment moins fréquemment un petit déjeuner. Du côté des activités culturelles, ces enfants et adolescents ont plus rarement accès à un ordinateur à la maison et, à 13 ans du moins, ils regardent la télévision plus fréquemment. Les filles de 16 ans de ménages à faible revenu sont moins assidues dans la pratique de l'activité physique. Les résultats de l'enquête montrent aussi que les jeunes provenant de ménages à faible revenu sont plus susceptibles d'être démotivés face à l'école, de redoubler et d'avoir des aspirations scolaires moindres.

Dans la présente enquête, le revenu relatif du ménage est également associé à l'état de santé perçu, à la présence d'asthme et au nombre de facteurs de risque modifiables de maladies cardiovasculaires. Toutefois, les résultats obtenus ne révèlent aucune association entre le revenu du ménage et certains phénomènes comme l'usage de la cigarette, la consommation d'alcool ou de drogues, les pratiques culturelles de loisir, les mesures de protection contre les MTS, la violence ou les problèmes de comportement chez les jeunes.

#### *Le milieu familial et le soutien affectif parental*

Le type de milieu familial des enfants et adolescents est relié à de nombreux aspects de leur bien-être. Les enfants et les adolescents ne vivant pas avec leurs deux parents représentent une proportion relativement

importante (30 %) des jeunes. Selon les écrits, les difficultés d'adaptation des enfants à la suite d'une rupture parentale sont habituellement passagères. La présente enquête met toutefois en lumière certaines conditions de vie qui sont plus fréquemment observées chez les enfants et adolescents dont les parents sont séparés. Ainsi, le revenu relatif est proportionnellement plus faible quand l'un des parents est absent, peu importe la présence ou non d'un beau-parent. Les enfants de parents séparés vivent plus souvent dans un ménage à plus faible revenu, déclarent un soutien affectif moindre de la mère et n'ont parfois aucun contact avec l'autre parent. Le redoublement est également plus fréquent chez les enfants ou adolescents ne vivant pas avec leurs deux parents. Enfin, à 16 ans, la proportion de fumeurs actuels est plus élevée parmi les jeunes de milieux avec parent seul que parmi ceux vivant avec mère et père.

En contrepartie, les adolescents vivant avec les deux parents rapportent un niveau plus élevé de soutien affectif maternel (13-16 ans) ou paternel (13 ans). Une proportion plus grande d'enfants de 9 ans déclarent plusieurs sources de soutien (écoute et encouragement) s'ils vivent dans un tel milieu, et le père y occupe une place privilégiée. De plus, la mère occupe une meilleure place comme source de soutien auprès des adolescents de 16 ans si elle vit avec le père de l'enfant plutôt qu'avec le beau-père.

Le soutien affectif parental est associé aux principaux indicateurs de santé et de bien-être. Il est d'abord relié à la perception de l'état de santé chez plusieurs groupes d'âge et de sexe. En effet, une proportion plus élevée d'enfants et d'adolescents bénéficiant d'un niveau de soutien affectif parental élevé se perçoivent en excellente santé, par rapport aux jeunes dont le soutien affectif est faible. Le soutien affectif maternel et paternel est aussi associé à certains indicateurs de santé mentale ainsi qu'à l'estime de soi. Ainsi, un faible soutien affectif de l'un ou l'autre des parents est relié à la présence de troubles émotifs chez les plus jeunes, à un niveau élevé de détresse psychologique chez les

adolescents de même qu'aux idées suicidaires chez les enfants et les adolescents. Le soutien affectif maternel est aussi associé à l'expérience de victimisation dans les relations amoureuses chez les filles de 16 ans. Enfin, le soutien affectif maternel et paternel est associé au cheminement scolaire des adolescents et à la motivation scolaire chez les plus jeunes.

#### *Le soutien social*

Les diverses sources de soutien social (père, mère, fratrie, amis, professeurs, autres) ainsi que le nombre de sources de soutien sont associés tout particulièrement aux indicateurs de santé mentale et d'adaptation sociale des enfants et des adolescents. À ce titre, rappelons que le soutien des amis est relié à l'absence de troubles émotifs chez les plus jeunes, et que le soutien du père, de la mère, de la fratrie et des professeurs est associé à un niveau moindre de détresse psychologique chez les adolescents. Un nombre élevé de ces diverses sources est un facteur associé à un plus haut niveau d'estime de soi chez les jeunes, alors qu'un nombre moins élevé est lié à la détresse psychologique chez les adolescents, aux comportements d'opposition chez les adolescents de 13 ans et aux idées suicidaires.

Par ailleurs, le soutien social que reçoit le parent semble constituer un facteur de protection pour la santé et le bien-être des enfants et adolescents. Ainsi, la satisfaction du parent face à sa vie sociale est reliée à l'absence de violence domestique en présence des enfants et des adolescents, à l'absence de troubles émotifs chez les enfants et à l'absence de comportements d'opposition chez les adolescents.

#### *L'estime de soi*

L'enquête montre finalement l'importance du niveau d'estime de soi des jeunes. L'estime de soi intervient comme facteur de protection dans de multiples expériences vécues par les enfants et les adolescents, que ce soit les habitudes de vie (usage de la cigarette), la violence subie à l'école, la violence dans les relations

amoureuses ou les problèmes de comportement, ou dans les résultats quant à la santé physique (santé perçue, catégorie de poids), à la santé mentale ou au cheminement scolaire.

### **22.2.3 Éléments de réflexion pour l'intervention : une perspective systémique**

Comme nous l'avons constaté, certains comportements à risque et problèmes vécus par les jeunes coexistent chez plusieurs d'entre eux. Selon certaines études, ces problèmes, qui sont parfois interreliés, se développent souvent de façon progressive à la suite d'une accumulation de facteurs de risque individuels et contextuels qui agissent de concert. Compte tenu que la présente étude est de type transversal, les associations qui ont été mises en lumière entre différents phénomènes ne peuvent être considérées comme des relations causales. Cependant, plusieurs de ces comportements et difficultés sont influencés par des facteurs communs. De plus, l'influence de ces facteurs n'est pas seulement linéaire et unidirectionnelle mais synergique et rétroactive.

Les résultats de cette enquête comportent de nombreux renseignements sur les expériences, les habitudes de vie, les comportements et les problèmes propres aux garçons et aux filles de 9 ans, 13 ans et 16 ans. Ces renseignements pourront servir de base de discussion pour la planification des actions auprès de cette population, en tenant compte des groupes qui semblent les plus vulnérables. La conclusion de chacun des chapitres propose à cet effet des pistes de réflexion pour la planification spécifique au sujet traité. La recension des écrits de Hamel, Blanchet et Martin (2001), notamment, présente diverses interventions efficaces ou prometteuses concernant plusieurs de ces déterminants. Par ailleurs, la contribution relative de chacun des facteurs retenus aux résultats de santé, de même que la façon dont ils interagissent, mériteraient d'être explorées davantage lors d'analyses secondaires. Les connaissances concernant le mode d'action de l'estime de soi, en particulier, demanderaient à être approfondies. Les résultats

présentés dans ce rapport constituent un point de départ pour la formulation de certaines hypothèses qui pourront être vérifiées dans d'autres contextes de recherche.

Les résultats obtenus suscitent d'ores et déjà quelques éléments de réflexion pour l'action. Les observations faites dans le cadre de la présente enquête concordent avec celles d'autres recherches qui montrent que les facteurs qui influencent la santé, le bien-être et l'éducation des enfants sont à la fois individuels et environnementaux. Le contexte de vie des enfants et des adolescents s'avère primordial puisqu'il fournit les conditions de base leur permettant de développer leur estime de soi et leurs compétences pour faire face aux difficultés de la vie et réaliser leurs projets actuels et futurs. Plusieurs études reconnaissent que la qualité des conditions de vie de l'enfant dans la famille, à l'école et dans son quartier s'avère très importante pour favoriser le bien-être des jeunes de même que pour prévenir l'apparition de problèmes physiques et psychosociaux (Earls et Carlson, 2001; St-Leger et Nutbeam, 2000; Levanthal et Brooks-Gunn, 2000; Ensminger, Lamkin et Jacobsen, 1996). La famille représente le principal milieu où l'enfant développe les fondements de sa personnalité et de son identité et expérimente des émotions liées à son besoin de sécurité et d'amour. Les facteurs liés à la qualité des interactions entre le jeune et ses parents semblent tout particulièrement déterminants pour son adaptation (Towberman, 1994; Sampson et Laub, 1994; Rowe et Flannery, 1994). La famille constitue également le contexte dans lequel les enfants acquièrent certaines habitudes de vie et s'initient aux conduites sociales. Les résultats de la présente enquête soutiennent ces constats. Ils réitèrent l'importance du soutien aux parents, qu'il soit financier, relatif à leur capacité de procurer du soutien affectif à leurs enfants ou encore de nature sociale (participation à la vie sociale, sécurité et qualité du quartier). Ils réitèrent également la nécessité de poursuivre ou d'intensifier la lutte contre les inégalités sociales du revenu.

Le milieu scolaire représente également un contexte important pour l'enfant et l'adolescent. Ce milieu de vie interagit avec le milieu familial pour influencer les compétences intellectuelles, sociales et personnelles des jeunes (Deslandes, Bouchard et St-Amant, 1998; Janosz et autres, 1997; Montmarquette et Meunier, 2001), de l'enfance jusqu'à la fin de l'adolescence. L'école constitue un milieu permettant au jeune de s'intégrer à des groupes de pairs, de développer des relations clés et de vivre des expériences favorisant la formation de son identité et de son autonomie par rapport aux parents. Par contre, l'école est aussi un endroit où les modèles et les interactions peuvent être des sources de difficultés pour le jeune. Ainsi, les échecs scolaires, le rejet par les pairs et la présence d'influences antisociales sont autant de facteurs pouvant se trouver au sein de l'école et affecter négativement le développement des jeunes (Bouchard, St-Amant et Tondreau, 1998; Santor, Messervey et Kusumakar, 2000). À ce sujet, les résultats de la présente enquête montrent que certaines de ces réalités (violence, taxage) sont présentes dans les écoles et les quartiers ou villages québécois et qu'elles touchent nombre de jeunes, surtout les enfants de 9 ans. Les résultats indiquent également que ces problématiques peuvent avoir des répercussions néfastes sur l'estime de soi et la santé mentale de certains d'entre eux.

Le caractère multidimensionnel des problèmes vécus par les jeunes fait ressortir l'importance d'agir simultanément sur les facteurs personnels et sociaux qui entravent le développement optimal du jeune, dans toutes ses dimensions. Il incite à travailler dans une perspective globale et intégrée de façon à agir simultanément sur ces facteurs et créer ainsi un effet de renforcement. Le défi est de taille et, par conséquent, seuls les efforts concertés de plusieurs acteurs provenant des différents milieux de vie des jeunes peuvent créer les conditions essentielles pour améliorer leur bien-être physique et psychosocial. En ce sens, les interventions doivent comprendre des stratégies variées à court, moyen et long terme qui

visent les jeunes et leurs milieux de vie et qui font appel à une multitude de secteurs dont les politiques et les actions peuvent avoir une influence sur leur qualité de vie et leur développement. Ces interventions représentent un investissement et tous les secteurs concernés doivent y consentir leurs efforts afin de contribuer à la santé et au bien-être des enfants et des adolescents.



# Bibliographie

---

BOUCHARD, P., J.-C. ST-AMANT et J. TONDREAU (1998). « Effets de sexe et de classe sociale dans l'expérience scolaire de jeunes de quinze ans », *Cahiers québécois de démographie*, 27, p. 95-120.

DESLANDES, R., P. BOUCHARD et J.-C. ST-AMANT (1998). « Family variables as predictors of school achievement: sex differences in Québec adolescents », *Canadian Journal of Education*, 23, p. 390-404.

EARLS, F., et M. CARLSON (2001). « The Social Ecology of Child Health and Well-Being », *Annual Review of Public Health*, 22, p. 143-166.

ENSMINGER, M. E., R. P. LAMKIN et N. JACOBSEN (1996). « School leaving: a longitudinal perspective including neighborhood effects », *Child Development*, 67, p. 2400-2416.

HAMEL, M., L. BLANCHET et C. MARTIN (2001). *6-12-17. Nous serons bien mieux! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*, Québec, Les publications du Québec, 302 p.

JANOSZ, M., M. LEBLANC, B. BOULERICE et R. TREMBLAY (1997). « Disentangling the weight of school dropout predictors : a Test on Two Longitudinal Studies », *Journal of Youth and Adolescence*, 26, p. 733-762.

LEDOUX, M., et M. RIVARD (2000). « Poids corporel » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 8, p. 185-199.

LEVANTHAL, T., et J. BROOKS-GUNN (2000). « The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes », *Psychological Bulletin*, 126, p. 309-337.

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.

MONTMARQUETTE, C., et M. MEUNIER (2001). *Le système scolaire québécois. État de la situation et éléments de réflexion*, Centre d'études sur l'emploi et la technologie (CETECH). [En ligne].

[http://www.cetech.gouv.qc.ca/site/documents/Systeme\\_scolaire\\_quebecois.pdf](http://www.cetech.gouv.qc.ca/site/documents/Systeme_scolaire_quebecois.pdf)

ROWE D. C., et D. J FLANNERY (1994). « An examination of environmental and trait influences on adolescent delinquency », *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 4, p. 374-389.

SAMPSON R. J, et J. H. LAUB (1994). « Urban poverty and the family context of delinquency: a new look at structure and process in a classic study », *Child Development*, 65, p. 523-540.

SANTOR, D. A., D. MESSERVEY et V. KUSUMAKAR (2000). « Measuring peer pressure, popularity, and conformity in adolescent boys and girls: Predicting school performance, sexual attitudes and substance abuse », *Journal of Youth and Adolescence*, 29, p. 163-182.

ST-LEGER, L., et D. NUTBEAM (2000). « Research into Health Promoting Schools », *Journal of School Health*, vol. 70, n° 2, p. 45-50.

TOWBERMAN, D. B. (1994). « Psychosocial antecedents of chronic delinquency », *Journal of Offender Rehabilitation*, 1-2, p. 151-164.



Annexe 1

**Liste des lecteurs externes et autres collaborateurs**

---



Robert Bastien  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
Montréal-Centre

Claude Bégin  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
Lanaudière

Jean Bélanger  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
Montréal-Centre

Jean Boudreau  
Association des Centres Jeunesse

Louis-Philippe Boulet  
Centre de pneumologie  
Hôpital Laval

Marie-Christine Bournaki  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

Claire Chamberland  
Institut de recherche pour le développement social des  
jeunes (IRDS)

Lucie Chénard  
Direction générale de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Serge Chevalier  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
Montréal-Centre

Richard Cloutier  
Centre de recherche sur les services communautaires  
École de psychologie  
Université Laval

Nicole Damestoy  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
Laval

Renée Dandurand  
Institut national de recherche scientifique - Culture et  
société

Éric Dewailly  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
Québec

Lise Dubois  
Département de nutrition humaine

Claire Durand  
Département de sociologie  
Université de Montréal

Gilles Forget  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
Montréal-Centre

Marie-Hélène Gagné  
Centre de recherche sur les services communautaires  
Université Laval

Louise Galarneau  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
l'Estrie

Madeleine Gauthier  
Institut national de recherche scientifique - Culture et  
société

Marie Giroux  
Direction de la recherche  
Ministère de l'Éducation

André Guillemette  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
Lanaudière

Jacques Hamel  
Département de sociologie  
Université de Montréal

Marthe Hamel  
Direction générale de la santé publique  
Ministère de la santé et des services sociaux

Sylvie Hamel  
Institut de recherche pour le développement social des  
jeunes (IRDS)

Louis Hébert  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
l'Estrie

Danielle Julien  
Département de psychologie  
Université du Québec à Montréal

Marie Julien  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
la Montérégie

Claudine Laurier  
École de pharmacie  
Université de Montréal

Ruth L. Collins-Nakai  
Department of Pediatrics  
University of Alberta

Madeleine Levasseur  
Institut national de santé publique du Québec

Joseph Lévy  
Département de sexologie  
Université du Québec à Montréal

Paule Masson  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
Montréal-Centre

Louise Nadeau  
Département de psychologie  
Université de Montréal

Yolaine Noël  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
la Montérégie

Bertrand Nolin  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
Québec

Jennifer O'Loughlin  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
Montréal-Centre

Michel Ouellet  
Direction de la recherche  
Ministère de l'Éducation

Lucille Rocheleau  
Fédération des CLSC

Hugues Tétreault  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux  
Mauricie-Centre-du-Québec

Guy Thibault  
Direction du sport et de l'activité physique  
Secrétariat au loisir et au sport

Fernand Turcotte  
Département de médecine sociale et préventive  
Faculté de médecine  
Université Laval

Marianne Xhignesse  
Centre de formation continue  
Faculté de médecine  
Université de Sherbrooke

Annexe 2

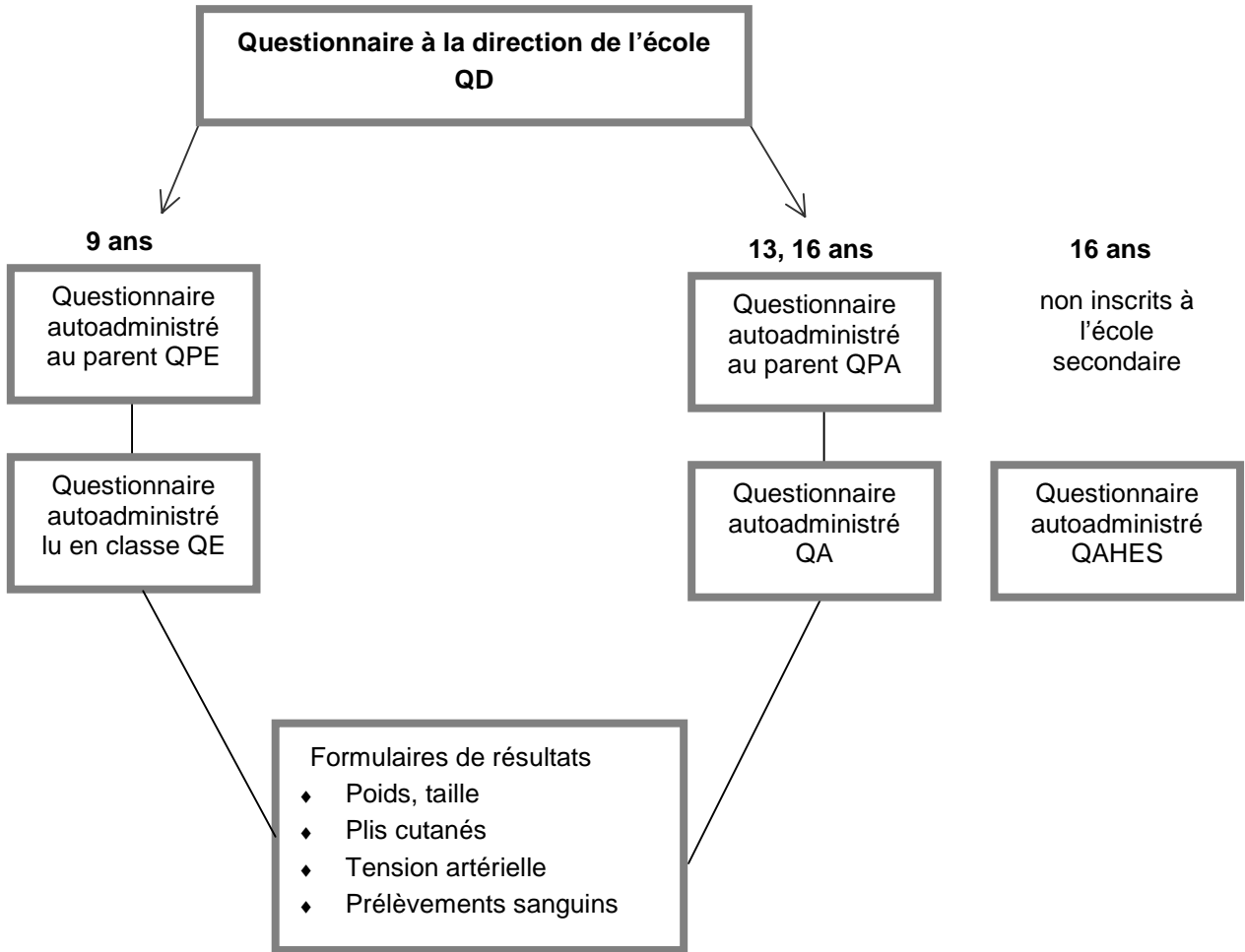
## **Instruments de collecte des données**

---





## Instruments de collecte de données



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



Annexe 3  
**Calcul des intervalles de confiance  
pour des proportions**

---



## Calcul des intervalles de confiance pour des proportions

Le tableau A présente les marges d'erreur associées à différentes valeurs estimées de proportions correspondant elles-mêmes à des valeurs de population estimée ( $P_e$  '000). Ce tableau permet d'obtenir des intervalles de confiance à 95 % pour des proportions, qu'il s'agisse de mesures recueillies à l'aide du QE, du QA, du QAHES, du QPE ou du QPA. Il peut aussi être utile à tester de manière approximative l'égalité de deux proportions sur la base de deux intervalles de confiance. Il doit cependant être utilisé seulement pour les données provinciales de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. En outre, pour les mesures davantage liées aux caractéristiques des écoles que fréquentent les jeunes (réponses au QD) comme unités d'analyse, les marges d'erreur calculées dans le tableau A sont trop petites.

Les instructions suivantes permettent la construction d'un intervalle de confiance à 95 % pour une proportion.

- 1- Extraire, d'un tableau présenté dans un chapitre, l'estimation de la proportion d'intérêt et la population estimée ( $P_e$  '000) qui lui est associée<sup>1</sup>.
- 2- Aller à la ligne du tableau A, selon le cas, qui correspond à la valeur la plus proche de la population estimée trouvée.
- 3- Sur cette ligne, se placer à la colonne dont l'entête se rapproche le plus de la proportion estimée dont il est question.

---

<sup>1</sup> Il se peut que cette information ne soit pas fournie. On pourra toutefois en obtenir une approximation en s'inspirant de l'exemple 2 qui suit.

- 4- La valeur située à l'intersection de la ligne et de la colonne ainsi sélectionnée représente la marge d'erreur approximative associée à la proportion à l'étude. Au besoin, on peut aussi procéder par interpolation à l'intérieur du tableau.
- 5- Pour obtenir la borne inférieure de l'intervalle de confiance, il suffit maintenant de soustraire la marge d'erreur de l'estimation; la borne supérieure se calcule en additionnant cette marge à la proportion estimée.

### Exemple 1 : Construction d'intervalles de confiance et test d'égalité de proportions

Selon les renseignements tirés du tableau 5.1, la proportion estimée de jeunes de 9 ans qui ont peur quelquefois ou souvent sur le chemin de l'école est de 22,3 %; cela représente environ 19 800 enfants de 9 ans. Par ailleurs, chez les jeunes de 13 ans, on estime qu'il y en a environ 9,3 %. On estime donc que la population visée compte environ 7 900 adolescents de 13 ans.

La marge d'erreur associée à la première proportion s'obtient en allant à la ligne du tableau A, l'insécurité ressentie sur le chemin de l'école étant traitée au QE ou au QA, qui correspond à une valeur de  $P_e$  en milliers de 20 et à la colonne qui correspond à une valeur de proportion estimée de 20 %. La valeur obtenue aux croisements de ces deux valeurs estimées est de 2,5 %. L'intervalle de confiance à 95 % pour la proportion de jeunes de 9 ans qui ont peur quelquefois ou souvent sur le chemin de l'école est donc : [19,8 %; 24,8 %].

En procédant de la même façon pour l'autre proportion, on trouve l'intervalle suivant pour la proportion de jeunes de 13 ans qui ont peur quelquefois ou souvent sur le chemin de l'école : [7,2 %; 11,4 %].

Ainsi, sur la base de la comparaison de ces deux intervalles on peut conclure qu'il y a, en proportion,

significativement moins de jeunes de 13 ans qui ont peur quelquefois ou souvent sur le chemin de l'école que chez les jeunes de 9 ans.

Les tests de comparaison de proportions basés sur la construction d'intervalles de confiance ne sont toutefois pas toujours concluants. En effet, il se peut que les deux intervalles calculés ici se chevauchent mais que les deux proportions étudiées aient quand même été déclarées significativement différentes dans un chapitre. Les tests d'égalité de proportions dont les résultats sont présentés dans le rapport sont plus puissants que ceux qui consistent à comparer deux intervalles de confiance. Ils utilisent une méthode de calcul dont l'estimation de l'intervalle de confiance est plus précise.

Il se peut que la taille estimée de la population associée à une proportion pour laquelle on désire un intervalle de confiance ne soit pas fournie dans un tableau. Il est quand même possible d'en calculer une et de l'utiliser ensuite avec les instructions données précédemment.

**Exemple 2** : Calcul d'une valeur de population estimée absente du rapport

Selon le tableau 8.5 concernant la catégorie de fumeurs en regard de certaines caractéristiques sociodémographiques, l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* révèle qu'il y a environ 26,1 % des adolescents de 16 ans vivant avec leur mère et leur père qui sont des fumeurs.

Par ailleurs, selon le tableau 3.1 du chapitre sur le milieu familial, il y a environ 57 800 adolescents de 16 ans au Québec qui vivent avec leur mère et leur père. En effectuant une simple multiplication de ces informations (26,1 % x 57 800), on obtient que près de 15 086 adolescents de 16 ans de ce type de milieu familial sont des fumeurs actuels.

En suivant les instructions 1 à 4 données plus haut, l'intervalle de confiance à 95 % pour la proportion de fumeurs actuels chez les adolescents de 16 ans qui vivent avec leur mère et leur père est : [22,6 %; 29,6 %].

Tableau A

Marge d'erreur approximative en pourcentage (%) associée à une estimation de proportion en fonction de la population estimée (Pe '000), *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*

Pe '000	PROPORTION ESTIMÉE (%)													
	2	5	10	15	20	25	30	35	40	50	60	70	80	90
1	1,6	4,0	7,6	10,8	13,7	16,2	18,4	19,8	21,3	22,8	26,0	29,5	30,6	32,4
2,5	...	2,3	4,4	6,3	8,1	9,7	9,9	12,1	12,2	14,0	16,2	17,5	18,2	17,3
5	...	1,5	3,0	4,3	5,0	6,0	7,0	7,8	8,6	9,8	10,5	11,9	12,0	11,0
7,5	...	...	2,1	3,4	4,0	4,9	5,7	6,4	7,0	8,0	8,6	8,7	9,5	8,5
10	...	...	1,9	2,7	3,5	4,2	4,9	5,5	6,1	6,9	7,5	7,5	8,1	7,1
12,5	...	...	...	2,4	3,1	3,8	4,4	4,9	5,4	6,2	6,7	6,7	7,1	6,2
15	...	...	...	2,2	2,9	3,5	4,0	4,5	5,0	5,7	6,1	6,1	6,4	5,6
20	...	...	...	...	2,5	3,0	3,5	3,9	4,3	4,9	5,3	5,3	5,0	4,7
25	...	...	...	...	...	2,7	3,1	3,5	3,8	4,4	4,7	4,7	4,4	4,1
30	...	...	...	...	...	...	2,8	3,2	3,5	4,0	4,3	4,3	4,0	3,7
35	...	...	...	...	...	...	...	3,0	3,2	3,7	4,0	4,0	3,7	3,4
40	...	...	...	...	...	...	...	2,8	3,0	3,5	3,7	3,8	3,5	3,2
45	...	...	...	...	...	...	...	...	2,9	3,3	3,5	3,5	3,3	3,0
50	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3,1	3,3	3,4	3,1	2,8
55	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2,9	3,2	3,2	3,0	2,4
60	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3,0	3,1	2,9	2,3
65	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2,9	2,9	2,7	2,2
70	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2,8	2,6	2,1
75	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2,7	2,6	2,0
80	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2,7	2,5	2,0
85	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2,4	1,9
90	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2,3	1,9





Annexe 4

## **Caractéristiques des parents**

---



Cette annexe a pour objectif de décrire les principales caractéristiques des parents des jeunes québécois de 9, 13 et 16 ans visés par l'enquête, et en particulier du parent qui a répondu au questionnaire de l'enquête.

Dans ce rapport, les caractéristiques des parents permettent d'une part de décrire le milieu familial dans lequel vivent les jeunes et, d'autre part, de mettre en relation les caractéristiques des parents et celles des jeunes.

Plusieurs renseignements ont été recueillis concernant les deux parents des enfants et des adolescents, soit par le biais du questionnaire destiné au parent qui connaît le mieux l'enfant ou, dans le cas des adolescents de 16 ans non inscrits à l'école secondaire, par le biais du questionnaire qui leur était destiné. Par contre, pour certains aspects, l'information recueillie ne porte que sur le parent répondant au questionnaire. Ce parent n'est pas choisi au hasard, on ne peut donc faire d'inférence à l'ensemble des deux parents<sup>1</sup>.

### **Caractéristiques sociodémographiques et économiques des parents**

Le parent répondant est principalement la mère (biologique ou adoptive) du jeune visé par l'enquête. En effet, comme le montre le tableau A.4.1, entre 76 % et 81 % des parents répondant sont de sexe féminin. Le parent répondant, quel que soit son sexe, est dans la quasi-totalité des cas un des parents biologiques ou adoptifs de l'enfant (entre 98 % et 99 % des parents des jeunes de 9, 13 et 16 ans) (données non présentées).

<sup>1</sup> Quand l'information se rapporte à un seul des parents.

Tableau A.4.1  
**Âge et sexe du parent répondant, parents des enfants et des adolescents, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%		
Hommes	19,3	24,4	21,9
Femmes	80,7	75,6	78,1
Moins de 35 ans	26,0	5,6**	1,5**
35-39 ans	42,0	30,2	15,8
40-44 ans	25,2	43,1	39,9
45 ans et plus	6,8	21,2	42,8

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

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

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

Comme on pouvait s'y attendre, l'âge du parent répondant s'accroît avec l'âge du jeune visé par l'enquête. Alors que la majorité (68 %) des parents répondant pour les enfants de 9 ans ont moins de 40 ans, la majorité de ceux qui répondent pour les adolescents de 13 et 16 ans ont 40 ans et plus (64 % et 83 % respectivement).

Les chapitres 2 et 3 de ce rapport ont décrit en détails les caractéristiques sociodémographiques et économiques des deux parents, et en cela, celles du milieu familial des jeunes visés par l'enquête. On y traite notamment de l'appartenance ethnoculturelle de la famille habituelle des enfants et des adolescents (tableau 2.4), du type de milieu familial habituel des enfants et des adolescents (tableau 3.1), de la situation financière du milieu familial habituel - incluant le revenu relatif du ménage et la perception du parent répondant de sa situation financière -, de la scolarité et de l'occupation des deux parents, du type d'horaire et du nombre d'heures par semaine de travail des deux parents et de l'insécurité alimentaire dans le milieu familial habituel des enfants et des adolescents (tableaux 3.7 à 3.10).

Le niveau de scolarité des deux parents présente l'avantage d'être représentatif de celui des parents des enfants visés; le niveau de scolarité du parent répondant est une variable d'intérêt parce qu'il peut

être lié à la qualité de la réponse au questionnaire. Comme le montre le tableau A.4.2, entre 17 % et 19 % des parents répondant à l'enquête n'ont pas complété leurs études secondaires alors qu'entre 20 % et 23 % ont atteint un niveau d'études universitaires. En comparant ces résultats à ceux portant sur le plus haut niveau de scolarité des deux parents (tableau 3.8), on peut aisément en déduire que le parent répondant est moins scolarisé que son conjoint.

### Habitudes de vie des parents

Les données de l'enquête permettent de connaître plusieurs habitudes de vie du parent répondant et de son conjoint, notamment en ce qui concerne l'usage de la cigarette, la consommation de drogues et d'alcool et le niveau d'activité physique.

Comme le montre le tableau A.4.3, environ la moitié des jeunes de chaque âge ont au moins un parent qui fume la cigarette. Pris séparément, on compte de 30 % à 36 % de fumeurs chez les parents répondants ou leur conjoint. On notera la proportion appréciable d'anciens fumeurs parmi les non-fumeurs.

Tableau A.4.2

#### Plus haut niveau de scolarité du parent répondant, parents des enfants et des adolescents, Québec, 1999

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%		
Secondaire incomplet ou moins	16,6	19,4	17,8
Secondaire complété	26,0	25,0	30,6
Études dans une école de métiers, un collège commercial ou spécialisé	14,1	12,7	14,2
Cégep	21,6	19,7	17,5
Université	21,7	23,2	19,9

<sup>(1)</sup> Exclut les parents des 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.

Tableau A.4.3

#### Usage de la cigarette chez les parents des enfants et adolescents, Québec, 1999

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%		
Au moins un parent qui fume	52,2	48,4	51,7
Aucun parent qui fume	47,8	51,6	48,3
Parent répondant			
<b>Fumeur</b>	<b>34,9</b>	<b>30,2</b>	<b>31,5</b>
Occasionnel	2,5 *	2,8 *	3,6 *
Régulier	32,4	27,4	27,9
<b>Non-fumeur</b>	<b>65,1</b>	<b>69,8</b>	<b>68,5</b>
Jamais fumé	31,1	33,2	31,7
Ancien fumeur	34,0	36,6	36,8
Conjoint du parent répondant			
<b>Fumeur</b>	<b>36,2</b>	<b>32,7</b>	<b>31,8</b>
Occasionnel	3,7 *	2,1 **	2,6 *
Régulier	32,5	30,6	29,2
<b>Non-fumeur</b>	<b>63,8</b>	<b>67,3</b>	<b>68,2</b>
Jamais fumé	33,6	30,6	26,1
Ancien fumeur	30,3	36,7	42,1

<sup>(1)</sup> Exclut les parents des jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

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

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

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

Entre 36 % et 41 % des parents répondants des jeunes de 9, 13 et 16 ans consomment régulièrement de l'alcool (tableau A.4.4). Entre 4,2 % et 8 % des parents répondants déclarent avoir consommé de la drogue au cours d'une période de 12 mois<sup>2</sup>.

Tableau 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**

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%		
Consommation d'alcool			
Régulière	36,0	41,4	40,0
Occasionnelle ou nulle	64,0	58,6	60,0
Consommation de drogues			
Oui	4,2 *	4,2 *	8,3
Non	95,8	95,8	91,7

<sup>(1)</sup> Exclut les parents des jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

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

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

Le niveau d'activité physique des parents répondants et de leur conjoint est présenté au tableau 10.5 de ce rapport.

### Santé physique des parents

Deux indicateurs portant sur la santé des parents sont présentés ici : le poids du parent et la présence de limitations d'activités. Les antécédents des parents quant à l'asthme, au rhume des foies, aux maladies cardiovasculaires ou aux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires sont présentés aux chapitres 15 et 17.

<sup>2</sup> La consommation d'alcool et de drogues des conjoints n'est pas étudiée parce que ce sont des phénomènes plus difficiles à apprécier par le biais d'un tiers.

Le tableau A.4.5 présente la catégorie de poids basée sur l'indice de masse corporelle (IMC) du parent répondant, selon le sexe. Rappelons que le parent répondant est la plupart du temps de sexe féminin. Dans la majorité des cas, le parent répondant a un poids normal, du moins chez les parents de sexe féminin (entre 61 % et 62 %), tandis que c'est le cas d'une minorité des parents répondants de sexe masculin (entre 34 % et 40 %). L'excès de poids est fréquent. Près de la moitié des parents de sexe masculin (entre 45 % et 50 %) présentent de l'embonpoint et c'est le cas de 21 % à 24 % des parents de sexe féminin. L'obésité, elle, touche entre 10 % et 15 % des parents des deux sexes. L'insuffisance de poids est peu prévalente.

Par ailleurs, entre 6 % et 9 % des parents répondants déclarent être limités d'une quelconque façon dans le genre ou le nombre d'activités qu'ils peuvent exercer, à cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique (tableau A.4.6). La limitation d'activités touche les conjoints des répondants dans des proportions similaires<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Les questions sur la limitation d'activités figurent au questionnaire destiné au parent et portent sur le répondant (PE61, PA47) et son conjoint (PE79, PA65).

Tableau A.4.5

**Catégorie de poids du parent répondant selon le sexe, parents des enfants et des adolescents, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%		
<b>Hommes</b>			
Insuffisant	2,0 **	3,6 **	1,6 **
Normal	40,3	34,4	36,4
Embonpoint	45,2	50,2	47,7
Obésité	12,5 *	11,8 *	14,3 *
<b>Femmes</b>			
Insuffisant	5,2 *	3,1 *	2,6 **
Normal	61,7	62,3	61,3
Embonpoint	21,4	23,5	23,6
Obésité	11,7	11,2	12,6
<b>Sexes réunis</b>			
<b>Insuffisant</b>	<b>4,6 *</b>	<b>3,2 *</b>	<b>2,4 *</b>
<b>Normal</b>	<b>57,5</b>	<b>55,6</b>	<b>55,9</b>
<b>Embonpoint</b>	<b>26,1</b>	<b>29,9</b>	<b>28,8</b>
<b>Obésité</b>	<b>11,8</b>	<b>11,3</b>	<b>13,0</b>

<sup>(1)</sup> Exclut les parents des jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

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

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

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

Tableau A.4.6

**Limitation d'activités chez les parents des enfants et des adolescents, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%		
<b>Parent répondant</b>			
Avec limitation	5,8	7,2	9,2
Sans limitation	94,2	92,8	90,8
<b>Conjoint du parent répondant</b>			
Avec limitation	5,1 *	7,4	7,6
Sans limitation	94,9	92,6	92,4

<sup>(1)</sup> Exclut les parents des jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

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

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

## Caractéristiques psychosociales des parents

Les tableaux 7.12 et 7.13 de ce rapport présentent deux indicateurs du niveau de soutien social des parents répondants : les parents ne disposant d'aucune source de soutien social et la satisfaction du parent face à sa vie sociale. Le tableau A.4.7 ci-dessous présente la distribution des parents répondants quant à l'indice de détresse psychologique.

Tableau A.4.7  
**Indice de détresse psychologique du parent répondant selon le sexe, parents des enfants et des adolescents, Québec, 1999**

	9 ans	13 ans	16 ans <sup>(1)</sup>
	%		
<b>Hommes</b>			
Élevé	13,0 *	16,0 *	12,1 *
Faible/moyen	87,0	84,0	87,9
<b>Femmes</b>			
Élevé	21,0	22,5	22,9
Faible/moyen	79,0	77,5	77,1
<b>Sexes réunis</b>			
<b>Élevé</b>	<b>19,5</b>	<b>20,9</b>	<b>20,5</b>
<b>Faible/moyen</b>	<b>80,5</b>	<b>79,1</b>	<b>79,5</b>

<sup>(1)</sup> Exclut les parents des jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

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

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

D'abord, précisons que le seuil définissant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique est établi à partir des quintiles de la population étudiée<sup>4</sup>. Cela explique que 20 % des parents répondants dans chaque groupe d'âge présentent un niveau élevé à l'indice. La proportion de parents ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique est plus élevée chez les parents de sexe féminin que chez ceux de sexe masculin. Cette différence entre les sexes est conforme à ce qui est observé dans la population générale de 15 ans et plus (Légaré et autres, 2000).

<sup>4</sup> L'indice de détresse psychologique du parent est constitué à partir des réponses aux questions PE95a à PE95n et PA81a à PA81n.

## Conclusion

Les renseignements sur les deux parents présentés dans ce rapport permettent de dresser un portrait représentatif des parents des jeunes québécois de 9, 13 et 16 ans. Par ailleurs, certaines des caractéristiques analysées portent sur le parent répondant seulement. Celui-ci est caractérisé principalement par le fait qu'il s'agit généralement de la mère, donc d'un parent de sexe féminin. Il l'est également par son âge et son niveau de scolarité. Ses habitudes de vie, sa santé et ses caractéristiques psychosociales découlent sans doute de ces caractéristiques principales. On doit tenir compte de ces caractéristiques dans l'interprétation des résultats, comme cela est d'ailleurs fait dans ce rapport.

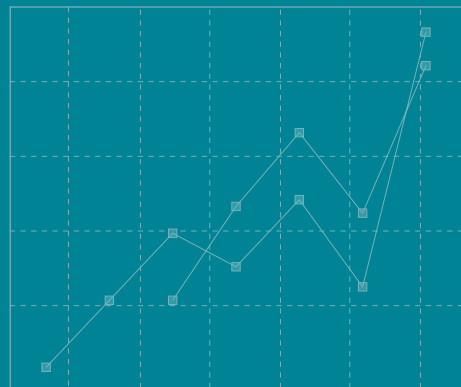
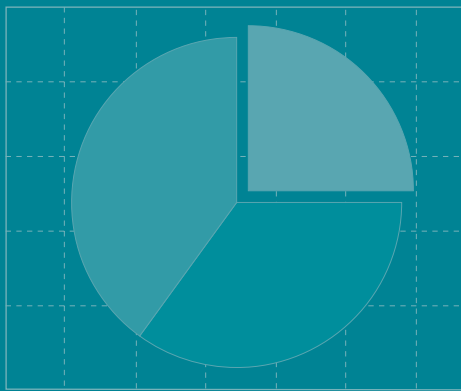
## Bibliographie

LÉGARÉ, G., M. PRÉVILLE, C. POULAIN, R. MASSÉ, R. BOYER et D. ST-LAURENT (2000). « Santé mentale » dans DAVELUY, C., et autres. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 333-354.

« L'Institut a pour mission de fournir des informations statistiques qui soient fiables et objectives sur la situation du Québec quant à tous les aspects de la société québécoise pour lesquels de telles informations sont pertinentes. L'Institut constitue le lieu privilégié de production et de diffusion de l'information statistique pour les ministères et organismes du gouvernement, sauf à l'égard d'une telle information que ceux-ci produisent à des fins administratives. Il est le responsable de la réalisation de toutes les enquêtes statistiques d'intérêt général. »

Loi sur l'Institut de la statistique du Québec (L.R.Q., c. I-13.011) adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 1998.

Le rapport de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* s'intéresse à la santé physique et mentale et au bien-être des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans. L'enquête fournit des renseignements provenant des jeunes, de leurs parents et des directions d'école et comporte de plus un important volet cardiovasculaire et des mesures physiologiques. Ce rapport dresse un portrait des jeunes en cinq sections : caractéristiques des jeunes et de leurs milieux de vie, relations des jeunes avec leurs milieux, habitudes de vie, état de santé physique, santé mentale et adaptation sociale. Des thèmes tels que l'asthme, les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, les accidents avec blessures, les mesures préventives en matière de sexualité, l'estime de soi, le soutien affectif parental, les aspirations scolaires, la violence à l'école, l'activité physique, le temps d'écoute de la télévision, l'obésité, etc. y sont traités. Des pistes de réflexion pour la planification et l'intervention y sont présentées pour chacun des thèmes. L'enquête a été réalisée auprès de 3 700 enfants dans 182 écoles primaires et secondaires de l'ensemble du Québec, à l'hiver et au printemps 1999.



**Institut  
de la statistique**

**Québec**



ISBN : 2-551-21574-9

49,95 \$

Site Web : [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)  
Imprimé au Québec, Canada