

Partie 1

Description des enquêtes

4. Enquêtes transversales générales

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

4.1 Enquêtes générales auprès de l'ensemble de la population

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

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

- *Canada*

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

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

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

Tableau 2

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

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

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

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

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

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

4. Pour ce volet, voir la section 4.2.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *États-Unis*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *France*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Royaume-Uni : Grande-Bretagne*

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

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

- *Royaume-Uni : Angleterre*

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Royaume-Uni : Écosse*

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

- *Royaume Uni : Pays de Galles*

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

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

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

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

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

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

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

- *Australie*

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

- *Nouvelle-Zélande*

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

- *Enquêtes générales internationales auprès de la population*

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

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

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

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

4.2 Enquêtes générales auprès de populations spécifiques

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

Tableau 3

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

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

- *Canada*

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

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

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

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

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

- *Québec*

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

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

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

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

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

- *Colombie-Britannique*

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

- *États-Unis*

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

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

- *France*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Royaume-Uni*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Australie*

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

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

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

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

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

- *Enquête internationale*

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

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

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

5. Enquêtes transversales thématiques

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

5.1 Canada et provinces canadiennes

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

- *Ensemble du Canada*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Provinces canadiennes*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 États-Unis

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

- *Enquêtes du National Center for Health Statistics*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Autres enquêtes*

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

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

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

5.3 France

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

anthropométriques, échantillons sanguin et d'urine, tension artérielle et questionnaire auprès de 6 000 personnes. **Baromètre santé nutrition**, une enquête réalisée aux trois ans par téléphone, touche divers aspects de la nutrition (habitudes alimentaires, connaissances et opinions, activité physique mais aussi un rappel alimentaire de 24 heures). L'échantillon d'un peu plus de 3 000 personnes pour la France, plus environ 2 000 pour deux régions intéressées, vise les personnes de 12 à 75 ans. Le rappel alimentaire ne comprend pas les quantités consommées — ce qui serait difficile au téléphone. Enfin, les jeunes sont l'objet d'une attention particulière dans **Comportements alimentaires des 16-30 ans**. On a peu d'information sur cette enquête si ce n'est que 4 683 jeunes ont été interrogés en 2001 en face-à-face et examinés dans un Centre d'examens de santé; on sait également peu de choses sur la nature de l'échantillon. Les thèmes sont tous reliés à l'alimentation : taille et poids, précarité, habitudes alimentaires, comportements préventifs et activité physique.

Tableau 7
Sommaire des enquêtes transversales thématiques en France, 1995-2005

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

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

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

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

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

5.4 Royaume-Uni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5 Australie

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

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

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

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

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

5.6 Nouvelle-Zélande

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

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

Tableau 9

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

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

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

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

5.7 Enquêtes internationales

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

6. Enquêtes longitudinales

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

Les enquêtes longitudinales recensées sont analysées selon le regroupement suivant :

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

6.1 Enquêtes longitudinales auprès de populations générales

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

- *Canada*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *États-Unis*

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

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

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

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

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

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

- *France*

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

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

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

- *Royaume-Uni*

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

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

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

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

- *Australie*

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

6.2 Enquêtes panel de ménages

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

- *États-Unis*

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

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

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

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

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

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

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

- *Royaume-Uni*

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

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

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

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

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

- *Australie*

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

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

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

6.3 Enquêtes longitudinales sur des populations d'âge spécifique

6.3.1 Enquêtes longitudinales sur les jeunes et les adolescents

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

- *Canada*

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

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

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

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

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

Tableau 12

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

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

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

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

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

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

- *États-Unis*

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

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

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

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

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

- *Royaume-Uni*

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Australie*

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

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

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

6.3.2 Enquêtes longitudinales sur les aînés

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

- *Canada*

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

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

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

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

- *États-Unis.*

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

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

Tableau 13

Sommaire des enquêtes longitudinales sur les aînés, 1995-2005

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

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

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

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

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

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

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

- *Europe*

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

- *Angleterre*

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

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

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

- *Australie*

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

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

6.4 Enquêtes longitudinales sur une profession ou une entreprise

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

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

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

Tableau 14

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

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

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

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

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

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

6.5 Enquêtes longitudinales diverses

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

- *Canada*

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

- *France*

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

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

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

Tableau 15
Sommaire des enquêtes longitudinales diverses, 1995-2005

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

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

- *Australie*

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

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

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

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

- *Europe*

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

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

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

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