

Facteurs liés à l'auto-évaluation de l'état de santé chez les adolescents

- Près de 30 % des adolescents ne considèrent pas que leur état de santé est très bon ou excellent.
- Parmi le groupe des 15 à 17 ans, les filles sont moins susceptibles que les garçons de se dire en très bonne ou en excellente santé.
- L'obésité, l'usage quotidien du tabac, l'inactivité et l'abus épisodique d'alcool sont tous des facteurs associés à une autoévaluation moins favorable de l'état de santé chez les adolescents.

Résumé

Objectifs

La présente analyse porte sur l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents canadiens de 12 à 17 ans et sur les facteurs associés à la déclaration d'une santé très bonne ou excellente.

Source des données

Les données proviennent du cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 réalisée par Statistique Canada. L'échantillon compte 12 715 adolescents de 12 à 17 ans.

Techniques d'analyse

Des tableaux de contingence ont été utilisés pour estimer la prévalence de diverses caractéristiques et divers comportements ayant un effet sur la santé chez les adolescents de 12 à 14 ans et ceux de 15 à 17 ans. La régression logistique multiple a été utilisée pour modéliser les associations entre l'autodéclaration d'une santé très bonne ou excellente et certaines caractéristiques.

Principaux résultats

En 2000-2001, près de 30 % des jeunes de 12 à 17 ans ont jugé que leur santé était mauvaise, passable ou bonne. Parmi le groupe des 15 à 17 ans, les filles étaient moins susceptibles que les garçons de se dire en très bonne ou en excellente santé et étaient plus susceptibles de souffrir d'un problème de santé chronique et d'avoir vécu un épisode dépressif l'année qui a précédé l'enquête. Si l'on tient compte de l'effet d'autres facteurs, la cote exprimant la possibilité de se juger en très bonne ou en excellente santé est significativement plus faible chez les adolescents qui fument quotidiennement, qui abusent épisodiquement de l'alcool, qui sont physiquement inactifs durant leurs loisirs, qui ne consomment pas fréquemment des fruits et des légumes ou qui sont obèses que chez ceux ne présentant pas ces caractéristiques.

Mots-clés

Comportement à l'adolescence, obésité, nutrition, usage du tabac, consommation d'alcool, exercice, mode de vie, indicateurs de l'état de santé.

Auteurs

Stéphane Tremblay (613-951-4765; Stephane.Tremblay@statcan.ca) et Dafna Kohen font partie du Groupe d'analyse et de mesure de la santé de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6. Susan Dahinten travaille à l'école de sciences infirmières de l'Université de la Colombie-Britannique.

Stéphane Tremblay, Susan Dahinten et Dafna Kohen

Les taux de mortalité et de morbidité des adolescents canadiens sont relativement faibles comparativement à leurs compatriotes plus âgés. Pourtant, une proportion étonnamment élevée d'entre eux considèrent leur santé comme étant tout au plus « bonne »¹⁻³. En 2000-2001, près de 30 % des jeunes de 12 à 17 ans ont déclaré que leur santé était mauvaise, passable ou bonne. À un âge où les adolescents pourraient s'attendre à être en très bonne ou en excellente santé, il n'en est rien pour un adolescent sur trois.

L'autoévaluation de l'état de santé est, selon certains travaux, un indicateur fiable et valide du fonctionnement physique et mental⁴⁻⁶, voire un prédicteur de la mortalité⁷. De nombreuses études ont été consacrées aux facteurs associés

Définitions

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) comportait la question : « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? » Pour les besoins de la présente analyse, les adolescents ont été répartis en deux groupes, à savoir ceux qui ont dit être en très bonne ou en excellente santé, et ceux qui ne l'ont pas fait.

Deux groupes d'âge ont été définis : de 12 à 14 ans et de 15 à 17 ans.

L'état de santé physique a été évalué d'après l'existence de *problèmes de santé chroniques* diagnostiqués, sauf ceux liés aux allergies. On a demandé aux participants à l'enquête s'ils souffraient de problèmes de santé de longue durée qui persistaient depuis six mois ou plus ou qui devaient persister pendant six mois ou plus et qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Les problèmes de santé chroniques figurant sur la liste lue aux personnes interrogées qui ont été pris en considération dans la présente analyse sont l'asthme, la fibromyalgie, l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos autres que ceux dus à la fibromyalgie, à l'arthrite ou au rhumatisme, l'hypertension, la migraine, la bronchite chronique ou l'emphysème, le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer, les ulcères à l'estomac ou à l'intestin, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, l'incontinence urinaire, les troubles intestinaux, les problèmes thyroïdiens, le syndrome de fatigue chronique, la sensibilité aux agresseurs chimiques et tout autre problème de santé de longue durée.

Pour déterminer si une personne a vécu un épisode dépressif majeur, l'ESCC s'appuie sur un sous-ensemble de questions de la *Composite International Diagnostic Interview*⁸. Ces questions couvrent un groupe de symptômes du trouble dépressif énumérés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R)*⁹. Des scores sont assignés aux réponses aux questions et la somme des scores est transformée en une probabilité estimative de diagnostic d'un épisode dépressif majeur. On a considéré comme ayant vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête toute personne pour laquelle la probabilité était égale ou supérieure à 0,9 (autrement dit, toute personne pour laquelle la certitude d'un diagnostic positif était de 90 % ou plus).

Les groupes de *revenu du ménage* sont fondés sur le nombre de membres du ménage, ainsi que sur le revenu total du ménage en provenance de toutes les sources au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue de 2000-2001 :

Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 ou 2	Moins de 15 000 \$
	3 ou 4	Moins de 20 000 \$
	5 ou plus	Moins de 30 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou plus	80 000 \$ et plus

Le *niveau de scolarité du ménage* correspond au niveau le plus élevé atteint par n'importe quel membre du ménage. Les ménages dont au moins un membre était titulaire d'un diplôme d'études postsecondaires ont été classés dans la catégorie des titulaires d'un *diplôme d'études postsecondaires*.

Les personnes qui ont déclaré fumer des cigarettes tous les jours ont été classées dans la catégorie d'*usage quotidien du tabac*.

Pour déterminer l'*abus épisodique d'alcool*, on a demandé aux participants à l'enquête le nombre de fois qu'ils avaient consommé au moins cinq verres d'alcool en une occasion au cours des 12 derniers mois. Ceux qui ont répondu l'avoir fait au moins une fois par mois ont été classés dans la catégorie de l'*abus épisodique d'alcool*.

Le niveau d'*activité* durant les loisirs a été déterminé d'après les renseignements recueillis concernant la fréquence et la durée de la participation à diverses activités physiques durant les loisirs. Pour chaque activité déclarée, la dépense d'énergie (DE) de la personne a été estimée en multipliant le nombre de fois qu'elle s'était adonnée à l'activité physique en question au cours d'une période de 12 mois (période de remémoration de trois mois multipliée par quatre) par la durée moyenne de l'activité et par la dépense énergétique caractéristique de l'activité (exprimée en kilocalories dépensées par kilo de poids corporel par heure d'activité). Pour calculer la dépense d'énergie quotidienne moyenne pour l'activité, l'estimation de la dépense annuelle a été divisée par 365. Le calcul a été répété pour chaque activité durant les loisirs déclarée et la somme des estimations résultantes a permis d'obtenir la DE quotidienne moyenne globale. Les adolescents dont la DE durant les loisirs était inférieure à 1,5 kilocalorie/kg/jour ont été considérés comme étant inactifs.

La fréquence de la *consommation de fruits et de légumes* a été évaluée au moyen des énoncés suivants : « En pensant à tous les aliments que vous mangez, tant à la maison qu'à l'extérieur :

- À quelle fréquence buvez-vous habituellement des jus de fruits, comme du jus d'orange, de pamplemousse ou de tomate? (par exemple, une fois par jour, trois fois par semaine, deux fois par mois)
- Sans compter les jus, à quelle fréquence mangez-vous habituellement des fruits?
- À quelle fréquence mangez-vous habituellement de la salade verte?
- À quelle fréquence mangez-vous habituellement des pommes de terre, sans compter les frites, les pommes de terre rissolées ou les croustilles?
- À quelle fréquence mangez-vous habituellement des carottes?
- Sans compter les carottes, les pommes de terre ni la salade, combien de portions d'autres légumes mangez-vous habituellement? »

Deux catégories ont été établies : moins de deux fois par jour et au moins deux fois par jour.

Le calcul de l'indice de masse corporelle, ou IMC, se fait en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres. Les adolescents qui ont participé à l'enquête ont été classés dans la catégorie *obésité* d'après les seuils d'IMC selon l'âge et le sexe établis par Cole *et al.*¹⁰.

Âge (années)	Obèse si l'IMC est égal ou supérieur à :	
	Garçons	Filles
12,0	26,02	26,67
12,5	26,43	27,24
13,0	26,84	27,76
13,5	27,25	28,20
14,0	27,63	28,57
14,5	27,98	28,87
15,0	28,30	29,11
15,5	28,60	29,29
16,0	28,88	29,43
16,5	29,14	29,56
17,0	29,41	29,69
17,5	29,70	29,84
18 et plus	30,00	30,00

On a choisi comme valeur de l'âge le point milieu de l'année (p. ex., 13,5 pour les jeunes de 13 ans). D'après ces seuils, une fille de 13 ans mesurant 152,2 cm (5 pieds) serait considérée comme obèse si elle pesait au moins 65,9 kg (145 livres).

à l'autoévaluation de l'état de santé, mais la plupart visaient les adultes ou les personnes âgées et on en sait beaucoup moins sur l'autoévaluation de la santé à l'adolescence.

Le présent article se fonde sur des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001. Il décrit l'autoévaluation de la santé chez les jeunes adolescents (12 à 14 ans) et chez les adolescents plus âgés (15 à 17 ans), ainsi que les variables qui influent sur cette évaluation, dont l'état de santé physique et mental, le statut socioéconomique et le mode de vie (voir *Définitions* et *Méthodologie*).

Autoévaluation plus favorable chez les garçons

L'autoévaluation de l'état de santé a tendance à être plus favorable chez les garçons que chez les filles. Cet écart entre les sexes rejoint celui observé chez les personnes plus âgées^{1,2,11-14}. En 2000-2001, 74 % des garçons de 12 à 17 ans ont dit que leur santé était très bonne ou excellente, comparativement à 69 % des filles. Toutefois, globalement, l'écart est attribuable à une différence entre les adolescents et

adolescentes plus âgés. Dans le groupe des 12 à 14 ans, 73 % tant des filles que des garçons ont déclaré que leur santé était très bonne ou excellente. Par contre, chez les 15 à 17 ans, la proportion de garçons ayant déclaré un état de santé comparable est semblable, mais la proportion correspondante chez les filles n'est que de 66 % (graphique 1, tableau A en annexe).

Cette autoévaluation différente de l'état de santé a été attribuée aux craintes associées à la puberté chez les filles, à leur niveau plus élevé de détresse émotionnelle, à leur plus grande préoccupation pour les problèmes de santé et à l'attention qu'elles accordent à leur apparence, à leur poids et aux relations sociales¹⁵⁻¹⁶, facteurs qui s'intensifient tous à mesure qu'elles avancent dans l'adolescence.

Bien que l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents de 15 à 17 ans soit manifestement liée au sexe, de nombreux autres facteurs pourraient exercer une influence. Certains, comme le statut socioéconomique ou l'existence d'un problème de santé chronique, sont bien connus et ne peuvent être modifiés que difficilement, voire ne pas l'être. Par contre, d'autres facteurs, comme l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'activité physique, la nutrition et le poids, peuvent être modifiés. Ces variables peuvent bien sûr être interdépendantes, ce dont il faut systématiquement tenir compte lorsqu'on essaie de déterminer laquelle a un effet sur l'autoévaluation de la santé. En outre, étant donné la rapidité des transformations physiques et sociales qui surviennent à l'adolescence, les facteurs qui influent sur les perceptions des jeunes de 12 à 14 ans peuvent différer de ceux qui sont importants chez ceux de 15 à 17 ans.

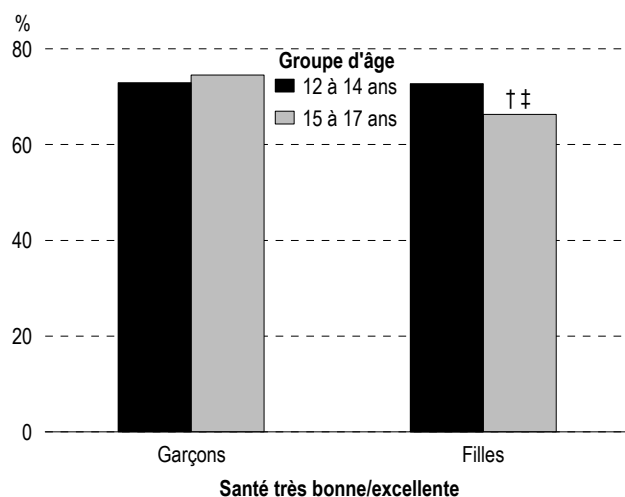
Santé physique et mentale

Dans une certaine mesure, la façon dont les adolescents évaluent leur santé reflète leur état physique et mental réel.

En 2000-2001, une proportion importante d'adolescents et adolescentes, soit 29 %, ont déclaré souffrir d'au moins un problème de santé chronique (le plus fréquemment, d'asthme, de bronchite, de maux de dos ou de migraine). Le pourcentage de garçons souffrant d'un problème de santé chronique ne variait pas de façon significative avec l'âge : 25 % chez les 12 à 14 ans; 27 % chez les 15 à 17 ans (graphique 2, tableau A en annexe). Par contre, chez les filles, la prévalence des problèmes de santé chroniques était nettement plus élevée pour le groupe d'âge le plus avancé (36 % des filles de 15 à 17 ans ont déclaré un problème de santé de ce genre, comparativement à 27 % des filles de 12 à 14 ans).

Graphique 1

Pourcentage d'adolescents se déclarant en très bonne ou en excellente santé, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile, Canada, territoires non compris, 2000-2001



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

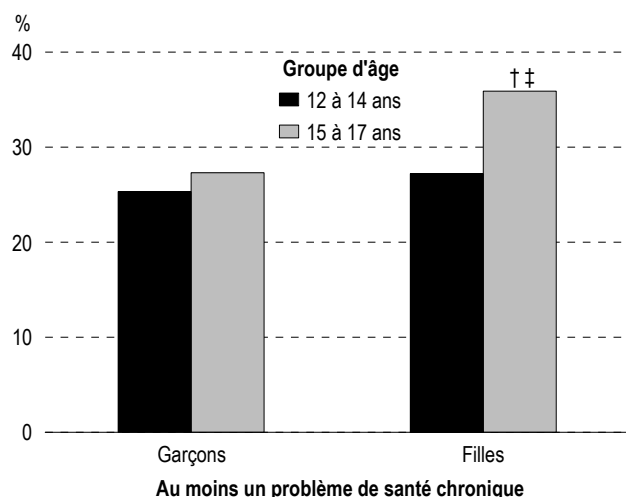
Nota : Corrigé pour les comparaisons multiples.

† Valeur significativement différente de celle observée pour les 12 à 14 ans de même sexe ($p < 0,05$).

‡ Valeur significativement différente de celle observée pour les garçons du même groupe d'âge ($p < 0,05$).

Graphique 2

Pourcentage d'adolescents déclarant au moins un problème de santé chronique, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile, Canada, territoires non compris, 2000-2001



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

Nota : Corrigé pour les comparaisons multiples.

† Valeur significativement différente de celle observée pour les 12 à 14 ans de même sexe ($p < 0,05$).

‡ Valeur significativement différente de celle observée pour les garçons du même groupe d'âge ($p < 0,05$).

Comme on pourrait s'y attendre, même en tenant compte du sexe de l'adolescent et d'autres facteurs d'influence possibles, la cote exprimant la possibilité de se juger en très bonne ou en excellente santé est significativement plus faible chez les jeunes adolescents et ceux d'âge plus avancé qui souffrent d'un problème de santé chronique que chez les autres (tableau 1).

Les réponses à une question générale sur la santé ne sont naturellement pas fondées uniquement sur l'état de santé physique réel. Ainsi, selon des études antérieures, comparativement aux adolescents ou adolescentes gravement déprimés, ceux et celles dont le niveau de dépression est moindre ont tendance à se déclarer en meilleure santé^{2,13,14,17}. En outre, même si les adolescents sont plus vulnérables à la dépression que les personnes plus âgées¹⁷⁻²⁰, ils représentent le groupe d'âge le moins susceptible de solliciter l'aide de professionnels²¹.

En 2000-2001, près de 6 % des filles de 12 à 14 ans avaient vécu un épisode dépressif majeur (EDM) l'année précédente, une proportion nettement supérieure aux 2 % de garçons de ce groupe d'âge dans la même situation (graphique 3, tableau A en annexe). Chez les 15 à 17 ans, la proportion de filles ayant vécu un EDM était considérablement plus

Tableau 1

Rapports corrigés de cotes pour la déclaration d'une très bonne ou d'une excellente santé, selon le groupe d'âge et certaines caractéristiques, population à domicile de 12 à 17 ans, Canada, territoires non compris, 2000-2001

	12 à 14 ans		15 à 17 ans	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe				
Garçons	0,92	0,79-1,07	1,34*	1,13-1,59
Filles†	1,00	...	1,00	...
Problèmes de santé chronique				
Au moins un	0,54*	0,45-0,64	0,61*	0,52-0,72
Aucun†	1,00	...	1,00	...
Épisode dépressif majeur l'année précédente				
Oui	0,34*	0,23-0,51	0,67*	0,51-0,88
Non†	1,00	...	1,00	...
Revenu du ménage				
Inférieur	0,57*	0,43-0,77	0,57*	0,42-0,78
Moyen-inférieur	0,74*	0,58-0,94	0,68*	0,52-0,87
Moyen-supérieur	0,79*	0,62-0,99	0,75*	0,60-0,93
Supérieur†	1,00	...	1,00	...
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage				
Diplôme d'études postsecondaires	1,13	0,93-1,36	1,28*	1,07-1,53
Pas de diplôme d'études postsecondaires†	1,00	...	1,00	...
Usage quotidien du tabac				
Oui	...	...	0,50*	0,40-0,63
Non†	...	...	1,00	...
Abus épisodique d'alcool				
Oui	...	...	0,75*	0,61-0,94
Non†	...	...	1,00	...
Activité durant les loisirs				
Inactif(ve)	0,75*	0,62-0,91	0,65*	0,54-0,79
Actif(ve)†	1,00	...	1,00	...
Consommation de fruits et de légumes				
Moins de deux fois par jour	0,54*	0,41-0,70	0,62*	0,47-0,80
Au moins deux fois par jour†	1,00	...	1,00	...
Obésité				
Oui	0,39*	0,27-0,56	0,43*	0,30-0,63
Non†	1,00	...	1,00	...
Province				
Terre-Neuve	0,93	0,60-1,43	1,31	0,90-1,93
Île-du-Prince-Édouard	0,73	0,47-1,13	1,13	0,65-1,98
Nouvelle-Écosse	1,10	0,76-1,59	1,47*	1,01-2,14
Nouveau-Brunswick	0,97	0,66-1,42	1,11	0,77-1,61
Québec	0,91	0,71-1,17	1,34*	1,06-1,69
Ontario†	1,00	...	1,00	...
Manitoba	0,85	0,58-1,25	0,97	0,70-1,34
Saskatchewan	0,69*	0,52-0,91	0,95	0,72-1,26
Alberta	0,87	0,67-1,14	0,84	0,65-1,10
Colombie-Britannique	0,80	0,64-1,01	0,84	0,67-1,07

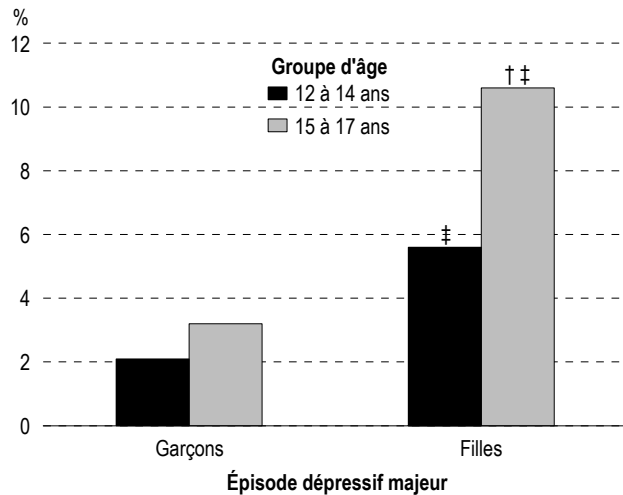
Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

† Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Graphique 3
Pourcentage d'adolescents ayant vécu un épisode dépressif majeur l'année précédente, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile, Canada, territoires non compris, 2000-2001



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

Nota : Corrigé pour les comparaisons multiples.

† Valeur significativement différente de celle observée pour les 12 à 14 ans de même sexe ($p < 0,05$).

‡ Valeur significativement différente de celle observée pour les garçons du même groupe d'âge ($p < 0,05$).

élevée, soit 11 %. Par contre, les garçons de cet âge n'étaient pas plus susceptibles que ceux de 12 à 14 ans d'avoir vécu un épisode de dépression.

Tant chez les jeunes adolescents que chez les adolescents plus âgés, la dépression est significativement associée à une réduction de la cote exprimant la possibilité de se déclarer en très bonne ou en excellente santé, et ce, en dépit de la prise en compte de l'effet d'autres facteurs, comme les problèmes de santé chroniques, le statut socioéconomique, l'obésité et les comportements qui influent sur la santé.

Statut socioéconomique

Une foule d'études dont la plupart portaient sur les adultes ont montré l'existence de liens entre le statut socioéconomique et la santé²²⁻³¹. Toutefois, une association positive a été établie entre le niveau de revenu familial et l'autoévaluation de la santé chez les adolescents, cette dernière étant d'autant meilleure que le revenu est élevé¹⁴. Certains problèmes physiques se sont en outre révélés être liés aux craintes des adolescents concernant la situation financière de la famille¹¹.

En 2000-2001, 78 % des adolescents vivant dans un ménage du groupe de revenu le plus élevé se sont jugés en très bonne ou en excellente santé, comparativement à 64 % de ceux appartenant au groupe de revenu du ménage le plus faible (données non présentées). Cet écart s'observe chez les jeunes adolescents ainsi que chez leurs homologues plus âgés (tableau 2). Le fait qu'au moins un membre du ménage soit titulaire d'un diplôme d'études postsecondaires semble aussi jouer un rôle. Une proportion significativement plus élevée d'adolescents vivant dans un ménage où il en était ainsi ont déclaré que leur santé était très bonne ou excellente comparativement aux adolescents vivant dans les ménages où personne n'avait fait d'études postsecondaires.

Même en tenant compte de l'effet de facteurs tels que le sexe, l'âge, les problèmes de santé chroniques et les comportements associés à la santé, le fait de vivre dans un ménage moins bien nanti réduit de façon significative la cote exprimant la possibilité que les adolescents de 12 à 14 ans et ceux de 15 à 17 ans se disent en très bonne ou en excellente santé. Par contre, un niveau plus élevé de scolarité dans le ménage fait augmenter cette cote chez les adolescents plus âgés (tableau 1).

Tableau 2
Pourcentage d'adolescents se déclarant en très bonne ou en excellente santé, selon le groupe d'âge, le revenu du ménage et le niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage, population à domicile, Canada, territoires non compris, 2000-2001

	Groupe d'âge	
	12 à 14 ans	15 à 17 ans
Total†	72,8	70,4
Revenu du ménage		
Inférieur	66,6*	62,0*
Moyen-inférieur	71,9*	67,9*
Moyen-supérieur	72,9	71,1*
Supérieur‡	78,2	77,8
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage		
Diplôme d'études postsecondaires	74,2*	73,4*
Pas de diplôme d'études postsecondaires‡	69,8	64,4

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

† Comprend la catégorie « données manquantes ».

‡ Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

Méthodologie

Source des données

La présente analyse se fonde sur des données provenant du cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). La collecte des données du cycle 1.1 a débuté en septembre 2000 et s'est poursuivie pendant 14 mois. L'échantillon sur lequel porte la présente analyse représente la population à domicile de 12 à 17 ans de toutes les provinces, sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées.

La principale base de sondage utilisée pour l'ESCC est la base aréolaire conçue pour l'Enquête sur la population active. Les logements ont été sélectionnés dans la base aréolaire selon un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. La liste des logements a ensuite été dressée, liste de laquelle un échantillon a été tiré. La majorité (83 %) des ménages échantillonnés occupaient un logement figurant dans la base aréolaire. Enfin, des membres des ménages ainsi échantillonnés ont été sélectionnés au hasard en vue de leur participation à une interview sur place. Dans certaines régions, on a recouru à la méthode de composition aléatoire ou à l'utilisation d'une liste de numéros de téléphone pour sélectionner les 17 % restants de l'échantillon qui ont été interviewés par téléphone.

Dans 82 % environ des ménages échantillonnés à partir de la base aréolaire, une personne a été sélectionnée au hasard; dans les autres ménages, deux personnes ont ainsi été sélectionnées. Dans les ménages échantillonnés à partir des bases de sondage téléphonique, seule une personne a été sélectionnée au hasard. Pour la base de sondage combinée, le taux de réponse a été de 84,7 %. En tout, 6,4 % des entrevues ont été réalisées par procuration. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ESCC sont décrits de façon plus détaillée dans un rapport déjà publié³⁶.

Des 12 847 participants à l'ESCC de 12 à 17 ans, 132 (1,0 %) ont été exclus de l'analyse parce que des données manquaient pour au moins une des variables suivantes : état de santé autoévalué, usage du tabac, consommation d'alcool et problèmes de santé chroniques (tableau B en annexe).

Techniques d'analyse

Des tableaux de contingence ont permis d'estimer la prévalence de diverses caractéristiques et divers comportements influant sur la santé pour le groupe des 12 à 14 ans et celui des 15 à 17 ans. Les proportions ont été calculées en se servant des poids d'échantillonnage de l'ESCC, pour que les résultats soient représentatifs de la population canadienne pour chaque groupe âge-sexe considéré. Les associations entre l'autodéclaration d'une très bonne ou d'une excellente santé et les caractéristiques des adolescents ont été modélisées par régression logistique multiple. Les analyses ont été réalisées séparément pour les jeunes adolescents et les adolescents plus âgés.

En se fondant sur une revue des données publiées et sur les données recueillies dans le cadre de l'ESCC, les variables indépendantes suivantes ont été incluses dans le modèle : présence d'au moins un problème de santé chronique, épisode dépressif majeur l'année qui a précédé l'enquête, revenu du ménage, niveau le plus élevé de scolarité dans le ménage, usage quotidien du tabac, abus épisodique d'alcool, activité physique durant les loisirs, consommation quotidienne de fruits et de légumes, obésité et province de résidence. Pour corriger le biais

éventuellement dû aux données manquantes et pour s'assurer que la taille de l'échantillon soit suffisante, on a inclus dans les modèles de régression une catégorie « données manquantes » pour la dépression, le revenu du ménage, l'activité durant les loisirs, la consommation de fruits et de légumes et l'obésité, mais les rapports de cotes pour cette catégorie ne sont pas présentés.

Étant donné le petit nombre de cas, les variables d'usage quotidien du tabac et d'abus épisodique d'alcool n'ont pas été incluses dans l'analyse pour les 12 à 14 ans.

Pour tenir compte des effets du plan de sondage, les écarts-types et les coefficients de variation ont été estimés par la méthode du *bootstrap*³⁷⁻³⁹. Les résultats pour lesquels la valeur p était inférieure à 0,05 ont été considérés comme significatifs. Les valeurs p ont été corrigées pour les comparaisons multiples.

Limites

La présente analyse se fonde sur des données autodéclarées ou déclarées par procuration qui n'ont pas été vérifiées au moyen de mesures directes ou de données recueillies auprès de sources indépendantes et qui, par conséquent, pourraient être inexactes. Par exemple, la déclaration de problèmes de santé chroniques n'a pas été validée d'après des dossiers cliniques et il n'a pas été possible non plus de confirmer si les adolescents qui avaient déclaré s'adonner à des activités particulières le faisaient effectivement ni s'ils le faisaient à la fréquence et pendant la durée déclarées. Des erreurs de remémoration pourraient aussi affecter les niveaux déclarés pour des variables comme l'activité physique et la consommation de fruits et de légumes. En outre, il se peut que les participants à l'enquête aient donné des réponses qu'ils considéraient comme socialement désirables aux questions sur des sujets comme l'activité physique, l'usage du tabac, la consommation d'alcool et le poids.

Les données de l'ESCC sont transversales et se rapportent à un moment particulier dans le temps. Par conséquent, elles permettent de décrire la relation entre les variables, mais non d'inférer les associations causales et temporelles. De même, aucune conclusion ne peut être tirée quant à l'évolution apparente des relations entre les facteurs de risque et l'autoévaluation de l'état de santé à mesure que les adolescents avancent en âge.

Les questions sur la nutrition de l'ESCC ont été conçues pour le *Behavioral Risk Factor Surveillance System* par les *Centers for Disease Control* des États-Unis⁴⁰, et sont limitées à la consommation de fruits et de légumes. Bien que cette information soit indicative, elle ne représente pas nécessairement les habitudes alimentaires des adolescents. En outre, on a demandé aux participants à l'enquête d'indiquer le nombre de fois qu'ils consommaient des fruits et des légumes, sans toutefois leur demander de préciser la quantité. Comme la taille des portions n'a pas été précisée, il est impossible de déterminer si les recommandations concernant l'apport quotidien, comme celles du Guide alimentaire canadien⁴¹, sont respectées.

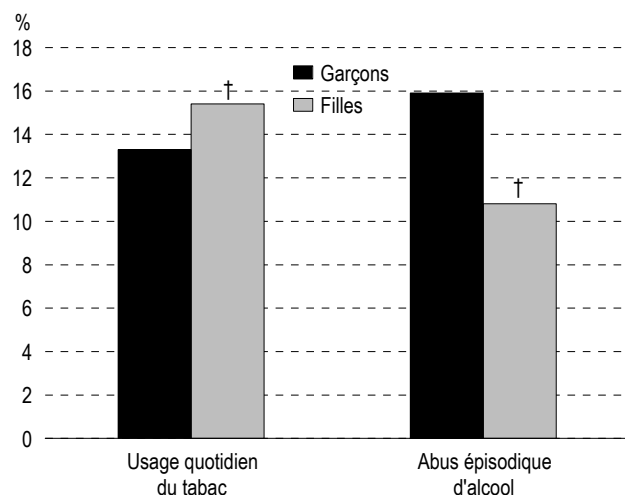
L'ESCC ne fournit pas de données sur tous les facteurs susceptibles d'être associés à l'autoévaluation de l'état de santé, de sorte que des variables comme les relations familiales, la réussite scolaire, l'estime de soi et l'influence exercée par les pairs n'ont pu être prises en compte dans l'analyse.

Usage du tabac et consommation d'alcool

Alors que les données existantes font l'unanimité quant à l'établissement d'un lien entre l'usage du tabac et une moins bonne autoévaluation de la santé à l'adolescence, les résultats concernant la consommation d'alcool sont contradictoires^{12,14,32,33}. Néanmoins, même si l'on tient compte de l'effet des facteurs démographiques et socioéconomiques et d'autres facteurs liés au mode de vie, la cote exprimant la possibilité de se juger en très bonne ou en excellente santé est plus faible pour les adolescents de 15 à 17 ans qui fument quotidiennement ou qui abusent épisodiquement de l'alcool (cinq verres ou plus en une occasion au moins une fois par mois) que pour ceux ne présentant pas ces comportements (tableau 1). (La très faible taille de l'échantillon de jeunes de 12 à 14 ans fumant quotidiennement ou abusant épisodiquement de l'alcool ne permet pas de procéder à l'analyse pour ce groupe.)

Selon d'autres études, les adolescents seraient, dans une certaine mesure, conscients des effets de l'usage du tabac sur la santé^{1,34} et reconnaîtraient les effets éventuellement néfastes de la consommation abusive d'alcool. Néanmoins, 14 % des jeunes de 15 à 17 ans fumaient tous les jours; la proportion de filles (15 %) est légèrement, mais significativement, plus élevée que celle observée pour les garçons (13 %) (graphique 4, tableau A en annexe). Dans l'ensemble,

Graphique 4
Pourcentage d'adolescents de 15 à 17 ans déclarant fumer tous les jours et abuser de l'alcool épisodiquement, selon le sexe, population à domicile, Canada, territoires non compris, 2000-2001



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

† Valeur significativement différente de celle observée pour les garçons $p < 0,05$.

une proportion presque équivalente d'adolescents de ce groupe d'âge, soit 13 %, ont déclaré abuser épisodiquement de l'alcool. Toutefois, dans ce cas, le comportement était significativement plus fréquent chez les garçons (16 %) que chez les filles (11 %).

Ces taux d'usage du tabac et d'abus d'alcool témoignent vraisemblablement de l'impression générale selon laquelle, même s'ils sont partiellement conscients des risques que posent ces comportements pour la santé, les adolescents ne se sentent pas personnellement très vulnérables face aux conséquences^{18,35} de certains comportements à risque ou sont prêts à ne pas en tenir compte.

Activité physique, nutrition et obésité

Outre l'usage du tabac et la consommation d'alcool, d'autres aspects du mode de vie, notamment l'activité physique, la nutrition et l'obésité, sont liés à l'autoévaluation de la santé chez les adolescents.

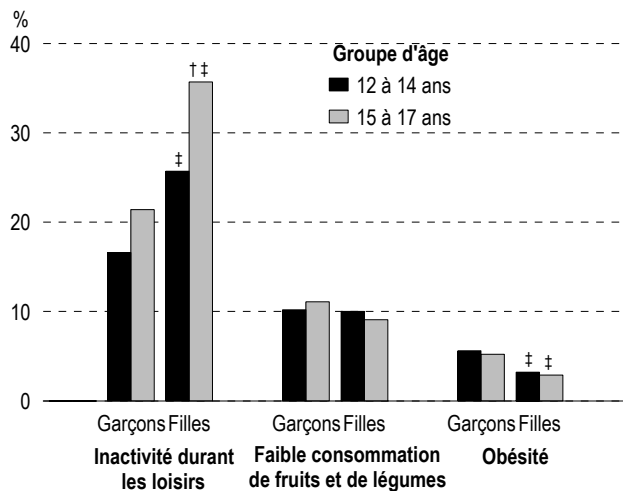
Des études antérieures^{42,43} ont établi un lien entre l'inactivité physique à l'adolescence et une moins bonne autoévaluation de la santé. À l'inverse, faire régulièrement du sport et de l'exercice a été associé à une meilleure autoévaluation de la santé^{2,13}, lien qui reflète peut-être aussi bien un sentiment de compétence¹³ que la forme physique. De même, les résultats de l'analyse des données de l'ESCC indiquent que, même si l'on neutralise les effets d'autres variables éventuellement influentes, l'inactivité est associée à une diminution de la cote exprimant la possibilité que les adolescents, jeunes ou plus âgés, se déclarent en très bonne ou en excellente santé (tableau 1).

Quoi qu'il en soit, une proportion importante d'adolescents canadiens sont sédentaires durant leurs loisirs. L'inactivité a tendance à être plus fréquente chez les filles que chez les garçons et augmente avec l'âge chez les deux sexes. En 2000-2001, 17 % des garçons et 26 % des filles de 12 à 14 ans ont déclaré un niveau de dépense énergétique durant les loisirs les classant dans la catégorie des personnes inactives. Chez les jeunes de 15 à 17 ans, les proportions étaient encore plus fortes : 21 % des garçons et 36 % des filles étaient inactifs (graphique 5, tableau A en annexe).

Quels que soient le groupe d'âge et le sexe, environ 10 % des adolescents ont déclaré manger des fruits ou des légumes moins de deux fois par jour. La cote exprimant la possibilité de se juger en très bonne ou en excellente santé est significativement plus faible chez les adolescents déclarant ce niveau de consommation de fruits et de légumes que chez ceux qui en consomment davantage. Ces résultats persistent même en tenant compte de l'effet d'autres

Graphique 5

Pourcentage d'adolescents inactifs durant leurs loisirs, consommant quotidiennement peu de fruits et de légumes et étant obèse, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile, Canada, territoires non compris, 2000-2001



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

Nota : Corrigé pour les comparaisons multiples.

[†] Valeur significativement différente de celle observée pour les 12 à 14 ans de même sexe ($p < 0,05$).

[‡] Valeur significativement différente de celle observée pour les garçons du même groupe d'âge ($p < 0,05$).

variables, comme l'usage du tabac et les problèmes de santé chroniques.

En 2000-2001, 1 adolescent canadien sur 25 avait un indice de masse corporelle le classant dans la catégorie des personnes obèses. Alors que les filles étaient moins susceptibles que les garçons d'être physiquement actives, une plus forte proportion de garçons étaient obèses : 5 % contre 3 %. Et, comme on peut s'y attendre, être obèse réduit significativement la cote exprimant la possibilité qu'un adolescent juge sa santé très bonne ou excellente.

Variations selon la province

Pour l'ensemble de la population, l'autoévaluation de la santé, ainsi que d'autres indicateurs, comme l'espérance de vie, la prévalence de la maladie et les facteurs de risque liés au mode de vie^{1,44}, varient selon la province. Par conséquent, il n'est pas étonnant qu'en 2000-2001, la proportion d'adolescents se jugeant en très bonne ou en excellente santé ait varié selon la province, de 66 % en Saskatchewan à 74 % en Nouvelle-Écosse (données non présentées).

Toutefois, après correction pour tenir compte de l'effet des problèmes de santé chroniques, de la dépression, du statut socioéconomique et du mode de vie, peu d'écart significatifs se dégagent entre les

provinces en ce qui concerne l'autoévaluation de la santé chez les adolescents (tableau 1). Pour les 12 à 14 ans, la Saskatchewan est la seule province où la cote exprimant la possibilité de se juger en très bonne ou en excellente santé est significativement plus faible que pour la province de référence, c'est-à-dire l'Ontario. Pour le groupe des 15 à 17 ans, les seules provinces pour lesquelles on observe une différence sont la Nouvelle-Écosse et le Québec, où la cote exprimant la possibilité de se juger en très bonne ou en excellente santé est significativement plus élevée.

Mot de la fin

S'il existe une période de la vie durant laquelle on s'attendrait à ce qu'une personne soit en parfaite santé, c'est bien la jeunesse et, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, la majorité des adolescents canadiens ont déclaré que leur santé était « très bonne » ou « excellente ». Pourtant, près du tiers considéraient qu'elle était, tout au plus, « bonne ».

Aucun facteur n'explique à lui seul l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. Naturellement, les problèmes de santé chroniques et la dépression réduisent la cote exprimant la possibilité de se dire en très bonne ou en excellente santé et, comme chez les adultes⁶, l'autoévaluation de l'état de santé à l'adolescence est liée aux facteurs socioéconomiques. Des niveaux peu élevés de revenu et de scolarité dans un ménage sont associés à une diminution de la cote exprimant la possibilité de se juger en très bonne ou en excellente santé, particulièrement chez les adolescents plus âgés. En outre, l'usage du tabac, l'abus épisodique d'alcool, l'inactivité, la mauvaise nutrition et l'obésité sont tous des facteurs indépendamment associés à une moins bonne évaluation de l'état de santé.

Chez les adolescentes, une autoévaluation moins favorable de l'état de santé est assez fréquente parmi le groupe d'âge plus avancé, situation en contraste frappant avec celle observée pour les adolescents chez lesquels l'autoévaluation de l'état de santé demeure stable de 12 à 17 ans. Parmi le groupe d'âge plus avancé, les filles sont plus susceptibles que les garçons de déclarer souffrir d'un problème de santé chronique et, qu'elles aient de 12 à 14 ans ou de 15 à 17 ans, elles sont plus susceptibles que les garçons d'avoir vécu récemment un épisode de dépression.

Le mode de vie peut aussi expliquer en partie ces différences. Les filles sont plus susceptibles que les garçons d'être sédentaires durant leurs loisirs. Et, si les adolescents des deux sexes ont tendance à devenir moins actifs à mesure qu'ils vieillissent, à l'âge

de 15 à 17 ans, nettement plus du tiers des filles, mais à peine plus du cinquième des garçons étaient inactifs. En outre, chez ce groupe d'âge, une proportion considérablement plus forte de filles que de garçons fumaient quotidiennement. En revanche, l'obésité et l'abus épisodique d'alcool étaient plus courants chez les garçons.

Certains facteurs associés à la santé des adolescents, comme l'usage du tabac, la consommation d'alcool, le niveau d'activité ou la nutrition, font déjà l'objet de différents programmes de grande portée visant à promouvoir un mode de vie

sain. En revanche, d'autres facteurs demandent des mesures concertées axées sur les conditions socioéconomiques sous-jacentes.

Les facteurs de risque examinés dans la présente analyse ont non seulement un effet sur l'autoévaluation de l'état de santé à l'adolescence, mais aussi des conséquences à plus long terme sur la santé à l'âge adulte. La compréhension de ces facteurs sera bénéfique à la fois pour les personnes concernées et pour le système de santé qui, en dernière analyse, devra faire face aux conséquences.

Références

1. Santé Canada, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada, 1999, disponible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/rapport/stat/rapport.html>.
2. Santé Canada, *La santé des jeunes : tendances au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1999, disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/7-18yrs-ans/tendances_f.html.
3. McCreary Centre Society, « Highlights from the Adolescent Health Survey II », *Healthy Connections: Listening to BC Youth*, Burnaby, BC, McCreary Centre Society, 1999.
4. N.M. Krause et G.M. Jay, « What do global self-rated health items measure? », *Medical Care*, 32(9), 1994, p. 930-942.
5. B. Piko, « Health-related predictors of self-perceived health in a student population: The importance of physical activity », *Journal of Community Health*, 25(2), 2000, p. 125-137.
6. M. Shields et S. Shooshtari, « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, 13(1), 2001, p. 39-63 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
7. E.L. Idler et Y. Benyamini, « Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies », *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 1997, p. 21-37.
8. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 51, 1994, p. 8-19.
9. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, troisième édition révisée, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1989.
10. T.J. Cole, M.C. Bellizzi, K.M. Flegal *et al.*, « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey », *British Medical Journal*, 320(7244), 2000, p. 1240-1243.
11. C.E.I. Hagquist, « Economic stress and perceived health among adolescents in Sweden », *Journal of Adolescent Health*, 22, 1998, p. 250-257.
12. P.B. Johnson et L. Richter, « The relationship between smoking, drinking, and adolescents' self-perceived health and frequency of hospitalization: Analyses from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse », *Journal of Adolescent Health*, 30, 2002, p. 175-183.
13. D. Mechanic et S. Hansell, « Adolescent competence, psychological well-being and self assessed physical health », *Journal of Health and Social Behaviour*, 28, 1987, p. 364-374.
14. E. Vingilis, T.J. Wade et E. Adlaf, « What factors predict student self-rated physical health? », *Journal of Adolescence*, 21, 1998, p. 83-97.
15. B.E. Compas, P.G. Orosan et K.E. Grant, « Adolescent stress and coping: Implications for psychopathology during adolescence », *Journal of Adolescence*, 16, 1993, p. 331-349.
16. S.G. Millstein, « A view of health from the adolescent's perspective », *Promoting the Health of Adolescents*, publié sous la direction de S.G. Millstein, A.C. Petersen et E.O. Nightingale, New York, Oxford University Press, 1993, p. 97-118.
17. N.E. Mahon et A. Yarcheski, « Outcomes of depression in early adolescents », *Western Journal of Nursing Research*, 23(4), 2001, p. 360-375.
18. M.P. Beaudet, « Dépression », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 11-25 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
19. Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants au Canada : Un profil de l'ICSI*, deuxième édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.
20. R.F.W. Diekstra, « Depression and suicidal behaviors in adolescence: Sociocultural and time trends », *Psychosocial Disturbances in Young People: Challenges for Prevention*, publié sous la direction de M. Rutter, New York, Cambridge University Press, 1995 p. 212-246.
21. Statistique Canada, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être, 2002 », *Le Quotidien*, 3 septembre 2003 (Statistique Canada, n° 11-001 au catalogue).
22. I.H. Yen et S.L. Syme, « The social environment and health: A discussion of the epidemiologic literature », *Annual Review of Public Health*, 20, 1999, p. 287-308.
23. N.E. Adler et J.M. Ostrove, « Socioeconomic status and health: What we know and what we don't », *Annals of the New York Academy of Science*, 896, 1999, p. 3-15.
24. C. Power, O. Manor et S. Matthews, « The duration and timing of exposure: Effects of socioeconomic environment on adult health », *American Journal of Public Health*, 89(7), 1999, p. 1059-1065.
25. C. Power et C. Hertzman, « Social and biological pathways linking early life and adult disease », *British Medical Bulletin*, 53(1), 1997, p. 210-221.
26. M. Marmot et A. Feeney, « General explanations for social inequalities in health », *IARC Scientific Publications*, 138, 1997, p. 207-228.
27. C.A. Mustard, S. Derksen, J.-M. Berthelot *et al.*, « Age-specific education and income gradients in morbidity and mortality in a Canadian province », *Social Science and Medicine*, 45(3), 1997, p. 383-397.
28. N.E. Adler, W.T. Boyce et M.A. Chesney, « Socioeconomic inequality in health: No easy solution », *Journal of the American Medical Association*, 269(24), 1993, p. 314-315.
29. Association canadienne de santé publique, *Incidences des conditions et des politiques socioéconomiques sur la santé : Conséquences au plan de la politique publique*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 1997.

30. R. Evans, M. Barer et T. Marmor, *Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, New York, Aldine deGruyter, 1994.
31. W.J. Millar et T. Stephens, « Statut social et risques pour la santé des adultes canadiens : 1985 et 1991 », *Rapports sur la santé*, 5(2), 1993, p. 143-156 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
32. E. Fernandez, A. Schiaffino, L. Rajmil *et al.*, « Re: "Health problems in teenage daily smokers versus nonsmokers, Norway, 1995-1997: The Nord-Trondelag Health Study" », *American Journal of Epidemiology*, 151(4), 2000, p. 395-396.
33. T.L. Holmen, E. Barrett-Connor, J. Holmen *et al.*, « Health problems in teenage daily smokers versus nonsmokers, Norway, 1995-1997: The Nord-Trondelag Health Study », *American Journal of Epidemiology*, 151(2), 2000, p. 148-155.
34. N. Ross et C. Pérez, « Attitudes à l'égard du tabac », *Rapports sur la santé*, 10(3), 1998, p. 23-34 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
35. D. Romer et P. Jamieson, « Do adolescents appreciate the risks of smoking? Evidence from a national survey », *Journal of Adolescent Health*, 29, 2001, p. 12-21.
36. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
37. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
38. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
39. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, août 1999.
40. M. Serdula, R. Coates, T. Byers *et al.*, « Evaluation of a brief telephone questionnaire to estimate fruit and vegetable consumption in diverse study populations », *Epidemiology*, 4(5), 1993, p. 455-463.
41. Santé Canada, *Guide alimentaire canadien pour manger sainement à l'intention des quatre ans et plus* (Santé Canada, n° H39-252 au catalogue), Ottawa, Santé Canada, 1992.
42. K.R. Allison et E.M. Adlaf, « Age and sex differences in physical inactivity among Ontario teenagers », *La revue canadienne de santé publique*, 88(3), 1997, p. 177-180.
43. M. Aaronio, T. Winter, U. Kujala *et al.*, « Associations of health-related behaviour, social relationships, and health status with persistent physical activity and inactivity: A study of Finnish adolescent twins », *British Journal of Sports Medicine*, 35(5), 2002, p. 360-364.
44. M. Shields et S. Tremblay, « La santé dans les collectivités canadiennes », *Rapports sur la santé*, 13 (supplément), 2002, p. 9-35 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Annexe

Tableau A

Pourcentage d'adolescents déclarant certaines caractéristiques et certains facteurs de risque, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile, Canada, territoires non compris, 2000-2001

	Garçons et filles confondus			Garçons			Filles		
	Total	12 à 14 ans	15 à 17 ans	Total	12 à 14 ans	15 à 17 ans	Total	12 à 14 ans	15 à 17 ans
		%			%			%	
Très bonne/excellente santé	71,5	72,8	70,4 [†]	73,7	72,9	74,5	69,3 [‡]	72,7	66,3 [‡]
Au moins un problème de santé chronique	29,0	26,2	31,6 [†]	26,3	25,3	27,3	31,9 [‡]	27,2	35,9 [‡]
Épisode dépressif majeur l'année précédente	5,4	3,8	6,9 [†]	2,7	2,1	3,2	8,3 [‡]	5,6 [‡]	10,6 [‡]
Usage quotidien du tabac	...	...	14,3	...	...	13,3	...	...	15,4 [‡]
Abus épisodique d'alcool	...	...	13,3	...	...	15,9	...	...	10,8 [‡]
Inactivité durant les loisirs	24,9	21,0	28,5 [†]	19,1	16,6	21,4	31,1 [‡]	25,7 [‡]	35,7 [‡]
Consommation de fruits et de légumes moins de deux fois par jour	10,1	10,1	10,1	10,6	10,2	11,1	9,5	10,0	9,1
Obésité	4,2	4,4	4,1	5,4	5,6	5,3	3,0 [‡]	3,1 [‡]	2,9 [‡]

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

Nota : Corrigé pour les comparaisons multiples. Les nombres d'adolescents de 12 à 14 ans fumant tous les jours ou buvant épisodiquement de l'alcool étant très faibles, les proportions n'ont pas été calculées pour ce groupe d'âge.

† Valeur significativement différente de celle observée pour les 12 à 14 ans de même sexe ($p < 0,05$).

‡ Valeur significativement différente de celle observée pour les garçons du même groupe d'âge ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau B
Répartition de certaines caractéristiques, selon le groupe d'âge, population à domicile de 12 à 17 ans, Canada, territoires non compris, 2000-2001

	12 à 14 ans			15 à 17 ans		
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%		milliers	%
Total	6 247	1 140	100,0	6 468	1 261	100,0
Autoévaluation de la santé						
Très bonne/excellente	4 491	830	72,7	4 480	888	70,4
Mauvaise/passable/bonne	1 756	310	27,2	1 988	373	29,6
Sexe						
Garçons	3 178	595	52,2	3 225	633	50,2
Filles	3 069	545	47,8	3 243	629	49,9
Problèmes de santé chroniques						
Au moins un	1 726	299	26,2	2 086	398	31,6
Aucun	4 521	841	73,8	4 382	864	68,5
Épisode dépressif majeur l'année précédente						
Oui	231	43	3,8	522	87	6,9
Non	5 926	1 085	95,2	5 842	1 154	91,5
Données manquantes	90	12	1,0	104	21	1,7
Revenu du ménage						
Inférieur	742	139	12,2	626	123	9,8
Moyen-inférieur	1 374	248	21,8	1 277	257	20,4
Moyen-supérieur	1 871	320	28,1	1 980	358	28,4
Supérieur	1 488	285	25,0	1 501	308	24,4
Données manquantes	772	148	13,0	1 084	216	17,1
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage						
Diplôme d'études postsecondaires	4 252	778	68,2	4 312	842	66,8
Pas de diplôme d'études postsecondaires	1 995	362	31,8	2 156	420	33,3
Usage quotidien du tabac						
Oui	...	...	...	1 019	181	14,4
Non	...	...	...	5 449	1 081	85,7
Abus épisodique d'alcool						
Oui	...	...	...	1 041	168	13,3
Non	...	...	...	5 427	1 093	86,7
Activité durant les loisirs						
Inactif(ve)	1 276	239	21,0	1 767	360	28,5
Actif(ve)	4 065	721	63,2	4 051	762	60,4
Données manquantes	906	180	15,8	650	140	11,1
Consommation de fruits et de légumes						
Moins de deux fois par jour	577	115	10,1	702	127	10,1
Au moins deux fois par jour	5 561	1 006	88,2	5 673	1 119	88,7
Données manquantes	109	19	1,7	93	16	1,3
Obésité						
Oui	296	50	4,4	319	52	4,1
Non	5 665	1 037	91,0	5 992	1 181	93,7
Données manquantes	286	53	4,6	157	29	2,3
Province						
Terre-Neuve	213	21	1,8	258	25	2,0
Île-du-Prince-Édouard	145	6	0,5	128	6	0,5
Nouvelle-Écosse	305	38	3,3	273	37	2,9
Nouveau-Brunswick	232	27	2,4	279	32	2,5
Québec	1 018	253	22,2	1 075	280	22,2
Ontario	1 878	439	38,5	1 879	492	39,0
Manitoba	421	40	3,5	472	49	3,9
Saskatchewan	404	42	3,7	448	46	3,6
Alberta	781	128	11,2	779	133	10,5
Colombie-Britannique	850	145	12,7	877	161	12,8

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

... N'ayant pas lieu de figurer.