

# Chapitre 2

## Caractéristiques des enfants et de leur famille

Hélène Desrosiers  
Direction Santé Québec  
Institut de la statistique du Québec

Brigitte Bédard  
Institut de recherche sur la santé des populations  
Université d'Ottawa

### Introduction

La qualité de l'alimentation des jeunes enfants est fortement dépendante des conditions sociales et matérielles présentes dans leur milieu familial. C'est encore aujourd'hui par l'entremise des mères le plus souvent que se manifeste cette influence. En effet, en dépit des changements survenus au chapitre du partage des tâches domestiques entre conjoints, au cours des dernières décennies, les mères jouent, encore aujourd'hui, un rôle central dans la planification et la préparation des repas (Laroche, 2001)<sup>1</sup>. Des études révèlent, par exemple, qu'il existe un lien étroit entre certaines caractéristiques des mères telles que leur âge ou leur niveau de scolarité et les modèles d'alimentation des jeunes enfants (Ruxton et Kirk, 1996). La fratrie peut également exercer une influence à cet égard. Par exemple, la présence de plusieurs enfants dans la famille mobilise une partie de l'emploi du temps des parents qui serait autrement consacré à la préparation des repas; cela a un impact sur les choix et les pratiques en matière d'alimentation. Les habitudes alimentaires des frères ou sœurs aînés peuvent aussi se refléter dans la diète des plus jeunes (North et autres, 2000). Enfin, l'appartenance ethnoculturelle joue un rôle direct dans la consommation et les comportements alimentaires (Kennedy, 1998).

La consommation alimentaire des jeunes familles est aussi fortement liée à leur situation économique. Le manque d'argent peut conduire certaines familles à vivre une situation d'insécurité alimentaire caractérisée par la

monotonie du régime alimentaire, la restriction de l'apport alimentaire ou encore l'incapacité de prendre des repas équilibrés. À cet égard, il a été démontré que la piètre qualité de la diète dans de nombreuses familles à faible revenu résulterait en partie d'un manque de ressources permettant d'acheter des aliments nutritifs en quantité suffisante (Badun, Evers et Hooper, 1995).

Par ailleurs, le fait que le parent seul ou les deux parents travaillent à l'extérieur du foyer a une incidence sur les habitudes alimentaires à la maison, compte tenu du temps restreint consacré à la préparation des repas (Johnson et autres, 1993). De plus, la majorité des enfants dont les parents travaillent doivent prendre une partie de leurs repas hebdomadaires en milieu de garde. Au Québec, les données des premiers volets de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ 1998-2002) ont montré que le fait d'être gardé à l'extérieur de la maison est associé positivement à la fréquence de consommation de certaines catégories d'aliments, telles que les fruits et les légumes, et que les enfants fréquentant un milieu de garde sont proportionnellement moins nombreux à être « difficiles » et à manger de façon « irrégulière » (Dubois et Girard, 2002). Bien que ce résultat puisse être associé au statut socioéconomique plus élevé des enfants dont les parents travaillent, la routine quotidienne des enfants en milieu de garde peut être invoquée ici. On peut penser aussi que les enfants qui fréquentent ces milieux sont exposés à une plus grande variété d'aliments et que le cadre social dans lequel se déroulent les repas (ex. : influence des pairs, présence d'adultes autres que les parents) concoure à rendre les enfants moins « difficiles » à l'égard de la nourriture.

1. À titre d'exemple, dans les foyers québécois où les deux parents travaillent et où l'on compte au moins un enfant de moins de 5 ans, 68 % du temps consacré à la préparation des repas était, en 1998, accompli par les mères. (Laroche, 2001).

Bien que l'objectif du présent rapport n'est pas de cerner les liens entre les conditions de vie et l'état nutritionnel, il est intéressant de brosser un bref portrait de l'environnement familial des enfants québécois pour lesquels le profil nutritionnel sera examiné. Seront décrits tour à tour différentes caractéristiques sociodémographiques et économiques du milieu familial des enfants de même que le recours des familles aux services de garde. Afin de mettre en contexte les résultats présentés dans les chapitres subséquents, certains indicateurs de l'état de santé pouvant être associés à l'alimentation des jeunes enfants sont aussi abordés. On s'attarde notamment à mesurer la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants québécois de 4 ans, la hausse de l'obésité infantile étant considérée comme un des grands défis actuels de la santé publique.

## 2.1 Aspects méthodologiques

Il est à souligner que, sauf pour les mesures anthropométriques, toutes les données présentées dans le présent chapitre ont été recueillies lors du volet 2002 de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ), quelques semaines avant la réalisation de l'enquête de nutrition qui a permis de rejoindre, rappelons-le, 1 550 enfants. Plus précisément, les renseignements sociodémographiques, le recours à la garde, de même que certains indicateurs de santé (degré d'activité physique, perception de l'état de santé de l'enfant, hospitalisations, asthme et anémie) et la fréquence d'écoute de la télévision sont tirés du *Questionnaire informatisé rempli par l'intervieweuse* lors d'une entrevue en face-à-face avec la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM), la mère la plupart du temps; les renseignements sur l'insécurité alimentaire, quant à eux, proviennent du *Questionnaire autoadministré de la mère*. Les données sur la perception du poids de l'enfant, sur la présence de divers types d'infections et sur la prise d'antibiotiques proviennent, pour leur part, du *Questionnaire papier rempli par l'intervieweuse* également administré à la PCM dans le cadre de l'ÉLDEQ.

Enfin, les données anthropométriques proviennent du *Formulaire de mesures anthropométriques* rempli par la nutritionniste lors de la visite au domicile de l'enfant, dans le cadre de l'enquête de nutrition. Ces données ont été utilisées notamment afin d'obtenir une mesure de l'embonpoint et de l'obésité basée sur les valeurs de référence internationales établies par Cole et ses collaborateurs (2000).

Comme mentionné dans le chapitre méthodologique du présent rapport, tous les documents techniques présentant les sources et les justifications des questions retenues dans l'ÉLDEQ, de même que les instruments de collecte sont consultables sur le site Web de l'Institut de la statistique du Québec (voir, entre autres, Institut de la statistique du Québec, 2004). Pour le bénéfice du lecteur, mentionnons que la majorité des questions tirées du QIRI et utilisées dans le présent chapitre ont été reprises intégralement ou adaptées de celles incluses dans l'un ou l'autre des cycles de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ), menée au Canada depuis 1994. Parmi les autres, on retrouve les questions relatives à l'anémie diagnostiquée, aux infections et à la prise d'antibiotiques, formulées par l'ISQ à la suggestion des chercheurs de l'ÉLDEQ afin de mieux documenter l'état de santé des enfants et ses liens avec l'état nutritionnel, de même que la question relative à la perception du poids de l'enfant, inspirée d'une question incluse dans l'enquête britannique *Avon Longitudinal Study of Parents and Children*.

Quant aux questions sur l'insécurité alimentaire que l'on retrouve dans l'ÉLDEQ, elles sont tirées du questionnaire Radimer-Cornell, validé aux États-Unis (Kendall, Olson et Frongillo, 1995; Radimer et autres, 1992), dont l'utilité pour estimer la prévalence de l'insécurité alimentaire au Québec a été évaluée dans une étude exploratoire (Hamelin, 1999). Bien qu'il soit préférable de renforcer cette information à l'aide de données sur l'apport nutritionnel (ex. : rappel de 24 heures) (Kendall, Olson et Frongillo, 1996), l'information recueillie offre tout de même une indication de certains éléments reliés au phénomène de l'insécurité alimentaire. À ces trois questions se greffent deux autres questions; ces dernières permettent de connaître la fréquence à laquelle la famille a manqué de nourriture, au cours de la dernière année, et les moyens mis en œuvre pour nourrir les enfants lorsqu'une telle situation survient (Institut de la statistique du Québec, 2004).

Notons qu'en plus de dresser un portrait descriptif du cadre de vie des enfants québécois de 4 ans, le présent chapitre se penche sur certains facteurs associés à l'insécurité alimentaire et à la présence de surpoids chez les enfants, et ce, afin de mieux mettre en contexte les résultats présentés dans les chapitres subséquents. Ces analyses s'appuient sur des méthodes bivariées et visent principalement à cerner les liens entre ces deux

problématiques et les caractéristiques des enfants et de leur famille déjà décrites.

## 2.2 Caractéristiques démographiques et socioculturelles

Soulignons d'abord que les enfants québécois de 4 ans, visés par l'enquête de nutrition, se répartissent à peu près également selon le sexe puisque 51 % d'entre eux sont des garçons et 49 %, des filles. Comme l'indiquent les données présentées au tableau 2.1, tous sexes confondus, plus de la moitié des enfants avaient une mère âgée entre 25 et 34 ans (55 %) alors qu'environ 7 % d'entre eux avaient une mère âgée de moins de 25 ans, c'est-à-dire qui était âgée de moins de 20 ans ou avait à peine franchi le cap de la vingtaine au moment de leur naissance.

Sur le plan des caractéristiques socioculturelles, il est important de rappeler que tous les enfants visés par la présente enquête sont nés au Québec. Parmi eux, quelque 14 % des enfants vivaient avec une mère née à

l'extérieur du Canada, celle-ci étant le plus souvent originaire d'un pays non européen (11 %). Peu importe leur pays de provenance, la majorité des mères immigrantes (60 %) avaient immigré pour la première fois au Canada il y a 10 ans ou plus (données non présentées). Plusieurs d'entre elles avaient donc, on peut le supposer, intégré certaines habitudes alimentaires de leur pays d'accueil. De façon complémentaire, les données de l'enquête révèlent que 6 % des enfants vivaient dans un ménage où la principale langue utilisée n'était ni le français ni l'anglais (données non présentées).

## 2.3 Milieu familial et modes de garde

Durant l'enfance, c'est principalement par l'entremise de la famille que se développent les préférences et les comportements alimentaires. Pour les enfants fréquentant un milieu de garde, on l'a vu, l'éducation nutritionnelle et les habitudes alimentaires acquises en milieu de garde viennent compléter celles reçues dans le cadre familial.

Tableau 2.1

### Certaines caractéristiques sociodémographiques des enfants de 4 ans et de leur famille, Québec, 2002

	%
<b>Sexe</b>	
Garçons	51,2
Filles	48,8
<b>Groupe d'âge de la mère</b>	
Moins de 25 ans	6,9
25-34 ans	55,2
35 ans et plus	37,9
<b>Lieu de naissance de la mère</b>	
Canada	86,2
Pays non européen	11,0
Pays européen	2,8 *
<b>Situation familiale résidentielle</b>	
Vit avec ses deux parents biologiques	80,2
Vit avec un parent biologique et un beau-parent	5,1
Vit avec un seul parent	14,7
<b>Nombre de frères et sœurs présents dans le ménage</b>	
Aucun	19,7
1	53,1
2	19,7
3 et plus	7,5
<b>Emploi du temps des parents</b>	
Le parent seul ou les deux parents travaillent ou étudient	64,2
Un seul parent de famille biparentale travaille ou étudie	27,5
Ni l'un ni l'autre des parents de famille biparentale ou le parent seul ne travaille ou n'étudie	8,3

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

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans* et *ÉLDEQ 1998-2002*.

Alors que la grande majorité des enfants québécois de 4 ans (80 %) habitaient au moment de l'enquête avec leurs deux parents biologiques, près de 15 % vivaient avec un parent seul tandis que 5 % résidaient avec un parent biologique et son conjoint au sein d'une famille recomposée<sup>2</sup>. Soulignons que parmi les enfants n'ayant jamais vécu avec leurs deux parents biologiques ou les ayant vus se séparer, environ 18 % résidaient en alternance chez leurs deux parents<sup>3</sup> dont les habitudes alimentaires peuvent différer. Au total, les situations de résidence alternée ne touchaient toutefois qu'environ 3 % de l'ensemble des enfants de 4 ans visés par l'étude (données non présentées)<sup>4</sup>.

En ce qui concerne le nombre d'enfants dans la famille, on constate que dans un cas sur cinq (20 %), l'enfant n'a pas de frère ou de sœur habitant avec lui. Environ la moitié des enfants (53 %) partagent leur quotidien avec un seul frère ou une seule sœur tandis qu'ils sont 8 % à faire partie d'une famille considérée nombreuse; ce dernier type de famille compte, en plus de l'enfant cible, trois autres enfants. Parmi les enfants évoluant dans un milieu familial comprenant des frères ou sœurs, la majorité (69 % parmi 80 %) cohabitent avec une fratrie plus âgée (données non présentées).

Dans près des deux tiers des ménages (64 %), le parent seul ou les deux parents étaient en emploi ou aux études au moment de l'enquête. Les données relatives aux modalités de garde indiquent, par ailleurs, qu'environ 7 enfants sur 10 (69 %) étaient gardés de façon régulière, pendant 33,7 heures par semaine en moyenne<sup>5</sup> (tableau

2. Seuls quelques enfants vivaient sans présence parentale, soit en famille d'accueil, soit avec leurs grands-parents.
3. Soit la plupart du temps avec le père, soit la plupart du temps avec la mère, soit chez les deux parents de façon égale.
4. Il convient de souligner que, dans le cadre de la présente enquête, les données sur les apports en nutriments et les portions d'aliments ont été ajustées de manière à en retrancher la variabilité journalière, obtenant ainsi une estimation des données de consommation habituelle. Cette façon de faire permet de tenir compte du fait que bon nombre d'enfants fréquentent différents milieux leur offrant des régimes alimentaires variés (milieu de garde, restaurant, situations de garde partagée).
5. À noter qu'il n'y a pas d'équation simple entre l'emploi du temps des parents et l'utilisation de services de garde par l'enfant. En effet, une proportion non négligeable d'enfants dont les parents travaillent ou étudient ne se font pas garder régulièrement (14 %); cela pourrait tenir aux horaires en alternance de leurs parents (données non présentées). Au total, c'est près de 8 enfants sur 10 (78 %) dont les parents étaient au travail ou aux études ou qui étaient gardés régulièrement au moment de l'enquête (données non présentées).

2.2). Dans la grande majorité des cas, les enfants gardés l'étaient à l'extérieur de leur domicile, soit en milieu familial, soit en garderie. Fait à souligner, parmi les enfants gardés régulièrement, 45 % l'étaient habituellement 40 heures ou plus par semaine (tableau 2.3).

Tableau 2.2  
**Modalités de garde des enfants de 4 ans, Québec, 2002**

	%	Nombre moyen d'heures de garde par semaine
<b>Gardés régulièrement</b>	69,2	33,7
Domicile	3,7	29,8
Milieu familial	31,0	32,1
Volet installation (CPE) ou en garderie privée	34,5	35,6
<b>Non gardés régulièrement</b>	30,8	...

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans et ÉLDEQ 1998-2002*.

Tableau 2.3  
**Nombre habituel d'heures de garde hebdomadaires chez les enfants de 4 ans ayant recours à un mode de garde de façon régulière, Québec, 2002**

	%
Moins de 10 heures	3,1 *
10 heures à 19 heures	8,6
20 heures à 29 heures	17,5
30 heures à 39 heures	26,0
40 heures et plus	44,7

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

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans et ÉLDEQ 1998-2002*.

## 2.4 Statut socioéconomique et insécurité alimentaire

Nombreuses sont les études ayant démontré un lien entre le statut socioéconomique des familles et la qualité de leur alimentation. Le manque d'argent limite l'accès à une alimentation de qualité, une situation pouvant compromettre la croissance et le développement des enfants. Diverses études menées au cours des dernières années ont en effet montré que les personnes à faible revenu et, en particulier, les familles dépendantes de l'aide sociale ne disposent pas de moyens financiers leur permettant d'avoir une alimentation nutritive et équilibrée

(pour une revue, voir, entre autres, Minaker et Hannings, 2002). En milieu défavorisé, le budget alimentaire est celui qui se prête le plus à la compression, les ressources financières servant le plus souvent à payer d'abord les frais fixes (ex. : loyer, chauffage) et à faire face aux urgences (Badun, Evers et Hooper, 1995). En plus de l'insuffisance de revenu, plusieurs facteurs concourent à une alimentation non optimale en milieu défavorisé : par exemple, l'absence ou la rareté des supermarchés où les prix sont en général plus bas et où on retrouve une plus grande variété d'aliments que dans les dépanneurs. Au chapitre des caractéristiques socioéconomiques, le niveau de scolarité de la mère est également reconnu comme étant étroitement associé à l'alimentation des enfants (North et autres, 2000). Bien que l'impact net de cette caractéristique ait été rarement étudié, certaines études révèlent que l'alimentation moins adéquate des enfants de mères faiblement scolarisées ne tiendrait pas seulement aux moyens financiers plus limités dont disposent ces familles mais pourrait aussi refléter des connaissances moins vastes en matière de nutrition (Cochrane, Leslie et O'hara, 1982).

Selon les données de l'ÉLDEQ, parmi les enfants québécois âgés d'environ 4 ans en 2002, près de 4 sur 10 (38 %) avaient une mère n'ayant pas dépassé le niveau d'études secondaires. Plus précisément, environ un enfant sur six (16 %) vivait avec une mère qui ne détenait pas de diplôme d'études secondaires tandis qu'à l'opposé, 27 % des jeunes enfants avaient une mère possédant un diplôme universitaire (tableau 2.4).

Au regard du niveau de vie, environ un enfant sur cinq (19 %) vivait dans une famille dont le revenu annuel brut au cours de l'année précédant l'enquête était inférieur à 30 000 \$, soit un revenu pouvant être considéré faible<sup>6</sup>. Parmi les familles, certaines connaissaient une situation financière particulièrement précaire. C'était le cas notamment de celles ayant déclaré de l'aide sociale ou de l'assurance-emploi (respectivement 8 % et 2,0 % de l'ensemble des familles) comme principale source de revenu pour l'année précédant l'enquête (tableau 2.4).

6. À noter que ce montant correspond au seuil en dessous duquel une famille comptant quatre personnes et vivant dans une grande ville (500 000 habitants et plus) était considérée par Statistique Canada, en 2001, comme étant à faible revenu (Statistique Canada, 2004).

Tableau 2.4

**Certaines caractéristiques socioéconomiques des ménages dans lesquels vivent les enfants de 4 ans, Québec, 2002**

	%
<b>Diplôme le plus élevé obtenu par la mère</b>	
Sans diplôme d'études secondaires	15,8
Diplôme d'études secondaires	22,4
Diplôme d'études postsecondaires (sauf univ.)	34,9
Diplôme universitaire	26,9
<b>Revenu annuel brut du ménage</b>	
Moins de 30 000 \$	19,1
30 000 \$ à 59 999 \$	38,6
60 000 \$ et plus	42,3
<b>Principale source de revenu du ménage</b>	
Salaires et traitements	78,7
Travail autonome	10,0
Aide sociale	7,5
Assurance-emploi	2,0 *
Autres	1,8 *

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

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans et ÉLDEQ 1998-2002*.

La précarité financière peut conduire certains ménages à connaître une situation d'insécurité alimentaire, soit à avoir un accès limité ou incertain à une nourriture saine et adéquate du point de vue nutritionnel. Ce phénomène dont les conséquences peuvent se traduire par la faim, la malnutrition ou divers effets négatifs sur la santé et la qualité de vie prendrait des proportions de plus en plus inquiétantes au Canada (Hamelin, Beaudry et Habicht, 1998). Pour connaître la proportion d'enfants touchés par ce phénomène, une question à trois énoncés reflétant respectivement la diversité, la quantité et la qualité de l'alimentation en situation de manque d'argent a été posée dans le cadre de l'ÉLDEQ. Il a été établi qu'il y a présence d'insécurité alimentaire lorsque l'une des trois situations est déclarée présente.

Selon l'information recueillie, parmi les enfants âgés d'environ 4 ans visés par l'enquête de nutrition, environ un sur 10 (11 %) vivait, en 2002, dans un ménage où les membres avaient mangé la même chose plusieurs fois de suite, avaient mangé moins qu'ils le devraient ou n'avaient pu prendre de repas équilibrés en raison d'un manque d'argent. Cette situation est bien sûr étroitement liée au niveau de revenu du ménage puisque environ un ménage sur trois (34 %), dont le revenu annuel était

inférieur à 30 000 \$, avait été confronté à cette réalité comparativement à seulement 3,3 % de ménages bénéficiant d'un revenu égal ou supérieur à 60 000 \$ (tableau 2.5). La prévalence de l'insécurité alimentaire est aussi plus élevée dans les ménages sans revenu d'emploi ou, dans une moindre mesure, à un seul revenu d'emploi, dans les ménages monoparentaux ou comptant quatre enfants ou plus, de même que dans ceux où la mère est âgée de moins de 25 ans, est immigrante ou faiblement scolarisée, soit autant de caractéristiques elles-mêmes étroitement associées aux ressources financières du ménage (données non présentées).

On a aussi cherché à savoir s'il était arrivé au moins une fois, au cours de l'année précédant l'enquête, que l'un des membres présents ne mange pas suffisamment parce que la famille était à court de nourriture ou n'avait plus d'argent pour en acheter. Selon les données de l'enquête, 3,9 % des enfants vivent dans un ménage ayant connu cette situation. Les stratégies les plus souvent adoptées pour nourrir les enfants lorsque de telles situations surviennent sont qu'un des adultes du ménage saute des repas ou mange moins (1,9 %), que la famille mange plus souvent la même nourriture (1,1 %) et/ou qu'elle a recours à l'aide de la famille élargie (0,9 %) (données non présentées).

Tableau 2.5

**Présence d'insécurité alimentaire chez les enfants de 4 ans selon le revenu du ménage<sup>1</sup>, Québec, 2002**

	Moins de 30 000 \$	30 000 \$ à 59 999 \$ %	60 000 \$ ou plus	Total
Présence	34,4	9,2 *	3,3 *	11,3
Absence	65,6	90,8	96,7	88,7

1. Test du khi-deux significatif au seuil de 0,05.

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

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans et ÉLDEQ 1998-2002*.

## 2.5 Degré d'activité physique et état de santé perçus

Il est bien connu qu'une alimentation de qualité contribue au développement physique et cognitif des enfants en plus de jouer un rôle dans la prévention des maladies chroniques et de favoriser un meilleur état de santé à l'âge adulte. À niveau de revenu équivalent, les enfants souffrant de malnutrition sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes de santé tels que otites et rhumes à répétition, anémie, asthme et maux de tête fréquents (Alaimo et autres, 2001). Par ailleurs, certains comportements interagissent avec l'apport nutritionnel pour influencer l'état de santé des enfants. L'activité physique, par exemple, représente un facteur clé dans le maintien de la balance énergétique tout en exerçant divers effets positifs sur la croissance et la maturation chez l'enfant (Kohl et Hobbs, 1998).

Dans le cadre du volet 2002 de l'ÉLDEQ, on a demandé à la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM), quel était le degré d'activité physique de l'enfant en comparaison des autres enfants du même âge et du même sexe. Cette question, tirée de l'ELNEJ, ne s'appuie donc pas sur une mesure empirique de la dépense d'énergie ou du temps consacré à l'activité

physique ni sur une évaluation de la forme physique (Goran, 1998; Pérez, 2003), ce dernier aspect étant intégré seulement aux volets ultérieurs de l'ÉLDEQ alors que les enfants fréquentent l'école. Il peut s'avérer tout de même intéressant de souligner qu'une relation négative est observée dans la présente enquête entre le degré d'activité physique perçu et la fréquence d'écoute de la télévision, les enfants visionnant la télévision trois heures ou plus par jour étant plus susceptibles d'être perçus par leurs parents comme affichant un degré d'activité physique moins élevé que les autres enfants de leur âge (données non présentées).

Selon les données recueillies dans l'ÉLDEQ, environ 7 enfants sur 10 (69 %) sont considérés comme présentant un degré d'activité physique comparable à celui de leurs pairs tandis que 28 % des enfants sont perçus comme ayant un niveau d'activité physique un peu plus élevé ou beaucoup plus élevé. À peine 3,1 % des enfants sont considérés comme affichant un degré d'activité physique relativement moins élevé.

Des différences sont observées selon le sexe de l'enfant, les garçons étant proportionnellement plus nombreux que les filles à être perçus comme présentant un niveau d'activité physique supérieur à celui des autres enfants de leur âge et de leur sexe (32 % c. 24 %) (tableau 2.6). Fait intéressant à souligner, ces dernières proportions se rapprochent de celles notées lors du volet nutrition de

*l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois (ESSEA)* chez les enfants de 6-8 ans, à partir d'une question similaire adressée aux enfants eux-mêmes. Ainsi, 38 % des garçons et 27 % des filles de cet âge se perçoivent comme faisant plus de sports ou d'activités physiques que les autres jeunes de leur âge (Lavallée et Stan, 2004).

Tableau 2.6  
**Degré d'activité physique et état de santé perçus<sup>1</sup> des enfants de 4 ans selon le sexe, Québec, 2002**

	Garçons	Filles	Total
	%		
<b>Degré d'activité physique perçu<sup>2</sup></b>			
Beaucoup plus élevé	8,3	6,2*	7,2
Un peu plus élevé	23,7	18,2	21,0
Égal	64,5	73,0	68,7
Un peu moins ou beaucoup moins élevé	3,5*	2,7**	3,1*
<b>État de santé perçu</b>			
Excellent	60,4	61,7	61,0
Très bon	30,3	30,2	30,2
Bon, passable ou mauvais	9,3	8,1	8,7

1. Par la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM).

2. Test du khi-deux selon le sexe significatif au seuil de 0,05.

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

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

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans et ÉLDEQ 1998-2002*.

Un des indicateurs retenus pour cerner l'état de santé général de l'enfant est la perception de l'état de santé de l'enfant par la personne désignée comme PCM. Cet indicateur peut être considéré comme une bonne mesure de la santé globale de l'enfant (Séguin et autres, 2003). Les données indiquent que, peu importe le sexe, la grande majorité des enfants sont perçus comme étant en excellente ou en très bonne santé (91 %) (tableau 2.6). Parmi les autres enfants, la grande majorité sont perçus comme étant en bonne santé. Seule une très faible proportion d'enfants aurait une santé considérée passable ou mauvaise (données non présentées). Au regard de problèmes de santé spécifiques, les données de l'enquête permettent d'estimer à environ 2,1 % la proportion d'enfants, garçons ou filles, ayant fait une crise d'asthme au cours des trois derniers mois tandis qu'une proportion semblable d'enfants ont été admis pour une nuitée à l'hôpital durant cette période<sup>7</sup>. Par

ailleurs, selon les déclarations des PCM, une proportion très faible d'enfants ont reçu un diagnostic d'anémie (0,4 %), dans les trois mois précédant l'enquête, une condition pouvant être associée à une carence en fer (données non présentées). Ce résultat n'exclut pas toutefois que parmi les enfants n'ayant pas reçu un tel diagnostic, certains aient de faibles réserves en fer.

Si globalement la grande majorité des enfants sont perçus comme affichant un bon état de santé, ils n'en sont pas moins à l'abri de problèmes de santé pouvant entraîner une limitation de leurs activités à l'occasion. Ainsi, selon les déclarations des PCM, environ les deux tiers (67 %) ont vécu au moins un épisode d'infection dans les trois mois qui ont précédé l'enquête. On note qu'environ 4,8 % en ont eu au moins trois (tableau 2.7). Par ailleurs, dans les six mois précédant l'enquête, 45 % des enfants ont reçu au moins un traitement aux

7. En raison du changement de calendrier introduit au volet 2002 de l'ÉLDEQ (voir chapitre 1), de nombreuses questions, comportant une période de référence de douze mois lors des volets précédents, ont été reformulées afin que celle-ci se réduise à trois mois, soit l'intervalle le plus court séparant cette collecte de la précédente. Cette façon de faire visait à éviter les chevauchements tout en établissant une période de

référence identique pour tous les enfants. Toutefois, de façon générale, le choix de la période de référence varie selon l'information recherchée. Par exemple, dans le cas des traitements aux antibiotiques présentés ci-après, elle a été établie à six mois de façon à pouvoir identifier les enfants ayant eu plusieurs traitements à long terme ou un traitement continu (Institut de la statistique du Québec, 2004).

Tableau 2.7

**Fréquence des infections et des traitements aux antibiotiques chez les enfants de 4 ans selon le sexe, Québec, 2002**

	Garçons	Filles	Total
	%		
<b>Nombre d'infections (3 derniers mois)</b>			
Aucune	34,6	31,6	<b>33,1</b>
Une	39,3	40,1	<b>39,7</b>
Deux	22,0	22,8	<b>22,4</b>
Trois ou plus	4,1 *	5,6 *	<b>4,8</b>
<b>Nombre de traitements aux antibiotiques (6 derniers mois)</b>			
Aucun	53,8	55,5	<b>54,6</b>
Un	31,2	27,9	<b>29,6</b>
Deux ou plus <sup>1</sup>	15,0	16,6	<b>15,8</b>

1. Inclut quelques enfants (< 1 %) ayant eu des traitements à long terme ou un traitement continu.

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

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans* et *ÉLDEQ 1998-2002*.

antibiotiques pouvant être associé à des infections de toutes sortes (tableau 2.7). Aucune différence significative selon le sexe n'est relevée quant à la prévalence des infections ou la prise d'antibiotiques.

On notera qu'aucune relation significative n'a été détectée entre le nombre d'épisodes d'infection chez l'enfant et la présence d'insécurité alimentaire dans le ménage. Par contre, les enfants vivant dans un ménage ayant connu l'insécurité alimentaire sont moins susceptibles d'avoir un état de santé perçu comme étant excellent et, inversement, plus enclins à être considérés par leurs parents comme présentant un degré d'activité physique plus élevé que les enfants de leur âge et de leur sexe (données non présentées). Ce résultat intrigant au premier abord mériterait sûrement d'être davantage exploré en lien notamment avec les données sur l'apport nutritionnel et les divers indicateurs relatifs au comportement et au développement de l'enfant disponibles dans l'ÉLDEQ.

## 2.6 Poids corporel

La prévalence de l'obésité chez les enfants a considérablement augmenté, tant au Québec (Ledoux, Mongeau et Rivard, 2002) qu'ailleurs au Canada (Santé Canada, 2001; Shields, 2005; Tremblay, Katzmarzyk et Wills, 2002) au cours des dernières décennies, au point de devenir un enjeu majeur de santé publique. Cette hausse est en grande partie attribuable aux nombreuses transformations sociales survenues au cours de cette période, lesquelles ont favorisé l'adoption d'un mode de vie que certains qualifient d'obésogène, c'est-à-dire

caractérisé notamment par une diminution de l'activité physique et de la dépense d'énergie et une modification profonde des habitudes alimentaires (GTPPP, 2003; INMD, 2003). À titre d'exemple, au Québec, le Groupe de travail provincial sur la problématique du poids rapporte qu'en 1971, 80 % des enfants de 7-8 ans marchaient pour se rendre à l'école alors qu'en 1999, cette situation ne concernait seulement que 41 % des enfants de cet âge (Chevalier, 2003; Mayer et Roberge, 2002). Or, plusieurs études révèlent qu'en plus d'être liée à divers problèmes comme le diabète, l'asthme, plusieurs maladies cardiovasculaires ou le cancer, l'obésité en bas âge augmenterait les risques d'obésité plus tard dans l'enfance (Barthel et autres, 2001) et à l'âge adulte (Dietz, 1998; Steinberger et Daniels, 2003). Une plus grande adiposité centrale ou abdominale chez les enfants a également été associée à des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (Freedman et autres, 1999). Outre les problèmes de santé liés à l'obésité, présenter un excès de poids s'avère être un fardeau sur le plan psychologique et social, les enfants concernés ayant plus de chances d'être rejetés par leurs pairs et de vivre un isolement social (Fischler, 2001).

Selon diverses études, les enfants de milieux moins favorisés sur le plan socioéconomique seraient plus susceptibles de présenter un excès de poids, en raison notamment d'un accès plus limité à des aliments nutritifs, à des espaces de jeu sécuritaires ou encore à des activités sportives ou récréatives leur permettant la pratique d'activités physiques (Evers et Hooper, 1995; Luder, Melnik et DiMaio, 1998; Nelson, 2000).



Dans la présente enquête, des mesures du poids corporel, de la taille et des plis cutanés tricipital et sous-scapulaire ont été prises par des nutritionnistes ayant reçu une formation spécifique. Ces différentes mesures anthropométriques ont été utilisées pour constituer des indices permettant d'estimer la composition corporelle, soit l'indice de masse corporelle (IMC) et le ratio des plis

cutanés. Afin de déterminer la prévalence de l'excès de poids chez les enfants québécois de 4 ans, des valeurs de référence correspondant à la nouvelle définition internationale de l'obésité infantile proposée par Cole et ses collaborateurs (2000) ont été retenues (voir encadré).

#### **Les mesures anthropométriques et la mesure du surpoids chez les enfants**

Le poids corporel a été mesuré en kilogrammes, arrondis à 0,5 kg, au moyen d'un pèse-personne remis à zéro pour chaque mesure. L'enfant était vêtu légèrement et ne portait pas de chaussures. La taille en centimètres, arrondis au dixième de centimètre, a été mesurée lors de l'inspiration maximale, l'enfant étant adossé contre le mur, bien droit, les pieds joints et à plat sur le sol, les jambes tendues. Les mesures des plis cutanés tricipital (au triceps) et sous-scapulaire (sous l'omoplate), en millimètres arrondis à 0,5 mm, ont été prises au moyen d'un adipomètre de type Lange, dont la pression standard est de 10 g/mm<sup>2</sup> au niveau des mâchoires. Dans tous les cas, les mesures finales représentent une moyenne de deux mesures. Lorsque l'écart entre la première et la seconde était de plus de 0,5 kg pour le poids, d'au moins 0,5 cm pour la taille et de plus de 1 mm pour les plis cutanés, une troisième mesure était prise et la moyenne des deux mesures les plus rapprochées était retenue.

Ces différentes mesures anthropométriques peuvent être utilisées pour constituer des indices permettant d'estimer la composition corporelle (Lobstein, Baur et Uauy, 2004). Dans la présente enquête, l'indice de masse corporelle (IMC), soit un indice du degré d'adiposité, a été calculé par le rapport du poids corporel (en kilogrammes) sur le carré de la taille (en mètres) de l'enfant. Le ratio des plis cutanés, sous-scapulaire et tricipital, considéré comme un indice de la répartition du gras corporel, opposant la région du tronc et les extrémités du corps (Freedman et autres, 1999; Moreno et autres, 1998), a également été calculé.

En ce qui concerne l'embonpoint et l'obésité, les valeurs de référence de Cole et autres (2000) ont été retenues. Plus précisément, dans le but de définir l'embonpoint et l'obésité infantiles de manière uniforme à l'échelle internationale, Cole et ses collaborateurs ont établi des seuils de référence, à partir de valeurs d'IMC, qui tiennent compte de l'âge et du sexe des enfants. Ces seuils, qui sont basés sur les courbes de centiles issues des données de vastes enquêtes menées dans six populations de référence, sont déterminés en fonction d'une moyenne des courbes correspondant, pour l'embonpoint, à un IMC de 25 kg/m<sup>2</sup> à l'âge de 18 ans et, pour l'obésité, à un IMC de 30 kg/m<sup>2</sup>. Les seuils établis par Cole et ses collaborateurs (2000) pour définir l'embonpoint et l'obésité chez les enfants âgés de 3,5 à 4,5 ans ont été utilisés en fonction du sexe et de l'âge des enfants. Ces valeurs sont présentées au tableau C.2.1, à la fin du présent chapitre. À titre d'exemple, à l'âge de 4 ans, les valeurs définissant l'embonpoint se situent à 17,55 kg/m<sup>2</sup> chez les garçons et à 17,28 kg/m<sup>2</sup> chez les filles.

Le tableau 2.8 présente les valeurs moyennes pour différents indices et mesures anthropométriques selon le sexe des enfants. Des différences significatives sont observées entre les garçons et les filles en ce qui concerne le poids, la taille et les mesures de plis cutanés. Ainsi, les garçons affichent en moyenne un poids et une taille plus élevés que les filles (soit 17,2 kg c. 16,6 kg et 104 cm c. 102,8 cm) tandis que les mesures de plis cutanés sont supérieures chez les filles. Par contre, l'IMC et le ratio des plis cutanés ne diffèrent pas de façon significative selon le sexe, se situant respectivement à près de 16 kg/m<sup>2</sup> et à environ 0,6 dans les deux cas. De façon complémentaire, au

tableau C.2.2, à la fin du chapitre, on trouvera les 5<sup>e</sup>, 85<sup>e</sup> et 95<sup>e</sup> percentiles pour ces deux indices anthropométriques au sein de la population des enfants québécois âgés de 4 ans, selon le sexe.

Le tableau 2.9 présente les prévalences d'embonpoint et d'obésité estimées à partir des valeurs de référence retenues, selon le sexe des enfants. Les données révèlent qu'environ un enfant québécois de 4 ans sur sept (14 %) présente de l'embonpoint ou est obèse. Plus spécifiquement, la prévalence de l'embonpoint s'élève à 10 % alors que la prévalence de l'obésité est estimée à 3,8 %. Ces proportions ne diffèrent pas de façon significative selon le sexe des enfants.

Tableau 2.8

**Diverses mesures et indices anthropométriques des enfants de 4 ans, selon le sexe, Québec, 2002**

	Garçons		Filles	
	Moyenne	I. C.	Moyenne	I. C.
Poids (kg)	17,2 <sup>a</sup>	(17,0 – 17,4)	16,6 <sup>a</sup>	(16,5 – 16,8)
Taille (cm)	104,0 <sup>b</sup>	(103,7 – 104,4)	102,8 <sup>b</sup>	(102,5 – 103,1)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	15,9	(15,7 – 16,1)	15,8	(15,6 – 15,9)
Pli sous-scapulaire (PS) (mm)	7,0 <sup>c</sup>	(6,8 – 7,3)	7,9 <sup>c</sup>	(7,7 – 8,2)
Pli tricipital (PT) (mm)	11,5 <sup>d</sup>	(11,2 – 11,7)	12,6 <sup>d</sup>	(12,3 – 12,9)
Ratio PS/PT	0,6	(0,6 – 0,6)	0,7	(0,6 – 0,7)

a-d Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*.

Tableau 2.9

**Embonpoint et obésité chez les enfants de 4 ans selon le sexe<sup>1</sup>, Québec, 2002**

	Garçons	Filles	Total
Embonpoint	8,5	11,0	<b>9,7</b>
Obésité	4,0 *	3,6 *	<b>3,8</b>
Total	13,0	15,0	<b>14,0</b>

1. En fonction des critères internationaux définis par Cole et autres (2000).

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*.

Le tableau 2.10 présente les valeurs moyennes du ratio des plis sous-scapulaire et tricipital en présence ou non d'embonpoint ou d'obésité. La moyenne pour cet indice de la répartition de la masse adipeuse apparaît plus élevée chez les enfants faisant de l'embonpoint, et encore davantage chez ceux qui sont obèses. Ce constat laisse entendre que, de façon générale, le surplus de poids pourrait s'accompagner d'une plus grande adiposité centrale, ce qui va dans le même sens que les observations de certains auteurs (Moreno et autres, 1998).

Tableau 2.10

**Ratio des plis sous-scapulaire et tricipital chez les enfants de 4 ans, selon la présence ou non d'embonpoint ou d'obésité<sup>1</sup>, Québec, 2002**

	Ratio des plis sous-scapulaire et tricipital	
	Moyenne	I.C.
Absence d'embonpoint ou d'obésité	0,6 <sup>a</sup>	(0,6 – 0,6)
Embonpoint	0,7 <sup>a</sup>	(0,6 – 0,7)
Obésité	0,8 <sup>a</sup>	(0,7 – 0,8)

1. En fonction des critères internationaux définis par Cole et autres (2000).

a. Les moyennes dotées du même exposant sont significativement différentes au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*.

Quelle perception les parents ont-ils du poids de leur enfant compte tenu de sa taille? Les données révèlent que la grande majorité des enfants âgés d'environ 4 ans sont perçus par leurs parents comme présentant un poids normal (85 %) tandis que 12 % sont perçus comme étant maigres ou minces et seulement 3,7 % comme présentant un surpoids (tableau 2.11). Aucune différence significative n'est observée à cet égard en fonction du sexe de l'enfant. Fait à souligner, on observe un écart entre les mesures objectives d'embonpoint ou d'obésité chez les enfants québécois de 4 ans et la perception qu'ont les parents du poids de leur enfant.

Tableau 2.11

**Perception du poids de l'enfant par la PCM selon le sexe des enfants, Québec, 2002**

	Garçons	Filles	Total
	%		
Maigre ou mince	12,5	11,0	<b>11,8</b>
Poids normal	84,1	85,0	<b>84,5</b>
Surplus de poids	3,5 *	3,9 *	<b>3,7</b>

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*.

De façon plus spécifique, parmi les enfants présentant un problème d'embonpoint ou d'obésité, la majorité (soit 89 % et 57 %) ne sont pas perçus comme présentant un surplus de poids par leurs parents (tableau 2.12). Certains parents d'enfants obèses perçoivent même leur enfant comme étant maigre ou mince (3,1 %). Étant basé sur un petit nombre de cas, ce dernier pourcentage doit toutefois être interprété avec prudence. L'ensemble de ces résultats suggère néanmoins que les normes de poids socialement acceptables chez les enfants tendent peut-être à changer au sein de la société. Ainsi, sans exclure le fait que d'autres facteurs puissent entrer en jeu, on peut supposer qu'un poids plus élevé chez les enfants est considéré par certains parents comme faisant partie des normes.

L'examen du poids de l'enfant en fonction des diverses variables sociodémographiques révèle que les enfants dont la mère est immigrante non européenne de même que ceux vivant dans un ménage à faible revenu tendent à présenter plus souvent un surpoids (embonpoint ou obésité) ( $p < 0,10$ ) (données non présentées). La prévalence de surpoids s'avère par ailleurs significativement plus élevée chez les enfants vivant dans des ménages ayant souffert d'insécurité alimentaire comparativement à ceux vivant dans les autres ménages (21 % c. 13 %;  $p < 0,05$ ) (données non présentées). Par contre, aucune relation significative n'a été observée

entre le surpoids et le niveau de scolarité de la mère ou encore la fréquentation régulière d'un milieu de garde. La prévalence du surpoids chez les enfants ne diffère pas non plus de façon significative selon leur état de santé général ou leur degré d'activité physique (tels que perçus par la PCM) ou encore selon la fréquence d'écoute de la télévision (3 heures ou plus c. moins de 3 heures par jour) (données non présentées).

Concernant la prévalence du surpoids chez les jeunes enfants, il existe, à notre connaissance, peu de données comparables. Les prévalences estimées selon les mêmes critères dans le cadre de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*, révèlent qu'environ 19 % des garçons et une proportion semblable de filles âgés de 6 à 8 ans présenteraient un surplus de poids (embonpoint ou obésité); la proportion d'enfants obèses est particulièrement élevée chez les garçons (9,5 %) (Lavallée et Stan, 2004). Par ailleurs, les premiers résultats de l'*Enquête de 2004 sur la santé et les collectivités canadiennes : Nutrition*, fondés aussi sur des mesures directes de la taille et du poids, montrent que 15 % des enfants canadiens de 2 à 5 ans feraient de l'embonpoint tandis que 6 % seraient considérés obèses (Shields 2005). Ces données mettent en évidence l'importance de miser sur la prévention des problèmes d'embonpoint et d'obésité dès le jeune âge.

Tableau 2.12

**Perception du poids de l'enfant par la PCM selon la présence ou non d'embonpoint ou d'obésité<sup>1, 2</sup>, Québec, 2002**

	Maigre ou mince	Poids normal %	Surplus de poids
Absence d'embonpoint ou d'obésité	13,6	85,5	0,9 **
Embonpoint	-	88,6	11,4 **
Obésité	3,1 **	54,2	42,8 *

1. En fonction des critères internationaux définis par Cole et autres (2000).

2. Test du khi-deux significatif au seuil de 0,05.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*.

## Conclusion

Les données de ce chapitre visaient à brosser un bref portrait du milieu familial des enfants afin de mettre en contexte les résultats présentés dans ce rapport. Rappelons que les enfants de 4 ans, visés par la présente étude, sont nés au Québec. Si environ un enfant sur sept (14 %) est né d'une mère immigrante, la grande majorité des enfants (94 %) vivaient dans un

ménage où l'une des principales langues utilisées était le français ou l'anglais.

Au sujet de la composition familiale, les données révèlent que 80 % des enfants vivaient avec leurs deux parents biologiques au moment de l'enquête. Peu importe la structure familiale, un enfant sur cinq n'avait pas de fratrie tandis qu'environ 8 % faisaient partie d'une

famille nombreuse, c'est-à-dire comptant quatre enfants ou plus.

En ce qui concerne l'emploi du temps des parents, 64 % des enfants vivaient dans un ménage où les deux parents ou le parent seul qui en avait la garde lors de l'enquête travaillaient ou étudiaient; ces enfants étaient donc susceptibles de fréquenter un milieu de garde. Dans les faits, c'est environ 7 enfants sur 10 qui étaient régulièrement gardés à ce moment, soit 33,7 heures par semaine en moyenne, le plus souvent à l'extérieur du foyer.

Au chapitre des conditions socioéconomiques, les données ont mis en évidence la proportion relativement importante d'enfants dont la mère n'a pas complété un diplôme d'études secondaires (16 %) ou vivant dans une famille dont le revenu annuel brut, au cours de l'année précédant l'enquête, était inférieur à 30 000 \$ (19 %), un revenu pouvant être considéré faible. La précarité financière vécue par certaines familles n'est bien sûr pas sans avoir de répercussions sur la qualité de leur alimentation. Les données de l'enquête ont révélé à cet égard qu'environ 11 % des enfants vivaient dans un ménage ayant souffert d'insécurité alimentaire, c'est-à-dire où les membres avaient mangé la même chose plusieurs fois de suite, avaient mangé moins qu'ils le devraient ou n'avaient pu prendre de repas équilibrés en raison d'un manque d'argent. Dans les ménages dont le revenu annuel brut était inférieur à 30 000 \$, c'est environ un sur trois qui est concerné par une situation d'insécurité alimentaire. Soulignons en outre que dans 3,9 % des ménages, il est arrivé au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête qu'un des membres présents, le plus souvent un adulte, ne mange pas suffisamment parce que la famille était à court de nourriture ou n'avait plus d'argent pour en acheter.

Au regard de l'état de santé et du degré d'activité physique perçus, les données révèlent que, peu importe le sexe, la grande majorité des enfants (91 %) sont considérés comme étant en excellente ou en très bonne santé. Si une majorité d'enfants (69 %) sont perçus comme présentant un niveau d'activité physique comparable à celui des enfants de leur âge, les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à être considérés comme affichant un degré d'activité physique supérieur à celui de leurs pairs.

Parallèlement, la mesure du poids corporel basée sur des critères internationaux à partir de l'IMC (Cole et autres, 2000) a permis d'estimer que 10 % des enfants québécois de 4 ans, visés par l'étude, présentent de l'embonpoint tandis que 3,8 % sont considérés obèses. Par contre, seulement 3,7 % des enfants sont perçus par leurs parents comme présentant un surplus de poids. Cet écart entre les mesures objective et subjective du surpoids mérite d'être souligné. Comme cette perception a été recueillie dans le cadre d'une entrevue en face-à-face, il est possible que les réponses fournies par les parents aient été influencées par un phénomène de désirabilité sociale. Les normes sociales changeantes, soit la présence plus grande d'enfants présentant un surplus de poids, pourraient aussi avoir un impact sur les perceptions qu'ont les parents du poids de leur enfant. Enfin, d'autres facteurs comme le poids des parents, leur image corporelle ou encore l'âge de l'enfant peuvent aussi intervenir, les parents pouvant estimer qu'il est prématuré de considérer leur enfant en bas âge comme présentant un excès pondéral. Il est clair que des recherches plus poussées sont requises afin de mieux comprendre ce qui peut influencer la perception qu'ont les parents du poids de leur enfant à cet âge, celle-ci pouvant faire obstacle à la mise en place d'interventions efficaces. Comme le statut pondéral en bas âge constitue un facteur prédictif de l'obésité aux étapes ultérieures de la vie, des programmes d'intervention précoce gagneraient à être mis en place, en particulier auprès des enfants de milieux défavorisés, lesquels tendent à être proportionnellement plus nombreux, on l'a vu, à présenter un surpoids. Le paradoxe illustré par une prévalence de surpoids plus élevée chez les enfants vivant dans des ménages ayant souffert d'insécurité alimentaire comparativement à ceux vivant dans les autres ménages vient d'ailleurs appuyer l'idée qu'au-delà du manque de nourriture, l'accès à une variété d'aliments sains ainsi qu'à un environnement favorable à la pratique d'activités physiques demeure limité pour certains enfants. De tels constats mettent d'autant plus en évidence l'importance des programmes de lutte contre la pauvreté et de promotion de saines habitudes de vie auprès des familles ayant de jeunes enfants ainsi que la pertinence de politiques alimentaires favorisant l'accès à une alimentation saine à prix abordable.

Les renseignements présentés dans ce chapitre ont permis de brosser à grands traits un portrait des enfants âgés d'environ 4 ans, visés par la présente étude, et de

décrire le milieu familial dans lequel leurs habitudes et leurs préférences alimentaires sont acquises. Une grande partie de celles-ci le sont en effet en bas âge. Bien que le présent rapport ne vise pas à cerner les liens entre ces caractéristiques et l'état nutritionnel des enfants, l'information présentée pourra être utilisée dans le cadre des analyses futures portant sur les déterminants de l'état nutritionnel des jeunes enfants.



# Bibliographie

---

- ALAIMO, K., C. M. OLSON, E. A. FRONGILLO et R. R. BRIEFEL (2001). « Food insufficiency, family income, and health in US preschool and school-aged children », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 5, p. 781-786.
- BADUN, C., S. EVERS et M. HOOPER (1995). « Food insecurity and nutritional concerns of parents in an economically disadvantaged community », *Journal of the Canadian Dietetic Association*, vol. 56, n° 2, p. 75-80.
- BARTHEL, B., C. CARIOU, E. LEBAS-SAISON et I. MOMAS (2001). « Prévalence de l'obésité chez l'enfant : étude dans les écoles primaires publiques parisiennes », *Santé publique*, vol. 13, n° 1, p. 7-15.
- CHEVALIER, R. (2003). « Comment faire bouger nos enfants? », *Capital Santé*, vol. 5, n° 5, mars, p.40-44
- COCHRANE, S. H., J. LESLIE et D. J. O'HARA (1982). « Parental education and child health: intracountry evidence », *Health Policy and Education*, vol. 2, p. 213-250.
- COLE, T. J., M. C. BELLIZI, K. M. FLEGAL et W. H. DIETZ (2000). « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey », *British Medical Journal*, vol. 320, n° 3 (suppl.), p. 1-6.
- DIETZ, W. H. (1998). « Health Consequences of Obesity in Youth: Childhood Predictors of Adult Disease », *Pediatrics*, vol. 101, n° 3 (suppl.), p. 518-525.
- DUBOIS, L., et M. GIRARD (2002). « Évolution des comportements et des pratiques alimentaires », dans : *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 5, 58 p.
- EVERS, S. E., et M. D. HOOPER (1995). « Dietary intake and anthropometric status of 7 to 9 year old children in economically disadvantaged communities in Ontario », *Journal of the American College of Nutrition*, vol. 14, n° 6, p. 595-603.
- FISCHLER, C. (2001). *L'omnivore*, Paris, Éditions Odile Jacob, 440 p.
- FREEDMAN, D. S., M. K. SERDULA, S. R. SRINIVASAN et G. S. BERENSON (1999). « Relation of circumferences and skinfold thicknesses to lipid and insulin concentrations in children and adolescents: the Bogalusa Heart Study », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 69, n° 2, p. 308-317.
- GORAN, M. I. (1998). « Measurement issues related to studies of childhood obesity: Assessment of body composition, body fat distribution, physical activity, and food intake, *Pediatrics*, vol. 101, n° 3 (suppl.), p. 505-518.
- GRUPE DE TRAVAIL PROVINCIAL SUR LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS (GTPPP) (2003). *Problèmes reliés au poids au Québec. Un appel à la mobilisation*, Montréal, ASPQ Éditions, 23 p.
- HAMELIN, A.-M. (1999). *L'insécurité alimentaire des ménages dans la région de Québec. Une première exploration*, Thèse de doctorat, Québec, Université Laval, 254 p.
- HAMELIN, A.-M., M. BEAUDRY et J.-P. HABICHT (1998). « La vulnérabilité des ménages à l'insécurité alimentaire », *Revue canadienne d'études du développement*, vol. XIX, p. 277-306.
- INSTITUT DE LA NUTRITION, DU MÉTABOLISME ET DU DIABÈTE (INMD) (2003). *L'obésité au Canada. Identifier les priorités publiques*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, [En ligne]: [www.cihr-irsc.gc.ca/fi/21597.html](http://www.cihr-irsc.gc.ca/fi/21597.html) (page consultée le 7 octobre 2004).

- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2004). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002). Sources, justifications et modifications entre les volets 2001 (E4) et 2002 (E5)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, [En ligne] : [www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/pdf/doc\\_tech/E4-E5\\_SourcesE4-E5.pdf](http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/pdf/doc_tech/E4-E5_SourcesE4-E5.pdf).
- JOHNSON, R. K., A. C. CROUTER et H. SMICKLAS-WRIGHT (1993). « Effects of maternal employment on family food consumption patterns and children's diets », *Journal of Nutrition Education*, vol. 25, n° 3, p. 130-133.
- KENDALL, A., C. M. OLSON et A. E. FRONGILLO (1996). « Relationship of hunger and food insecurity to food availability and consumption », *Journal of American Dietetic Association*, vol. 96, n° 10, p. 1019-1024.
- KENDALL, A., C. M. OLSON et A. E. FRONGILLO (1995). « Validation of the Radimer/Cornell measures of hunger and food insecurity », *Journal of Nutrition*, vol. 125, n° 11, p. 2793-2801.
- KENNEDY, C. M. (1998). « Childhood Nutrition », *Annual Review of Nursing Research*, vol. 16, p. 3-38.
- KOHL, H. W., et K. E. HOBBS (1998). « Development of Physical Activity Behaviors Among Children and Adolescents », *Pediatrics*, vol. 101, n° 3 (suppl.), p. 549-554.
- LAROCHE, Denis (2001). « Le partage du temps productif entre conjoints », dans : *Portrait social du Québec*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 23, p. 513-545.
- LAVALLÉE, C., et S. STAN (2004). « Caractéristiques des enfants et des adolescents québécois de 6 à 16 ans », dans : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, Volet nutrition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 2, p. 35-62.
- LEDOUX, M., L. MONGEAU et M. RIVARD (2002). « Poids et image corporelle », dans : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 14, p. 311-344.
- LOBSTEIN, T., L. BAUR et R. UAUY (2004). « Obesity in children and young people: a crisis in public health », *Obesity Reviews*, vol. 5 (suppl. 1), p. 4-85.
- LUDER, E., T. A. MELNIK et M. DIMAIO (1998). « Association of being overweight with greater asthma symptoms in inner city black and Hispanic children », *Journal of Pediatrics*, vol. 132, n° 4, p. 699-703.
- MAYER, M., et D. ROBERGE (2002). « Perception de l'environnement social. Quartier ou voisinage », dans : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 5, p. 137-152.
- MINAKER, L., et R. HANNING (2002). « The Impact of Poverty on Nutrition in Infancy and early Childhood », *In-Touch*, vol. 19, n° 3, p. 1-4.
- MORENO, L. A., J. FLETA, L. MUR, A. SARRIA et M. BUENO (1998). « Fat distribution in obese and nonobese children and adolescents », *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, vol. 27, n° 2, p.176-180.
- NELSON, M. (2000). « Childhood nutrition and poverty », *The Proceedings of the Nutrition Society*, vol. 59, n° 2, p. 307-315.
- NORTH, K., P. EMMETT et AVON LONGITUDINAL STUDY OF PREGNANCY AND CHILDHOOD (ALSPAC) STUDY TEAM (2000). « Multivariate analysis of diet among three-year-old children and associations with socio-demographic characteristics », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 54, p. 73-80.
- PÉREZ, C. E. (2003). « Les enfants qui deviennent actifs », *Rapports sur la santé*, supplément au vol. 14, Ottawa, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue, p. 19-32.



RADIMER, K. L., C. M. OLSON, J. C. GREENE, C. CAMPBELL et J.-P. HABICHT (1992). « Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children », *Journal of Nutrition Education*, vol. 24, n° 1, p. 36S-45S.

RUXTON, C. H. S., et T. R. KIRK (1996). « Relationship between social class, nutrient intake and dietary patterns in Edinburgh schoolchildren », *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, vol. 47, p. 341-349.

SANTÉ CANADA (2001). *L'obésité chez les enfants, une tendance alarmante*, Réseau canadien de la santé, [En ligne] : [www.canadian-health-network.ca/html/newnotablef/may1\\_2001f.html](http://www.canadian-health-network.ca/html/newnotablef/may1_2001f.html) (page consultée le 6 octobre 2004).

SÉGUIN, L., Q. XU, L. POTVIN, M.-V. ZUNZUNEGUI, C. DUMAS et K. FROHLICH (2003). « Conditions socioéconomiques et santé, section I – Pauvreté et santé des enfants québécois », dans : *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 3, p. 21-43.

SHIELDS, M. (2005). « L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada », dans : *Nutrition. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, n° 1, n° 82-620-MWF2005001 au catalogue, 36 p.

STATISTIQUE CANADA (2004). *Les seuils de faible revenu de 1994 à 2003 et les mesures de faible revenu de 1992 à 2001*, Ottawa, Statistique Canada, Division de la statistique du revenu, Série de documents de recherche – Revenu, n° 75F0002MIF2004002 au catalogue, n° 2.

STEINBERGER, J., et S. R. DANIELS (2003). « Obesity, Insulin Resistance, Diabetes and Cardiovascular Risk in Children », *Circulation*, vol. 107, p. 1448-1453.

TREMBLAY, M. S., P. T. KATZMARZYK et J. D. WILLS (2002). « Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996 », *International Journal of Obesity*, vol. 26, n° 4, p. 538-543.



# Tableaux complémentaires

Tableau C.2.1

**Valeur de référence de l'IMC basée sur des critères internationaux pour déterminer l'embonpoint et l'obésité chez les enfants, selon le sexe et l'âge**

Âge	Embonpoint		Obésité	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	(kg/m <sup>2</sup> )			
3,5 ans	17,69	17,40	19,39	19,23
4 ans	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5 ans	17,47	17,19	19,26	19,12

Source : Cole et autres (2000).

Tableau C.2.2

**Valeurs des 5<sup>e</sup>, 85<sup>e</sup> et 95<sup>e</sup> centiles de l'IMC et du ratio des plis sous-scapulaire et tricipital des enfants de 4 ans, selon le sexe, Québec, 2002**

	IMC			Ratio sous-scapulaire/tricipital		
	5 <sup>e</sup> percentile	85 <sup>e</sup> percentile	95 <sup>e</sup> percentile	5 <sup>e</sup> percentile	85 <sup>e</sup> percentile	95 <sup>e</sup> percentile
Garçons	13,5	17,3	18,9	0,4	0,8	0,9
Filles	13,4	17,3	18,7	0,4	0,8	1,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*.

