



*information*



*formation*



*recherche*



*coopération  
internationale*

# PERSPECTIVES DE RECHERCHE EN SANTÉ DES POPULATIONS AU MOYEN DE DONNÉES COMPLEXES

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Québec 

# PERSPECTIVES DE RECHERCHE EN SANTÉ DES POPULATIONS AU MOYEN DE DONNÉES COMPLEXES

AOÛT 2004

## **AUTEURS**

Paul Bernard  
Département de sociologie de l'Université de Montréal

Michael Lemay  
Département de sociologie de l'Université de Montréal

Michel Vézina  
Institut national de santé publique du Québec et  
Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval

## **MISE EN PAGE ET RÉVISION**

Line Mailloux  
Direction Planification, recherche et innovation  
Institut national de santé publique du Québec

Denise Verville  
Direction Planification, recherche et innovation  
Institut national de santé publique du Québec

*Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>. Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

CONCEPTION GRAPHIQUE  
MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))  
COTE : INSPQ-2004-044

DÉPÔT LÉGAL – 3<sup>e</sup> TRIMESTRE 2004  
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA  
ISBN 2-550-43169-3

© Institut national de santé publique du Québec (2004)

## AVANT-PROPOS

Une des missions de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est de favoriser la diffusion d'ouvrages qui contribuent au développement et à la mise à profit de la recherche dans le domaine de la connaissance/surveillance de l'état de santé de la population. La disponibilité des données, dont il faut disposer pour être en mesure de comprendre la dynamique d'évolution de la santé d'une population, est une question cruciale qu'aborde directement ce document. Il se présente sous la forme d'un bilan des recherches qui recourent à des données longitudinales provenant de grandes enquêtes de population. Ce bilan est le fruit d'une collaboration fructueuse entre des chercheurs de l'INSPQ et de l'Université de Montréal, membres du Réseau de recherche en santé des populations du FRSQ.

Ce document montre bien toute l'importance des enquêtes complexes - longitudinales, intégrées, multiniveaux – pour éclairer toutes les dimensions de la trajectoire des individus qui conduisent ceux-ci à maintenir leur santé ou qui au contraire la détériorent. Selon cette perspective de recherche et dans le prolongement de ce bilan, une équipe de chercheurs (dont certains sont rattachés à l'INSPQ) est d'ailleurs en train d'élaborer, en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec, un nouveau projet d'enquête intégrée et longitudinale (ESSIL). Il s'agit d'un ambitieux projet qui suscite un intérêt considérable chez les chercheurs et les décideurs intéressés à la dynamique croisée de la santé, du travail et du revenu, de la famille et des réseaux sociaux, de l'éducation et de la culture. Une telle infrastructure viendrait donner une nouvelle et puissante impulsion à la recherche sur les questions de politiques publiques.

Il faut espérer que la publication de cet état de situation sur le recours aux données complexes contribuera à faire en sorte qu'une telle enquête se concrétise compte tenu du potentiel qu'elle recèle et de l'expertise disponible pour la mettre en œuvre.



Pierre Joubert, directeur  
Direction Planification, recherche et innovation  
Institut national de santé publique du Québec

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 SANTÉ DES POPULATIONS ET DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ.....	3
1.1 LE PHÉNOMÈNE CENTRAL : LES INÉGALITÉS DE SANTÉ.....	3
1.2 LES QUATRE DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ.....	3
1.3 UNE RECONCEPTUALISATION DES QUATRE DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DES POPULATIONS.....	6
2 RESSOURCES ET CYCLE DE VIE.....	13
3 LES DONNÉES COMPLEXES.....	17
3.1 CE QUE SONT LES DONNÉES COMPLEXES.....	17
3.2 APPLICATION À L'ÉTUDE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ.....	22
4 L'ÉTAT DES DONNÉES CANADIENNES ET QUÉBÉCOISES.....	29
5 BILAN PROVISOIRE.....	37
ANNEXE 1 MÉTHODE DE RECHERCHE DES ARTICLES UTILISANT DES DONNÉES COMPLEXES.....	39
ANNEXE 2 ENQUÊTES LONGITUDINALES INTERNATIONALES PERMETTANT L'ÉTUDE DE LA SANTÉ.....	43
ANNEXE 3 INVENTAIRE DÉTAILLÉ DU CONTENU DES ENQUÊTES DE STATISTIQUE CANADA.....	47
Enquête sur la dynamique du travail et du revenu.....	49
Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada.....	52
Enquête nationale sur la santé de la population.....	55
Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes.....	57
Enquête sur les milieux de travail et les employés.....	68
Enquête auprès des jeunes en transition.....	69
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.....	70
Enquête longitudinale du développement des enfants du Québec.....	71

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 -	Une reconceptualisation des quatre déterminants de la santé des populations.....	7
Tableau 2 -	La santé des individus et les caractéristiques des quartiers et des régions comme environnements mésosociaux.....	8
Tableau 3 -	Contribution des enquêtes complexes à l'étude des déterminants de la santé.....	23
Tableau 4 -	Potentiel offert par les enquêtes de Statistique Canada pour l'étude de la santé des populations .....	31
Tableau 5 -	Potentiel offert par les enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec pour l'étude de la santé des populations .....	34
Tableau 6 -	Thèmes traités dans les enquêtes de Statistique Canada.....	35

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Les quatre déterminants de la santé dans une perspective de santé des populations .....	4
Figure 2 - Les caractéristiques des régimes providentiels.....	10
Figure 3 - Liens entre la santé individuelle et les divers types de ressources .....	13
Figure 4 - Perspective du cycle de vie et enquêtes complexes.....	21

## INTRODUCTION

La recherche en santé des populations connaît, depuis quelques années, un développement sans précédent à l'échelle internationale. Le Canada et le Québec ne font pas exception à cette tendance. Depuis la création des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et l'introduction d'un volet santé publique et santé des populations par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), les possibilités de recherche dans le domaine se sont multipliées. Ces possibilités accrues de financement sont accompagnées en parallèle du développement de nombreuses enquêtes complexes par les divers organismes statistiques. Ces développements sont d'une importance capitale pour la recherche en santé et le développement de politiques publiques plus efficaces. Une telle entreprise relève de la mission d'un réseau, puisqu'elle vise à rassembler les chercheurs afin de favoriser la poursuite d'activités innovatrices et d'ajouter une valeur aux moyens de recherche existants.

Le présent document présente une proposition d'élaboration d'une sorte de « carte vivante » de la recherche en santé des populations utilisant des données complexes. Il s'agit en fait de faire un bilan des recherches et des données empruntant cette perspective de recherche en santé des populations et de tirer les conclusions qui s'imposent pour leur développement futur. Nous renonçons à faire un bilan exhaustif de toutes les données et des recherches produites jusqu'à aujourd'hui dans le domaine de la santé; nous limiterons plutôt nos efforts aux types de données les plus prometteuses pour l'étude du développement de la santé et du bien-être au sens large, à savoir les données dites « complexes ».

Nous fournirons, plus loin dans le texte, une définition détaillée de ce que nous entendons par l'expression « données complexes ». Toutefois, retenons déjà qu'elle fait référence à trois caractéristiques principales : il s'agit (1) de données longitudinales qui fournissent des informations sur un même échantillon au fil du temps, (2) de données qui couvrent de façon équilibrée plusieurs thématiques ou sous-domaines de la vie des individus (éducation, vie familiale, vie professionnelle, santé) et (3) de données du type multiniveaux, qui saisissent plusieurs niveaux encastrés de la réalité sociale (individus inclus dans des ménages, eux-mêmes inclus dans des quartiers). On peut également imaginer d'autres milieux d'inclusion des individus comme l'école et le lieu de travail, eux-mêmes inclus dans des quartiers.

Nous présenterons tout d'abord une conceptualisation des quatre déterminants sociaux de la santé qui permet de tenir compte des divers niveaux où ils ont une influence. Nous procéderons par la suite à une brève présentation de la perspective du cycle de vie, qui permet de faire le pont entre une approche intégrée et longitudinale de la santé et les données complexes adaptées à cette perspective. Suivra un exposé de ce que nous entendons par « enquêtes complexes » et des contributions spécifiques de ces enquêtes à l'étude de la santé des populations. Finalement, nous présenterons un bilan des données canadiennes en procédant à une discussion de leur caractère plus ou moins complexe, bilan qui sera suivi par une discussion des actions à prendre et de la façon de les coordonner avec d'autres volets de la recherche en santé des populations.

# 1 SANTÉ DES POPULATIONS ET DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

L'état de santé global de la population s'est considérablement amélioré au cours des dernières décennies comme le montre, par exemple, les statistiques sur l'espérance de vie. Ainsi, au Québec, l'espérance de vie des hommes a augmenté de 6 ans et celle des femmes de 4 ans au cours des 25 dernières années. Cette amélioration quantitative s'est doublée d'une amélioration au plan qualitatif. Ainsi, la prévalence des maladies chroniques a diminué chez les Canadiens de 45 à 64 ans. Il en est de même de la proportion de personnes de 65-74 ans rapportant une limitation d'activité.

## 1.1 LE PHÉNOMÈNE CENTRAL : LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

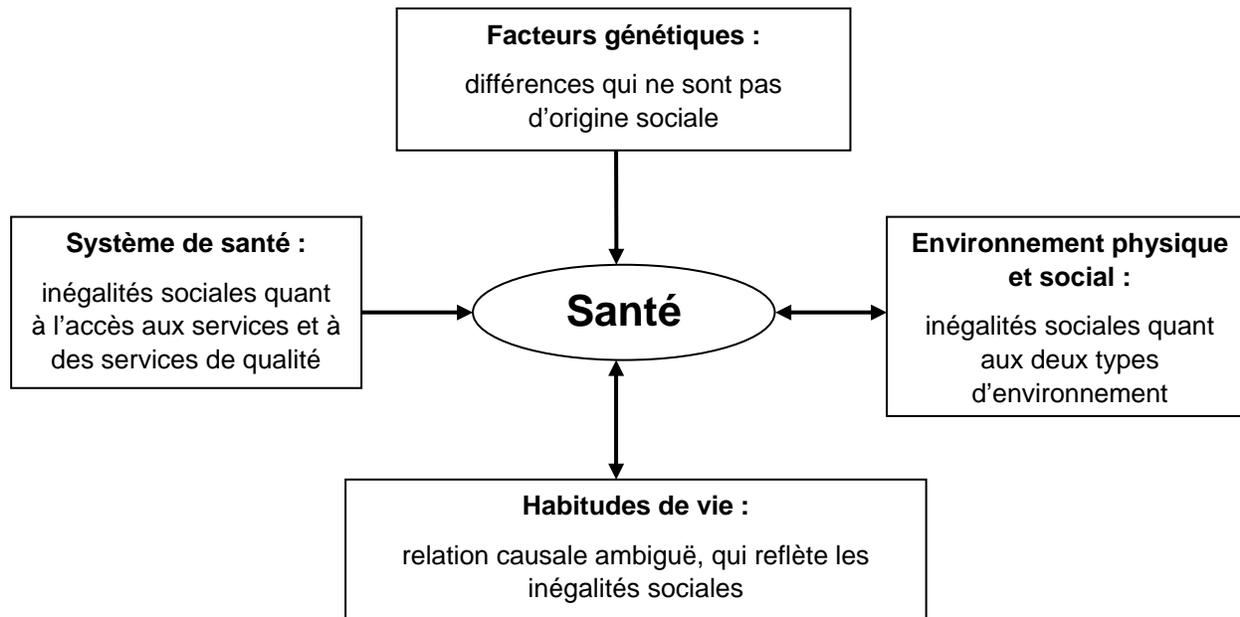
Les progrès de la médecine et l'augmentation des normes d'hygiène sont certainement responsables en partie de cette diminution de la mortalité et de la morbidité. Cependant, on note depuis peu un certain plafonnement des progrès. Ainsi, dans les pays industrialisés, depuis le début des années 1990, les gains en espérance de vie se font de moins en moins importants. Cela fait dire à certains experts que les plus grands progrès en matière de santé sont du domaine du passé. La capacité de la médecine curative et des systèmes de santé publics d'améliorer de façon importante et constante la santé des citoyens est remise en question. Des chiffres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) montrent d'ailleurs une absence de relation entre le niveau des dépenses en santé d'un État et le niveau général de santé de sa population. Ceci suggère la présence d'autres déterminants qui ont une influence au-delà du système de santé et qu'il importe d'identifier. On observe en particulier des inégalités dans la répartition de la santé, et ce, même dans des sociétés où chacun des membres bénéficie, en théorie, de soins équivalents offerts par un système de santé universel ou, du moins, sans grandes barrières financières.

Ces constats ont conduit à chercher, au-delà des avancées de la médecine, les déterminants de la santé et à s'intéresser aux facteurs d'ordre socio-économique susceptibles d'expliquer les inégalités de santé. On a alors remarqué une relation forte et systématique entre divers indicateurs de statut socio-économique et le niveau de morbidité et de mortalité. Ceci laisse croire que la santé est un phénomène complexe qui ne dépend pas seulement de facteurs biologiques ou médicaux.

## 1.2 LES QUATRE DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Les recherches en santé se concentrent souvent sur la prévalence de diverses maladies et sur les facteurs de risque individuels qui y sont associés, tout en ignorant une foule de facteurs reliés aux contextes sociaux. Mais certains chercheurs ont rompu avec cette tendance en proposant un modèle plus large de la santé qui comporte quatre grandes catégories de déterminants, comme l'illustre la figure 1.

Figure 1 - Les quatre déterminants de la santé dans une perspective de santé des populations



Les facteurs génétiques sont évidemment à l'origine de différences interindividuelles importantes au plan de la santé, mais on ne saurait pour le moment, en l'absence de thérapies géniques et devant les problèmes sociaux qu'elles soulèveront inévitablement, en tirer des modèles d'intervention; sauf bien sûr à porter attention aux interactions de ces facteurs avec l'environnement des individus, vers lequel nous nous tournons maintenant.

Il est convenu de parler des environnements physique et social, ce qui rappelle que nous sommes des êtres biologiques et que la recherche doit trouver les voies par lesquelles la maladie, physique aussi bien que mentale, nous « entre dans le corps ». Cela dit, les effets des milieux physiques doivent être compris dans le contexte fourni par les milieux sociaux. En effet, les milieux physiques n'ont d'effets sur la santé que lorsque les individus sont mis en contact avec les substances et environnements physiques délétères; or ces contacts sont pratiquement toujours la résultante de processus sociaux, sauf dans les cas, probablement rarissimes, de pur accident – en fait, c'est une des tâches les plus importantes de la recherche que de montrer les logiques qui produisent ce qui semble, à première vue et à l'échelle des individus, comme des accidents. On le voit par exemple dans le fait que le niveau socio-économique des ménages est relié à la proximité de leur demeure par rapport à un site dangereux (sols contaminés ou inondables, dépotoirs, présence de fumées, de bruit, de lignes de transmission électriques, etc.). Il en est de même des dangers des milieux de travail, en particulier pour la présence dans l'environnement d'agresseurs chimiques, acoustiques, radioactifs, etc. Dans ces deux types de situation comme dans bien d'autres, ce n'est pas d'abord par libre choix que les individus et les familles se retrouvent ainsi en danger : c'est parce que les circonstances de leur vie, économiques, éducatives, relationnelles, etc., les y forcent en quelque sorte; ils n'ont pas le pouvoir de se soustraire à ces agresseurs physiques.

Mais l'action des facteurs sociaux ne se limite évidemment pas à leur effet à travers l'environnement physique, si important soit-il. L'organisation sociale, plus spécifiquement les inégalités socio-économiques, sont à l'origine de problèmes de santé, physique et mentale, à travers des mécanismes comme le stress vécu dans l'enfance et tout au long de la vie, autour du lieu de résidence, dans le milieu de travail, à l'école, dans les rapports avec les services publics de santé, de police, de transport, etc. Ces mêmes milieux, tout comme la famille et le réseau social, peuvent en revanche fournir un soutien social;

mais il arrive aussi qu'ils amplifient le stress chez les individus en refusant ce soutien, voire en pratiquant diverses formes d'exclusion ou d'ostracisme.

La flèche qui relie l'environnement physique et social à la santé est à double sens, ce qui indique une relation de causalité réciproque : l'environnement a les effets que nous venons d'évoquer sur la santé; mais en retour, la santé influence la façon dont les individus sont capables de fonctionner dans leur environnement et de le transformer pour le rendre propice à la réalisation de leurs projets; les effets de la détérioration de la santé sur l'employabilité illustrent bien cette dynamique. Il ne s'agit pas de dire, comme on l'a déjà fait, que les écarts de santé sont la cause ultime des inégalités sociales, mais de constater que la santé et l'environnement forment, selon le cas, un cercle vicieux ou un cercle vertueux.

C'est dans ce cadre général que doivent être analysées les habitudes de vie. Le tabagisme, les diètes qualitativement inadéquates, le manque d'exercice, l'abus d'alcool, de drogues ou de médicaments, etc. ont certes des effets importants sur la santé, et on n'a pas tort en conséquence d'insister, en santé publique, sur la nécessité d'améliorer les choses à cet égard. Toutefois, dans une perspective de prévention, il faut aussi se demander d'où viennent ces habitudes de vie, si elles reflètent avant tout la force ou la faiblesse de caractère des individus, ou, tout autant sinon plus, des retombées de la position sociale des individus et des familles dans leur environnement social – en ce sens, les habitudes de vie seraient simplement des aspects de l'environnement physique des individus qui « entrent dans leur corps » à travers des gestes qui paraissent délibérés, mais dont l'origine est, à bien des égards, sociale. Qu'on pense par exemple aux mécanismes sociaux suivants :

- disponibilité physique et économique d'aliments sains, des moyens de les préparer et de les conserver, du savoir-faire requis;
- disponibilité physique et économique de lieux et de temps pour faire de l'exercice;
- stress chronique conduisant à chercher des plaisirs de compensation;
- initiation à des substances addictives dans des circonstances où la personne est vulnérable;
- ignorance (relative) des liens entre habitudes de vie et santé, voire rejet d'une information parfois présentée de manière moralisatrice et méprisante;
- normes sociales de déni des liens entre habitudes de vie et santé (une réaction typique face à une menace à laquelle on n'a pas toujours les moyens d'échapper).

Encore ici, la flèche qui relie les habitudes de vie à la santé est à double sens, indiquant une relation de causalité réciproque : l'amélioration ou la détérioration de la santé dépend des habitudes de vie, mais celles-ci sont en partie des réactions, plus ou moins volontaires, aux conditions de vie qui menacent, justement, la santé. Une telle perspective permet à la fois de comprendre pourquoi les habitudes de vie sont liées à la classe sociale et comment elles contribuent souvent à accentuer les inégalités sociales de santé. Poser ainsi la question de l'origine des habitudes de vie permet de reconceptualiser une part importante des recherches classiques de l'épidémiologie sur les facteurs de risque « individuels ».

Même si le système de santé ne parvient pas à lui seul à résoudre tous les problèmes de santé, en particulier ceux que créent les inégalités sociales, il joue un rôle important, et ce, d'autant plus qu'on y inclut non seulement les interventions thérapeutiques, mais aussi les efforts de prévention en santé publique, voire même l'ensemble des politiques de bien-être, dont on voit de plus en plus clairement les liens avec les politiques et les objectifs de santé. Même dans un système de santé public et gratuit comme celui du Québec et du Canada, les inégalités sociales peuvent encore se manifester dans l'accès aux services de santé, même en prenant ceux-ci dans un sens restreint.

On peut soulever à cet égard deux questions, d'ailleurs reliées entre elles. En premier lieu, on peut penser que les inégalités sociales se manifestent dans l'accès à des services de santé de qualité, problèmes dont on voit de plus en plus de manifestations malgré les efforts de l'État : disparités régionales, développement de services de santé qui sont à toutes fins pratiques privés, allongement des listes d'attentes qui n'est probablement socialement neutre ni au départ (aisance sociale des couches favorisées, qui leur ouvre peut-être des accès plus faciles) ni à l'arrivée (recours aux services privés). En deuxième lieu, la reconnaissance même des signes avant-coureurs de problèmes de santé et l'aptitude à admettre leur existence varie probablement de concert avec le niveau socio-économique, à la fois à cause de l'accès informel aux connaissances médicales (lectures, recherches sur Internet, réseaux sociaux bien informés et bien branchés, etc.) et du mécanisme de déni qui, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, caractérise souvent les classes défavorisées.

Ajoutons en terminant que si la flèche qui relie le système de santé à cette dernière est unidirectionnelle, c'est simplement parce que nous avons laissé de côté pour le moment un possible effet dans la direction opposée : pour se procurer les services de santé, il faut, paradoxalement, avoir une bonne dose de santé et d'énergie, surtout en contexte de relative pénurie de ceux-ci. Ces problèmes d'accès sont encore plus évidents quand les problèmes de santé sont d'ordre mental, c'est-à-dire quand l'individu souffre justement d'une relative inaptitude à juger des situations, à identifier correctement ses problèmes, à trouver les ressources requises, à organiser sa vie de façon à retrouver la santé. La famille et les réseaux sociaux y suppléent dans une certaine mesure, mais seulement dans une certaine mesure; il ne faut pas oublier non plus que les réseaux sociaux à la disposition des individus varient selon la classe sociale, de même d'ailleurs que les moyens mobilisables par l'entremise de ces réseaux.

### **1.3 UNE RECONCEPTUALISATION DES QUATRE DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DES POPULATIONS**

La présentation que nous venons de faire des quatre déterminants de la santé dans une perspective de santé publique a évoqué informellement plusieurs dimensions des inégalités sociales de santé. Pour systématiser la réflexion, il est utile de reconceptualiser ces quatre déterminants et de les relier plus explicitement à ce thème des inégalités. Le tableau 1, ci-dessous, propose une manière de le faire, en croisant ces quatre déterminants avec les quatre niveaux auxquels ces déterminants agissent, de concert avec d'autres.

**Tableau 1 - Une reconceptualisation des quatre déterminants de la santé des populations**

Les niveaux d'inclusion sociale où se joue la santé des populations	LES QUATRE DÉTERMINANTS CLASSIQUES DE LA SANTÉ DES POPULATIONS			
	Génétique	Environnement physique et social	Habitudes de vie	Systèmes de santé
Le niveau individuel	1. Bagage génétique.		7. Profil psychologique et habitudes de vie.	9. Réponse individuelle aux soins de santé.
	2. et sensibilité différentielle aux facteurs environnementaux.			
Le niveau microsocial	3. Transmission intergénérationnelle du bagage génétique.	5. Soutien et stress psychologiques et sociaux dans les réseaux sociaux intimes.	8. Relation causale entre santé et habitudes de vie – ambiguë quant à la direction et probablement réciproque. Normes sociales dans chaque milieu (et dans la société) à propos des habitudes de vie.	10. Veille de santé. Prévention. Services de proximité dans le cadre des réseaux sociaux intimes.
Le niveau mésosocial	4. Discrimination sur la base du profil génétique et protection contre cette discrimination.	6. Effets de l'environnement social du quartier, de l'école, du milieu de travail, du réseau social étendu, etc.		11. Services de santé et de bien-être : action de consolidation des trois potentiels de base que sont la santé, la littéracie et la sécurité économique.
Le niveau macrosocial	12. Régimes providentiels : articulation entre marché, État, familles et communauté dans la production et la distribution des ressources nécessaires à la consolidation des trois potentiels de base : santé, littéracie et sécurité économique.			

La reconceptualisation proposée dans ce tableau reprend à son compte l'ensemble des facteurs que nous avons décrits en commentant la figure 1, mais en fournissant plus de détails sur les niveaux où se déroulent les processus qui sont en cause et sur ces processus eux-mêmes : le niveau de l'individu, le niveau microsocial de la famille et des réseaux intimes, le niveau mésosocial des différents milieux d'appartenance des individus (quartier et région, milieu de travail, école, réseau social étendu, etc.), et enfin le niveau macrosocial, qui correspond aux grands paramètres des systèmes de santé et de bien être, et plus largement encore aux régimes providentiels prévalant dans chaque société à chaque période spécifique – nous y reviendrons dans un instant. Nous allons commenter brièvement les diverses zones de ce tableau, à l'exception de celles qui sont périphériques à notre propos.

La zone 2 indique, comme le révèle de plus en plus la recherche, que le bagage génétique des individus s'exprime souvent de façon complexe et à la faveur de l'exposition à des facteurs environnementaux (pensons à l'interaction entre gènes multiples et habitudes de vie dans la production de l'athérosclérose, par exemple). La zone 3 souligne quant à elle les enjeux qui entourent la reproduction dans un contexte où des informations de plus en plus nombreuses sont disponibles à propos des prédispositions génétiques, tandis que la zone 4 pose la même question en ce qui concerne la discrimination, dans le travail par exemple, et la nécessité croissante de contrer la menace d'une telle discrimination.

Nous avons déjà évoqué dans les pages précédentes le rôle de soutien ou de contributeur au stress que peuvent jouer la famille et le réseau social intime (zone 5). Quant à la zone 6, celle des environnements mésosociaux, il est utile de préciser davantage le genre d'informations que pourrait recueillir une enquête, à la fois sur ces environnements eux-mêmes et sur les liens que les individus et les familles entretiennent avec ces environnements. Nous avons pris comme exemple le quartier ou la région, un environnement dont on cherche souvent à cerner les contours et les effets. Le tableau 2, ci-dessous, donne un aperçu des informations qu'il faudrait recueillir pour analyser la contribution à la santé des ressources que les individus peuvent se procurer dans le marché, auprès de l'État et de ses services publics, auprès de leur propre famille et en lien avec les autres familles du quartier, enfin, auprès des organismes communautaires.

**Tableau 2 - La santé des individus et les caractéristiques des quartiers et des régions comme environnements mésosociaux**

Source des ressources	Caractéristiques de l'environnement mésosocial (quartier <sup>1</sup> , région)	Liens de l'individu et de la famille à l'environnement
<b>Marché</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Occasions d'emploi dans le quartier ou la région (il y a des obstacles économiques et culturels importants aux déplacements pour les classes populaires).</li> <li>• Proportion de participants au marché du travail (voir travaux de Lévesque et White sur la capital social) et statut de précarité.</li> <li>• Proportion de familles sans lien au marché du travail.</li> <li>• Sécurité alimentaire, disponibilité de détaillants à bon compte.</li> <li>• Disponibilité de services financiers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individu en emploi.</li> <li>• Emploi précaire.</li> <li>• Famille sans lien au marché du travail.</li> <li>• Scolarisation et qualification professionnelle des membres de la famille.</li> <li>• Disponibilité d'un moyen de transport qui permet de faire facilement des achats économiques.</li> <li>• Disponibilité d'électroménagers qui permettent de transformer efficacement les biens de consommation (congélateur, robot culinaire, machine à coudre, etc.).</li> <li>• Disponibilité de moyens de communication (téléphone, ordinateur, Internet, etc.).</li> </ul>
<b>État</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité de l'école publique de quartier.</li> <li>• Accessibilité et qualité des services de santé et de bien-être et des services d'emploi dans le quartier ou la région.</li> <li>• Accessibilité et qualité des bibliothèques.</li> <li>• Accessibilité et qualité des services publics comme la police, le contrôle de la circulation locale, le transport en commun, l'entretien de la voie publique, le contrôle du bruit, de la qualité de l'air (moyens et résultats).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scolarisation en cours et complétée.</li> <li>• Littéracie.</li> <li>• État de santé et recours aux services de santé.</li> <li>• Recours à diverses formes d'assurance et d'assistance sociale.</li> <li>• Habitudes culturelles (journaux, media, lecture, etc).</li> </ul>

**Tableau 2 - La santé des individus et les caractéristiques des quartiers et des régions comme environnements mésosociaux (suite)**

Source des ressources	Caractéristiques de l'environnement mésosocial (quartier <sup>1</sup> , région)	Liens de l'individu et de la famille à l'environnement
<b>Famille</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Composition de la population du quartier en termes démographiques (en particulier âge et types de familles) et économiques (par exemple pauvreté concentrée). Nous avons ici des forces contradictoires : les populations uniformément désavantagées sont-elles, à cause de cette homogénéité, plus mobilisables, ou au contraire plus désorganisées? La gentrification partielle, plutôt que totale, est-elle une ressource ou au contraire une barrière à l'organisation communautaire des ressources?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Type de famille</li> <li>Rapports avec la famille étendue (y compris sa présence dans la région et dans le voisinage)</li> <li>Division du travail et du contrôle sur les décisions économiques (selon le genre et les générations) dans la famille</li> <li>Degré de contrôle des différents membres du ménage sur les ressources provenant du marché et de l'État</li> </ul>
<b>Société civile, tiers secteur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence d'organisations communautaires dans le quartier ou la région :               <ul style="list-style-type: none"> <li>variété,</li> <li>vitalité.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liens avec les organisations communautaires dans le quartier ou la région               <ul style="list-style-type: none"> <li>utilisation des ressources communautaires,</li> <li>engagement dans les organisations communautaires.</li> </ul> </li> </ul>

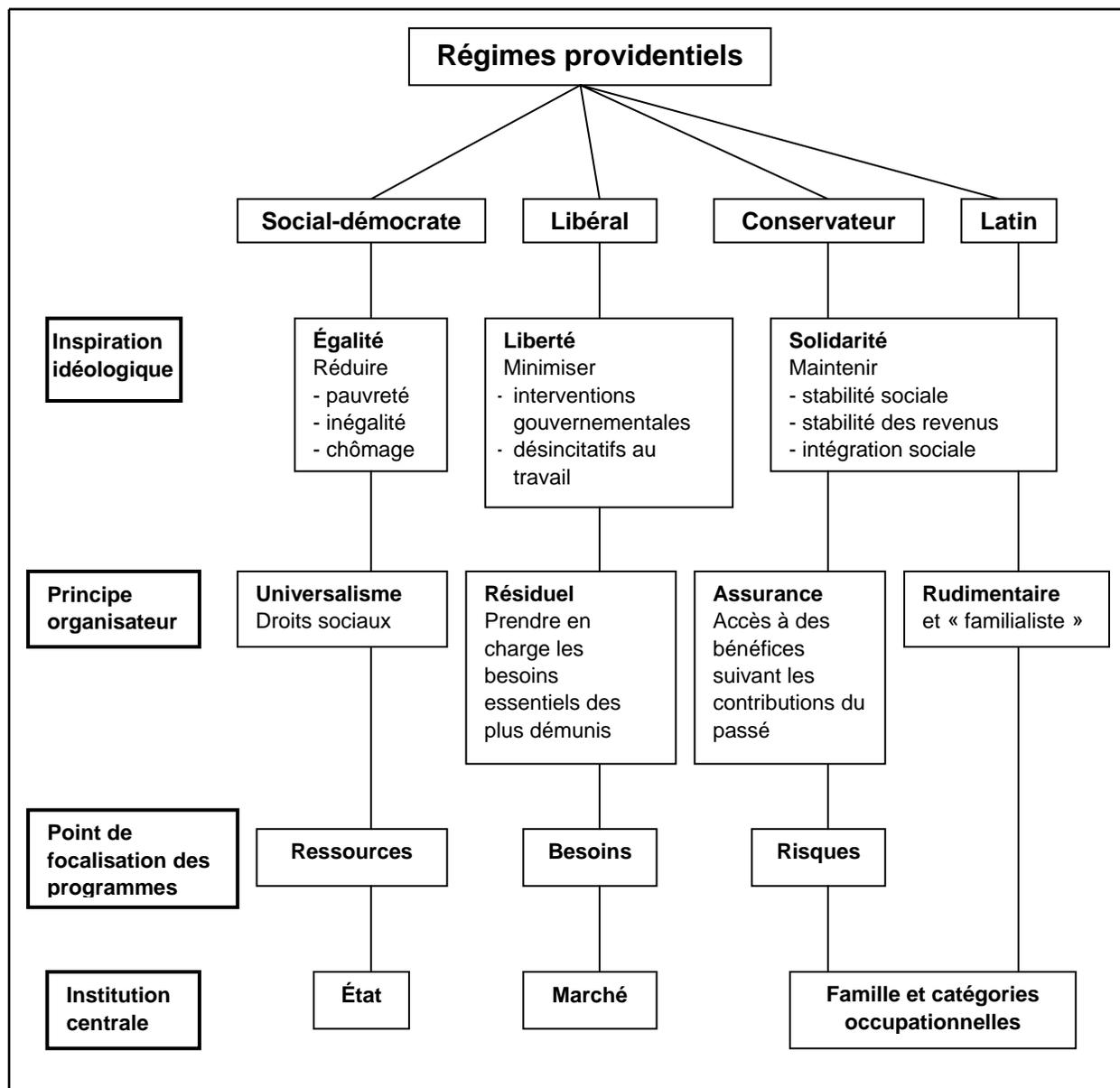
<sup>1</sup> La notion de quartier (ou même de région) n'est pas facile à définir et il faut probablement la cerner différemment selon les différents besoins. De plus, elle est probablement davantage importante pour les individus et les familles de condition socio-économique modeste, plus confinés, pour toutes sortes de raisons, aux biens et services et aux occasions de participation sociale situés dans leur environnement proche.

Les zones 7 et 8 du tableau 1 indiquent bien, comme nous l'avons évoqué dans les pages précédentes, que les habitudes de vie sont rien moins que simples, puisqu'elles dépendent à la fois de la psychologie individuelle, de la relation causale complexe qu'elles entretiennent avec la santé, de même que des normes sociales dans l'environnement immédiat des individus et dans leur société.

Les zones 10 à 12 permettent de situer dans un contexte plus large les effets du déterminant de la santé que sont les services de santé. La zone 10 rappelle l'importance de la famille et des réseaux sociaux intimes en amont et en aval des interventions des services de santé et de bien-être. Dans les zones 11 et 12, nous faisons référence à une vision globale du bien-être qui fait reposer celui-ci sur trois ressources fondamentales, auxquelles tout être humain doit avoir accès pour pouvoir mener une vie pleinement humaine : la *santé*, bien sûr, mais aussi *l'accès à la connaissance et la sécurité économique*, qui se déterminent d'ailleurs l'une l'autre en cascade au cours du déroulement de la trajectoire de vie des individus, comme nous le verrons plus loin, dans la figure 3. Nous empruntons cette perspective globale à Amartya Sen; on en trouvera un exposé plus complet dans Bernard, Bernier, Boisjoly et Cousineau (2002)<sup>2</sup>. Mais avant d'explorer les conséquences de l'adoption d'une telle perspective pour la recherche en santé des populations au moyen de données complexes, nous illustrerons la contribution spécifique des régimes providentiels à la santé des populations (zone 12) au moyen de la figure 2.

<sup>2</sup> BERNARD, Paul; Michel BERNIER; Johanne BOISJOLY et Jean-Michel COUSINEAU (2002). « Comment mesurer le développement social? », Rapport de l'équipe CQRS sur les indicateurs sociaux synthétiques, 217 p.

Figure 2 - Les caractéristiques des régimes providentiels



Les études sur les régimes providentiels visent à identifier des structures stables de rapports entre le marché, l'État et la famille comme producteurs et distributeurs des ressources nécessaires à la vie quotidienne des individus et à la réalisation de leurs projets. Comme l'indique la figure 3, on identifie généralement quatre régimes dans les sociétés avancées. Dans les pays scandinaves (régime social-démocrate), l'accent est mis sur l'égalité, ce qui confère un rôle considérable à l'État. Dans les pays anglo-saxons, libéraux, (y compris, dans une large mesure, le Canada), c'est davantage sur la liberté qu'on insiste, ce qui fait des marchés l'institution clé. Enfin, c'est le principe de solidarité qui prédomine dans les régimes conservateurs d'Europe continentale, avec leurs schèmes « assuranciers » souvent fondés sur l'activité professionnelle, de même que dans les régimes « familialistes » des pays méditerranéens, où la famille joue le rôle déterminant dans la distribution du bien-être. Examinons plus en détail chacun de ces régimes.

Dans le régime providentiel social-démocrate, les inégalités produites par le marché du travail sont réduites par des dépenses reliées aux programmes sociaux, qui sont universels dans leur principe. Ceux-ci visent non seulement à limiter l'exclusion sociale, mais aussi à contribuer à la croissance économique (par exemple au moyen d'investissements en éducation et dans la formation des travailleurs). L'importance accordée à la notion de ressources s'exprime par la mise en place de programmes sociaux permettant de minimiser la dépendance par rapport au marché (processus de « démarchandisation » de la force du travail, qui renvoie à la marge de liberté que détiennent les acteurs sociaux, selon les régimes providentiels, quant à la nécessité de vendre leur force de travail sur le marché pour atteindre des conditions de vie acceptables). En outre, comme le dit Esping-Andersen (1999)<sup>3</sup>, « l'engagement envers l'égalité des sexes et leur provision massive de services de soins aux enfants et aux personnes âgées, avec des congés parentaux généreux et des allocations familiales » rendent ce régime plutôt « défamilialisant » : il se caractérise par un engagement à collectiviser le poids et les responsabilités de la charge familiale. Ainsi, tout en reconnaissant l'importance du rôle de la famille et du marché, les arrangements institutionnels des régimes sociaux-démocrates font de l'État une ressource importante dans le déploiement de la trajectoire de vie des individus.

Les pays de modèle libéral misent d'abord sur l'économie de marché pour répondre aux besoins de tous et ils évitent le plus possible les dépenses de programmes sociaux, qui risquent de réduire la performance économique (en particulier par leurs effets de désincitation au travail). L'État définit donc des politiques d'assistance résiduelles, ne fournissant qu'un minimum aux plus démunis après un examen de leurs moyens de subsistance. Cela limite rigoureusement la « démarchandisation » de la force du travail, et la famille doit s'en remettre largement au marché pour subvenir à ses besoins. La liberté constitue le fondement idéologique principal du régime et se traduit par la promotion de la souveraineté du marché.

Le régime providentiel conservateur met d'abord l'accent sur les risques qu'encourent les travailleurs (et conséquemment leurs familles) au cours de leur vie de travail (chômage, maladie, etc.) ou par la suite (retraite, décès du conjoint). Pour les pallier, l'assurance sociale garantit certains bénéfices, le plus souvent en contrepartie des charges sociales payées. Comme de plus, l'exclusion du marché du travail se retrouve redoublée par une exclusion du système de protection sociale, le processus de « démarchandisation » de la force de travail n'est possible que pour ceux qui vivent dans l'entourage d'une personne en emploi. En conséquence, la famille devient l'acteur central dans la satisfaction des besoins de ses membres en difficulté; elle est le dernier recours pour les exclus du marché du travail. Les politiques sociales de l'État sont d'autant plus « familialistes » qu'elles misent également sur le maintien du modèle traditionnel du gagne-pain masculin. L'inspiration idéologique prédominante est donc ici la solidarité, mais il s'agit en quelque sorte d'une solidarité de classe, puisque les bénéficiaires sont associés au niveau de revenu et, plus généralement, à la position sociale. Le système d'assurance fondé sur le travail contribue à consolider la stabilité sociale à l'intérieur des catégories professionnelles et l'intégration sociale par le développement des solidarités d'entraide.

Le régime latin, enfin, regroupe les pays situés au sud de l'Europe. Les politiques sociales redistributives y sont plus rudimentaires, mais l'emploi du principal gagne-pain familial y est en général objet de fortes protections, ce qui entraîne des difficultés d'adaptation à la mondialisation. Le régime latin est très « familialiste », plus encore que le modèle conservateur : c'est la famille qui devient l'appui fondamental lorsque les gens sont en difficulté, et même quand ils ne le sont pas. Toutefois, la ressemblance est grande entre ces deux derniers régimes, de sorte que plusieurs auteurs, dont Esping-Andersen, refusent de les distinguer.

---

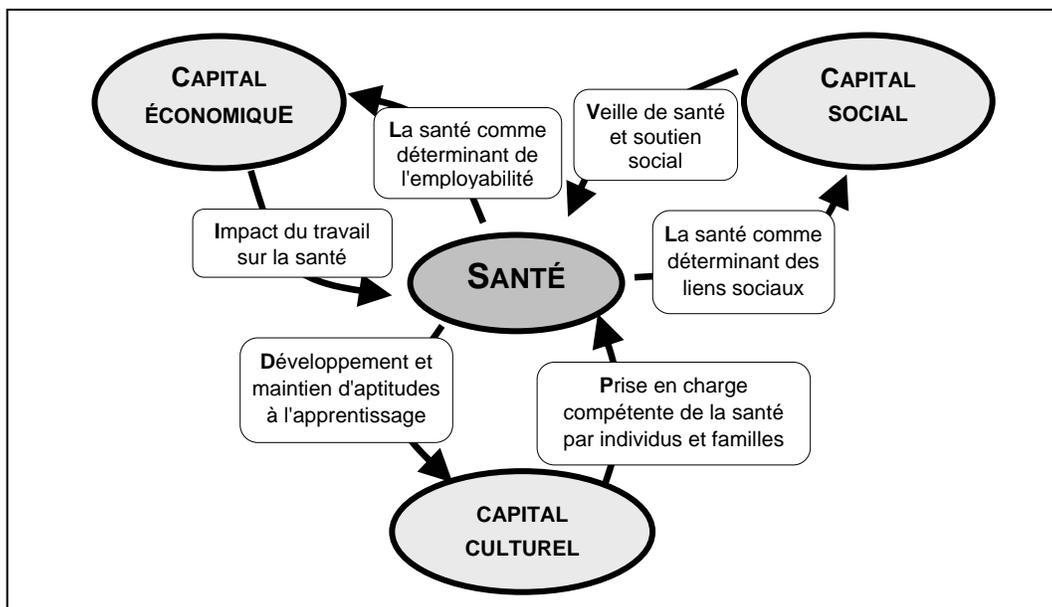
<sup>3</sup> ESPING-ANDERSEN, Gøsta (1999) *Les trois mondes de l'État providence : Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, Presses Universitaires de France.

Il n'est pas besoin d'insister longuement pour montrer que la santé est étroitement reliée à l'articulation, dans chaque société, entre trois piliers de bien-être que sont le marché, l'État et la famille. Cela se traduit directement dans la façon dont l'accès aux services de santé est régi dans les diverses sociétés, et indirectement, quoique non moins fortement, par les conditions que créent les pays appartenant à ces divers régimes, quant à l'environnement dans lequel se déroule la trajectoire de vie des individus.

## 2 RESSOURCES ET CYCLE DE VIE

Revenons maintenant à la dynamique qui relie entre eux les différents déterminants de la santé. Il est important de rappeler que l'emploi du mot « déterminant » ne devrait pas laisser présumer d'une relation unidirectionnelle et statique entre les facteurs mentionnés plus haut et la santé. Comme nous l'avons déjà mentionné en traitant des habitudes de vie et de l'environnement social, on peut considérer que la santé est à la fois cause et conséquence et qu'elle est de ce fait insérée dans un processus de codétermination où, d'une part, elle dépend d'une multitude de facteurs et où, d'autre part, elle peut avoir des conséquences sur ces mêmes facteurs. Par exemple, elle conditionne l'accès aux ressources rendues disponibles par les régimes providentiels et par la participation à des réseaux et des institutions de toutes sortes. En retour, l'accès à ces ressources a une influence sur la santé, comme on peut le voir à la figure 3.

**Figure 3 - Liens entre la santé individuelle et les divers types de ressources**



Ainsi, la santé peut déterminer l'accès au marché du travail et aux ressources économiques. Cette participation au marché du travail peut en retour avoir des répercussions sur la santé sous forme de maladies professionnelles, par exemple. Le même raisonnement s'applique à la famille et aux réseaux sociaux : la santé peut moduler le réseau de relations sociales des individus, faciliter, contraindre, restreindre ou en tout cas donner une couleur particulière aux rapports entre les individus et entre ceux-ci et les milieux et organismes de la communauté. En retour, l'accès à ces relations peut favoriser l'accès à de l'aide en cas de problème de santé. Finalement, une bonne santé est nécessaire à la poursuite d'études tout autant qu'elle l'est à l'occupation d'un emploi. En retour, cet accès au savoir peut favoriser une meilleure prise en charge de la santé par les individus. Le même raisonnement peut être tenu entre l'ensemble de ces différentes ressources, bien qu'elles ne soient pas toutes illustrées dans la figure 3. Par exemple, le capital social peut favoriser l'accès au capital économique ce qui peut, ultimement, avoir un impact sur la santé. Chaque individu connaît ainsi une évolution positive ou négative de son état de santé en fonction des différents déterminants et de l'accès aux ressources disponibles dans l'environnement social.

En somme, la santé est un phénomène à multiples déterminants. Ces déterminants, que l'on peut aussi assimiler à des ressources dont le niveau est plus ou moins adéquat pour chacun des individus, sont en relation souvent réciproques avec la santé. Il est donc souvent difficile d'extraire les causes premières. Ils exercent par ailleurs leur influence sur la santé à divers niveaux d'agrégation. Le réseau complexe de relations reliant la santé à ses déterminants ne peut être exploré adéquatement qu'à la condition de prendre en compte la dimension temporelle, inhérente au déroulement des processus de maintien, de détérioration et d'amélioration de la santé. Il faut pouvoir unir les déterminants, les niveaux d'agrégation et les moments où ils exercent leurs effets dans une seule et même perspective. Le terme « moment » est entendu ici dans deux sens. D'une part, il fait référence à l'époque et au contexte historique de l'événement et, d'autre part, à la séquence des événements, c'est-à-dire à la position relative qu'ils occupent les uns par rapport aux autres dans la vie des individus.

La perspective du cycle de vie permet de faire le pont entre les orientations théoriques en santé des populations que nous avons présentées et le type de données le plus prometteur pour l'étude de la santé dans une perspective sociale. Nous verrons que chacune des orientations trouve son écho dans une caractéristique spécifique des données complexes dont nous tentons de démontrer l'utilité et la pertinence.

Cette perspective, énoncée par Elder en 1994<sup>4</sup> et adaptée par Marshall et Mueller en 2001<sup>5</sup> à l'étude du vieillissement, se prête bien à l'étude des phénomènes sociaux en ce qu'elle réconcilie les aspects longitudinaux, intégrés et multiniveaux de ces derniers en un tout cohérent. Les 4 principes énoncés par Elder sont d'ordre général et peuvent donc servir de toile de fond à l'étude d'une foule de phénomènes sociaux.

Ainsi, la perspective du cycle de vie tient compte du fait que les phénomènes sociaux :

- se déroulent dans un contexte sociohistorique et sociopolitique spécifique (*historical time and place*);
- sont des processus constitués d'événements et d'états qui présentent des séquences diversifiées. Certaines séquences particulières peuvent être déterminantes (*timing*).

De plus :

- chaque individu est inséré dans un contexte formé par les relations sociales qui l'entourent (*linked lives*);
- les individus conservent une certaine mesure de contrôle de leur trajectoire en dépit de l'influence de multiples facteurs (*human agency*).

---

<sup>4</sup> ELDER, Glen Jr. (1994). Time, Human Agency, and Social Change: Perspectives on the Life Course, *Social Psychology Quarterly*, 57 (1), pp. 4-15.

<sup>5</sup> MARSHALL, Victor W. et Margaret M. Mueller (2002) Rethinking Social Policy for an Aging Workforce and Society: Insights from a Life-course Perspective, Canadian Policy Research Networks, Discussion Paper No. W18, May, 56 p.

L'ajout de deux précisions par Marshall *et al.* rend la perspective du cycle de vie particulièrement pertinente pour l'étude de la santé. Ainsi, ils posent que les trajectoires de vie :

- sont déterminées par une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux;
- sont des processus qui se déroulent et évoluent tout au long de l'existence (*lifelong process*).

Appliqués à la santé, ces six principes permettent d'élaborer un cadre d'analyse mettant l'accent sur la dimension temporelle du développement de la santé de même que sur le potentiel explicatif du contexte et de l'accès aux ressources sociales et économiques. Ainsi, on peut dégager les principes suivants :

- La santé est un phénomène temporel. Elle se développe tout au long de la vie des individus par l'accumulation de facteurs de risque et de protection associés à plusieurs états et événements vécus par les individus dans divers contextes; par exemple, l'état de santé durant la vieillesse peut s'expliquer par l'effet cumulatif du stress associé à diverses conditions de vie (pauvreté, mauvaises conditions de travail).
- Elle est le fruit de la trajectoire des individus. La place qu'occupe un événement dans la trajectoire de vie est tout aussi importante que la nature de l'événement lui-même; par exemple, une maladie ou un épisode d'invalidité pourrait ne pas avoir le même effet selon qu'il survient en début ou en fin de carrière.
- Elle est également dépendante d'un contexte historique qui s'impose aux individus et qui détermine la nature des politiques de santé, l'orientation du régime providentiel ou, plus simplement, le niveau de développement technologique. L'avènement de l'assurance-maladie a favorisé l'accès et donc probablement le niveau de santé global de la population. Cet impact peut être analysé au niveau individuel.
- Les facteurs expliquant les variations dans l'état de santé des individus sont multiples et de nature variée (biologiques, psychologiques, sociaux); quelle est la part de chacun dans l'explication des inégalités de santé et surtout quelles sont les interactions entre ces déterminants?
- Les individus sont insérés dans divers milieux de vie dont chacun favorise ou défavorise l'accès à des ressources et, en dernière analyse, l'exposition aux risques et l'accès à l'aide; cet accès différentiel au soutien peut-il expliquer une part des inégalités de santé?
- Les individus conservent la capacité d'influer sur leur trajectoire. Cependant, leur capacité d'entreprendre des actions dont l'issue sera positive pour la santé dépend en partie des occasions et contraintes de l'environnement; ainsi, il faut veiller à ne pas imputer à tort à la seule responsabilité individuelle des facteurs de risque comme le tabagisme ou les comportements sexuels à risque et ainsi se priver de possibles pistes pour la compréhension des comportements et l'intervention. Il faut plutôt tenter de trouver les déterminants de ces habitudes.

## 3 LES DONNÉES COMPLEXES

Les principes du cycle de vie mettent en relief trois caractéristiques des déterminants des inégalités de santé : on ne peut en étudier la dynamique que dans une *perspective longitudinale* et cette évolution se fait au sein de *divers milieux de vie*, dans un processus constant d'interaction entre l'individu et son environnement dont on souhaite, par ailleurs, *évaluer les contributions respectives*. On retrouve ainsi les trois caractéristiques fondamentales des enquêtes complexes qui feront l'objet de la présente section.

### 3.1 CE QUE SONT LES DONNÉES COMPLEXES

Premièrement, ces enquêtes complexes doivent être **longitudinales** car la santé et ses causes évoluent dans le temps. On doit donc pouvoir suivre l'enchaînement des événements et ainsi établir des effets de causalité au niveau individuel. Les études longitudinales, au sens où on l'entend ici, sont radicalement différentes des enquêtes transversales répétées. Bien que ces dernières se poursuivent dans le temps et qu'elles puissent, de ce fait, mériter l'épithète de « longitudinales », elles ne permettent pas d'assurer un suivi au niveau individuel. Toute étude du changement individuel et, conséquemment, des causes des inégalités interindividuelles est alors impossible<sup>6</sup>. Elles peuvent cependant permettre l'analyse des grandes tendances collectives et l'effet des transitions sociohistoriques sur l'état de santé global d'une population. Elles sont d'ailleurs préférables, pour ce faire, à certains designs longitudinaux<sup>7</sup> puisque contrairement à ces derniers l'échantillon des enquêtes transversales ne subit pas le poids de l'attrition.

On retrouve deux types d'enquêtes longitudinales : les études de cohortes et les panels. Les cohortes peuvent être constituées d'un échantillon général de la population ou se concentrer sur un segment particulier de la population présentant certaines caractéristiques données au moment de la constitution de l'échantillon. Aucune procédure de renouvellement de l'échantillon n'est assurée et la cohorte a donc une durée de vie limitée, même si elle peut s'étendre sur plusieurs années. Elle est de plus sensible à un biais appelé *effet de cohorte*.

En effet, comme nous l'avons vu plus haut, la trajectoire des individus est insérée dans un temps historique. Le suivi des individus sur plusieurs années permet d'étudier cette trajectoire. Cependant, pour avoir des résultats probants, il faut pouvoir distinguer l'effet des circonstances historiques de l'effet du cycle de vie. Prenons l'exemple d'un groupe de gens nés en 1945 et qui ont donc eu 20 ans au cours des années 1960. Comment peut-on savoir si leurs conditions d'existence à 20 ans sont déterminées par le fait qu'ils ont atteint un stade donné du cycle de vie ou, au contraire, dépendent en grande partie des circonstances économiques favorables de la période des années 1960? Il faut pouvoir contrôler l'effet de la conjoncture en comparant ceux qui ont vécu cet épisode de la conjoncture à ceux qui ne l'ont pas vécu. En d'autres mots, il faudrait pouvoir comparer les individus ayant eu 20 ans au cours des années 1960 à un groupe de personnes ayant eu 20 ans à un autre moment de l'histoire.

---

<sup>6</sup> Une certaine analyse causale est possible avec des données transversales répétées par la comparaison de cohortes. Elles permettent de connaître les causes d'un changement au niveau macrosocial en autant que ces causes se situent au niveau macrosocial (étude de l'impact des circonstances sociohistoriques sur le niveau de santé global d'une société). Mais aucune conclusion ferme ne peut être tirée au niveau individuel de ce genre de données. Il est en effet impossible d'y étudier l'effet mouvant des circonstances individuelles en tant que facteurs de risque ou de protection agissant sur l'état de santé des individus.

<sup>7</sup> Nous verrons plus loin que certains designs longitudinaux permettent de bénéficier des avantages de l'analyse causale tout en assurant un renouvellement et une rétention de l'échantillon tels qu'ils rendent possible la réalisation d'analyses transversales.

Il existe un moyen de contourner le problème et ainsi d'éliminer le biais potentiel associé à l'effet de cohorte. Il s'agit de démarrer de nouvelles cohortes à intervalles réguliers. Cette stratégie permet d'étudier les mêmes groupes d'âge à divers moments du temps historique et ainsi de tenir compte des circonstances propres à chacun d'entre eux. Cette solution comporte toutefois un point faible. Elle ne prend pas en compte les liens sociaux qui existent entre les diverses générations et du potentiel d'analyse dynamique intergénérationnelle qui découle du fait d'avoir des données de niveau individuel sur plus d'une génération. Le recours à des cohortes multiples permet certes de faire des analyses sur les générations mais elles sont grandement restreintes, limitées à la comparaison de groupes d'âges d'une cohorte à l'autre. En effet, les membres de ces cohortes ne sont pas apparentés, c'est-à-dire que les membres des cohortes les plus récentes n'ont pas de lien de filiation avec les membres des cohortes précédentes. Aucune analyse de la trajectoire des descendants en fonction de la trajectoire des parents ne peut être effectuée, rendant impossible l'étude de la *dynamique* intergénérationnelle.

Le deuxième type de design longitudinal permet de tenir compte du biais potentiel associé à l'effet de cohorte tout en comportant une procédure de renouvellement tel qu'il est possible d'étudier la dynamique individuelle d'un phénomène d'une génération à l'autre. Le panel démarre avec un échantillon général de la population et les règles de suivi sont conçues de façon que soit assuré un renouvellement constant de l'échantillon; en effet, l'ensemble des membres des ménages initialement sélectionnés deviennent membres de l'échantillon et les descendants des membres initiaux de celui-ci y sont également inclus. Dans des conditions d'attrition minimum et aléatoire, ce mécanisme assure une représentativité constante de l'échantillon, non seulement par rapport à la composition de la population au moment de la construction de l'échantillon mais aussi par rapport à la composition de la population de référence aux périodes subséquentes. Étant ainsi moins sensibles à l'effet de cohorte, les panels permettent de concilier l'analyse des transitions individuelles et l'analyse des transitions historiques.

Deuxièmement, les enquêtes complexes doivent être **multiniveaux** car les individus ne sont pas des unités autonomes; ils sont insérés dans un contexte. Il est donc nécessaire d'avoir des données sur le milieu de vie qui permettent ainsi d'étudier les individus dans leur contexte et de départager la variance dans l'état de santé individuel attribuable aux différents niveaux. La notion de contexte est ici utilisée au sens large. En effet, les milieux d'appartenance des individus sont multiples et ne sauraient être restreints aux seules caractéristiques du quartier où ils vivent. Ils appartiennent à différentes institutions et milieux qui ne sont pas nécessairement restreints par les limites du quartier. L'école et le lieu de travail sont deux bons exemples. Il faut concéder que ces derniers seront souvent situés à l'intérieur des limites du quartier. Toutefois, il se peut que l'intégration à ces institutions soit l'occasion d'avoir accès à des ressources et des opportunités qui autrement serait inaccessibles. De plus, l'appartenance à plusieurs de ces milieux peut être source de conflit (famille vs travail, par exemple), ce qui peut ultimement avoir un impact sur la santé.

La notion d'enquête multiniveaux telle qu'employée ici ne réfère donc pas seulement aux enquêtes offrant une représentativité statistique au niveau d'écoles, de sous-régions ou de quartiers mais aussi bien aux enquêtes qui ont le souci de documenter les différents niveaux d'insertion des individus qui font partie de l'échantillon. Ainsi, on retrouve en quelque sorte deux types d'enquêtes multiniveaux. Il existe un premier type, qu'on pourrait qualifier de *multiniveaux à visée explicative*, où l'échantillon est concentré dans quelques unités mésosociales ou macrosociales. Ces enquêtes se distinguent principalement par les caractéristiques du plan de sondage et permettent de générer, à partir même des données de l'enquête, des informations agrégées sur les contextes où sont insérés les individus (ex. : le taux d'emploi du quartier ou la densité de l'engagement dans les organismes communautaires). Ces enquêtes permettent en outre de distinguer la part de la variance qui est attribuable aux individus de celle qui est attribuable au contexte dans l'explication des phénomènes sociaux. Le désavantage de ce type d'enquêtes est que le suivi longitudinal est assez difficile à réaliser étant donné que les individus

changent de milieu d'appartenance au fil du temps. Il y a pour ainsi dire une dilution de l'échantillon qui survient à plus ou moins brève échéance.

Le deuxième type, qu'on pourrait appeler *multiniveaux à visée exploratoire*, n'offre pas de représentativité statistique au niveau mésosocial. Cependant, les questions qui sont posées aux individus permettent d'identifier leurs milieux de vie, de documenter ceux-ci à partir de sources autres (par exemple, le recensement ou des données administratives) et d'en tenir compte dans les analyses. Dans ce cas, le terme multiniveaux réfère à une stratégie d'analyse plutôt qu'à un design d'enquête et se confond à toutes fins pratiques avec la notion d'intégration. L'**intégration** est d'ailleurs la troisième caractéristique des enquêtes complexes. Contrairement à l'aspect longitudinal et multiniveaux, qui relèvent davantage du design échantillonnal de l'enquête, l'aspect intégré fait plutôt référence au contenu de l'enquête, qui tente de documenter l'ensemble des sphères de vie des individus. Les enquêtes dites intégrées sont donc celles dans lesquelles il y a, pour ainsi dire, une généralisation du principe multiniveaux puisqu'on recueille des informations sur les liens des individus avec une variété de milieux auxquels ils sont reliés : travail, école, famille, réseaux, etc. De telles enquêtes comportent donc un large éventail de mesures.

La collecte d'informations sur tous les milieux de vie des individus de façon à obtenir une représentativité statistique au niveau des unités mésosociales est sans doute impossible à réaliser techniquement car elle nécessiterait un échantillon fort complexe et imposant. Il faut plutôt se concentrer sur un niveau d'insertion en particulier et documenter les autres sphères de vie des individus à l'aide de la dimension intégrée de l'enquête. Cette stratégie offre la possibilité de tenir compte des autres milieux dans l'explication des phénomènes individuels sans toutefois permettre de générer, à partir des données de l'enquête même, des résultats représentatifs pour les unités mésosociales. L'échantillon n'étant pas concentré dans certaines unités mésosociales, des contraintes relatives au nombre de cas par unités empêcheraient d'obtenir des résultats valides.

Notons que les approches intégrées et multiniveaux sont complémentaires. Même si une enquête est construite d'après un design multiniveaux relativement à un milieu d'insertion particulier (l'école, le milieu de travail, le quartier), elle peut comporter un aspect intégré relatif aux autres milieux. Par exemple, une enquête intégrée basée sur des zones géographiques devrait recueillir des informations sur les entreprises où travaillent les membres de l'échantillon, sans que les entreprises soient forcément situées dans les zones où habitent ces individus. Même si ces lieux de travail ne sont pas situés dans ces zones, ils font néanmoins partie du contexte des individus.

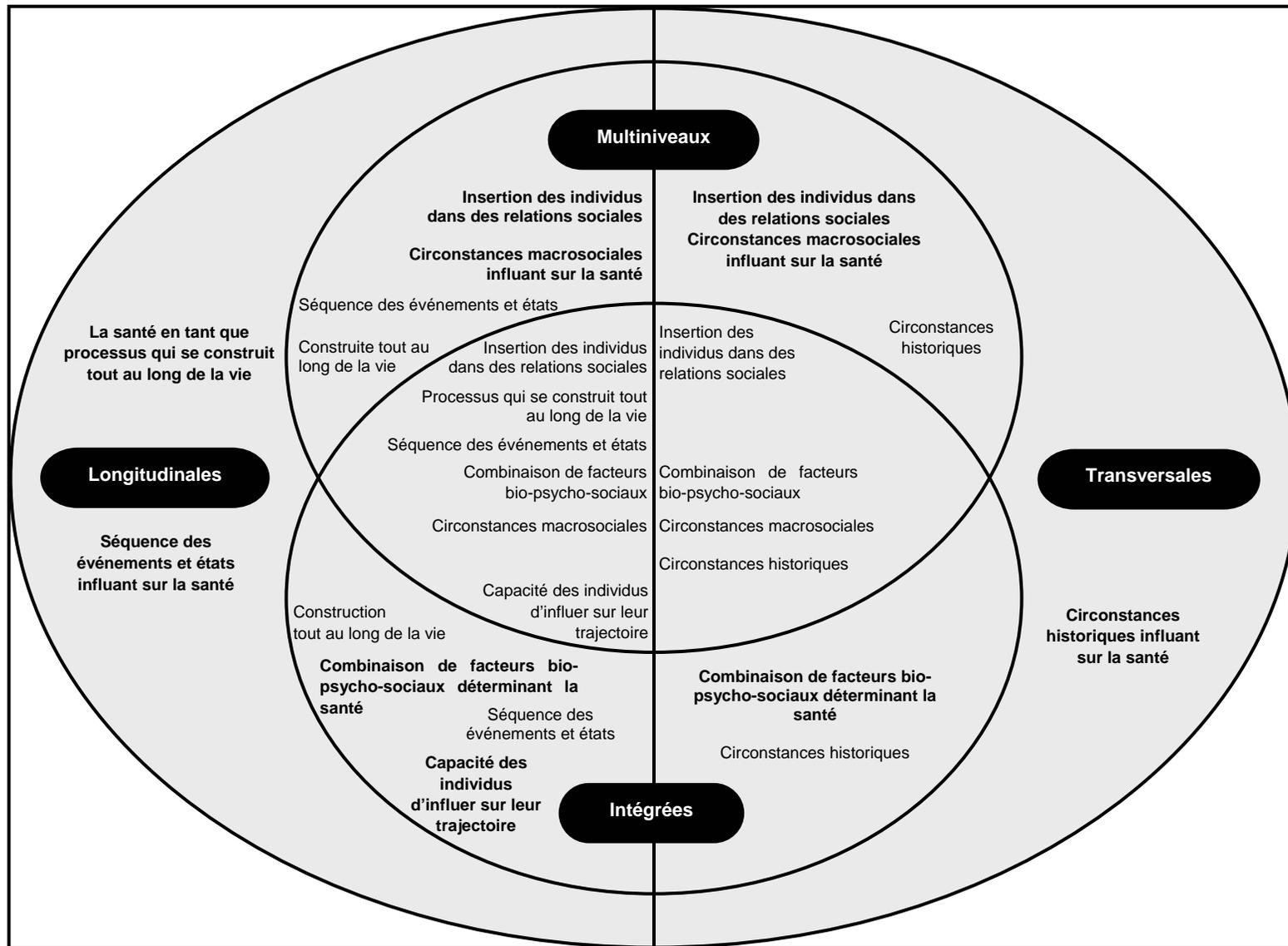
Par ailleurs, l'approche intégrée permet et rend même nécessaire de documenter le niveau mésosocial en important des données agrégées dérivées d'autres sources telles les fichiers administratifs ou les recensements. En effet, certaines informations sur le milieu ne peuvent tout simplement pas être recueillies auprès des individus. Par exemple, on ne peut connaître la proportion d'enfants issus de familles pauvres en demandant cette information aux individus qui fréquentent une école donnée. Il ne résulterait de cet exercice qu'une mesure de perception et non une mesure de la réalité « objective » telle qu'elle pourrait être approchée à l'aide de sources de données extérieures (statistiques d'un ministère) ou par le biais d'informateurs privilégiés (directeur d'école). Ce problème ne se pose pas lorsque l'enquête est construite selon un design multiniveaux (type à visée explicative). En effet, comme nous le mentionnions plus haut, il est possible, avec les enquêtes ayant cette caractéristique, de produire des estimés représentatifs des milieux mésosociaux à partir de l'agrégation des données individuelles portant sur les gens qui font partie de ces unités. En général, le nombre de cas dans ces unités offre la puissance statistique nécessaire à un tel exercice. Il faut toutefois se rappeler qu'un seul type de milieu d'insertion peut être documenté de cette façon. Les autres milieux pertinents doivent l'être à partir de la fonction intégrée des enquêtes.

Les limites quant à la variété et au niveau de détail de l'information qu'il est possible d'obtenir de la part des individus ont d'ailleurs une incidence particulière sur le design d'enquête lorsque l'on combine les aspects longitudinal et intégré. En effet, la notion d'intégration suppose le recours à un large éventail de mesures dont certaines portent sur des événements peu marquants, sujets à un biais de rappel ou à une modification de la perception du fait a posteriori ou encore des éléments qui ne peuvent tout simplement pas être mesurés rétrospectivement (par exemple, la détresse psychologique). Pour cette raison, les schèmes longitudinaux prospectifs sont préférables aux schèmes rétrospectifs. Les premiers permettent le suivi en temps réel des membres de l'échantillon, faisant appel à la mémoire de moyen terme alors que les seconds font appel à la mémoire de long terme, beaucoup plus sélective, limitant de ce fait l'éventail des sujets et leur profondeur de traitement.

La figure 3 présente l'univers des enquêtes complexes et montre comment chacune de leurs caractéristiques, de même que leur combinaison, le cas échéant, permet de tenir compte des différents principes de la perspective du cycle de vie pertinents pour l'étude des inégalités sociales de santé. On peut voir que la combinaison des trois caractéristiques – longitudinal, multiniveaux et intégré- au sein d'une même enquête permet d'étudier les inégalités de santé dans une véritable perspective de cycle de vie qui tient compte des multiples déterminants potentiels de la santé, du niveau d'agrégation où joue chacun des déterminants et, enfin, de l'enchaînement temporel des divers déterminants ou événements. On peut affirmer, en quelque sorte, que les enquêtes complexes sont le corollaire méthodologique des développements théoriques dans le domaine du cycle de vie et de la santé des populations. Par ailleurs, lorsque réunies, les trois caractéristiques se cristallisent en une forme particulière d'enquête, le panel de ménage, qui permet :

- le suivi des mêmes individus sur une période prolongée, qui peut s'étaler sur toute la durée de leur vie dans le cas des membres de la deuxième génération;
- un suivi intergénérationnel du fait que tous les descendants des membres initiaux de l'échantillon sont suivis;
- une représentativité statistique au niveau du ménage du fait de l'inclusion de tous les membres des ménages sélectionnés dans l'échantillon;
- l'inclusion d'un grand éventail de mesures couvrant l'ensemble des milieux et des expériences de vie des individus.

Figure 4 - Perspective du cycle de vie et enquêtes complexes



## 3.2 APPLICATION À L'ÉTUDE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Revenons maintenant aux quatre grands déterminants de la santé tels que présentés plus haut et voyons plus en détail comment les enquêtes complexes permettraient d'en faire l'étude. Le tableau 3, à la page précédente, présente en résumé la façon dont les caractéristiques des enquêtes complexes contribuent à l'étude des déterminants de la santé.

Examinons successivement chacun de ces déterminants en commençant par *les facteurs génétiques* et la contribution que les enquêtes complexes peuvent apporter à leur étude. On voit qu'une véritable approche longitudinale prospective devrait permettre de tenir compte des facteurs d'ordre génétique dans l'explication de la santé par le recours à des procédures permettant de modéliser l'hétérogénéité non observée (modèles de « fixed-effects »). Afin de tirer le maximum de cette possibilité, il faut de préférence l'utiliser dans le contexte d'une enquête qui adopte également une approche intégrée. En effet, avant d'avoir recours à des modèles de « fixed-effect », il faut d'abord être en mesure de spécifier le plus possible les facteurs expliquant la variance. Autrement, il en résulterait une surestimation des facteurs d'ordre génétique.

Les *habitudes de vie* peuvent être conceptualisées comme des facteurs intermédiaires entre l'environnement social et l'état de santé plutôt que comme des causes ultimes de l'état de santé. Les enquêtes complexes combinant la dimension longitudinale et la dimension intégrée permettent non seulement de suivre l'enchaînement temporel des déterminants des habitudes de vie mais également le recours à une variété de facteurs contextuels associés à ces dernières. Il est ainsi possible d'étudier les déterminants, aussi bien que les effets, des changements d'habitudes de vie.

Les enquêtes complexes permettent par ailleurs d'étudier les causes de l'insertion dans divers *contextes environnementaux* favorables et défavorables, surtout au plan des inégalités sociales et les conséquences de cette insertion sur la santé individuelle. Elles permettent en outre de tenir compte de déterminants potentiels de la santé relevant d'une multitude de milieux de vie (ménage, réseau personnel et communautaire, école, milieu de travail, quartier et région). Une telle approche intégrée devrait permettre de spécifier les déterminants potentiels et donc de réduire au minimum le recours à l'hétérogénéité non observée (variables non mesurées) comme facteur explicatif des inégalités de santé. Une approche intégrée doit de préférence être utilisée dans le contexte d'une enquête qui comporte également une dimension longitudinale afin de profiter du potentiel d'analyse causale. Les enquêtes complexes permettent également l'étude des environnements physiques comme déterminants de la santé. Les possibilités offertes sont les mêmes que dans le cas de l'environnement social, en particulier si l'on considère que l'insertion dans les milieux physiques est conditionnée par des facteurs sociaux.

Enfin, les enquêtes complexes permettent l'étude de la part de la variance de la santé individuelle qui peut être expliquée par le *système de santé*. Ceci est rendu possible par le biais de comparaisons internationales, interrégionales (provinces, États avec juridiction sur les politiques sociales) et intertemporelles (comparaison d'une même entité à travers le temps). Si on combine la dimension multiniveaux à la dimension longitudinale, il est en outre possible d'analyser les conséquences du système de santé sur la santé des individus et d'étudier les divers déterminants de l'accès à des soins de santé de qualité.

**Tableau 3 - Contribution des enquêtes complexes à l'étude des déterminants de la santé**

	Patrimoine génétique	Habitudes de vie	Environnement		Système de santé et autres politiques sociales
			Social	Physique	
<b>Approche longitudinale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devrait permettre de tenir compte des facteurs d'ordre génétique.</li> <li>• Modélisation de l'hétérogénéité non observée, au moyen de modèles de « fixed-effects »</li> <li>• Doit de préférence être utilisée dans le contexte d'une enquête à l'approche intégrée afin d'être en mesure de spécifier le plus possible les facteurs expliquant la variance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude des déterminants et des effets des changements d'habitudes de vie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étudier des causes de l'insertion dans divers contextes favorables et défavorables – surtout au plan des inégalités sociales</li> <li>• Conséquences de cette insertion sur la santé individuelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mêmes possibilités que dans le cas de l'environnement social.</li> <li>• L'insertion dans les milieux physiques peut être conditionnée par des facteurs sociaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse des conséquences du système de santé sur la santé des individus.</li> <li>• Attention à l'effet de cohorte.</li> <li>• Ce dernier problème ne se pose pas dans le cas des panels de population générale dont la conception permet de distinguer le temps historique du temps biographique et ainsi tenir compte de l'effet de cohorte.</li> </ul>
<b>Approche intégrée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devrait permettre de spécifier les déterminants potentiels et donc de réduire au minimum le recours à l'hétérogénéité non observée (variables non mesurées).</li> <li>• Doit être utilisée dans le contexte d'une enquête longitudinale afin de profiter du potentiel d'analyse causale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude des déterminants sociaux des habitudes de vie.</li> <li>• Peuvent ainsi être conceptualisées comme des facteurs intermédiaires entre l'environnement social et l'état de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permet de tenir compte de déterminants potentiels de la santé qui relèvent d'une multitude de milieux de vie (ménage, réseau personnel et communautaire, école, milieu de travail, quartier et région) et de circonstances des individus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mêmes possibilités que dans le cas de l'environnement social.</li> <li>• Permet d'étudier les divers contextes sociaux qui sont associés à une exposition à des environnements physiques délétères (situation géographique mais aussi milieu de travail).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude des divers déterminants de l'accès à des soins de santé de qualité et de leur utilisation.</li> </ul>
<b>Approche multiniveaux</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décomposer la variance de l'état de santé entre les niveaux individuel et contextuel.</li> <li>• Ce potentiel est augmenté s'il est utilisé dans le contexte d'une approche intégrée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mêmes possibilités que dans le cas de l'environnement social.</li> <li>• L'environnement physique n'est en fait qu'une modalité de l'environnement social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Part de la variance dans la santé individuelle qui peut être expliquée par le système de santé.</li> <li>• Doit de préférence être utilisée dans une approche longitudinale.</li> <li>• Comparaisons internationales, interrégionales et intertemporelles.</li> </ul>

Afin d'illustrer davantage le potentiel de ces enquêtes complexes, nous aimerions apporter quelques exemples de recherches dans le domaine de la santé des populations qui ont été réalisées à l'aide des données complexes disponibles à l'étranger. Ces exemples viendront illustrer les affirmations que nous avons faites au sujet du potentiel de telles enquêtes. Il est important de noter que la présente section ne constitue pas un état des connaissances actuelles à propos des sujets traités. Elle vise plutôt à faire une présentation d'utilisations particulièrement intéressantes du potentiel des enquêtes. Nous ne présentons donc ici qu'une partie de ces recherches mais il faut noter que la contribution des enquêtes complexes à l'étude de la santé des populations est plus vaste, comme en témoigne les quelque 150 articles que nous avons trouvés dans une recherche exhaustive effectuée en ayant recours aux bases de données courantes (telles *Current Contents*, *Medline*, *ERIC*, *PsycInfo*, *Francis*, *EconLit*, *Sociological Abstracts*, *PAIS*, etc.). Nous avons utilisé comme critère de recherche un éventail de problématiques de santé, le nom des enquêtes, leur acronyme ainsi que l'appellation plus générale et plus courante « household panel ». Ce résultat contraste largement avec les quelques milliers d'articles que nous trouvons lorsque nous utilisons des critères de recherche plus larges et qui incluent donc des études qui n'ont pas été réalisées avec des données complexes au sens où nous l'entendons ici. À titre d'exemple, la recherche combinant les critères « health » et « longitudinal » dans le groupe de bases de données formé par *Current Contents*, *Medline*, *ERIC* et *PsycInfo* donne environ 13 000 articles. Pour un exposé détaillé de la méthode et des critères de recherche employés, le lecteur est invité à consulter l'annexe 1.

Il est important de souligner que nous faisons référence ici aux recherches portant sur la santé. L'utilisation des enquêtes du type panel de ménages à d'autres fins est loin d'être aussi limitée, comme en témoigne le millier d'articles que nous trouvons une fois retiré le critère santé (et cela pour les bases de données du groupe *Current Contents*, *Medline*, *ERIC* et *PsycInfo* seulement). De plus, nous avons utilisé des critères plutôt stricts en retirant les articles répondant au critère « panel data ». En effet, ces articles correspondent souvent à des recherches effectuées en deux temps (mesure des conditions initiales au  $t_1$ , suivi de l'évolution de la situation au  $t_2$ ). Ils ne correspondent pas au type de suivi en temps réel, typique des enquêtes complexes, que nous décrivons dans le présent texte. Il se peut toutefois que certains articles effectués à l'aide de panels de ménages aient été éliminés de cette façon.

Il paraît néanmoins assez évident que le potentiel des données complexes, en particulier les panels de ménages, est fortement sous-utilisé, en termes du nombre d'articles produits, dans l'étude des questions de santé des populations. Caractère abrupt de la courbe d'apprentissage des méthodes d'analyse complexes? Habitudes intellectuelles résilientes de chercheurs habitués à des perspectives de recherche classiques en santé des populations et peu enclins à tirer pleinement parti du caractère intégré de ces enquêtes? Il semble en tout cas qu'un travail d'orientation scientifique et de concertation des efforts soit requis si nous voulons trouver des réponses adéquates et donc complexes aux questions de recherche que nous avons esquissées plus haut.

Cela dit, la relation entre revenu et santé a fait l'objet de nombreuses études. Selon Benzeval et Judge (2001)<sup>8</sup>, une bonne part des résultats portant sur l'association entre revenu et santé est basée sur des données transversales. Il y a donc simultanéité des mesures de revenu et de santé ce qui empêche alors d'établir le sens de la relation et de mettre un terme définitif au débat opposant l'hypothèse de causalité à l'hypothèse de sélection. En effet, la question de savoir si les conditions défavorables d'existence (par exemple : emplois précaires, difficultés familiales, logement inadéquat) provoquent une détérioration de la santé ou si à l'inverse une mauvaise santé provoque une détérioration des conditions d'existence est une question délicate non seulement pour l'association entre revenu et santé mais également pour des aspects sociaux à la santé.

---

<sup>8</sup> BENZEVAL, Michaela et Ken JUDGE (2001). Income and Health: The Time Dimension, *Social Sciences and Medicine*, 52, pp. 1371-1390.

Benzeval et Judge soulignent deux autres aspects importants du revenu que les études doivent prendre en considération. D'une part, il s'inscrit dans la durée, c'est-à-dire que la mesure du revenu à un point donné de la trajectoire de l'individu n'est pas nécessairement un bon indicateur de cette trajectoire. D'autre part, il est important de tenir compte des aspects plus « qualitatifs » de la trajectoire de revenu, c'est-à-dire de la façon dont les épisodes de pauvreté sont distribués dans la trajectoire des individus. S'agit-il en effet de périodes prolongées ou de courtes périodes entrecoupées d'épisodes de prospérité? Quelles interrelations cette trajectoire entretient-elle avec les autres éléments du contexte de l'individu (trajectoire familiale, professionnelle, attitudes à l'égard du niveau socio-économique).

Les résultats de Benzeval *et al.* confirment plusieurs études internationales portant sur la relation entre le revenu et la santé, à savoir que :

- la moyenne du revenu sur une longue période paraît plus déterminante pour la santé que le revenu courant;
- les épisodes prolongés de pauvreté sont plus déterminants que les épisodes occasionnels;
- le niveau, de même que la variation du revenu dans le temps ont un effet sur la santé;
- les baisses de revenu sont plus déterminantes pour la santé que les hausses.

Les auteurs concluent qu'il existe une relation causale entre la faiblesse des revenus et une santé déficiente et qu'il est primordial de tenir compte des aspects longitudinaux de la relation entre revenu et santé. Cette recherche se limite toutefois à l'étude de la relation du revenu avec la santé en ne tenant compte que du sexe et de l'âge. On peut penser que la relation est plus complexe et que cette recherche constitue de ce fait une sous-utilisation du potentiel intégré du *British Household Panel Study (BHPS)*, en dépit du fait qu'elle en exploite bien les possibilités longitudinales. Il y aurait donc lieu, entre autres :

- d'élargir l'éventail des mesures considérées afin d'identifier d'éventuels facteurs confondants ou intermédiaires;
- de tirer avantage d'une des caractéristiques des enquêtes complexes, à savoir le suivi intergénérationnel.

En effet, connaître l'existence d'une relation entre revenu et santé de même que la direction causale de cette dernière ne vide pas la question une fois pour toutes. On peut en effet se demander quel processus fait en sorte que certaines personnes connaîtront des épisodes de pauvreté. S'agit-il d'un concours de circonstances, de choix individuels combinés à des politiques sociales déficientes qui ne permettent pas aux individus de s'en sortir? Faut-il plutôt chercher l'explication dans des facteurs transmis d'une génération à l'autre? Qui plus est, ces facteurs sont-ils d'ordre biologique, psychologique ou social? Conley et Bennet (2000)<sup>9</sup> ont tenté de répondre à la question en utilisant les données du *Panel Study of Income Dynamics (PSID)* réalisées aux États-Unis.

Leurs résultats montrent l'importance d'élargir la perspective quand il est question de l'association entre le revenu et la santé. Les chercheurs arrivent à la conclusion que l'effet du revenu sur la santé observé dans certaines études pourrait être trompeur. Ils soulignent premièrement que le poids des parents à leur naissance ne fait généralement pas partie des variables contrôles utilisées dans les études sur les déterminants socio-économiques des naissances de faible poids (un indicateur de santé). Pourtant, leur étude montre que le fait pour la mère ou le père de l'enfant d'être né avec un faible poids multiplie par 4 et 6 respectivement les chances de donner naissance à un enfant de faible poids. L'étude va encore plus loin. Les résultats montrent que les individus nés avec un faible poids ont moins de chance que les autres

---

<sup>9</sup> CONLEY, Dalton et Neil G. BENNETT (2000). Is Biology Destiny? Birth Weight and Life Chances, *American Sociological Review*, 65 (3).

d'obtenir un diplôme secondaire dans les délais habituels (avant d'avoir atteint l'âge de 19 ans). Le fait d'être né avec un faible poids se traduit par une diminution de 34 % des chances d'obtenir le diplôme dans les délais habituels et par une diminution de 74 % des chances de diplômé. Cette relation perdure même après l'introduction de variables contrôles du statut socio-économique. Les auteurs invitent toutefois à la prudence en soulignant que l'association entre faible poids et performance académique pourrait être le résultat de dynamiques internes à la famille qu'il n'est pas possible d'évaluer avec les données dont ils disposaient. Ils mentionnent par exemple que les bébés de faible poids pourraient souffrir, au sein même de leur famille, d'un processus de stigmatisation qui fait en sorte que moins de ressources leur sont consacrées.

Attewell (1999)<sup>10</sup> s'est intéressé aux relations entre les changements de la structure familiale et la perte d'emploi. Afin de pouvoir distinguer les causes des conséquences, il est nécessaire de recourir aux données longitudinales du PSID. Les résultats montrent que ceux qui ont connu une perte d'emploi étaient plus susceptibles de divorcer, un effet net de plusieurs facteurs sociodémographiques comme l'âge, le groupe ethnique et l'éducation. De plus, les résultats montrent que ceux qui avaient vécu un divorce étaient plus susceptibles de perdre leur emploi ultérieurement. Les personnes vivant seules avec des enfants couraient également un plus grand risque de perdre leur emploi.

L'auteur propose d'expliquer la relation causale entre la situation familiale et la perte d'emploi de la façon suivante. Les personnes divorcées sont plus susceptibles d'être perturbées et, en conséquence, d'être moins productives. Celles qui ont des responsabilités familiales ont plus de chances de s'absenter du travail. La situation de ces personnes les rend donc plus vulnérables à subir des licenciements ou des mises à pied. Il deviennent en quelque sorte des cibles de choix lorsque vient le temps de couper des postes au sein d'une entreprise. Seules des données longitudinales de niveau individuel permettent d'obtenir des résultats aussi intéressants, qui minimisent les interprétations équivoques.

Cette recherche peut sembler bien loin des préoccupations de santé, quand on considère les variables qui y sont utilisées. L'interprétation des résultats que fait l'auteur nous ramène toutefois dans le domaine de la santé par le biais du facteur « perturbant » qu'il invoque à titre d'intermédiaire entre la dynamique familiale et la dynamique d'emploi et inversement. Bien que relevant de la conjecture, cette explication soulève d'importantes questions pour qui s'intéresse à la santé dans une perspective holiste et peut éventuellement servir à la formulation de nouvelles hypothèses portant notamment sur le rôle joué par la détresse psychologique dans les diverses transitions de vie. Cette recherche souligne une dernière fois l'importance du recours à une approche intégrée et le potentiel offert par les données des enquêtes conformes à cette perspective.

Il est intéressant de noter que la majorité des études en santé réalisées avec les enquêtes complexes utilisent très peu l'aspect intégré de ces enquêtes. Cette sous-utilisation en regard du potentiel des enquêtes se double de la sous-utilisation, en termes du nombre d'articles produits, que nous évoquons plus haut. On retrouve beaucoup d'études sur l'impact des facteurs économiques comme le travail et le revenu, qui utilisent généralement à fonds l'aspect longitudinal des enquêtes mais très peu leur aspect intégré. À l'inverse, certaines études s'efforcent de prendre une approche plus large mais n'exploitent pas tout le potentiel offert par la nature longitudinale des données. Certaines recherches utilisent même les données des panels comme une série de transversales ou encore comme un pool de transitions s'effectuant sur une année. Cette dernière façon de procéder ne permet pas de tenir compte de l'effet cumulatif de plusieurs années passées dans un même état.

---

<sup>10</sup> ATTEWELL, Paul (1999). The Impact of Family on Job Displacement and Recovery, *The Annals of the Academy of Political and Social Research*, 562, pp. 66-82.

Bergman et Scott (2001)<sup>11</sup> ont tenté d'étudier les déterminants des comportements à risque pour la santé. Les données du BHPS qu'ils ont utilisées offrent un éventail d'informations socio-économiques et psychométriques de même que des mesures de comportements à risque pour la santé (le tabagisme et l'implication dans des batailles). Ils ont découvert que l'usage du tabac n'était pas relié à diverses mesures de bien-être psychologique (estime de soi, *self-efficacy* et bonheur général). À l'inverse, l'implication dans des batailles était reliée de façon significative à ces mêmes mesures. Les facteurs socio-économiques ont en revanche une certaine influence sur le tabagisme des jeunes : ceux qui vivent dans des familles monoparentales et dont les parents sont locataires ont plus de chances de fumer. Les auteurs suggèrent que ceci est probablement dû à un effet du contexte familial et géographique qu'il importe d'étudier plus à fond, ce que permettraient sans doute les données du BHPS. Cependant, les facteurs socio-économiques comme l'occupation du père ont peu d'influence sur les mesures de bien-être psychologiques. Les auteurs soulignent que ce résultat est conforme à la littérature selon laquelle la classe sociale, bien que déterminante pour les enfants et les adultes, a somme toute peu d'importance lors de l'adolescence. Le revenu familial, quant à lui, est relié de façon surprenante au bien-être psychologique des jeunes. Les adolescents provenant des foyers les plus pauvres rapportent souffrir significativement moins d'inquiétude que les jeunes de milieux plus favorisés, un effet qui est probablement dû, selon les auteurs, à la pression à la performance, plus fréquente dans les couches favorisées.

Les résultats sont cependant basés sur des analyses transversales de trois vagues du BHPS. Une analyse longitudinale, qui s'intéresse à la trajectoire des individus dans le temps, pourrait révéler un portrait différent de la situation et permettrait notamment de résoudre certaines des questions soulevées par l'analyse.

Dans le même ordre d'idée, Weich, Sloggett et Lewis (2001)<sup>12</sup> font une utilisation intéressante du caractère intégré du BHPS dans l'étude de l'impact des rôles sociaux sur la détresse psychologique. Ils ont recours aux données du BHPS afin de tenter d'expliquer la différence homme/femme dans le niveau de détresse psychologique. On sait que les femmes ont tendance à avoir un degré de détresse psychologique plus élevé que les hommes. Les auteurs émettent l'hypothèse que cette différence pourrait être expliquée par le fait qu'elles occupent en moyenne un plus grand nombre de rôles sociaux. Bien qu'il existe une différence de genre dans le type de rôle occupé et que l'occupation par les femmes de rôles où elles sont davantage impliquées dans les soins donnés à leur entourage soit associé à une augmentation de la détresse psychologique, cette différence n'explique pas la totalité de la différence homme/femme observée. Ils invoquent plusieurs explications potentielles, notamment le manque de détails dans la description de chacun des rôles de même que sur leur coordination les uns avec les autres. Cependant, une autre partie de l'explication pourrait ne pas avoir été explorée faute d'une pleine utilisation du potentiel longitudinal. En effet, au lieu de considérer l'effet cumulatif à moyen terme du fait d'occuper plusieurs rôles sociaux sur le niveau de détresse psychologique, les auteurs ont décidé de faire des comparaisons deux à deux, c'est-à-dire de mettre en relation le nombre et le type de rôles sociaux occupés lors d'une année donnée avec le niveau de détresse psychologique un an plus tard. Bien que cette stratégie ait l'avantage d'augmenter la puissance statistique des analyses, elle ne permet pas de profiter de l'avantage conféré par le suivi à long terme des individus dans le BHPS.

---

<sup>11</sup> BERGMAN, Manfred Max et Jacqueline SCOTT (2001). Young Adolescents' Wellbeing and Health-risk behaviours: Gender and Socio-economic differences, *Journal of Adolescence*, 24, pp. 183-197.

<sup>12</sup> WEICH, S.; A. SLOGGETT et G. LEWIS (2001). Social Roles and the Gender Difference in Rates of the Common Mental Disorders in Britain: a 7-year, Population-based Cohort Study, *Psychological Medicine*, 31, pp. 1055-1064.

En guise d'explication de cette sous-utilisation des enquêtes, on pourrait aussi invoquer un manque de chercheurs s'intéressant aux aspects multidisciplinaires et intégrés des recherches en santé ou voire même un problème relatif à la discipline. En effet, les disciplines où les chercheurs sont les plus susceptibles de s'intéresser au potentiel intégré des données sont peut-être celles où la tradition d'utilisation des méthodes complexes d'analyse est la plus récente.

On pourrait aussi invoquer le fait qu'il n'existe pas à l'heure actuelle d'enquête qui concilie de façon parfaite le suivi à très long terme des répondants (sur deux générations, par exemple) et les aspects intégrés. Il faut se rappeler que la doyenne des enquêtes complexes, le *Panel Study of Income Dynamics* a d'abord été conçue pour étudier la dynamique de la pauvreté. Lors de sa fondation en 1968, le PSID comportait presque exclusivement des questions sur le travail et le revenu. Ce n'est qu'en 1984 qu'on a commencé à suivre la santé des membres de l'échantillon et à ajouter des modules portant plus particulièrement sur la santé. Le BHPS, le *German Socioeconomic Panel (GSOEP)* et le *Survey of Household and Income Dynamics in Australia (HILDA)*, enquêtes parfaitement intégrées, sont beaucoup plus récentes et n'offrent donc pas les possibilités de suivi à très long terme pour le moment. Néanmoins, le faible nombre de recherches réalisées à l'aide de ces enquêtes dans le champs de la santé des populations a de quoi étonner, surtout compte tenu de la longévité non négligeable du GSOEP et du BHPS (respectivement 19 ans et 12 ans).

Malgré la sous-utilisation quantitative et qualitative des enquêtes et les raisons qui peuvent expliquer cet état de fait, il demeure que les problématiques en santé des populations sont complexes et font appel à une variété de déterminants. Nous pouvons affirmer sans grand risque de se tromper que les ambitions du champs de la santé des populations sont essentiellement intégrées et longitudinales et requièrent de ce fait des données de cette nature afin de valider les hypothèses. Les grandes références en santé des populations (Marmot et Wilkinson, 1999<sup>13</sup>; Wilkinson, 1996<sup>14</sup>; Berkman et Kawachi, 2000<sup>15</sup>) font état de problématiques complexes telles que le contexte psychosocial durant l'enfance, le capital social, l'environnement psychosocial au travail, la cohésion sociale et le support social qui ne sont pas étrangères à ce que nous présentions plus haut. L'étude de ces problématiques requiert l'utilisation de données complexes, particulièrement si l'on veut étudier simultanément, pour un même groupe d'individus, plus d'une problématique. Les données de panel constituent certainement une des voies à prendre car elles offrent un des meilleurs compromis possible dans la réconciliation des trois caractéristiques des enquêtes complexes et la maximisation du potentiel qui leur est associé.

---

<sup>13</sup> MARMOT, M. et R. G. Wilkinson, eds (1999). *Social Determinants of Health*, Oxford University Press.

<sup>14</sup> WILKINSON, R. G. (1996). *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, Routledge.

<sup>15</sup> BERKMAN, L. F. et I. Kawachi (2000). *Social Epidemiology*, Oxford University Press.

## 4 L'ÉTAT DES DONNÉES CANADIENNES ET QUÉBÉCOISES

Comme nous l'avons vu à la section précédente, plusieurs enquêtes internationales permettent un suivi longitudinal de la trajectoire des individus dans une perspective intégrée. Nombre de pays industrialisés ont donc accès à des données complexes au sens où on l'entend dans ce texte. Le BHPS, le GSOEP et le HILDA en sont certainement les meilleurs exemples. Le PSID, bien que mettant l'emphase sur le revenu et l'emploi, témoigne d'un certain souci d'intégration de par l'addition, au fil des ans, de modules spécialisés portant sur divers sujets dont la santé. Par ailleurs, on retrouve des enquêtes semblables dans plusieurs autres pays, notamment en Suède, en Suisse, aux Pays-Bas, au Luxembourg, en Belgique et en Russie. Pour une liste des enquêtes internationales et des sujets qui y sont traités, le lecteur est invité à consulter l'annexe 2.

Qu'en est-il de la situation au Canada et au Québec à l'égard des données complexes? Les études transversales ont ici une longue tradition : des enquêtes de santé sont réalisées depuis les années 1970 (Santé-Canada : 1978, Enquête sociale générale (ESG) cycle Santé : 1985, 1991, Santé-Québec : 1987, 1992, 1998). L'avènement des enquêtes longitudinales est plus récent; Statistique Canada développe depuis 1993 son programme longitudinal qui comporte aujourd'hui les enquêtes suivantes :

- l'*Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)* qui a débuté en 1994 et qui fait le suivi de la dynamique de santé des individus. Elle comportait également une composante transversale jusqu'en 1998;
- l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)* qui a débuté en 1994 et qui assure le suivi du développement de jeunes qui avaient entre 0 et 11 ans au moment de la première vague;
- l'*Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR)* qui a débuté en 1993 et qui suit l'historique détaillé d'emploi et de revenu des individus sur une période de 6 ans;
- l'*Enquête sur les milieux de travail et les employés (EMTE)* qui a débuté en 1999 et qui assure le suivi d'entreprises ainsi que d'employés qui travaillent au sein de ces entreprises;
- l'*Enquête sur la jeunesse en transition (EJET)*, débutée en 2000 et portant particulièrement sur les transitions des jeunes entre l'école et le marché du travail;
- l'*Enquête longitudinale sur les immigrants du Canada (ELIC)* qui a débuté en 2001 et qui suit une cohorte de personnes nouvellement établies au Canada.

De plus, on peut signaler l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)* qui n'est pas longitudinale mais qui est d'un intérêt particulier pour les chercheurs en santé des populations car elle offre une représentativité statistique au niveau des zones sociosanitaires. Enfin, l'Institut de la statistique du Québec réalise depuis 1998 l'*Enquête longitudinale sur le développement des enfants au Québec (ELDEQ)*.

On peut constater que le pays est relativement bien pourvu en données longitudinales et, plus particulièrement, en données longitudinales qui permettent d'étudier la santé. Cependant, ces enquêtes combinent rarement, pour ne pas dire jamais, les trois caractéristiques des enquêtes complexes dont nous défendons la nécessité au début du document (voir tableaux 4 et 5). L'analyse du contenu des enquêtes de Statistique Canada et de l'Institut de la statistique du Québec (voir tableau 6) révèle que ces dernières collectent généralement des informations très détaillées sur des sujets précis ou encore un éventail d'informations plus large mais sur des sous-populations plus ou moins restreintes. Même si ces enquêtes sont toutes longitudinales (à l'exception de Santé-Québec et de l'ESCC qui la remplace), elles diffèrent considérablement relativement aux règles de suivi de l'échantillon. Certaines envisagent un suivi à long terme alors que d'autres, comme l'EDTR, ont à cet égard une limite de 6 ans. Ce sont pour la

plupart des cohortes qui assurent avant tout le suivi d'individus plutôt que de ménages. Il n'y a donc pas de procédure formelle de renouvellement de l'échantillon basé sur le ménage contrairement à ce qui est prévu dans les panels de ménages. Également, plusieurs enquêtes ont un échantillon basé sur des unités mésosociales (par exemple : les entreprises dans le cas de l'EMTE, des zones géographiques dans le cas de l'ESCC et même des écoles dans le cas de l'EJET-15 ans) mais aucune ne documente l'ensemble des milieux de vie des individus.

En fait, toutes les enquêtes longitudinales de Statistique Canada sont relativement sectorielles et focalisées sur un sujet ou un milieu de vie en particulier. Par exemple, l'EDTR et l'EMTE s'intéressent à l'emploi et au revenu, la première dans une perspective individuelle et la seconde dans une perspective qui lie les travailleurs aux entreprises. L'EJET s'intéresse particulièrement au travail mais laisse une place importante à l'éducation. Dans les trois cas, la santé occupe une place marginale réservée en gros à des questions sur les limitations d'activité. À l'inverse, l'ENSP documente la santé à un niveau de détail impressionnant mais accorde peu de place aux autres thématiques. L'exception parmi les enquêtes longitudinales de Statistique Canada est l'ELNEJ, qui couvre une grande variété de thèmes. Cet éventail est de plus appelé à grandir et à se transformer à mesure que les sujets vieilliront et que d'autres mesures deviendront pertinentes. Cependant, il faut souligner qu'il s'agit d'une enquête sur une population restreinte, des jeunes aujourd'hui âgés entre 9 et 20 ans, et qu'elle est sujette à un effet de cohorte. Ces constats s'appliquent également à l'ELIC qui couvre également un large éventail de sujets, y compris la santé, mais qui porte sur une population spécifique, les immigrants, et qui est tout aussi sensible à un effet de cohorte. Enfin, pour ce qui est de l'enquête longitudinale pilotée par l'Institut de la statistique du Québec, l'ELDEQ, les mêmes constats s'appliquent. Il s'agit d'une enquête portant sur une population très spécifique et dont le contenu est principalement relié au développement psychosocial des enfants avec relativement peu de mesures au sujet des autres dimensions de la vie, particulièrement dans le cas des parents.

On peut donc voir qu'aucune des enquêtes existantes ne peut servir de substitut à un panel de ménages. Chacune de ces enquêtes occupe des fonctions particulières au sein de l'éventail des outils disponibles et elles ne sauraient conjointement remplacer une enquête intégrée, pas plus qu'une enquête intégrée ne permettrait de remplacer l'éventail des enquêtes sectorielles ou portant sur des populations spécifiques. Ces dernières sont utiles si l'on veut étudier en détail une problématique donnée, niveau de détail qu'il n'est pas possible d'atteindre avec les enquêtes intégrées, ne serait-ce qu'en raison du fardeau que cela imposerait aux répondants. Cependant, ces enquêtes ne peuvent donner une vue d'ensemble des phénomènes et les replacer dans le contexte plus large de la vie des individus. On voit donc que les enquêtes sectorielles et les enquêtes intégrées répondent à des préoccupations différentes et se distinguent également par l'éventail des questions de recherche auxquelles elles permettent de trouver des réponses.

**Tableau 4 - Potentiel offert par les enquêtes de Statistique Canada pour l'étude de la santé des populations**

	<b>Longitudinale</b>	<b>Multiniveaux</b>	<b>Intégrée</b>
<p><b>Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) – Début : 1994</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• biennale;</li> <li>• membres des ménages âgés de 12 ans et plus;</li> <li>• comportait une composante transversale remplacée en 2000 par l'ESCC;</li> <li>• composante « population en ménage privé » et « population en établissement de santé ».</li> </ul>	<p>Oui, mais ce n'est pas un panel de ménages. Donc, les cohabitants ne sont pas suivis. La durée du suivi longitudinal reste indéterminée de même que le suivi des descendants des individus membres de l'échantillon, ce qui limiterait la possibilité de faire des analyses intergénérationnelles.</p>	<p>Oui, l'enquête est basée sur les ménages.</p>	<p>Non, la santé y est opérationnalisée de façon très détaillée. Les facteurs explicatifs le sont aussi également (surtout les habitudes de vie, l'environnement physique et l'utilisation des services de santé). L'environnement social l'est beaucoup moins, mais on recueille des informations sur le ménage, sur les cohabitants de l'individu sélectionné et on peut y fusionner des informations sur les zones sociosanitaires et le quartier (dérivées de l'ESCC ou du recensement) (voir tableau 6 et annexe 2).</p>
<p><b>Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) – Début : 1994</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• biennale;</li> <li>• individus âgés de 0 à 11 ans en 1994, suivis jusqu'à l'âge de 25 ans;</li> <li>• comporte une composante transversale (renouvellement des tranches d'âge);</li> <li>• 23 000 enfants.</li> </ul>	<p>Oui, mais il n'est pas prévu de suivre les descendants. Le suivi des membres de l'échantillon cessera lorsqu'ils auront atteint l'âge de 25 ans.</p>	<p>Non, mais on recueille des informations sur le ménage, l'école et la classe. À mesure que les cohortes vieilliront, il sera possible de documenter d'autres contextes qui ne sont pas pertinents actuellement étant donné l'âge des individus étudiés (milieu de travail, par exemple)</p>	<p>Oui, une foule de sujets sont traités (voir tableau 3 et annexe 2), la santé mentale et physique occupant une bonne part. Il s'agit cependant d'une enquête sur une population spécifique. La variété des sujets couverts pourra changer à mesure que les membres vieilliront. L'environnement social (principalement l'école et la famille) occupe une bonne part de l'enquête (voir tableau 6 et annexe 2).</p>
<p><b>Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR) – Début : 1993</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• annuelle;</li> <li>• panels de 6 ans;</li> <li>• environ 15 000 ménages (30 000 individus).</li> </ul>	<p>En partie. Le suivi longitudinal des individus se poursuit pendant 6 ans seulement. Seuls les cohabitants au moment du début de l'enquête font partie de l'échantillon. Les cohabitants qui s'ajoutent ultérieurement ne sont pas suivis (sauf s'ils continuent d'habiter avec l'individu membre de l'échantillon).</p>	<p>Non, mais des informations détaillées sur les conditions de travail sont recueillies. Même s'il n'y a pas de représentativité statistique au niveau des entreprises, il est quand même possible de faire des analyses en considérant que les individus sont insérés dans des sous-secteurs économiques.</p>	<p>Non. De plus, le volet santé est très limité. Les quelques informations recueillies le sont plutôt en tant que facteurs explicatifs de la non-participation au marché du travail (limitation d'activité). Il est possible d'analyser les absences pour raison de santé (et les limitations d'activité) en fonction des diverses caractéristiques de la trajectoire d'emploi mais le suivi relativement court limite cette possibilité (voir tableau 6 et annexe 2).</p>

	<b>Longitudinale</b>	<b>Multiniveaux</b>	<b>Intégrée</b>
<p><b>Enquête sur les milieux de travail et les employés (EMTE) – Début : 1999</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>échantillon d'environ 7000 entreprises (25 000 employés);</li> <li>suivi des entreprises sur une période indéterminée, avec rafraîchissement périodique de l'échantillon;</li> <li>les employés sont suivis sur une période de deux ans seulement;</li> <li>un nouvel échantillon des employés des entreprises échantillonnées est constitué tous les deux ans.</li> </ul>	<p>Oui, cependant, la durée du suivi longitudinal des employés limite sérieusement les possibilités d'analyse au niveau individuel.</p>	<p>Oui, les travailleurs sont insérés dans des entreprises.</p>	<p>Non. Le volet santé est très limité. Il est possible d'analyser les absences pour raison de santé (et les limitations d'activité) en fonction des diverses caractéristiques de la trajectoire d'emploi. Des informations sont recueillies sur les employés et les entreprises qui les embauchent (voir tableau 6 et annexe 2).</p>
<p><b>Enquête sur la jeunesse en transition (EJET) – Début : 2000</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>biennale;</li> <li>cohorte 15 ans : basée sur écoles</li> <li>environ 30 000 étudiants (1000 écoles);</li> <li>interview des parents;</li> <li>intégrée à PISA (OCDE);</li> <li>cohorte 18-20 ans : basée sur ménages;</li> <li>environ 23 000 jeunes.</li> </ul>	<p>En partie. Cependant, la durée du suivi sera assez courte (3 vagues). Les cohabitants sont considérés comme des éléments de contexte et ne sont pas suivis.</p>	<p>Oui, les jeunes sont insérés dans des ménages (cohorte des 18-20 ans) ou des écoles (cohorte des 15 ans).</p>	<p>Oui. Des informations sont recueillies sur le travail, l'école le ménage. À part quelques questions sur les habitudes de vie, la santé y est très peu documentée. Il s'agit en plus d'une enquête sur une population très spécifique (voir tableau 6 et annexe 2).</p>
<p><b>Enquête longitudinale sur les immigrants du Canada (ELIC) – Début : 2001</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>biennale;</li> <li>12 000 individus sur les 21 000 sélectionnés (15 ans et +).</li> </ul>	<p>Oui et le suivi des descendants est possible mais les intentions demeurent indéterminées.</p>	<p>Non, l'enquête n'est pas basée sur les ménages.</p>	<p>Oui, une foule de sujets sont traités mais il s'agit d'une enquête sur une population très spécifique (voir tableau 6 et annexe 2).</p>

	<b>Longitudinale</b>	<b>Multiniveaux</b>	<b>Intégrée</b>
<p><b>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Début : 2000</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• biennale;</li> <li>• une composante représentative au niveau des régions sociosanitaires (130 000 individus) et une autre au niveau des provinces (30 000 individus);</li> <li>• composante santé mentale : 30 000 individus.</li> </ul>	<p>Non, il s'agit d'un nouvel échantillon à chaque vague, ce qui rend les analyses causales difficiles.</p>	<p>Oui, l'enquête est basée sur les régions sociosanitaires et les données offrent une représentativité statistique au niveau de ces zones. On peut ainsi étudier la contribution du contexte à la santé individuelle. On doit toutefois noter que les régions sociosanitaires en question sont assez étendues et donc probablement assez hétérogènes.</p>	<p>Non, la santé y est opérationnalisée de façon très détaillée mais les autres sphères occupent peu de place (voir tableau 6 et annexe 2).</p>

**Tableau 5 - Potentiel offert par les enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec pour l'étude de la santé des populations**

	<b>Longitudinale</b>	<b>Multiniveaux</b>	<b>Intégrée</b>
<b><i>Enquête sociale et de santé (ESS) – Début : 1987</i></b>	Non, il s'agit d'un nouvel échantillon à chaque vague, ce qui rend les analyses causales difficiles.	Oui, elle offre une représentativité statistique au niveau des zones sociosanitaires.	Non, informations détaillées sur la santé. Cependant, l'éventail des informations a été élargi lors des vagues plus récentes.
<b><i>Enquête longitudinale sur le développement des enfants au Québec (ELDEQ) - Début : 1998</i></b>	Oui, mais les cohabitants ne sont suivis qu'afin de fournir les informations sur le bébé et des éléments de contexte.	Non, il s'agit d'un échantillon de 2 100 bébés qui ne sont pas concentrés dans des unités mésosociales; l'enquête n'est pas basée sur les ménages.	Non. Informations très détaillées sur le développement psychosocial des bébés. Cependant, il s'agit d'une enquête sur une population restreinte.
<b><i>Enquête socio-économique de santé intégrée et longitudinale (ESSIL) - En développement</i></b>	Oui, les cohabitants des membres initiaux de l'échantillon de même que les descendants sont suivis.	Oui, l'enquête est basée sur les ménages.	Oui, une foule de sujets et de contextes sont abordés et il s'agit d'une enquête auprès d'un échantillon de la population générale.

Tableau 6 - Thèmes traités dans les enquêtes de Statistique Canada

	<b>Santé et santé mentale</b>	<b>Éducation et accès aux savoirs</b>	<b>Travail et revenu</b>	<b>Famille et réseaux sociaux</b>
<b>Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)</b>	<b>Sujet principal</b>	Niveau de scolarité	Population active stress au travail sources de revenu	Composition du ménage soutien social
<b>Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR)</b>	Limitation d'activité absentéisme pour cause de maladie	Fréquentation scolaire niveau de scolarité	<b>Sujet principal</b>	Composition du ménage
<b>Enquête sur les milieux de travail et les employés (EMTE)</b>	Limitation d'activité	Formation et perfectionnement	<b>Sujet principal</b> (revenu : surtout salaire)	Conciliation travail/famille
<b>Enquête sur la jeunesse en transition (EJET)</b>	Limitation d'activité consommation alcool/drogue raison de l'arrêt de travail/étude	<b>Sujet important</b>	<b>Sujet important</b>	Antécédents familiaux rôle parental l'équilibre entre le travail, les études et la famille
<b>Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)</b>	<b>Sujet important</b>	<b>Sujet important</b>	Parents : population active enfants : emploi et nombre d'heures	Composition du ménage Nombre d'amis et qualité de l'entente Antécédents familiaux, rôle parental
<b>Enquête longitudinale sur les immigrants du Canada (ELIC)</b>	<b>Sujet important</b> (avec un accent particulier sur l'accès aux services)	<b>Sujet important</b>	<b>Sujet important</b>	<b>Sujet important</b>

## 5 BILAN PROVISOIRE

Nous avons vu que l'utilisation des données complexes offrait des perspectives intéressantes pour les recherches en santé des populations. Plusieurs pays se sont doté de telles enquêtes et bénéficient déjà des avantages. Le Canada et le Québec, bien qu'occupant une position enviable relativement au développement des statistiques sociales et de santé, n'ont pas accès à un tel instrument de recherche.

L'Institut de la statistique du Québec est en train de concevoir un projet d'*Enquête socio-économique de santé intégrée et longitudinale* qui recueillerait, auprès d'un panel perpétuel de ménages, des informations sur une grande variété d'aspects de la vie (santé et santé mentale, emploi, revenu et patrimoine, composition démographique et vie de la famille, réseaux sociaux, éducation et participation culturelle). L'ESSIL sera une enquête intégrée; elle permettra d'étudier l'association et les interactions entre les changements qui interviennent dans divers domaines de la vie : santé, travail, éducation, vie familiale et sociale. L'ESSIL mettra un fort accent sur les réseaux sociaux, qui permettent de mobiliser un capital social souvent indispensable pour que les individus et les familles puissent faire face aux aléas de la vie et réaliser leurs projets. L'ESSIL sera une enquête multiniveaux. Les spécialistes en sciences sociales désignent ainsi les instruments de collecte et les méthodes d'analyse qui permettent de tenir compte de l'imbrication des individus dans un ensemble de milieux d'appartenance, qui orientent leur comportement et leur trajectoire. Comme l'ESSIL est un panel des ménages, ce premier niveau d'appartenance jouera un rôle crucial dans toute la démarche de recherche; il permettra d'examiner les liens entre les trajectoires des individus qui appartiennent au même ménage, leur co-dépendance. Une des intentions de ce projet d'enquête est de faire de cette dernière une sorte d'axe sur lequel pourrait se greffer plusieurs projets connexes. Il serait possible, par exemple, de favoriser :

- le développement et l'utilisation de nouvelles procédures d'analyse des données complexes;
- la formation des chercheurs à ces nouvelles méthodes d'analyse;
- faciliter l'accès à l'information portant sur les enquêtes (et donc leur utilisation par les chercheurs) par la création de bases de méta données (données sur les données) intégrées;
- le développement des recherches en géomatique à l'aide des données complexes;
- les développements théoriques en santé des populations orientés vers l'intervention;
- les recherches sur l'opérationnalisation et les mesures;
- le développement de nouvelles enquêtes complémentaires.

Les possibilités sont multiples et il y a donc lieu de réfléchir à la meilleure façon de les coordonner afin de faire le meilleur usage des ressources possibles. Cela suppose l'existence d'un mécanisme de réflexion sur l'orientation à donner à ces développements. Nous proposons que le Réseau de recherche en santé des populations anime cette réflexion et soutienne un développement concerté des données et des recherches en santé des populations pour le Québec. Il va sans dire que la structuration et la consolidation des données disponibles supposent une certaine orientation des recherches ou plutôt des grandes avenues à emprunter et qui font l'objet d'un large consensus au sein de la communauté de chercheur. Il ne s'agit bien sûr pas d'imposer aux chercheurs les sujets sur lesquels ils doivent travailler mais plutôt de les aider à décider du sujet sur lequel ils veulent travailler, de s'assurer qu'ils ont accès aux données pour le faire et surtout qu'ils partagent au fur et à mesure résultats, méthodes et intuitions.

**ANNEXE 1**  
**MÉTHODE DE RECHERCHE DES ARTICLES**  
**UTILISANT DES DONNÉES COMPLEXES**

## Annexe 1 – Méthode de recherche des articles utilisant des données complexes

En raison de la façon dont sont regroupées les bases de données bibliographiques, il est nécessaire de procéder à deux recherches distinctes. Une première recherche a été effectuée dans les bases des disciplines médicales alors qu'une deuxième recherche a été effectuée dans les bases de données traditionnellement utilisées dans les disciplines des sciences sociales.

### RECHERCHE A

Current Contents 1993 Wk 27 to 2003 Wk 38	MEDLINE 1966 to Sept. Week 2 2003
ERIC 1966 to August 2003	PsycINFO 1974 to Sept. Week 3 2003

1	("health" or "alcohol" or "depression" or "psychological distress").ab,ti	1 132 069
2	("bhps" or "psid" or "gsoep" or "panel data" or "household panel" or "british household panel" or "german socioeconomic panel" or "german socio-economic panel" or "panel study of income dynamics" or "panel survey of income dynamics").ab,ti	3 474
3	Lorsque sont retirés de la recherche 2 les articles répondant au critère « panel data »	1 068
4	Lorsque sont combinées les recherches 1 et 2	445
5	Lorsque sont retirés de la combinaison 4 les articles répondant au critère « panel data »	138

### Version de la recherche comportant un plus grand éventail de mots-clés

6	("nutrition" or "mental disorder" or "social support" or "anxiety" or "drug" or "incapacit" or "health" or "alcohol" or "depression" or "psychological distress").ab,ti	2 061 611
7	("bhps" or "psid" or "gsoep" or "panel data" or "household panel" or "british household panel" or "german socioeconomic panel" or "german socio-economic panel" or "panel study of income dynamics" or "panel survey of income dynamics").ab,ti	3 474
8	Lorsque sont retirés de la recherche 7 les articles répondant au critère « panel data »	1 068
9	Lorsque sont combinées les recherches 6 et 7	490
10	Lorsque sont retirés de la combinaison 9 les articles répondant au critère « panel data »	148
11	("longitudinal" and "health").ab,ti	13 503

## RECHERCHE B

Canadian Research Index 1982 - 12/02	PAIS International (1972-2003/08)
EconLit 1969-2003/07	PAIS Periodicals/Publishers 2003/07
FRANCIS (1984-2002/11)	Social Sciences Index 2/83-6/03
Int'l Bibliog. of the Social Sciences (1981-2003/06)	Social Work Abstracts 1977-2003/06
	Sociological Abstracts 1963-2003/03

1	((health) in AB) or ((health) in TI) or ((alcohol) in AB) or ((alcohol) in TI) or ((depression) in AB) or ((depression) in TI) or ((psychological distress) in AB) or ((psychological distress) in TI) not ((great depression) in AB) not ((great depression) in TI))	190 709
2	((bhps) in AB) or ((bhps) in TI) or ((psid) in AB) or ((psid) in TI) or ((gsoep) in AB) or ((gsoep) in TI) or ((panel data) in AB) or ((panel data) in TI) or ((household panel) in AB) or ((household panel) in TI) or ((british household panel) in AB) or ((british household panel) in TI) or ((german socioeconomic panel) in AB) or ((german socioeconomic panel) in TI) or ((german socio-economic panel) in AB) or ((german socio-economic panel) in TI) or ((panel study of income dynamics) in AB) or ((panel study of income dynamics) in TI) or ((panel survey of income dynamics) in AB) or ((panel survey of income dynamics) in TI))	6 325
3	Lorsque sont retirés de la recherche 2 les articles répondant au critère « panel data »	1 744
4	Lorsque sont combinées les recherches 1 et 2	336
5	Lorsque sont retirés de la combinaison 4 les articles répondant au critère « panel data »	124

### Version de la recherche comportant un plus grand éventail de mots-clés

6	((nutrition) in AB) or ((nutrition) in TI) or ((mental disorder*) in AB) or ((mental disorder*) in TI) or ((social support) in AB) or ((social support) in TI) or ((anxiety) in AB) or ((anxiety) in TI) or ((drug*) in AB) or ((drug*) in TI) or ((incapacit*) in AB) or ((incapacit*) in TI) or ((health) in AB) or ((health) in TI) or ((alcohol) in AB) or ((alcohol) in TI) or ((depression) in AB) or ((depression) in TI) or ((psychological distress) in AB) or ((psychological distress) in TI) not ((great depression) in AB) not ((great depression) in TI))	248 632
7	((bhps) in AB) or ((bhps) in TI) or ((psid) in AB) or ((psid) in TI) or ((gsoep) in AB) or ((gsoep) in TI) or ((panel data) in AB) or ((panel data) in TI) or ((household panel) in AB) or ((household panel) in TI) or ((british household panel) in AB) or ((british household panel) in TI) or ((german socioeconomic panel) in AB) or ((german socioeconomic panel) in TI) or ((german socio-economic panel) in AB) or ((german socio-economic panel) in TI) or ((panel study of income dynamics) in AB) or ((panel study of income dynamics) in TI) or ((panel survey of income dynamics) in AB) or ((panel survey of income dynamics) in TI))	6 325
8	Lorsque sont retirés de la recherche 7 les articles répondant au critère « panel data »	1 744
9	Lorsque sont combinées les recherches 6 et 7	368
10	Lorsque sont retirés de la combinaison 9 les articles répondant au critère « panel data »	130
11	((longitudinal) in AB) or ((longitudinal) in TI) and ((health) in AB) or ((health) in TI))	2 524

Note <sub>1</sub> : Il existe une certaine redondance dans les résultats trouvés à l'aide de la recherche A et de la recherche B. Une fois les articles redondants éliminés, on en retrouve un total de 151 différents.

Note <sub>2</sub> : Les articles correspondant au critère « panel data » ont été retirés des décomptes finaux car ils correspondent souvent à des recherches effectuées en deux temps (mesure des conditions initiales au t<sub>1</sub>, suivi de l'évolution de la situation au t<sub>2</sub>). Ils ne correspondent pas au type de suivi en temps réel, typique des enquêtes complexes, tel que décrit dans le présent texte.

**ANNEXE 2**  
**ENQUÊTES LONGITUDINALES INTERNATIONALES**  
**PERMETTANT L'ÉTUDE DE LA SANTÉ**

## Annexe 2 – Enquêtes longitudinales internationales permettant l'étude de la santé

	Pays	Début	Type d'enquête			Domaines couverts
			L	M	I	
British Household Panel Study (BHPS)	Royaume-Uni	1991	X	X	X	Demographic and household characteristics, household organisation, labour market, health, education, housing and consumption, income, social and political values, lifetime demographic and work histories, wealth and debt, ICT usage, neighbourhood characteristics and affiliation.
German Socio-economic Panel (GSOEP)	Allemagne	1984	X	X	X	Household composition, occupational biographies, employment, earnings, health and satisfaction indicators, Social security; Education and training; Allocation of time; Family and social services.
Household, Income and Labour Dynamics in Australia Survey (HILDA)	Australie	2001	X	X	X	Income dynamics. Labour market dynamics. Family dynamics.
National Child Development Study (NCDS) et 1970 British Cohort Study (BCS70)	Royaume-Uni		X		?	
Longitudinal Surveys of Australian Youth (LSAY)	Australie	1970's	X		?	
Panel Study of Income Dynamics (PSID)	États-Unis	1968	X			Dynamic aspects of economic and demographic behavior, income sources and amounts, employment, family composition changes, residential location., sociological and psychological measures.
The National Longitudinal Study of Adolescent Health	États-Unis	1994	X	X	X	Social context, diet, physical activity, health service use, morbidity, injury, violence, sexual behavior, contraception, sexually transmitted infections, pregnancy, suicidal intentions/thoughts, substance use/abuse, and runaway behavior, height, weight, pubertal development, mental health status (focusing on depression, the most common mental health problem among adolescents), and chronic and disabling conditions.
Russia Longitudinal Monitoring Survey (RLMS)	Russie	1992	X		?	
Russian socio-economic transition panel (RUSSET)	Russie	1993*	X			Socio-economic transitions, household composition, satisfaction, employment, earnings, health and political participation.
The Swedish Level of Living Survey (LNU)	Suède	1968	X		X	
The European Community Household Panel (ECHP)	Union Européenne	1994*	X	X	X	
Panel Study on Belgian Households (PSBH)	Belgique	1990	X	X	?	La nature, la fréquence et l'enchaînement des changements qui modifient les modes de vie, mais aussi leur évaluation sur le bien-être moral et matériel des personnes concernées.
Panel Socio-Économique "Liewen zu Lëtzebuerg" (PSELL)	Luxembourg	1985	X		X	
Swiss Household Panel (SHP)	Suisse		X	X	X	Conditions de vie; qualité de vie et santé; famille et réseaux sociaux; satisfaction personnelle et objectif de vie; activités et emploi du temps; travail rémunéré et bénévole; intégration sociale, participation politique et valeurs.

**ANNEXE 3**  
**INVENTAIRE DÉTAILLÉ DU CONTENU DES**  
**ENQUÊTES DE STATISTIQUE CANADA**

## **ENQUÊTE SUR LA DYNAMIQUE DU TRAVAIL ET DU REVENU**

### **Travail**

#### *Nature et structure de l'activité sur le marché du travail :*

- Activité principale durant l'année
- Périodes d'emploi et périodes de chômage (dates de début et de fin, durées)
- Situation hebdomadaire vis-à-vis de l'activité
- Nombre total de semaines pendant lesquelles la personne a été occupée, en chômage et inactive chaque année
- Périodes de cumul d'emplois
- Périodes d'absence du travail

#### *Expérience de travail :*

- Nombre d'années de travail à temps plein et à temps partiel
- Nombre total d'années de travail complètes (équivalents d'années complètes de travail à temps plein)

#### *Caractéristiques des périodes sans travail :*

- Recherche d'emploi pendant la période
- Date des périodes de recherche d'emploi
- Désir de travailler
- Raison pour laquelle la personne ne cherchait pas d'emploi

#### *Caractéristiques des emplois (renseignements recueillis pour jusqu'à six emplois par année et mis à jour chaque*

- Année; les dates des changements sont enregistrées)
- Dates de début et de fin, date initiale de début avec cet employeur
- Salaire
- Horaire de travail (heures et type)
- Avantages sociaux
- Affiliation syndicale
- Profession
- Tâches de supervision/gestion
- Catégorie de travailleurs
- Durée d'emploi (ancienneté)
- Façon dont la personne a obtenu l'emploi
- Raison pour laquelle l'emploi a pris fin

#### *Caractéristiques des absences du travail d'une semaine ou plus (renseignements détaillés recueillis au sujet du*

- Premier et du dernier congé chaque année, pour chaque employeur)
- Dates
- Motif
- Absence rémunérée ou non rémunérée

#### *Caractéristiques de l'employeur :*

- Secteur d'activité
- Taille de l'entreprise
- Secteur public ou privé

## **Revenu et patrimoine**

### *Sources de revenu :*

- Renseignements annuels concernant environ 25 sources de revenu
- Revenu total
- Impôt payé
- Revenu après impôt

*Compensation financière* (s'il s'agit de prestations reçues au cours de l'année, et, si oui, mois au cours desquels la personne a touché ces prestations)

- Prestations d'assurance-emploi
- Aide sociale
- Indemnités pour accidents de travail

### *Avoirs et dettes*

Bien que les données n'aient encore été recueillies, des renseignements concernant environ 20 catégories d'avoirs et de dettes seront éventuellement recueillis une ou deux fois pendant la durée du panel.

## **Études**

### *Activité scolaire :*

- Inscription à un programme d'études créditées, durée en mois
- Genre d'établissement d'enseignement
- Fréquentation à temps plein ou à temps partiel
- Certificats reçus (s'il y a lieu)

### *Niveau de scolarité :* (variables mises à jour chaque année)

- Nombre d'années d'études
- Grades et diplômes obtenus
- Principal domaine d'études

## **Caractéristiques personnelles**

### *Caractéristiques démographiques :*

- Date de naissance / âge
- Sexe
- Durée de l'état matrimonial actuel
- Date / âge du premier mariage

### *Caractéristiques ethno-culturelles :*

- Antécédents ethniques
- Appartenance à un groupe désigné conformément au programme d'équité en matière d'emploi
- Langue maternelle
- Date d'immigration
- Pays de naissance
- Niveau de scolarité et lieu de naissance du père et de la mère

### *Limitations d'activité :*

- Renseignements annuels sur les limitations d'activité et leurs répercussions sur le travail
- Satisfaction à l'égard de l'emploi

### *Renseignements sur les enfants d'une personne :*

- Nombre d'enfants nés, élevés
- Année où le premier enfant est né et âge de la personne à ce moment

*Géographie et mobilité géographique :*

- Région économique ou région métropolitaine de recensement du domicile actuel
- Taille de la collectivité
- Déménagement durant l'année
- Date du déménagement
- Motif du déménagement
- Nature du déménagement (déménagement du ménage complet/fractionnement du ménage)

*Renseignements sur le ménage et sur la famille économique et de recensement (renseignements sommaires annuels (p.ex. taille, genre)*

- Caractéristiques principales des autres membres du ménage / de la famille (p.ex. âge, sexe, lien avec les autres membres, revenu, nombre annuel d'heures travaillées)
- Seuil de faible revenu pertinent
- Événements relatifs à la famille (mariage, séparation, décès, naissance)
- Type de logement et mode d'occupation

Source : STATISTIQUE CANADA. La dynamique du travail et du revenu - aperçu de l'enquête  
<http://www.statcan.ca/francais/freepub/75F0011XIF/fren.pdf>

## **ENQUÊTE LONGITUDINALE AUPRÈS DES IMMIGRANTS DU CANADA**

### **Composante d'entrée**

- Date d'arrivée, catégorie d'immigration, adresse et numéro de téléphone
- Renseignements démographiques sur chaque membre du ménage du répondant; et
- Relation entre chaque membre du ménage et chaque autre membre

### **Antécédents**

- Visites antérieures du répondant au Canada (s'il y a lieu)
- Autres pays de résidence antérieurs
- Raison de son choix de venir au Canada et la raison du choix de ville / région du Canada dans laquelle il a choisi de vivre
- Autre pays auquel le répondant a fait des demandes d'immigration
- Origine ethnique et la religion du répondant, s'il est une minorité visible

### **Réseau social et les organisations de groupes**

- Membres de la famille et amis du répondant vivant déjà au Canada au moment d'arrivée du répondant
- Renseignements sur l'époux(se) du répondant
- Nouvelles amitiés liées au Canada
- Participation à des groupes religieux, ethniques et autres groupes
- Expérience avec le parrainage ou hôte (si applicable)
- Intérêts et intentions de venir en aide à d'autres désireux de venir au Canada

Le module « Organisation de groupes » est un sous-module de « Réseau social ». Il collecte des renseignements sur chaque organisation ou groupe social auquel participe le répondant.

### **Compétences linguistiques et autres langues**

- Langue maternelle du répondant et la langue parlée à la maison
- Où et comment le répondant a-t-il appris l'anglais et le français
- Test linguistique pour évaluer les capacités de compréhension de l'anglais et du français chez le répondant
- Perception de l'importance d'apprendre / d'améliorer l'anglais et le français et intention de le faire, et
- Capacité du (de la) conjoint(e) et des autres membres du ménage de parler l'anglais et le français

Le module « Autres langues » est un sous-module de « Compétences linguistiques ». Il collecte les renseignements sur les langues officielles parlées par les autres membres du ménage.

### **Logement et Endroits habités**

- Emplacement statut d'occupation (locataire ou propriétaire) et les dates de déménagement pour chaque résidences depuis son arrivée au Canada
- Coûts de logement associés à la résidence actuelle
- Intention d'acheter une maison ou un appartement; et
- Problèmes à trouver un logement au Canada, sources et types d'aide obtenu

« Endroits habités » est un sous-module de « Logement ». Il collecte des renseignements détaillés sur chaque endroit où à vécu le répondant depuis son arrivée au Canada.

### **Éducation, Attestations d'études, Liste de l'éducation, Éducation - Renseignements détaillés**

- Éducation obtenue par le répondant hors du Canada, ou obtenu au Canada avant son arrivée
- Renseignements détaillés sur les attestations d'études obtenues hors du Canada
- Évaluation / intentions d'évaluation des attestations d'études
- Intentions d'étudier au Canada
- Renseignements détaillés sur chaque cours de pédagogie ou de formation suivi depuis son arrivée
- Questions supplémentaires sur les expériences à l'école pour les répondants qui fréquentent l'école secondaire
- Importance de l'éducation ou la formation continue, et intentions de poursuivre les études
- Problèmes d'accès à l'éducation ou de formation, sources et types d'aide obtenu
- Niveau d'instruction de l'époux(se); et, pour les enfants du répondant, renseignements détaillés sur les expériences des enfants à l'école et la communication entre le répondant et l'école

« Attestations d'études », « Liste de l'éducation » et « Éducation – Renseignements détaillés » sont tous des sous-modules de « Éducation ». Ils collectent des renseignements sur les titres de compétences et le type d'instruction que le répondant a déjà acquis ou acquière présentement.

### **Emploi, Liste d'emploi, Détails sur l'emploi**

- Expérience de travail du répondant avant de venir au Canada
- Intentions de travailler au Canada
- Reconnaissance de l'expérience de travail obtenue hors du Canada
- Travail bénévole au Canada, et si celui-ci a mené ou non à trouver un emploi rémunéré
- Renseignements détaillés sur la recherche d'emploi ou le statut de travailleur autonome depuis l'arrivée du répondant au Canada
- Méthodes de recherche d'emploi; pour le dernier emploi / emploi actuel, langue parlée avec les employés (pour les travailleurs autonome) ou collègues et superviseurs (pour les travailleurs rémunérés), clients et fournisseurs, antécédents ethniques et culturels de ces derniers
- Renseignements généraux sur chaque période d'arrêt de travail depuis l'arrivée du répondant au Canada, y compris la période de recherche d'emploi
- Méthodes et moyens d'aide financière
- Satisfaction de l'emploi actuel
- Problèmes pour trouver un emploi, et sources et types d'aide obtenu; et, Pour les répondants ayant un(e) époux(se) dans le ménage, renseignements détaillés sur l'emploi actuel

« Liste d'emploi » et « Renseignements détaillés sur l'emploi » sont des sous-modules de « Emploi ». Ils collectent des renseignements détaillés sur les emplois antérieurs et actuels du répondant.

### **Santé**

- État de santé générale;
- Si le répondant possède ou non une carte santé provinciale;
- Pour le répondant et ses enfants, problèmes de santé et consultations avec des professionnels de la santé depuis leur arrivée au Canada :

Problèmes à obtenir des soins de santé, sources et types d'aide obtenu; et, importance d'avoir des pourvoyeurs de soins de santé qui parlent la langue du répondant, qui ont les mêmes antécédents ethniques et culturels, ou qui sont du même sexe que le répondant.

### **Valeurs et attitudes**

- Pays de citoyenneté du répondant
- Intentions de devenir citoyen canadien
- Importance de conserver ses antécédents ethniques et culturels, ses valeurs et ses traditions; et de maintenir des liens avec des canadiens qui ont d'autres antécédents
- Importance des valeurs et des traditions canadiennes; et, importance que les enfants connaissent et mettent en pratique les traditions et qu'ils parlent la langue du groupe ethnique ou

culturel ou de leur pays d'origine, et qu'ils apprennent et pratiquent les valeurs et les traditions du Canada.

#### **Revenu**

- Sources de revenu familial depuis son arrivée au Canada
- Sources de revenu du répondant depuis son arrivée au Canada
- Argent envoyé hors du Canada à des parents / amis ou pour fins d'investissements
- Argent épargné, apporté au Canada
- Argent retiré des épargnes; et, évaluation générale de la situation financière de la famille

#### **Impression sur la vie au Canada**

- Satisfaction des expériences vécues au Canada
- Le répondant prendrait-il à nouveau la décision de venir au Canada; et, suggestion des choses les plus utiles qui auraient pu aider le répondant à s'installer au Canada

#### **Composante de sortie**

- Adresse si le répondant à l'intention de déménager
- Nom de deux personnes-ressources

Source : STATISTIQUE CANADA. Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada - Information sur le contenu du questionnaire pour le premier volet.  
<http://www.ciqss.umontreal.ca/documents/fiche.pdf>

## **ENQUÊTE NATIONALE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION**

### **Contenu pour l'enquête principale**

- Incapacité au cours des 2 dernières semaines
- Utilisation des soins de santé
- Limitation des activités
- Problèmes de santé chroniques
- Renseignements sociodémographiques
- Niveau de scolarité
- Population active
- Revenu
- État de santé perçu par la personne
- Santé de la femme
- Tension artérielle
- Taille et poids
- État de santé
- Activités physiques
- Mouvements répétitifs
- Blessures
- Consommation de médicaments
- Usage du tabac
- Consommation d'alcool
- Santé mentale
- Soutien social
- Sentiment de cohésion
- Dépendance à l'égard de l'alcool

### **Thématique particulière**

- Psychosocial
- Stress
- Problèmes actuels
- Évènements récents
- Facteurs de stress chez les enfants  
et les adultes («traumatismes»)
- Stress au travail
- Estime de soi
- Contrôle
- Accès aux services de santé
- Tension artérielle
- Test de Papanicolaou
- Mammographie
- Examen des seins
- Autoexamen des seins
- Allaitement
- Examen général
- Vaccination antigrippale
- Visites chez le dentiste
- Examen de la vue
- Services d'urgence
- Assurance
- Soins personnels
- Antécédents médicaux de la famille

### **Contenu acheté**

- Enquête sur la promotion de la santé (faisant partie du questionnaire)
- Diète / Nutrition
- Taille et poids
- Autoexamen des seins
- Allaitement
- Grossesse
- VIH
- Usage du tabac
- Consommation d'alcool
- Santé sexuelle
- Sécurité routière
- Variantes du tabagisme
- Insécurité alimentaire
- Questions supplémentaires
- Sens de la débrouillardise (Alberta)
- Sens de la débrouillardise (Manitoba)
- Renseignements sur la santé
- Bronzage et exposition aux rayons ultraviolets
- Soutien social
- Opinions au sujet des parents
- Services de santé
- Santé sexuelle
- Sécurité personnelle et violence
- Services de santé pour enfants

Source : STATISTIQUE CANADA. Résumé du contenu de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), composante ménage - le 28 mai 1998.  
<http://www.statcan.ca/francais/freepub/82F0068XIF/tblcon98fr.pdf>

## **ENQUÊTE LONGITUDINALE NATIONALE SUR LES ENFANTS ET LES JEUNES**

### **Ménage**

- Nom
- Date de naissance / âge
- Sexe
- État civil 15 +
- Liens entre tous les membres du ménage
- Logement :
  - o Propriétaire
  - o Subventionné
  - o Conditions
  - o Nombre de chambres

### **Questionnaire du parent**

- Niveau de scolarité
- Alphabétisation
- Population active (12 derniers mois)
  - o Activités actuelles principales
  - o Nombre de semaines travaillées
  - o Heures travaillées/quarts/week-ends
  - o Revenu d'emploi annuel
  - o Employeur actuel/le plus récent, genre de travail (y compris les principales fonctions)
  - o Nombre de semaines à la recherche d'un travail
  - o Nombre de semaines sans travailler ou sans chercher du travail
  - o Motif de la plus récente interruption d'emploi
  - o Heures de travail rémunérées
  - o Salaire ou traitement habituel (y compris les pourboires, etc.)

### **Revenu**

- Sources et montant du revenu du ménage
- Montant du revenu du ménage
- Sources et montant du revenu personnel
- Montant du revenu personnel

### **Santé des adultes**

- État de santé général

### **Nouveaux membres seulement :**

- Problèmes de santé chroniques
- Limitation des activités
- Usage du tabac
- Consommation d'alcool
- Antécédents de la mère (mère d'un enfant de moins de 2 ans seulement) :
- Nombre de grossesses
- Nombre de bébés
- Âge à la naissance du premier enfant
- État dépressif fonctionnement de la famille
- Fonctionnement de la famille
- Satisfaction conjugale renseignements sociodémographiques
- Nouveaux membres seulement :
- Pays de naissance/citoyenneté/immigration
- Ethnicité
- Langue d'usage/langue maternelle/langue parlée à la maison

- Religion
- Assistance à des cérémonies religieuses
- Race

## **QUESTIONNAIRE DE L'ENFANT**

### **Santé**

- État de santé général
- État de santé récent
- Taille et poids
- Poids à la naissance, âge de la grossesse
- Degré d'activité
- État de santé
- Blessures
- Asthme
- Problèmes de santé chroniques/limitation des activités
- Infections du nez ou de la gorge
- Otites
- Consultation de professionnels
- Hospitalisations
- Usage de médicaments
- Événements traumatisants

### **Renseignements médicaux/biologiques (périnataux) (seulement si le répondant est la mère ou le père biologique)**

- Santé prénatale de la mère
- Usage du tabac pendant la grossesse
- Consommation d'alcool pendant la grossesse
- Consommation de médicaments pendant la grossesse
- Âge de la grossesse
- Poids et taille à la naissance
- Naissances multiples
- Détails sur l'accouchement
- Soins spéciaux à l'enfant à la naissance
- État de santé général de l'enfant à la naissance
- État de santé de la mère après l'accouchement
- Allaitement (2-3 ans si la réponse était « oui » au premier cycle)
- Travail de la mère après la naissance

## **Tempérament (enfant agité/difficile seulement)**

### **Éducation**

- Genre d'école
- Province de l'école
- Année scolaire
- Prématernelle, maternelle (3e année et moins)
- Année doublée
- Changement d'écoles
- Nombre de déménagements
- Langue d'enseignement
- Absentéisme
- Degré de réussite
- Devoirs
- Aide
- Éducation spécialisée
- Problèmes de comportement à l'école
- Enthousiasme à fréquenter l'école
- Importance des notes aux yeux des parents
- Attentes des parents
- Opinions des parents vis-à-vis l'école
- Participation des parents
- Transport à/de l'école alphabétisation
- Le parent fait la lecture/ montre des illustrations
- L'enfant feuillette des livres
- L'enfant essaie d'écrire
- Le parent a déjà fait la lecture à l'enfant
- Le parent fait actuellement la lecture à l'enfant
- Le parent encourage l'enfant à écrire
- L'enfant regarde des livres/essaie de lire
- L'enfant parle de livres
- Bibliothèque

### **Activités**

- Garderie éducative, groupe de jeux/programmes préparatoires
- Sports, leçons, clubs
- L'enfant s'amuse seul
- Responsabilités
- Programmes d'été

### **Comportement**

- Habitudes de sommeil et d'alimentation
- Peur d'être abandonné
- Agressivité physique/contradiction
- Hyperactivité/inattention
- Troubles émotifs/anxiété
- Agressivité indirecte
- Agressivité physique/troubles du comportement
- Infraction contre les biens
- Comportement prosocial
- Est rentré(e) tard/n'est pas rentré(e)
- A été interrogé(e) par la police
- S'est enfui(e) de la maison

## Développement moteur et social

### Relations

- Fait des choses avec ses ami(e)s
- Nombre d'ami(e)s intimes
- Enfant timide
- S'entend bien avec ses ami(e)s/professeur(e)s
- S'entend bien avec ses parents/frères et sœurs

### Rôle parental

- Interaction positive
- Rôle parental hostile/inefficace
- Rôle parental constant
- Provoquer l'aversion ou non
- Sympathie, rejet, contrôle des parents
- Règlement de disputes
- Temps passé ensemble, diverses activités
- Soins de base
- Fréquente des enfants fauteurs de troubles
- Les parents connaissent les ami(e)s

### **Antécédents relatifs à la famille et à la garde légale des enfants (seuls les changements survenus au cours des 2 dernières années sont demandés concernant les enfants de l'échantillon longitudinal)**

- Personne avec laquelle l'enfant a vécu à la naissance
- Personne avec laquelle l'enfant vit depuis sa naissance/raisons
- Frères et sœurs (autres que des demi-frères ou des demi-sœurs) vivant ailleurs
- Parents ensemble à la naissance de l'enfant
- Union des parents
- Unions antérieures de la mère de l'enfant
- Enfants précédents de la mère
- Unions antérieures du père de l'enfant
- Enfants précédents du père
- Contacts de l'enfant avec le parent qui n'a pas la garde
- Décès possible d'un parent
- Rupture de l'union des parents
- Séparation
- Modalités d'habitation après la séparation
- Situation actuelle de garde
- Unions ultérieures de la mère de l'enfant
- Enfants que le partenaire de la mère a eus auparavant
- Enfants nés de l'union
- Unions ultérieures du père de l'enfant
- Enfants que la partenaire du père a eus auparavant
- Enfants nés de l'union
- Rupture possible de la nouvelle union
- Unions ultérieures garde des enfants
- Modes de garde/heures
- Avec ou sans but lucratif, etc.
- Principal mode de garde
- Déjà fait garder l'enfant
- Nombre de changements depuis que l'enfant se fait garder
- Arrangements durant l'été
- Un parent a pris un congé non payé ou quitté un emploi pour s'occuper de l'enfant durant l'été

## TESTS ÂGE

### À la maison

- EVIP (mots compris)
- Indicateur (\$ 2e année) (mathématiques et lecture)

### À l'école (\$ 2e année)

- Calcul
- Lecture

### Renseignements administratifs

- permission de partager les données
- contacts pour suivi
- consentement pour prendre contact avec l'enseignant

## QUESTIONNAIRES REMPLIS PAR LES RÉPONDANTS À L'ELNEJ

### Amis(es) et famille

- Entente avec les jeunes du même âge
- Temps passé avec des ami(e)s
- Nombre d'ami(e)s intimes
- Nombre d'ami(e)s intimes qui sont des filles
- Nombre d'amis intimes qui sont des garçons
- Personnes à qui l'enfant peut se confier
- Degré d'intimité avec les ami(e)s
- Entente avec les camarades de classe
- Entente avec la mère/le père/les frères et sœurs

### Relations amoureuses

- Âge au moment de la rencontre du premier ami/de la première amie
- Fréquente actuellement un ami/une amie
- Fréquence des sorties
- Fréquentation de la même personne ou de personnes différentes
- Expériences physiques

### Mon école et moi

- Sentiments à propos de l'école
- Changement d'école - deux dernières années
- Raison du plus récent changement d'école
- Difficulté d'adaptation à la nouvelle école
- Rendement scolaire
- Importance d'avoir de bonnes notes
- Aime les mathématiques
- Aime les sciences
- Aime l'anglais
- Aime le français
- Aime l'éducation physique
- Aime les arts
- Sentiment d'appartenance
- Participation aux activités scolaires
- Sécurité/intimidation - à l'école ou retour de l'école
- Se sent seul(e) ou exclu(e) à l'école
- A manqué une journée d'école sans permission
- A manqué un cours durant le dernier mois

- Suspension
- Abandon de l'école

### **Mon professeur et moi**

- L'enseignement donne une aide supplémentaire
- L'enseignant est juste avec l'enfant
- L'enfant parle à l'enseignant en dehors de la classe

### **Mes parents et l'école**

- Les parents aident en cas de problèmes
- Encouragement des parents
- Attentes des parents vis-à-vis l'école

### **Mes devoirs**

- Endroit pour étudier
- L'enfant fait tous ses devoirs

### **Mon avenir**

- Jusqu'où aller dans les études

### **À propos de moi**

- Je m'aime comme je suis/j'aime mon apparence physique
- Je suis fier(fièr) de moi
- J'ai beaucoup de qualités
- Quand je fais quelque chose, je le fais bien
- Je suis heureux(se) maintenant
- L'avenir semble bon
- Expérience d'événements difficiles (peine d'amour, grossesse, problème à l'école, mort d'un proche)
- Expérience de la discrimination

### **Sentiments et comportements**

- Troubles de comportement
- Hyperactivité
- Troubles émotifs
- Anxiété
- Agressivité indirecte
- Agressivité physique
- Inattention
- Comportement prosocial
- Suicide
- Rentre tard/ne rentre pas
- École buissonnière
- S'enivre
- Interrogé(e) par la police
- Interrogé(e) par un enseignant, le directeur ou des agents de sécurité
- A fait une fugue
- A détruit des choses
- A battu quelqu'un (2 éléments)
- A menacé quelqu'un (2 éléments)
- A utilisé une arme pour se battre
- A porté ou utilisé un couteau ou un revolver (4 éléments)
- A volé quelque chose (5 éléments)
- A acheté ou vendu de la drogue (2 éléments)

- Est entré par effraction pour voler
- A utilisé, acheté ou vendu un bien volé
- A utilisé une carte de crédit ou une carte bancaire sans permission
- A fait des attouchements sur quelqu'un ou l'a forcé à faire l'amour (2 éléments)
- A conduit un véhicule après avoir bu
- A volontairement mis le feu
- Fait partie d'un groupe qui fait des mauvais coups

#### **Tabac, alcool et drogues**

- Pour les cigarettes et pour l'alcool (questions distinctes) :
- A déjà fumé ou déjà consommé de l'alcool
- Fréquence
- Âge à la première fois
- Ami(e)s qui fument ou boivent de l'alcool

#### **Sections précises :**

- Raisons de ne pas fumer
- Déjà enivré(e)
- Âge à la première fois (état d'ivresse)
- Fréquence (état d'ivresse) voir « Sentiments et comportements »

#### **Pour toutes les drogues ou pour la colle/les solvants (en général) :**

- Déjà utilisé
- Âge auquel le jeune a commencé
- Ami(e)s qui prennent de la drogue ou reniflent de la colle ou des solvants

#### **Pour la marijuana, pour le haschich et pour la colle/les solvants (questions distinctes) :**

- Fréquence
- Âge auquel le jeune a commencé
- Ami(e)s qui en consomment

#### **Pour les autres drogues, y compris la cocaïne, le crack, les amphétamines (\*speed+), le LSD et l'acide :**

- Fréquence

#### **Pour chaque hallucinogène comme le LSD/l'acide), le crack/la cocaïne et les autres drogues (héroïne, amphétamines et PCP) :**

- Fréquence
- Âge auquel le jeune a commencé
- Ami(e)s qui en consomment

#### **Mes parents et moi**

- Élèvent bien leurs enfants
- Rejetent leurs enfants
- Surveillent leurs enfants
- Parents trop occupé pour passer du temps avec les enfants
- Intimité avec les parents
- Autonomie/contrôle - prise de décisions
- Relations avec la mère
- Relations avec le père

### **Santé**

- Taille
- Poids
- Problèmes de santé liés au stress
- Utilisation de la ceinture de sécurité
- Utilisation du casque à vélo
- Prend un petit déjeuner
- Contrôle du poids
- État dépressif
- Puberté - principaux indicateurs
- Expériences sexuelles

### **Activités**

- Sports, leçons, clubs
- Travail
- Jeux informatiques et vidéo, télévision
- Lit pour le plaisir
- Rôles de chef d'équipe
- Bénévolat
- Nombre d'heures par semaine passées à la maison pour garder un frère ou une sœur plus jeune en l'absence des
- Parents

### **Nombre d'heures passées seul(e) à la maison en l'absence des parents**

#### **Travail et sources d'argent**

- Argent reçu en moyenne par semaine
- Nombre d'heures rémunérées par semaine (en moyenne)
- Façon dont l'argent est dépensé
- Genre d'emploi
- Emploi d'été

### **QUESTIONNAIRE DE L'ENSEIGNANT**

#### **Éducation de l'élève**

- Connaissance de l'élève par l'enseignant
- Classe à années multiples
- Année / niveau
- Niveau de difficulté dans la matière
- Reprend actuellement son année

#### **Immersion**

- Développement social / affectif
- Développement physique
- Rendement scolaire :
- Lecture
- Mathématiques
- Écriture
- Communication non écrite
- Sciences
- Toutes les matières

### **Habilités :**

- Apprentissage
- Langue / communication
- Lecture
- Écriture
- Mathématiques
- Prévisions sur le plan scolaire /espoirs
- Nombre de jours d'école/durée du cycle d'enseignement
- Genre de programme
- Temps d'enseignement par matière
- Temps passé à utiliser un ordinateur
- Principale langue d'enseignement
- Instruction supplémentaire : aptitudes exceptionnelles
- Aide supplémentaire : points faibles
- Aide supplémentaire : déficience, autre problème comportement et assiduité de l'élève
- Nombre de jours d'absence (% du temps)
- Nombre de jours d'absence non motivée
- État de préparation

### **Échelle de mesure du comportement**

- Troubles de comportement
- Hyperactivité
- Troubles émotifs
- Anxiété
- Agression indirecte
- Agression physique
- Inattention
- Comportement prosocial
- Aptitudes sociales et personnelles
- Habitudes de travail
- Aptitudes spéciales / talents
- Fréquence à laquelle l'enseignant parle à l'élève à l'extérieur de la classe
- Perspectives de l'élève au niveau scolaire

### **Participation des parents/tuteurs**

- Participation des parents au rendement scolaire
- Participation des parents à l'éducation de l'enfant
- Importance de l'école aux yeux des parents
- Appui des parents au personnel enseignant

### **Votre classe et vos méthodes d'enseignement**

- Effectif de la classe
- Aide-enseignant / bénévolat des adultes
- Nombre d'élèves ayant des problèmes de longue durée
- Nombre d'élèves ne parlant pas le français ou l'anglais, qui ont immigré au Canada
- Rendement de la classe
- Matières enseignées
- Méthodes d'enseignement
- Fréquence des devoirs
- Quantité de devoirs
- Méthodes de vérification des devoirs
- Comportement de la classe
- Besoins en ressources

- Temps consacré aux activités d'enseignement
- Temps consacré aux activités en dehors de l'enseignement
- Caractéristiques de l'enseignant et des élèves
- Informatique et technologie des communications

#### **Perception de votre école**

- Climat de l'école
- Consignes disciplinaires de l'école

#### **Renseignements personnels sur l'enseignant**

- Sexe, âge, expérience
- Niveaux de scolarité
- Principal sujet d'études du plus haut niveau de scolarité
- Niveaux de compétence en éducation spécialisée
- Niveaux de compétence - langue seconde
- Compétences en informatique

#### **QUESTIONNAIRE DU DIRECTEUR**

##### **Les élèves de votre école**

- Niveaux primaires/élémentaires
- Niveaux intermédiaires
- Niveaux secondaires
- Niveaux primaires/élémentaires
- Niveaux intermédiaires
- Niveaux secondaires
- Niveaux primaires/élémentaires
- Niveaux intermédiaires
- Niveaux secondaires
- Revenu de la famille de l'élève
- Effectif scolaire total
- Problèmes de longue durée et autres
- Nombre d'élèves qui ne parlent ni le français ni l'anglais; nombre d'élèves qui ont immigré au Canada
- Nombre d'élèves vivant en milieu rural
- Race/ethnicité de l'effectif étudiant
- Nombre de nouveaux élèves inscrits pendant l'année scolaire
- Nombre d'élèves qui ont quitté l'école pendant l'année scolaire
- % d'élèves absents un jour donné
- Taux d'absentéisme moyen des élèves pour l'année
- % d'élèves régulièrement en retard à l'école
- Problèmes de discipline à l'école

##### **Participation des parents/tuteurs**

- % de parents qui aident bénévolement
- Appui des parents - efforts du personnel
- Activité des comités parents-école
- Influence des comités parents-école

### **Caractéristiques de votre école**

- Genre d'école
- Programmes offerts à l'école
- Années d'études enseignées
- Programmes d'alternance travail - études
- Programmes de bénévolat
- Programmes professionnels ou axés sur le travail
- Autres programmes
- Partenariat avec des entreprises
- Situation des diplômés d'études secondaires
- Effectif - nombre de postes
- Nombre total d'enseignants
- Nombre de classes de l'école
- L'enseignement est une des fonctions du directeur
- Nombre de bénévoles qui travaillent directement avec les élèves
- Nombre d'enseignants/aide-enseignants qui parlent une langue autre que le français ou l'anglais, qui ont un problème de santé
- Services de soutien dont dispose l'école
- Ressources dont dispose l'école
- Informatique et technologie des communications

### **Perception de votre école**

- Sentiments vis-à-vis du rôle du directeur
- Attentes des élèves

### **Renseignements personnels**

- Sexe, âge
- Expérience de travail
- Niveaux de scolarité
- Principal sujet d'études du plus haut niveau de scolarité
- Compétences spécialisées

Source : STATISTIQUE CANADA. Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Aperçu du matériel d'enquête pour la collecte des données de 1998 - 1999 cycle 3.

## **ENQUÊTE SUR LES MILIEUX DE TRAVAIL ET LES EMPLOYÉS**

### **Nature de l'emploi**

- La mesure dans laquelle les établissements emploient des travailleurs à temps partiel, saisonniers, temporaires, contractuels ou d'autres travailleurs occasionnels
- Les avantages accordés aux travailleurs à temps partiel
- Les horaires de travail y compris la prévisibilité des horaires
- Les régimes spéciaux tels que la semaine de travail réduite ou comprimée, le partage d'emploi, l'horaire variable ou le travail à domicile

### **Roulement de la main-d'œuvre**

- L'embauche, les postes vacants et les départs
- Les congés et les absences du travail
- Les mises à pied antérieures de travailleurs

### **Rémunération**

- Les mesures incitatives spéciales telles que les régimes de participation aux bénéfices, de rémunération au mérite et le partage entre l'accroissement de la productivité et de la qualité
- Les avantages sociaux accordés aux travailleurs à temps plein et à temps partiel
- Les salaires

### **Prise de décision**

- La participation des employés
- Les superviseurs
- Les décideurs dans certains domaines de responsabilité

### **Changement organisationnel**

- Les types, les impacts et les objectifs

### **Concurrence**

- Les régions géographiques concurrentes
- Le nombre de concurrents dans les principaux marchés
- Les parts de revenus par source géographique
- Le niveau des prix relativement à ceux du principal concurrent
- L'évaluation du rendement du lieu de travail relativement à celui du principal concurrent

### **Technologie**

- L'utilisation de la technologie par les employés
- L'adoption de la technologie dans les lieux de travail (y compris une évaluation qualitative des répercussions et des contraintes à l'adoption)
- Les employés qui sont des utilisateurs directs de la technologie et qui reçoivent une formation à cet effet (d'après l'enquête auprès des employeurs)
- Les effets de la mise en application de la technologie en ce qui a trait au rendement du lieu de travail et aux facteurs de production

### **Négociation collective**

- Le syndicat et le champ de la convention collective
- Les dispositions des conventions collectives
- Les actions touchant les relations de travail
- L'incidence et les résultats des griefs, des litiges ou des plaintes présentés (données sur les travailleurs et sur les lieux de travail)
- L'évaluation des relations patronales-syndicales

Source : [http://www.statcan.ca/francais/survey/business/workplace/used\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/survey/business/workplace/used_f.htm)

## **ENQUÊTE AUPRÈS DES JEUNES EN TRANSITION**

### **Transitions mesurées**

- La fin des études secondaires (obtention du diplôme ou décrochage)
- Le début des études postsecondaires
- La modification du programme et du niveau d'études postsecondaires
- La fin des études postsecondaires (obtention du diplôme ou décrochage)
- L'intégration au marché du travail
- L'obtention d'un premier emploi après avoir quitté les études à temps plein
- Les changements d'emploi et les changements au sein d'un emploi
- Les activités durant les périodes où on ne travail pas et on n'étudie pas à plein temps.

### **Facteurs qui influencent les transitions**

- Des données sociodémographiques
- L'influence de l'école
- La réussite
- La participation scolaire
- Le statut socio-économique des parents
- Le capital social et culturel
- Les antécédents familiaux et de garde
- Le rôle et l'attitude des parents
- L'équilibre entre le travail, les études et la famille
- Les aspirations sur le plan des études et du travail
- La planification de la carrière
- L'influence des pairs
- Le comportement indiscipliné
- La santé et le fonctionnement psychologique
- Le financement des études postsecondaires
- Les expériences en première année des études postsecondaires
- Les compétences
- Les programmes de préparation au travail
- Le bénévolat
- Les premières expériences de travail
- La combinaison travail-études
- Le chômage
- La qualité de l'emploi
- La durée et la mobilité de l'emploi
- La rémunération et le salaire de réserve
- La satisfaction professionnelle

Source : STATISTIQUE CANADA. Enquête auprès des jeunes en transition – Aperçu du projet, No 81-588-XIF, <http://www.statcan.ca/francais/freepub/81-588-XIF/81-588-XIF.pdf>

## **ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES**

- Dossier du ménage
- État de santé général
- Changements pour améliorer la santé
- Taille et poids
- Incapacité au cours des deux dernières semaines
- Utilisation des soins de santé
- Services à domicile
- Limitation des activités
- Problèmes de santé chroniques
- Consommation de médicaments
- Tension artérielle
- Test pap
- Mammographie
- Examen des seins
- Autoexamen des seins
- Visites chez le dentiste
- Examens de la vue
- Examen général
- Vaccins contre la grippe
- Test de l'antigène spécifique prostatique
- Consommation de fruits et de légumes
- Activités physiques
- Activités sédentaires
- Utilisation des précautions
- Blessures
- Indice de l'état de santé (hui)
- Stress au travail
- Estime de soi
- Contrôle
- Usage du tabac
- Outils pour cesser de fumer
- Exposition à la fumée des autres
- Variantes du tabagisme
- Consommation d'alcool
- La conduite automobile et la consommation d'alcool
- Dépendance à l'égard de l'alcool
- Allaitement
- Comportement sexuel
- Soutien social (questions relatives à l'étude sur les issues médicales)
- Spiritualité
- Utilisation des services – santé mentale
- Humeur (échelle d'équilibre affectif de Bradburn)
- Détresse
- Dépression
- Suicide
- Renseignements sociodémographiques
- Population active
- Revenu
- Insécurité alimentaire
- Administration

Source : STATISTIQUE CANADA. L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 1.1 -  
Contenu du questionnaire pour septembre 2000  
[http://www.statcan.ca/francais/sdds/instrument/3226\\_Q1\\_V1\\_F.pdf](http://www.statcan.ca/francais/sdds/instrument/3226_Q1_V1_F.pdf)

## **ENQUÊTE LONGITUDINALE DU DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS DU QUÉBEC**

### **À propos de l'enfant cible de l'ÉLDEQ**

- Activités
- Alimentation
- Alphabétisation et littéracie
- Comportements J. de bébé
- Développement cognitif
- Développement moteur et socialisation
- Données sociodémographiques
- Grossesse
- Milieu de garde
- Milieu familial
- Renseignements médicaux
- Santé
- Sommeil
- Tempérament

### **À propos du représentant de la fratrie de l'enfant cible**

- Alphabétisation
- Comportements
- Données sociodémographiques
- Milieu familial
- Relations familiales
- Renseignements médicaux
- Santé

### **À propos de l'environnement familial**

- Composition
- Conditions socioéconomiques
- Données sociodémographiques
- Environnement physique
- Environnement social

### **À propos de la famille de l'enfant cible et de ses parents comme couple**

- Antécédents familiaux
- Fonctionnement du couple
- Fonctionnement familial
- Rôle parental
- Soutien social

### **À propos de la mère de l'enfant cible (ou la nouvelle conjointe du père)**

- Activités de loisirs
- Antécédents comportementaux
- Antécédents familiaux
- Comportements lors de l'entrevue
- Données sociodémographiques
- Grossesse et fécondité
- Santé et habitudes de vie

**À propos du père de l'enfant cible (ou du nouveau conjoint de la mère)**

- Activités de loisirs
- Antécédents comportementaux
- Antécédents familiaux
- Données sociodémographiques
- Santé et habitudes de vie
- Travail

**À propos du parent biologique absent (mère ou père)**

- Antécédents comportementaux
- Conditions socioéconomiques
- Données sociodémographiques
- Milieu familial
- Santé et habitudes de vie

Source : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2002). Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) : De la naissance à 29 mois, Enquête : description et méthodologie, Volume 2, numéro 1, p. 25.  
<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/BebeV2No1.pdf>