

Institut
de la statistique

Québec



ÉTUDE LONGITUDINALE DU DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS DU QUÉBEC (ÉLDEQ 1998-2002)

DE LA NAISSANCE À 29 MOIS

COLLECTION la santé et le bien-être

Évolution des comportements et des pratiques alimentaires

Volume 2, numéro 5

9



4

0



6

7



2

Pour tout renseignement concernant l'ISQ
et les données statistiques qui y sont disponibles,
s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4

Téléphone : (418) 691-2401

ou

Téléphone : 1 800 463-4090

(aucuns frais d'appel)

Site WEB : <http://www.stat.gouv.qc.ca>

Cette publication a été réalisée et produite
par l'Institut de la statistique du Québec.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Deuxième trimestre 2002
ISBN 2-551-21544-7
ISBN 2-551-21548-X

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction est interdite
sans l'autorisation expresse
de l'Institut de la statistique du Québec.

Mai 2002

Avant-propos

La publication de ce second volume de la collection ÉLDEQ 1998-2002 est le fruit d'une collaboration exceptionnelle établie depuis 1996 entre le milieu québécois de la recherche universitaire, le réseau de la santé publique et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) par l'entremise de la Direction Santé Québec.

Deux ans après la sortie du premier volume de la présente collection, un groupe interdisciplinaire et plurisectoriel constitué de plus de 80 chercheurs et professionnels de recherche propose cette seconde série de publications présentant les résultats des toutes premières analyses longitudinales. Très attendus, ces résultats permettent de décrire l'environnement et le développement des enfants à partir des trois premières mesures, soit celles réalisées lorsqu'ils étaient âgés respectivement de 5 mois, de 17 mois et de 29 mois. Afin de bien saisir l'importance de ces mesures chez le jeune enfant, il faut rappeler l'objectif prioritaire de l'ÉLDEQ 1998-2002 tel qu'il est énoncé dans le volume initial de cette collection : l'ÉLDEQ permettra de mieux connaître les PRÉCURSEURS de l'adaptation sociale des individus, en évaluant en tout premier lieu l'adaptation scolaire des enfants, d'identifier les CHEMINEMENTS de cette adaptation et d'évaluer ses CONSÉQUENCES la vie durant.

Ainsi, en analysant les données des trois premiers volets de l'enquête, l'ISQ est honoré d'être associé à l'élaboration d'un puissant instrument de recherche et d'enquête mais surtout à la réalisation d'une étude qui servira tant à la prévention qu'au développement d'interventions précoces efficaces. À titre de directeur général, je ne peux que m'enorgueillir d'un modèle de partenariat dont les résultats sont aussi fructueux que porteurs d'avenir.

Le directeur général,

Yvon Fortin

Les auteurs du numéro 5 du volume 2 de l'ÉLDEQ 1998-2002 sont :

Lise Dubois et Manon Girard
Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

Avec l'assistance professionnelle et technique de :

Martin Boivin, au traitement des données et à la vérification des analyses, Direction Santé Québec, ISQ
Nathalie Plante et Robert Courtemanche, à la vérification des analyses, Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales, ISQ
Nicole Descroisselles, à la révision linguistique, Direction de l'édition et des communications, ISQ
France Lozeau et Lucie Desroches à la mise en page, Direction Santé Québec, ISQ

Les lecteurs et lectrices externes :

Michèle Nadeau-Houde, Département de nutrition, Université de Montréal
Martine Pageau, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Le volume 2 de l'ÉLDEQ 1998-2002 est réalisé par :

la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec

L'ÉLDEQ 1998-2002 est subventionnée par :

le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)
les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC ancien PNRDS)
le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSHC)
le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (ancien CQRS)
le Fonds québécois de la recherche sur la nature et les technologies (ancien FCAR)
le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)
la Fondation Molson
le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MRST) par le biais du programme Valorisation recherche Québec (VRQ)
Développement des ressources humaines Canada (DRHC)
l'Institut canadien de recherche avancée (ICRA)
Santé Canada
le *National Science Foundation* (NSF des É. U.)
l'Université de Montréal
l'Université Laval
l'Université McGill

L'ÉLDEQ 1998-2002 est sous la direction de :

Mireille Jetté, coordonnatrice, Direction Santé Québec, ISQ
Hélène Desrosiers, Direction Santé Québec, ISQ
Richard E. Tremblay, directeur scientifique, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le développement de l'enfant, Université de Montréal
Ghyslaine Neill, Direction Santé Québec, ISQ
Josette Thibault, Direction Santé Québec, ISQ
Lucie Gingras, Direction Santé Québec, ISQ

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749 ou
Téléphone : 1 877 677-2087 (aucuns frais d'appel)
Télécopieur : (514) 864-9919
Site WEB : <http://www.stat.gouv.qc.ca>

Citations suggérées :

DUBOIS, L. et M. GIRARD (2002). « Évolution des comportements et des pratiques alimentaires » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 5.

Ce numéro est aussi disponible en version anglaise. (This analytical paper is also available in English under the title: "Trends in Dietary Behaviours and Practices" in *Québec Longitudinal Study of Child Development (QLSCD 1998-2002) – From Birth to 29 Months*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Vol. 2, No. 5).

<p>Pour les avertissements, les signes conventionnels et les abréviations – voir la section <i>Rappel méthodologique et avertissements</i>.</p>
--

Remerciements

Après plus de six ans d'existence du projet ÉLDEQ 1998-2002, l'entreprise de remercier nommément et exhaustivement tous les collaborateurs et collaboratrices pourtant inestimables est devenue périlleuse. Aux partenaires de la première heure, se joignent chaque année de nouveaux collègues prêts à relever les innombrables défis qui jalonnent la première étude de cohorte québécoise, que ces défis soient de nature logistique ou méthodologique, qu'ils concernent le contenu de l'enquête ou qu'ils relèvent d'univers de connaissances en perpétuel développement.

En effet, le réseau de chercheurs universitaires associés à l'ÉLDEQ étend maintenant ses ramifications à davantage d'universités québécoises et même à quelques universités hors Québec, canadiennes et étrangères. C'est ainsi qu'il est permis aux riches données de l'ÉLDEQ d'essaimer soit par l'intermédiaire des jeunes chercheurs qui poursuivent leurs études post-doctorales hors des frontières du Québec, soit par l'entremise des chercheurs aguerris qui multiplient les collaborations internationales à l'heure de la mondialisation du savoir. Cette multiplication des partenariats est très étroitement liée au leadership exceptionnel exercé au fil des ans par le directeur scientifique de l'ÉLDEQ. En plus de servir à l'édification de nouvelles connaissances, ce conglomérat virtuel d'équipes de recherche permet l'injection d'une proportion importante de subventions de recherche destinées à l'analyse de ces précieuses données. Ainsi, cette mise en commun d'importantes subventions, obtenues grâce à l'excellence des chercheurs impliqués, permet d'optimiser l'investissement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), l'unique bailleur de fonds des dix collectes (enquêtes et prétests) prévues dans l'ÉLDEQ 1998-2002.

À ce groupe de chercheurs en évolution s'ajoutent également de nouveaux partenaires provenant du réseau de la santé publique. Les professionnels et professionnelles de réseaux connexes sont également plus nombreux à collaborer activement à l'ÉLDEQ, qu'ils proviennent du réseau du ministère de la Famille et de l'Enfance, du réseau de l'éducation ou d'ailleurs.

Cet accroissement du nombre d'experts externes conjugué à une augmentation de la complexité de cette première étude longitudinale provinciale durent être accompagnés d'une augmentation du nombre de professionnels de l'ISQ qui consacrent désormais leur temps, en tout ou en partie, à l'ÉLDEQ. C'est ainsi qu'à la Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales (DMES) de nouveaux statisticiens sont maintenant associés à l'étude. Ces professionnels ont notamment pour tâche de traiter toutes les questions reliées au plan de sondage, d'analyser les résultats des collectes annuelles pour ce qui est du taux de réponse et de produire les pondérations indispensables pour inférer les résultats à la population d'enfants visés par cette vaste étude. À cela s'ajoute l'appui offert aux chercheurs de l'ÉLDEQ pour la réalisation des analyses statistiques publiées dans le présent rapport. Quant à la Direction Santé Québec (DSQ), maître d'œuvre de l'ÉLDEQ, il a fallu que deux professionnelles expérimentées en analyses longitudinales rejoignent nos rangs afin de permettre la consolidation de la petite équipe qui assure d'année en année la poursuite de cette étude combien intense en termes d'efforts à consentir. C'est en coordonnant le travail des nombreux partenaires, en développant de nouveaux outils qui permettent l'appréhension du réel d'un enfant qui grandit, en travaillant en étroite collaboration avec la firme de collecte de données et en participant à l'élargissement des connaissances par l'entremise de la publication d'analyses originales que les sept membres de l'équipe ÉLDEQ-Santé Québec s'acquittent de manière remarquable de leurs tâches.

Au fil des années, un autre partenariat qui ne s'est jamais démenti est celui établi avec les responsables de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ, Canada). Le fait que ces pionniers acceptent l'utilisation secondaire qui est faite par l'ÉLDEQ des instruments administrés par CAPI (*Computer Assisted Personal Interview*) permet à l'enquête longitudinale québécoise de demeurer, au fil des ans, à la fois comparable et complémentaire à cette grande enquête canadienne, et ce, à des coûts contrôlés.

Les hôpitaux québécois, qui font toujours face aux nombreux défis rendus nécessaires par l'atteinte d'une efficience encore plus grande, sont également des partenaires importants de l'ÉLDEQ, de même que les maisons des naissances. Contre vents et marées, ils continuent chaque année de faire parvenir certaines données que contiennent les dossiers médicaux des mères et des enfants, données qui nous parviennent à la stricte condition que les mères en aient préalablement autorisé l'obtention par écrit.

Le Bureau d'interviewers professionnels (BIP) demeure un partenaire crucial dans la mise en place et le déroulement de cette première enquête auprès d'une cohorte de bébés québécois. Responsable de l'organisation et du bon déroulement des collectes de données tant des enquêtes que des prétests annuels, le BIP, maison de sondages dirigée de main de maître par sa présidente, est aussi responsable de la qualité des données recueillies et de la fiabilité des banques de données produites semestriellement. Quant à l'équipe d'intervieweuses¹ et de recruteuses, savamment dirigée par une coordonnatrice de terrain chevronnée, elle est passée experte dans l'art de fidéliser les quelques 2 000 familles rencontrées annuellement.

Finalement, nous devons souligner la participation exceptionnelle des familles québécoises. Qu'elles soient assurées que nous avons la conviction profonde que la réussite de l'ÉLDEQ viendra d'abord et avant tout de ce temps précieux qu'elles nous accordent annuellement pour partager des parcelles de vie de leurs *bouts de chou* qui étaient âgés de 2 ½ ans en 2000.

Doutant de remercier comme il se doit toutes ces personnes qui assurent la concrétisation jour après jour de cette grande première québécoise, nous empruntons à Serge Bouchard les propos qui suivent :

« *Le progrès est parfaitement collectif dans le temps et dans l'espace. Nous devons tant aux autres [...]. Nous voulons une société de bonnes personnes [...], car il y a un lien entre l'excellence de soi et l'excellence de tous*² ».

Un grand merci!



Mireille Jetté
Coordonnatrice
Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

1. Tous les interviewers de cette enquête étant de sexe féminin, nous utiliserons, dans la suite du texte, le terme intervieweuse pour les désigner.

2. BOUCHARD, Serge (2001). « Je ne suis pas seul sur terre », *Le Devoir Édition Internet*, 23 juillet.

Introduction à l'ÉLDEQ 1998-2002

Au moment de publier ce deuxième rapport, les enfants de l'ÉLDEQ auront débuté leur cinquième course autour du soleil. Malgré les mécanismes extraordinaires mis en place pour suivre de près leur développement, il est clair qu'à la petite enfance la croissance est plus rapide que la science.

Notre premier rapport décrivait les observations faites lors de la collecte de données 5 mois après la naissance. La nature transversale de ces observations nous limitait alors à une description des caractéristiques des enfants et de leur famille. Il s'agissait en fait de tracer un portrait de la situation des nourrissons du Québec nés en 1997-1998. Débordants d'enthousiasme et mus par un urgent désir de comprendre, les chercheurs qui, à cette époque, ont esquissé des analyses explicatives des caractéristiques observées savaient très bien qu'il ne s'agissait là que des premières d'une longue série d'analyses devant conduire à une meilleure compréhension du développement de l'enfant.

Ce second rapport, quant à lui, s'appuie sur les données collectées lorsque les enfants étaient respectivement âgés de 5, 17 et 29 mois. Enfin! Nous pouvons maintenant décrire les changements qui surviennent dans la vie des enfants et de leur famille entre la naissance et le milieu de la troisième année de vie. C'est la première fois qu'un échantillon aussi important d'enfants représentant les nouveau-nés du Québec est suivi de façon aussi intensive au cours de la petite enfance. En fait, à notre connaissance, c'est la première fois dans l'histoire des études du développement des enfants que l'on tente de comprendre les facteurs qui conduisent au succès ou à l'échec scolaire, au moyen de collectes de données aussi fréquentes auprès d'un échantillon d'une telle ampleur de si jeunes enfants.

Les chercheurs ont maintenant à leur disposition plus de données qu'ils n'en ont jamais eu sur cette phase de la vie. Mais cette abondance a ses effets pervers. Si avec des études transversales on tire des conclusions sur les causes des problèmes que l'on observe, pourquoi ne pas s'en donner à cœur joie avec des données longitudinales? Lorsque l'on a des données dont personne d'autre ne dispose on peut

facilement oublier les limites de celles-ci. Cependant, les chercheurs qui ont participé à la rédaction de ce rapport, tout en tentant d'exploiter au maximum l'avantage qu'offrent des données longitudinales prospectives collectées à trois moments différents au cours de la petite enfance (à intervalle de 12 mois), ont également accepté de respecter les limites de ces données.

Cette étude longitudinale prospective permet de décrire le changement dans le temps pour chacun des individus sur chacune des variables mesurées. Ainsi, les chercheurs ont tracé les changements au cours des trois premières années de vie des enfants. Des profils d'enfants, de parents et de familles de même que des trajectoires de développement ont donc été esquissés à partir des données recueillies lors de ces trois passages. Ces résultats originaux devraient permettre de discerner le début des cheminements empruntés par les enfants et leur famille. Il faut cependant signaler qu'on ne décrit que les trois premiers temps d'une courbe qui devrait idéalement en compter au moins une quinzaine! Puisque dans la majorité des cas il est peu probable que les comportements soient consolidés à 2 ½ ans, nous avons demandé aux auteurs de se limiter essentiellement à la description de l'évolution des phénomènes. En effet, il est encore trop tôt dans la vie de l'enfant pour se lancer dans des analyses causales pour identifier des déterminants, d'autant plus qu'il ne s'agit que d'associations. Enfin, lorsque nous abordons un problème, nos questions sont généralement beaucoup trop simples. Les études longitudinales telles que l'ÉLDEQ permettent de constater qu'il y a de multiples façons de voir un problème et qu'il est dangereux de tirer des conclusions définitives après les premières analyses, aussi savantes puissent-elles paraître.

L'objectif principal de l'ÉLDEQ, on le rappelle, est de comprendre les trajectoires, pendant la petite enfance, qui conduisent au succès ou à l'échec lors du passage dans le système scolaire. Pour confirmer l'atteinte de cet objectif, nous devons évidemment attendre de disposer de l'information sur l'entrée à l'école. Les enfants de l'ÉLDEQ termineront leur première année scolaire au printemps 2005. Au

moment de la publication du présent rapport, ils ont l'âge d'entrer à la prématernelle, ce que plusieurs feront en septembre 2002. Des collectes de données sont également prévues à la fin de l'année de prématernelle (printemps 2003) et à la fin de l'année de maternelle (printemps 2004). Si, comme souhaité, ces importantes collectes sont financées, l'information ainsi générée permettra de vérifier le niveau de préparation à l'école au seuil de l'entrée dans le premier cycle de l'élémentaire. Dans la suite de cette étude longitudinale, il est également prévu de décrire les trajectoires de développement de ces enfants pendant leurs années scolaires. Si, à l'instar de nombreux chercheurs du Québec, l'État québécois confirme son implication financière dans la poursuite de l'ÉLDEQ au primaire et au secondaire, nous pourrions améliorer notre compréhension des chemins qui mènent à la réussite scolaire, et donc être dans la meilleure position possible pour améliorer le soutien aux enfants, toujours trop nombreux, pour qui l'école n'est qu'une longue série d'échecs.

Les nouvelles connaissances sur le développement du cerveau humain nous ont fait comprendre qu'il est important d'investir tôt dans le développement des enfants, comme il est important d'investir tôt dans nos fonds de pension. Les études longitudinales du développement des enfants doivent évidemment respecter le même principe. Il faut les commencer le plus tôt possible et c'est ce que le ministère de la Santé et des Services sociaux faisait dès 1997, en investissant près de 5 millions de dollars dans le suivi d'enfants québécois de 5 à 54 mois. Et, évidemment, à l'instar d'un fonds de pension, pour que ces investissements portent fruits et fournissent les meilleurs rendements possible, ils doivent être maintenus, voire augmentés.



Richard E. Tremblay, Ph. D., MSRC
Titulaire de la chaire de recherche du Canada
sur le développement de l'enfant
Université de Montréal

Table des matières

1. Introduction	19
2. Problématique	21
2.1 La nutrition dans l'enfance et la santé à l'âge adulte.....	21
2.2 Les principaux problèmes liés à l'alimentation des enfants dans les pays développés.....	21
3. Aspects méthodologiques	23
4. Résultats	25
4.1 L'alimentation du nourrisson : un survol	25
4.1.1 La durée totale de l'allaitement	25
4.1.2 D'autres aspects de l'alimentation du nourrisson.....	26
4.1.3 Les résultats de l'ÉLDEQ et les recommandations en matière d'alimentation du nourrisson.....	27
4.2 Quelques habitudes et comportements reliés à l'alimentation.....	28
4.2.1 La fréquence de consommation des repas hors foyer vers l'âge de 2 ½ ans.....	29
4.2.2 Certains comportements en lien avec l'alimentation vers l'âge de 1 ½ an et 2 ½ ans.....	30
4.3 La fréquence de consommation de différents types d'aliments à 1 ½ an et à 2 ½ ans.....	33
4.3.1 Les fréquences de consommation des divers groupes d'aliments	33
4.3.2 Certains facteurs associés à la consommation des divers groupes d'aliments.....	36
4.4 La consommation de certains liquides	39
4.4.1 La consommation de lait et de jus/boissons aux fruits vers l'âge de 1 ½ an.....	40
4.4.2 La fréquence de consommation de breuvages sucrés vers l'âge de 2 ½ ans	41
4.5 L'influence de l'insécurité alimentaire vécue avant l'âge d'environ 1 ½ an sur l'alimentation des enfants	42
4.6 L'alimentation, la santé et le développement physique des enfants.....	44
4.6.1 La relation entre l'alimentation et la perception de la santé	44
4.6.2 La relation entre l'alimentation et les infections	45
4.6.3 La relation entre l'alimentation, le poids et la taille des enfants vers l'âge de 2 ½ ans	47
5. Discussion	51
6. Conclusion	55
Bibliographie	57

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

4.1	Durée moyenne d'allaitement, âge moyen à l'introduction des aliments complémentaires et à l'introduction du lait de vache selon le statut socioéconomique de la famille, Québec, 1998 et 1999	26
4.2	Proportion d'enfants consommant des préparations commerciales, du lait de vache, des aliments complémentaires (purée et jus) et des aliments en morceaux à différents âges au cours de la première année de vie, Québec, 1998 et 1999	27
4.3	Comparaison de certaines recommandations et objectifs en matière d'alimentation du nourrisson avec les données de l'ÉLDEQ, Québec, 1998 et 1999	28
4.4	Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon le nombre et le type de repas consommés hors du foyer (au cours des 7 jours précédant l'enquête), Québec, 2000	29
4.5	Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon le nombre de repas consommés hors du foyer (au cours des 7 jours précédant l'enquête), le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000	30
4.6	Répartition des enfants âgés d'environ 17 mois et 29 mois selon certains comportements face à la nourriture, Québec, 1999 et 2000	31
4.7	Proportion d'enfants âgés d'environ 29 mois présentant certains comportements face à la nourriture selon le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000	32
4.8	Répartition des enfants selon l'évolution de la fréquence de consommation de différents groupes d'aliments de l'âge de 17 mois à 29 mois, Québec, 1999 et 2000	35
4.9	Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la fréquence de consommation de fruits (excluant jus/boissons aux fruits), le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000	36
4.10	Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la fréquence de consommation de légumes, le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000	37
4.11	Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la fréquence de consommation de viandes et substituts, le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000	39
4.12	Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la fréquence de consommation de gras et de sucreries, le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000	39
4.13	Consommation quotidienne moyenne de lait (incluant le lait au chocolat) et de jus et boissons aux fruits chez les enfants âgés d'environ 17 mois selon le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 1999	40
4.14	Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la fréquence de consommation de boissons gazeuses et de boissons aux fruits, le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000	42
4.15	Répartition des enfants âgés d'environ 17 mois et 29 mois selon la fréquence des infections (au cours des 3 mois précédant l'enquête) et des traitements aux antibiotiques (au cours des 6 mois précédant l'enquête), Québec, 1999 et 2000	46
4.16	Proportion d'enfants âgés d'environ 17 mois et 29 mois ayant eu au moins 2 infections (au cours des 3 mois précédant l'enquête) ou au moins 2 traitements aux antibiotiques (au cours des 6 mois précédant l'enquête) selon le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 1999 et 2000	46

Figures

4.1	Prévalence de l'allaitement selon l'âge de l'enfant, Québec, 1998 et 1999	26
4.2	Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon le nombre de repas consommés hors du foyer au cours des 7 jours précédant l'enquête, Québec, 2000	29
4.3	Répartition des enfants selon la fréquence de consommation de différents groupes d'aliments vers l'âge de 17 mois et 29 mois, Québec, 1999 et 2000	34
4.4	Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la fréquence de consommation de légumes, le nombre de repas consommés hors du foyer (au cours des 7 jours précédant l'enquête) et certains comportements face à la nourriture, Québec, 2000	38
4.5	Consommation quotidienne moyenne de jus/boissons aux fruits chez les enfants âgés d'environ 17 mois selon leur fréquence de consommation de différents groupes d'aliments, Québec, 1999	41
4.6	Consommation quotidienne moyenne de lait/lait au chocolat et de jus/boissons aux fruits chez les enfants âgés d'environ 17 mois selon leur fréquence de consommation de différents groupes d'aliments, Québec, 1999	41
4.7	Consommation quotidienne moyenne de différents breuvages chez les enfants âgés d'environ 17 mois selon leur fréquence de consommation de boissons gazeuses/boissons aux fruits vers l'âge de 29 mois, Québec, 1999 et 2000	42
4.8	Proportion d'enfants âgés d'environ 17 mois vivant dans une famille ayant déjà souffert d'insécurité alimentaire depuis leur naissance selon le statut socio-économique de la famille, Québec, 1999	43
4.9	Répartition des enfants âgés d'environ 17 mois et 29 mois selon la fréquence des infections (au cours des 3 mois précédant l'enquête) et des traitements aux antibiotiques (au cours des 6 mois précédant l'enquête), Québec, 1999 et 2000	45
4.10	Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la fréquence des traitements aux antibiotiques (au cours des 6 mois précédant l'enquête) et différentes durées d'allaitement, Québec, 1998, 1999 et 2000	47
4.11	Consommation quotidienne moyenne de lait (incluant le lait au chocolat) et de jus/boissons aux fruits vers l'âge de 17 mois selon le surplus de poids chez l'enfant âgé d'environ 29 mois, Québec, 1999 et 2000	49
4.12	Proportion d'enfants âgés d'environ 29 mois ayant un poids insuffisant selon le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000	49

Rappel méthodologique et avertissements

L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec amorcée en 1998, est menée auprès d'une cohorte de près de 2 000 enfants suivis annuellement de l'âge de 5 mois à l'âge d'environ 4 ans. Ce second volume traite des données longitudinales des trois premiers volets soit lorsque les enfants étaient âgés respectivement d'environ 5 mois, 17 mois et 29 mois.

Les analyses longitudinales impliquant des données recueillies aux volets 1998, 1999 et 2000 permettent d'inférer à la population des enfants nés au Québec en 1997 et en 1998 (naissances simples) et qui, en 2000, habitaient toujours le Québec ou ne l'avaient quitté que temporairement. Ainsi, le choix conceptuel et méthodologique de ne pas échantillonner d'enfants parmi le groupe des enfants arrivés au Québec après leur naissance limite l'inférence à cette population.

La participation des familles aux volets 1999 et 2000 de l'ÉLDEQ a été excellente. En effet, 94 % des familles ayant participé au volet 1998 ont continué à participer à l'enquête au second et au troisième volet, pour un taux de réponse longitudinal aux deux principaux questionnaires (Questionnaire informatisé rempli par l'intervieweuse – QIRI et Questionnaire papier rempli par l'intervieweuse - QPRI) de 71 %¹. Quant à la participation aux instruments QAAM et QAAP, elle est demeurée stable du volet 1998 au volet 2000, soit de l'ordre de 96 % pour le QAAM et de 90 % pour le QAAP, et ce, parmi les répondants annuels au QIRI. Toutefois, comme les familles répondantes ne sont pas nécessairement les mêmes d'un volet à l'autre, la proportion pondérée de familles ayant participé à l'ensemble des volets est plus faible, soit de 92 % pour le QAAM et de 83 % pour le QAAP, cette fois parmi les répondants au QIRI des trois premiers volets ($n = 1\,985$). Quant aux taux de réponse longitudinaux à ces instruments, que l'on obtient en multipliant la proportion pondérée de répondants longitudinaux au QAAM ou au QAAP et le taux de réponse longitudinal au QIRI, ils se situaient à 65 % et 59 % respectivement.

1. Le nombre non pondéré de familles répondantes à l'ÉLDEQ est ainsi passé de 2 120 en 1998, à 2 045 en 1999 et à 1 997 en 2000. Quant au nombre de familles qui ont participé aux trois volets de l'enquête, il est de 1 985 familles (soit 94 % des 2 120 familles du volet initial).

Il a été décidé de minimiser les biais potentiels pouvant être induits par la non-réponse au moyen d'un ajustement de la pondération basé sur les caractéristiques différenciant les répondants des non-répondants, et ce, pour les cinq grands instruments de l'ÉLDEQ : le QIRI/QPRI, le QAAM, le QAAP et le test cognitif des enfants désigné par l'acronyme IPO (test d'imitation de placement d'objet). Puisque seuls les répondants du volet 1998 étaient admissibles au suivi longitudinal, la pondération longitudinale est basée sur la pondération transversale du QIRI élaborée au volet 1998. De plus, pour les analyses longitudinales impliquant soit des données du QAAM, du QAAP ou de l'IPO, un ajustement additionnel de la pondération est nécessaire pour tenir compte de la non-réponse globale longitudinale propre à chacun de ces instruments. Malheureusement, au troisième volet comme au premier, même si les taux de réponse des pères non résidants se sont améliorés, il s'avère impossible de pondérer les données recueillies auprès d'eux, le taux de réponse au QAAPABS étant encore trop faible.

De plus, étant donné le plan de sondage complexe de l'ÉLDEQ, il faut s'assurer d'estimer correctement la variance associée aux estimations. Il est donc souhaitable d'avoir recours à un logiciel permettant de tenir compte de ce type de plan de sondage, autrement la variance a tendance à être sous-estimée et par le fait même, le seuil observé des tests statistiques à être trop petit. Dans ce cas-ci, le logiciel SUDAAN (*Survey Data Analysis*; Shah et autres, 1997) a été utilisé pour les estimations de prévalences, les tests du khi-carré, les analyses de variance à mesures répétées, les analyses de régression linéaire, de régression logistique et de régression de Cox. Le seuil de signification pour ces tests statistiques a été fixé à 0,05. Quant aux autres types d'analyse non supportés par SUDAAN (ex. : test de McNemar), le seuil a été abaissé à 0,01 afin d'éviter de déclarer comme étant significatifs des résultats qui ne le seraient pas si on tenait compte du plan de sondage.

Toutes les données présentées qui sont affectées par un coefficient de variation (CV) de plus de 15 % sont accompagnées de un ou deux astérisques pour bien

indiquer aux lecteurs la variabilité de certaines estimations présentées.

NDLR : Pour plus d'information sur la méthodologie d'enquête consulter les numéros 1 des volumes 1 et 2. Des renseignements détaillés sur la source et la justification des questions des trois premiers volets de

l'ÉLDEQ, de même que sur la composition des échelles et des indices utilisés sont également consignés aux numéros 12 des volumes 1 et 2.

Avertissements

Dans les tableaux, à moins d'avis contraire, « n » représente une somme de poids individuels ramenés à la taille de l'échantillon initial. Cette quantité est utilisée pour l'estimation des prévalences et diffère légèrement de l'échantillon réel (soit le nombre d'enfants pour un sous-groupe donné). Dans le texte, lorsqu'un nombre est présenté pour décrire la taille de l'échantillon d'analyse, il désigne aussi, à moins d'indication contraire, la somme des poids des unités d'analyse ramenés à la taille de l'échantillon initial. Cette situation se présente lorsque l'analyse porte sur un sous-groupe particulier. La fréquence pondérée ne sert dans ce cas qu'à faire le lien avec les tableaux. La taille d'échantillon réelle demeure, avec le coefficient de variation, la quantité à interpréter pour avoir une bonne idée de la précision des estimations.

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans ce numéro sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et les figures.

Signes conventionnels

- .. Donnée non disponible
- ... N'ayant pas lieu de figurer
- Néant ou zéro
- p < Réfère au seuil de signification

Abréviations

- CV Coefficient de variation
- Non sig. Test non-significatif

Évolution des comportements et des pratiques alimentaires

En
2002...
J'aurai 5 ans !

1. Introduction

Les données présentées dans ce numéro portent sur divers aspects de l'alimentation des enfants québécois âgés de moins de 3 ans. Cette information est précieuse puisqu'elle permet de décrire, pour la première fois, les pratiques entourant l'alimentation des enfants d'âge préscolaire à l'échelle provinciale.

Le premier volume de l'ÉLDEQ 1998-2002 présentait des résultats obtenus au volet 1998 lorsque les enfants étaient âgés d'environ 5 mois. Le numéro portant sur l'alimentation du nourrisson traçait, entre autres choses, un portrait de l'allaitement et de l'introduction des aliments solides (Dubois et autres, 2000a). Le présent numéro porte sur les données recueillies aux volets 1999 et 2000 de l'ÉLDEQ alors que les enfants sont âgés d'environ 17 mois et 29 mois. On y expose d'abord l'information complémentaire recueillie de façon rétrospective sur la durée totale de l'allaitement et sur certains autres aspects de l'alimentation en bas âge (ex. : âge lors de l'introduction des préparations commerciales ou encore des aliments en morceaux et du lait de vache) afin de la comparer aux recommandations québécoises en matière d'alimentation du nourrisson.

Les données permettent également de dresser un portrait de différentes facettes de l'alimentation des enfants lorsqu'ils sont âgés d'environ 17 mois et 29 mois comme la fréquence hebdomadaire des repas consommés à l'extérieur de la maison et certains comportements de l'enfant, soit le fait d'être « difficile avec la nourriture », celui de « manger à des heures irrégulières » et le fait de « manger trop ou trop vite ». La fréquence quotidienne de consommation d'un certain nombre d'aliments (produits laitiers, pains et céréales, fruits et légumes, viandes et substituts et gras et sucreries) par l'enfant retient également l'attention. En complément d'information, un aperçu de la consommation quotidienne de certains liquides est présenté. À cet égard, l'attention se centre sur les quantités quotidiennes totales de lait et de jus ou boissons aux fruits consommées et sur la fréquence de consommation quotidienne de boissons gazeuses et de boissons aux fruits.

En plus de décrire ces divers aspects, ce numéro s'attarde à certaines caractéristiques susceptibles

d'être associées à l'alimentation en bas âge soit le mode principal de garde de l'enfant et le statut socioéconomique de la famille. L'insécurité alimentaire vécue dans les familles les plus démunies est aussi abordée.

Finalement, les analyses portent sur certains aspects de la santé et du développement de l'enfant pouvant être tributaires de son alimentation, tels que le poids et la taille, ainsi que la fréquence des infections et de la prise d'antibiotiques, ces dernières pouvant être liées aux habitudes alimentaires de l'enfant.

À quelques occasions, un regard longitudinal est porté lorsque des relations entre des pratiques ou des comportements peuvent être observées pour les mêmes enfants alors qu'ils sont âgés d'environ 1 ½ an et 2 ½ ans.

L'alimentation joue sans contredit un rôle important dans le développement de l'enfant. Les analyses présentées dans ce numéro devraient contribuer non seulement à favoriser une meilleure compréhension des liens entre certains déterminants d'une saine alimentation et les pratiques alimentaires des tout-petits mais aussi à cerner certaines conséquences sur leur développement physique.

2. Problématique

2.1 La nutrition dans l'enfance et la santé à l'âge adulte

L'influence de la nutrition sur la santé des populations se manifeste à partir des premières années de vie (Barker, 1992). Sur le plan physiologique, il est important que les enfants puissent atteindre leur plein potentiel de croissance, puisque certaines études ont établi une relation entre la taille moyenne des adultes et la prévalence de maladies cardiovasculaires ou le taux de mortalité, pour différents pays (Davey Smith et Brunner, 1997). De plus, l'artériosclérose, le taux de cholestérol sanguin ou l'ostéoporose découlent non seulement de la qualité de l'alimentation à l'âge adulte mais aussi de celle ayant prévalu durant l'enfance (Gallo, 1996; Planoulaine et autres, 2000; WHO Collaborative centers on nutrition, 1991).

La qualité de l'alimentation chez les jeunes enfants est associée à divers indicateurs du statut socioéconomique tels que le statut d'emploi de la mère et le revenu familial (Johnson et autres, 1992). Au Québec, des analyses mettent par ailleurs en relief l'influence de diverses variables de position sociale sur la qualité de l'alimentation des adultes, qu'elle soit mesurée sur le plan des nutriments ou des aliments (Dubois et Girard, 2001). Or, une telle situation n'est pas sans affecter les enfants, car durant la période préscolaire en particulier, les choix alimentaires sont fortement tributaires des conditions dans lesquelles ils vivent (ex. : type de famille, revenu familial, statut d'emploi des parents) (Cowin et autres, 2000; North et autres, 2000). Par contre, un nombre grandissant de jeunes enfants prennent une partie de leurs repas hebdomadaires en milieu de garde. L'alimentation reçue à l'extérieur du foyer vient alors compléter celle de la maison et modifier certains aspects de l'état nutritionnel pouvant affecter la santé et la croissance des enfants (Goodwin et autres, 1999; Stearns Bruening et autres, 1999). De plus, le fait que les deux parents travaillent à l'extérieur du foyer modifie les habitudes alimentaires à la maison compte tenu du temps restreint alloué à la préparation des repas (Johnson et autres, 1993).

Bien qu'il n'existe pas de données canadiennes permettant de faire ce type d'évaluation, il semble que dans plusieurs pays développés, l'alimentation d'une proportion élevée de jeunes enfants ne soit pas conforme aux recommandations nationales dans ce domaine. Aux États-Unis, seulement 35 % des enfants de 2 ans et 3 ans ont une alimentation jugée adéquate (Lino et autres, 1998). Les données de l'enquête de consommation américaine (CSFII 1985-1986) révèlent également que plus de 80 % des enfants de 2 à 5 ans consomment des proportions de gras totaux, de gras saturés et de cholestérol plus élevées que les recommandations (Thompson et Dennison, 1994). En Grande-Bretagne, seulement 10 % des enfants de 1 an à 4 ans ont une alimentation conforme au *Recommended Nutrient Intake* pour au moins trois des cinq principaux nutriments essentiels au développement (fer, zinc, vitamines A, D, C), tandis que 16 % ont une alimentation ne respectant aucune de ces recommandations. La situation est encore moins favorable pour les enfants des milieux défavorisés (Gregory et autres, 1995). Ces résultats sont fort préoccupants puisque la qualité de l'alimentation durant l'enfance influence la santé non seulement pendant l'enfance mais aussi, on l'a vu, à l'âge adulte.

2.2 Les principaux problèmes liés à l'alimentation des enfants dans les pays développés

Il existe deux principales sources de préoccupation en lien avec l'alimentation des enfants vivant dans les pays développés : d'abord l'obésité qui est liée à l'abondance alimentaire, ensuite le manque de certains nutriments chez les enfants pauvres pouvant être à l'origine de certaines déficiences.

Il est bien connu que l'obésité est en augmentation au Canada non seulement chez les adultes, mais aussi chez les enfants d'âge scolaire. Entre le milieu des années 80 et le milieu des années 90, par exemple, la prévalence de l'obésité est passée de 14 % à 24 % chez les filles et de 18 % à 26 % chez les garçons (Santé Canada, 1996). L'obésité dans

l'enfance est un facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer et l'hypertension à l'âge adulte (Acheson et autres, 1998).

Pour sa part, la déficience en fer, susceptible de causer l'anémie, affecte principalement les enfants pauvres. Or, cette maladie peut avoir des conséquences à court et à long termes sur la santé et le développement physique et cognitif des enfants. Elle peut conduire notamment à une diminution de la résistance aux infections, à un ralentissement de la croissance ou à un retard de l'âge de la puberté (Harris, 1997; Rose et autres, 1998). La déficience en fer et l'anémie dans l'enfance pourraient augmenter dans les années qui viennent, puisque la pauvreté est en croissance au Canada et qu'elle touche de plus en plus de familles avec de jeunes enfants (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999). Ainsi, dans les grandes villes canadiennes, à la fin des années 90, jusqu'à 25 % des enfants d'âge préscolaire vivaient au sein d'un ménage à faible revenu (McIntyre et autres, 2000).

Le manque d'argent affecte directement la qualité de l'alimentation et peut conduire certaines familles à vivre en situation d'insécurité alimentaire, c'est-à-dire en situation de restriction ou de manque de nourriture, ou de crainte d'en manquer, pour soi ou pour ses enfants. *L'Enquête sociale et de santé 1998* (ESS 1998), effectuée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), a permis d'évaluer que 8,3 % des familles québécoises vivent en situation d'insécurité alimentaire (Dubois et autres, 2000b). Cette proportion s'élève à 22,4 % chez les familles monoparentales. Les données de *L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ) recueillies en 1994 indiquent pour leur part que 1,2 % des enfants canadiens âgés de moins de 12 ans ont déjà souffert de la faim (McIntyre et autres, 2000). Or, aujourd'hui, ces situations ne se rencontrent plus seulement dans les tranches de la population où la pauvreté est transmise d'une génération à l'autre. En effet, au Canada, les deux tiers des mères qui font l'expérience de la faim ont complété leurs études secondaires et la moitié ont un diplôme d'études postsecondaires. Ce phénomène est fort préoccupant étant donné ses impacts négatifs sur l'état nutritionnel des enfants. Ainsi, les résultats de l'ESS 1998 indiquent que les familles connaissant

l'insécurité alimentaire sont proportionnellement deux fois plus nombreuses que le reste de la population à rapporter des habitudes alimentaires de moyenne ou de mauvaise qualité (Dubois et autres, 2000b). De plus, comparativement aux autres mères québécoises, celles vivant en situation d'insécurité alimentaire sont plus à risque de souffrir de maladies chroniques, de limitations d'activités ou de détresse psychologique (Rouffignat et autres, 2001), soit autant de facteurs pouvant entraver l'exercice du rôle parental. Des résultats similaires ont été observés avec les données de *L'Enquête nationale sur la santé des populations* (ENSP) (1998-1999) (Che et Chen, 2001).

Somme toute, une alimentation de bonne qualité dans la petite enfance est importante à court et à long termes. Les données des trois premiers volets de l'ÉLDEQ permettent, pour la première fois, de porter un regard sur divers aspects de l'alimentation des enfants québécois âgés de moins de 3 ans et de dégager certains facteurs qui y sont associés.

3. Aspects méthodologiques

Les analyses présentées dans ce numéro reposent sur un échantillon de 1 985 enfants ayant participé aux trois premiers volets de collecte de l'ÉLDEQ. Elles portent plus précisément sur les données recueillies aux volets 1999 et 2000, au moment où les enfants étaient âgés respectivement d'environ 17 mois (environ 1 ½ an) et 29 mois (environ 2 ½ ans)¹.

Afin de réaliser les analyses présentées dans ce numéro, plusieurs variables et indicateurs ont été mis au point. Ils se rapportent à l'allaitement et à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, à certaines habitudes et comportements alimentaires, à la fréquence de consommation de certains aliments et de certains liquides, à l'insécurité alimentaire, au poids et à la taille, à certaines infections ainsi qu'aux traitements aux antibiotiques reçus par l'enfant. Ces indicateurs et ces variables sont décrits en détail dans chacune des sections pertinentes. Notons que les données concernant l'alimentation de l'enfant sont tirées du Questionnaire papier rempli par l'intervieweuse (QPRI) lors d'une entrevue menée en face-à-face. Ce questionnaire s'adresse à la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM), soit dans la majorité des cas, la mère biologique de l'enfant.

L'approche utilisée lors des analyses est d'abord descriptive. Dans un premier temps, les variables et les indicateurs relatifs à l'alimentation sont décrits. Les relations statistiques entre différents indicateurs reliés à l'alimentation issus du même temps de collecte, ou d'autres volets de collecte, sont aussi examinées.

Les données recueillies sur l'alimentation sont ensuite analysées en fonction d'indicateurs reflétant les conditions de vie de l'enfant et pouvant influencer sur les comportements ou les pratiques alimentaires : le statut socioéconomique de la famille et, sauf pour la section portant sur l'alimentation du nourrisson, les modalités de garde de l'enfant. Ces derniers proviennent du Questionnaire informatisé rempli par l'intervieweuse (QIRI) et sont disponibles pour chaque volet de l'enquête. Quant aux données se rapportant

à l'insécurité alimentaire, issues du QPRI, elles ont été recueillies uniquement au volet 1999 de l'enquête.

Le statut socioéconomique (SSE), disponible annuellement, a été mis au point par la Direction Santé Québec à partir du niveau de scolarité et du prestige de la profession des parents ainsi que du revenu brut du ménage au cours des 12 mois ayant précédé chacun des volets de l'enquête. Pour les analyses, cet indice est regroupé en 5 catégories (quintiles), où la catégorie 1 indique l'appartenance au statut socioéconomique le plus faible et la catégorie 5 l'appartenance à une famille dont le statut socioéconomique est le plus élevé. Quant aux modalités de garde de l'enfant, elles font référence essentiellement à la situation prévalant à chacun des volets soit, pour le présent numéro, au moment où les enfants avaient environ 17 et 29 mois. Il convient de préciser ici que les données sur les modalités de garde concernent uniquement les enfants qui se font garder en raison du travail ou des études des parents. Il est toutefois possible que des enfants se fassent garder pour d'autres raisons ou encore que des enfants dont les deux parents travaillent en alternance ne soient pas gardés.

Selon les données de l'ÉLDEQ, environ la moitié des enfants se font garder à l'extérieur de la maison, soit en garderie, soit au domicile de quelqu'un d'autre, tant à 1 ½ an (47 %) qu'à 2 ½ ans (50 %) en raison du travail ou des études des parents tandis que 11 % et 8 % des enfants respectivement se font garder à leur domicile. La proportion d'enfants qui fréquentent la garderie augmente toutefois avec l'âge passant de 9 % vers l'âge de 1 ½ an à 17 %, un an plus tard (données non présentées). On notera que - sauf dans l'analyse des comportements de l'enfant face à la nourriture où on a considéré seulement le fait pour l'enfant de se faire garder ou non afin d'observer les différences de comportement de l'enfant lorsqu'il est avec sa mère ou avec une gardienne - les catégories retenues dans les analyses des facteurs associés aux pratiques alimentaires sont : 1) l'enfant ne se fait pas garder ou se fait garder chez lui, 2) l'enfant fréquente la garderie, 3) l'enfant se fait garder au domicile de quelqu'un d'autre.

1. Précisons ici que les enfants les plus jeunes étaient âgés de 16 mois lors de la collecte de 1999 et de 28 mois, lors de celle de 2000.

Le mode de garde est associé au SSE et, plus précisément, au statut d'emploi de la mère. Comparativement aux autres, les enfants dont la mère travaille à temps plein se font garder en plus grande proportion chez quelqu'un d'autre, qu'ils soient âgés de 1 ½ an ou de 2 ½ ans. De même, les enfants qui fréquentent la garderie sont issus de familles plus avantagées sur le plan socioéconomique alors que ceux qui ne se font pas garder en raison du travail ou des études des parents sont relativement plus nombreux dans les milieux défavorisés sur le plan socioéconomique (données non présentées). Il sera donc important de garder ces relations en mémoire lors de l'analyse des données.

Les résultats présentés sont représentatifs de la situation des enfants nés au Québec en 1997-1998 et qui, vers l'âge de 29 mois, n'avaient pas quitté la province de façon définitive. Des tests du khi-carré ont été utilisés pour étudier l'association entre deux indicateurs. Lorsque deux indicateurs se révélaient être associés, soit statistiquement significatifs au seuil de 0,05, des analyses subséquentes ont été effectuées afin de noter des différences entre les niveaux des indicateurs. Seules les différences qui se sont avérées statistiquement significatives sont rapportées dans le texte. Des comparaisons de moyennes ont également été faites à l'aide d'analyses de variance (ANOVA) suivies de comparaisons multiples. Le seuil de signification a également été fixé à 5 % .

4. Résultats

4.1 L'alimentation du nourrisson : un survol

Les recommandations en matière d'allaitement émises dans le document *L'allaitement maternel au Québec, lignes directrices* visent l'allaitement exclusif des enfants, sans autre nourriture ou breuvage complémentaire (ni eau, ni biberon) pendant les six premiers mois de vie de l'enfant (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001). Il est aussi recommandé de poursuivre l'allaitement, en complément aux aliments solides, jusqu'à ce que l'enfant ait atteint au moins l'âge de 1 an, et aussi longtemps que l'enfant et la mère le désirent par la suite.

De plus, les recommandations visent l'introduction du lait de vache entre 9 mois et 12 mois (Société canadienne de pédiatrie et autres, 1998). Il est aussi conseillé d'introduire les aliments complémentaires (purées et jus) entre 4 mois et 6 mois et les aliments en morceaux vers l'âge de 1 an. Pour leur part, les céréales pour bébés devraient être consommées pour leur contenu en fer jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 2 ans (Doré et Le Hénaff, 1997). À partir de 1 an, l'enfant est suffisamment développé pour se voir offrir les mêmes aliments que les autres membres de la famille.

Les données recueillies au deuxième volet de l'ÉLDEQ (1999) permettent de compléter l'information se rapportant à l'alimentation de l'enfant déjà recueillie lorsque celui-ci était âgé d'environ 5 mois². Elles couvrent la période de 5 mois à 17 mois. Les aspects abordés lors de cette deuxième collecte sont, entre autres, la durée totale de l'allaitement, l'âge auquel l'enfant a cessé de boire des préparations commerciales et l'âge auquel il a commencé à boire du lait de vache ou à manger des aliments en morceaux. Les données recueillies permettent

2. Par exemple, lors du premier volet de collecte, les mères des nourrissons de 5 mois avaient indiqué si elles allaitaient ou avaient déjà allaité leur enfant; si elles avaient cessé de le faire, elles en avaient donné la durée. Un an plus tard, les mères ont été invitées de nouveau à préciser l'âge de l'enfant lors de l'arrêt de l'allaitement. Cette façon de faire a permis de diminuer les biais de rappel liés à la mémoire pour les mères qui avaient cessé d'allaiter dans les premières semaines ou dans les premiers mois de vie de l'enfant.

également de connaître la proportion d'enfants qui mangent des céréales pour bébés et qui prennent encore le biberon vers l'âge de 17 mois ou, dans la négative, l'âge où l'arrêt du biberon a eu lieu.

4.1.1 La durée totale de l'allaitement

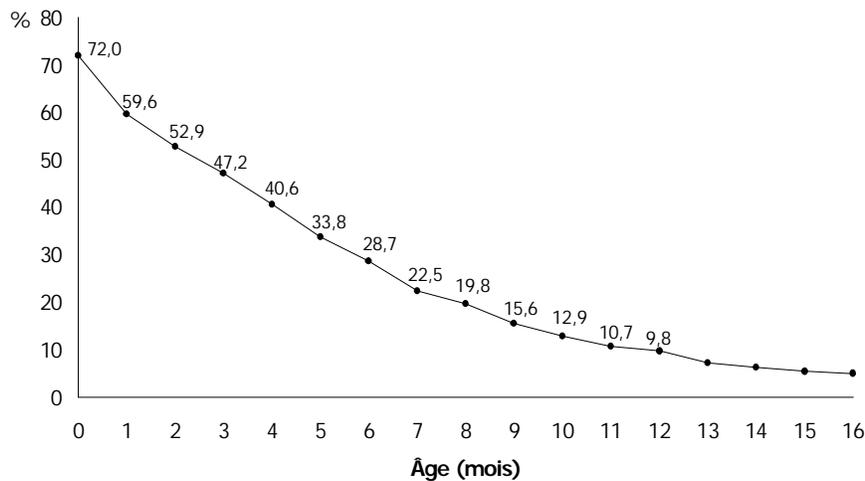
La figure 4.1 présente la prévalence de l'allaitement total de la naissance à 16 mois soit l'âge des plus jeunes enfants lors de la deuxième collecte de données (volet 1999). Ce type d'allaitement regroupe l'ensemble des enfants allaités, qu'il s'agisse d'allaitement exclusif, d'allaitement mixte (en alternant avec des préparations commerciales pour nourrissons) ou d'allaitement complété par des aliments solides ou d'autres liquides (eau, jus, lait de vache, etc.). Comme on peut le voir, la proportion d'enfants allaités diminue rapidement dans les premiers mois de vie. Ainsi, alors que 72 % des enfants québécois visés par l'étude ont été allaités à la naissance, cette proportion n'est plus que de 60 % à l'âge de 1 mois et de 47 % à l'âge de 3 mois. À l'âge de 6 mois, environ 3 enfants sur 10 (29 %) étaient encore allaités, et pour la majorité de façon non exclusive³. Finalement, 16 % des enfants étaient encore allaités à 9 mois et seulement le dixième (10 %) à 12 mois. Ainsi, très peu d'enfants sont allaités selon les recommandations de santé publique lesquelles visent, on le rappelle, l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois.

Pour l'ensemble des enfants, la durée moyenne d'allaitement est de 3,9 mois⁴. Cette durée varie selon le statut socioéconomique de la famille dans laquelle a vécu l'enfant entre l'âge de 5 mois et l'âge d'environ 1 ½ an, passant de 2,8 mois pour les enfants des familles les plus défavorisées à 5,0 mois pour ceux des familles les plus favorisées (tableau 4.1).

3. Rappelons que le premier rapport de l'ÉLDEQ indiquait qu'à l'âge de 4 mois, seulement 6 % des enfants étaient allaités de façon exclusive. On peut donc supposer que cette proportion est encore plus basse à 6 mois.

4. Cette durée est sous-estimée puisqu'on a considéré que les enfants toujours allaités au moment du deuxième volet, alors qu'ils étaient âgés d'environ 17 mois, avaient cessé de l'être à 16 mois (voir la note 1 du tableau 4.1). En effet, pour ces enfants on ne connaît pas la durée d'allaitement. À noter que pour les enfants n'étant plus allaités vers l'âge de 17 mois, la durée moyenne d'allaitement se situe à 3,3 mois.

Figure 4.1

Prévalence de l'allaitement selon l'âge de l'enfant, Québec, 1998 et 1999

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Tableau 4.1

Durée moyenne d'allaitement, âge moyen à l'introduction des aliments complémentaires et à l'introduction du lait de vache selon le statut socioéconomique de la famille, Québec, 1998 et 1999

	Durée moyenne d'allaitement (en mois) ¹	Âge moyen d'introduction des aliments complémentaires (en semaines) ²	Âge moyen d'introduction du lait de vache (en mois) ³
	Moyenne		
Quintile 1 (défavorisé)	2,82	11,69	8,15
Quintile 2	3,52	11,54	8,31
Quintile 3	3,59	12,68	8,99
Quintile 4	4,42	13,73	9,77
Quintile 5 (favorisé)	5,04	15,16	10,59
Total	3,87	12,94	9,15

1. Durée moyenne d'allaitement entre la naissance et l'âge de 16 mois, soit l'âge des enfants les plus jeunes du deuxième volet de l'ÉLDEQ. La durée moyenne est sous-estimée étant donné qu'environ 7 % des enfants allaités ont continué de l'être après cet âge.

2. Âge moyen d'introduction des aliments complémentaires chez les enfants qui consommaient déjà ces aliments vers l'âge de 5 mois; 124 enfants ont été exclus car ils n'avaient pas encore commencé à manger ces aliments à cet âge.

3. Âge moyen d'introduction du lait de vache chez les enfants qui avaient commencé à en prendre à l'âge d'environ 1 ½ an; 42 enfants ont été exclus car ils n'avaient pas commencé à en prendre à cet âge.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

4.1.2 D'autres aspects de l'alimentation du nourrisson

Environ neuf enfants sur dix (90 %) ont consommé des préparations commerciales, soit comme principal mode d'alimentation ou complément ou substitut du lait maternel, à un moment ou l'autre depuis leur naissance (données non présentées). Les données présentées au tableau 4.2 montrent qu'entre la naissance et l'âge de 4 mois, la proportion d'enfants recevant des préparations commerciales passe de 33 % à 77 %. Les préparations commerciales sont généralement remplacées par le lait de vache, lequel

apparaît dans l'alimentation d'environ un nourrisson sur quatre (23 %) vers l'âge de 6 mois. À 9 mois, près de la moitié (52 %) des enfants en boivent déjà et cette proportion grimpe à 92 % à l'âge de 12 mois. Vers l'âge de 1 ½ an, la quasi-totalité (98 %) des enfants avaient commencé à en consommer (données non présentées). Soulignons que près des trois quarts (72 %) des enfants âgés d'environ 1 ½ an prennent le biberon alors que 4,2 % ne l'ont jamais pris. Parmi ceux qui ont arrêté de le prendre à 1 ½ an (24 %), environ le tiers (7 %) avaient cessé de le faire avant d'atteindre l'âge de 12 mois (données non présentées).

Tableau 4.2

Proportion d'enfants consommant des préparations commerciales, du lait de vache, des aliments complémentaires (purée et jus) et des aliments en morceaux à différents âges au cours de la première année de vie, Québec, 1998 et 1999

	Naissance	3 mois	4 mois	6 mois	9 mois	12 mois
	%					
Préparations commerciales	33,4	70,8	76,5	..	..	..
Lait de vache	-	2,3 *	6,0	23,2	52,3	92,1
Aliments complémentaires (purée et jus)	-	50,1	85,8	..	..	..
Aliments en morceaux	-	0,3 **	1,0 **	11,2	51,0	93,0

.. : Les questions qui ont permis de construire cet indicateur n'ont été posées qu'au premier volet de collecte lorsque les enfants étaient âgés d'environ 5 mois; les données ne sont donc pas disponibles pour les autres âges.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

L'âge moyen au moment de l'introduction du lait de vache pour les enfants qui avaient commencé à en prendre vers l'âge de 1 ½ ans est de 9,2 mois. Cet âge varie en fonction du statut socioéconomique, passant de 8,2 mois dans les milieux les plus défavorisés à 10,6 mois dans les milieux les plus favorisés (tableau 4.1).

Les données de l'enquête révèlent aussi que les nourrissons sont initiés très tôt aux aliments complémentaires, qui incluent les premiers aliments donnés sous forme de purée ainsi que les jus, suivis des aliments en morceaux (tableau 4.2). La moitié des enfants (50 %) avaient déjà mangé des aliments complémentaires (en purée ou des jus) à l'âge de 3 mois et la grande majorité (86 %), à l'âge de 4 mois. Quant à la consommation d'aliments en morceaux, elle prend de l'importance surtout à partir de l'âge de 6 mois pour atteindre un plafond à 12 mois. Ainsi, la proportion d'enfants ayant commencé à en manger passe de 11 % à 6 mois, à 51 % à 9 mois et à 93 % à 12 mois. Pour ce qui est des céréales pour bébés, 22 % des enfants en consomment encore vers l'âge de 1 ½ an alors qu'environ le tiers (36 %) avaient arrêté d'en prendre avant l'âge de 1 an, malgré qu'il soit recommandé d'en manger jusqu'à l'âge de 2 ans (données non présentées).

L'âge moyen à l'introduction des aliments complémentaires (en purée ou des jus), pour les enfants qui avaient commencé à en prendre vers l'âge de 5 mois se situe à 13 semaines. L'introduction de ce type d'aliment est plus tardive chez les enfants issus des familles plus favorisées (entre 12,7 et 15,2 semaines pour les quintiles 3-4-5) que chez les

autres (entre 11,5 et 11,7 semaines pour les quintiles 1-2) (tableau 4.1).

4.1.3 Les résultats de l'ÉLDEQ et les recommandations en matière d'alimentation du nourrisson

Les résultats présentés révèlent que la majorité des enfants ne sont pas alimentés selon les recommandations en vigueur au Québec. En effet, la proportion d'enfants allaités, à différents âges, de façon exclusive ou non, se situe bien en deçà des recommandations. Parallèlement, on observe que près du quart des enfants consomment du lait de vache à l'âge de 6 mois, soit bien avant l'âge recommandé de 9 mois. De même, bien qu'il soit suggéré d'introduire les aliments complémentaires vers l'âge de 6 mois, la majorité des enfants en ont déjà consommé vers l'âge de 4 mois. En ce qui concerne les céréales pour bébés, environ le tiers des enfants n'en consommaient déjà plus à l'âge de 1 an alors qu'ils auraient dû en consommer jusqu'à l'âge de 2 ans. Enfin, bien que les préparations commerciales devraient être données dans des cas rares où l'allaitement n'est pas possible, la majorité des enfants âgés d'environ 1 ½ an en avaient consommé à un moment ou l'autre depuis leur naissance (tableau 4.3).

Tableau 4.3

Comparaison de certaines recommandations et objectifs en matière d'alimentation du nourrisson avec les données de l'ÉLDEQ, Québec, 1998 et 1999

Recommandations et objectifs au Québec	Données de l'ÉLDEQ
Allaitement à la naissance	
Objectifs du MSSS, d'ici 2007 (MSSS, 2001) :	
Allaitement à la sortie des services de maternité :	Allaitement à la naissance :
85 % mixte; 75 % exclusif	72 % mixte; 66 % exclusif
Allaitement exclusif les 6 premiers mois	
Objectifs du MSSS, d'ici 2007 :	
Allaitement au 2 ^e mois : mixte 70 %; exclusif 40 %	
Allaitement au 4 ^e mois : mixte 60 %; exclusif 30 %	Allaitement exclusif à 4 mois : 6 %
Allaitement au 6 ^e mois : mixte 50 %; exclusif 10 %	Allaitement mixte à 6 mois : 29 %
Allaitement jusqu'à 1 an	
Objectifs du MSSS, d'ici 2007 :	
Allaitement à 1 an : 20 %	Allaitement à 1 an : 10 %
Introduire le lait de vache entre 9 et 12 mois	
	Boivent du lait de vache à 6 mois : 23 %
	Boivent du lait de vache à 9 mois : 52 %
	Boivent du lait de vache à 12 mois : 92 %
Introduire les aliments complémentaires vers 6 mois	
	Mangent des aliments complémentaires à 4 mois : 86 %
Introduire les aliments en morceaux vers la première année	
	Mangent des aliments en morceaux à 6 mois : 11 %
	Mangent des aliments en morceaux à 9 mois : 51 %
	Mangent des aliments en morceaux à 12 mois : 93 %
Prendre des céréales pour bébés et nourrissons jusqu'à 2 ans	
	Mangent des céréales pour bébés mais arrêtent avant l'âge de 1 an : 36 %
	Mangent des céréales pour bébés vers l'âge de 17 mois : 22 %
Préparations commerciales pour nourrissons : ne devraient être consommées qu'exceptionnellement, si le bébé ne peut être allaité	
	Préparations commerciales à la naissance : 33 %
	Préparations commerciales à 4 mois : 77 %
	Préparations commerciales entre 0 et 17 mois : 90 %

Sources : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*; Dubois et autres (2000); MSSS (2001).

4.2 Quelques habitudes et comportements reliés à l'alimentation

Certains facteurs peuvent influencer l'alimentation des enfants, de sorte que les parents n'ont pas toujours le contrôle complet sur ce que mange l'enfant. Dans ce contexte, des questions sur la fréquence des repas consommés hors du foyer ont été posées à la mère alors que les enfants étaient âgés d'environ 2 ½ ans.

Les parents doivent aussi composer avec un second facteur qui influence la consommation alimentaire des jeunes enfants, soit le comportement de l'enfant face

à la nourriture ou lors des repas. Ces aspects ont été abordés aux volets 1999 et 2000 de l'ÉLDEQ alors que les enfants étaient âgés d'environ 1 ½ an et 2 ½ ans. C'est à partir de cette information qu'il est possible de dégager des modèles généraux de comportements à ces deux âges, puis d'étudier les changements dans ces comportements, d'un âge à l'autre, pour le même enfant.

4.2.1 La fréquence de consommation des repas hors foyer vers l'âge de 2 ½ ans

Le nombre de repas consommés hors foyer est comptabilisé à partir du nombre de déjeuners, de dîners et de soupers que l'enfant a pris soit au restaurant, à la garderie, chez la gardienne, chez les grands-parents ou dans tout autre endroit situé à l'extérieur de la maison, et ce, au cours de la semaine précédant l'enquête. Cette information a été recueillie uniquement au troisième volet de l'ÉLDEQ.

À 2 ½ ans, seulement un enfant sur cinq (20 %) consomme tous ses repas de la semaine à la maison (données non présentées). Les résultats présentés au

tableau 4.4 montrent que près des trois quarts (72 %) des enfants de cet âge déjeunent toujours à la maison, 29 % y prennent tous leurs dîners et 65 % tous leurs soupers. On constate également qu'au cours des sept jours ayant précédé l'enquête, près du quart (28 %) des enfants ont pris cinq dîners hors du foyer.

Parmi les enfants âgés d'environ 29 mois, un peu plus de quatre sur dix (42 %) consomment deux repas ou moins par semaine à l'extérieur du foyer, près du tiers (30 %) en prennent de trois à cinq et plus du quart (28 %) en prennent six ou plus (figure 4.2).

Tableau 4.4

Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon le nombre et le type de repas consommés hors du foyer (au cours des 7 jours précédant l'enquête), Québec, 2000

	Aucun	Nombre de repas							Total
		1	2	3	4	5	6	7	
					%				
Déjeuner	72,3	7,7	4,8	3,8	2,2*	7,3	0,5**	1,4*	100,0
Dîner	29,0	11,5	11,1	9,3	7,1	27,6	2,4*	2,0*	100,0
Souper	64,5	17,6	8,3	4,4	1,4*	2,3*	0,3**	1,3*	100,0

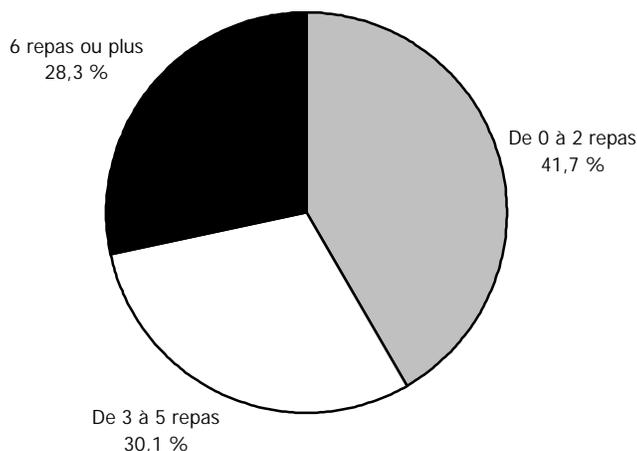
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

Figure 4.2

Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon le nombre de repas consommés hors du foyer au cours des 7 jours précédant l'enquête, Québec, 2000



Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

À cet âge, la plupart des repas consommés à l'extérieur sont pris en milieu de garde. En effet, les enfants fréquentant la garderie ou se faisant garder au domicile de quelqu'un d'autre en raison du travail ou des études des parents mangent plus souvent des repas à l'extérieur que ceux qui se font garder à leur domicile ou ceux qui ne se font pas garder. Comme le mode de garde est fortement associé au statut socioéconomique, on ne s'étonnera guère de constater que le nombre de repas consommés à l'extérieur du foyer varie aussi en fonction du statut socioéconomique, la proportion d'enfants qui consomment au moins six repas par semaine à l'extérieur passant de 19 % chez les enfants des familles défavorisées à 34 % chez ceux des familles favorisées (tableau 4.5).

4.2.2 Certains comportements en lien avec l'alimentation vers l'âge de 1 ½ an et 2 ½ ans

Lors des volets 1999 et 2000, la mère devait indiquer la fréquence de certains comportements de l'enfant face à la nourriture ou lors des repas. Un plus grand nombre de dimensions ont été mesurées à 2 ½ ans,

ce qui a permis de dégager une typologie des comportements pour cet âge. Cette typologie permet de regrouper les enfants selon trois types de comportements alimentaires. La première catégorie inclut les enfants considérés « difficiles avec la nourriture ». Elle regroupe les enfants qui sont « souvent » difficiles avec la nourriture, qui mangent des repas « toujours » différents de ceux des parents ou qui refusent « souvent » de manger. La seconde catégorie vise les enfants qui « mangent à des heures irrégulières ». Elle comprend les enfants qui prennent « jamais », « rarement » ou « quelquefois » leurs repas à des heures régulières ou qui mangent « souvent » entre les repas. Enfin, la troisième catégorie porte sur les enfants qui « mangent trop ou trop vite ». Elle regroupe les enfants ayant, selon le parent, « quelquefois » ou « souvent » ce type de comportement. Dans tous les autres cas, l'enfant est considéré comme n'ayant pas le comportement. Soulignons que ces regroupements ne sont pas mutuellement exclusifs et que, par conséquent, un enfant peut manifester plus d'un type de comportement.

Tableau 4.5

Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon le nombre de repas consommés hors du foyer (au cours des 7 jours précédant l'enquête), le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000

	0-2 repas	3-5 repas	6 repas ou plus	Total	χ^2
	%				
Principal mode de garde					
L'enfant ne se fait pas garder ou se fait garder chez lui	73,7	16,8	9,5	100,0	p < 0,001
L'enfant fréquente la garderie	6,5 *	49,1	44,4	100,0	
L'enfant se fait garder au domicile de quelqu'un d'autre	12,0	40,1	47,9	100,0	
Statut socioéconomique					
Quintile 1 (défavorisé)	61,4	20,1	18,5	100,0	p < 0,001
Quintile 2	46,9	29,5	23,6	100,0	
Quintile 3	42,9	25,3	31,8	100,0	
Quintile 4	28,5	38,5	33,0	100,0	
Quintile 5 (favorisé)	28,4	37,2	34,4	100,0	
Total	41,7	30,1	28,3	100,0	

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Le tableau 4.6 présente les différentes dimensions du comportement de l'enfant face à la nourriture, telles que rapportées par la mère alors que les enfants étaient âgés de 1 ½ an, puis de 2 ½ ans.

Pour l'ensemble des enfants, la fréquence de certains comportements est similaire à 1 ½ an et à 2 ½ ans. Aux deux âges, environ 6 % des enfants mangent toujours ou presque toujours un repas différent de

celui des autres membres de la famille, environ un sur dix se montre souvent difficile avec la nourriture et environ 2 % des enfants mangent souvent trop. Par ailleurs, d'autres comportements varient avec l'âge. Ainsi, le pourcentage d'enfants qui ne se montrent jamais difficiles avec la nourriture et celui des enfants qui mangent souvent suffisamment diminuent entre 1 ½ an et 2 ½ ans (tableau 4.6).

Tableau 4.6

Répartition des enfants âgés d'environ 17 mois et 29 mois selon certains comportements face à la nourriture, Québec, 1999 et 2000

Comportement	Question	%	
		17 mois	29 mois
Difficile		..	15,3
	Fréquence à laquelle l'enfant mange un repas différent des autres	Toujours Presque toujours Quelquefois Presque jamais	1,0** 4,7 18,6 75,8
	Fréquence à laquelle l'enfant se montre difficile avec la nourriture	Jamais Rarement Quelquefois Souvent	42,9 20,0 28,2 8,8
	Fréquence à laquelle l'enfant refuse de manger	Jamais Rarement Quelquefois Souvent	.. .. .. 4,9
Mange à des heures irrégulières		..	12,6
	Fréquence à laquelle l'enfant mange entre les repas et n'a plus faim aux repas	Jamais Rarement Quelquefois Souvent	.. .. .. 5,7
	Fréquence à laquelle l'enfant mange à des heures régulières	Jamais Rarement Quelquefois Souvent	.. .. .. 91,7
Mange trop ou trop vite		..	23,0
	Fréquence à laquelle l'enfant mange trop	Jamais Rarement Quelquefois Souvent	73,1 11,7 12,5 2,6
	Fréquence à laquelle l'enfant mange trop vite	Jamais Rarement Quelquefois Souvent	.. .. .. 3,1
Question non incluse dans la typologie			
	Fréquence à laquelle l'enfant mange suffisamment	Jamais Rarement Quelquefois Souvent	0,2** 2,0* 9,6 88,3
			0,5** 3,6 15,2 80,6

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *ELDEQ 1998-2002*.

Quand on examine les résultats pour les mêmes enfants, on constate que les comportements sont parfois modifiés, parfois conservés. Ainsi, le tiers (32 %) des enfants qui sont quelquefois ou souvent difficiles avec la nourriture à 1 ½ an ne le sont plus à 2 ½ ans. Par contre, ce comportement se manifeste chez 39 % des enfants de 2 ½ ans qui ne l'avaient pas un an plus tôt. Parmi les enfants de 1 ½ an qui mangeaient (quelquefois ou souvent) trop selon leur mère, environ 35 % affichent encore ce comportement un an plus tard (données non présentées).

De même, près de la moitié (49 %) des enfants qui ne mangeaient pas (souvent) suffisamment à 1 ½ an ont ce même comportement à 2 ½ ans tandis qu'environ 15 % des enfants qui mangeaient suffisamment à 1 ½ an ne le font plus à 2 ½ ans (données non présentées).

De façon générale, à partir de la typologie élaborée, on estime qu'environ 15 % des enfants âgés de 2 ½ ans sont difficiles face à la nourriture, que 13 % d'entre eux mangent à des heures irrégulières et que 23 % mangent trop ou trop vite (tableau 4.6). Plus du quart (28 %) des enfants de cet âge qui mangent à des heures irrégulières se montrent aussi difficiles face à la nourriture (c. 14 % de ceux qui mangent à des heures régulières). À l'inverse, seulement le dixième des enfants qui mangent trop ou trop vite sont considérés difficiles (c. 17 % des autres) (données non présentées).

Parmi les comportements analysés, certains sont associés au mode de garde ou encore au statut socioéconomique de la famille. En effet, les enfants qui ne se font pas garder sont proportionnellement plus nombreux à être difficiles avec la nourriture que les autres enfants (18 % c. 14 %) ou à manger à des heures irrégulières (15 % c. 11 %). Enfin, ce dernier comportement tout comme celui de manger trop ou trop vite sont nettement plus souvent observés chez les enfants issus de familles défavorisées sur le plan socioéconomique (tableau 4.7). Il existe aussi une association entre le fait de ne pas manger suffisamment (c'est-à-dire manger jamais, rarement ou quelquefois suffisamment plutôt que souvent suffisamment) et le statut socioéconomique, les enfants de familles défavorisées sur le plan socioéconomique étant proportionnellement plus nombreux à connaître cette situation que les autres enfants (données non présentées).

Enfin, soulignons que la consommation des repas hors du foyer au cours d'une semaine est associée à la régularité des repas. En effet, les enfants qui prennent rarement des repas à l'extérieur (deux repas ou moins par semaine) sont proportionnellement plus nombreux (16 %) à manger à des heures irrégulières, que ceux qui en prennent de trois à cinq (8,6 %) (données non présentées). On peut dès lors penser que le fait pour un enfant de se faire garder induit une certaine routine quotidienne.

Tableau 4.7

Proportion d'enfants âgés d'environ 29 mois présentant certains comportements face à la nourriture selon le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000

	Difficile		Mange à des heures irrégulières		Mange trop ou trop vite	
	%	χ^2	%	χ^2	%	χ^2
Principal mode de garde						
L'enfant ne se fait pas garder	17,5		14,8		23,2	
L'enfant est gardé à son domicile ou à celui de quelqu'un d'autre, ou fréquente la garderie	13,7	p < 0,05	11,0	p < 0,05	22,8	Non sig.
Statut socioéconomique						
Quintile 1 (défavorisé)	16,7		19,1		30,8	
Quintile 2	16,7		17,8		20,7	
Quintile 3	17,3	Non sig.	11,0*	p < 0,001	24,0	p < 0,01
Quintile 4	13,6		9,2*		18,1	
Quintile 5 (favorisé)	12,8		6,2*		20,8	

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *ELDEQ 1998-2002*.

4.3 La fréquence de consommation de différents types d'aliments à 1 ½ an et à 2 ½ ans

Un questionnaire de fréquence alimentaire a été conçu afin d'analyser certains éléments du contenu de l'alimentation des enfants alors qu'ils sont âgés d'environ 1 ½ an et 2 ½ ans. Cette information ne vise pas à mesurer le contenu en nutriments de l'alimentation, mais à dégager les catégories d'aliments qui sont absentes de l'alimentation quotidienne de l'enfant. À ces âges, les enfants ne mangent pas nécessairement de grandes quantités de chacun des aliments mais il est important qu'ils consomment une variété d'aliments issus de chacun des principaux groupes du Guide alimentaire canadien pour manger sainement (GAC) afin de combler

l'ensemble de leurs besoins nutritionnels et de développer de saines habitudes alimentaires. Les groupes alimentaires du GAC sont les produits laitiers, les pains et céréales, les fruits et légumes et les viandes et substituts.

4.3.1 Les fréquences de consommation des divers groupes d'aliments

La figure 4.3 présente la fréquence de consommation de chacun des groupes d'aliments par les enfants alors qu'ils sont âgés d'environ 1 ½ an et 2 ½ ans selon la méthode décrite à l'encadré 1. On peut ainsi identifier la proportion des enfants qui consomment moins d'une fois par jour, une fois par jour, ou deux fois ou plus par jour chacun des groupes d'aliments retenus.

Encadré 1

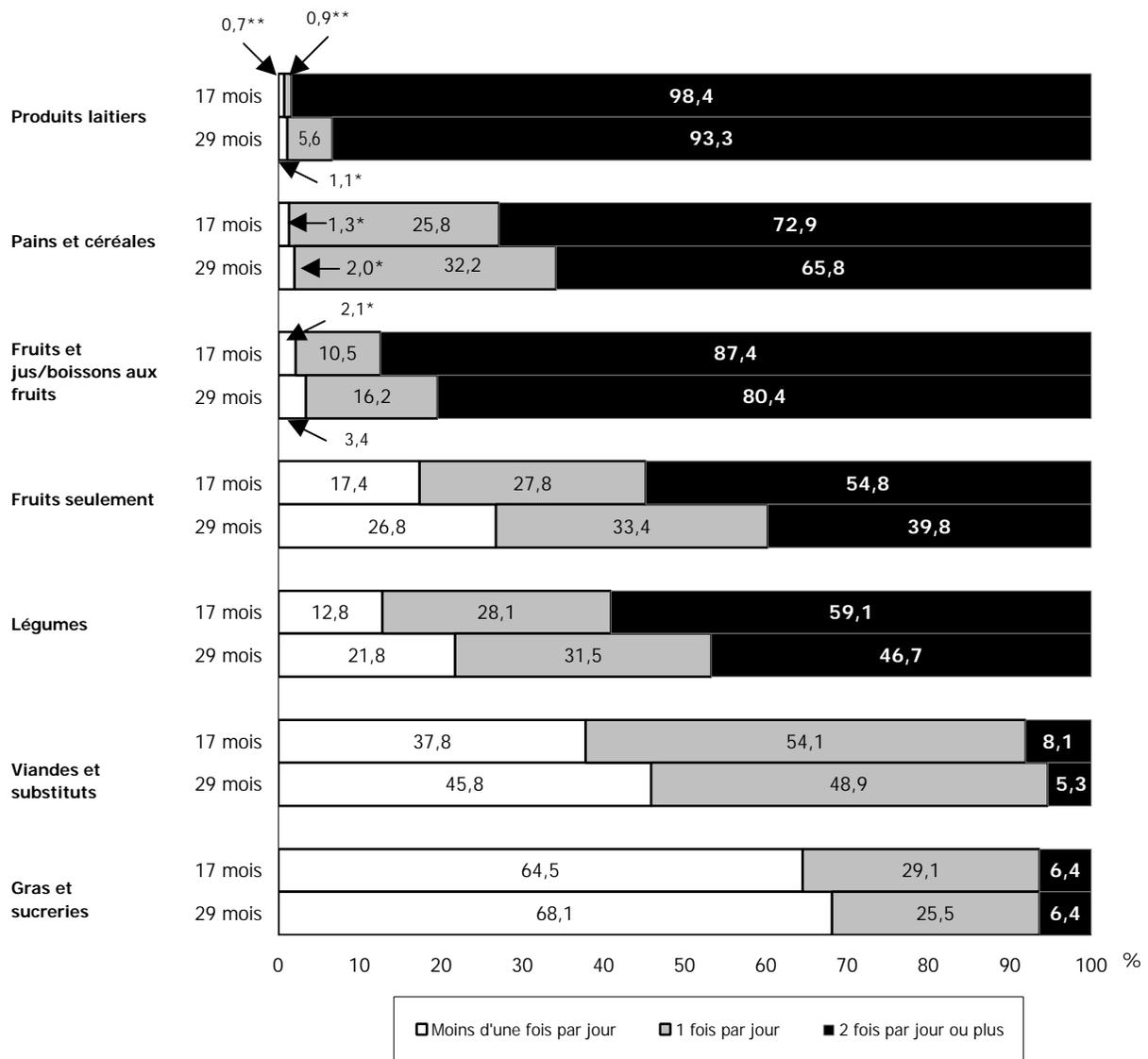
Le Questionnaire de fréquence alimentaire

Aux volets 1999 et 2000 de l'ÉLDEQ, lorsque les enfants étaient âgés d'environ 1 ½ an et 2 ½ ans, les mères ont été invitées à répondre à un questionnaire de fréquence alimentaire (inclus dans le QPRI). Ce questionnaire contenait une liste d'aliments auxquels étaient associées des fréquences de consommation quotidiennes, hebdomadaires et mensuelles. À partir des réponses obtenues, six groupes d'aliments, inspirés du GAC, ont été constitués. Les « produits laitiers » regroupent le lait, le fromage, le yogourt et les desserts au lait. Les « pains et céréales » incluent le pain, les céréales pour bébés et les céréales régulières, les pâtes alimentaires et le riz. Contrairement aux regroupements proposés dans le GAC, les fruits et légumes ont été traités séparément. Le groupe des « fruits et jus/boissons aux fruits » inclut les fruits, les jus de fruits et les boissons aux fruits. Les boissons aux fruits n'ont pu être distinguées des jus de fruits puisque, lors de la collecte des données, plusieurs parents n'étaient pas en mesure de faire la différence entre les jus de fruits et les boissons aux fruits, la confusion étant principalement due au fait que certaines boissons aux fruits sont additionnées de vitamines ou contiennent une part de jus de fruits. La consommation de fruits seulement, sans les jus/boissons aux fruits, fait toutefois l'objet d'analyses distinctes. Les « légumes » font référence aux légumes et aux pommes de terre. Les poissons, les viandes, les volailles et les légumineuses sont regroupés dans la catégorie « viandes et substituts ». Quant au groupe des « gras et sucreries », il inclut les pâtisseries, friandises, biscuits et croustilles.

Le questionnaire de fréquence ne visait pas à recueillir les quantités d'aliments consommés mais à évaluer la fréquence habituelle de consommation de différents types d'aliments, ce qui permet d'identifier les catégories d'aliments absentes de l'alimentation quotidienne de l'enfant. Étant donné que les fréquences ne sont pas additives, les réponses ont été pondérées de façon à être représentées à l'échelle d'une journée. Ainsi, « aucune » correspond à un score de 0,0, « 1 à 2 fois par semaine » à un score de 0,2, « 3 à 4 fois par semaine » à 0,5, « 5 à 6 fois par semaine » à 0,7, « 1 fois par jour » à 1,0, tandis que « 2 fois par jour » équivaut à un score de 2,0. Ces scores ont ensuite été additionnés pour chacun des groupes alimentaires identifiés, et par la suite regroupés en trois catégories, soit : « moins d'une fois par jour », « 1 fois par jour » et « deux fois ou plus par jour ». À titre d'exemple, si un enfant a consommé 1 à 2 fois par semaine du poisson, 3 à 4 fois par semaine de la viande et 5 à 6 fois par semaine du poulet, le score obtenu pour le groupe « viandes et substituts » est de 1,4 (0,2 + 0,5 + 0,7). La fréquence de consommation de ce groupe d'aliments par cet enfant sera « 1 fois par jour ».

Figure 4.3

Répartition des enfants selon la fréquence de consommation de différents groupes d'aliments vers l'âge de 17 mois et 29 mois, Québec, 1999 et 2000



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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *ELDEQ 1998-2002*.

Comme on peut le voir, quel que soit leur âge, la grande majorité des enfants consomment des produits laitiers au moins deux fois par jour, la proportion étant toutefois plus élevée à 1 ½ an (98 %) qu'à 2 ½ ans (93 %). Les enfants sont proportionnellement plus nombreux à 1 ½ an qu'à 2 ½ ans à consommer au moins deux fois par jour des pains et céréales (73 % c. 66 %) ou des fruits et jus/boissons aux fruits (87 % c. 80 %). Si l'on exclut les jus/boissons aux fruits, la consommation de fruits

diminue aussi avec l'âge puisque 55 % des enfants de 1 ½ an prennent des fruits au moins deux fois par jour tandis que seulement 40 % des enfants de 2 ½ ans font de même.

Les légumes ainsi que les viandes et substituts sont non seulement consommés moins souvent que les autres groupes d'aliments mais, encore ici, les fréquences de consommation diminuent avec l'âge. Ainsi, la proportion des enfants qui consomment peu

de légumes (moins d'une fois par jour) passe de 13 % à 1 ½ an à 22 % lorsqu'ils sont âgés de 2 ½ ans. On observe le même phénomène en ce qui concerne la consommation de viandes et substituts. Plus du tiers (38 %) des enfants de 1 ½ an en mangent moins d'une fois par jour, alors que cette proportion atteint 46 % vers l'âge de 2 ½ ans. Par contre, environ le tiers des enfants prennent des gras et sucreries au moins une fois par jour aux deux âges (35 % à 1 ½ an et 32 % à 2 ½ ans).

Il est aussi intéressant d'examiner l'évolution de la consommation de divers groupes d'aliments chez les mêmes enfants afin d'identifier les changements qui ont pu survenir entre l'âge de 1 ½ an et l'âge de 2 ½ ans. Les données du tableau 4.8 révèlent que certains enfants ont conservé les mêmes habitudes de consommation aux deux âges, alors que d'autres les ont modifiées. Par exemple, parmi les enfants qui prenaient des produits laitiers deux fois ou plus par jour vers l'âge de 1 ½ an (98 %), la majorité (92 %) ont conservé leurs habitudes de consommation un an plus tard. Par contre, en ce qui concerne les pains et céréales, la moitié seulement des enfants en consommaient au moins deux fois par jour tant à

1 ½ an qu'à 2 ½ ans tandis que 15 % en mangeaient à cette fréquence à 2 ½ ans seulement. Quant aux fruits et jus/boissons aux fruits, près des trois quarts (74 %) des enfants en prenaient deux fois ou plus par jour aux deux âges. Toutefois, 10 % des enfants ne mangeaient pas des fruits (excluant les jus/boissons aux fruits) quotidiennement ni à 1 ½ an ni à 2 ½ ans, alors que le quart (25 %) des enfants en consommaient au moins deux fois par jour à 1 ½ an seulement (tableau 4.8).

Le portrait est en partie semblable pour les légumes puisque 7 % des enfants n'en mangeaient pas quotidiennement ni à 1 ½ an ni à 2 ½ ans. Fait à souligner également, près d'un enfant sur quatre (environ 24 %) ne consommait pas des viandes et substituts quotidiennement à chacun de ces âges (tableau 4.8).

En ce qui concerne les gras et sucreries, environ un enfant sur deux en mangeait moins d'une fois par jour aux deux âges tandis que 15 % ont augmenté leur fréquence de consommation l'année suivante (tableau 4.8).

Tableau 4.8

Répartition des enfants selon l'évolution de la fréquence de consommation de différents groupes d'aliments de l'âge de 17 mois et à l'âge de 29 mois, Québec, 1999 et 2000

	Situation présente à 17 mois et à 29 mois	Situation présente à 17 mois mais absente à 29 mois	Situation absente à 17 mois mais présente à 29 mois	Situation absente à 17 mois et à 29 mois	Total
	%				
Moins d'une fois par jour					
Produits laitiers	0,2**	0,5**	0,9*	98,3	100,0
Pains et céréales	0,2**	1,2*	1,9*	96,8	100,0
Fruits et jus/boissons aux fruits	0,7*	1,4*	2,7	95,2	100,0
Fruits seulement	9,6	7,8	17,3	65,4	100,0
Légumes	6,7	6,1	15,0	72,2	100,0
Viandes et substituts	24,3	13,4	21,5	40,8	100,0
Gras et sucreries	49,5	15,0	18,6	16,9	100,0
2 fois ou plus par jour					
Produits laitiers	92,0	6,3	1,3*	0,4**	100,0
Pains et céréales	51,1	21,7	14,7	12,5	100,0
Fruits et jus/boissons aux fruits	73,5	14,0	6,9	5,6	100,0
Fruits seulement	29,7	25,1	10,1	35,1	100,0
Légumes	36,2	22,9	10,6	30,3	100,0
Viandes et substituts	1,3*	6,8	4,1	87,9	100,0
Gras et sucreries	1,0**	5,4	5,4	88,3	100,0

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *ELDEQ 1998-2002*.

En somme, les recommandations en matière d'alimentation semblent difficiles à suivre dans plusieurs cas. En effet, une proportion importante d'enfants ne consomment pas quotidiennement des fruits ou des légumes ou prennent moins de deux fois par jour des produits céréaliers. De plus, quel que soit l'âge, environ un enfant sur trois consomme des gras et sucreries tous les jours. Or, pour les jeunes enfants, la consommation quotidienne de ce groupe d'aliments n'est pas recommandée puisqu'ils donnent des calories sans fournir de nutriments essentiels à la croissance et au développement.

4.3.2 Certains facteurs associés à la consommation des divers groupes d'aliments

Des analyses ont été effectuées afin de vérifier l'existence de liens entre la fréquence de consommation des aliments de chaque groupe alimentaire, à chacun des âges, et les deux variables de contexte retenues soit le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille. Dans l'ensemble, les associations observées sont les mêmes aux deux âges. Pour cette raison, les résultats rapportés dans cette section concernent les enfants lorsqu'ils étaient âgés de 2 ½ ans.

Les produits laitiers et les pains et céréales

Comme la quasi-totalité (98 %) des enfants consomment des produits laitiers au moins deux fois

par jour, il n'y a pas lieu de vérifier la présence de relation entre les variables de contexte et cette catégorie d'aliments. En ce qui concerne les pains et céréales, aucune association n'a été observée. Ainsi, la fréquence de consommation de ce type d'aliment n'est pas associée de façon significative au mode de garde de l'enfant ou au statut socioéconomique de sa famille.

Les fruits et jus/boissons aux fruits

Comme pour les produits laitiers, une proportion importante (au moins 80 %) d'enfants consomment des fruits et jus/boissons aux fruits au moins deux fois par jour, de telle sorte qu'aucune variation n'a pu être notée en fonction des variables sociales retenues. Lorsque l'on examine la consommation de fruits seulement (excluant les jus/boissons aux fruits analysés dans la prochaine section), on observe toutefois que la proportion d'enfants qui n'en consomment pas quotidiennement est plus élevée chez les enfants qui ne se font pas garder ou qui se font garder à domicile que chez ceux qui se font garder à l'extérieur du foyer, soit en garderie ou au domicile de quelqu'un d'autre (tableau 4.9).

Tableau 4.9

Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la fréquence de consommation de fruits (excluant jus/boissons aux fruits), le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000

	Moins d'une fois par jour	1 fois par jour	2 fois ou plus par jour	Total	χ^2
	%				
Principal mode de garde					
L'enfant ne se fait pas garder ou se fait garder chez lui	30,8	31,5	37,7	100,0	p < 0,01
L'enfant fréquente la garderie	22,2	31,8	46,0	100,0	
L'enfant se fait garder au domicile de quelqu'un d'autre	23,2	36,9	39,9	100,0	
Statut socioéconomique					
Quintile 1 (défavorisé)	40,4	29,2	30,4	100,0	p < 0,001
Quintile 2	25,2	40,4	34,3	100,0	
Quintile 3	26,8	36,9	36,3	100,0	
Quintile 4	20,6	31,5	47,9	100,0	
Quintile 5 (favorisé)	21,5	27,9	50,6	100,0	
Total	26,8	33,4	39,8	100,0	

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Les données du tableau 4.9 révèlent également que, comparativement aux autres enfants du même âge, ceux vivant dans des familles défavorisées sur le plan socioéconomique (quintile 1) sont proportionnellement plus nombreux à ne pas manger de fruits à tous les jours (40 % c. entre 21 % et 27 %).

Soulignons que la consommation de fruits est aussi associée à certains comportements de l'enfant face à la nourriture. Ainsi, les enfants qui ont un comportement difficile face à la nourriture et ceux qui mangent à des heures irrégulières sont proportionnellement plus nombreux que les autres (soit 38 % c. 25 % et 35 % c. 26 %) à consommer des fruits moins d'une fois par jour (données non présentées).

Les légumes

Comme pour les fruits, la fréquence de consommation des légumes est associée au statut socioéconomique de la famille. Comme on peut le voir au tableau 4.10, la proportion d'enfants qui mangent des légumes au

moins deux fois par jour passe de 35 % chez les familles les plus défavorisées à 61 % chez les familles les plus favorisées. Par contre, les enfants qui ne se font pas garder ou qui se font garder à leur domicile ne se différencient pas significativement des autres enfants à cet égard. Un examen détaillé des données révèle toutefois que les enfants qui ne se font pas garder sont proportionnellement plus nombreux à ne pas consommer quotidiennement ce type d'aliment que les enfants qui sont gardés, peu importe les modalités de garde (25 % c. 19 %) (données non présentées).

Encore ici, la fréquence de consommation de légumes n'est pas sans lien avec certains comportements de l'enfant face à la nourriture. Ainsi, toutes proportions gardées, les enfants qui sont considérés difficiles vis-à-vis de la nourriture (40 % c. 18 %) et ceux qui mangent à des heures irrégulières (40 % c. 19 %) sont relativement plus nombreux que les autres à ne pas en prendre quotidiennement (figure 4.4).

Tableau 4.10

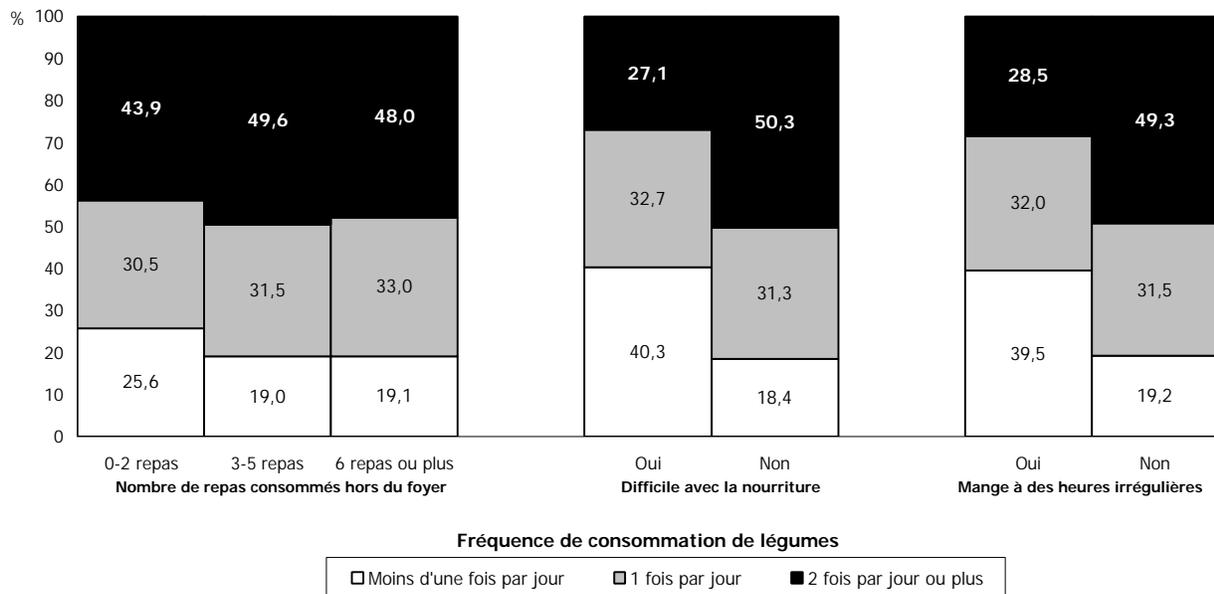
Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la fréquence de consommation de légumes, le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000

	Moins d'une fois par jour	1 fois par jour	2 fois ou plus par jour	Total	χ^2
	%				
Principal mode de garde					
L'enfant ne se fait pas garder ou se fait garder chez lui	24,0	31,5	44,5	100,0	Non sig.
L'enfant fréquente la garderie	21,8	28,1	50,1	100,0	
L'enfant se fait garder au domicile de quelqu'un d'autre	18,4	33,1	48,5	100,0	
Statut socioéconomique					
Quintile 1 (défavorisé)	33,0	31,7	35,3	100,0	p < 0,001
Quintile 2	24,6	33,1	42,3	100,0	
Quintile 3	19,7	34,8	45,5	100,0	
Quintile 4	19,4	30,7	49,9	100,0	
Quintile 5 (favorisé)	12,9	25,9	61,3	100,0	
Total	21,8	31,5	46,7	100,0	

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Figure 4.4

Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la fréquence de consommation de légumes, le nombre de repas consommés hors du foyer (au cours des 7 jours précédant l'enquête) et certains comportements face à la nourriture, Québec, 2000



Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Il semble que les enfants qui ne mangent pas de légumes quotidiennement, plus souvent issus de familles défavorisées sur le plan socioéconomique, sont aussi plus enclins à ne pas consommer de fruits ou de jus/boissons aux fruits ou encore des viandes et substituts sur une base quotidienne. Ils sont aussi proportionnellement plus nombreux à manger des pains et des céréales une fois par jour ou moins (39 % et 26 %) plutôt que deux fois ou plus par jour (19 %) (données non présentées).

Les viandes et substituts

Les enfants vivant dans des familles défavorisées sur le plan socioéconomique sont proportionnellement plus nombreux que les autres enfants à manger des viandes et substituts au moins deux fois par jour (tableau 4.11). Comme pour les légumes, aucune différence significative n'est toutefois observée selon les modalités de garde. Lorsqu'on compare les enfants qui sont gardés, tous modes de garde confondus, aux autres enfants, on note cependant qu'un pourcentage plus élevé des premiers mangent des viandes ou substituts au moins deux fois par jour (7 % c. 4 %) (données non présentées).

Soulignons qu'environ la moitié (56 %) des enfants considérés difficiles avec la nourriture mangent moins d'une fois par jour des viandes et substituts alors que cette situation concerne 44 % des autres enfants (données non présentées).

Les gras et sucreries

Les enfants qui ne se font pas garder ou qui se font garder chez eux sont proportionnellement plus nombreux que les autres enfants à consommer des gras et sucreries quotidiennement (36 % c. 25 % chez ceux qui fréquentent la garderie et 29 % chez ceux qui se font garder en milieu familial). La consommation quotidienne de ce type d'aliment est aussi plus fréquente chez les enfants de familles moins favorisées économiquement (tableau 4.12).

Enfin, comparativement aux autres enfants, ceux jugés difficiles face à la nourriture (41 % c. 30 %) ou ceux mangeant à des heures irrégulières (48 % c. 30 %) sont relativement plus nombreux à manger au moins une fois par jour ce type d'aliment (données non présentées).

Tableau 4.11

Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la fréquence de consommation de viandes et substituts, le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000

	Moins d'une fois par jour	1 fois par jour	2 fois ou plus par jour	Total	χ^2
	%				
Principal mode de garde					
L'enfant ne se fait pas garder ou se fait garder chez lui	44,7	48,7	6,6	100,0	Non sig.
L'enfant fréquente la garderie	44,8	49,4	5,7 **	100,0	
L'enfant se fait garder au domicile de quelqu'un d'autre	47,9	48,8	3,3 *	100,0	
Statut socioéconomique					
Quintile 1 (défavorisé)	50,3	40,4	9,3 *	100,0	p < 0,01
Quintile 2	43,8	49,8	6,4 *	100,0	
Quintile 3	46,0	49,3	4,6 **	100,0	
Quintile 4	45,8	50,5	3,7 **	100,0	
Quintile 5 (favorisé)	42,9	54,6	2,5 **	100,0	
Total	45,8	48,9	5,3	100,0	

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Tableau 4.12

Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la fréquence de consommation de gras et de sucres, le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000

	Moins d'une fois par jour	1 fois ou plus par jour	Total	χ^2
	%			
Principal mode de garde				
L'enfant ne se fait pas garder ou se fait garder chez lui	64,1	35,9	100,0	p < 0,001
L'enfant fréquente la garderie	74,8	25,2	100,0	
L'enfant se fait garder au domicile de quelqu'un d'autre	70,8	29,2	100,0	
Statut socioéconomique				
Quintile 1 (défavorisé)	63,7	36,3	100,0	p < 0,001
Quintile 2	60,2	39,8	100,0	
Quintile 3	69,5	30,5	100,0	
Quintile 4	70,6	29,4	100,0	
Quintile 5 (favorisé)	76,0	24,0	100,0	
Total	68,1	31,9	100,0	

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.**4.4 La consommation de certains liquides**

Dans le cas des jeunes enfants, il est important d'analyser la consommation totale de liquide (autre que l'eau), puisqu'il est facile de consommer beaucoup de calories sous cette forme et de réduire

la consommation d'autres aliments aux repas, ce qui diminue la diversité des aliments et nutriments ingérés. Entre l'âge de 1 an et de 2 ans, les enfants doivent consommer environ 725 ml de lait entier (3,25 %) par jour, pas moins de 600 ml s'ils reçoivent d'autres produits laitiers. De même, les enfants de cet

âge devraient se voir offrir quotidiennement environ 90 ml de jus de fruits additionné de vitamine C (Doré et Le Hénaff, 1997).

Les quantités totales de liquides prises sous forme de lait (incluant le lait au chocolat) et de jus/boissons aux fruits ont été évaluées alors que les enfants étaient âgés d'environ 1 ½ an tandis que les fréquences de consommation de breuvages sucrés tels que les boissons gazeuses et les boissons aux fruits ont été documentées au moment où les enfants avaient environ 2 ½ ans. Lorsque l'enfant avait environ 17 mois, la mère devait indiquer la quantité de lait (incluant le lait au chocolat) et de jus/boissons aux fruits que l'enfant avait bu en moyenne, par jour, au cours de la semaine précédant l'enquête. En ce qui concerne les boissons gazeuses et les boissons aux fruits, la mère devait plutôt indiquer la fréquence à laquelle son enfant alors âgé d'environ 29 mois en avait consommé au cours de la semaine ayant précédé l'enquête.

4.4.1 La consommation de lait et de jus/boissons aux fruits vers l'âge de 1 ½ an

Selon les données présentées au tableau 4.13, les enfants boivent en moyenne 630 ml de lait (incluant

le lait au chocolat) et 274 ml de jus/boissons aux fruits par jour. Lorsque ces deux types de liquides sont combinés, la moyenne est de 902 ml par jour.

Comme on peut le voir aussi au tableau 4.13, les quantités moyennes de jus/boissons aux fruits et de liquides totaux consommées quotidiennement par les enfants varient selon le statut socioéconomique. Dans l'ensemble, les enfants des familles défavorisées boivent en moyenne une plus grande quantité de jus/boissons aux fruits et de liquides au total (lait/lait au chocolat et jus/boissons aux fruits) que les enfants des familles plus favorisées (tableau 4.13). Plus précisément, on observe des différences statistiquement significatives entre toutes les moyennes de consommation de jus/boissons aux fruits sauf lorsqu'on compare le quintile 2 au quintile 3 et le quintile 4 au quintile 5. En moyenne, les enfants des familles plus défavorisées consomment aussi de plus grandes quantités de liquide au total (lait/lait au chocolat et jus/boissons aux fruits) que les enfants des familles plus favorisées (tableau 4.13). On soulignera toutefois qu'aucune différence significative n'est observée entre les catégories de statut socioéconomique pour la consommation de lait.

Tableau 4.13

Consommation quotidienne moyenne de lait (incluant le lait au chocolat) et de jus et boissons aux fruits chez les enfants âgés d'environ 17 mois selon le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 1999

	Lait/lait au chocolat	Jus/boissons aux fruits	Total
	ml		
Principale mode de garde ¹			
L'enfant ne se fait pas garder ou se fait garder chez lui	627	287	912
L'enfant fréquente la garderie	626	258	885
L'enfant se fait garder au domicile de quelqu'un d'autre	635	261	893
Statut socioéconomique ²			
Quintile 1 (défavorisé)	650	351	998
Quintile 2	637	315	949
Quintile 3	632	289	919
Quintile 4	622	219	839
Quintile 5 (favorisé)	607	200	805
Total	630	274	902

1. Aucune moyenne n'est statistiquement différente des autres au seuil de signification de 5 %.

2. Certaines moyennes sont statistiquement différentes des autres au seuil de signification de 5 %, se référer au texte.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

On note que les enfants qui prennent des fruits et jus/boissons aux fruits au moins deux fois par jour boivent en moyenne moins de lait que les autres enfants (626 ml pour deux fois ou plus par jour c. 735 ml pour une fois par jour c. 646 ml pour moins d'une fois par jour) (données non présentées).

La quantité de jus/boissons aux fruits prise quotidiennement par l'enfant est aussi associée à la fréquence de consommation de certains autres groupes d'aliments. Par exemple, les enfants qui mangent des légumes une fois par jour ou moins boivent en moyenne plus de jus/boissons aux fruits que les autres. De même, comparativement aux autres enfants, ceux qui prennent des fruits moins de deux fois par jour consomment en moyenne plus de jus/boissons aux fruits. À l'inverse, on observe que la quantité moyenne de jus/boissons aux fruits consommée quotidiennement est plus élevée chez les enfants qui consomment des gras et des sucreries au moins une fois par jour que chez les autres (figure 4.5).

La consommation moyenne totale de liquide (lait/lait au chocolat et jus/boissons aux fruits) est également associée à la fréquence de consommation des fruits et des gras et sucreries; aucune différence significative n'est toutefois observée en ce qui concerne la consommation de légumes (figure 4.6).

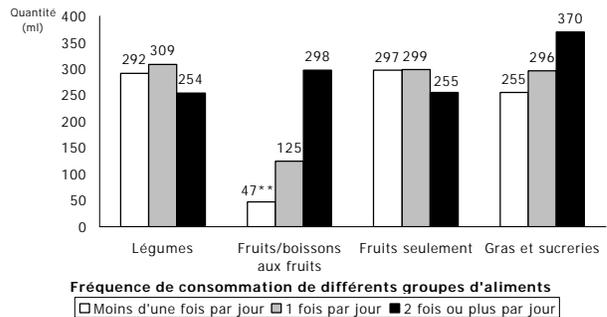
4.4.2 La fréquence de consommation de breuvages sucrés vers l'âge de 2 ½ ans

Près de 59 % des enfants âgés d'environ 2 ½ ans n'ont pas consommé de boissons gazeuses ou de boissons aux fruits au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, 22 % en ont consommé une à trois fois durant la semaine, 5,5 % quatre à six fois et 14 % à tous les jours⁵ (données non présentées).

Les enfants qui boivent quotidiennement des boissons gazeuses ou d'autres types de boissons sucrées ont été comparés à ceux qui en consomment moins fréquemment. On observe ainsi que la proportion d'enfants qui en boivent à tous les jours est plus élevée chez les enfants qui ne se font pas garder ou qui sont gardés à domicile (17 %) que chez les autres enfants. La proportion d'enfants qui consomment des

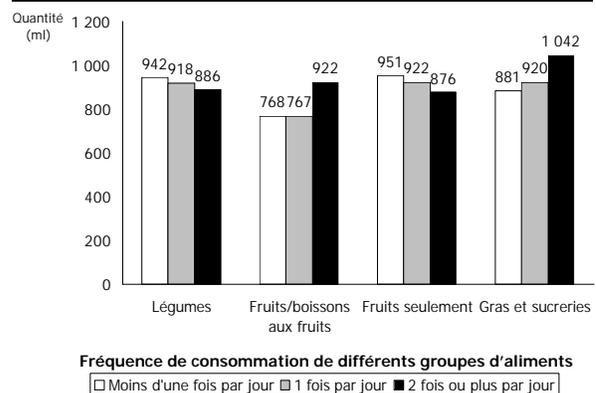
boissons gazeuses ou des boissons aux fruits quotidiennement est aussi plus élevée chez les enfants des familles les plus défavorisées (22 % pour le quintile 1 c. entre 5 % et 12 % pour les quintiles 3, 4 ou 5) (tableau 4.14).

Figure 4.5
Consommation quotidienne moyenne de jus/boissons aux fruits chez les enfants âgés d'environ 17 mois selon leur fréquence de consommation de différents groupes d'aliments, Québec, 1999



** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

Figure 4.6
Consommation quotidienne moyenne de lait/lait au chocolat et de jus/boissons aux fruits chez les enfants âgés d'environ 17 mois selon leur fréquence de consommation de différents groupes d'aliments, Québec, 1999



Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

5. On a ici regroupé les enfants qui consomment des boissons gazeuses ou des boissons aux fruits « 1 fois par jour », « 2 fois par jour », « 3 fois par jour » et « 4 fois par jour ou plus ».

Tableau 4.14

Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la fréquence de consommation de boissons gazeuses et de boissons aux fruits, le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000

	Moins d'une fois par jour	1 fois ou plus par jour	Total	χ^2
	%			
Principal mode de garde				
L'enfant ne se fait pas garder ou se fait garder chez lui	83,1	16,9	100,0	
L'enfant fréquente la garderie	92,0	8,0 *	100,0	p < 0,001
L'enfant se fait garder au domicile de quelqu'un d'autre	88,4	11,6	100,0	
Statut socioéconomique				
Quintile 1 (défavorisé)	78,5	21,5	100,0	
Quintile 2	82,2	17,8	100,0	
Quintile 3	87,8	12,2	100,0	p < 0,001
Quintile 4	88,6	11,4 *	100,0	
Quintile 5 (favorisé)	94,8	5,2 *	100,0	
Total	86,4	13,7	100,0	

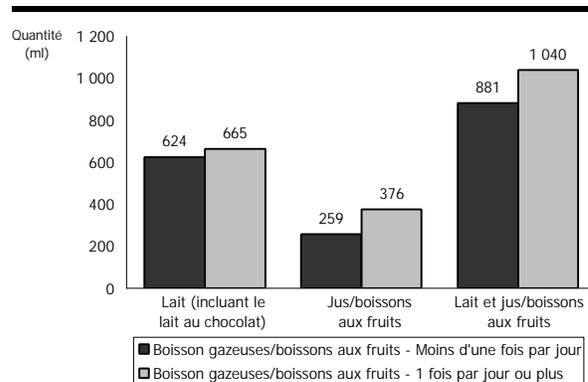
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *ELDEQ 1998-2002*.

À cet âge, les enfants mangeant à des heures irrégulières sont aussi proportionnellement plus nombreux que les autres à prendre quotidiennement des breuvages sucrés (20 % c. 13 %) (données non présentées).

Comme pour la consommation d'autres liquides, la consommation quotidienne de breuvages sucrés est étroitement liée au reste de l'alimentation. En effet, les enfants qui prennent quotidiennement des boissons gazeuses et/ou des boissons aux fruits sont proportionnellement plus nombreux à consommer moins d'une fois par jour des fruits (sans jus/boissons) (36 % c. 25 %) ou du lait et des produits laitiers (3 % c. 1 %), et à prendre moins de deux fois par jour des légumes (63 % c. 52 %). Ils sont toutefois relativement plus nombreux à manger au moins deux fois par jour des viandes et substituts (9 % c. 5 %) et des gras et sucreries (15 % c. 5 %) (données non présentées).

Finalement, les enfants qui consommaient quotidiennement des breuvages sucrés vers l'âge de 2 ½ ans buvaient en moyenne une plus grande quantité totale de liquide (lait et de jus/boissons aux fruits combinés) ou de jus/boissons aux fruits un an plus tôt (figure 4.7).

Figure 4.7
Consommation quotidienne moyenne de différents breuvages chez les enfants âgés d'environ 17 mois selon leur fréquence de consommation de boissons gazeuses/boissons aux fruits vers l'âge de 29 mois, Québec, 1999 et 2000



Source : Institut de la statistique du Québec, *ELDEQ 1998-2002*.

4.5 L'influence de l'insécurité alimentaire vécue avant l'âge d'environ 1 ½ an sur l'alimentation des enfants

Les résultats des analyses présentées dans les sections précédentes indiquent que l'alimentation des enfants est étroitement liée au statut socioéconomique des familles. Qu'en est-il plus précisément des liens entre l'insécurité alimentaire engendrée par la pauvreté et l'alimentation des tout-

petits? Pour apporter des éléments de réponse à cette question, les enfants vivant dans une famille ayant déjà vécu en situation d'insécurité alimentaire entre leur naissance et l'âge d'environ 1 ½ an ont été comparés aux autres en fonction de plusieurs caractéristiques. Ces analyses devraient permettre de dégager certains facteurs associés à l'insécurité alimentaire familiale et de mieux comprendre l'influence que peut avoir une telle situation sur l'alimentation des jeunes enfants.

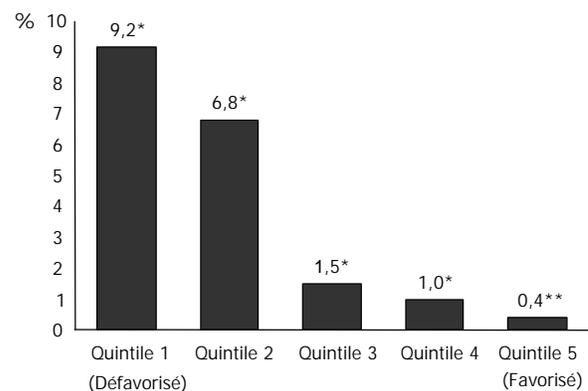
Selon les données de l'ÉLDEQ, 3,8 % des enfants âgés d'environ 1 ½ an vivent dans une famille à qui il est déjà arrivé de ne pas avoir suffisamment de nourriture depuis leur naissance en raison d'un manque d'argent. Parmi ces familles, environ 16 % affirment avoir manqué de nourriture régulièrement ou à chaque mois, 7 % plus d'une fois par mois, 13 % certains mois seulement et 63 % occasionnellement (données non présentées)⁶. Lorsque cette situation survient, les familles adoptent différentes stratégies : 51 % des mères disent que la famille doit manger la même nourriture plusieurs jours de suite, 27 % déclarent que les adultes sautent des repas ou mangent moins et 2,5 % indiquent que les enfants autres que l'enfant cible sautent des repas ou mangent moins. Au chapitre de la demande d'aide, environ 39 % des familles indiquent qu'elles demandent de l'aide à des personnes apparentées, 12 % à des amis, et 8 % à leur CLSC. De plus, environ 20 % de ces familles fréquentent les banques d'aide alimentaire pour combler le manque de nourriture (données non présentées).

L'insécurité alimentaire est étroitement associée à la situation en emploi des parents et à la pauvreté que celle-ci peut engendrer. Comme on peut le voir à la figure 4.8, comparativement aux autres enfants âgés d'environ 1 ½ an, ceux ayant vécu en situation d'insécurité alimentaire sont proportionnellement plus nombreux à être issus d'une famille défavorisée sur le plan socioéconomique. Les enfants dont la mère est immigrante, relativement plus jeune (20 ans ou

moins) ainsi que ceux de rang 3 ou plus, souvent surreprésentés dans les milieux économiquement défavorisés, sont aussi relativement plus nombreux à avoir vécu une telle situation depuis leur naissance (données non présentées).

En comparaison des autres, les enfants ayant déjà été exposés à une situation d'insécurité alimentaire ont cessé de consommer des préparations commerciales plus jeunes (62 % c. 41 % avant l'âge de 9 mois) et ils ont reçu du lait de vache plus tôt (50 % c. 35 % avant l'âge de 9 mois). Ils sont aussi proportionnellement plus nombreux que les autres à avoir commencé à manger des aliments complémentaires (purées et jus) (75 % c. 61 %) de façon hâtive (avant l'âge de 4 mois) (données non présentées).

Figure 4.8
Proportion d'enfants âgés d'environ 17 mois vivant dans une famille ayant déjà souffert d'insécurité alimentaire depuis leur naissance selon le statut socioéconomique de la famille, Québec, 1999



p < 0,001.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

Par ailleurs, ces enfants sont relativement plus nombreux que les autres à ne pas consommer de fruits (excluant les jus/boissons) à tous les jours vers l'âge de 1 ½ an (34 % c. 16 % des enfants n'ayant jamais souffert d'insécurité alimentaire) ou vers l'âge de 2 ½ ans (données non présentées). De plus, 40 % d'entre eux étaient perçus par leur mère comme mangeant souvent trop ou trop vite vers l'âge de 2 ½ ans alors que ce comportement a été

6. Afin d'évaluer le pourcentage d'enfants d'environ 1 ½ an ayant déjà vécu une situation d'insécurité alimentaire, on a demandé à la mère s'il était déjà arrivé qu'elle ou un membre de la famille ne mange pas suffisamment à cause d'un manque de nourriture ou d'argent pour en acheter, et ce, depuis la naissance de l'enfant. La prévalence de l'insécurité alimentaire étant faible à cet âge, les associations jugées statistiquement significatives sur la base du test du khi-carré ne doivent être prises en compte qu'à titre indicatif.

rapporté chez seulement 22 % des autres enfants (données non présentées). Ce comportement pourrait être attribuable au manque de nourriture auquel ont été exposés, directement ou non, les enfants ayant vécu une situation d'insécurité alimentaire. On peut penser, par exemple, que certains de ces enfants mangent plus rapidement parce qu'ils ont davantage faim au moment du repas. Il est toutefois possible également que les enfants vivant dans des familles ayant connu l'insécurité alimentaire soient plus souvent perçus comme mangeant trop en raison des moyens limités dont disposent leurs parents pour acheter la nourriture.

4.6 L'alimentation, la santé et le développement physique des enfants

Cette section porte sur la relation entre l'alimentation et certains aspects de la santé et du développement physique de l'enfant, soit l'état de santé perçu, la fréquence des infections et de la prise d'antibiotiques, ainsi que le poids et la taille de l'enfant.

4.6.1 La relation entre l'alimentation et la perception de la santé

À chacun des volets de l'ÉLDEQ, on demande à la personne qui connaît le mieux l'enfant la perception qu'elle a de l'état de santé général de son enfant soit « excellente », « très bonne », « bonne », « passable » ou « mauvaise ».

Quel que soit leur âge, la majorité des enfants sont perçus comme étant en excellente santé. En effet, plus de six enfants sur dix (63 % à 1 ½ an et 64 % à 2 ½ ans) sont décrits comme étant en excellente santé tandis qu'un peu plus du quart (26 % à 1 ½ an et à 2 ½ ans) sont déclarés en très bonne santé. Au total, environ la moitié des enfants sont jugés en excellente santé aux deux âges, alors que près du quart (22 %) ont une santé jugée moins qu'excellente tant à 1 ½ an qu'à 2 ½ ans⁷ (données non présentées).

La santé perçue de l'enfant est associée à la consommation de certains groupes d'aliments. Par exemple, à 1 ½ an, les enfants qui consomment des

légumes au moins deux fois par jour sont proportionnellement plus nombreux que les autres enfants à avoir une santé jugée excellente (68 % c. 56 %). Par ailleurs, à cet âge, les enfants qui ont une santé jugée excellente boivent quotidiennement, en moyenne, moins de jus/boissons aux fruits que les autres enfants (261 ml c. 298 ml) (données non présentées). À 1 ½ an comme à 2 ½ ans, les enfants qui ne consomment pas de fruits quotidiennement (41 % à 1 ½ an et 40 % à 2 ½ ans) sont relativement plus nombreux que ceux qui en mangent au moins deux fois par jour (34 % à 1 ½ an et 32 % à 2 ½ ans) à avoir une santé qui n'est pas considérée excellente. De plus, la proportion d'enfants de 2 ½ ans ayant une santé jugée moins qu'excellente est plus élevée chez les enfants qui consomment des gras et sucreries au moins deux fois par jour (44 %) que chez ceux qui n'en consomment pas quotidiennement (34 %) (données non présentées).

La santé perçue est aussi associée au comportement face à la nourriture. Ainsi, les enfants ayant un comportement difficile avec la nourriture (44 %) ou qui mangent à des heures irrégulières (47 %) sont proportionnellement plus nombreux que ceux n'ayant pas ce type de comportement (34 % chacun des deux types) à avoir une santé qui n'est pas considérée excellente (données non présentées).

La santé perçue lorsque l'enfant est âgé de 2 ½ ans varie aussi en fonction de la consommation de certains aliments à 1 ½ an. En effet, les enfants qui ne consommaient pas de légumes quotidiennement à 1 ½ an (42 %) sont proportionnellement plus nombreux que ceux qui en mangeaient au moins deux fois par jour (32 %) à avoir une santé considérée moins qu'excellente à 2 ½ ans. Il en est de même chez les enfants qui n'avaient pas consommé quotidiennement des fruits et jus/boissons aux fruits à 1 ½ an (62 %) ou des fruits à 1 ½ an (42 %) (c. 35 % et 37 % respectivement, pour une consommation quotidienne). Par ailleurs, les enfants qui ont connu une situation d'insécurité alimentaire à un moment donné entre leur naissance et l'âge de 1 ½ an sont proportionnellement plus nombreux que les autres enfants à avoir une santé considérée autre qu'excellente à 2 ½ ans (49 % c. 35 %) (données non présentées).

7. On a ici regroupé les enfants dont la santé perçue est « très bonne », « bonne », « passable » et « mauvaise ».

La santé perçue à 2 ½ ans est aussi associée à la consommation de certains liquides à 1 ½ an. Ainsi, les enfants qui ont une santé considérée moins qu'excellente à 2 ½ ans buvaient quotidiennement, en moyenne, plus de lait (incluant le lait au chocolat) (652 ml) et plus de jus/boissons aux fruits (293 ml) un an plus tôt que les enfants jugés en excellente santé (618 ml et 264 ml respectivement) (données non présentées).

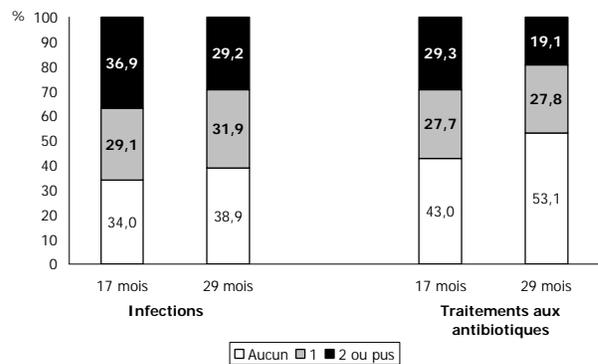
4.6.2 La relation entre l'alimentation et les infections

À 1 ½ an et à 2 ½ ans, la mère devait indiquer la fréquence à laquelle son enfant avait été victime d'une infection au cours des trois mois précédant l'enquête. Les infections visées par cette question sont les infections gastro-intestinales, les otites, les infections des voies respiratoires avec fièvre ou toute autre infection (ex. : urinaire). La mère devait aussi mentionner la fréquence à laquelle l'enfant avait eu un traitement aux antibiotiques au cours des six mois précédant l'enquête.

Malgré le fait que les enfants soient généralement perçus comme étant en excellente santé, une proportion non négligeable d'entre eux ont vécu au moins un épisode d'infection dans les trois mois et environ la moitié ont subi au moins un traitement aux antibiotiques dans les six mois ayant précédé l'enquête (tableau 4.15).

Plus précisément, plus de six enfants sur dix ont eu au moins une infection - soit une infection (29 % et 32 %) ou deux infections ou plus (37 % et 29 %) – à chacun des âges. Cela a amené un peu plus du quart des enfants (28 %) à prendre une fois des antibiotiques à chacun des âges et 29 % et 19 % respectivement, à en prendre au moins deux fois, dans les six mois ayant précédé chacune des collectes de données (figure 4.9).

Figure 4.9
Répartition des enfants âgés d'environ 17 mois et 29 mois selon la fréquence des infections (au cours des 3 mois précédant l'enquête) et des traitements aux antibiotiques (au cours des 6 mois précédant l'enquête), Québec, 1999 et 2000



Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

L'analyse des résultats portant sur les mêmes enfants révèle qu'environ 15 % des enfants avaient été victimes de deux infections ou plus (au cours des trois mois précédant l'enquête) aux deux âges, alors que près de la moitié (49 %) en avaient subi moins de deux. De plus, environ 10 % des enfants ont subi au moins deux traitements aux antibiotiques (au cours des six mois précédant l'enquête) aux deux âges alors que 61 % des enfants en ont eu moins de deux (données non présentées).

Les enfants qui fréquentent la garderie sont proportionnellement plus nombreux à avoir eu deux infections ou plus ou à avoir pris deux fois ou plus des antibiotiques que les autres enfants, et ce, aux deux âges. La différence que l'on observe, lorsque les enfants sont âgés de 1 ½ an, entre ceux qui ne se font pas garder ou qui se font garder à domicile et ceux qui se font garder au domicile de quelqu'un d'autre, s'estompe toutefois à 2 ½ ans (tableau 4.16).

On observe diverses relations entre les aspects étudiés de l'alimentation et la santé des enfants. La figure 4.10 illustre la relation entre différentes durées d'allaitement et la consommation d'antibiotiques à 2 ½ ans. Par exemple, les enfants de 2 ½ ans qui ont été allaités durant au moins trois mois sont proportionnellement moins nombreux que ceux non allaités ou allaités moins de trois mois, à avoir reçu au moins un traitement aux antibiotiques.

Tableau 4.15

Répartition des enfants âgés d'environ 17 mois et 29 mois selon la fréquence des infections (au cours des 3 mois précédant l'enquête) et des traitements aux antibiotiques (au cours des 6 mois précédant l'enquête), Québec, 1999 et 2000

	17 mois		29 mois	
	%			
Infection				
Fréquence à laquelle l'enfant a eu une infection gastro-intestinale	Aucune fois	76,3		78,6
	1 fois	20,9		19,4
	2 fois	2,1*		1,8*
	3 fois	0,5**		0,2**
	4 fois ou plus	0,2**		-
Fréquence à laquelle l'enfant a eu une infection aux oreilles (otites)	Aucune fois	68,5		80,5
	1 fois	22,6		15,3
	2 fois	5,8		3,2
	3 fois	1,3*		0,7**
	4 fois ou plus	1,8*		0,4**
Fréquence à laquelle l'enfant a eu une infection aux voies respiratoires avec fièvre	Aucune fois	57,2		58,7
	1 fois	29,4		32,1
	2 fois	9,4		6,9
	3 fois	2,4		1,5*
	4 fois ou plus	1,6*		0,8**
Fréquence à laquelle l'enfant a eu une infection autre que celles mentionnées	Aucune fois	94,9		92,4
	1 fois	4,7		7,0
	2 fois	0,2**		0,5**
	3 fois	0,1**		-
	4 fois ou plus	-		0,1**
Antibiotique				
Fréquence à laquelle l'enfant a reçu des traitements aux antibiotiques	Aucune fois	43,0		53,1
	1 fois	27,7		27,8
	2 fois	14,9		11,6
	3 fois	6,2		4,1
	4 fois ou plus	8,2		3,4

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Tableau 4.16

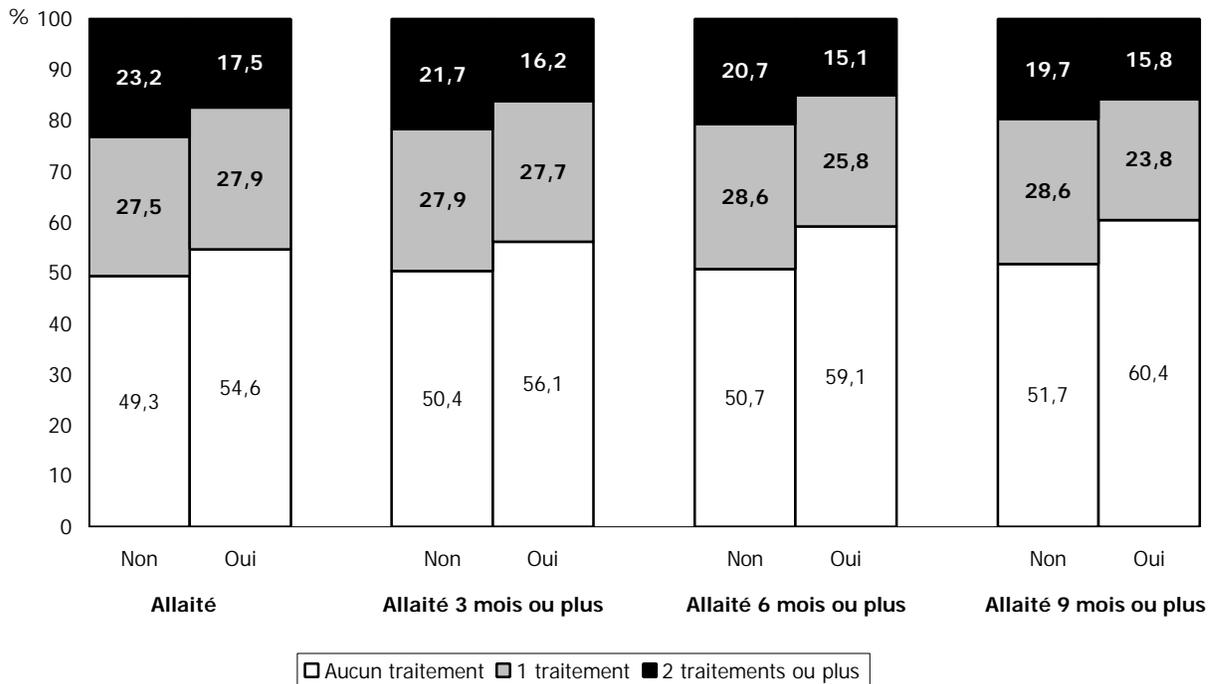
Proportion d'enfants âgés d'environ 17 mois et 29 mois ayant eu au moins 2 infections (au cours des 3 mois précédant l'enquête) ou au moins 2 traitements aux antibiotiques (au cours des 6 mois précédant l'enquête) selon le principal mode de garde et le statut socioéconomique de la famille, Québec, 1999 et 2000

	Au moins 2 infections				Au moins 2 traitements aux antibiotiques			
	17 mois		29 mois		17 mois		29 mois	
	%	χ^2	%	χ^2	%	χ^2	%	χ^2
Principal mode de garde								
L'enfant ne se fait pas garder ou se fait garder chez lui	32,3		25,6		22,7		16,0	
L'enfant fréquente la garderie	49,3	p < 0,001	38,8	p < 0,001	52,4	p < 0,001	30,7	p < 0,001
L'enfant se fait garder au domicile de quelqu'un d'autre	40,4		29,9		32,7		18,0	
Statut socioéconomique								
Quintile 1 (défavorisé)	36,1		29,2		27,1		18,5	
Quintile 2	35,3		28,7		27,7		19,4	
Quintile 3	40,4	Non sig.	28,5	Non sig.	32,3	Non sig.	20,5	Non sig.
Quintile 4	37,1		30,7		28,6		16,9	
Quintile 5 (favorisé)	35,1		28,5		29,4		19,6	

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Figure 4.10

Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la fréquence des traitements aux antibiotiques (au cours des 6 mois précédant l'enquête) et différentes durées d'allaitement, Québec, 1998, 1999 et 2000



Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

De même, les enfants qui ont consommé du lait de vache ou certains aliments solides plus tôt sont proportionnellement plus nombreux à présenter des épisodes d'infection à 1 ½ an, que ceux qui ont reçu ces produits plus tard. Cette relation s'estompe toutefois à 2 ½ ans, sauf pour ceux à qui on a introduit le lait de vache avant l'âge de 1 an, lesquels sont relativement plus nombreux que les autres à avoir subi au moins un traitement aux antibiotiques tant à 1 ½ an (59 % c. 53 %) qu'à 2 ½ ans (50 % c. 41 %) (données non présentées).

Certaines relations s'observent aussi en fonction de l'alimentation courante des enfants. Ainsi, chez les enfants âgés d'environ 1 ½ an, 41 % de ceux qui consommaient moins de deux fois par jour des pains et céréales ont eu deux épisodes d'infection à cet âge, alors que cette situation n'a été rapportée que chez 35 % des enfants qui en prenaient au moins deux fois par jour. Quant aux légumes, les enfants qui en consommaient moins souvent (moins de deux fois par jour) à 1 ½ an sont plus sujets à avoir reçu un (50 % c. 44 %) ou deux traitements

aux antibiotiques (22 % c. 16 %) à 2 ½ ans (données non présentées).

Les enfants de 1 ½ an qui boivent de plus grandes quantités de lait par jour sont plus susceptibles d'avoir des infections que ceux qui en prennent moins. Ainsi, les enfants qui ont reçu deux fois ou plus des traitements aux antibiotiques consomment en moyenne plus de lait (656 ml) par jour que les enfants qui n'en ont pas reçu (616 ml) (données non présentées).

4.6.3 La relation entre l'alimentation, le poids et la taille des enfants vers l'âge de 2 ½ ans

Le poids et la taille des enfants ont été rapportés par la mère lorsqu'ils étaient âgés de 1 ½ an et de 2 ½ ans. Compte tenu du taux de non-réponse élevé à 1 ½ an, seules les données obtenues pour les enfants de 2 ½ ans ont été analysées. Bien que le poids et la taille rapportés par la mère soient moins précis que des mesures anthropométriques prises selon un protocole standardisé, les données obtenues

permettent néanmoins de classer les enfants les uns par rapport aux autres. Ces données ont été analysées selon les courbes de croissance utilisées au Québec (Chagnon Decelles et autres, 1997). Ces courbes de croissance permettent de classer chacun des enfants par rapport à la moyenne de la population de référence des enfants du même âge et du même sexe, pour le poids (*weight-for-age*), la taille (*height-for-age*) et le poids en fonction de la taille (*weight-for-height*). Les enfants ont donc été classés selon le rang centile où ils se situaient sur les courbes de croissance. Par exemple, un enfant de 28 mois qui pèse environ 11 kg se verra attribuer un rang centile de 3. En d'autres termes, si cet enfant faisait partie de la population de référence, et si cette population de référence était classée selon le poids et l'âge, cet enfant se retrouverait au 3^e rang par rapport aux autres enfants. Les analyses du poids en fonction de la taille ont été faites chez les enfants de poids insuffisant, soit ceux se classant dans le décile inférieur (10^e percentile ou moins) dans la population de référence, et chez ceux présentant un surplus de poids, lesquels se situent dans le décile supérieur (90^e percentile ou plus) dans la population de référence. Notons qu'après avoir attribué le rang en centile du poids en fonction de la taille de l'enfant, l'indicateur présente 6,2 % de données manquantes. Les mères qui n'ont pas rapporté le poids et la taille de leur enfant âgé d'environ 2 ½ ans affichent de façon générale un statut socioéconomique plus faible. Il est donc possible que les relations médiatisées par le statut socioéconomique ne soient pas décelées lors des analyses.

Dans cette étude, 20 % des enfants présentent un surplus de poids et 7 % sont de poids insuffisant par rapport à leur âge. Quant à la taille, 12 % sont dans le 90^e centile ou plus et 9 % se situent dans le 10^e centile ou moins par rapport à leur âge. Si on considère le poids en relation avec la taille, 24 % présentent un surplus de poids⁸ et 13 % sont de poids insuffisant (données non présentées).

Toujours lorsque le poids est analysé en fonction de la taille, on constate curieusement qu'une proportion

plus élevée d'enfants qui consomment moins de gras et sucreries ont un surplus de poids. En effet, 21 % de ceux qui en consomment une fois par jour ou plus présentent un surplus de poids alors que c'est le cas de 26 % des enfants qui n'en mangent pas quotidiennement (données non présentées). On peut alors penser que ce type d'aliment n'est pas le seul en cause dans le gain de poids chez les tout-petits. Par exemple, les données de l'ÉLDEQ révèlent que les enfants qui présentent un surplus de poids à 2 ½ ans buvaient, à 1 ½ an, en moyenne, sur une base quotidienne, plus de lait (incluant le lait au chocolat) (670 ml) ou de jus/boissons aux fruits (299 ml) que les autres enfants (618 ml et 263 ml respectivement). En conséquence, la consommation totale de ces liquides à 1 ½ an est plus élevée chez les enfants qui présentent un surplus de poids à 2 ½ ans (figure 4.11). À l'inverse, les enfants ayant un poids insuffisant à 2 ½ ans buvaient en moyenne moins de lait (580 ml) que les autres enfants (638 ml) (données non présentées).

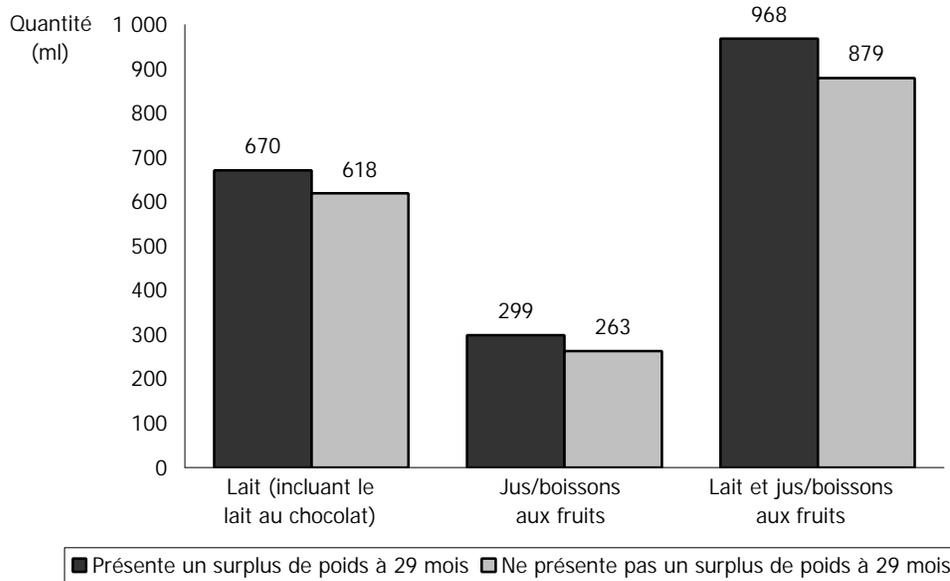
Le poids de l'enfant est aussi associé à son comportement face à la nourriture. Ainsi, les enfants qui mangent trop ou trop vite sont proportionnellement plus nombreux que les autres à avoir un surplus de poids (33 % c. 22 %) et moins nombreux à être de poids insuffisant (9 % c. 14 %) (données non présentées).

Soulignons qu'aucune relation n'a pu être observée entre l'allaitement et le poids en fonction de la taille (poids insuffisant ou surplus de poids). Il en va de même pour la consommation de boissons gazeuses et de boissons aux fruits (données non présentées). Par contre, on note un lien entre la proportion d'enfants de poids insuffisant à 2 ½ ans et le niveau socio-économique de la famille (quintile 2 c. quintile 1 et quintile 5) (figure 4.12) alors que les enfants présentant un surplus de poids se répartissent à peu près également dans tous les milieux (données non présentées).

8. Cette proportion peut sembler très élevée. Rappelons toutefois que les mesures de poids et taille ont été rapportées par le parent répondant. De plus, les courbes américaines utilisées sont basées sur une population d'enfants dont le profil (ex. : appartenance ethnique, statut socioéconomique) est différent de celui des enfants québécois.

Figure 4.11

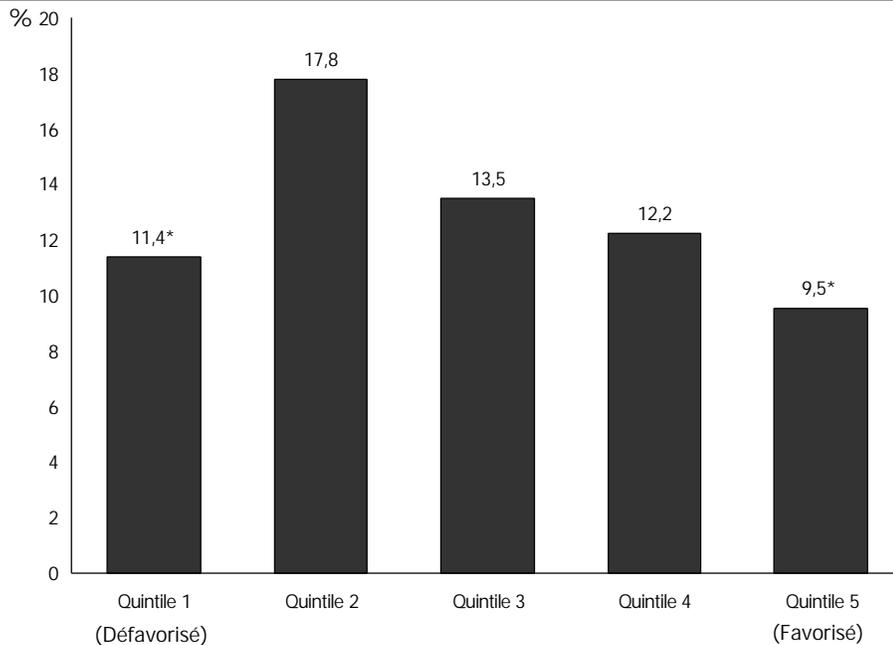
Consommation quotidienne moyenne de lait (incluant le lait au chocolat) et de jus/boissons aux fruits vers l'âge de 17 mois selon le surplus de poids chez l'enfant âgé d'environ 29 mois, Québec, 1999 et 2000



Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Figure 4.12

Proportion d'enfants âgés d'environ 29 mois ayant un poids insuffisant selon le statut socioéconomique de la famille, Québec, 2000



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
 Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

5. Discussion

La première année de vie de l'enfant est ponctuée d'apprentissages sur le plan alimentaire : apprendre à boire au sein de la mère ou au biberon, à manger une variété d'aliments en purée puis en morceaux, et vivre diverses transitions dans les types de breuvages à consommer. Les résultats de cette étude mettent en lumière la diversité des pratiques entourant l'alimentation des enfants âgés de moins de 3 ans. Plus précisément, ils illustrent clairement le fait qu'un nombre restreint d'enfants sont alimentés selon les recommandations de santé publique en matière d'alimentation du nourrisson (tableau 4.3).

Ainsi, bien que les recommandations visent l'allaitement exclusif de l'enfant, sans autre nourriture ou breuvage complémentaire (ni eau, ni biberon) pendant les 6 premiers mois de sa vie, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 1 an, moins du tiers des enfants québécois visés par l'ÉLDEQ ont été allaités, pour la plupart de façon non exclusive, jusqu'à l'âge de 6 mois, alors que le dixième des enfants l'ont été jusqu'à l'âge de 1 an.

De plus, en dépit des recommandations visant l'introduction du lait de vache à partir du 9^e mois seulement, près du quart des enfants en buvaient déjà à 6 mois. De même, la majorité (86 %) des enfants consommaient déjà des aliments en purée à l'âge de 4 mois et environ 40 % des enfants ont commencé à consommer des aliments en morceaux entre 6 et 9 mois. Ces proportions sont élevées, puisqu'il est recommandé d'introduire les purées vers l'âge de 6 mois et les aliments en morceaux vers la première année. De même, vers l'âge de 1 ½ an, environ huit enfants sur dix ne mangent plus de céréales pour bébés (plus du tiers avaient arrêté avant l'âge de 1 an) alors que celles-ci devraient être consommées pour leur contenu en fer jusqu'à ce que l'enfant ait 2 ans.

À partir de 1 an, l'enfant doit se voir offrir les mêmes aliments que les autres membres de la famille. Certains éléments font que les aliments consommés par l'enfant échappent au contrôle familial, puisque déjà à 2 ½ ans, une proportion importante d'enfants prennent une partie de leurs repas à l'extérieur du foyer. Seulement le cinquième des enfants

consomment tous leurs repas de la semaine à la maison alors que trois sur dix prennent entre trois et cinq repas à l'extérieur et une proportion semblable en prennent six ou plus. Le fait de prendre des repas à l'extérieur est associé au niveau socioéconomique de la famille et la plupart de ces repas sont consommés en milieu de garde. Or, le fait de manger à l'extérieur est associé positivement à la fréquence de consommation de certaines catégories d'aliments telles que les fruits et les légumes.

La consommation alimentaire des tout-petits est tributaire également de certains aspects du tempérament de l'enfant. Cette étude a permis de constater que les enfants qui mangent plus souvent à l'extérieur de la maison sont proportionnellement moins nombreux à être « difficiles » et à manger de façon « irrégulière ». La routine quotidienne des enfants qui fréquentent des milieux de garde peut être invoquée ici. On peut aussi penser que les enfants qui fréquentent ces milieux sont exposés à une plus grande variété d'aliments, ce qui les rend moins « difficiles » face à la nourriture. Cela est important parce que les enfants difficiles et qui mangent à tout moment de la journée, mangent aussi moins fréquemment des légumes, des fruits et des viandes et substituts et ils consomment plus souvent des gras et sucreries. Ces enfants consomment également de plus grandes quantités de jus ou boissons aux fruits dans la journée. Rappelons que le tiers des enfants qui mangent à des heures irrégulières sont aussi considérés « difficiles » face à la nourriture par leur mère. Il serait toutefois intéressant de pouvoir départager les liens entre ces différentes variables afin de vérifier si, par exemple, la consommation de certaines catégories d'aliments ou encore certains comportements face à la nourriture sont reliés aux modalités de garde même une fois pris en compte le statut socioéconomique de la famille.

Pour leur part, les enfants qui mangent souvent trop ou trop vite vers l'âge de 2 ½ ans sont relativement plus nombreux à avoir été exposés à une situation d'insécurité alimentaire avant l'âge de 1 ½ an, c'est-à-dire à vivre dans une famille à qui il est déjà arrivé de ne pas avoir suffisamment de nourriture à cause

d'un manque d'argent. On peut alors penser que ces enfants, dont certains continuent à être exposés à un manque de nourriture, ont davantage faim lorsque arrivent les repas. Le fait de suivre les enfants dans le temps permettra de déterminer si les comportements se maintiennent au fil des âges ou s'ils ne sont que passagers. De plus, il sera intéressant de comparer les comportements alimentaires et d'autres types de comportements de l'enfant, pour évaluer si l'observation du comportement alimentaire est un bon indicateur du comportement général de l'enfant, puisqu'il permet à l'enfant d'exprimer sa personnalité plusieurs fois par jour à ses parents.

L'analyse des fréquences de consommation de divers types d'aliments a permis d'observer que les pains et céréales ainsi que les produits laitiers sont consommés deux fois par jour ou plus par la majorité des enfants. La consommation de légumes est plus problématique car la proportion d'enfants qui en mangent moins d'une fois par jour augmente entre 1 ½ an et 2 ½ ans, où elle touche alors environ le cinquième des enfants. Cette observation est d'autant plus importante que l'on observe une relation négative entre la consommation de légumes et les infections. De même, plus du tiers des enfants de 1 ½ an et près de la moitié de ceux de 2 ½ ans consomment moins d'une fois par jour des viandes et substituts. Rappelons qu'environ le tiers des enfants prennent des gras et sucreries quotidiennement. Ces calories vides risquent de diminuer l'appétit pour d'autres aliments plus sains, d'autant plus que les besoins caloriques des petits enfants sont bas. La moitié des enfants consommaient ces produits tous les jours tant à 1 ½ an qu'à 2 ½ ans.

Soulignons que la consommation quotidienne de fruits et de légumes est positivement associée au statut socioéconomique alors que celle des gras et sucreries y est inversement reliée.

Dans le cas des jeunes enfants, il est aussi important d'analyser la consommation totale de liquide (autre que l'eau), puisqu'il est facile de consommer beaucoup de calories sous cette forme et de diminuer la consommation d'autres aliments aux repas. Rappelons qu'entre 1 et 2 ans, les enfants doivent consommer environ 725 ml de lait 3,25 % par jour, pas moins de 600 ml s'ils reçoivent d'autres produits laitiers, une consommation qui semble adéquate dans

l'enquête. De même, les enfants de cet âge devraient se voir offrir quotidiennement environ 90 ml de jus de fruits contenant de la vitamine C, une quantité suffisante pour couvrir leurs besoins. Dans ce cas, les enfants consomment des quantités beaucoup plus importantes de jus/boissons aux fruits, que celles recommandées, puisque la moyenne de consommation chez les enfants âgés d'environ 1 ½ an est de 274 ml. Cette moyenne s'élève même à 351 ml dans les familles les plus défavorisées. Dans ces milieux, la consommation totale quotidienne de liquide (autre que l'eau) peut même atteindre un litre (1 000 ml).

De telles quantités de liquides représentent plus de la moitié des calories nécessaires à l'enfant pour sa journée, ce qui laisse peu de place pour les aliments solides. En effet, il semble qu'une consommation élevée de ces liquides soit associée à une consommation moins fréquente de fruits et de légumes et s'accompagne d'une plus grande consommation de gras et sucreries, ce qui, encore une fois, doit retenir l'attention principalement sur le plan des calories totales consommées dans la journée. Les mêmes types de relations s'observent pour la consommation de breuvages sucrés à 2 ½ ans.

De façon globale, les enfants vivant dans des familles favorisées sur le plan socioéconomique ont une meilleure alimentation. Toutefois, une proportion déjà inquiétante d'enfants ont été exposés dès leur plus jeune âge au moins une fois à une situation d'insécurité alimentaire. Or, vécue de façon répétée, une telle situation pourrait avoir des impacts négatifs sur la santé et le développement des enfants.

Cela est d'autant plus vrai que certains aspects de l'alimentation des tout-petits sont associés à la santé perçue, à la fréquence des infections et au poids des enfants. Ainsi, la consommation quotidienne de fruits et légumes est associée à un meilleur état de santé et à une fréquence moins élevée des infections et de consommation d'antibiotiques. À l'inverse, une plus grande consommation de liquides ou de gras et de sucreries affecte négativement l'état de santé des enfants (fréquence plus élevée des infections et des traitements aux antibiotiques et état de santé perçu moins favorablement), et ce, tant à 1 ½ an qu'à 2 ½ ans. Rappelons par ailleurs qu'à 2 ½ ans, déjà

24 % des enfants présentent un surplus de poids et que ces enfants consommaient, en moyenne, vers l'âge de 1 ½ an, de plus grandes quantités de lait (incluant le lait au chocolat) ou de jus et boissons aux fruits que les autres.

Il est donc important de tenter de mieux comprendre l'écart entre les recommandations et les pratiques usuelles en matière d'alimentation, avant de pouvoir mieux intervenir auprès des groupes les plus à risque.

6. Conclusion

De tels résultats mettent en lumière l'importance de recueillir des données plus complètes permettant d'évaluer la valeur nutritive de l'alimentation des enfants d'âge préscolaire, ce qui sera fait auprès des enfants de l'ÉLDEQ lorsqu'ils seront âgés de 4 ans. C'est à l'âge préscolaire que se développent les goûts et les habitudes alimentaires et le développement sain des enfants passe en grande partie par une alimentation de bonne qualité. En effet, les enfants qui ne reçoivent pas tous les éléments nutritifs essentiels à leur développement risquent de s'en trouver affectés tant sur le plan physique que sur le plan de leur développement cognitif ou de leur comportement. Par exemple, les enfants qui vivent des problèmes d'ordre nutritionnel risquent d'être moins performants à l'école ou d'être plus agités que ceux qui sont adéquatement nourris. De plus, comme les enfants d'âge préscolaire passent une partie importante de leur temps en milieu de garde formel et informel, il apparaît tout aussi pertinent de s'attarder à mesurer efficacement la part de leur alimentation qui prend place dans ces milieux, ce qui sera fait lorsque les enfants auront 4 ans.

Le Québec accorde une grande importance au développement des enfants, dans une vision à court et à long termes de santé et de bien-être de la population. Divers programmes sont mis en place pour favoriser les meilleurs choix alimentaires pour l'ensemble des familles. Dans cette optique, il est essentiel de mettre en contexte différents aspects de la consommation alimentaire afin d'adapter les programmes aux besoins de groupes sociaux qui pourraient le plus en bénéficier, et, ce faisant, contribuer à favoriser la réduction des inégalités de santé dans les années à venir.

Bibliographie

ACHESON, D., D. BARKER, J. CHAMBERS, H. GRAHAM, M. MARMOT et M. WHITEHEAD (1998). *Independent inquiry into inequalities in health report*, London, The Stationary Office, 25 p.

BARKER, D. J. (1992). « The fetal origins of diseases of old age », *The European Journal of Clinical Nutrition*, n° 46 (suppl. 3), p. S3-9.

CHAGNON DECELLES, D., D. GÉLINAS et L. LAVALLÉE-CÔTÉ (1997). *Manuel de nutrition clinique*, 3^e éd., Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec.

CHE, J., et J. CHEN (2001). « Food insecurity in Canadian households », *Health Reports*, Ottawa, Statistique Canada, vol. 12, n° 4, p. 11-22.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *Pour un avenir en santé. Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada - Statistique Canada-ICIS, 375 pages.

COWIN, I., P. EMMETT, THE ALSPAC STUDY TEAM (2000). « Diet in a group of 18-month-old children in South-West England and comparison with the results of a national survey », *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, n° 13, p. 87-100.

DAVEY SMITH, G., et E. BRUNNER (1997). « Socio-economic differentials in health: The role of nutrition », *Proceedings of the Nutrition Society*, n° 56, p. 75-90.

DORÉ, N., et D. LE HÉNAFF (1997). *Mieux vivre avec son enfant, de la naissance à deux ans, Guide pratique pour les parents*, 13^e éd., Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 432 p.

DUBOIS, L., et M. GIRARD (2001). « Social position and nutrition : A gradient relationship in Canada and the USA », *The European Journal of Clinical Nutrition*, n° 55, p. 366-373.

DUBOIS, L., B. BÉDARD, M. GIRARD et É. BEAUCHESNE (2000a). « L'alimentation » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 5, 40 p.

DUBOIS, L., B. BÉDARD, M. GIRARD, L. BERTRAND et A. M. HAMELIN (2000b). « Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 6, p. 149-170.

GALLO, A. M. (1996). « Building strong bones in childhood and adolescence: Reducing the risk of fractures in later life », *Pediatric Nursing*, vol. 22, n° 5, p. 369-374.

GOODWIN, R. A., A. C. BUCHHOLZ, M. K. MCKIM, B. STUART et D. L. O'CONNOR (1999). « Caregiving arrangement and nutrition: Good news with some reservations », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 90, n° 1, p. 45-51.

GREGORY, J. R., D. L. COLLINS, P. S. W. DAVIES, J. M. HUGHES et P. C. CLARKE (1995). *National diet and nutrition survey: Children aged 1 ½ to 4 ½ years: Report of the diet and nutrition survey*, London, HMSO, volume 1, 391 p.

HARRIS, B. (1997). « Growing taller, living longer? », *Ageing and Society*, n° 17, p. 513-532.

JOHNSON, R. K., H. SMICIKLAS-WRIGHT et A. C. CROUTER (1992). « Effect of maternal employment on the quality of young children's diets: The CSFII experience », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 92, n° 2, p. 213-214.

JOHNSON, R. K., A. C. CROUTER et H. SMICIKLAS-WRIGHT (1993). « Effects of maternal employment on family food consumption patterns and children's diets », *Journal of Nutrition Education*, vol. 25, n° 3, p. 130-133.

LINO, M., S. A. GERRIOR, P. P. BASIOTIS et R. S. ANAND (1998). *Report card on the diet quality of children*, Washington, USDA Center for Nutrition Policy and Promotion, Nutrition/Insights 9, 2 pages.

MCINTYRE, L., S. K. CONNOR et J. WARREN (2000). « Child hunger in Canada: Results of the 1994 National Longitudinal Survey of Children and Youth », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 163, n° 8, p. 961-965.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2001). *L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices*, Québec, MSSS, septembre, 75 p.

NORTH, K., P. EMMETT, ALSPAC STUDY TEAM (2000). « Multivariate analysis of diet among three-year-old children and associations with socio-demographic characteristics », *The European Journal of Clinical Nutrition*, n° 54, p. 73-80.

PLANCOULAIN, S., M. A. CHARLES, L. LAFAY, M. TAUBER, N. THIBULT, J. M. BORYS et E. ESCHWÈGE, FLEURBAIX-LAVENTIE VILLE SANTÉ STUDY GROUP (2000). « Infant feeding patterns are related to blood cholesterol concentration in prepubertal children aged 5-11: The Fleurbaix-Laventie Ville Santé Study », *The European Journal of Clinical Nutrition*, n° 54, p. 114-119.

ROSE, D., J. P. HABITCH et B. DEVANEY (1998). « Household participation in the food stamp and WIC programs increases the nutrient intakes of preschool children », *Journal of Nutrition*, n° 128, p. 548-555.

ROUFFIGNAT, J., L. DUBOIS, J. PANET-RAYMOND, P. LAMONTAGNE, S. CAMERON et M. GIRARD (2001). *De la sécurité alimentaire au développement social. Les effets des pratiques alternatives dans les régions du Québec*, Rapport de recherche présenté au CQRS et au ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Département de géographie, Université Laval, 300 p.

SANTÉ CANADA. CONFÉRENCE DES MINISTRES DE LA SANTÉ (1996). *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, document préparé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population pour la Conférence des ministres de la Santé, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 113 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, LES DIÉTÉTISTES DU CANADA, SANTÉ CANADA (1998). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 55 p.

STEARNS BRUENING, K., J. A. GILBREIDE, M. PASSANNANTE et S. MCCLOWRY (1999). « Dietary intake and health outcomes among young children attending 2 urban day-care centers », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 99, n° 12, p. 1529-1535.

THOMPSON, F. E., et B. A. DENNISON (1994). « Dietary sources of fats and cholesterol in US children aged 2 through 5 years », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 5, p. 799-806.

WHO COLLABORATIVE CENTERS ON NUTRITION (1991). « Draft declaration on food, nutrition and health in Europe », *The European Journal of Clinical Nutrition*, n° 5, p. 277-279.

Liste des numéros inclus dans le volume 2 de la collection

Ce document fait partie d'une série de numéros composant le volume 2 d'un rapport cité comme suit : JETTÉ, M., H. DESROSIERS, R. E. TREMBLAY, G. NEILL, J. THIBAUT et L. GINGRAS (2002). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2.

Voici la liste de tous les numéros disponibles :

JETTÉ, M. (2002). « Enquête : description et méthodologie, section I – Logistique d'enquête et collectes longitudinales » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 1.

PLANTE, N., R. COURTEMANCHE et L. DESGROSEILLIERS (2002). « Enquête : description et méthodologie, section II – Méthodologie statistique : aspects longitudinaux des volets 1998 à 2000 » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 1.

DESROSIERS, H., G. NEILL, L. GINGRAS et N. VACHON (2002). « Grandir dans un environnement en changement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 2.

Vol. 2 , n° 3 (À paraître au printemps 2003).

PETIT, D., É. TOUCHETTE, J. PAQUET et J. MONTPLAISIR (2002). « Le sommeil : évolution et facteurs associés » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 4.

DUBOIS, L., et M. GIRARD (2002). « Évolution des comportements et des pratiques alimentaires » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 5.

VEILLEUX, G., M. GÉNÉREUX et J. DUROCHER (2002). « Comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des enfants » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 6.

BAILLARGEON, R. H., R. E. TREMBLAY, M. ZOCCOLILLO, D. PÉRUSSE, M. BOIVIN, C. JAPÉL et H.-X. WU (2002). « Changement intra-individuel du comportement entre 17 mois et 29 mois. » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 7.

BROUSSEAU, J., R. H. BAILLARGEON et H.-X. WU (2002). « Le développement cognitif des enfants de 17 mois à 29 mois » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 8.

BOIVIN, M., I. MORIN-OUELLET, N. LEBLANC, G. DIONNE, É. FRÉNETTE, D. PÉRUSSE et R.E. TREMBLAY (2002). « Évolution des perceptions et des conduites parentales » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 9.

Vol. 2 , n° 10 (À paraître au printemps 2003).

BÉGIN, C., S. SABOURIN, M. BOIVIN, É. FRÉNETTE et H. PARADIS (2002). « Le couple, section I – Détresse conjugale et facteurs associés à l'évaluation de la relation entre conjoints » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 11.

MARCIL-GRATTON, N., C. LE BOURDAIS et É. LAPIERRE-ADAMCYK (2002). « Le couple, section II – Les ruptures parentales dans la vie des tout-petits : un premier regard » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 11.

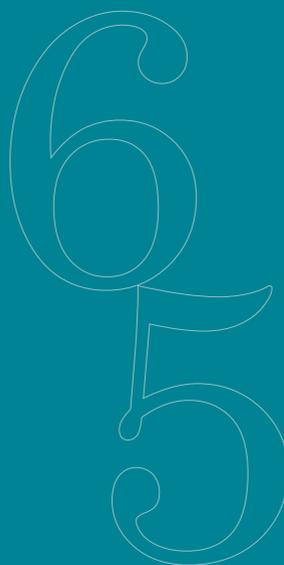
Vol. 2 , n°12 (À paraître au printemps 2003).

Vol. 2 , n° 13 (À paraître au printemps 2003).

« L'Institut a pour mission de fournir des informations statistiques qui soient fiables et objectives sur la situation du Québec quant à tous les aspects de la société québécoise pour lesquels de telles informations sont pertinentes. L'Institut constitue le lieu privilégié de production et de diffusion de l'information statistique pour les ministères et organismes du gouvernement, sauf à l'égard d'une telle information que ceux-ci produisent à des fins administratives. Il est le responsable de la réalisation de toutes les enquêtes statistiques d'intérêt général. »

Loi sur l'Institut de la statistique du Québec (L.R.Q., c. I-13.011) adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 1998.

Les données présentées dans ce numéro portent sur divers aspects de l'alimentation des enfants québécois âgés de moins de 3 ans. Cette information permet de dresser, pour la première fois, un portrait de l'alimentation des enfants d'âge préscolaire à l'échelle provinciale. On y expose d'abord l'information sur la durée totale de l'allaitement et sur l'introduction du lait de vache, des préparations commerciales et des aliments solides en bas âge. D'autres facettes de l'alimentation des tout-petits retiennent l'attention telles que la fréquence hebdomadaire des repas consommés à l'extérieur de la maison, certains comportements de l'enfant face à la nourriture et la consommation de certains groupes d'aliments et de liquides, en lien avec le statut socioéconomique de la famille et le milieu de garde fréquenté par l'enfant. Finalement, les analyses portent sur l'insécurité alimentaire vécue dans les familles les plus démunies ainsi que sur des aspects de la santé et du développement physique de l'enfant pouvant être tributaires de son alimentation, tels que la santé perçue, le poids et la taille, ainsi que la fréquence des infections et de la prise d'antibiotiques. En plus de dresser un portrait de l'alimentation des enfants à certains âges, un regard longitudinal est porté lorsque les données ont été recueillies à plus d'un volet de l'enquête.



ISBN : 2-551-21548-X

**Institut
de la statistique**

Québec



7,95 \$
Site Web : www.stat.gouv.qc.ca
Imprimé au Québec, Canada