

L'Administrateur en chef de la santé publique

RAPPORT SUR L'ÉTAT DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA

2009

*Grandir sainement —
Priorités pour un avenir en santé*



Canada 

Also available in English under the title: *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2009: Growing Up Well - Priorities for a Healthy Future*

Le Rapport de L'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement - Priorités pour un avenir en santé est disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://santepublique.gc.ca/rapportdeACSP>

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2009

Cat.: HP2-10/2009F-PDF

ISBN: 978-1-100-92624-7

Message de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada



*Dr David Butler-Jones
L'administrateur en chef
de la santé publique du Canada*

L'enfance est une étape critique qui laisse sa marque tout au long de la vie et pendant laquelle toute influence positive peut être déterminante. J'ai choisi la santé et le bien-être des enfants canadiens comme principal thème du présent rapport et je m'attarderai aux secteurs où des mesures s'imposent pour apporter un changement dans la vie des enfants, aujourd'hui et à l'avenir. J'ai examiné les efforts qui ont été faits tout au long de l'histoire de notre pays pour améliorer la santé et le bien-être des enfants et j'ai étudié la situation actuelle qui en a résulté. On trouve dans le présent rapport des méthodes éprouvées et prometteuses, adoptées au Canada et à l'étranger, pour aider les enfants à grandir sainement. Elles comprennent des mesures et des programmes à succès dont nous pouvons tirer des leçons et que nous pouvons adopter. Cependant, j'ai aussi mis en évidence des aspects de la santé des enfants qui ne s'améliorent pas ou qui empirent – des aspects qui ont des conséquences tout au long de la vie et où la prévention est possible.

Aujourd'hui, la majorité des enfants canadiens sont en santé; ils vivent, apprennent et grandissent dans des milieux positifs et sains; leur espérance de vie en général et leur espérance de vie en bonne santé sont parmi les plus élevées du monde. La plupart vivent dans des conditions essentielles à une bonne santé, c'est-à-dire un revenu adéquat, une sécurité alimentaire, un logement décent, un accès à l'éducation préscolaire et primaire et des liens solides avec la famille et la collectivité.

Nous pouvons nous réjouir de la situation qui existe au Canada, mais il reste encore beaucoup à faire.

Dans le présent rapport, j'ai mis l'accent sur six problèmes préoccupants qui ont une influence sur la santé des enfants canadiens dans l'immédiat, mais aussi au fur et à mesure qu'ils grandissent. Ces problèmes sont les suivants : le statut socioéconomique et les possibilités de développement; la violence et la négligence; les risques prénataux; la santé mentale et les troubles mentaux;

Message

l'obésité; et les blessures non intentionnelles. Ces problèmes, devenus particulièrement inquiétants au cours des dernières années, se caractérisent par une absence de progrès alors qu'il est possible, dans une certaine mesure, d'en prévenir et d'en atténuer les conséquences. De plus, les études prouvent que d'autres pays réussissent mieux que le Canada à atténuer les conséquences négatives liées à certains de ces problèmes.

La fréquence de ces problèmes chez certains groupes d'enfants est également troublante. Mon premier rapport portait sur les inégalités en santé et sur le fait que les efforts déployés pour améliorer la santé de la population ne profitent pas également à tous les Canadiens. Le présent rapport, mon second en tant qu'administrateur en chef de la santé publique, montre que les inégalités sont évidentes même aux premiers stades de la vie, et c'est particulièrement vrai chez les enfants autochtones, les enfants ayant un handicap ou les enfants de familles à faible revenu.

Je crains que nous manquions peut-être à nos obligations envers ces enfants et je suis préoccupé par le nombre toujours croissant d'entre eux qui tireront de l'arrière si des efforts concertés ne sont pas déployés. Un nombre croissant d'enfants n'auront pas la possibilité de grandir en santé, ce qui pourrait mettre en péril les progrès réalisés par le Canada en ce qui a trait à l'espérance de vie et à la qualité de vie pour tous. Cependant, je crois que, grâce à une vision, une planification et une collaboration à long terme, nous pourrions améliorer davantage la santé et le bien-être de tous les enfants et mieux servir les plus vulnérables.

C'est l'un des rôles de la santé publique de repérer les liens entre l'exposition au risque et le résultat et d'aider ainsi à trouver des solutions collectives pour assurer une bonne santé à l'ensemble de la population. Nous savons que la planification et les investissements à long terme peuvent faire une différence. Les efforts que nous avons déployés lors de l'écllosion du syndrome respiratoire aigu

sévère (SRAS) ont donné de bons résultats; le plan de lutte contre les pandémies nous a en effet bien préparés à intervenir dans le cas de l'écllosion de la grippe H1N1 au Canada. La planification et les investissements qui ont été effectués par le passé dans d'autres secteurs, notamment le régime d'assurance maladie, ont fait en sorte que les Canadiens, en temps de difficultés économiques, n'ont pas eu à compromettre leur santé en raison d'une incapacité à payer les soins.

Évidemment, prendre des mesures exige du temps, de l'argent et d'autres ressources. Étant donné les contraintes économiques que doivent surmonter de nombreux pays, y compris le Canada, il est parfois difficile d'apprécier le rendement des investissements si le résultat n'est pas immédiat. Parfois, nous devons nous demander où investir nos ressources limitées pour obtenir le meilleur résultat possible. Il est vrai que les différentes étapes de la vie d'une personne sont toutes liées, et il est certainement possible de limiter les expériences négatives et les conséquences qui en résultent à un âge plus avancé. Cependant, les mesures les plus efficaces et les plus rentables, tant pour l'individu que pour la collectivité, sont de créer des milieux positifs et de développer la résilience au moyen d'interventions précoces.

Ce qui nous arrive tôt dans la vie, en fonction de nos expériences et de notre milieu de vie, peut avoir des répercussions immédiates, retardées ou à long terme sur notre santé. Ces répercussions peuvent, au fil du temps, s'ajouter les unes aux autres, être exacerbées par d'autres événements ou même se perpétuer de génération en génération. L'importance d'une approche globale de la santé publique, qui vise tout particulièrement la petite enfance, ne doit donc pas être sous-estimée.

Compte tenu de notre richesse, de nos connaissances et de notre expérience, je crois qu'il y a possibilité d'apporter des changements positifs à des questions prioritaires et ainsi établir une saine trajectoire de vie pour tous les enfants. Le présent rapport cite en exemple

de nombreuses approches qui ont fait leurs preuves; il fournit également des données sur des mesures tangibles et à long terme qui permettent d'améliorer la vie des enfants. Je veux profiter de l'occasion pour remercier les auteurs de ces initiatives et de beaucoup d'autres encore pour le travail qu'ils accomplissent au quotidien afin d'améliorer la vie des Canadiens.

Que nous soyons parent, enseignant, fournisseur de soins, professionnel de la santé, décideur ou citoyen, nous avons tous un intérêt – et une responsabilité – dans le développement de la petite enfance afin de faire de ces premières années de vie les meilleures qui soient. Il n'y a pas meilleur investissement.



D^r David Butler-Jones

Le D^r David Butler-Jones est le premier administrateur en chef de la santé publique du Canada. En sa qualité de médecin, il a travaillé au Canada et fourni des avis aux professionnels à l'étranger dans les domaines de la santé publique et de la médecine clinique. Il est professeur à la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba et professeur clinicien au Département de santé communautaire et d'épidémiologie de l'Université de la Saskatchewan. Le D^r David Butler-Jones a par ailleurs occupé les fonctions de médecin hygiéniste en chef de la Saskatchewan et a œuvré pour un certain nombre d'organismes de santé publique, notamment à titre de président de l'Association canadienne de santé publique et vice président de l'American Public Health Association. Il a reçu en 2007 un doctorat honorifique en droit de la Faculté des sciences de la santé de l'Université York en reconnaissance de ses réalisations en santé publique.

Remerciements

De nombreuses personnes et organisations ont participé à l'élaboration du *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé*.

Je tiens d'abord à exprimer ma gratitude à tous ceux et celles qui ont fourni conseils, soutien stratégique et savoir-faire dans le cadre de cette publication :

- L'honorable Gary Filmon, C.P., O.M., directeur administratif, The Exchange Group;
- John Frank, directeur, Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy; professeur, Département des sciences de la santé publique, Université de Toronto;
- Sénateur Wilbert J. Keon, Sénat du Canada;
- Richard Massé, directeur, École de santé publique, Université de Montréal;
- David Mowat, médecin-hygiéniste, région de Peel, Ontario;
- Jeff Reading, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université de Victoria;
- Brenda Zimmerman, directrice, Health Industry Management Program; professeure agrégée (stratégie et politique), Schulich School of Business, Université York.

J'aimerais ensuite remercier tous les représentants et les groupes de l'Agence de la santé publique du Canada qui ont apporté leur contribution. J'aimerais souligner tout particulièrement les efforts déployés, du début à la fin, par l'Unité des rapports de l'administrateur en chef de la santé publique, au Bureau de la pratique en santé publique : Sarah Bernier, Jane Boswell-Purdy, Suzanne A. Boucher, Rhoda Boyd, Paula Carty, Camille Des Lauriers, Stephanie Jackson, Valerie Jerabek, Tasheen Kara, Shelley Lafleur, Renée Pugsley, Erin L. Schock, Jennifer Lynn Scott, Melannie Smith, Andrea Sonkodi, Crystal Stroud et Emily Wilkins.

Je tiens aussi à remercier les membres du groupe cadre de conseillers de 2008-2009 : Brooke Bryce, John Carta, Mette Cornelisse, Maureen Hartigan, Mana Herel, Semaneh Jemere, Erin Kingdom, Leanne Maidment, Annie McEwen, Leonora Montuoro, Howard Morrison, Karen Radke,

Lindsay Sprague, Kelly Stang, Jan Trumble-Waddell, Paul Varughese et Jaqueline Wrightsell.

Je voudrais également souligner la contribution des évaluateurs et autres personnes de l'extérieur :

- Kim Barker, conseillère en santé publique, Assemblée des Premières Nations;
- Cindy Blackstock, directrice générale, Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières nations du Canada;
- Mark Buell, directeur, Unité des communications et de la recherche, Organisation nationale de la santé autochtone;
- Liane Comeau, Conseillère scientifique, Institut national de santé publique du Québec;
- Nancy Edwards, professeure, Département d'épidémiologie et de médecine communautaire, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa; titulaire d'une chaire en sciences infirmières de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et des Instituts de recherche en santé du Canada; directrice scientifique, Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherches en santé du Canada;
- Catherine Graham, directrice, Centre des Métis, Organisation nationale de la santé autochtone;
- Sandra Griffin, sous-ministre adjointe, Assurance de la qualité intégrée, ministère de l'Enfance et de la Famille de la Colombie-Britannique;
- Elizabeth Gyorf-Dyke, consultante en santé;
- Clyde Hertzman, directeur, Human Early Learning Partnership, Université de la Colombie-Britannique; chaire de recherche du Canada en santé des populations et en développement humain;
- Duncan Hunter, professeur agrégé, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Queen's;
- Lori G. Irwin, directrice adjointe, Human Early Learning Partnership, Université de la Colombie-Britannique;
- Ian Johnson, professeur agrégé, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto;
- Dianne Kinnon, directrice, Inuit Tuttarvingat, Organisation nationale de la santé autochtone;
- Denise Kouri, Kouri Research;

Remerciements

- Michael Kramer, directeur scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents, Instituts de recherche en santé du Canada;
- James Lamouche, agent de recherche, Organisation nationale de la santé autochtone;
- Dawn Marsden, agente de recherche principale, Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone;
- Melanie Morningstar, analyste principale des politiques, Assemblée des Premières Nations;
- Cory Neudorf, médecin-hygiéniste en chef, Régie régionale de la santé de Saskatoon;
- Paulette C. Tremblay, directrice générale, Organisation nationale de la santé autochtone;
- Richard E. Tremblay, professeur, Départements de pédiatrie, de psychiatrie et de psychologie, Université de Montréal;
- Pierre Turcotte, directeur adjoint, Direction des partenariats et des relations internationales, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents, Instituts de recherche en santé du Canada;
- Erin Wolski, directrice de la santé, Association des femmes autochtones du Canada;
- Maria-Victoria Zunzunegui, Professeure, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

Enfin, j'aimerais adresser des remerciements tout particuliers aux représentants d'autres ministères, organismes et programmes fédéraux qui ont collaboré à la présente publication :

- Affaires indiennes et du Nord Canada;
- Bureau du Conseil privé;
- Instituts de recherche en santé du Canada;
- Ressources humaines et Développement des compétences Canada;
- Santé Canada;
- Sécurité publique Canada.

Table des matières

Message de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada	i
Remerciements	v
Résumé	1
Chapitre 1 : Introduction	5
Pourquoi un rapport sur l'état de la santé publique au Canada	5
Objectifs du rapport	5
De qui est-il question dans ce rapport?	6
Sujets couverts	6
Chapitre 2 : Rôle de la santé publique sur la trajectoire de vie	9
Trajectoire de vie	9
Santé publique et trajectoire de vie	9
Trajectoires de vie et investissements dans l'enfance	10
Bref historique des mesures prises au Canada pour favoriser un départ en santé	10
Résumé	16
Chapitre 3 : Santé des enfants canadiens	17
Les enfants canadiens de la naissance à 11 ans	17
La santé des enfants canadiens	18
Espérance de vie, naissances et résultats de grossesses	20
Mortalité	20
Mauvaise santé et maladie	22
Résumé	25
Chapitre 4 : Répercussions des facteurs sociaux et physiques sur la santé	27
Statut socioéconomique	27
Milieux familial, scolaire et communautaire	32
Comportements sains	38
Résumé	40
Chapitre 5 : Établir les trajectoires d'une vie en santé	41
Statut socioéconomique et possibilités de développement	41
Violence et négligence	51
Risques prénataux	54
Santé mentale et troubles mentaux	60
Obésité	63
Blessures non intentionnelles	69
Résumé	72
Chapitre 6 : Grandir sainement – Conditions et priorités pour un avenir en santé	75
Conditions favorables au sain développement des enfants	75
Domaines d'intervention prioritaires	76

Table des matières

Amélioration des données et de l'information	77
Amélioration et maintien des efforts d'éducation et de sensibilisation	78
Création de milieux sains et stimulants	79
Adoption de stratégies concertées et viables	80
Aller de l'avant pour influencer le cours des choses	81
Annexe A : Liste des sigles	85
Annexe B : Calendrier de vaccination systématique des nourrissons et des enfants	87
Annexe C : Guide familial d'activité physique pour les enfants du Canada†	89
Annexe D : Indicateurs de santé et facteurs influant sur la santé des Canadiens	91
Annexe E : Définitions et sources de données des indicateurs	93
Références	113

Liste des figures

Figure 2,1 Prévalence des malformations du tube neural dans sept provinces canadiennes, de 1993 à 2002	13
Figure 2,2 Taux de mortalité infantile, pays choisis, 1925 à 2005	15
Figure 3,1 Répartition de la population autochtone et non autochtone par groupe d'âge, Canada, 2006	18
Figure 3,2 Taux de décès associés aux blessures chez les enfants de 1 à 14 ans dans certains pays de l'OCDE, années 1970 et 1990	21
Figure 3,3 Taux d'hospitalisation pour certaines blessures non intentionnelles chez les enfants de 0 à 11 ans, Canada, 1995, 2000 et 2005	23
Figure 3,4 Prévalence estimée des troubles mentaux chez les enfants canadiens de moins de 15 ans, 2001	24
Figure 4,1 Pourcentage d'issues indésirables de la grossesse selon les quintiles de revenu du quartier, au Québec, de 1991 à 2000	28
Figure 4,2 Taux estimé d'enfants de 0 à 11 ans vivant dans un ménage à faible revenu, au Canada, de 1991 à 2006	30
Figure 4,3 Taux estimés selon les déciles de revenus les plus élevés et les plus faibles* des familles élevant des enfants au Canada, de 1976 à 2004	31
Figure 4,4 Cas corroborés de mauvais traitement, selon la catégorie et le sexe, au Canada (sauf le Québec), 2003	33
Figure B,1 Calendrier de vaccination systématique des nourrissons et des enfants	87

Liste des tableaux

Tableau 3,1 Enfants canadiens	17
Tableau 3,2 Santé des enfants canadiens	19
Tableau 4,1 Facteurs ayant des répercussions sur la santé des enfants	27
Tableau E,1 Indice de masse corporelle des enfants, âgés de 2 à 17 ans	105
Tableau E,2 Seuils de faible revenu, Canada, 2006	107

Le présent rapport annuel sur l'état de la santé publique au Canada est le deuxième rapport à être présenté au Parlement par l'administrateur en chef de la santé publique du Canada. Il aborde les questions de santé selon une approche basée sur le cycle de vie – axée sur les conséquences à long terme des expositions et des influences subies pendant la petite enfance. Il étudie également l'état de santé actuel des enfants canadiens âgés de 11 ans et moins.

Le rapport montre que certaines tendances préoccupantes persistent ou se font de plus en plus présentes chez les enfants et chez certains groupes en particulier. Éliminer ces tendances négatives et réduire leurs conséquences sur la santé et le développement des enfants exige des approches diversifiées, qui se distinguent par leur nature et par leur portée, allant d'une intervention communautaire ciblée à un programme d'envergure nationale. Les études indiquent que, dans certains cas, une approche concertée s'impose, alors que, dans d'autres cas, il faut réorienter les efforts actuels afin de joindre toutes les personnes dans le besoin. Les initiatives et les travaux de recherche éprouvés ou prometteurs, qui ont été menés au Canada ou à l'étranger, définissent les priorités et les conditions optimales susceptibles d'aider les enfants à naître en santé et à le rester.

Le rôle de la santé publique sur la trajectoire de vie

Pour bien comprendre l'approche basée sur le cycle de vie, une discussion sur la trajectoire de vie s'impose. La trajectoire de vie est le chemin parcouru de la naissance à la mort. Ainsi, les expositions à différents facteurs et les expériences subies au cours d'une vie peuvent influencer, positivement ou négativement, l'évolution de la santé. Les expériences vécues, en particulier pendant l'enfance, ont des conséquences majeures sur la santé tout au long de la vie, car il s'agit d'une étape importante dans le développement physique, neurologique et émotif.

Du point de vue de la santé publique, le modèle basé sur la trajectoire de vie peut aider à cerner les tendances en matière de santé et à établir des liens entre les expositions à différents facteurs et les résultats observés. Les interventions, y compris les politiques publiques, peuvent ensuite être planifiées en fonction de ces

tendances et de ces liens afin d'en arriver à établir des conditions de santé et de bien-être optimales dans les moments les plus critiques de la vie. Les études révèlent que les mesures qui sont prises au début de la vie – avant la naissance et pendant la petite enfance – afin de réduire ou d'atténuer les influences négatives sur la santé donnent les meilleurs résultats. De même, un regard rétrospectif sur la santé des enfants au Canada montre que les tentatives pour améliorer les conditions et les résultats de santé chez les enfants et les familles ont eu des effets positifs durables, notamment sur la mortalité infantile, la mortalité par maladie infectieuse et l'espérance de vie.

La santé des enfants canadiens

Dans l'ensemble, la plupart des enfants au Canada sont en santé. Leur espérance de vie, qui s'établit à un peu plus de 80 ans, est l'une des plus élevées du monde. Au cours du dernier siècle, le nombre de cas de mortalité infantile a diminué considérablement, atteignant un taux de 5 décès pour 1 000 naissances vivantes. Cependant, depuis les dix dernières années, le Canada ne fait plus autant de progrès dans ce domaine, comparativement à d'autres pays développés de niveau comparable.

Durant la première année de vie, les causes de décès des enfants sont principalement liées à des malformations congénitales, des déformations et des anomalies, comme le spina bifida et le syndrome de Down, suivies des troubles causés par la naissance prématurée ou l'insuffisance de poids à la naissance. De 1 an à 11 ans, la plupart des décès sont provoqués par des blessures non intentionnelles, particulièrement les accidents de la route.

Parmi les affections chroniques chez les enfants de ce groupe d'âge, on retrouve l'asthme, le diabète et le cancer, tandis que l'obésité, les problèmes de santé mentale et les troubles comportementaux comptent parmi les problèmes les plus troublants. En effet, les taux d'obésité chez les enfants et les adultes sont à la hausse au Canada, comme dans beaucoup d'autres pays développés de niveau comparable. Entre 1978 et 2004, les taux d'obésité mesurée ont presque triplé chez les enfants et les jeunes canadiens âgés de 2 à 17 ans. Bien qu'il existe peu de renseignements sur le nombre d'enfants présentant des troubles comportementaux, on estime que

peu importe le temps de mesure, 15 % des enfants et des jeunes au Canada éprouvent, des troubles de santé mentale.

Bien que les taux de maladie chez les jeunes enfants soient relativement faibles au Canada, certains d'entre eux – notamment les enfants autochtones et les enfants de familles à faible revenu – semblent être plus vulnérables à certains problèmes ou troubles de la santé.

Les répercussions des facteurs sociaux et physiques sur la santé

La santé et le développement des enfants reposent sur un grand nombre de facteurs, notamment de nature sociale et physique. Le statut socioéconomique peut, par exemple, entraîner des inégalités en matière de santé. Les besoins essentiels des enfants (c'est-à-dire un revenu familial suffisant, une alimentation adéquate et un logement décent) sont moins susceptibles d'être comblés dans les familles à faible statut socioéconomique. En même temps, ces enfants sont plus sujets à une mauvaise santé. Au Canada, 12 % des enfants de moins de 12 ans vivent dans la pauvreté, un taux qui a diminué avec les années mais qui demeure plus élevé que dans d'autres pays. De plus, 10 % des familles ayant des enfants déclarent une grande vulnérabilité à l'insécurité alimentaire en raison de leur revenu, et 13 % des ménages canadiens se disent incapables d'accéder à un logement acceptable. Et ces taux sont encore plus élevés dans certains groupes de population, en particulier chez les Autochtones.

Les possibilités de développement peuvent également influencer les résultats en matière de santé et d'intégration sociale. L'évaluation de la maturité scolaire permet de mesurer les connaissances, les compétences, le niveau de langage, la maturité et le développement cognitif de l'enfant avant la maternelle. Environ 28 % des enfants de la maternelle (5 ans) sont considérés comme vulnérables sur le plan de la maturité scolaire, ce qui signifie qu'ils ont obtenu de faibles résultats à au moins une des cinq mesures du développement de l'enfant. Les enfants qui ne sont pas prêts, sur le plan du développement, à fréquenter l'école risquent d'obtenir de moins bons résultats scolaires et d'avoir de la difficulté à s'intégrer.

Le dysfonctionnement familial, la violence et la négligence, la faible qualité des soins, les quartiers non sécuritaires et l'exposition à des substances nocives (par exemple, la fumée de tabac, les moisissures et les risques prénataux) prédisposent davantage les enfants à des problèmes de santé. La violence et la négligence continuent d'être des problèmes préoccupants. En 2003, on recensait au Canada plus de 75 000 cas fondés de mauvais traitements infligés aux enfants (âgés de 11 ans et moins), et tout indique que ce nombre continuera d'augmenter. Qu'elle se produise à la maison, en milieu scolaire ou entre pairs, la violence a un effet nuisible sur la santé et peut se poursuivre jusqu'à l'âge adulte et même se transmettre de génération en génération.

En revanche, les milieux propices à l'apprentissage où les enfants ont accès à des soins attentionnés, à une saine alimentation et à des soins de santé et où ils peuvent interagir avec d'autres enfants et s'épanouir dans un environnement sain et sécuritaire (par exemple, grâce à une bonne qualité de l'air) peuvent favoriser le développement social et physique et même aider à atténuer les effets d'un faible statut socioéconomique.

Les parents, par leurs actions et leurs choix, influencent eux aussi la santé et les comportements de leurs enfants. Par exemple, même si le Canada a connu récemment une diminution du taux de tabagisme pendant la grossesse, 11 % des femmes déclarent avoir fumé pendant les trois derniers mois de leur grossesse, et ce taux grimpe à près de 17 % dans l'année suivant la naissance. Par contre, l'allaitement maternel augmente au Canada, et 90 % des mères déclarent avoir pratiqué l'allaitement initial et environ 50 % disent avoir allaité pendant six mois ou plus. Toutefois, les taux d'allaitement restent faibles dans certains groupes de population, notamment chez les Autochtones, les jeunes mères et les mères ayant un faible revenu.

À mesure que les enfants grandissent, leur propre comportement entre aussi en ligne de compte. Ceux qui font régulièrement de l'activité physique, qui adoptent de saines habitudes alimentaires, qui montrent une forte résilience et qui apprennent à gérer les risques sont plus susceptibles de vivre heureux et en santé et de maintenir ces comportements – et ces résultats – à l'âge adulte. Par exemple, 84 % des enfants canadiens âgés de 6 à

11 ans sont actifs plus de sept heures par semaine. De plus, la majorité d'entre eux consomment les portions quotidiennes recommandées de céréales (73 %) et de lait et produits laitiers (63 %). Toutefois, seulement 30 % mangent les portions quotidiennes recommandées de fruits et de légumes.

Établir les trajectoires d'une vie en santé

Grâce aux efforts déployés par le Canada tout au long de son histoire, les enfants d'aujourd'hui jouissent généralement d'une bonne santé et sont bien adaptés à la société. Cependant, six problèmes méritent d'être étudiés plus à fond, soit parce qu'ils ont des répercussions négatives importantes sur la santé des enfants canadiens, soit parce qu'ils subsistent ou s'accroissent au fil des années mais surtout parce que, selon certaines données, ils sont évitables. Ces six problèmes sont les suivants :

- le statut socioéconomique et les possibilités de développement;
- la violence et la négligence;
- les risques prénataux;
- la santé mentale et les troubles mentaux;
- l'obésité;
- les blessures non intentionnelles.

Des efforts sont déployés afin de réduire la fréquence de ces problèmes ou, du moins, d'en atténuer les effets en établissant les conditions requises pour maximiser la santé et le bien-être des enfants.

Le statut socioéconomique et les possibilités de développement jouent un rôle important dans la santé des enfants. En effet, les enfants dont les besoins essentiels ne sont pas comblés risquent d'éprouver des problèmes de santé dans l'immédiat et à long terme. En effet, dans un environnement peu propice à leur épanouissement, ils n'ont pas toutes les chances de se développer, de grandir et de s'intégrer à leur milieu scolaire et communautaire. Les meilleurs investissements sont ceux qui favorisent le bien-être des enfants, car l'argent investi dans la petite enfance permet de réduire, à plus long terme, les coûts en services de santé, en services sociaux et en services juridiques. Cependant, si les nombreux investissements dans les services sociaux ont permis d'alléger la pauvreté

infantile au Canada, la réduction de la pauvreté semble stagnante. Certaines administrations ont élaboré – ou sont en train d'élaborer – de vastes stratégies visant à régler ce problème important. Pour donner aux enfants la possibilité de s'épanouir, des programmes parascolaires et des programmes de développement de la petite enfance ont été mis en place, mais leur accès n'est pas toujours uniforme ni abordable.

Sachant que la violence et la négligence peuvent avoir des effets à long terme et même des effets intergénérationnels, il est essentiel de bien comprendre ce problème et de chercher à en atténuer les répercussions. À ce jour, des progrès ont été faits au point de vue de la collecte de données et de la sensibilisation de la population, et ce, dans différents secteurs et à différents niveaux. L'utilité d'une intervention précoce dans ce domaine est évidente, et les initiatives qui visent en particulier les femmes en période prénatale devraient donner de bons résultats. On reconnaît également l'importance des mesures de protection pour s'assurer que les enfants sont retirés d'un environnement non sécuritaire et non salubre et placés dans un milieu sain et stimulant. Le placement auprès d'un membre de la famille élargie, qui permet ainsi à l'enfant de demeurer dans sa collectivité, semble être une solution fort prometteuse, mais d'autres options doivent être examinées et évaluées.

Comme il est souligné tout au long du rapport, la période prénatale offre une occasion sans précédent pour établir une trajectoire de vie permettant à l'enfant de demeurer en bonne santé toute sa vie. Le Canada a mis en place une gamme complète de soins prénataux et a mené des campagnes de sensibilisation pour mieux faire comprendre à la population le lien entre les comportements prénataux et la santé des enfants. Cependant, ce ne sont pas toutes les femmes qui sont en mesure de profiter de ces services. Pour sensibiliser les femmes qui, par leurs comportements ou par leur environnement, sont les plus à risque, les études montrent que la méthode la plus efficace est peut-être de leur offrir un soutien non menaçant et dépourvu de préjugés. De plus, les services d'éducation préventive (préférentiellement avant la grossesse) et les initiatives qui font participer le partenaire et les membres de la famille peuvent également réduire les risques prénataux.

Environ 15 % des enfants et des jeunes éprouvent des troubles de santé mentale, peu importe la période pendant laquelle ce phénomène est mesuré. Les programmes qui visent à dissiper les mythes et à augmenter la sensibilisation à la santé mentale peuvent réduire la stigmatisation et aider les enfants et leurs familles. Les soins spécialisés et les services communautaires, comme les activités d'intégration sociale, les services adaptés à la culture et les ateliers ou les activités de formation sur les compétences parentales, peuvent également améliorer la résilience, favoriser l'adaptation et renforcer les relations. Les études ont d'ailleurs mis en évidence la nécessité de réaliser des stratégies et des investissements coordonnés, ce qui a incité le Canada à mettre en branle une stratégie nationale sur la santé mentale, par l'entremise de la Commission de la santé mentale. Cette stratégie tiendra compte des problèmes de santé mentale pendant l'enfance, fera la promotion d'un développement sain et assurera un suivi des résultats chez les enfants canadiens.

Il a été démontré que l'augmentation du taux d'obésité chez les enfants était liée à un niveau d'activité physique insuffisant et à de mauvaises habitudes alimentaires, résultat d'un mode de vie sédentaire et de la consommation d'aliments prêts-à-servir. De même, les quartiers à faible potentiel piétonnier, qui offre peu d'espaces récréatifs et où les épiceries sont rares peuvent également ajouter au problème. Des lignes directrices nationales sur les choix alimentaires sains et sur le niveau d'activité physique ont été élaborées en guise d'outil d'information et de sensibilisation destiné à la population et, en particulier, aux parents et aux enfants. On a également mis de l'avant une initiative plurigouvernementale visant à augmenter l'activité physique tout en recueillant des données sur le niveau d'activité actuel et futur. D'autres mesures visant à réduire les taux d'obésité sont actuellement à l'étude, notamment le resserrement des règlements sur la publicité à l'intention des mineurs (par exemple, la publicité alimentaire), l'imposition d'une taxe sur la malbouffe, le versement d'une subvention pour les aliments sains, une meilleure planification de voisinage et la promotion de milieux familiaux, scolaires et communautaires stimulants.

Bien que les blessures non intentionnelles soient la principale cause de décès chez les jeunes enfants et qu'il en résulte souvent des problèmes de santé ou

des handicaps, le Canada a réussi à réduire les taux de blessures qui surviennent pendant l'enfance et à en atténuer les effets, notamment grâce à des campagnes de sensibilisation et d'information, à des lois sur la sécurité et à des normes de produits. Il est également important de montrer aux enfants à évaluer le risque. Des pays comme la Suède ont mis en place une stratégie nationale de prévention des blessures et ont ainsi réduit les taux de décès attribuables à des blessures chez les enfants.

Grandir sainement - Conditions et priorités pour un avenir en santé

Le fait que la majorité des enfants au Canada soient en bonne santé et peuvent s'attendre à vivre plus longtemps que la plupart des autres enfants est le fruit des efforts déployés au cours des cent dernières années pour améliorer leur santé et leur bien-être. Malheureusement, ce ne sont pas tous les enfants qui ont cette chance, et l'apparition de nouveaux risques peut empêcher certains d'entre eux de tirer parti des progrès réalisés. Les données contenues dans le présent rapport mettent en évidence les conditions idéales au développement et à la santé des enfants qui, si elles sont réunies, peuvent permettre à tous les enfants d'en bénéficier : des collectivités dynamiques, saines et viables; un accès à un apprentissage préscolaire, une éducation et des soins primaires de qualité; un milieu aidant et sécuritaire; la capacité d'acquiescer un sentiment de contrôle, un sens des responsabilités et un sentiment d'appartenance; et la possibilité de faire des choix santé.

Il y a quatre principaux domaines où le Canada peut prendre des mesures en priorité pour tendre vers ces conditions optimales, à savoir : l'amélioration des données et de l'information; l'amélioration et le maintien des efforts d'éducation et de sensibilisation; la création de milieux sains et stimulants; l'adoption de stratégies concertées et viables. La participation de tous les secteurs et de tous les ordres de gouvernement est toutefois nécessaire pour aller de l'avant et ainsi donner à tous les enfants la chance de parvenir à un état de santé optimal et de mener une existence plus productive tout au long de leur vie.

Introduction

Le présent document est le deuxième rapport annuel produit par l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada. Il porte sur la santé des enfants canadiens et sur les effets que les expériences, la santé et le bien-être d'un enfant peuvent avoir tout au long de sa vie. Il souligne des tendances préoccupantes en matière de santé et examine les défis et les réussites qui y sont associés. Enfin, il met en lumière les secteurs où le Canada peut stimuler les conditions optimales pour la santé et le développement des enfants.

Pourquoi un rapport sur l'état de la santé publique au Canada

L'Agence de la santé publique du Canada et le poste d'administrateur en chef de la santé publique ont été créés en septembre 2004 dans le but de renforcer la capacité du Canada à protéger et à améliorer la santé de

la population canadienne¹. En 2006, la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* a confirmé le statut de personne morale de l'Agence et a apporté des précisions sur le rôle de l'administrateur en chef, notamment en lui imposant l'obligation de présenter au ministre de la Santé et au Parlement un rapport annuel sur l'état de la santé publique¹.

Objectifs du rapport

Dans ses rapports annuels, l'administrateur en chef de la santé publique présente des questions de santé qui méritent, selon lui, d'être étudiées plus à fond et de faire l'objet d'interventions. Il fournit également aux Canadiens de l'information générale sur les divers facteurs qui contribuent à la santé. Cela dit, ces rapports annuels ne représentent pas les politiques du gouvernement du Canada et ne se limitent pas aux activités fédérales,

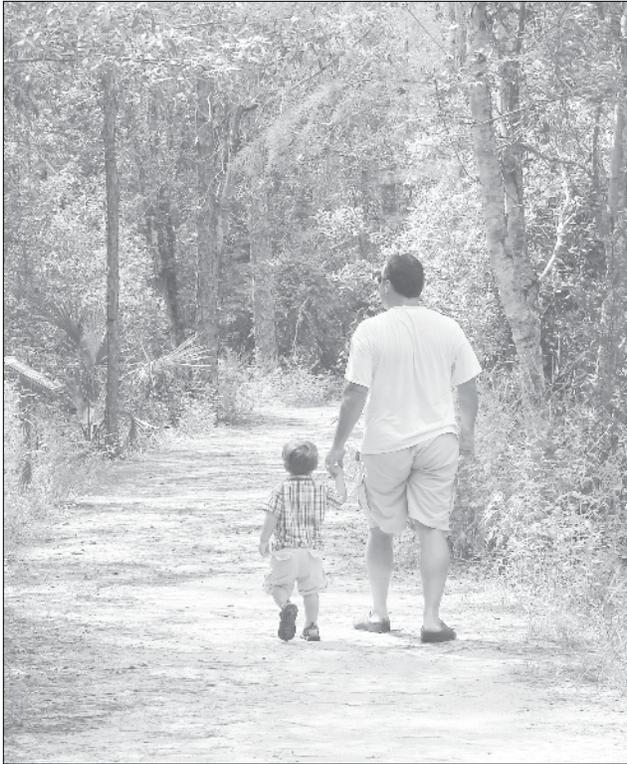
Le rôle de l'administrateur en chef de la santé publique

L'administrateur en chef :

- est l'administrateur général de l'Agence de la santé publique du Canada et relève du ministre de la Santé;
- est le premier professionnel de la santé publique du gouvernement fédéral et fournit, à ce titre, des avis au ministre de la Santé et au gouvernement du Canada;
- gère les activités courantes de l'Agence de la santé publique du Canada;
- collabore avec d'autres gouvernements, autorités, agences, organismes et pays sur des dossiers liés à la santé;
- s'adresse aux citoyens, aux professionnels de la santé et aux intervenants canadiens sur des sujets liés à la santé de la population;
- est tenu par la loi de soumettre au gouvernement du Canada un rapport annuel sur l'état de la santé publique au Canada;
- peut présenter tout rapport qui s'impose sur une question de santé publique.

En cas d'urgence de santé publique, telle qu'une épidémie ou une catastrophe naturelle, l'administrateur en chef de la santé publique :

- renseigne et conseille le ministre de la Santé du Canada et d'autres personnes, s'il y a lieu;
- collabore avec des homologues d'autres ministères, autorités ou pays, ainsi qu'avec des experts et des représentants élus, à la diffusion d'information destinée aux Canadiens;
- dirige le personnel de l'Agence de la santé publique du Canada dans son travail de planification et de gestion des mesures d'urgence;
- coordonne le travail d'échange d'information et les plans d'intervention contre les épidémies avec les scientifiques et les experts du gouvernement fédéral ainsi qu'avec les médecins-hygiénistes en chef des provinces et des territoires du Canada¹.



provinciales ou territoriales. Ils permettent plutôt à l'administrateur en chef de présenter des observations factuelles sur l'état de la santé publique dans l'ensemble du pays. L'objectif du présent rapport n'est pas non plus de fournir un cadre stratégique; il vise plutôt à favoriser la discussion, à renseigner les Canadiens sur des questions importantes qui peuvent avoir des répercussions sur leur santé, tout au long de leur vie, et à proposer des pratiques exemplaires pour améliorer l'état de santé collectif. Il décrit en outre des approches éprouvées ou prometteuses adoptées par d'autres groupes ou d'autres pays, notamment dans le cadre de programmes ou d'activités. Ces approches peuvent être une source d'inspiration et conduire, éventuellement, à une collaboration ou à une intervention des gouvernements, des administrations, des secteurs, des collectivités, des organisations ou des citoyens.

Le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada de 2008* portait sur le lien entre les inégalités socioéconomiques et les

inégalités en matière de santé et montrait comment, individuellement et collectivement, il était possible, par des mesures sociales ou économiques, de réduire ces disparités. Pour sa part, le rapport de 2009 s'intéresse aux effets que les expériences vécues pendant l'enfance peuvent avoir sur la santé, tout au long de la vie, et aux mesures qui peuvent être prises dans certains domaines clés pour réduire les effets négatifs et promouvoir les expériences constructives.

De qui est-il question dans ce rapport?

Même si le rapport est axé sur les problèmes de santé des enfants âgés de moins de 12 ans, il concerne en fait tous les Canadiens. Ce groupe d'âge a été ciblé parce qu'il correspond aux premières étapes de la vie où les interventions efficaces ont le plus de chance de se répercuter à long terme. C'est aussi une période de développement rapide (par exemple physique, mental et affectif) où il est judicieux d'investir dans la création de conditions propices à la santé en raison des résultats durables qui peuvent être obtenus. Il se peut toutefois que l'information présentée concerne les enfants de plus de 11 ans, car les données sur le groupe d'âge visé sont parfois inexistantes ou difficilement accessibles.

Sujets couverts

Le rapport est divisé en six chapitres, dont le contenu est résumé ci-dessous.

La **santé publique** se réfère aux efforts concertés déployés par une société pour maintenir les personnes en santé et éviter les blessures, les maladies et les décès prématurés. Il s'agit d'un mélange de programmes, de services et de politiques qui visent à protéger et à favoriser la santé des Canadiens².

Le **modèle basé sur la trajectoire de vie** permet d'étudier les conséquences, sur la santé d'une personne et d'une population, de diverses expériences physiques et sociales vécues à différents moments de la vie – de la période prénatale à l'âge adulte^{3, 4}.

Le rôle de la santé publique sur la trajectoire de vie.

Le chapitre 2 décrit le modèle basé sur la trajectoire de vie, son intérêt pour la santé publique et son lien avec l'enfance. Il présente également les difficultés auxquelles les enfants canadiens ont été confrontés au cours de l'histoire et les mesures que le Canada a prises pour améliorer la santé des enfants depuis 150 ans.

La santé des enfants canadiens. Le chapitre 3 s'intéresse à la santé actuelle des enfants canadiens, notamment aux causes de mauvaise santé, de décès et d'incapacité, et en examine le taux de prévalence ainsi que les effets sur la santé à long terme.

Les répercussions des facteurs sociaux et physiques sur la santé. Le chapitre 4 examine les facteurs qui influent, en bien ou en mal, sur la santé durant l'enfance, comme les déterminants sociaux et économiques, le milieu familial, scolaire ou communautaire ainsi que les comportements des parents et des enfants.

Établir les trajectoires d'une vie en santé. Le chapitre 5 traite de six sujets préoccupants récents ou persistants, soit : le statut socioéconomique et les possibilités de développement; la violence et la négligence; les risques prénataux; la santé mentale et les troubles mentaux; l'obésité; et les blessures non intentionnelles. On y présente également des approches efficaces ou prometteuses qui ont été adoptées au Canada ou ailleurs pour s'attaquer à ces problèmes.

Grandir sainement – Conditions et priorités pour un avenir en santé. Le chapitre 6 expose les conditions qui peuvent assurer aux enfants un meilleur départ dans la vie et les aider à garder la santé tout au long de leur vie. Il énonce également quatre domaines d'intervention à privilégier pour que les enfants grandissent en santé et en sécurité. Le chapitre se termine par une liste de mesures que l'administrateur en chef de la santé publique s'engage à prendre afin de lutter contre les problèmes de santé dont il est question dans le présent rapport.



Rôle de la santé publique sur la trajectoire de vie

Trajectoire de vie

La trajectoire de vie, dans son acception la plus simple, renvoie au chemin parcouru de la naissance à la mort. C'est le trajet qui mène d'un point de départ à un point d'arrivée. Par exemple, quand on lance une balle, la force déployée pour la propulser, la direction dans laquelle elle est lancée et les obstacles placés sur sa route déterminent l'endroit et le moment où elle tombera. Le déplacement de cette balle avant son atterrissage est sa trajectoire.

Trajectoire de la santé : Chemins empruntés par une personne tout au long de sa vie et qui déterminent son état de santé. Ce parcours évolue au fil du temps, en fonction des actions qu'elle pose et des situations auxquelles elle est exposée⁵.

En santé, la notion de trajectoire renvoie à un cheminement propre à chaque personne et qui est susceptible de changer à tout moment de sa vie (enfance, adolescence, âge adulte) en fonction de facteurs (biologiques, comportementaux, physiques, sociaux) qui, en interagissant, influent sur la santé. Ces facteurs, qu'ils soient positifs ou négatifs, évoluent et s'influencent mutuellement au cours d'une ou de plusieurs étapes de la vie. À terme, ils peuvent avoir un effet bénéfique ou néfaste sur la santé d'une personne, à différents moments de sa vie. Au Canada, les chercheurs utilisent trois modèles pour expliquer la corrélation entre ces facteurs et l'état de santé⁵. Le modèle des effets **différés** explique les liens entre une exposition subie à un moment ou à un autre de la vie et la probabilité d'en voir les conséquences ultérieurement (sans égard aux interventions ou aux mesures d'atténuation)⁵. Par exemple, le fait d'avoir été largement exposé aux rayons ultraviolets du soleil durant l'enfance peut engendrer un cancer de la peau à l'âge adulte. Ou encore, l'adoption d'une saine alimentation durant la période prénatale et pendant la première année de vie peut réduire à long terme les risques de maladies cardiaques⁶⁻¹¹.

Le modèle des effets **cumulatifs** explique l'incidence sur la santé d'expériences multiples ou récurrentes au

cours d'une vie⁵. Par exemple, grandir dans un milieu à faible revenu et être constamment exposé à la pauvreté peut avoir des conséquences néfastes sur la santé qui se manifestent à l'âge adulte par une tension artérielle élevée, des maladies circulatoires ou un affaiblissement du système immunitaire. En revanche, une personne dont le père occupait un emploi bien rémunéré lorsqu'elle était enfant et qui, à l'âge adulte, gagne elle aussi un bon salaire est moins susceptible de développer une maladie cardiaque ischémique^{12, 13}.

Le modèle des effets **évolutifs** examine les conséquences d'une suite d'expériences, c'est-à-dire la probabilité qu'une expérience vécue à un certain moment dans la vie entraîne, plus tard, d'autres conséquences, qui peuvent même se répercuter de génération en génération⁵. Par exemple, les enfants dont les parents connaissent des difficultés financières ou conjugales sont plus susceptibles de présenter des problèmes cognitifs ou comportementaux^{14, 15}. De plus, les enfants qui éprouvent des difficultés d'apprentissage et qui ont une mauvaise conduite en classe sont prédisposés à obtenir de moins bons résultats scolaires et, une fois adolescents, ils sont plus sujets à des comportements à risque, comme fumer, consommer des drogues, avoir une grossesse non désirée ou abandonner l'école^{15, 16}. Ils peuvent ainsi limiter leurs chances de se trouver un emploi ou de réussir financièrement et peuvent aussi voir des répercussions sur leur santé à l'âge adulte^{5, 15}. En revanche, faire la lecture à un enfant, lui épeler des mots ou lui chanter des chansons peut favoriser le développement de son langage et, plus tard, sa capacité à lire, à écrire et à apprendre^{17, 18}. De même, un enfant qui est prêt, sur le plan du développement, à fréquenter l'école a de meilleures chances de réussite scolaire et de socialisation, ce qui pourrait l'aider à éviter les comportements à risque et à être en meilleure santé à l'âge adulte^{19, 20}.

Santé publique et trajectoire de vie

En santé publique, le modèle basé sur la trajectoire de vie présente un intérêt parce qu'il aide à comprendre les liens entre l'exposition (ponctuelle ou sur une période donnée) à un ou plusieurs facteurs et l'apparition ultérieure d'effets sur la santé^{5, 21-24}. Il permet ainsi de reconnaître et de comprendre les tendances en santé et les liens entre les différentes étapes de la vie. Il devient

alors possible d'agir en aval par l'adoption de nouvelles politiques ou de nouvelles mesures^{5, 22}. Les politiques basées sur ce modèle peuvent être perçues comme étant « préventives », puisqu'elles définissent les conditions les plus susceptibles de contribuer à la santé et au bien-être à des moments déterminants de la vie^{5, 22}.

Trajectoires de vie et investissements dans l'enfance

Les événements qui influent sur la santé sont importants à tous les âges, mais c'est durant l'enfance qu'il est crucial d'établir les bases d'une vie en bonne santé²². Durant les premières années de vie, les fonctions physiques, cérébrales, mentales et affectives se développent rapidement. L'éducation, les soins et l'attention que l'enfant reçoit durant cette période peuvent avoir un effet déterminant sur son bien-être et sa santé futurs. C'est essentiellement pendant la période prénatale et au cours des six premières années de vie (surtout les trois premières) que s'acquièrent les capacités de base, dont la capacité d'adaptation, qui influenceront sur l'apprentissage, les comportements et la santé tout au long de la vie²⁵. L'enfance est également l'étape où l'alimentation et les soins reçus agissent directement sur la formation des circuits cérébraux qui, entre autres choses, déterminent les risques de maladie plus tard dans la vie²⁵.

Il est possible à tout moment de demeurer ou de se refaire une santé, mais l'enfant qui bénéficie dès le départ de conditions favorables et qui montre une résilience aura plus de facilité à rester en santé malgré les obstacles²⁶. Des études révèlent que les investissements faits dans la période prénatale et dans l'enfance sont les plus rentables pour promouvoir la santé et la qualité de vie à long terme^{25, 27-29}.

Bref historique des mesures prises au Canada pour favoriser un départ en santé

Des progrès importants ont été réalisés au Canada pour aider les enfants à s'engager dès le départ sur la voie de la santé, comme en témoigne l'historique des 150 dernières années, présenté ci-après. Cet historique montre en effet à quel point les mesures adoptées en santé publique



ou dans d'autres domaines ont évolué pour favoriser la santé et le bien-être des enfants. Prendre un peu de recul permet de voir où nous en sommes et sur quelles bases nous pouvons nous appuyer pour planifier les prochaines interventions. (Pour une histoire plus détaillée de la santé publique au Canada, lire le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2008*)³⁰.

Avant le 20^e siècle

Avant le 20^e siècle, la santé et la sécurité des enfants au Canada ne faisaient pas, en tant que telles, l'objet de politiques gouvernementales ou d'interventions communautaires. Dans la plupart des cas, il n'y avait pas de suivi de la grossesse, et les complications à l'accouchement présentaient un risque pour la mère et l'enfant, surtout parce que les soins de santé de l'époque étaient peu efficaces et peu accessibles³¹. Au début des années 1890, le taux de mortalité infantile (TMI) au pays était de 145 décès pour 1 000 naissances vivantes^{32, 33}.

À l'époque, on jugeait naturel que les enfants participent aux corvées familiales, aux travaux de la ferme, à l'entreprise familiale ou à d'autres activités générant un revenu, ou encore qu'ils occupent un emploi rémunéré. Des mesures législatives, telles que la *Orphan's Act* de 1799 et la *Apprentices and Minors Act* de 1851, avaient été adoptées à l'égard des enfants abandonnés et des orphelins. Ces deux textes accordaient à ces enfants une reconnaissance légale, mais uniquement en échange de leur travail, car ils les obligeaient à travailler comme apprentis³⁴⁻³⁶. Les enfants travaillaient souvent dans des conditions pénibles et dangereuses, entraînant un taux élevé de blessures et de décès^{37, 38}.

Dans la seconde moitié du 19^e siècle, il était généralement admis que les mauvaises conditions de vie et de travail (particulièrement dans les zones industrielles et chez les populations pauvres et ouvrières) avaient une incidence sur la santé et la sécurité, ce qui a donné lieu à de nouvelles initiatives. Par exemple, des lois et des mesures telles que la *Factory Act*, adoptée par l'Ontario en 1884, établissaient un salaire minimum, limitaient le nombre d'heures de travail et interdisaient de faire travailler les femmes et les enfants à des tâches où ils risquaient de se blesser^{39, 40}. Des lois semblables ont par la suite été adoptées ailleurs au Canada, au début des années 1900³⁹.

Les enfants abandonnés ou les orphelins ont également vu leur sort s'améliorer pendant cette période. En effet, des organismes de bienfaisance ont été habilités à intervenir en cas de mauvais traitements infligés à des enfants placés comme apprentis. Ces organismes ont également contribué à mettre en place de nouvelles mesures en guise de solutions de rechange à l'apprentissage, comme l'adoption, le placement en foyer d'accueil ou les soins en établissement. En 1888, l'Ontario a franchi un pas de plus en adoptant la loi sur la protection et la réadaptation des enfants négligés (également appelée la *Loi sur la protection des enfants*). Aux termes de cette loi, les tribunaux étaient autorisés à confier tout enfant négligé – qu'il soit ou non orphelin ou abandonné – à des établissements et des organisations de bienfaisance en tant que pupille de l'État^{41, 42}.

C'est pendant cette période que les écoles ont commencé à se remplir. À la fin du siècle, la Colombie-Britannique, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse

avaient rendu l'école obligatoire. La plupart des autres provinces leur ont emboîté le pas dans la décennie qui a suivi⁴³.

Il y a peu d'information sur la santé et la sécurité des enfants autochtones à cette époque. On peut présumer que leur situation était comparable à celle des adultes. L'arrivée des explorateurs et des colons européens a eu un effet nuisible sur la santé des Autochtones, en raison notamment de l'introduction de maladies, de l'exposition à des aliments non traditionnels et de l'épuisement des ressources, cette population étant restreinte à des zones géographiques délimitées⁴⁴⁻⁴⁶. La santé et le bien-être des enfants inuits et des Premières nations ont connu un autre déclin en 1849, lors de l'instauration du système de pensionnats. Ce système devait permettre l'assimilation des peuples autochtones à la culture canado-européenne par l'apprentissage de l'anglais, l'adoption des coutumes européennes et la conversion au christianisme⁴⁷. Les enfants ont donc été retirés de leur foyer et éloignés de leur famille. Beaucoup d'entre eux ont été victimes de violence verbale, psychologique, physique et sexuelle, ont été soumis à une discipline rigoureuse, ont souffert de négligence et ont perdu leur identité culturelle. Ces conditions ont laissé leurs marques non seulement sur les pensionnaires, mais aussi sur leurs enfants et leurs petits-enfants⁴⁷⁻⁵¹.

Au 20^e siècle – de 1900 au début de la Seconde Guerre mondiale

Au début du 20^e siècle, des programmes communautaires destinés aux parents et aux jeunes enfants (par exemple, les cliniques de puériculture, la vaccination, la promotion de la santé dentaire, les inspections médicales dans les établissements scolaires et un meilleur accès aux soins) ont été instaurés dans l'espoir de contrer les taux élevés de mortalité et de maladies infectieuses chez les enfants³⁷. Un vaccin contre la diphtérie est apparu en 1926 et, grâce à la vaccination massive contre la variole, le Canada était parvenu à éradiquer cette maladie en 1946^{52, 53}.

Des programmes municipaux de fluoration de l'eau ont également été mis en place, et on a reconnu leur efficacité à prévenir la carie dentaire⁵⁴. D'autres améliorations à l'approvisionnement en eau ont permis de

réduire les maladies et la mortalité associée aux maladies d'origine hydrique^{30, 55}. Dans les années 1920, la vitamine D a été ajoutée à l'alimentation des nourrissons, ce qui a contribué à atténuer l'incidence du rachitisme chez les enfants⁵⁶. De même, l'obligation de pasteuriser le lait destiné à la consommation humaine a permis de prévenir, dans une certaine mesure, les intoxications alimentaires^{57, 58}.

Dans les villes, certaines femmes, surtout celles issues des classes moyenne et supérieure, ont commencé à recevoir des soins prénataux, et beaucoup d'entre elles accouchaient à l'hôpital³¹. Sont également apparus durant cette période, les soins destinés aux nourrissons et aux enfants. C'est aussi à ce moment que la pédiatrie, à titre d'exemple, a été reconnue en 1937 comme une spécialité à part entière par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada⁵⁹.

Cette époque a aussi été marquée par de grandes initiatives sociales. Au Manitoba et en Ontario, par exemple, l'allocation familiale a été établie après la Première Guerre mondiale afin de soulager la pauvreté des familles dont le père est mort au combat⁶⁰. Pour sa part, le gouvernement fédéral accordait déjà, depuis 1918, une exemption d'impôt pour les familles ayant des enfants⁶¹.

Entre-temps, la scolarisation continuait d'augmenter : les élèves étaient plus nombreux et fréquentaient l'école plus longtemps. L'école était d'ailleurs obligatoire dans toutes les provinces du Canada, sauf au Québec et à Terre-Neuve⁴³. La fréquentation scolaire a eu une incidence importante sur la santé, car l'école était souvent le seul endroit où les enfants avaient accès à des soins de santé^{43, 62}. L'enseignement de l'hygiène, les inspections et les examens médicaux, courants dans les écoles, ont fait prendre conscience de l'importance des soins dentaires et de la prévention de la carie chez les enfants⁶². Quelques provinces ont même mis sur pied des consultations dentaires mobiles afin de mieux servir les régions éloignées (par exemple, Terre-Neuve, le Nord de l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique)⁶³⁻⁶⁵.

Le système scolaire avait toutefois un autre visage pour les enfants inuits et des Premières nations qui fréquentaient les pensionnats indiens où, bien souvent, ils étaient victimes de négligence et vivaient dans des conditions insalubres. En 1907, le médecin-inspecteur

en chef avait signalé au ministère des Affaires Indiennes de nombreux problèmes de santé dans les écoles, dont la prévalence de la tuberculose, une mauvaise alimentation, le non-respect des normes de salubrité et la formation inadéquate du personnel^{44, 46, 66, 67}. En 1920, la fréquentation scolaire était devenue obligatoire pour tous les enfants inuits et des Premières nations âgés de 6 à 15 ans et, onze ans plus tard, le système de pensionnats était à son apogée, comptant environ 80 établissements au Canada^{66, 68}.

De 1936 à 1940, les TMI et maternelle ont diminué, surtout dans les familles à revenu élevé^{69, 70}. À la fin de cette période, le TMI moyen s'établissait à 71 décès pour 1 000 naissances vivantes⁷¹.

Au 20^e siècle – de la fin de la Seconde Guerre mondiale à l'an 2000

La santé des enfants continuait de s'améliorer, car le Canada s'appuyait sur les mesures de prévention et les changements sociaux et structureux qui s'étaient mis en place avant la Seconde Guerre mondiale. Les programmes de vaccination ont permis l'éradication complète ou quasi complète d'un grand nombre de maladies frappant habituellement les enfants. L'introduction du vaccin inactivé contre la polio, en 1955, et l'implantation des programmes de vaccination scolaires ont permis au Canada d'être certifié exempt de la polio en 1994^{52, 72}. De même, grâce à la vaccination massive contre la diphtérie, la coqueluche et la rougeole, ces maladies étaient devenues rares à la fin du siècle⁵².

La *Loi sur les soins médicaux*, adoptée en 1966, visait à fournir à tous les Canadiens une assurance-maladie. Dans les années 1970, toutes les provinces participaient au programme de santé universel^{62, 73}. La *Loi canadienne sur la santé*, votée en 1984, précisait quant à elle les conditions de financement des soins de santé et avait établi, pour ce faire, cinq grands principes à respecter : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité^{74, 75}.

La sécurité des enfants évoluait elle aussi grâce à l'adoption de lois, de normes et de règlements destinés à prévenir les blessures causées par les jouets, l'équipement, les meubles, les vêtements de nuit ou les dispositifs de transport. À la fin du siècle, ces mesures

avaient permis de réduire le nombre de blessures non mortelles chez les enfants⁷⁶⁻⁸⁰. Grâce aux lois provinciales et territoriales sur la sécurité des dispositifs de retenue dans les véhicules automobiles et la réduction des limites de vitesse, les taux de mortalité associés aux collisions routières ont également diminué^{76, 78, 81-83}.

Il existe peu d'information sur les habitudes alimentaires des femmes enceintes. Néanmoins, la décision du Canada d'imposer la fortification des produits céréaliers en acide folique (devenue obligatoire en novembre 1998) et de recommander à toutes les femmes aptes à concevoir de prendre de l'acide folique a contribué à diminuer de façon importante le nombre de malformations du tube neural avec lésion ouverte, comme l'anencéphalie et le spina bifida. Une étude réalisée dans sept provinces révèle que le taux général de malformations du tube neural a diminué de 46 % (voir la figure 2,1)⁸⁴⁻⁸⁶.

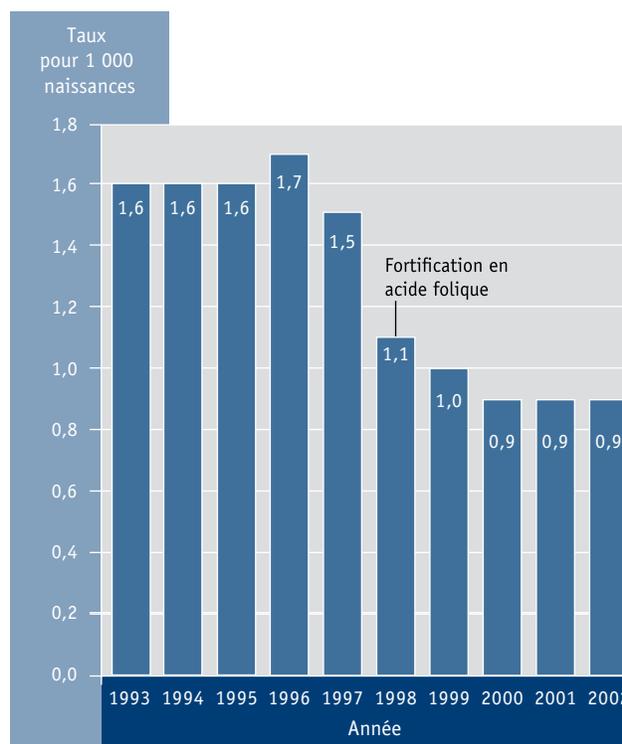
En ce qui concerne les investissements réalisés auprès des mesures sociales à grande échelle, des programmes et des politiques de soutien à la famille ont aussi vu le jour au cours de cette période.

- La Loi sur les allocations familiales de 1944 prévoyait le versement de prestations aux mères ayant des enfants de moins de 16 ans (cette limite d'âge a, par la suite, été repoussée à 18 ans) afin d'aider les familles en période d'après-guerre⁷³.
- La Loi sur l'assurance-chômage de 1971 offrait un soutien au revenu à tous les Canadiens au chômage qui y étaient admissibles et accordait des prestations de maternité aux familles qui venaient d'avoir ou d'adopter un enfant⁸⁷.
- Le Crédit d'impôt remboursable pour enfants, voté en 1978, venait en aide aux familles dont le revenu net était inférieur à un seuil donné⁶¹.
- La Prestation fiscale pour enfants de 1993 regroupait les allocations familiales et les crédits d'impôt remboursables et non remboursables pour enfants en une seule prestation mensuelle, basée sur le nombre d'enfants et sur le revenu familial. Elle incluait également le Supplément de revenu gagné, alloué aux familles de travailleurs à faible revenu ayant des enfants. En 1998, la Prestation fiscale pour enfants a été remplacée par la Prestation fiscale canadienne pour enfants, qui vient en aide aux familles à

faible revenu ou à revenu moyen. Le Supplément de revenu gagné a, pour sa part, été remplacé par le Supplément de la prestation nationale pour enfants, qui s'adresse aux familles à faible revenu^{88, 89}.

En 1991, le Canada a ratifié la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, garantissant ainsi à tous les enfants le droit de « jouir du meilleur état de santé possible »^{94, 95}. L'année suivante, il a lancé son initiative *Grandir ensemble : Plan d'action canadien pour*

Figure 2,1 Prévalence des malformations du tube neural dans sept provinces canadiennes, de 1993 à 2002⁸⁵



Les sept provinces canadiennes sont Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec, le Manitoba, l'Alberta et la Colombie-Britannique.

Diagnosics de la CIM-9 655,0 et 740,0 à 742,0 et CIM-10 Q00, Q01, Q05 et O35,0.

La diminution des malformations du tube neural n'a pas été calculée uniquement pour les naissances vivantes, mais également pour les mortinaissances et les avortements provoqués.

Source : De Wals, P., F. Tairou, M. I. Van Allen, S.-H. Uh, R. B. Lowry, B. Sibbald et coll., 2007.

les enfants afin de réduire les risques chez les enfants grâce à des programmes ciblés, tels que le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)^{93, 96}. Par ailleurs, pour répondre aux besoins spécifiques des enfants et des familles inuits, métis et des Premières nations, deux programmes ont également été mis en place : le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques (1995) et

La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant

En vertu de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, il incombe aux gouvernements d'assurer à tous les enfants le droit de vivre, de grandir en santé, d'être protégés et de pouvoir exprimer leurs opinions sur tout ce qui les concerne. Les quatre principes fondamentaux de la Convention sont la non-discrimination; l'intérêt supérieur de l'enfant; le droit de vivre, de survivre et de se développer; et le droit d'exprimer librement ses opinions⁹⁰.

La Convention s'accompagne de deux protocoles facultatifs, qui fournissent aux enfants une protection additionnelle dans des situations particulières, le Protocole facultatif concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés, ratifié en 2000, et le Protocole facultatif concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, ratifié en 2005^{91, 92}. Le Canada a adopté des politiques, des lois et des programmes afin de promouvoir l'application des principes directeurs de la Convention et de ses protocoles facultatifs et ainsi améliorer la condition des enfants. Lancée en 2004, le plan d'action national pour les enfants *Un Canada digne des enfants* est sans doute la mesure la plus importante prise à cet égard⁹³.

En tant que partie à la Convention, le Canada doit produire des comptes rendus périodiques des mesures qu'il a prises pour se conformer à cette entente et à ses protocoles facultatifs. Depuis la présentation de son premier rapport, en 1994, il a toujours respecté cette obligation et il présentera cette année un rapport sur les suites données à certains engagements.

le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves (1998)^{97, 98}. En 1997, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont aussi convenu de mettre en œuvre un Plan d'action national pour les enfants, qui prévoyait une série de mesures destinées à offrir à tous les enfants canadiens la meilleure chance possible de se réaliser⁹⁹.

Vers le milieu des années 1950 et jusqu'à la fin de cette décennie, les enfants des Premières nations ont commencé à fréquenter les écoles publiques ordinaires^{100, 101}. En 1972, la Fraternité des Indiens du Canada (qui allait devenir l'Assemblée des Premières Nations) a réclamé « la maîtrise indienne de l'éducation indienne », demande à laquelle le gouvernement fédéral a acquiescé en 1973¹⁰²⁻¹⁰⁴. Mais ce n'est qu'en 1996 que le dernier pensionnat indien a fermé ses portes, soit l'année où la Commission royale sur les peuples autochtones a recommandé la tenue d'une enquête publique sur les mauvais traitements subis par les enfants dans les pensionnats^{105, 106}. Selon l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) de 2002-2003, les quatre expériences reconnues par les anciens élèves des pensionnats comme étant les plus négatives sur le plan de la santé et du bien-être étaient l'isolement de leur famille, la violence verbale ou psychologique, la discipline rigoureuse et la perte de leur identité culturelle⁵⁰.

Entre 1995 et 1999, le Canada affichait un TMI moyen de 5,6 décès pour 1 000 naissances vivantes, une baisse par rapport au taux de 45 décès pour 1 000 naissances vivantes enregistré dans les cinq années qui ont suivi la fin de la Seconde Guerre mondiale^{70, 107}.

Le 21^e siècle

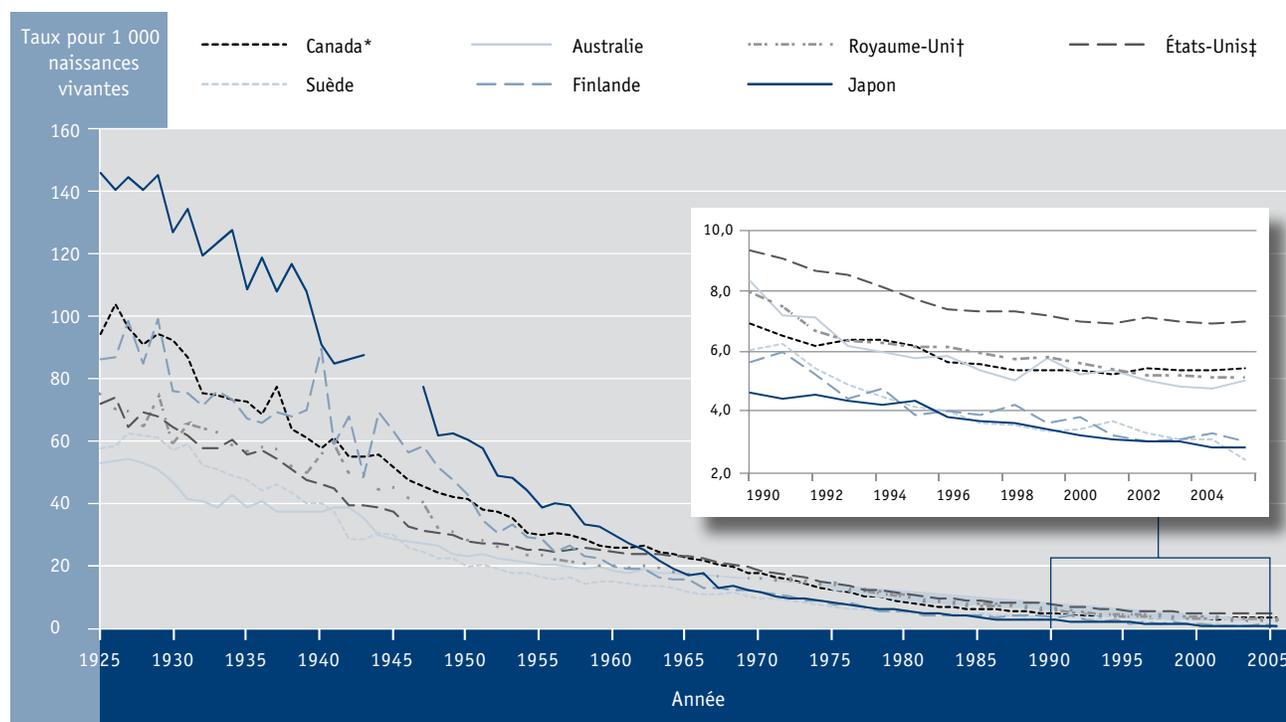
Le Canada continue de promouvoir les expériences positives pour les enfants et les familles au moyen de stratégies et de mesures favorisant la sécurité et la santé physique et mentale des enfants. D'ailleurs, l'Entente fédérale-provinciale-territoriale sur le développement de la petite enfance, adoptée en 2003, avait pour objectif de promouvoir la santé et le développement de l'enfance et d'instaurer, pour les familles et les collectivités, des mesures axées sur l'emploi, la formation et les soins aux jeunes enfants^{93, 108}. Les modifications apportées en 2001 à la *Loi sur l'assurance-emploi*, entre autres, ont apporté

un soutien supplémentaire aux familles, notamment en prolongeant (de six mois à un an) le congé de maternité ou le congé parental^{87, 93}. De nombreux programmes ont également été ajoutés à l'initiative *Grandir ensemble* (par exemple, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, le PACE et le PCNP) dans le but de limiter encore davantage les risques auxquels les enfants sont exposés^{96, 109, 110}. On constate d'ailleurs une diminution constante des taux de blessures, résultat des lois, normes et règlements adoptés dans la seconde moitié du 20^e siècle pour prévenir les blessures, mais aussi grâce à de nouvelles mesures prises par le Canada, telles que l'interdiction des marchettes pour bébés (2004)^{78, 111}.

Plus récemment, le Canada a mis sur pied de nouvelles mesures ou a apporté des améliorations aux mesures en place afin de mieux protéger la santé et le bien-être des enfants. Par exemple, la Prestation universelle pour la garde d'enfants (2006) offre un soutien financier qui sert à couvrir les frais de garde des enfants âgés de moins de six ans, tandis que le Crédit d'impôt pour la condition physique des enfants (2007) fait la promotion d'un mode de vie actif et s'attaque aux facteurs de risque d'obésité chez les enfants¹¹²⁻¹¹⁴. Il est toutefois trop tôt pour évaluer l'efficacité de ces nouveaux programmes.

En juin 2008, le premier ministre Stephen Harper a présenté, au nom de tous les Canadiens, des excuses

Figure 2,2 Taux de mortalité infantile dans certains pays, de 1925 à 2005^{70, 117-127}



* Excluant le Québec en 1925, Terre-Neuve en 1925 et 1926 ainsi que le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest de 1925 à 1949.

† Les taux de mortalité infantile sont basés sur le nombre de naissances vivantes durant l'année, sauf de 1931 à 1956, où ils sont établis en fonction du nombre de naissances vivantes déclarées.

‡ Les taux de mortalité infantile de 1925 à 1940 ne comprennent pas les mortinaissances.

Source : Australian Bureau of Statistics; Office for National Statistics; Grove, R. D. et A. M. Hetzel, 1968; Linder, F. E., R. D. Grove et H. L. Dunn, 1947; Statistique Canada; Statistics Sweden; Ministry of Health, Labour and Welfare; Human Mortality Database; Agence de la santé publique du Canada.

aux victimes des pensionnats indiens¹¹⁵. La Commission de vérité et de réconciliation relatera l'histoire des pensionnats en évoquant les répercussions que ce système a eues sur la vie des Premières nations et des Inuit. Elle présentera également des recommandations sur la façon dont les politiques publiques pourraient favoriser le passage à l'étape suivante¹¹⁶.

Au cours des dernières décennies, le Canada a vu son TMI chuter à 5 décès pour 1 000 naissances vivantes (voir la figure 2,2), une amélioration remarquable par rapport aux 145 décès pour 1 000 naissances vivantes qu'il affichait un siècle plus tôt^{32, 33, 117}. Même s'il faut faire preuve de prudence dans les comparaisons entre pays en raison des différences de méthodes, le Canada semble se laisser distancer par d'autres pays qui, eux, continuent de faire des progrès^{70, 117-127}. La portion agrandie de la figure 2,2 montre en effet que les taux de la Suède, de la Finlande et du Japon ont continué de décroître, tandis que ceux du Canada se maintiennent depuis dix ans.

Résumé

Ce bref historique montre que, dans ses efforts pour favoriser la santé et le développement des nourrissons et des enfants, le Canada ne fait pas que réagir à l'écllosion de maladies, comme c'était le cas à ses débuts; au fil des années, il a pris un nouveau tournant, davantage

axé sur la prévention, la protection et la promotion de la santé et du bien-être de la population. Il a aussi changé radicalement sa façon de concevoir la santé des enfants, qui est aujourd'hui considérée indépendamment de celle de la population en général, puisque l'enfance est désormais reconnue comme une étape à part entière, qui prédétermine la santé à long terme. En plus d'améliorer les chances de survie des enfants pendant les premières années de vie, le Canada s'emploie maintenant à leur offrir les conditions et les moyens de grandir en santé et de le rester, afin de leur assurer une vie longue et productive. C'est pourquoi il investit dans les soins prénataux et postnataux, la vaccination, les services de soutien, les programmes sociaux, les mesures de sécurité et les lois, qui ont montré leur efficacité à prévenir les maladies et les blessures à tout âge. Dans l'ensemble, les mesures mises en place depuis 150 ans par le Canada afin d'améliorer la santé des enfants ont fait chuter considérablement le TMI et ont haussé l'espérance de vie des Canadiens, qui est maintenant l'une des plus élevées du monde. Toutefois, il y a des signes que, sur certains plans, nous ne progressons pas au même rythme que d'autres pays. Le chapitre 3 examinera l'état de santé actuel des enfants canadiens âgés de moins de 12 ans, notamment les causes de décès, la nature des problèmes de santé et les profils d'incapacité observés dans ce groupe d'âge en particulier.

Santé des enfants canadiens

Ce chapitre présente un survol de l'état de santé actuel de la population canadienne de 11 ans et moins, en plus de se pencher sur les causes de la mauvaise santé et d'incapacité. Il est important de noter que, pour ce groupe d'âge, les données ne sont pas toujours disponibles. Ainsi, certaines d'entre elles peuvent ne concerner qu'un sous-groupe d'âge ou encore s'appuyer sur un échantillon plus large que la portion ciblée. Dans ces cas, nous avons présumé que les résultats obtenus étaient très similaires à ceux que nous aurait révélé l'existence de données propres aux groupes d'âges plus précisément examinés.

Les enfants canadiens de la naissance à 11 ans

Selon le recensement de 2006, Statistique Canada estime que, sur les 31,6 millions de personnes qui forment la population canadienne, 4,3 millions sont des enfants de moins de 12 ans (voir le tableau 3,1). Un peu moins de la moitié de ces enfants (2,0 millions) ont moins de 6 ans. Environ 5 % sont des immigrants et 6 % des Autochtones¹²⁸⁻¹³⁰.

La majorité (79 %) des enfants canadiens de moins de 12 ans vivent en milieu urbain. De plus, une grande

partie de ces enfants (82 %) vivent à la maison avec deux parents¹²⁹. En 2006, 17 % des enfants de moins de 12 ans vivaient avec un seul parent, ce qui correspond à une augmentation de 0,3 % par rapport à 1991^{129, 131}. La majorité de ces enfants (84 %) vivaient avec une mère seule, et les autres avec un père seul¹²⁹. En comparaison, 37 % des enfants de Premières nations, 31 % des enfants métis et 26 % des enfants inuits de moins de 15 ans vivaient avec un seul parent, alors que, toujours dans ces trois groupes respectifs, 8 %, 2 % et 4 % des enfants vivaient avec soit un grand-parent soit avec d'autres membres de la famille¹³²⁻¹³⁴. Environ 2 % des enfants canadiens de ce groupe d'âge vivent ailleurs qu'en logement privé, notamment dans des refuges, en famille d'accueil, en foyer de groupe ou en établissement¹²⁹.

Le nombre de naissances au Canada est demeuré relativement stable au cours des 30 dernières années, se chiffrant à environ 360 000 par année. Le taux de fécondité total actuel, qui est de 1,6 enfant par femme âgée de 15 à 49 ans, a lui aussi peu varié depuis le milieu des années 1970, mais il équivaut à moins de la moitié de ce qu'il était en 1960¹³⁵⁻¹³⁹. Bien que l'on observe aussi une baisse du taux de fécondité chez les femmes autochtones du Canada, qui est présentement 2,6 enfants

Tableau 3,1 Enfants canadiens

		Description	Année
Population de la naissance à 11 ans			
Population ¹	4 310,2	mille enfants de 0 à 11 ans	2006
Autochtones ²	273,1	mille enfants de 0 à 11 ans	2006
Premières nations (ascendance unique) ¹	124,6	mille enfants de 0 à 11 ans	2006
Métis (ascendance unique) ¹	16,6	mille enfants de 0 à 11 ans	2006
Inuits (ascendance unique) ¹	11,3	mille enfants de 0 à 11 ans	2006
Immigrants ¹	234,1	mille enfants de 0 à 11 ans	2006
Population urbaine ¹	3 426,5	mille enfants de 0 à 11 ans	2006
Enfants dans les ménages privés ¹	4 241,4	mille enfants de 0 à 11 ans	2006
Enfants vivant avec deux parents ¹	3 498,0	mille enfants de 0 à 11 ans	2006
Enfants vivant avec un seul parent ¹	743,5	mille enfants de 0 à 11 ans	2006
Enfants vivant avec une mère seule ¹	627,8	mille enfants de 0 à 11 ans	2006
Enfants vivant avec un père seul ¹	115,6	mille enfants de 0 à 11 ans	2006
Taux de natalité			
Taux de fécondité total ¹	1,6	naissances par femme au cours de la période de fécondité de 15 à 49 ans	2006
Taux brut de natalité ¹	10,9	naissances vivantes pour mille habitants	2006

Remarque : Il est possible que la somme des populations métisse, inuite et des Premières nations ne corresponde pas à la population autochtone totale en raison de l'indication de l'ascendance unique. L'annexe E : Définitions et sources de données des indicateurs fournit de plus amples renseignements à ce sujet.

Sources : (1) Statistique Canada et (2) Affaires indiennes et du Nord Canada.

par femme de 15 à 49 ans, ce taux demeure bien supérieur à la moyenne canadienne^{134, 140}.

L'accroissement de la longévité, ainsi que la réduction du taux de fécondité, ont entraîné une baisse de la proportion de la population totale des 0 à 11 ans, laquelle est passée de 23 % en 1971 à 14 % en 2006^{128 141}. Même si la proportion des Autochtones de moins de 25 ans a également diminué, au cours des dernières années, en passant de 53 % en 1996 à 48 % en 2006, cette baisse est beaucoup moins importante que celle observée dans l'ensemble de la population canadienne^{142, 143}. Ainsi, la population autochtone vivant hors réserve est relativement plus jeune que la population non autochtone du Canada, puisque les personnes de moins de 25 ans représente 48 % de la population autochtone comparativement à 31 % pour la population non autochtone (voir la figure 3,1)¹⁴³.

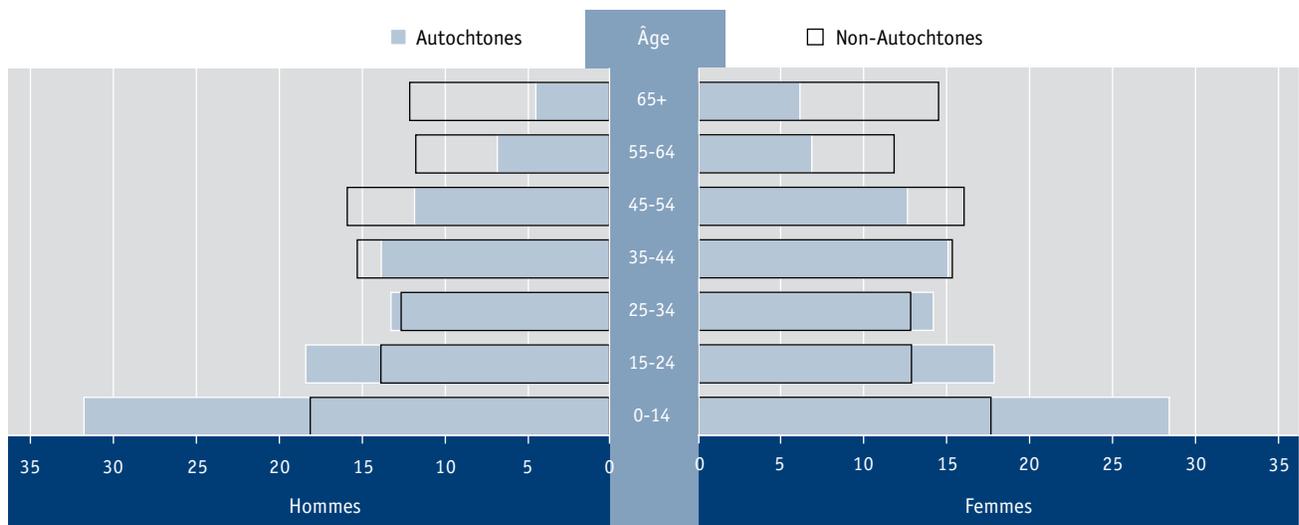
Le tableau 3,2 présente les indicateurs de santé actuels des enfants canadiens. Ceux-ci comprennent entre autres les indices de l'espérance de vie, les résultats de grossesses, ainsi que les principaux indices sur les causes de mortalité, de mauvaise santé et de maladie pour ce groupe d'âge.



La santé des enfants canadiens

Bien que les problèmes de santé qui affectent les jeunes enfants soient, pour la plupart, propres à leur âge, dans certains cas les impacts sur leur santé sont les mêmes que chez les adultes, ou alors ces problèmes risquent d'entraîner de graves conséquences à l'âge adulte.

Figure 3,1 Répartition de la population autochtone et non autochtone par groupe d'âge, Canada, 2006¹⁴³



Source : Statistique Canada.

Tableau 3,2 Santé des enfants canadiens

État de santé	Description	Année
Espérance de vie, naissances et résultats de grossesses		
Espérance de vie ¹	80,8 années d'espérance de vie à la naissance	2006
Garçons ¹	78,4 années d'espérance de vie à la naissance	2006
Filles ¹	83,0 années d'espérance de vie à la naissance	2006
Espérance de vie ajustée en fonction de la santé ¹	69,6 années d'espérance de vie en santé à la naissance	2001
Garçons ¹	68,3 années d'espérance de vie en santé à la naissance	2001
Filles ¹	70,8 années d'espérance de vie en santé à la naissance	2001
Naissances et résultats de grossesses		
Taux de naissances prématurées ¹	7,9 pour cent de naissances vivantes des grossesses de moins de 37 semaines	2006
Faible poids à la naissance ¹	6,1 pour cent de naissances vivantes de bébés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance	2006
Naissances multiples	3,1 pour cent de naissances vivantes	2006
Mortalité		
<u>Population de moins d'un an</u>		
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) ¹	5,0 décès pour 1 000 naissances vivantes la même année	2006
Taux de mortalité néonatale (de 0 à 27 jours) ¹	3,7 décès pour 1 000 naissances vivantes la même année	2006
Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques ¹	1,3 décès pour 1 000 habitants de moins d'un an	2005
Troubles liés à la durée de la grossesse et à la croissance du fœtus ¹	0,7 décès pour 1 000 habitants de moins d'un an	2005
Taux de mort subite du nourrisson ¹	0,3 décès pour 1 000 habitants de moins d'un an	2005
<u>Population de 1 à 11 ans</u>		
Blessures intentionnelles et non intentionnelles	4,9 décès par année pour 100 000 habitants	2004
Tumeurs malignes ¹	2,7 décès par année pour 100 000 habitants	2004
Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques ¹	1,4 décès par année pour 100 000 habitants	2004
Mauvaise santé et maladie		
<u>Maladies chroniques</u>		
Asthme* ³	15,6 pourcentage de la population de 4 à 11 ans	2000
Diabète ³	0,3 pourcentage de la population de 1 à 19 ans	2005-2006
Incidence de cancer ²	15,0 nouveaux cas pour 100 000 enfants de 0 à 14 ans	2000-2004
Embonpoint ¹	16,9 pourcentage de la population de 2 à 11 ans	2004
Obésité ¹	7,4 pourcentage de la population de 2 à 11 ans	2004
<u>Maladies pouvant être prévenues par un vaccin</u>		
Rougeole ³	0,4 cas pour 100 000 habitants de 0 à 5 ans	2004-2005
Méningocoque du groupe C ³	0,6 cas pour 100 000 habitants de 0 à 5 ans	2004-2005
<u>Troubles mentaux et comportementaux</u>		
Score de problème émotionnel ou d'anxiété* ⁵	14,7 pourcentage d'enfants de 2 à 5 ans démontrant un niveau élevé de problème émotionnel et/ou d'anxiété	2004-2005
Score d'hyperactivité ou d'inattention* ⁵	6,6 pourcentage d'enfants de 2 à 5 ans démontrant un niveau élevé d'hyperactivité et/ou d'inattention	2004-2005
Score d'agressivité physique* ⁵	14,2 pourcentage d'enfants de 2 à 5 ans démontrant un niveau élevé d'agressivité physique, de trouble de l'opposition et/ou de trouble des conduites	2004-2005

* Données déclarées (par la personne, un parent ou d'autres)

Remarque : L'annexe E : Définitions et sources de données des indicateurs fournit de plus amples renseignements à ce sujet.

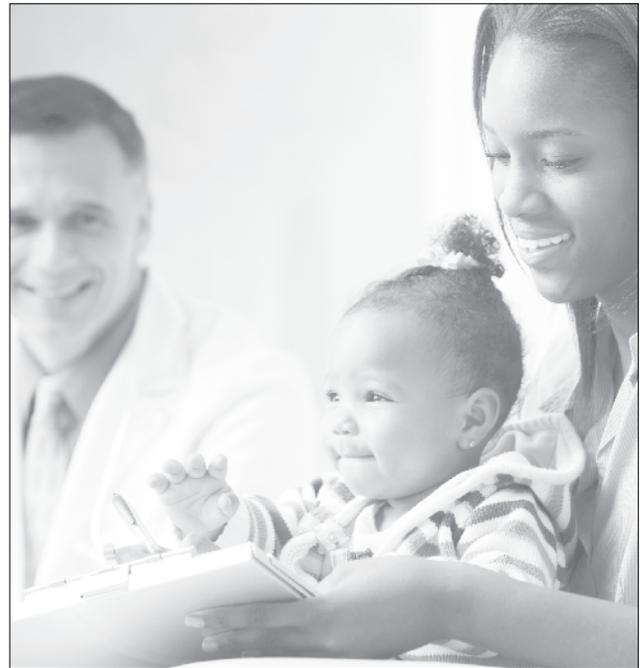
Sources : (1) Statistique Canada, (2) Société canadienne du cancer, (3) Agence de la santé publique du Canada (4) Gouvernement du Canada et (5) Indicators of Early Childhood Health & Well-Being in British Columbia.

Espérance de vie, naissances et résultats de grossesses

En supposant que les profils de mortalité propres à leur année de naissance se maintiennent, les enfants nés au Canada en 2005 vont jouir d'une espérance de vie d'environ 80 ans, celle des filles étant plus grande que celle des garçons, soit de 83 ans contre 78,4 ans¹⁴⁴. Au chapitre de la santé, on prévoit que près de 70 de ces années, étalées sur la durée de vie, seront vécues en bonne santé¹⁴⁵. Cependant, tous les Canadiens ne jouissent pas d'une espérance de vie aussi longue. En 2001, celle des hommes autochtones n'était que de 71 ans et celle des femmes autochtones de 77 ans¹³⁴.

La plupart des bébés nés au Canada sont en santé et naissent à terme. En 2006, près de 8 % des naissances étaient considérées comme prématurées, alors qu'environ 6 % des nouveaux-nés pesaient moins de 2 500 grammes, seuil critique en deçà duquel on considère qu'il s'agit de bébés de faibles poids à la naissance^{146, 147}. Des liens ont été établis entre un faible poids à la naissance et un faible quotient intellectuel, une mémoire déficiente ainsi qu'une capacité limitée à retenir l'information. De plus, les difficultés d'apprentissage, les problèmes de comportements et les troubles émotionnels ont également été associés à un faible poids à la naissance¹⁴⁸.

Les enfants issus d'une naissance multiple (deux enfants ou plus nés en même temps) sont souvent plus petits que les autres; 52 % d'entre-eux ont un faible poids à la naissance et 9 % ont un très faible poids à la naissance, soit de moins de 1 500 grammes¹⁴⁹. En outre, un peu plus de la moitié (53 %) des naissances multiples sont prématurées (avant 37 semaines de grossesse), alors que seulement 6 % des naissances simples sont prématurées¹⁵⁰. Au Canada, le nombre de naissances multiples a augmenté, passant de 2,7 % des naissances vivantes en 2000 à 3,1 % des naissances vivantes en 2006¹⁵¹. Une partie de cet accroissement est probablement attribuable à l'essor de la procréation assistée médicalement et de la procréation différée – deux facteurs reconnus pour augmenter les risques de naissances multiples¹⁵².



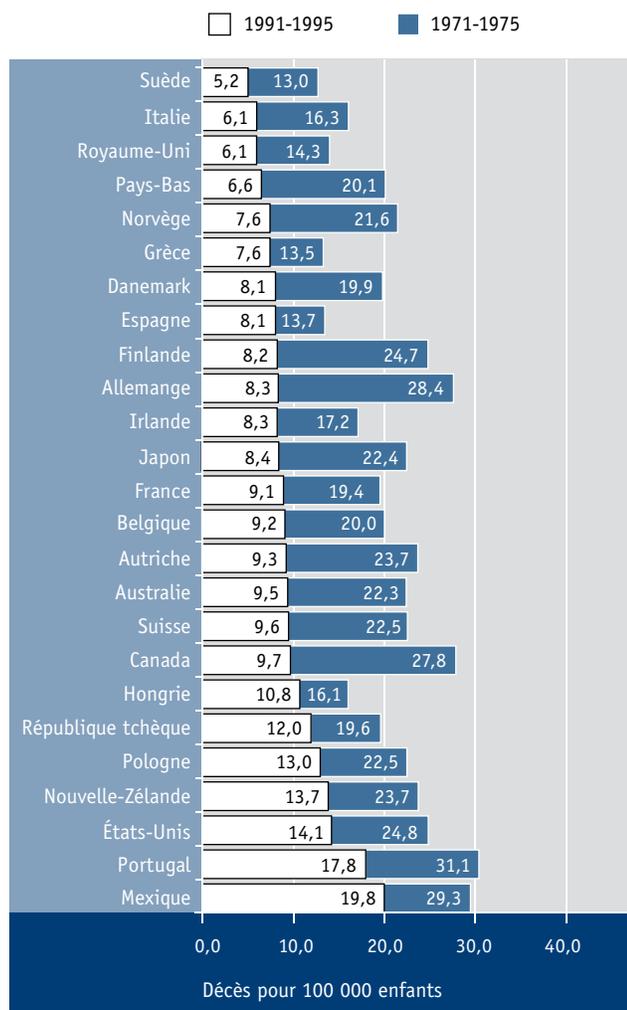
Mortalité

Tel que mentionné au chapitre 2, le TMI au Canada, à l'instar d'ailleurs de pays développés comparables, a diminué jusqu'à la fin du 20^e siècle. Toutefois, alors que la baisse s'est poursuivie dans les autres pays, le taux canadien de 5 décès par 1 000 naissances est resté relativement stable au cours de la dernière décennie¹⁵³. Les causes les plus fréquentes de mortalité infantile sont les malformations congénitales, les déformations et les anomalies chromosomiques (qui regroupent un ensemble de maladies comme le spina-bifida et le syndrome de Down), suivis des troubles liés à la prématurité et au faible poids à la naissance^{154, 155}. La mort subite du nourrisson (MSN) est la cinquième cause de mortalité chez les nourrissons canadiens, bien que le taux de MSN de 2005 (environ 33 décès pour 100 000 nourrissons de moins d'un an) ait beaucoup diminué comparé au 66 décès pour 100 000 nourrissons voilà à peine dix ans^{141, 156, 157}.

Les principales causes de mortalité sont différentes chez les enfants de plus d'un an. Les blessures non-intentionnelles – notamment celles liées à des accidents

de véhicules motorisés – constituent la principale cause de mortalité chez les enfants de 1 à 11 ans^{141, 158, 159}. En 2005, toujours dans ce groupe d'âge, les blessures non intentionnelles ont entraîné 3,9 décès pour 100 000, ce qui correspond à 33 % de l'ensemble des décès chez ces enfants. Près de la moitié (47 %) de ces blessures étaient dues à des accidents de la circulation et ce, malgré les progrès réalisés, au cours des dernières décennies, en

Figure 3,2 Taux de décès associés aux blessures chez les enfants de 1 à 14 ans dans certains pays de l'OCDE, années 1970 et 1990¹⁶²



Source: UNICEF.

matière de sécurité des enfants à bord des véhicules^{141, 158, 159}. La noyade, les troubles respiratoires et les incendies figurent ensuite parmi les causes les plus communes de décès associées aux blessures non intentionnelles^{141, 158, 159}. Les risques de blessures non intentionnelles et de décès prématuré par suite de noyade, ou en raison de causes diverses, sont plus élevés chez les enfants autochtones^{160, 161}.

Le Canada a réussi à réduire les décès associés aux blessures (intentionnelles et non intentionnelles) chez les enfants, mais il y a toujours place à l'amélioration¹⁶³. Entre 1971-1975 et 1991-1995, soit en 20 ans, le Canada est passé de la 22^e à la 18^e place au classement des 25 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), établi par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) concernant les décès liés aux blessures (intentionnelles et non intentionnelles) chez les enfants de 1 à 14 ans (voir la figure 3,2)¹⁶². Ce changement au classement peut sembler négligeable, mais il correspond à la quatrième baisse de taux en importance pour cette période, soit à une réduction de près de deux tiers des décès (65 %) pour 100 000 enfants entre 1971-1975 et 1991-1995. L'Allemagne, les Pays-Bas et la Finlande remportent les trois premières places pour la réduction de ce taux (avec 71, 67 et 67 % respectivement)¹⁶². De 1991 à 1995, la Suède, l'Italie, le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont eu le plus bas taux de décès associés aux blessures chez les enfants, avec moins de 7 décès par blessure pour 100 000 enfants (de 1 à 14 ans). Durant cette période, les taux du Canada et des États-Unis étaient respectivement de 9,7 et de 14,1 décès par blessure pour 100 000 enfants¹⁶².

Les cancers ainsi que les malformations congénitales, les déformations et les anomalies chromosomiques représentent ensuite les deuxième et troisième causes principales de mortalité chez les enfants de ce groupe d'âge^{141, 158}.

Bien que les voies de fait ne fassent pas partie des principales causes de décès chez les enfants, il est préoccupant de constater que 27 enfants (0,6 pour 100 000) âgés de 1 à 11 ans en sont morts durant l'année 2005 (les chiffres n'ont pour ainsi dire pas changé à cet égard depuis 2000)^{141, 159}.

Mauvaise santé et maladie

Un grand nombre de problèmes de santé et de maladies qui affectent les enfants, même s'ils ne sont pas mortels, demeurent très préoccupants. Certains d'entre eux les affectent particulièrement durant l'enfance, alors que d'autres peuvent entraîner de graves conséquences à l'âge adulte.

Asthme, diabète et cancer

Trois maladies chroniques importantes affectent les enfants : l'asthme, le diabète et le cancer. Les données de 2000 indiquaient qu'environ 16 % des enfants canadiens âgés de 4 à 11 ans souffraient d'asthme¹⁶⁴. Il est possible que ces données ne reflètent pas la prévalence réelle de la maladie, car elles n'englobent pas les enfants de moins de 4 ans, qui sont incapables d'effectuer correctement l'épreuve diagnostique¹⁶⁴. Si l'on observe uniquement la moitié la plus âgée de ce groupe d'âge, 17 % des enfants de 8 à 11 ans souffrent d'asthme¹⁶⁴. Bien que la prévalence de cette maladie ait augmenté depuis 1994-1995 (11 %), le nombre de cas graves est passé de 41 % à 36 % au cours de la même période¹⁶⁵. En 2005-2006, il a été estimé que 0,3 % des jeunes de 1 à 19 ans étaient diabétiques¹⁶⁶. La grande majorité d'entre eux ont reçu un diagnostic de diabète insulino-dépendant (type 1), qui est principalement associé à des facteurs génétiques. Cependant, en raison des mauvaises habitudes alimentaires et de l'augmentation des taux d'obésité, on constate chez les enfants canadiens de plus en plus de cas de diabète de type 2 (observé auparavant uniquement chez les adultes)¹⁶⁷.

Il est difficile d'évaluer avec exactitude combien d'enfants canadiens souffrent d'un cancer pendant une période de mesure donnée, mais on estime qu'en moyenne, chaque année, plus de 800 enfants de 0 à 14 ans (15,0 pour 100 000) reçoivent un tel diagnostic¹⁶⁸. Le cancer le plus fréquent rencontré dans ce groupe d'âge est la leucémie, qui représente environ le tiers de tous les nouveaux cas¹⁶⁸.

Maladies pouvant être prévenues par un vaccin

Les incidences de maladies infectieuses qui peuvent être prévenues par un vaccin sont faibles au Canada. En effet, la majorité des enfants canadiens sont vaccinés contre toute une gamme de maladies potentiellement graves

(voir l'annexe B : Calendrier de vaccination systématique des nourrissons et des enfants). Selon les données de 2004, 94 % des enfants de deux ans sont vaccinés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, 78 % contre la diphtérie, 74 % contre la coqueluche, 73 % contre le tétanos et 89 % contre la polio¹⁶⁹.

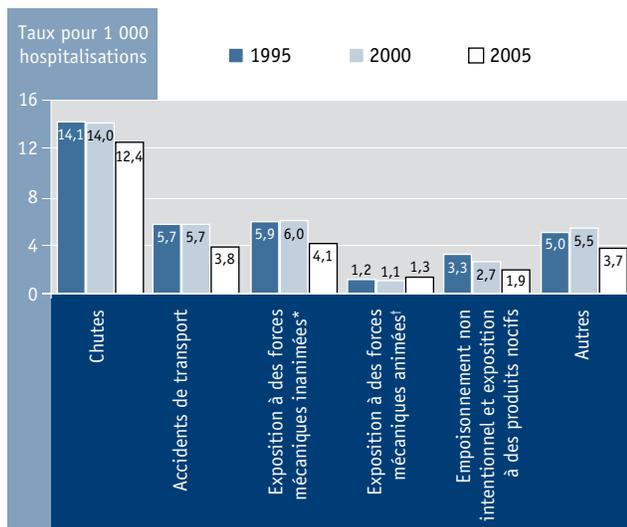
Toutefois, les taux de couverture vaccinale ne sont pas uniformes, ce qui a eu pour effet de rendre certaines populations plus vulnérables à des maladies pouvant être prévenues par un vaccin⁵². Les plus faibles taux de couverture peuvent être attribuables à des problèmes en matière de sensibilisation, à un accès moins facile aux programmes de vaccination ou à des perceptions culturelles différentes⁵². Étant donné que nous ne disposons pas de mécanismes pour recueillir de façon uniforme les données relatives à l'administration des vaccins, l'Agence de la santé publique du Canada a établi, à l'intention des provinces et des territoires, des lignes directrices provisoires qui concernent la collecte de ces données dans le but de mieux évaluer la couverture vaccinale¹⁷⁰.

Blessures non intentionnelles

Les blessures non intentionnelles ne sont pas seulement une cause importante de décès chez les enfants canadiens; elles constituent la première cause de morbidité et d'incapacité chez les enfants et les jeunes canadiens. En 2005, ces blessures comptaient pour 15 % des hospitalisations d'enfants de moins de 12 ans¹⁷¹. Les chutes, les accidents de la circulation et les blessures causées par des objets inanimés constituaient les principales raisons de ces hospitalisations (voir la figure 3,3)¹⁷¹. Selon l'ERS 2002-2003, 18 % des enfants des Premières nations ont subi une blessure suffisamment grave au cours de l'année précédente pour nécessiter des soins médicaux (par exemple coupures graves, entorses ou foulures graves ou fractures)⁵⁰.

Les blessures les plus graves comprennent celles à la tête et au cerveau, y compris les blessures apparemment mineures à la tête mais qui peuvent entraîner des dommages permanents au cerveau. Vingt pour cent des blessures qui occasionnent un trauma grave vont entraîner des blessures graves à la tête et une incapacité permanente¹⁶³. Les principales causes de blessures à

Figure 3,3 Taux d'hospitalisation pour certaines blessures non intentionnelles chez les enfants de 0 à 11 ans, Canada, 1995, 2000 et 2005¹⁷¹⁻¹⁷³



* L'exposition à des forces mécaniques inanimées comprend notamment le fait d'être blessé par un projectile ou une décharge d'arme à feu.

† L'exposition à des forces mécaniques animées comprend notamment le fait d'être blessé par une personne ou un animal.

Source : Agence de la santé publique du Canada.

la tête surviennent à la suite de collisions en véhicule motorisé, de chutes ou lors de la pratique d'un sport¹⁷⁴. Ces blessures peuvent entraîner des problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété ou le trouble de stress post-traumatique (TSPT)¹⁷⁵. Chez les enfants, le TSPT peut parfois apparaître un an ou plus après l'accident. S'il n'est pas traité, le TSPT peut devenir chronique et entraîner des problèmes d'ordre affectifs et comportementaux (par exemple troubles de l'alimentation, pratique d'activités à risque élevé, dépression, comportements violents et difficultés de concentration)¹⁷⁶⁻¹⁷⁸.

Obésité

Entre 1978 et 2004, les taux d'obésité mesurée ont presque triplé chez les enfants et les jeunes canadiens de 2 à 17 ans¹⁷⁹. Les données les plus récentes indiquent que près de 17 % des 2 à 11 ans font de l'embonpoint et qu'un peu plus de 7 % d'entre eux sont obèses¹⁷⁹. Des

différences peuvent être observées chez certaines sous-populations où l'on constate des taux plus importants d'excès de poids, notamment auprès des enfants de quartiers à faible revenu ou de familles dont le niveau de scolarité des parents est peu élevé^{180, 181}.

Les enfants autochtones et les enfants qui habitent dans les régions rurales sont également plus susceptibles de faire de l'embonpoint ou d'être obèses^{182, 183}. En 2004, selon les mesures de taille et de poids fournies par un parent ou un tuteur, 58 % des enfants des Premières nations, âgés de 3 à 11 ans et vivant sur une réserve, faisaient de l'embonpoint ou étaient obèses. Chez les enfants de 2 à 11 ans et vivant hors réserve, l'embonpoint ou l'obésité se chiffrait à 35 % tandis que parmi les enfants métis il se situait à 29 %. Bien qu'aucune donnée n'était disponible concernant le nombre d'enfants inuits faisant de l'embonpoint, on considère que 13 % d'entre eux sont obèses^{50, 184}. Parmi les facteurs susceptibles d'expliquer la prévalence plus élevée d'embonpoint et d'obésité chez ces populations, mentionnons le fait qu'une plus grande proportion de ces enfants vit dans des familles à faible revenu¹⁸⁵. Le fait d'habiter dans un foyer à faible revenu peut aggraver les problèmes de sécurité alimentaire qu'engendrent le coût souvent très élevé des aliments nutritifs dans les régions éloignées et du Nord¹⁸⁶.

Selon les recherches, l'obésité infantile est un fort indicateur de l'obésité adulte¹⁸⁷. Environ 33 % des enfants obèses d'âge préscolaire et 50 % des enfants obèses d'âge scolaire restent obèses à l'âge adulte, alors qu'un enfant de l'âge de deux ans qui présente un poids santé est moins susceptible de faire de l'embonpoint plus tard^{188, 189}. Faire de l'embonpoint ou être obèse à l'âge adulte peut entraîner de graves problèmes de santé tels que des maladies du cœur, certains types de cancers (de l'endomètre, du sein, du colon), le diabète de type 2, l'arthrose ainsi qu'un grand nombre d'autres ennuis de santé¹⁹⁰⁻¹⁹². Les impacts psychosociaux de l'obésité durant l'enfance ou l'adolescence sont également des facteurs qu'il est important de prendre en considération¹⁹³⁻¹⁹⁵. Dès l'âge de 5 ans, un enfant qui fait de l'embonpoint peut développer une image négative de lui-même et une faible estime de soi, ce qui plus tard peut engendrer de la tristesse, de la nervosité, conduire à la solitude ou induire des comportements à risque¹⁹⁴⁻¹⁹⁶.

Troubles mentaux et comportementaux

Depuis les années 1950, l'importance de recueillir et d'interpréter les données sur la santé mentale et les troubles comportementaux chez les enfants est de plus en plus reconnue et défendue¹⁹⁷. Les données recueillies sur la santé mentale et le bien-être des enfants proviennent de sources multiples, notamment des établissements provinciaux ou territoriaux qui dispensent des soins en santé mentale, mais aussi d'enfants, de parents, d'enseignants ou de pairs, de sorte que ces informations ne sont pas toujours comparables entre elles¹⁹⁷. Étant donné que la plupart des maladies mentales apparaissent au cours des premières années de vie, et persistent plus tard, il serait avantageux d'établir un protocole d'études longitudinales de la santé mentale des enfants^{27, 197, 198}.

Selon les estimations internationales actuelles, de 10 à 20 % des enfants souffriraient d'une maladie mentale²⁰⁰. Au Canada, le rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2004) souligne que 15 % des enfants et des jeunes seraient susceptibles d'être atteints par une maladie mentale à un moment de mesure donné^{201, 202}. Selon les

réponses de parents et de tuteurs interrogés dans le cadre de l'ERS 2002-2003, environ 29 % des enfants des Premières nations, de 0 à 11 ans et vivant sur une réserve, auraient eu des problèmes comportementaux ou affectifs au cours des six mois précédents⁵⁰.

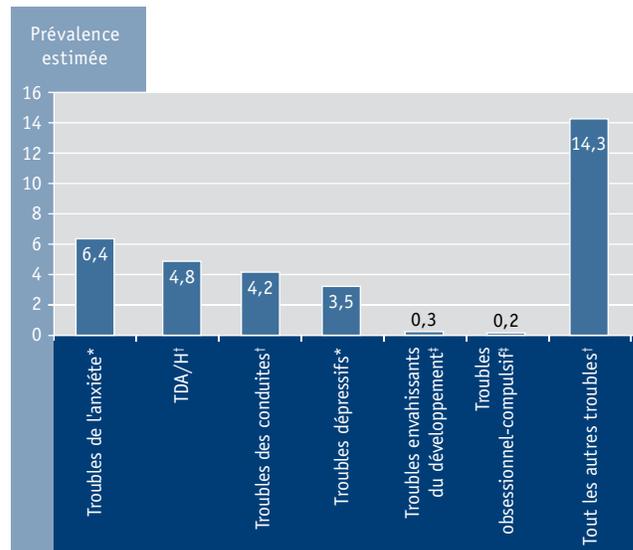
Les données indiquent que les troubles mentaux les plus courants chez les enfants canadiens sont l'anxiété, le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA/H), les troubles des conduites et les troubles dépressifs (voir la figure 3,4)^{203, 204}. Bien que des traitements spécialisés existent, moins du quart des enfants atteints en bénéficient^{203, 204}.

Les données indiquent que les troubles mentaux et les problèmes affectifs qui surviennent durant l'enfance et la jeunesse peuvent affecter les personnes tout au long de leur vie, notamment aux chapitres de la santé générale, du bonheur et de la productivité²⁷. Par exemple, les problèmes comportementaux d'agressivité physique chez

La **santé mentale** est la capacité que chacun d'entre nous possède de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes tous confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être affectif et spirituel qui reconnaît l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions entre individus et de la dignité personnelle¹⁹⁹.

Les **maladies mentales** sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués. La maladie mentale peut prendre diverses formes, entre autres : troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles anxieux, troubles de la personnalité, troubles de l'alimentation et dépendances telles que la toxicomanie et le jeu pathologique¹⁹⁹.

Figure 3,4 Prévalence estimée des troubles mentaux chez les enfants canadiens de moins de 15 ans, 2001^{203, 204}



* Données relatives aux enfants de 5 à 17 ans

† Données relatives aux enfants de 4 à 17 ans

‡ Données relatives aux enfants de 5 à 15 ans

Source : Waddell, C., McEwan, K., Shepherd, C. A., Offord, D. R., et Hua, J. M. (2005)

L'expression « **troubles d'apprentissage** » fait référence à un certain nombre de dysfonctionnements pouvant affecter l'acquisition, l'organisation, la rétention, la compréhension ou le traitement de l'information verbale ou non verbale. La gravité de ces troubles varie, et ceux-ci peuvent perturber l'acquisition et l'utilisation de l'une ou de plusieurs des compétences suivantes : le langage oral; la lecture; le langage écrit; et les mathématiques. Les troubles d'apprentissage peuvent également entraîner des déficits sur le plan organisationnel, des problèmes de perceptions et d'interaction sociales, de même que des difficultés à envisager le point de vue d'autrui²⁰⁶.

les enfants apparaissent généralement vers l'âge de 2 ou 3 ans²⁰⁵. Ils peuvent se perpétuer à mesure que les enfants vieillissent et accroître les risques de délinquance, de toxicomanie et de troubles mentaux à l'âge adulte²⁰⁵.

Il est difficile d'obtenir des données sur la prévalence des troubles d'apprentissage chez les enfants canadiens et ce, pour de nombreuses raisons. Parmi celles-ci, mentionnons le fait que le diagnostic est rarement posé et que les parents, par peur de la stigmatisation, sont plutôt réticents à reconnaître que leur enfant connaît des difficultés d'apprentissage. Toutefois, le taux établi de longue date d'un Canadien sur dix – bien que cette estimation soit considérée comme étant modeste – peut sans doute être appliqué aux enfants tout comme à la population en général, tenant pour acquis que les troubles d'apprentissage sont permanents²⁰⁷.

La prévalence des troubles envahissants du développement, dont l'autisme, le syndrome de Rett et le syndrome d'Asperger, est évaluée entre 27,5 et 70 pour 10 000 enfants de 1 à 14 ans²⁰⁸⁻²¹¹. Le diagnostic précoce de ces maladies peut être difficile à établir, car

les symptômes qui se manifestent chez ces enfants sont nombreux et divers. Ils peuvent présenter des problèmes de communication verbale et non verbale, être affectés par des troubles de motricité, afficher des comportements répétitifs, ou encore manifester des connaissances et des compétences inusitées pour un objet ou un sujet²¹¹⁻²¹⁵.

Résumé

La plupart des enfants qui naissent au Canada sont en bonne santé. Leur espérance de vie, ainsi que le nombre des années durant lesquelles ils sont susceptibles de jouir d'une bonne santé, figurent parmi les plus élevées au monde, tandis que les taux de maladie, de mortalité et d'incapacité restent faibles. Cependant, ce ne sont pas tous les enfants de ce groupe d'âge qui profitent des conditions nécessaires au maintien d'une bonne santé. Certaines habitudes de vie, qui peuvent conduire à des problèmes de santé ou à des incapacités, demeurent préoccupantes. Par exemple, les blessures non intentionnelles, l'obésité ainsi que les troubles mentaux et comportementaux sont particulièrement inquiétants, d'abord en raison de leur prévalence actuelle, qu'ils restent stables ou soient à la hausse, mais aussi à cause de l'influence à long terme qu'ils peuvent avoir sur la santé.

Plusieurs facteurs décisifs peuvent contribuer – positivement ou négativement – à la santé générale des enfants. Certains d'entre eux peuvent avoir des effets immédiats sur la santé et sont donc plus évidents à identifier, mais il en existe d'autres qui sont beaucoup moins manifestes et dont les effets peuvent apparaître, ou même s'accumuler, au fil du temps et des générations, ce qui rend le lien de cause à effet plus difficile à établir. Le chapitre 4 traite de ces facteurs ainsi que des répercussions les plus fréquentes qu'ils peuvent avoir sur la santé des enfants canadiens.

Répercussions des facteurs sociaux et physiques sur la santé

De nombreux facteurs ont des répercussions sur la santé des enfants canadiens, notamment l'environnement, les expériences vécues, la culture ainsi que divers autres déterminants de la santé. De la même manière, la capacité d'apprentissage, la résilience, les aptitudes sociales et la maturité affective sont toutes influencées par une combinaison de facteurs et ce, dès le jeune âge¹⁶¹. Ainsi, les facteurs économiques et sociaux (par exemple revenu,

scolarisation, appartenance sociale et comportements sociaux) ont des répercussions directes et indirectes sur la santé²¹⁶.

Statut socioéconomique

Même si de nombreux enfants canadiens vivent dans des conditions qui leur permettraient de grandir en santé (par

Tableau 4,1 Facteurs ayant des répercussions sur la santé des enfants

	Description	Année
Statut socioéconomique		
Enfants vivant dans des familles à faible revenu (après impôt)* ¹	12,4	Pourcentage de la population âgée de 0 à 11 ans
Personnes vivant l'insécurité alimentaire* ²	10,4	Pourcentage des ménages ayant des enfants (au cours de l'année précédente)
Personnes ne pouvant avoir accès à un logement acceptable ³	12,7	Pourcentage des ménages
Niveau de scolarisation des parents* ⁶	96,1	Pourcentage des ménages où au moins un des parents a un niveau de scolarisation élevé (c'est-à-dire un diplôme d'études secondaires ou postsecondaires)
Milieu familial, scolaire et communautaire		
Fonctionnement de la famille* ⁵	8,7	Pourcentage d'enfants de 0 à 5 ans provenant d'une famille très dysfonctionnelle
Parent souffrant de dépression* ⁵	10,0	Pourcentage d'enfants de 0 à 5 ans dont la personne responsable des soins manifeste de fortes tendances dépressives
Mauvais traitement* ⁶	22,1	Nombre de cas corroborés par 1 000 habitants, de 0 à 11 ans (à l'exclusion du Québec)
Médecin de famille régulier* ⁶	92,1	Pourcentage de ménages ayant des enfants de 0 à 11 ans
Faibles résultats dans au moins un des domaines liés à la maturité scolaire* ⁴	27,5	Pourcentage de la cohorte nationale d'enfants de la maternelle
Cohésion du quartier* ⁵	13,6	Pourcentage d'enfants de 0 à 5 ans vivant dans un quartier où la cohésion est faible
Sécurité du quartier* ⁵	22,3	Pourcentage d'enfants de 0 à 5 ans vivant dans un quartier peu sécuritaire
Comportements sains		
<u>Comportements des adultes</u>		
Allaitement maternel (initiation)* ⁶	90,3	Pourcentage de femmes ayant donné naissance au cours des 5 à 14 derniers mois
Allaitement maternel (plus de 6 mois)* ⁶	53,9	Pourcentage de femmes ayant donné naissance au cours des 5 à 14 derniers mois
Tabagisme durant le dernier trimestre de la grossesse* ⁶	10,5	Pourcentage de femmes ayant donné naissance au cours des 5 à 14 derniers mois
Consommation d'alcool durant la grossesse* ⁶	10,5	Pourcentage de femmes ayant donné naissance au cours des 5 à 14 derniers mois
<u>Comportements des enfants</u>		
Activité physique (plus de 7 heures par semaine) ¹	84,3	Pourcentage d'enfants de 6 à 11 ans
Temps passé devant un écran (moins d'une heure par jour) ¹	20,9	Pourcentage d'enfants de 6 à 11 ans
Consommation de fruits et de légumes (plus de 5 portions par jour) ¹	41,3	Pourcentage d'enfants de 2 à 17 ans

* Données déclarées (par la personne, un parent ou d'autres)

Remarque : L'annexe E : Définitions et sources de données des indicateurs fournit de plus amples renseignements à ce sujet.

Sources : (1) Statistique Canada, (2) Santé Canada, (3) Société canadienne d'hypothèques et de logement, (4) Offord Centre for Child Studies, (5) Indicators of Early Childhood Health & Well-Being in British Columbia et (6) Agence de la santé publique du Canada

exemple revenu adéquat, sécurité alimentaire et logement adéquat), les enfants de certaines familles ou collectivités ne vivent pas dans des environnements toujours aussi favorables. L'environnement socioéconomique dans lequel évolue un enfant peut lui être avantageux ou désavantageux¹⁶¹.

Les niveaux de revenu et de scolarité d'un ménage combinés avec d'autres facteurs sociaux permettent d'en déterminer le statut socioéconomique (SSE). Les études montrent que les inégalités en matière de SSE sont liées aux inégalités sur le plan de la santé²²⁰.

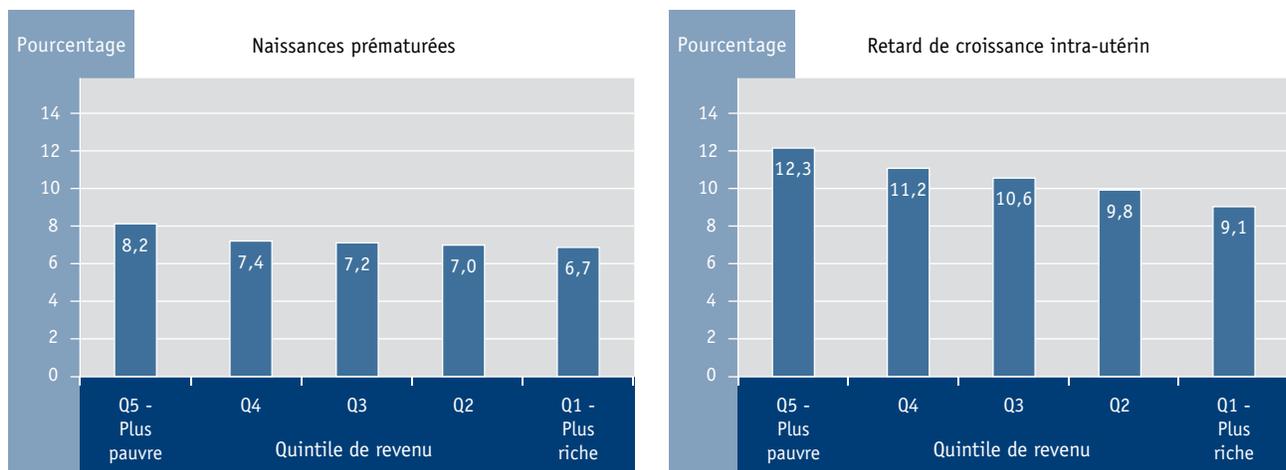
Les enfants qui vivent dans des familles de faible SSE risquent davantage d'être de faible poids à la naissance et de souffrir d'une incapacité, d'une maladie, de troubles comportementaux ou de maladies mentales susceptibles d'avoir des répercussions à long terme sur leur santé²²¹. En effet, les inégalités en matière de santé existent à tous les niveaux de l'échelle socioéconomique. L'état de santé global de chacun des quintiles de revenu inférieurs est, le plus souvent, moins bon que celui du ou des quintiles de revenu supérieurs. Ainsi, il n'est pas fautif d'affirmer que les disparités en matière de santé touchent, dans une certaine mesure, tous les niveaux socioéconomiques, et

non pas seulement les niveaux les plus bas³⁰. Par exemple, des données sur les naissances recueillies dans divers quartiers du Québec durant dix ans montrent une relation entre le revenu des ménages et les résultats de grossesse. La figure 4,1 montre que, plus le nombre de ménages du quartier se situant sous le seuil de faible revenu est élevé, plus les risques de naissance prématurée et de retard de croissance intra-utérin sont élevés²²².

Durant l'enfance, comme à l'âge adulte, un SSE faible peut avoir une incidence majeure sur le développement de certaines des maladies chroniques les plus répandues, notamment la coronaropathie, le diabète de type 2 et la maladie pulmonaire obstructive chronique²³. De plus, les ménages dont le SSE est peu élevé sont souvent plus vulnérables à d'autres facteurs de risques associés aux maladies, comme l'alimentation durant la grossesse, l'alimentation du nourrisson et la qualité de l'air tant à l'intérieur qu'à l'extérieur²³.

Puisque l'enfance est une période cruciale du développement physique et mental, l'exposition à la pauvreté durant cette période et la durée de cette exposition auront une grande importance^{223, 224}. L'enfance est, entre autres, la période durant laquelle le corps

Figure 4,1 Pourcentage des résultats négatifs de grossesse selon les quintiles de revenu du quartier, au Québec, de 1991 à 2000²²²



Q : Population divisée en cinquièmes selon le pourcentage des habitants du quartier qui se situent sous le seuil de faible revenu.

Source : Luo, Z. C., R. Wilkins et M. S. Kramer (2006).

Le statut socioéconomique (SSE) fait référence à la position qu'occupe un groupe ou une personne dans la société. Il est évalué selon diverses variables, notamment la profession, le niveau de scolarité, le revenu, le patrimoine et le lieu de résidence²¹⁷. Il existe une relation étroite entre le SSE et l'état de santé. Habituellement, plus le SSE est élevé, plus la santé est bonne, et plus il est faible, plus la santé est mauvaise. La pauvreté, qui se mesure selon le revenu et le niveau de consommation, est un terme qui peut parfois être remplacé par « statut socioéconomique inférieur ». Toutefois, lorsqu'on fait référence à la pauvreté, on oublie souvent de tenir compte des nombreux défis et obstacles que doivent affronter, dans le quotidien, les ménages de SSE inférieur^{30, 218}, notamment l'exclusion sociale, ou l'incapacité de s'intégrer à la société^{30, 218}. L'exclusion sociale est une manière simple d'expliquer ce qui peut se produire lorsqu'une personne ou un groupe de personnes fait face à divers problèmes, souvent reliés entre eux, et qui engendrent une spirale d'événements défavorables (par exemple chômage, discrimination, peu de compétences, faible revenu, logement de piètre qualité, taux de criminalité élevé, mauvaise santé et éclatement de la famille)²¹⁹.

se développe et les structures affectives et cognitives s'établissent (par exemple développement de l'estime de soi, de ses relations avec autrui et des manières de se comporter). Les impacts de ces carences lors du développement risquent d'être toujours présents à l'âge adulte, surtout si les variables liées au SSE restent les mêmes ou si aucune mesure n'est prise pour en atténuer les conséquences²³.

Revenu suffisant

Même si la pauvreté ne se définit pas seulement par le revenu, les indicateurs de revenu sont souvent utilisés comme variables de substitution puisqu'aucun indicateur normalisé ne permet de mesurer les combinaisons complexes de facteurs qui la définissent. L'indicateur le plus fréquemment utilisé au Canada est le seuil de faible revenu (SFR), qui compare la portion du revenu familial investie dans la nourriture, les vêtements, les chaussures

et le logement à celle d'autres familles de mêmes taille et emplacement géographique²²⁶.

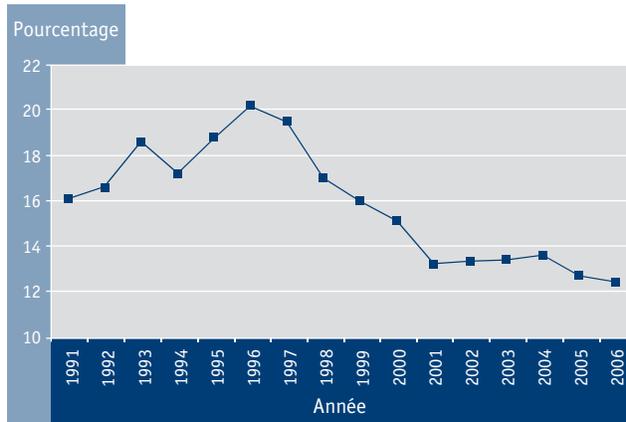
D'après le SFR, il a été établi que 12 % des enfants canadiens âgés de moins de 12 ans vivaient dans la pauvreté en 2006²²⁷. Bien qu'il s'agisse d'une amélioration, si on se réfère aux taux enregistrés entre 1991 et 2006 (voir la figure 4,2) et qui ont même atteint les 20 %, le pourcentage actuel regroupe tout de même une importante portion des enfants de ce groupe d'âge et démontre que le problème de revenu insuffisant persiste au Canada.

Pauvreté – Selon la définition de l'Organisation des Nations Unies, la pauvreté est « une condition humaine marquée par la privation soutenue ou chronique des ressources, des capacités, des choix, de la sécurité et des pouvoirs nécessaires pour bénéficier d'un niveau de vie adéquat et des autres droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux »²²⁵.

Il a été estimé que les taux de pauvreté fondés sur le SFR sont plus élevés dans certaines populations canadiennes, notamment chez les enfants handicapés (1 sur 4), les enfants dont la famille a récemment immigré au Canada (1 sur 2) et les enfants autochtones vivant, ou non, dans une communauté des Premières nations (respectivement 1 sur 4 et 1 sur 2,5)²²⁹. Une enquête réalisée en 2006 a dévoilé des différences significatives entre les enfants autochtones et non autochtones de moins de 6 ans, vivant dans des milieux urbains définis comme des régions métropolitaines de recensement (RMR). Même si plus de 20 % des enfants non autochtones des RMR vivaient dans des familles à faible revenu, ces taux étaient nettement plus élevés chez les enfants autochtones. Ainsi, 57 % des enfants des Premières nations, 45 % des enfants inuits et 42 % des enfants métis vivaient dans des familles à faible revenu¹⁸⁵.

Une mesure comparant le revenu familial après impôt au revenu national médian des familles de même taille est souvent utilisée, à l'échelle internationale, pour comparer les taux de pauvreté de différents pays. Une

Figure 4,2 Estimation du nombre d'enfants de 0 à 11 ans vivant dans un ménage à faible revenu, au Canada, de 1991 à 2006²²⁷



Source: Statistique Canada

étude, réalisée en 2007 à l'aide de cette mesure, a classé le Canada au 15^e rang des 24 pays de l'OCDE évalués sur la base du pourcentage d'enfants vivant dans la pauvreté relative. Les pays affichant le pourcentage le plus faible d'enfants vivant dans la pauvreté relative étaient le Danemark, la Finlande et la Norvège²³⁰⁻²³². L'étude a également montré que de 1994 à 2000, le taux de pauvreté au Canada n'a que légèrement diminué (0,4 %) ^{230, 231}.

Non seulement la pauvreté persiste chez les enfants canadiens, mais l'écart entre les familles à revenu plus élevé et à revenu plus faible s'est accentué avec le temps (voir la figure 4,3).

La figure 4,3 représente l'écart entre le décile (tranche de 10 %) des familles ayant le revenu après impôt le plus élevé et le décile des familles ayant le revenu après impôt le plus faible. Bien que l'écart ait fluctué durant 20 ans (de 1976 à 1996), il est généralement resté stable. Toutefois, depuis son accroissement soudain en 1996, il s'est continuellement accentué. Cette augmentation progressive peut être partiellement expliquée par l'enrichissement excessif des familles les plus aisées qui ont pu profiter, à l'époque, d'une économie robuste²³³. En 2004, les familles du décile de revenu après impôt le plus élevé gagnaient 10 fois plus que les familles du décile

Répercussions du revenu sur le développement des enfants

Les chercheurs canadiens ont révélé que le revenu familial a des répercussions importantes sur le développement des enfants²²⁸. En effet, l'augmentation du revenu familial permet d'atténuer jusqu'à 80 % des 27 facteurs ayant une incidence sur le développement des enfants²²⁸. Les recherches ont montré que, comparativement aux enfants vivant dans un ménage à revenu plus élevé, les enfants de famille à faible revenu sont :

- deux fois plus susceptibles de vivre dans une famille dysfonctionnelle (en ce qui concerne la stabilité familiale, les relations d'entraide et la protection);
- plus susceptibles de vivre dans un logement insalubre ou dans un quartier démuné (c'est-à-dire un quartier où les activités répréhensibles, telles que la toxicomanie, la vente de drogues et les cambriolages, sont communes et où il survient de fréquentes tensions en raison des différences culturelles);
- plus susceptibles de présenter des niveaux élevés d'agressivité indirecte;
- plus de deux fois et demie (2,5) plus susceptibles d'éprouver des problèmes avec au moins une de leurs aptitudes de base (par exemple vision, ouïe, élocution ou mobilité);
- plus susceptibles de présenter un développement tardif du vocabulaire;
- moins susceptibles de participer à un sport organisé (une mesure des activités récréationnelles et culturelles de leur collectivité)²²⁸.

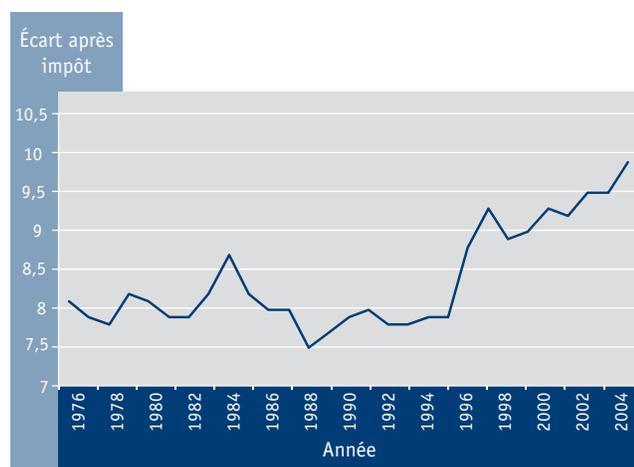
de revenu après impôt le plus faible. Cette différence est importante car plus ces écarts sont prononcés, plus les différences sont marquées au chapitre de la santé des différentes tranches de la population²³⁴. Compte tenu du lien qui existe entre le revenu et la santé, on pourrait s'attendre à ce que cet écart croissant entre les enfants de ménages à faible revenu et à revenu élevé se maintienne et même augmente davantage les inégalités actuelles tant en matière de santé qu'au chapitre des possibilités de développement.

Sécurité alimentaire

L'une des conséquences probables de la pauvreté relative est de conduire à l'insécurité alimentaire. Une personne souffre d'insécurité alimentaire lorsqu'elle n'a pas d'accès physique ou économique à une quantité suffisante de nourriture de qualité et nutritive pour mener une vie saine et active²³⁵. En 2004, 10 % des ménages canadiens ayant des enfants ont déclaré avoir souffert d'insécurité alimentaire liée à la faiblesse de leurs revenus, à un moment ou un autre, au cours de l'année précédente. Même si dans de nombreux cas ce sont les adultes de ces familles qui ont souffert d'insécurité alimentaire, les enfants aussi en ont été victime dans 5 % de tous les ménages. De plus, 23 % des enfants de familles autochtones ont déclaré avoir souffert d'insécurité alimentaire²³⁶.

Les enfants qui vont à l'école affamés ou mal nourris ont moins d'énergie, de mémoire, de créativité et de concentration. Ils éprouvent de la difficulté à résoudre les problèmes et risquent de développer des troubles de comportement. Parce qu'ils ont faim à l'école, ces enfants

Figure 4,3 Taux estimés selon les déciles de revenus les plus élevés et les plus faibles* des familles élevant des enfants au Canada, de 1976 à 2004²³³



*Les déciles correspondent à la répartition des familles élevant des enfants au Canada en dix parties selon leur revenu après impôt.

Source : Yalnizyan, A. (2007).

pourraient ne pas se développer pleinement et en subir les conséquences au niveau de la santé pour le reste de leur vie.

Logement et eau

Il est essentiel d'être bien logé afin de vivre et s'épanouir dans un environnement sain. Un logement insalubre peut avoir de nombreuses et très fâcheuses répercussions sur la santé. On peut mentionner les maladies respiratoires, telles que l'asthme, qui peuvent être causées par de la moisissure ainsi qu'une mauvaise ventilation, ou encore les problèmes de santé mentale causés par le surpeuplement²³⁷⁻²³⁹. Le problème du surpeuplement est particulièrement aigu chez les populations des Premières nations et les Inuits du Canada^{132, 240}. En 2006, il a été estimé qu'environ 15 % de la population des Premières nations vivait dans des logements surpeuplés; ce taux est cinq fois supérieur à celui observé dans la population non autochtone¹³².

Selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement, pour qu'un logement soit jugé acceptable, il doit être « de qualité convenable, de taille adéquate et de prix abordable » (voir l'annexe E)²⁴¹. Même si le nombre d'enfants, ou de familles ayant des enfants, vivant dans un logement insalubre est inconnu, les données montrent que 13 % de tous les ménages canadiens ont été incapables d'accéder à un logement acceptable en 2006²⁴¹.

Il est également important d'avoir accès à de l'eau potable saine. En mars 2008, 1 766 petites villes et quartiers ainsi que 93 communautés des Premières nations du Canada ont reçu la directive de faire bouillir leur eau potable²⁴². Les pathogènes qui se trouvent dans le système d'approvisionnement en eau potable, notamment *Giardia* et *Cryptosporidium*, peuvent causer des coliques, de la fièvre, des nausées ainsi que des vomissements et de la diarrhée susceptible d'entraîner la déshydratation²⁴³. *E. coli*, une autre bactérie qui fait souvent l'objet d'avis recommandant de faire bouillir l'eau potable, est réputée pour causer un certain type d'insuffisance rénale, le syndrome hémolytique et urémique (SHU), chez 10 % à 15 % des enfants infectés²⁴⁴.

Milieu familial, scolaire et communautaire

La pauvreté a des répercussions non seulement sur la santé et la vie sociale des enfants, mais elle peut aussi «appauvrir» les chances qui leur sont offertes²²⁸. Qu'il s'agisse de recevoir des soins attentionnés, de baigner dans un environnement propice à l'apprentissage, d'avoir accès aux soins de santé, à une saine alimentation ou de pouvoir établir des interactions sociales stimulantes avec d'autres enfants, tous ces facteurs contribuent à un développement physique et social qui, à long terme, peut avoir un impact majeur sur la santé et le bien-être^{30, 161}. Au départ, l'environnement familial joue un rôle déterminant dans le développement de l'enfant. Par la suite, les environnements scolaires et communautaires vont graduellement prendre une plus grande part dans son évolution. Un enfant aura la possibilité de se développer sainement et pleinement si, dans ces environnements, il est en mesure de vivre des expériences enrichissantes et de satisfaire ses besoins. En effet, des recherches ont montré que les environnements de vie favorables atténuent les effets négatifs associés à un faible revenu.

Influences de la famille

Les enfants d'âge préscolaire passent la majeure partie de leur temps avec leur famille. Le type de relation qu'entretiennent les parents et le fonctionnement de la famille dans son ensemble peuvent avoir des répercussions sur la santé d'un enfant. Par exemple, la santé mentale d'un parent ou de la personne chargée de pourvoir à ses besoins peut avoir un impact direct sur les soins qui sont fournis à l'enfant et, par conséquent, sur sa santé. La majorité des enfants canadiens vivent dans des familles fonctionnelles dont les parents sont en bonne santé mentale¹⁴. Toutefois, l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ) 2004-2005 a révélé que 10 % des enfants de 0 à 5 ans étaient élevés par un parent qui manifestait des niveaux élevés de dépression et que 9 % des enfants du même groupe d'âge vivaient dans des familles très dysfonctionnelles (le niveau de fonctionnalité a été mesuré selon la capacité de résolution des problèmes, l'aptitude de communiquer, d'assumer ses rôles, d'être réceptif et de se comporter adéquatement)¹⁴. Ces enfants sont plus susceptibles

d'éprouver des problèmes relationnels, comportementaux et affectifs que les enfants vivant dans une famille fonctionnelle¹⁴. Selon des analyses antérieures des données de l'ELNEJ, les enfants de 2 à 5 ans vivant dans une famille dysfonctionnelle ou dans une famille où l'un des parents est dépressif souffrent davantage d'anxiété²⁴⁵. Les enfants de ce groupe d'âge ayant un parent dépressif se montraient également plus enclins à adopter des comportements agressifs²⁴⁵.

Violence et négligence

La maltraitance des enfants englobe tous les actes qui peuvent directement ou indirectement blesser l'enfant, à savoir; la violence et la négligence, qu'elles soient physiques ou psychologiques, les abus sexuels et l'exposition à la violence familiale²⁴⁶. La violence et la négligence envers les enfants représentent un problème inquiétant au Canada. Selon l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants* (ECI), le nombre de cas de violence et de négligence a doublé entre les cycles de cueillette de données de 1998 et de 2003²⁴⁶. Cet accroissement peut en partie être attribuable à la sensibilisation accrue, aux changements apportés à la réglementation, aux méthodes de collecte de données ou aux taux accrus de mauvais traitement²⁴⁶. En 2003, il y a eu plus de 75 000 cas corroborés de mauvais traitements chez les enfants canadiens de 0 à 11 ans, c'est-à-dire 22 cas par 1 000 enfants de ce groupe d'âge (voir la figure 4,4). Dans la majorité des cas, l'exposition à la violence familiale et la négligence constituaient les principales sources de violence, et dans presque tous les cas, l'auteur des mauvais traitements (ou l'un des auteurs, le cas échéant) était un membre de la famille de l'enfant²⁴⁶. Les enfants qui risquent davantage d'être victimes de violence sont ceux qui vivent avec un parent monoparental, ou handicapé, ou sans emploi, ou dont le niveau d'instruction est peu élevé ou qui vivent dans un ménage à faible revenu, ou surpeuplé. Dans de nombreux cas, plusieurs de ces différents facteurs sont réunis²⁴⁶⁻²⁴⁹. Des données probantes montrent que les mauvais traitements peuvent avoir des répercussions négatives bien sûr durant l'enfance, mais elles peuvent aussi perdurer le reste de la vie de la personne maltraitée et même se transmettre aux générations suivantes. Selon

les recherches, non seulement les mauvais traitements subis durant l'enfance sont susceptibles de causer des blessures, d'augmenter le risque de contracter des maladies transmises sexuellement et de provoquer des troubles affectifs, mais ils peuvent aussi entraîner d'autres maladies à l'âge adulte, telles que la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable, la maladie pulmonaire chronique et le cancer²⁵⁰.

En 2003, un peu plus de 9 % des cas corroborés de mauvais traitement, dans la tranche d'âge des 0 à 11 ans, touchaient les enfants de moins d'un an²⁴⁶. Même avant la naissance, un enfant peut être considéré à risque. On estime que 6 % des femmes canadiennes sont victimes de violence physique durant leur grossesse^{251, 252}. Le fœtus d'une femme enceinte, qui a reçu des coups assez violents pour provoquer des contusions de l'abdomen, peut avoir subi des fractures du crâne, une hémorragie intracrânienne ou la fracture d'un os. De telles situations peuvent entraîner un décollement placentaire, un accouchement prématuré, un avortement spontané ou la mort du fœtus^{253, 254}.

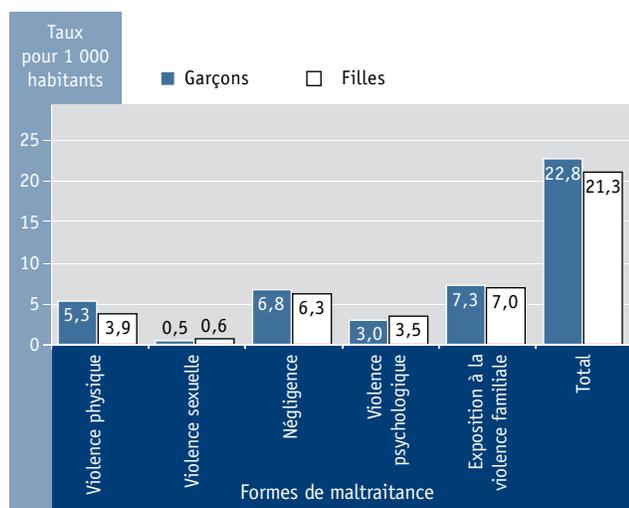
La violence et la négligence peuvent avoir des répercussions immédiates et à long terme. Ces mauvais

traitements risquent de compromettre le développement d'un enfant si certains de ses besoins ne sont pas comblés (par exemple besoin de se sentir en contrôle, de se sentir aimé et d'avoir des liens avec son entourage)^{22, 30}. Lorsque la violence et la négligence proviennent des membres de la famille, l'enfant peut perdre sa capacité d'établir des liens de confiance et de dépendance ainsi que craindre pour sa sécurité²⁵⁵.

Les recherches montrent que les souffrances vécues durant l'enfance peuvent nuire au développement neurologique et avoir des effets à long terme sur la structure et le fonctionnement général du cerveau^{22, 256}. Plus un enfant vit des expériences traumatisantes, plus les répercussions sont nombreuses et plus le risque de développer des problèmes de santé et des difficultés sociales s'accroît^{22, 256}. Un lien a été établi entre la maltraitance des enfants et les mauvais résultats, les échecs et les abandons scolaires²⁵⁷. Selon l'enquête *Les jeunes de la rue au Canada*, 30 % des jeunes de la rue de 15 à 24 ans ont connu une forme ou une autre de négligence dans le passé²⁵⁸. Une corrélation a également été établie entre la fréquente administration de punitions physiques par un parent, ou un tuteur, et le développement de comportements violents chez l'enfant ou l'adolescent qui les a subi²⁵⁹.

L'un des types de mauvais traitements dont les enfants canadiens souffrent le plus souvent est l'exposition à la violence familiale. Une telle exposition peut avoir de graves répercussions à long terme, et notamment se traduire par de l'hyperactivité, des troubles affectifs et de l'agressivité physique. Les fillettes qui sont exposées à la violence, ou en subissent durant leur enfance, deviennent parfois victimes de violence conjugale²⁶⁰. Quant aux jeunes garçons, placé dans des conditions similaires, ils risquent eux-mêmes de devenir les auteurs d'actes de violence à l'adolescence et à l'âge adulte²⁵⁹. Il est toutefois important de se rappeler que de nombreux enfants victimes de mauvais traitements n'ont jamais eu recours à la violence. Le fait de recevoir le soutien émotionnel d'un parent non violent durant l'enfance, de suivre une thérapie à un moment de la vie ou d'entretenir une relation satisfaisante avec un partenaire qui les soutient à l'âge adulte peut aider ces personnes à ne pas user de violence envers leurs enfants ou leur partenaire²⁶¹.

Figure 4,4 Cas corroborés de mauvais traitement, selon la catégorie et le sexe, au Canada (sauf le Québec), 2003^{141, 246}



Source : Agence de la santé publique du Canada

L'intimidation représente également un problème au Canada. En 2000, 12 % des enfants de 10 à 11 ans ont déclaré être victimes d'intimidation au moins à quelques reprises à l'école. Les enfants de ménages à faible revenu (de moins de 40 000 \$ par année) sont plus souvent victimes d'intimidation que les enfants de ménages à revenu plus élevé (respectivement 20 % et 9 %) ²⁶². En raison de l'utilisation accrue de l'Internet, l'intimidation n'est maintenant plus réservée à la cour d'école, mais s'effectue également en ligne (cyberintimidation). En 2001, 25 % des utilisateurs Internet canadiens de 9 à 17 ans ont déclaré avoir reçu des courriels contenant des messages haineux au sujet d'autrui ²⁶³.

En ce qui concerne la santé, les enfants victimes d'intimidation, tout comme leurs auteurs, risquent davantage de développer des problèmes affectifs, sociaux et psychiatriques, qui peuvent perdurer à l'âge adulte ^{262, 264}. Les recherches montrent que l'intimidation au terrain de jeu peut éventuellement être un indicateur de comportements malsains, tels que le harcèlement sexuel, le harcèlement professionnel, l'agression dans les fréquentations amoureuses, la violence conjugale et la violence envers les enfants et les aînés ²⁶². De plus, même si la cyberintimidation est un phénomène relativement nouveau, un récent rapport international montre qu'elle a des conséquences néfastes sur le fonctionnement psychosocial des enfants ²⁶⁵.

Services à la petite enfance et développement

Les parents qui s'absentent de la maison en raison, notamment, de leur travail ou de leurs études font appel à des services de garde pour offrir une bonne qualité de vie à leur enfant durant leur absence. Lorsque ces milieux offrent des occasions d'apprentissage et d'interactions sociales, ils peuvent contribuer au développement physique et social des enfants ainsi qu'à leur santé et leur bien-être futur ^{22, 161}.

Les parents canadiens ont recours à divers types de services de garde d'enfants, réglementés ou non. Au Canada, il n'y a pas d'outil de mesure concret qui permette d'évaluer si les besoins des parents en ce qui concerne ces services sont satisfaits. Toutefois, des renseignements qui concernent les places libres dans les services de garde réglementés ainsi que l'utilisation des

divers types de services sont disponibles. Des données recueillies en 2002-2003 montrent que 54 % des enfants canadiens de 6 mois à 5 ans ont bénéficié de services de garde d'enfants hors du milieu familial (réglementés ou non). Les types de services les plus répandus étaient offerts soit par une personne non apparentée mais à l'exclusion des garderies (30 %), soit par un membre de la famille à la maison ou ailleurs (30 %) ou soit enfin par une garderie (28 %) ²⁶⁶. Même si le nombre de places dans les services de garde réglementés au Canada a récemment augmenté, le nombre de places réglementées disponibles ne permettaient d'accueillir que 17 % des enfants canadiens de 0 à 12 ans, en 2006 ²⁶⁷.

Bien que ces diverses options se complètent, il est difficile de déterminer si tous les besoins sont satisfaits et, plus particulièrement, si des services de qualité sont accessibles à tous. Il est également difficile d'évaluer la qualité des garderies officielles et non officielles, même si des indicateurs de qualité, comme la formation du personnel, les salaires, le financement et les soins, ont été établis pour faciliter l'évaluation des garderies officielles réglementées au Canada. Les données recueillies à l'aide de ces indicateurs, et les enquêtes antérieures sur les garderies canadiennes, indiquent que la qualité des services offerts est généralement médiocre ²⁶⁸⁻²⁷⁰.

Des obstacles de nature financière et le manque de services adaptés à l'âge et à la culture peuvent restreindre l'accessibilité aux services. Même si l'ensemble des provinces et des territoires offrent des subventions pour compenser le coût des services de garde réglementés, le montant de ces subventions, les programmes qui permettent d'y accéder et les critères d'admissibilité diffèrent d'une administration à l'autre ²⁷¹. Une telle situation engendre bien sûr des inégalités au chapitre de l'accessibilité mais aussi en matière de financement. Ainsi, certains des parents, qui ont pourtant besoin de soutien financier à cet égard, doivent déboursier eux-mêmes une importante somme d'argent alors que d'autres en sont dispensés ²⁷¹. Il existe également des obstacles qui restreignent l'accès à des services qui favorisent l'épanouissement des enfants de manière appropriée pour leur âge ou en lien avec leur héritage culturel. Environ 90 % des familles autochtones avec enfants n'ont pas accès à des programmes réglementés de développement pour les jeunes enfants ou à des programmes qui

comportent des éléments représentatifs de la culture autochtone^{18,272}. Une enquête menée en Colombie-Britannique montre également que les programmes parascolaires destinés aux enfants de 9 à 12 ans ne répondent pas à leurs besoins développementaux²⁷³. Les parents de ces enfants ont déploré qu'il soit si difficile d'accéder aux programmes favorisant le développement de leurs enfants en dehors des heures de classe. D'ailleurs, un parent sur cinq a mentionné que de tels programmes n'étaient tout simplement pas offerts dans sa collectivité²⁷³. Cette enquête montre également que plus de 10 % des enfants n'étaient pas surveillés ou étaient seuls entre 15 h et 18 h²⁷³.

Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), qui reconnaît l'importance d'offrir des services à la petite enfance, a élaboré un ensemble de 10 indicateurs de référence pour évaluer ces services dans les principaux pays de l'OCDE. Ces indicateurs de référence peuvent être classés dans 4 grandes catégories : cadre stratégique, accès, qualité et contexte d'entraide. Selon le premier rapport de l'UNICEF, qui faisait le point sur les services de garde offerts dans 25 pays, la Suède répondait aux 10 indicateurs de référence et l'Islande, à 9, alors que le Canada et l'Irlande étaient les deux seuls pays à respecter la norme minimale pour un seul des 10 indicateurs de référence²⁷⁴. Ces premiers résultats doivent être interprétés avec prudence, compte tenu des limites des données et des indicateurs. En effet, ce sont les normes minimales, plutôt que le niveau de qualité, qui ont été mesurées. Par ailleurs, les services de garde informels offerts à la maison ou dans le quartier, les autres services offerts aux enfants et la participation des parents n'ont pas été évalués²⁷⁴. Toutefois, il ne fait aucun doute que le Canada accuse un retard en ce qui concerne la prestation des principaux services de garde nécessaires au bon développement des jeunes enfants.

Accès aux soins de santé primaires

Par définition, les familles qui ont accès aux soins de santé primaires bénéficient de différentes mesures préventives, de divers diagnostics et de possibilités de traitements qui, autrement, ne seraient pas accessibles. Et justement, la grande majorité des enfants canadiens ont accès à de tels soins. Au Canada, 92 % des familles interrogées ayant des enfants de moins de 12 ans ont

mentionné qu'elles avaient accès à un médecin généraliste en 2007²⁷⁵. Toutefois, ces données ne tiennent pas compte des familles les plus susceptibles d'éprouver des difficultés d'accès à ces soins (par exemple les familles qui ne peuvent participer à l'enquête parce qu'elles n'ont pas le téléphone ou sont sans adresse permanente). De plus, des obstacles liés à la langue, à des problèmes d'accessibilité physique, d'éloignement ou aux coûts des services de santé non assurés (par exemple soins ophtalmologiques et dentaires) peuvent empêcher des familles, ou des enfants, de recevoir les services requis^{276, 277}. Les Autochtones et les personnes nouvellement immigrées sont confrontés à de tels obstacles au Canada^{276, 278}.

L'accès aux soins dentaires est tout aussi important pour la santé des enfants. Le maintien d'une bonne santé dentaire durant l'enfance profite autant à la santé immédiate de l'enfant qu'à sa santé future, dentaire ou générale²⁷⁹. La douleur occasionnée par une dent cariée peut nuire à la qualité du sommeil, affecter le comportement et même avoir un impact sur la prise de nourriture et donc compromettre la santé générale de l'enfant²⁸⁰. Il est nécessaire d'avoir des dents de lait saines afin de développer des dents permanentes en santé²⁷⁹. Une mauvaise santé dentaire qui persiste jusqu'à l'âge adulte peut entraîner de graves conséquences pour la santé, notamment des maladies respiratoires, le diabète, des cardiopathies en plus d'accroître le risque de donner naissance à un bébé prématuré ou de faible poids²⁸¹. Même s'il est impossible de déterminer le nombre d'enfants canadiens qui ne reçoivent pas de soins dentaires, certaines données laissent tout de même penser que leur accès varie selon les régions du pays. En vertu de la Loi canadienne sur la santé, les soins dentaires ne sont pas universellement couverts. Ils doivent donc être principalement financés par des fonds privés. En plus du financement limité des programmes d'examen et de traitement dentaires, d'autres obstacles nuisent à la bonne santé dentaire, notamment la disponibilité des services, la stigmatisation associée à leur accès par le moyen de l'aide sociale, les barrières culturelles et les coûts supplémentaires liés au déplacement et à l'absentéisme au travail²⁸².

Maturité scolaire

Une manière d'évaluer à quel point l'éducation préscolaire et les possibilités de développement profitent aux enfants, à la collectivité ou même au pays consiste à déterminer le nombre d'enfants qui, à l'âge de la maternelle, ont atteint la maturité scolaire. Cette mesure des niveaux de connaissances, des habiletés, de la maîtrise du langage, des aptitudes cognitives et de la maturité acquises traduit la somme des nombreuses expériences vécues durant la petite enfance. C'est donc une méthode indirecte par laquelle on peut se représenter la manière dont les interactions complexes entre les événements, les influences et le milieu de vie ont pu contribuer à la santé générale des enfants.

L'*Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)* est l'un des moyens employés pour évaluer la maturité scolaire des enfants. Il est utilisé dans plusieurs provinces et territoires canadiens, ainsi qu'à l'étranger, et mesure le niveau de développement des enfants dans les cinq champs suivants : santé physique et bien-être; compétences sociales; développement langagier et cognitif; maturité affective; et aptitudes à

communiquer et connaissances générales²⁸³. En 2006, une cohorte nationale de plus de 100 000 enfants de la maternelle de 7 provinces (moyenne d'âge de 5,7 ans) a été évaluée à l'aide de l'IMDPE. Ce qui a permis de déterminer que plus d'un quart de la cohorte (28 %) était « vulnérable » dans au moins un des cinq champs. Cela signifie que ces enfants, pour un champ en particulier, se situaient dans le décile inférieur de leur groupe. En outre, près de 14 % des enfants étaient vulnérables dans deux champs ou plus²⁸⁴.

Des différences statistiques significatives ont également été observées dans les résultats moyens de tous les champs parmi les différents groupes d'enfants. Pour les cinq champs:

- les résultats moyens des enfants autochtones étaient généralement plus faibles que ceux des enfants non autochtones;
- les résultats moyens des enfants ayant fréquenté un jardin d'enfant ou un centre d'éveil préscolaire à temps partiel étaient plus élevés que ceux des enfants qui n'y avaient pas été inscrits;



- les résultats moyens des enfants ayant fréquenté une prématernelle étaient plus élevés que ceux des enfants qui n'y avaient pas été inscrits^{283, 284}.

Les données portent également à croire que les enfants en âge d'aller à la maternelle qui n'ont pas atteint la maturité scolaire vont par la suite continuer d'accumuler du retard durant le reste de leur parcours scolaire. En effet, on constate que plus un enfant de la maternelle est vulnérable dans les champs de l'IMDPE liés à l'écriture et au calcul, plus il risque d'échouer le test normalisé d'évaluation des habilités de base qui lui sera administré en quatrième année²⁸⁵. Étant donné que l'éducation est l'un des fondements d'une vie en bonne santé, les enfants mal préparés pour l'école risquent d'éprouver plus de problèmes de santé au cours de leur vie que les enfants bien préparés¹⁶.

Caractéristiques du quartier

Il n'est pas évident d'évaluer la sécurité d'un quartier en se basant uniquement sur les critères selon lesquels il s'agit d'un endroit où les enfants sont protégés contre la violence, les mauvais traitements, l'exploitation, les blessures la négligence à la maison, à l'école et dans la collectivité²⁸⁶. Le simple fait de croire qu'un quartier ne soit pas sécuritaire peut déjà affecter la santé en général. En effet, si un quartier est perçu comme non sécuritaire, cela peut avoir une incidence sur le niveau d'activité physique (par exemple faible disponibilité et utilisation des pistes cyclables, des parcs et des espaces de loisirs) et donc avoir un impact sur la santé des enfants^{287, 288}. Une étude a montré que les enfants vivant dans un quartier que leurs parents considèrent dangereux risquent davantage d'afficher un surplus de poids à l'âge de sept ans (Les effets de l'environnement bâti sur l'obésité et les surplus de poids seront abordés dans le chapitre 5)²⁸⁹. Même si la majeure partie des parents ou tuteurs interrogés dans le cadre de l'ELNEJ 2004-2005 avaient l'impression que leur quartier était sécuritaire, plus d'un cinquième (22 %) de ceux qui avaient des enfants de 0 à 5 ans ont estimé leur quartier comme peu sécuritaire¹⁴. Le degré de cohésion du quartier fournit également un bon indicateur de la manière dont chaque habitant croit pouvoir compter sur le soutien de son voisinage. Les données de l'ELNEJ 2004-2005 ont également montré que 14 % des parents ou tuteurs

d'enfants de 0 à 5 ans avaient l'impression que le degré de cohésion de leur quartier était faible. Cet indicateur a été associé à des niveaux plus élevés de troubles de conduite, d'hyperactivité, de troubles affectifs et de blessures non liées aux sports chez les enfants de 4 à 11 ans²⁹⁰.

Expositions ambiantes

Les enfants peuvent être exposés à des substances potentiellement nocives durant les premières années de leur vie (par exemple pollution atmosphérique ou exposition prolongée aux rayons ultraviolets du soleil). Bien que peu d'informations soient disponibles pour un bon nombre d'exposition à ces substances nocives, on a recueilli sur certaines d'entre elles une quantité suffisante de renseignements pour nous permettre de faire le point. Par exemple, la fumée de tabac ambiante est une exposition nocive pour laquelle des données, quant à la prévalence des effets secondaires et les répercussions sur la santé, sont bien documentées. En effet, les données montrent qu'en 2007, 7 % des enfants canadiens de 0 à 11 ans ont été exposés à de la fumée de tabac secondaire à la maison²⁹¹. Ils courent davantage le risque, que les enfants non exposés, de mourir de la MSN, de développer des problèmes de santé comme l'asthme, ou de souffrir d'infections aux oreilles et de difficultés des voies respiratoires inférieures. Les données montrent également que la fumée secondaire peut entraîner des effets néfastes sur les capacités cognitives des enfants²⁹².

En ce qui concerne les autres substances nocives, bien que les données recueillies démontrent qu'elles ont des effets néfastes sur la santé, il est cependant impossible de déterminer dans quelle mesure les enfants canadiens y sont exposés. Par exemple, on sait que l'exposition à la moisissure représente un problème puisqu'elle peut contribuer au développement d'allergies et de maladies respiratoires. De fait, les symptômes de l'asthme peuvent être aggravés par une exposition à divers contaminants, et notamment la moisissure contenue dans l'air intérieur et extérieur²⁹³⁻²⁹⁵. Les jeunes enfants peuvent aussi être exposés au plomb. Or même l'exposition à de très faibles quantités de plomb peut affecter la santé des jeunes enfants et causer de difficultés d'apprentissage en plus d'entraîner d'autres effets néfastes sur le développement^{293, 296, 297}. D'autre part, certaines données probantes établissent un lien entre l'exposition des

parents à des pesticides, dans le cadre de leur travail, et certains types de cancers chez les enfants²⁹⁸⁻³⁰¹. Une exposition au méthylmercure, par consommation directe ou indirecte de poisson (par la mère), peut compromettre la santé des fœtus et des jeunes enfants³⁰². À l'heure actuelle, le gouvernement du Canada va de l'avant avec de nouvelles propositions de règlements. Ces dernières visent à interdire la promotion et l'importation de biberons en plastique polycarbonate contenant du bisphénol A, ainsi que l'utilisation de six types de phtalates dans la fabrication de jouets de vinyle et de produits de soins pour enfants, en raison de leurs effets potentiellement néfastes sur la santé³⁰³⁻³⁰⁶.

Comportements sains

Les comportements des adultes, comme des enfants, peuvent avoir des répercussions sur la santé infantile. Les manières d'agir des parents, qu'elles soient positives ou négatives, ont une incidence sur la santé de leurs enfants et ce, à toutes les étapes du développement : de la conception à l'enfance, en passant bien sûr par les périodes critiques du développement fœtal et de la petite enfance.

Comportements des adultes

Allaitement maternel

Les pratiques adoptées par les mères, tel que l'allaitement maternel, peuvent favoriser le sain développement des nourrissons. La réduction des risques d'asthme, d'obésité et d'infections aux oreilles est l'un des avantages de cette pratique³⁰⁷⁻³⁰⁹. Les taux d'initiation de l'allaitement maternel au Canada ont monté en flèche dans les quatre dernières décennies (25 % des mères ont initié l'allaitement en 1965, comparativement à 90 % en 2006-2007)^{310, 311}. Les taux d'initiation de l'allaitement maternel varient d'une population à une autre. Ils sont généralement moins élevés que la moyenne nationale chez les jeunes mères (76 % des mères de 15 à 19 ans), les mères monoparentales (78 %), les mères autochtones hors réserve (82 %) et les mères issues des Premières nations vivant dans les réserves (63 %). Ces taux sont toutefois plus élevés chez les nouveaux arrivants où les mères optent à 92 % pour l'initiation de l'allaitement^{275, 312}.

L'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada et la Société canadienne de pédiatrie recommandent que les nourrissons nés à terme et en santé soient allaités exclusivement au sein pendant un minimum de six mois^{312, 313}. En 2005, un peu plus de la moitié des mères canadiennes ont déclaré avoir allaité leur enfant durant plus de six mois, mais seulement 14 % l'ont fait de manière exclusive^{311, 314}.

Tabagisme

Bien que les efforts déployés pour réduire le tabagisme des parents durant la grossesse aient porté leurs fruits au cours des dernières années, certaines mères canadiennes continuent de fumer alors qu'elles sont enceintes^{311, 315}. En 2006-2007, 11 % des Canadiennes ont déclaré avoir fumé durant le dernier trimestre de leur grossesse, et près de 17 % ont déclaré avoir fumé durant l'année qui a suivi la naissance de leur enfant³¹¹. En 2002-2003, plus d'un tiers (37 %) des mères membres des Premières nations vivant dans une réserve ont déclaré avoir fumé durant leur grossesse^{50, 316}. L'exposition à la fumée secondaire durant la grossesse comporte également des risques pour la santé. Environ 25 % des femmes qui ont eu un enfant en 2006-2007 ont déclaré vivre avec un fumeur durant leur grossesse³¹¹. Des données probantes démontrent que les effets à court terme sur la santé et les complications associées à ce type de comportement entraînent des risques accrus d'avortement spontané, de naissance prématurée et de MSN³¹⁷. Les répercussions à long terme pour les enfants comprennent, quant à elles, des risques accrus d'infections des oreilles et d'infections respiratoires, d'asthme ainsi que des difficultés d'apprentissage^{50, 317, 318}.

Alcool et drogues

Tout comme le tabagisme, la consommation d'alcool durant la grossesse a diminué au cours des dernières années³¹². En 2006-2007, dans le cadre de l'*Enquête sur l'expérience de la maternité* (EEM), des femmes ont été interrogées sur leurs habitudes de consommation d'alcool durant leur grossesse. Près de 11 % d'entre elles ont déclaré avoir consommé de l'alcool durant leur dernière grossesse, et 1 % de ces femmes ont déclaré l'avoir fait plus d'une fois par semaine³¹¹. Une des graves conséquences de la consommation d'alcool

durant la grossesse, c'est de donner naissance à un enfant qui souffre de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Environ 1 % de tous les nouveaux-nés canadiens (c'est-à-dire plus de 3 000 bébés par année) en sont atteints³¹⁹. Cette estimation peut être inexacte, puisque les signes et les symptômes associés à l'ETCAF sont souvent difficiles à reconnaître et peuvent ne pas être décelés avant plusieurs années³²⁰. L'ETCAF est associée à des difficultés d'apprentissage et à des problèmes de comportement; les enfants atteints peuvent, entre autres, ne pas comprendre les conséquences de leurs actions et éprouver des difficultés dans leurs relations sociales^{319, 321-323}.

Selon l'EEM 2006-2007, 7 % des femmes ont utilisé des drogues illicites (par exemple consommation de marijuana, de cocaïne, d'héroïne, d'ecstasy ou inhalation de vapeurs de colle, d'essence et d'autres solvants) trois mois avant leur grossesse, mais seulement 1 % des femmes l'ont fait sachant qu'elles étaient enceintes^{311, 324}. Le fœtus d'une mère qui consomme des drogues comme la cocaïne et l'héroïne peut souffrir du syndrome de sevrage néonatal, c'est-à-dire d'une accoutumance à la drogue à laquelle il a été exposé durant la gestation³²⁵. Le syndrome de sevrage néonatal provoque des symptômes classiques de sevrage après la naissance, notamment l'insomnie, la fièvre, une transpiration abondante et des problèmes d'alimentation³²⁵. Il existe également une corrélation entre l'exposition prénatale à la cocaïne et le développement du trouble oppositionnel avec provocation et du TDA/H³²⁶.

Infektions transmissibles sexuellement

Certaines infections transmissibles sexuellement (ITS) sont de plus en plus fréquentes chez les jeunes femmes canadiennes, notamment celles causées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ainsi que la syphilis et la chlamydia, ce qui accroît les risques de transmission verticale (entre la mère et l'enfant) de ces maladies^{327, 328}. Par exemple, le nombre de cas de syphilis congénitale a augmenté durant la dernière décennie. À l'échelle nationale, il est passé de 2 cas ou moins à 8 cas par année^{329, 330}. Même si le nombre de cas de transmission verticale d'ITS et de maladies virales est faible, ce type d'exposition néfaste peut avoir de sérieuses répercussions à court et à long terme sur la santé des fœtus et des

nouveaux-nés³³¹. Une syphilis congénitale peut provoquer un avortement spontané, une mortinaissance, une naissance prématurée ou d'un bébé de faible poids^{148, 332}. Au cours de leur vie, les bébés atteints de syphilis congénitale peuvent souffrir de déficience auditive, de retard du développement et de certaines anomalies de la peau et des os^{332, 333}. Le nombre de cas de chlamydia a augmenté au cours des dernières années. Cette infection augmente les risques de mort fœtale in utero, de faible poids à la naissance, d'infections oculaires et de pneumonie³³⁴⁻³³⁶.

Comportements des enfants

Une fois que les enfants sont nés, leurs propres comportements peuvent avoir des répercussions sur leur santé, bien que leurs actions soient dans une grande mesure déterminées par leurs environnements social et physique. Par exemple, le niveau d'activité physique des enfants est influencé par le comportement des parents, les possibilités d'accès à une aire de jeu sécuritaire et les occasions de participer à des sports organisés. De la même manière, les habitudes alimentaires des enfants sont conditionnées par le type de nourriture disponible à la maison. Les enfants qui ont une mauvaise alimentation et qui ne font pas suffisamment d'exercice quotidiennement risquent davantage d'avoir un excès de poids.

Activité physique

Même si la majorité des enfants canadiens fait régulièrement de l'activité physique, 16 % des enfants de 6 à 11 ans s'adonnent à moins de sept heures d'activité physique par semaine, ce qui est inférieur au nombre d'heures recommandé dans les *Lignes directrices à l'intention des enfants et des jeunes en matière d'activité physique*^{179, 337}. Les recherches montrent que chaque heure d'inactivité physique augmente de façon significative les risques de l'enfant de souffrir d'un excès de poids. En 2004, une étude a révélé que les enfants de 6 à 11 ans qui passaient plus de deux heures par jour devant la télévision ou l'ordinateur couraient près de deux fois plus de risques de se retrouver avec un surplus de poids ou d'être obèse (35 %) que les enfants du même âge qui y passaient une heure ou moins (18 %)¹⁷⁹.

Nutrition

Les données sur les habitudes alimentaires recueillies dans le cadre de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2004* montrent que 70 % des enfants de 4 à 8 ans ne consomment pas la quantité quotidienne minimale recommandée de fruits et de légumes, que plus d'un quart ne consomment pas la quantité quotidienne minimale recommandée de produits céréaliers et que plus d'un tiers des enfants de 4 à 9 ans ne consomment pas la quantité quotidienne minimale recommandée de produits laitiers ou de viande et substituts^{338, 339}. Les résultats de l'enquête révèlent également que 7 % des enfants de 4 à 8 ans consomment plus que l'apport calorique quotidien recommandé en lipides³³⁸. La consommation accrue de glucides, de sucres simples et d'aliments «prêts-à-manger» hypercaloriques et de portions trop copieuses augmentent les risques d'obésité chez les enfants^{188, 340-342}. Le coût de la nourriture influence également les habitudes alimentaires. Un plus grand nombre de familles autochtones que de familles non autochtones éprouvent des difficultés financières à se procurer de la nourriture. Ceci est particulièrement vrai pour les familles qui vivent dans le Nord du Canada, où le coût du transport augmente le prix des denrées saines et périssables telles que le lait et les fruits frais^{160, 343, 344}.

Résumé

La plupart des enfants canadiens vivent dans des conditions qui leur permettront de grandir en santé. En général ils vivent dans une famille dont le revenu est suffisant, ne souffrent pas d'insécurité alimentaire, habitent dans un logement adéquat, ont accès à des services de garde durant la petite enfance, ainsi qu'à une éducation durant l'enfance et s'épanouissent en relation étroite avec leur famille et leur collectivité. Toutefois, certains facteurs sociaux et environnementaux peuvent avoir des répercussions néfastes sur leur santé. Ces effets peuvent être ressentis durant l'enfance et parfois persister à l'âge adulte ou alors se manifester seulement des années plus tard. Dans le cadre du présent rapport, trois des facteurs susmentionnés (SSE et possibilités de développement, violence et négligence, ainsi que risques prénataux) et trois importantes questions de santé abordées au chapitre 3 (santé mentale et troubles mentaux, obésité, ainsi que blessures non intentionnelles) seront examinés plus attentivement au chapitre 5. Il s'agit de six domaines où il est possible de grandement favoriser l'amélioration de l'état de santé des enfants canadiens à l'aide de mesures destinées à renverser les mauvaises tendances, qu'elles soient stables ou à la hausse, dans le but d'éliminer leurs effets néfastes sur la santé à court et à long terme.

Établir les trajectoires d'une vie en santé



Examiner la santé dans le contexte du modèle de trajectoire de vie, comme il est expliqué au chapitre 2, fournit un point de vue sur la santé qui prend en compte les relations complexes entre les facteurs biologiques, comportementaux, psychologiques et sociaux qui contribuent à l'état de santé tout au long de la vie²⁴. De la première année de vie jusqu'à l'âge adulte, en passant par l'enfance, surviennent des événements qui peuvent avoir de bonnes ou de mauvaises conséquences sur la santé³. Le plus grand avantage de cette approche est qu'elle permet de cerner les stades où il est crucial de prendre des mesures afin de favoriser les facteurs les plus propices pour la santé tout en atténuant ceux qui la compromettent²³. L'enfance compte plusieurs périodes décisives, comme la phase prénatale, l'âge préscolaire et l'âge scolaire, pendant lesquels il est possible de réunir les conditions les plus favorables pour la santé et le développement.

Cet examen de la santé et du bien-être des enfants permet de cerner six problèmes préoccupants, soit : le statut socioéconomique et les possibilités de développement; la violence et la négligence; les risques prénataux; la santé mentale et les troubles mentaux; l'obésité; et les blessures

non intentionnelles. Il est essentiel d'attirer l'attention sur ces domaines, car ils peuvent avoir des conséquences néfastes, tant immédiates qu'à long terme, sur la santé des enfants au Canada, et car ils persistent ou s'aggravent (par exemple, les écarts tant entre les populations qu'au sein de celles-ci sont plus marqués). De plus, les données tendent à démontrer que ces problèmes sont, en partie, évitables grâce à la mise en place de mesure appropriées, autant individuelles que sociales.

Dans le présent chapitre, des exemples de pratiques exemplaires tirées d'interventions réelles, dont certaines sont appuyées par des études longitudinales, vont permettre de constater la valeur des résultats obtenus lorsqu'on établit des trajectoires de vie saine et que l'on aide les enfants à recouvrer la santé. Bien qu'il existe fort probablement un bon nombre d'exemples de mesures déjà éprouvées et fort prometteuses, seuls quelques-uns d'entre-eux sont présentés ici. Ces exemples mettent en évidence les progrès réalisés ainsi que les manières de poursuivre les avancées dans chacun de ces domaines.

Statut socioéconomique et possibilités de développement

L'environnement socioéconomique établit le contexte des *déterminants* de la santé dans lesquels les enfants naissent, grandissent et se développent. Les environnements qui favorisent un développement harmonieux accroissent les possibilités de mener une vie saine. À l'inverse, les conséquences pour la santé à court et à long terme seront néfastes en l'absence d'environnements favorables²². Les lignes qui vont suivre mettent en lumière trois grands types d'interventions qui contribuent à redresser les inégalités au chapitre du statut socioéconomique et des possibilités de développement chez les enfants :

- stratégies générales sur la pauvreté;
- stratégies générales pour les familles et les enfants;
- programmes pour les familles et les enfants.

Chacune de ces interventions est : soit efficace et mériterait d'être plus répandue, soit prometteuse, bien qu'elle nécessite davantage de travaux et de recherche.

Stratégies générales sur la pauvreté

Les efforts visant à répondre aux besoins fondamentaux des familles sont d'une importance cruciale puisque certains ménages n'ont pas le revenu, le logement ou la sécurité alimentaire voulus afin de réunir les conditions nécessaires au sain développement des enfants³⁴⁵.

Les investissements actuels ont contribué à la prévention et à la réduction de la pauvreté au Canada. Des efforts nationaux, comme le *crédit pour taxe sur les produits et services* et *l'assurance-emploi* (qui aident les Canadiens à faible revenu et ceux confrontés à des périodes de chômage), jouent un rôle important dans la prévention de la pauvreté chez les enfants et les familles²²⁹. Des investissements ont été consentis afin d'améliorer

l'accessibilité à des logements salubres pour les familles à faible revenu (par exemple la *Loi nationale sur l'habitation*) et respecter les exigences minimales en matière de santé et de sécurité à la maison (par exemple le *Programme d'aide à la remise en état des logements* et le *Programme de réparations d'urgence*)^{241, 346-348}. De plus, les investissements des administrations fédérale, provinciales et territoriales ont contribué à accroître l'accès à des logements abordables pour les Autochtones vivant à l'extérieur des réserves grâce, entre autres, à *l'Initiative en matière de logement abordable*³⁴⁹. Parmi les autres investissements généraux qui aident à réduire la pauvreté, on compte l'augmentation des soutiens financiers versés aux familles vulnérables (par exemple la Prestation fiscale canadienne pour enfants, le Supplément

Pauvreté chez les enfants en Finlande et au Royaume-Uni

Lorsqu'on examine le taux de pauvreté chez les enfants, on constate que certains pays ont eu plus de succès que d'autres. La Finlande et le Royaume-Uni font partie de ces pays, leur taux étant plus faible que celui des autres en raison d'investissements dans des politiques familiales et sociales générales.

Bien que la Finlande soit actuellement reconnue pour ses politiques sociales réussies, ce ne fut pas toujours le cas. Pendant la majeure partie du siècle dernier, la Finlande affichait un taux de pauvreté chez les enfants supérieur à celui des autres pays nordiques. Cependant, lorsque la Finlande a adopté des politiques sociales semblables à celles de ses voisins, elle a enregistré une réduction de son taux de pauvreté³⁶². Actuellement, le pays déclare un taux de moins de 5 % de pauvreté chez les enfants – le troisième plus faible taux parmi les 40 pays de l'OCDE, après la Suède et le Danemark^{362, 364}.

La réussite de la Finlande peut être attribuée aux mesures suivantes :

- une vaste redistribution du revenu par l'entremise de transferts et de crédits d'impôt par rapport aux autres pays³⁶²;
- des politiques familiales ainsi que du soutien aux familles dont les deux conjoints travaillent (par exemple services de garde subventionnés pour les enfants)³⁶²;

- un soutien public pour la politique familiale et sociale générale³⁶².

En 1999, le Royaume-Uni s'est fixé pour mission de réduire de moitié la pauvreté chez les enfants d'ici 2010 et d'y mettre fin d'ici 2020^{219, 365}. Cela s'est traduit par la mise en œuvre d'une série de politiques intégrées qui comprenaient le renforcement de politiques familiales ainsi que l'augmentation du taux de participation au marché du travail pour ceux qui le peuvent, le soutien et la promotion de la sécurité financière pour les familles, et un meilleur accès à des services publics de qualité élevée^{219, 365}. À ce jour, le Royaume-Uni a introduit ou établi : des changements dans la fiscalité, des augmentations du salaire minimum, des crédits d'impôt pour les familles à faible revenu, du soutien aux parents, et des dépenses en éducation, en emploi, en santé et dans l'aide au logement²¹⁹. Bien qu'il soit peu probable que le Royaume-Uni atteigne ses objectifs de 2010, on constate une diminution de 21 % du nombre d'enfants qui vivent dans la pauvreté depuis la mise en œuvre de ces mesures³⁶⁵. Tout en reconnaissant qu'il reste du travail à faire, le gouvernement britannique a commencé à augmenter, dès 2006, le nombre de ressources disponibles en faveur de cette initiative^{365, 366}.

Établir les trajectoires d'une vie en santé

de prestation nationale pour enfant, le Crédit d'impôt pour enfants et la Prestation fiscale pour le revenu gagné)^{350, 351}.

Même si la réduction de la pauvreté est reconnue presque universellement comme une importante politique économique et sociale, des données probantes suggèrent que davantage de mesures pourraient être prises pour réduire la pauvreté au Canada^{30, 352}. Par exemple, le *Comité sénatorial permanent des droits de la personne*, le *Sous-Comité sénatorial sur la pauvreté, le logement et le sans-abrisme* et le *Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts* ont fortement recommandé la création d'une stratégie nationale pour lutter contre la pauvreté, en plus de proposer l'élaboration de mesures préventives visant en particulier les familles à risque élevé³⁵³⁻³⁵⁵. Le *Comité permanent du développement des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées* fait rapport sur la contribution fédérale en vue de réduire la pauvreté au Canada³⁵⁶. D'autres pays aussi bien nantis (par exemple la Finlande et le Royaume-Uni), ainsi que des provinces et des organisations canadiennes (par exemple le Québec, Terre-Neuve-et-Labrador, l'Ontario et l'Assemblée des Premières nations) examinent cette approche de la réduction de la pauvreté (voir l'encadré *Pauvreté chez les enfants en Finlande et au Royaume-Uni*)^{219, 357-361}. Comme c'est le cas pour d'autres pays nordiques, le faible taux de pauvreté chez les enfants de la Finlande peut être en partie attribuable aux transferts et aux crédits d'impôt, ainsi qu'aux vastes politiques familiales qui soutiennent les familles à deux revenus³⁶². Au Canada, la politique familiale du Québec (1997) en est un exemple, compte tenu de son rôle pour aider la province à réduire de façon constante le taux de pauvreté chez les enfants au cours des 10 dernières années (voir l'encadré *Vastes stratégies pour les familles et les enfants*)^{360, 363}.

Stratégies générales pour les familles et les enfants

La *Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS* a demandé aux gouvernements de mettre en place un plan d'action ou une stratégie intégrés en faveur du développement des jeunes enfants^{345, 367}. Un tel plan d'action nécessiterait un effort de coordination et une

bonne cohésion stratégique afin de définir les rôles et les responsabilités de tous les secteurs concernés³⁴⁵. Par conséquent, le développement de la petite enfance serait intégré aux programmes de l'ensemble des secteurs, de sorte que les préoccupations quant à la santé et au développement des enfants soient examinées lors de toutes les prises de décisions stratégiques. Le plan nécessiterait également un engagement des organisations de la société civile auprès du gouvernement, comme d'ailleurs les fournisseurs de soins et les collectivités, ce qui permettrait aux initiatives locales de fournir du soutien financier aux familles ou toute autre forme d'aide. Cela permettrait également l'exécution de programmes efficaces dédiés aux premières années de vie, tout en favorisant l'essor de milieux résidentiels sécuritaires ainsi qu'une vie communautaire dynamique, tout cela en vue d'améliorer la vie des enfants peu importe leur SSE. Donc, une telle stratégie reposerait sur une approche qui prend en compte les besoins des enfants, de la naissance à l'entrée à l'école, afin que les stades fondamentaux de leur développement soient pleinement considérés lors de toute prise de décisions. Les pays dont les stratégies générales,



en faveur des familles et des enfants, accroissent les possibilités des ménages et misent sur l'éducation pendant la petite enfance, font état de meilleurs résultats en ce qui a trait à la maturité scolaire, en plus d'enregistrer de plus faibles taux de pauvreté chez les enfants^{268, 368, 369}.

Le Canada ne possède pas une telle stratégie et, comme indiqué au chapitre 4, il continue de faire mauvaise figure dans le bulletin de l'UNICEF. Lorsque comparé à d'autres nations aussi bien nanties, il performe mal en matière de pauvreté chez les enfants, au chapitre de leur bien-être et en terme de mise en application de programmes de développement de la petite enfance^{274, 345, 365}. Dans de nombreux cas, si les plans proposés tiennent compte de l'importance générale des problèmes (comme la pauvreté durant l'enfance et le développement de la petite enfance), ils demeurent souvent conceptuels plutôt qu'axés sur des mesures concrètes²⁷⁴. Il est important de noter qu'au Canada, un plan d'action ou une stratégie qui respecte l'approche de l'OMS risque d'être plus difficile à implanter compte tenu des paliers fédéral, provinciaux et territoriaux dans lequel il doit s'articuler.

Bien que le Canada ne possède pas de stratégie générale pour la famille et les enfants, d'autres pays et certaines provinces au Canada examinent cette approche (voir l'encadré *Vastes stratégies pour les familles et les enfants*). *Enfants en santé Manitoba* et la *Politique familiale du Québec*, par exemple, visent à assurer le développement de politiques axées sur les enfants et à établir des chances équitables pour tous les enfants, peu importe leur région ou leur situation économique^{30, 370, 371}. Un programme comme *Enfants en santé Manitoba* repose sur une stratégie de prévention interministérielle à long terme, destinée aux enfants et aux familles, et qui vise à favoriser la santé physique et affective des enfants, leur sécurité ainsi que leur apprentissage^{30, 372}. Il est fondé sur des données probantes selon lesquelles le soutien aux familles permet de renforcer les collectivités. De plus, ce programme a permis d'établir des coalitions axées sur les parents et les enfants qui bénéficient à la collectivité partout dans la province, y compris dans les régions rurales et du Nord^{30, 372}. L'Ontario a récemment annoncé son intention de mettre en œuvre des journées complètes d'apprentissage optionnel pour les enfants de quatre à cinq ans et ce, dans le cadre d'une initiative à long terme

qui vise à intégrer les enfants (de 0 à 12 ans) dans un réseau consolidé de soins pour la famille ainsi que des centres d'apprentissage qui soutiennent les enfants et les familles en partenariat avec les écoles locales³⁷³. Les avantages escomptés à long terme visent un meilleur taux d'alphabétisation et une plus grande maîtrise des notions de calcul afin d'améliorer la réussite scolaire des enfants, en plus de favoriser leur résilience et leur état de santé générale. En collaboration avec la *Stratégie de réduction de la pauvreté de l'Ontario*, cette première phase du programme sera mise en œuvre dans les quartiers à faible revenu³⁷³.

Programmes pour les familles et les enfants

Le réseau de connaissances sur le développement de la petite enfance de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS considère le développement des jeunes enfants (DJE) comme un puissant levier d'égalité des chances, car il jette les fondations essentielles à leur épanouissement, peu importe le SSE. D'ailleurs, on constate que ce sont les personnes défavorisées qui retirent les plus grands bénéfices du DJE^{345, 367}. Des investissements dans le DJE peuvent permettre aux enfants de devenir des adultes en santé qui vont ensuite contribuer à la société sur le plan économique et social³⁴⁵. Des mesures visant à améliorer le DJE peuvent également avoir des effets bénéfiques importants sur la santé des enfants puisque celle-ci peut être largement compromise par un SSE précaire. Alors qu'un SSE faible peut entraîner des répercussions néfastes sur le DJE, les efforts consentis pour l'améliorer peuvent contribuer à en minimiser les impacts et même l'améliorer à mesure que l'enfant devient un adulte^{345, 367}.

Les meilleurs retours sur les investissements des contribuables sont ceux qui s'adressent aux enfants^{29, 383}. Leur permettre de commencer leur vie en santé réduit les coûts à long terme associés aux soins de santé, à la toxicomanie, au crime et au chômage^{29, 383}. En fait, on estime que chaque dollar dépensé pendant les premières années de vie permet d'épargner entre 3 et 9 \$ en dépenses futures dans les services de santé, de même que dans les services judiciaires et sociaux³⁸⁴. Les investissements axés sur le bien-être des enfants favorisent une meilleure scolarisation, ce qui leur permet de devenir des adultes bien adaptés et productifs³⁸³.

Vastes stratégies pour les familles et les enfants

Politique familiale du Québec

Lorsque le gouvernement du Québec a présenté sa nouvelle politique familiale en 1997, il poursuivait entre autres ces objectifs³⁷⁴: la réduction de la pauvreté, la mise en place des possibilités égales pour tous, l'implantation d'une économie de marché sociale, la transition de l'aide sociale vers le marché du travail et le soutien accru aux parents qui travaillent. La politique favorisait en général des investissements sociaux dans les familles afin de s'attaquer aux inégalités en matière de revenu, de soutenir les parents, de protéger l'éducation des enfants et de subvenir aux besoins de services de garde. Grâce à sa politique familiale, le Québec garantit aux parents un accès aux services de garde éducatifs subventionnés pour les enfants de moins de cinq ans. Pour les parents à faible revenu, ces services sont gratuits³⁷⁵. Des indemnités spéciales sont également versées afin de contribuer à l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde³⁷⁶. Les frais de garde éducative sont minimaux (7 \$ par jour) et incluent un maximum quotidien de 10 heures consécutives, des collations, des repas et du matériel d'apprentissage³⁷⁷. Les défenseurs des réformes axées sur les services de garde éducatifs au Québec ont souligné l'importance de leur répercussion sur la réduction des obstacles qui freinaient l'accès au marché de l'emploi pour les mères d'enfants de moins de cinq ans. On estime que le taux d'emploi de ce groupe s'est accru, passant d'environ 61 % à 69 % au cours des dernières années, ce qui signifie qu'il a dépassé la moyenne canadienne, alors qu'il était en deçà avant l'implantation de ces mesures. Les recettes fiscales perçues par le gouvernement suite à ces emplois additionnels couvriraient, en une seule année, près de 40 % des coûts de ces programmes et services³⁷⁸. D'après des évaluations réalisées suite à cette initiative, bien que toutes les familles, peu importe leur revenu, y aient accès, il subsiste un besoin disproportionné chez les familles à faible revenu qui n'est pas encore en voie d'être satisfait^{374, 378}. En outre, les programmes ne répondent

pas toujours aux besoins en matière de services de garde pour les enfants de certaines familles (par exemple parents qui travaillent par quart de travail). De plus, la qualité et l'accessibilité des programmes peuvent varier³⁷⁹. Selon certains commentaires, les familles d'enfants handicapés et les familles ethniques font moins appel aux programmes; de plus, ceux-ci pourraient être davantage implantés dans les collectivités autochtones³⁷⁴.

Programmes Sure Start locaux

En 1998, le programme Sure Start a été lancé en Angleterre afin de fournir des programmes et des services visant à améliorer la santé et le bien-être de tous les enfants (jusqu'à cinq ans), en particulier les enfants et les familles qui habitent dans des collectivités défavorisées. L'objectif final consiste à promouvoir le développement physique, intellectuel et social des nourrissons et des jeunes enfants, tout en soutenant les autres besoins de la famille et ce, en vue de favoriser leur réussite à la maison, à l'école et tout au long de leur vie. Les programmes et les services offerts par l'entremise des centres pour enfants Sure Start sont à la fois universels et ciblés. Chaque centre est différent et tient compte des besoins précis de la collectivité desservie. Les ressources offertes par les centres varient et peuvent comporter des volets comme les services de garde et l'éducation précoce, les services de santé et le soutien à la famille sous forme de cours axés sur les compétences parentales ainsi que l'aide à la recherche d'emploi. Chaque centre doit offrir des visites à domicile et des services de sensibilisation auprès de tous les nouveaux parents. Il existe actuellement plus de 2 900 centres, partout au pays, et l'on planifie en ouvrir un dans toutes les collectivités du pays d'ici 2010. Des programmes ont également été lancés en Écosse, en Irlande et au Pays de Galles. Par contre, il est à noter que ceux qui en ont le plus de besoin ne profiteraient toujours pas de l'initiative, tandis que la participation au programme est bien meilleure dans les ménages à revenu plus élevé^{371, 380-382}.

L'un des domaines où le retour est le plus important est celui des services de garde éducatifs pour les jeunes enfants. Une étude longitudinale américaine, le *High/Scope Perry Preschool Programme*, illustre l'importance des investissements dans la petite enfance; en effet, les enfants qui ont participé aux programmes jouissent d'un meilleur SSE une fois devenus adultes (voir l'encadré *High/Scope Perry Preschool Program*)^{385, 386}.

Le Canada a investi considérablement pour appuyer les familles avec des enfants, comme l'*Entente fédérale-provinciale-territoriale sur le développement de la petite enfance* (2000) et le *Cadre multilatéral pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants* (2003), qui comportent des initiatives ciblées sur les enfants de moins de six ans et leur famille⁹³. Plus récemment, le *Plan universel pour la garde d'enfants* (100 \$ par mois pour chaque enfant de moins de six ans) a été implanté dans le but de contribuer à la garde d'enfants. En outre, le Canada a consenti des investissements de manière à prolonger le congé parental³⁸⁸. Des sommes considérables ont également été dégagées pour fournir de l'aide aux collectivités des Premières nations par l'entremise du *Programme des services à l'enfance et à la famille des Premières nations*. Ce programme offre des services de prévention et de protection adaptés à leur culture et destinés aux enfants et aux familles en tous points comparables à ceux offerts ailleurs dans la province ou le territoire de résidence³⁸⁹. De même, des investissements considérables dans le *Programme d'établissement et d'adaptation des immigrants* aident les familles de nouveaux arrivants à s'adapter à la société canadienne. Dans le cadre de ce programme, le Canada verse des fonds et établit des partenariats avec les provinces, les territoires, de concert avec des établissements de prestation de services et les intervenants du milieu, afin de créer des réseaux de soutien pour les soins de santé, la promotion et la prévention. Par exemple, ces investissements, par le truchement d'hôpitaux comme le Hospital for Sick Children de Toronto, facilitent l'accès des nouveaux immigrants à des services adaptés sur le plan culturel^{390, 391}.

Grâce aux investissements déjà mentionnés et ceux réalisés par les administrations provinciales, territoriales et municipales (par exemple éducation publique et maternelle à temps plein), le Canada fait bonne figure dans plusieurs domaines de la santé, du développement

High/Scope Perry Preschool Program

Le *High/Scope Perry Preschool Program* représente un exemple par excellence de la pertinence d'investir dans le DJE. Il met en évidence non seulement les avantages à long terme de ces investissements, mais démontre aussi l'importance de la cueillette des données longitudinales. Le *High/Scope Perry Preschool Program* est une initiative américaine lancée dans les années 1960 dans le but d'arrimer à l'apprentissage actif un volet de visites à domicile pour les enfants de familles à faible revenu et réputés être à risque d'échouer à l'école. L'objectif du programme consistait à stimuler ces enfants pour les disposer à mieux réussir dès le commencement de leur apprentissage scolaire³⁸⁵⁻³⁸⁷. D'après l'étude, les adultes âgés de 40 ans qui avaient participé au programme préscolaire gagnaient de meilleurs revenus, avaient de meilleures chances de conserver leur emploi, risquaient moins de commettre des crimes et avaient obtenu de meilleures chances de terminer leur secondaire par rapport à leurs pairs qui n'y avaient pas participé^{385, 386}. Une recherche récente sur les limites de cette étude indiquait que le ratio entre les coûts des prestations et le retour sur l'investissement est moins considérable que ce qu'on avait initialement prévu; cependant, les gains en terme économiques et sociaux demeurent statistiquement significatifs et importants²⁸.

et du bien-être des enfants. Cependant, comme il est mentionné plus haut, le Canada ne fait pas aussi bien que d'autres pays sur certains points, et les efforts actuels ne permettent pas de répondre aux besoins de tous les Canadiens. Par exemple, une étude canadienne de 2006 sur les services de garde éducatifs pendant la petite enfance montre que, malgré l'implantation du congé parental prolongé, de nombreuses mères n'en profitent pas³⁹². Certaines n'y sont pas admissibles (par exemple travailleuses autonomes), certaines choisissent de ne pas s'en prévaloir et d'autres ne peuvent pas se permettre de vivre sur la seule base des prestations d'assurance-emploi (55 % de leur salaire) quand elles ne sont pas complétées par leur employeur³⁹².

À l'échelle internationale, les statistiques démontrent que les enfants jouissent d'une meilleure qualité de vie dans les pays qui ont prolongé la durée du congé parental. La Suède (qui fait état d'un plus faible taux de pauvreté chez les enfants et de meilleurs résultats en matière d'éducation et de soins des enfants) a établi un congé parental dont la couverture et la souplesse s'étendent durant une bonne partie de l'enfance^{161, 231, 571}. Elle offre jusqu'à un an et demi de congé parental accompagné de prestations gouvernementales couvrant 80 % du salaire (avec un plafond salarial mensuel). Un mois supplémentaire pour l'autre parent, ainsi que 90 jours de congé supplémentaires pour l'un ou l'autre des parents, sont offerts au besoin^{161, 571}. Un congé supplémentaire peut également être pris à tout moment pour un enfant malade, et les parents peuvent réduire leur horaire de travail d'un maximum de 25 % jusqu'à ce que le benjamin ait huit ans¹⁶¹.

En ce qui concerne les besoins de populations spécifiques, à savoir les enfants de nouveaux immigrants, les Autochtones, les personnes qui sont handicapées ou qui ont une maladie mentale ou qui vivent dans une famille dont l'un des parents est confronté à l'une de ces difficultés, et les enfants des familles monoparentales, il semble que leur situation demeure encore précaire^{30, 267, 393}. Cependant, des initiatives bien ciblées auprès de ces populations plus vulnérables peuvent efficacement leur apporter de l'aide³⁹⁴.

Le PACE en est un exemple. S'appuyant la capacité des collectivités et des partenariats intersectoriels à déterminer et satisfaire les besoins des enfants dans la collectivité, il fournit des fonds aux groupes communautaires afin de les aider à faire porter leurs efforts sur la santé et le développement des enfants qui vivent dans des conditions à risque (par exemple faible revenu, monoparentalité, nouveaux immigrants au Canada)³⁹⁴⁻³⁹⁶. Les évaluations nationales et régionales du programme ont permis de constater les nombreux avantages qu'en retirent les familles participantes, à savoir des taux plus faibles de dépression et de sentiment d'isolement chez les mères, ainsi qu'un nombre moins élevé de problèmes affectifs et comportementaux chez les enfants³⁹⁷.

Le *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves*, dont on reconnaît l'influence favorable sur le développement de nombreux enfants autochtones (voir « Accès des enfants à une aide préscolaire » dans l'encadré *Enfants autochtones au Canada*), est un autre exemple d'initiatives ciblées réussies. Toutefois, le programme offre des services à seulement 9 000 enfants des Premières nations (soit de 13 % à 15 %) de la naissance à six ans, ce qui montre qu'il est nécessaire d'étendre ce type d'initiative à l'ensemble des populations vulnérables ou encore de créer d'autres programmes de ce type et tout aussi bien ciblés³⁹⁸.

Même si les personnes et les populations vivent des expériences qui leur sont uniques et qu'une population en particulier n'est pas universellement plus vulnérable qu'une autre, de toute évidence il est nécessaire de rejoindre davantage de Canadiens, ce que justement permettent d'accomplir les programmes ciblés. L'encadré *Enfants autochtones au Canada* décrit quelques-uns des programmes autochtones qui offrent de bons exemples de la manière dont les gens et les collectivités se mobilisent pour répondre aux besoins spécifiques de leur population.

Parmi les leviers les plus efficaces qui permettent d'influer sur le développement des enfants, on compte le contexte scolaire qui peut s'avérer essentiel à la promotion de pratiques saines tout au long de la vie. Par exemple le *Consortium conjoint pour les écoles en santé* (2005) réunit des représentants clés provenant des administrations fédérale, provinciales et territoriales responsables de la santé et de l'éducation dont l'objectif est de promouvoir la santé des enfants à l'école^{411, 412}. Reconnaisant les problèmes liées à la santé auxquelles sont confrontés les enfants de nos jours, le Consortium sert à l'échange des renseignements de manière à tirer des leçons des expériences d'autrui en plus de cerner les meilleures pratiques qui tendent à améliorer les divers aspects de la santé, comme l'activité physique, la nutrition, la santé mentale, la santé sexuelle et la prévention des blessures⁴¹¹. Le Consortium fait également la promotion de la santé en général en milieu scolaire selon un cadre qui englobe l'ensemble du contexte scolaire et ce, grâce à des mesures qui touchent à l'environnement social et physique, l'enseignement et l'apprentissage. Le Consortium, en plus de faire la promotion de politiques pour une vie saine à l'école, permet d'établir divers

Enfants autochtones* au Canada

Nous élèverons une génération d'enfants et de jeunes inuits, métis et des Premières nations qui n'auront pas à se remettre de leur enfance. Cela commence maintenant, avec tout notre courage, notre force, notre sagesse et notre détermination.
[traduction]

— Déclaration tirée de Rassemblés autour d'un rêve
Victoria (Colombie-Britannique) 2005.

En 2006, le Canada comptait environ 1,17 million d'Inuits, de Métis et de personnes des Premières nations¹³⁰. De ce nombre, 273 000, soit près du quart (23 %), étaient des enfants de moins de 12 ans dont la majorité (70 %) vivait à l'extérieur des réserves¹³⁰. Comparée à la population canadienne, la population autochtone est en moyenne beaucoup plus jeune et affiche un taux de fécondité plus élevé; tendance qui ne devrait pas changer dans un avenir rapproché⁴⁵. Les interventions relatives à la santé et au bien-être des enfants représentent une excellente occasion de jouer un rôle significatif sur la santé des populations autochtones grâce à des investissements qui profitent aux plus jeunes de ses membres. Offrir aux femmes enceintes et aux parents de nourrissons et de jeunes enfants tout le soutien dont ils ont besoin pendant la grossesse, à la naissance et pendant la période où ils élèvent leurs enfants, revêt une grande importance afin d'assurer la meilleure santé et le meilleur développement possibles aux nourrissons et aux jeunes enfants. En fait, en offrant ce soutien de façon constante, le Canada réussira fort probablement à réduire les disparités en matière de santé et de développement entre les divers segments de la société canadienne, et ainsi réduire l'écart qui sépare le Canada de certains autres pays.

Voilà une occasion qui offre un double avantage. D'une part, elle peut être perçue comme une façon d'améliorer la santé des Autochtones. D'autre part, elle donne la chance de revenir aux racines de la conception autochtone de la santé, du bien-être et de la guérison, qui englobe à la fois les enfants, la famille, la collectivité et l'environnement en général. Au fil des siècles de colonisation, des expériences de vie et des valeurs culturelles ont été perdues au même titre que des connaissances spécifiques ou des pratiques spirituelles millénaires⁴⁴. La colonisation a poussé ces peuples à quitter leurs territoires traditionnels, ce qui s'est traduit, pour les Premières nations, les Métis et les Inuits, par l'assimilation de leur culture, leur marginalisation politique, en plus de générer des inégalités en matière de santé³⁹⁹. Tout particulièrement, les pensionnats ont causé un important bouleversement au chapitre du transfert de connaissances liées aux soins donnés enfants, ce qui a grandement nui au maintien des compétences parentales chez les populations inuites et des Premières nations^{400, 401}. Comme il a été mentionné aux chapitres 3 et 4, il existe de grandes disparités entre l'état de santé des enfants autochtones et les enfants non autochtones. Voici des exemples de la manière dont les collectivités métisses,

inuites et des Premières nations parviennent à réunir des conditions favorables à la santé et au développement de leurs enfants tout au long de la vie.

Aboriginal Healthy Babies, Healthy Children Program

Le programme *Aboriginal Healthy Babies Healthy Children* (AHBHC) s'inscrit dans la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones. Il repose sur un partenariat qui regroupe 14 organisations autochtones indépendantes, politiques, territoriales et des Premières nations, ainsi que le gouvernement de l'Ontario. Il vise à promouvoir la santé et la guérison dans la population autochtone de la province. L'objectif du programme AHBHC est d'améliorer les perspectives de santé à long terme des enfants autochtones, de la naissance à six ans. Les activités du programme comprennent des visites à domicile, l'identification précoce des problèmes, des soins de dépistages et la coordination des services et des ressources. Le programme AHBHC se concentre sur la préparation au rôle de parent, ainsi que sur les soins prénataux et postpartum en s'appuyant sur les connaissances et les pratiques propres à la culture autochtone. Dans le cadre de cette stratégie, on cherche à enrayer la violence et les mauvais traitements à la maison et dans la collectivité grâce à des activités d'éducation et de sensibilisation qui font la promotion de modes de vie exempts de violence. On vise également une meilleure coordination des services et un aiguillage plus efficace vers d'autres programmes et services offerts par les travailleurs communautaires, comme les refuges, les programmes de guérison liée à la violence familiale, les pavillons de ressourcement et le bureau central d'information de lutte contre la violence. Les enseignements traditionnels des Autochtones font partie de tous les services afin de s'assurer que les besoins spécifiques des enfants, des familles et des collectivités autochtones soient satisfaits. Grâce à des services de sensibilisation pour les parents et les familles on compte, parmi les tous premiers succès du programme AHBHC, une augmentation du taux d'allaitement naturel, une meilleure santé dentaire chez les nourrissons et les enfants, une meilleure alimentation chez les femmes enceintes et leur famille et une diminution des taux de tabagisme et d'exposition à la fumée secondaire⁴⁰². Selon une évaluation du programme, les enfants participants à cette initiative ont de meilleurs résultats au niveau des indicateurs liés au développement de l'enfant, par exemple, ils ont une plus grande débrouillardise, une meilleure

Établir les trajectoires d'une vie en santé

motricité, tant globale que fine, ainsi qu'une maîtrise accrue du langage. Les parents ont également indiqué éprouver un plus grand sentiment de confiance à l'égard de leurs compétences parentales en plus d'utiliser plus judicieusement les services communautaires⁴⁰³.

Accès des enfants à une aide préscolaire

Créé en 1965, le programme *Head Start*, le plus vieux programme national de préparation à l'école des États-Unis, a permis de rejoindre efficacement les enfants de famille à faible revenu par l'offre de services complets d'éducation, de santé, de nutrition et de participation parentale. Du soutien est fourni à l'ensemble de la collectivité *Head Start* par l'entremise de la *Head Start Association* qui préconise des politiques visant à renforcer les services afin d'aider les enfants et leur famille. Elle offre en outre une formation complète et du perfectionnement professionnel au personnel de *Head Start*, en plus d'élaborer et de diffuser des recherches, de l'information et des ressources de manière à enrichir le programme *Head Start*. À ce jour, près de 25 millions d'enfants d'âge préscolaire ont profité du programme *Head Start*⁴⁰⁴. Une évaluation qui porte sur des enfants de trois ans ayant participé au programme a permis de constater que les programmes *Head Start* favorisent grandement le développement cognitif, le développement du langage, le développement socio-affectif des enfants, en plus de profiter aux parents, notamment au chapitre de l'emploi et des interactions entre les pères et leurs enfants⁴⁰⁵.

Inspirés du plan d'action américain, le *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques* (1995) et le *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves* (1998) du Canada ont été établis pour faire face aux difficultés spécifiques des enfants inuits, métis et des Premières nations et de leur famille. Les programmes sont conçus pour préparer les enfants autochtones (jusqu'à six ans) à l'école en répondant à leurs besoins affectifs, sociaux, sanitaires, nutritionnels et psychologiques. Ils offrent la possibilité aux enfants d'âge préscolaire de s'approprier leurs langues, leurs cultures et leurs valeurs traditionnelles – en plus de les préparer à l'école – tout en leur permettant d'acquérir des comportements sains. Ces programmes sont conçus et dirigés à l'échelle locale. Ils se déclinent en six volets : éducation, nutrition, culture et langue, soutien social, participation des parents et promotion de la santé. Offrir la possibilité aux enfants autochtones d'apprendre leur langue traditionnelle constitue un moyen efficace de renforcer leur identité culturelle, leurs connaissances et leur sentiment d'appartenance avec leur collectivité. L'identité culturelle – un élément important de l'estime de soi – est un déterminant de l'aptitude sociale lié à un développement sain et à la réussite scolaire⁴⁰⁶. L'évaluation du processus de 2002-2003 du *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves* a permis de constater son efficacité à promouvoir des changements positifs qui aident les enfants dans leurs apprentissages, en plus de contribuer

au maintien des traditions linguistiques chez les Premières nations. Au niveau de la maternelle, les enseignants des participants au Programme indiquaient que ces enfants avaient une meilleure estime d'eux-mêmes, démontraient de meilleures compétences de base, de meilleures capacités d'apprentissage et qu'ils se montraient plus indépendants et confiants par rapport à ceux qui n'avaient pas eu la chance de participer au Programme⁴⁰⁷.

École de la Première nation d'Eel Ground

Plus de 800 Mi'kmaq font partie de la Première nation d'Eel Ground, dans le nord-est du Nouveau-Brunswick. Leur collectivité compte une école pour leurs enfants (de la maternelle à la huitième année) qui a attiré l'attention partout au Canada et à l'étranger. Cette école se distingue en raison de ses programmes uniques et des possibilités qu'elle offre aux enfants afin de se développer sans rien perdre de leurs traditions, même dans un environnement où, en raison de la technologie, les valeurs se bousculent à un rythme effréné⁴⁰⁸. Parmi les ressources de l'école d'Eel Ground, on compte des laboratoires informatiques entièrement équipés et des salles de classe qui favorisent l'utilisation d'ordinateurs pour l'ensemble du programme éducatif et ce, dès les premières années. S'appuyant sur la technologie, l'école favorise l'apprentissage par projets dans lesquels les élèves bâtissent leur savoir à l'intérieur d'un cadre qui tient compte de la planification, de l'élaboration du processus, de l'évaluation et de la réflexion⁴⁰⁹. Le recours à la vidéoconférence permet également les visites interactives, et en temps réel, de diverses personnes (des aînés des Mi'kmaq, des élèves des collectivités inuites et des Premières nations partout au Canada, des auteurs pour enfants renommés) ce qui permet d'élargir la mise en commun des renseignements entre les collectivités^{408, 410}. Tous les élèves apprennent à connaître leur culture et leurs traditions Mi'kmaq, y compris la langue Mi'kmaq, souvent à l'aide d'un programme informatique. D'autres activités comprennent des projets dirigés par les élèves, dont certains ont remporté des prix, et qui traitent de questions sociales et sanitaires comme par exemple les problèmes causés par l'alcoolisation fœtale, la toxicomanie et le virus du Nil occidental. En outre, par l'entremise d'initiatives comme le programme de dépistage du diabète de l'école, les élèves acquièrent des connaissances à propos d'autres modes de vie ou sur d'autres questions de santé qui sont importantes pour leur croissance et leur développement⁴⁰⁸. Le thème spécifique de l'école, à savoir les traditions et la culture combinées à l'intégration de nouvelles technologies, a contribué à l'augmentation du nombre d'inscriptions, laquelle a triplé au cours des 30 dernières années⁴⁰⁸.

* Le terme « Autochtone » renvoie aux trois groupes reconnus par la Constitution - les Amérindiens, les Inuits et les Métis. Bien que le nouveau terme « Première nation » ne soit pas reconnu par la Constitution, il est utilisé pour décrire les Indiens inscrits reconnus en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Lorsque des données qui concernent ces groupes distincts de population sont disponibles, des détails précis sont fournis par souci de clarté.

partenariats entre les nombreux fournisseurs de services disponibles⁴¹¹. D'après la recherche, promouvoir la santé en général en milieu scolaire représente une manière efficace de tirer parti des relations étroites qui lient la bonne santé à l'éducation, en plus d'encourager l'habitude de comportements sains qui peuvent durer toute une vie^{357, 388}.

Il est également possible de favoriser le développement de l'enfant et de promouvoir des comportements sains après les heures de classe, entre le moment où l'enfant finit sa journée scolaire et, en général, le moment où il se retrouve en famille (une période cruciale dans la journée des enfants d'âge préscolaire dont les parents travaillent). C'est à ce moment, lorsqu'ils sont peu ou pas surveillés, que les enfants et les jeunes risquent de faire de mauvais choix pouvant conduire à des accidents et des blessures, à la consommation d'aliments malsains pour la santé, au visionnement excessif et non supervisé de la télévision et à l'utilisation excessive et non supervisée de l'ordinateur. L'influence des pairs peut également jouer un rôle important dans le choix du type d'activités auxquelles prennent part les enfants à ce moment de la journée^{413, 414}. Par conséquent, la période après l'école a été déterminée

comme étant cruciale lorsqu'il est question d'infléchir les trajectoires en matière de santé des enfants d'âge scolaire⁴¹⁵.

Les enfants, les familles et les collectivités peuvent tirer parti de cette période grâce à des programmes parascolaires de qualité. Ceux-ci permettent aux parents de moins s'inquiéter, en sachant où sont leurs enfants et ce qu'ils font, tandis que les enfants, de leur côté, peuvent profiter de l'occasion pour développer davantage leurs capacités sociales, physiques, créatives et de leadership. Lorsque les collectivités y participent, cela permet aux villes et aux organisations locales d'établir des partenariats plus solides⁴¹⁴. De plus, lorsque l'activité physique et la saine alimentation sont intégrées aux activités organisées après l'école, des nombreux avantages en découlent (voir l'encadré *L'Australie s'active après l'école*). Le *Bulletin canadien de l'activité physique chez les jeunes* de 2009 recommande un certain nombre de mesures que les collectivités et les programmes communautaires peuvent adopter pendant les heures après l'école dans le but d'atteindre certains objectifs en matière d'activité physique chez les enfants et les jeunes. De la sorte, ces programmes permettent de partager, avec

L'Australie s'active après l'école

Établi en 2005, le programme australien *Active After-school Communities* est une initiative nationale qui offre aux enfants du primaire l'accès à des programmes parascolaires d'activité physique gratuits et structurés. Le programme fait en sorte que des enfants, partout au pays, puissent participer à des activités physiques structurées et gratuites après l'école en fournissant des installations, des gymnases, des piscines, des jeux, des programmes sportifs et des choix de collations saines⁴¹⁵. Il vise à faire participer les enfants habituellement inactifs à des activités physiques structurées au sein d'organisations communautaires, dont des clubs sportifs⁴¹⁵.

D'après une évaluation du programme réalisée en 2008, les enfants qui y participent passent presque le double du temps à pratiquer des activités sportives, et les deux tiers ont exprimé le désir de se joindre

à un nouveau club sportif^{415, 416}. Les clubs sportifs communautaires ont également connu une hausse du nombre de leurs inscriptions. Cela contribue à la création d'un plus grand nombre de programmes destinés aux enfants, ce qui, en contrepartie, les incite à s'y inscrire à mesure qu'ils prennent goût à la pratique de sports au sein d'un environnement aussi stimulant que celui du programme *Active After-school Communities*⁴¹⁶. D'après les données probantes, il existe des avantages indirects associés à ces programmes, comme une amélioration tant sur le plan du sommeil et de l'alimentation que de la concentration à l'école chez les enfants qui, auparavant, avaient éprouvé des difficultés scolaires⁴¹⁶. Cette évaluation révèle que les enfants participants ont acquis, entre autres, de meilleures habiletés motrices, de meilleures capacités de leadership et de raisonnement ainsi qu'une meilleure confiance en soi⁴¹⁵.

Établir les trajectoires d'une vie en santé

les écoles et les familles, la responsabilité d'atteindre ces objectifs en matière d'activité physique⁴¹⁴.

Violence et négligence

Au Canada, il y a environ 22 cas déclarés de maltraitance par 1 000 enfants âgés de 0 à 11 ans, et ce nombre serait à la hausse²⁴⁶. Les données indiquent que la maltraitance peut accroître les facteurs de risque pour la santé et le bien-être en plus de nuire à l'apprentissage, miner la confiance en soi ou envers les autres, générer de l'agressivité, rompre les liens d'appartenance sociale et perturber les comportements sexuels. De plus ces effets indésirables qui compromettent la santé au cours de l'enfance, peuvent perdurer au cours de leur vie et même se transmettre d'une génération à l'autre^{30, 246, 250, 259, 261}. Les enfants peuvent être affectés par la violence à la maison, à l'école, ainsi que de la part de leurs pairs^{246, 262}. Même avant la naissance, il y existe un risque de violence prénatale. En effet, on estime que 6 % des femmes sont victimes de violence pendant la grossesse, et les traumatismes qui en résultent peuvent avoir des effets néfastes chez le fœtus²⁵¹⁻²⁵⁴. Les lignes qui suivent mettent en lumière trois grands types d'interventions qui contribuent à la réduction de la violence et de la

négligence à l'atténuation de ses conséquences sur la santé et le bien-être des enfants, à savoir :

- éducation et sensibilisation;
- services communautaires et de soins de santé;
- services de protection.

Chacune de ces interventions est : soit efficace et mériterait d'être plus répandue, soit prometteuse, bien qu'elle nécessite davantage de travaux et de recherche.

Éducation et sensibilisation

Le Canada a pris des mesures pour améliorer les connaissances et favoriser la sensibilisation à l'égard de la violence familiale, en plus de mettre en place des moyens plus efficaces pour lutter contre elle. *L'Initiative de lutte contre la violence familiale du Canada*, par exemple, a été lancée en 1988 à titre d'effort pangouvernemental visant à favoriser la sensibilisation du public à l'égard des facteurs de risque liés à la violence familiale tout en faisant valoir la nécessité d'un engagement général pour lutter contre ce problème. On propose donc de renforcer les capacités d'intervention de la justice pénale et des établissements de santé, d'élargir les programmes d'habitation et de soutenir les efforts en matière de

Surveillance de la violence et de la négligence envers les enfants

L'ECI est le fruit de la collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que des chercheurs, des organisations représentant les Premières nations, des groupes pour la défense des droits des enfants, des fournisseurs de services de bien-être pour les enfants, et qui tous ensemble cherchent à mieux comprendre les phénomènes de violence et de négligence à l'égard des enfants²⁴⁶. L'ECI se penche sur la gravité des mauvais traitements ayant fait l'objet d'une enquête et sur certains déterminants de la santé (par exemple le revenu des ménages, la qualité du logement), en plus de surveiller les résultats à court terme des enquêtes (par exemple le recours aux placements à l'extérieur et le tribunal de la jeunesse). L'ECI permet de recueillir des données sur les cas présumés ou fondés de violence et de négligence, ainsi que sur les caractéristiques

des enfants, des jeunes et des familles qui font l'objet d'enquêtes d'organismes de protection de l'enfance. À ce jour, deux ECI nationales ont été entreprises (1998 et 2003), et les résultats d'une troisième étude devraient être diffusés en 2010. L'ECI a jeté les bases d'un système national de surveillance de la maltraitance des enfants qui pourra être amélioré afin de permettre des comparaisons au fil du temps et, par ricochet, de parvenir à une meilleure compréhension des facteurs de risque²⁴⁶. L'évaluation des résultats de l'ECI montre que la majorité des variables (telles que : la forme et la durée des mauvais traitements; les signes de dommages corporels et affectifs; les sources de références ainsi que les caractéristiques des familles et des personnes s'occupant des enfants), sont fiables au fil du temps⁴¹⁸.

Racines de l'empathie

Racines de l'empathie (RDE) est un programme fondé sur des données probantes, et qui est destiné aux salles de classe. Il a permis de réduire considérablement les niveaux d'agressivité chez les enfants d'âge scolaire – de la maternelle à la 8^e année – tout en améliorant les compétences sociales et affectives et en favorisant l'empathie. Au Canada, le programme est offert en anglais et en français dans les régions urbaines, rurales et éloignées, notamment dans les collectivités autochtones. *Racines de l'empathie* est également offert en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis et dans l'île de Man⁴²⁴.

Le programme requiert qu'un parent du quartier, accompagné son bébé, visite la classe à neuf reprises au cours de l'année scolaire. Un instructeur compétent guide les élèves alors qu'ils observent le développement du bébé et il les aide à reconnaître les sentiments du bébé. Dans ce contexte d'apprentissage par l'expérience, le bébé devient le « professeur » et donc un moyen qui sert à l'instructeur pour aider les enfants à identifier et à révéler leurs propres sentiments de même que ceux des autres. Cet « éveillé affectif » jette les bases d'une vie en classe plus sécurisante et chaleureuse. Les enfants deviennent mieux aptes à comprendre leurs propres sentiments, ainsi que ceux des autres et, par conséquent, sont moins susceptibles de s'agresser les uns les autres,

physiquement, psychologiquement ou affectivement, soit par intimidation ou en raison d'autres types de comportements⁴¹⁹.

Depuis l'an 2000, huit évaluations indépendantes de l'efficacité du programme RDE ont été effectuées ainsi que deux examens de l'ensemble du programme. Les résultats montrent que, comparativement à des groupes témoins, les enfants participant au programme RDE possèdent des compétences sociales et affectives accrues et adoptent des comportements sociaux responsables (par exemple partage, aide et inclusion). Ils font en outre preuve de moins d'agressivité envers leurs pairs. L'évaluation de ces comportements, avant et après la participation au programme (six mois; un, deux et trois ans), révèle une amélioration continue sur une période de trois ans, et même après la fin du programme. Les participants ont également déclaré éprouver un sentiment d'appartenance accru en classe et ressentir une meilleure acceptation de la part de leurs camarades. La majorité des élèves (88 %) ont rapporté une diminution de l'intimidation au sein de la classe. En revanche, 50 % des enfants n'ayant pas participé au programme ont fait preuve d'une agressivité accrue⁴²⁴. Circonscrire les problèmes d'agressivité au cours de l'enfance peut diminuer les tendances violentes à l'âge adulte⁴²¹.

collecte de données, de recherche et d'évaluation dans le but de déterminer quelles sont les interventions les plus efficaces⁴¹⁷. En outre, le Canada recueille de l'information sur l'incidence de la maltraitance des enfants (voir l'encadré intitulé *Surveillance de la violence et de la négligence envers les enfants*) afin d'accroître la sensibilisation à la violence familiale et renforcer la capacité d'intervention face à la violence et à la négligence envers les enfants²⁴⁶.

Bien que de mesurer l'ampleur du problème puisse contribuer à la sensibilisation et à la compréhension de ces problèmes, les interventions pédagogiques restent très utiles afin d'informer les enfants sur leurs droits et leur donner les moyens nécessaires pour dépister les situations de violence, les déclarer et obtenir de

l'aide²⁵⁵. Ces interventions peuvent également apprendre aux enfants des compétences sociales, affectives et l'empathie. Les initiatives à cet égard ont permis de réduire les niveaux d'agressivité chez les participants (voir l'encadré intitulé *Racines de l'empathie*)⁴¹⁹. Des études ont démontré que les enfants agressifs sont plus susceptibles d'intimider leurs pairs et d'être les auteurs de violence familiale à l'âge adulte^{205, 420, 421}. L'OMS soutient qu'il est possible de réduire les mauvais traitements infligés aux enfants par les parents et les tuteurs par des programmes de formation sur le développement des enfants, la discipline sans violence et les techniques de résolution de problèmes^{422, 423}. Les programmes de formation visant à sensibiliser davantage les intervenants et à accroître leurs compétences (juges, procureurs,

Établir les trajectoires d'une vie en santé

enseignants, policiers, travailleurs de la santé, travailleurs sociaux et psychologues qui sont en contact avec des enfants victimes de violence) permettent également d'entreprendre des actions efficaces²⁵⁵.

Les programmes scolaires qui visent à enseigner aux enfants en quoi consiste la violence et comment s'en protéger sont largement offerts par les collectivités dans le cadre de stratégies élargies de prévention de la violence⁴²⁵. Les programmes d'éducation préventive peuvent aider les enfants à comprendre ces concepts, à les encourager à la divulgation, à réduire les sentiments de culpabilité et à favoriser la diffusion d'information sur la violence⁴²⁶. Une étude récente a permis de constater une réduction de l'incidence de cas déclarés de violence envers les enfants chez les participants exposés à un programme scolaire contrairement à ceux qui n'avaient pas participé à de tels programmes⁴²⁷. Bien que les recherches montrent que les programmes scolaires favorisent l'apprentissage de connaissances générales et l'adoption de comportements de protection chez les enfants, les données témoignaient également du fait que la sensibilisation peut accentuer la perception des risques, la peur des étrangers, en plus d'induire un comportement agressif envers les pairs et la fratrie⁴²⁵. Étant donné la variabilité des résultats, qui est attribuable à la durée et la méthodologie des enquêtes, sans non plus oublier l'influence des facteurs culturels et affectifs, d'autres enquêtes doivent être entreprises pour évaluer l'efficacité globale des approches scolaires afin de réduire la prévalence de la violence et accroître la sensibilisation aux problèmes qu'elle pose^{426, 427}.

Services communautaires et de soins de santé

Le rapport de l'OMS sur la prévention de la maltraitance (2006) suggère que l'adoption d'une approche qui touche l'ensemble de la population et offre un équilibre entre une saine politique publique et des interventions préventives et curatives, peut contribuer à combattre la maltraitance chez les enfants^{250, 422}. Il souligne également que même si la prévention de la violence envers les enfants est un objectif social important et presque universellement reconnu, les initiatives pour mesurer et améliorer l'efficacité des interventions actuelles ont été insuffisantes²⁵⁰.

Le renforcement des liens communautaire et le leadership, à l'échelle locale, contribuent à la prévention de la violence, objectif qui peut être atteint à l'aide d'initiatives telles qu'une formation en connaissances pratiques de la vie à l'intention des enfants et des parents, et par des incitatifs pour que les adolescents à haut risque terminent l'école⁴²⁸. Les programmes de prévention du crime qui ciblent les personnes à risque, telles que celles qui affichent des comportements agressifs et anti-sociaux et qui s'adonnent à la consommation précoce de drogues et d'alcool, peuvent également avoir des effets positifs à long terme⁴²⁸. Dans le cas d'initiatives à l'intention des parents et des tuteurs, certains obstacles (tels que l'accès aux programmes, le calendrier des programmes, les dépenses encourues et la perception de la valeur des programmes) pourraient les empêcher d'acquérir les habiletés souhaitables et de profiter des ressources et du soutien nécessaires à la prévention de la violence²⁵⁵.

De récents travaux de recherche indiquent que les programmes de prévention précoce à l'intention des familles à risque obtiennent de bons résultats. Une analyse de 40 programmes de prévention offerts aux États-Unis a permis d'en constater les effets positifs lorsque ces programmes sont dispensés auprès de familles ayant des enfants âgés de 0 à 3 ans et qui sont à risque de violence physique et de négligence⁴²⁹. Cette constatation est corroborée par le succès obtenu dans la foulée d'un programme américain de visites à domicile effectuées par une infirmière (voir l'encadré intitulé *Offrir des soins prénataux aux mères à haut risque*)⁴³⁰. Les résultats obtenus grâce à ce programme témoignent de l'importance de communiquer avec les femmes à faible revenu pendant leur première grossesse pour favoriser l'adoption de comportements sains avant que des habitudes malsaines ne se développent⁴³⁰. Le programme met également en évidence les effets positifs de l'aide apportée à ces mères afin de gérer les facteurs sociaux et économiques qui pèsent sur leurs choix et leurs comportements (par exemple éducation, emploi, dysfonctionnement de la famille élargie)⁴³⁰.

Le Canada prend aussi des mesures pour prévenir la violence au sein des collectivités vulnérables. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC), par exemple, a octroyé des fonds, à l'aide de

son *Programme pour la prévention de la violence familiale*, qui permettent d'offrir des services d'hébergement et des activités communautaires de prévention dans les réserves. Le *Programme des services à l'enfance et à la famille* du MAINC aide les Premières nations à offrir des programmes adaptés à la culture de leurs communautés et s'assure de faire en sorte que ces derniers soient comparables à ceux offerts aux résidents des provinces et des territoires vivant dans des contextes similaires^{389, 431}.

Services de protection

Le milieu de vie est un élément essentiel du développement d'un enfant en santé. Pour la plupart des enfants, il s'agit d'un milieu où règnent l'amour et la confiance. Mais pour d'autres, il s'agit d'un milieu traumatisant. Bien que le meilleur endroit pour un enfant soit habituellement avec sa famille, certaines situations peuvent justifier de prendre des mesures de protection pour le soustraire à des menaces ou un danger imminent (par exemple lorsque le bien-être physique ou mental d'un enfant est à risque ou lorsque les parents ne se croient pas en position de prendre soin de leur enfant)²⁵⁵. Dans de tels cas, les enfants sont placés dans des familles d'accueil jusqu'à ce que les problèmes de dysfonctionnement aient été résolus dans le milieu familial. Lorsque les enfants sont dans l'impossibilité de retourner dans leur milieu familial, ils demeurent en famille d'accueil ou dans des services de placement de l'État ou encore deviennent admissibles à l'adoption.

Le fait d'être retiré de sa collectivité et éloigné de sa culture, en plus de sa famille, est souvent troublant. Les ministères et organisations responsables des enfants et des familles reconnaissent que, lorsque cela est possible, les options de placement en famille d'accueil les plus favorables sont celles qui permettent de garder ensemble les frères et sœurs dans la même collectivité^{432, 433}. Le placement chez un membre de la famille élargie représente la meilleure option afin de perturber le moins possible les enfants qui sont retirés de leur milieu familial (voir l'encadré intitulé *Placement chez un membre de la famille*)^{432, 433}.

Risques prénataux

Le Canada a connu un certain succès dans la réduction des risques prénataux et la promotion de comportements prénataux sains. Toutefois, il n'a pas été possible de joindre toutes les femmes enceintes. Certains risques prénataux peuvent entraîner de graves problèmes de santé chez le fœtus ou chez l'enfant après la naissance, y compris des problèmes de santé et de développement permanents^{323, 435}.

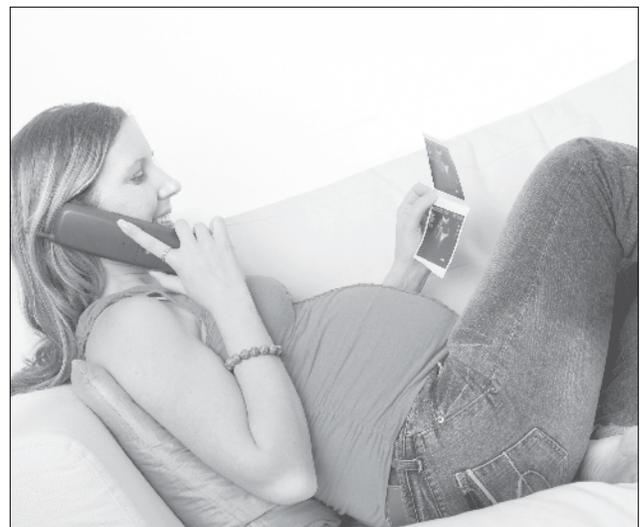
Les lignes qui suivent mettent en lumière trois grands types d'interventions qui contribuent à réduire les risques prénataux et à promouvoir les comportements sains au cours de cette période critique, à savoir :

- éducation et sensibilisation;
- soins prénataux;
- ciblage des comportements à risque élevé.

Chacune de ces interventions est : soit efficace et mériterait d'être plus répandue, soit prometteuse, bien qu'elle nécessite davantage de travaux et de recherche.

Éducation et sensibilisation

Des campagnes de marketing social, de concert avec d'autres tactiques, ont été utilisées pour informer la population et favoriser l'adoption de comportements plus sains liés aux grossesses³²³. Par exemple, les



Placement chez un membre de la famille

Les enfants qui doivent être retirés de leur milieu familial de façon involontaire sont de plus en plus souvent placés chez un membre de la famille, des amis proches de la famille ou dans leurs collectivités conformément à des ententes de placement négociées avec la famille comme solution de rechange au placement en famille d'accueil. Le placement chez un membre de la famille est particulièrement pertinent dans les collectivités autochtones, où – en tant que pratique de longue date – il a permis aux enfants de parler leur langue d'origine et de maintenir des liens avec leurs familles et leur culture. Dans un autre contexte, ces liens pourraient être rompus.

Une étude récente sur le placement chez un membre de la famille dans une collectivité crie au Manitoba a permis d'établir que de nombreux parents-substituts étaient déterminés à assurer la continuité culturelle et d'offrir les soins nécessaires en vertu des liens traditionnels qui unissent l'enfant, le parent-substitut et la collectivité. En outre, plusieurs parents-substituts sont d'anciens bénéficiaires du placement chez un membre de la famille qui ont su tirer parti de leurs expériences passées⁴³².

Certains avantages ont été associés au placement chez un membre de la famille. Même si peu d'études fondées sur des données probantes ont permis de comparer ce type de placement aux autres types de placement en famille d'accueil, les recherches montrent que si les ressources sont adéquates, les placements chez un membre de la famille offrent plus de stabilité que les placements-types en famille d'accueil⁴³⁴. Les placements chez un membre de la famille peuvent atténuer le traumatisme de la séparation des parents en maintenant l'enfant dans un environnement familial avec des parents-substituts connus⁴³⁴. Ils peuvent également conférer un sentiment d'appartenance plus fort et contribuer à prévenir la réadmission des

enfants dans le système de placement une fois qu'ils retournent habiter dans leur foyer naturel. Une étude américaine fondée sur la *National Survey of Child and Adolescent Well-Being* a permis de conclure que, trois ans après leur placement, les enfants vivant chez un membre de la famille présentent moins de troubles de comportement que les enfants placés en famille d'accueil⁴³⁴.

Toutefois, les données montrent également que dans certains contextes de placement chez un membre de la famille, la sécurité de l'enfant reste une préoccupation en raison du risque accru de contact avec les parents abusifs, ainsi que de la possibilité que les parents-substituts connaissent des problèmes similaires à ceux des parents. Les parents-substituts sont plus susceptibles d'être célibataires, plus âgés, en moins bonne santé et de SSE inférieur. En plus de ces difficultés, les parents-substituts ont tendance à avoir peu d'accès aux ressources et au soutien offert par les services d'aide sociale à l'enfance, et à recevoir moins d'aide en général que les parents de familles d'accueil^{432, 434}.

Dans plusieurs provinces et territoires canadiens, le placement chez un membre de la famille est une option de plus en plus populaire pour les enfants devant être retirés de leur milieu familial⁴³². Parmi les facteurs qui contribuent à cette tendance, notons une meilleure mise en valeur des politiques de préservation de la famille; une diminution du nombre de familles d'accueil combinée au nombre croissant d'enfants nécessitant un placement en milieu familial; des lois qui favorisent le placement des enfants chez un membre de la famille ou d'autres adultes avec lesquels ils ont des relations antérieures significatives; et enfin une volonté affirmée de garder les enfants en contact avec leur collectivité et leur patrimoine culturel⁴³².

campagnes nationales contre la consommation d'alcool et le tabagisme au cours de la grossesse, et dont le niveau de rétention des messages véhiculés a été bon, a favorisé une sensibilisation accrue à court terme et à moyen terme, ce qui aurait contribué à l'adoption de comportements plus sains⁴³⁵. Les initiatives provinciales, telles que la campagne *Born Free* (Alberta, 2000) et la campagne *Enceinte – Sans alcool* (Manitoba, 2001) ont obtenu des résultats similaires en terme de sensibilisation aux risques que posent la consommation d'alcool pendant la grossesse (particulièrement le risque de l'ETCAF)⁴³⁵. La transmission de messages à grande échelle, par le truchement d'étiquettes de mise en garde (par exemple mises en garde relatives à la santé apposées sur l'emballage des produits) a donné de modestes résultats en matière de diffusion des connaissances et de changements de comportement. En outre, ces bienfaits sont rapportés principalement chez les gens à faible risque d'adopter des comportements malsains³²³. Ces constatations concordent avec les conclusions de travaux de recherche sur l'efficacité d'autres programmes de prévention qui s'adressent à la population (bien que bon nombre de programmes restent à évaluer), ce qui démontre que l'assimilation des messages se fait davantage au sein des populations à faible risque. Ainsi, même si ces initiatives sont importantes pour rejoindre la population en général, elles sont souvent moins aptes à informer les populations à risque élevé – particulièrement lorsque ces campagnes sont lancées individuellement³²³.

Les recherches indiquent également que le partenaire ou le conjoint peut avoir une grande influence, qu'elle soit bénéfique ou nuisible, sur l'environnement immédiat des femmes enceintes³²³. Parmi les influences négatives, notons la consommation ou l'abus de drogues ou d'alcool, de même que la violence physique ou mentale (par exemple la consommation d'alcool par les partenaires est associée à la consommation d'alcool par les femmes enceintes). L'adoption de comportements sains et la participation aux activités de soins prénataux sont des exemples d'influences positives^{323, 436}. Les pairs, les autres membres de la famille et l'ensemble de la collectivité peuvent aussi avoir une influence sur les milieux dans lesquels vivent ces femmes. Les initiatives d'éducation et de sensibilisation qui ciblent ces groupes peuvent favoriser la création de milieux de vie plus sains pour les

femmes enceintes, et faciliter par le fait même l'adoption de comportements bénéfiques pour la santé⁴³⁷⁻⁴⁴⁰.

Prendre les mesures nécessaires pour informer les femmes des bienfaits des soins prénataux adéquats représente un élément important de la gestion des risques prénataux^{323, 441}. Toutefois, les recherches indiquent que l'éducation des femmes, à cet égard, devrait être entreprise dès que possible étant donné que les choix bénéfiques pour la santé, ainsi que les comportements sexuels responsables, sont en partie déterminés par les expériences de vie antérieures^{323, 441}. Les programmes officiels, tels que les initiatives en milieu scolaire à l'intention des enfants et des adolescents, peuvent sensibiliser les gens à propos de divers sujets, notamment les drogues et la santé, le développement sexuel, la croissance personnelle et l'acquisition d'aptitudes pour bien gérer sa vie (par exemple de saines relations fondées sur les droits, le respect et la responsabilité). Cela peut conduire à l'adoption de comportement sains, tôt dans la vie, et avoir des conséquences favorables avant, pendant et après la grossesse³²³.

Soins prénataux

Il est important de bénéficier de soins prénataux continus afin de vivre une grossesse en santé et un accouchement sans complication de manière à favoriser la santé de l'enfant au cours des premières années de son existence³³⁵. Grâce aux soins prénataux, une femme enceinte peut avoir accès à de l'information pertinente pour le maintien de sa santé et pour déterminer les risques qui peuvent affecter son bien-être et celui de son fœtus ou de son enfant³³⁵. Les soins prénataux peuvent inclure des activités qui s'adressent aux partenaires afin de leur permettre d'identifier les enjeux cruciaux, tels que les problèmes liés à la pauvreté ou à la santé mentale, et de leur offrir par la suite du counselling, de la formation axée sur les compétences, de l'éducation parentale, du soutien à l'allaitement et des services de garde à l'enfance.

Environ 95 % des femmes enceintes déclarent recevoir des soins prénataux au cours du premier trimestre de leur grossesse³¹¹. Au fil du temps, le Canada a réussi à accroître l'offre de soins prénataux et à améliorer la santé maternelle et infantile. Toutefois, pour que ce succès

Offrir des soins prénataux aux mères à haut risque

Visites à domicile effectuées par une infirmière

Le modèle Olds – un programme de visites à domicile par une infirmière aux États-Unis – cible les femmes à faible revenu qui sont mères pour la première fois afin de les aider à mieux prendre soin d'elles-mêmes et de leurs bébés. Le modèle vise trois grands objectifs :

- l'amélioration des résultats de la grossesse en favorisant la santé prénatale des femmes;
- l'amélioration de la santé et du développement des enfants en réduisant les pratiques parentales dysfonctionnelles en matière de soins aux nourrissons;
- l'amélioration du parcours de vie de la mère en l'aidant à développer une vision de son avenir, y compris les grossesses futures, l'éducation et l'obtention d'un emploi.

Les éléments essentiels de cette approche impliquent de travailler avec des personnes qui deviennent parents pour la première fois afin de promouvoir des comportements sains avant même qu'ils ne développent de mauvaises habitudes. Cela consiste en outre à fournir les prestations du programme à la résidence de la mère afin de limiter ses déplacements et de s'assurer que ces visites soient effectuées par une infirmière (car les mères, en ce qui concernent la grossesse et les soins des nourrissons, ont tendance à faire plus confiance aux infirmières et les préfèrent aux médecins). Les visites commencent pendant la grossesse. Elles se poursuivent après la naissance, sur une base hebdomadaire pendant les six premières semaines, puis aux deux semaines jusqu'à ce que le bébé soit âgé de 21 mois, et enfin une fois par mois jusqu'à ce qu'il ait deux ans. Le programme prend fin à cet âge⁴³⁰.

Trois essais cliniques distincts indiquent que les programmes conçus en fonction de ce modèle réduisent les risques de comportements anti-sociaux chez les enfants des participants et préviennent les problèmes liés à la criminalité et à la délinquance chez les jeunes. Cela inclut la violence faite envers les enfants, la consommation abusive de drogues ou d'alcool par la mère ainsi que sa participation à des activités criminelles. Les essais ont également permis d'établir que le programme améliore les résultats de grossesses ainsi que la santé et le développement des enfants. Il aide aussi les parents à établir un parcours de vie positif. Une étude de la RAND Corporation, effectuée en 1998, estimait qu'un des programmes analogues offert

dans l'État de New York était susceptible d'économiser jusqu'à 4 \$ en dépenses publiques pour chaque dollar investi dans le programme⁴³⁰.

Un suivi récent auprès des participants au programme de l'État de New York – 15 ans après leur participation – confirme des retombées positives à long terme comparées à des populations semblables n'ayant pas reçu de visites d'une infirmière, puisqu'on note :

- 48 % moins de cas de violence et de négligence envers les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans;
- 69 % moins de condamnations à l'âge de 15 ans;
- une hausse de 83 % quant à l'accès au marché du travail par les mères participantes dont l'enfant était âgé de quatre ans⁴³⁰.

Des programmes fondés sur ce modèle sont actuellement offerts à plus de 20 000 mères dans 20 États américains⁴³⁰.

Programme de Sheway

En 1993, *Sheway* a été créé comme programme d'action communautaire dans le Downtown Eastside de Vancouver. Il offre des services aux femmes enceintes et aux mères qui consomment des drogues et de l'alcool. Le secteur représente un des quartiers les plus pauvres au Canada et où les taux de criminalité, de violence, de VIH, de consommation de drogues, de prostitution et de logements insalubres y sont élevés. Le programme de *Sheway* vise à promouvoir le bien-être des femmes enceintes en tenant compte du contexte dans lequel elles vivent et qui se caractérise par la pauvreté, la faim, des conditions de vie instables, de faibles niveaux de soutien social et, souvent, la violence et l'exploitation sexuelle. *Sheway* offre des services sûrs, respectueux et adaptés à la culture de chacune tout en visant à réduire les conséquences de la consommation de drogues et d'alcool chez les femmes et leurs enfants. Le programme de *Sheway* préconise la satisfaction des besoins de base en aidant les femmes à se loger et à se nourrir convenablement, en développant des relations de confiance et en redirigeant les mères vers les sources de traitements qui peuvent le mieux les aider à prendre soin de leurs enfants. Les résultats d'évaluation témoignent d'un accès accru aux soins prénataux et postnatals, de meilleures conditions d'hébergement, d'une meilleure alimentation et d'une probabilité accrue que les participants conservent la garde de leurs enfants après avoir terminé le programme^{445, 448}.

perdure, il est nécessaire de maintenir la prestation de ces services, voire de les améliorer lorsque possible. Parmi les raisons citées par les femmes ayant déclaré avoir obtenu des soins prénataux inadéquats, mentionnons, outre le fait de ne pas avoir d'adresse fixe, un accès limité aux soins de santé, l'absence de moyen de transport, la difficulté d'obtenir des services de gardiennage, la peur des représailles liée à la consommation de drogues ou d'alcool et enfin la peur du dépistage d'une maladie grave⁴⁴⁰. C'est au sein de ce groupe de femmes plus vulnérables que les circonstances et les comportements prénataux à risque sont les plus difficiles à reconnaître et à traiter. Les obstacles à l'obtention de ces soins peuvent également être aggravés dans les collectivités défavorisées où les problèmes sociaux ne permettent pas d'offrir un milieu propice au soutien et à la gestion de grossesses en santé.

Les programmes qui reposent sur une approche communautaire et qui visent à éliminer les obstacles limitant l'accès aux soins prénataux, ont obtenu certains succès en ciblant des collectivités et des personnes défavorisées. Le PCNP, par exemple, offre du financement et un soutien aux femmes enceintes à risque, ainsi qu'à leurs enfants, dans plus de 2 000 collectivités au pays^{442, 443}. L'avantage du PCNP est qu'il permet la prise de décisions à l'échelle de la communauté de manière à ce que les besoins particuliers de chaque administration soient comblés. Les évaluations, après 10 ans, indiquent que cette approche a permis l'adoption de meilleurs comportements sanitaires chez les participants et leurs enfants⁴⁴². La composante des Premières nations et des Inuits du PCNP cible principalement les femmes enceintes et les femmes ayant des enfants âgés d'au plus 12 mois dans les collectivités inuites et des Premières nations. Le cadre souple de cette composante des Premières nations et des Inuits du PCNP permet aux travailleurs communautaires d'adapter leurs interventions selon les priorités propres à la culture de leur collectivité⁴⁴⁴.

Les femmes à faible revenu et sans abri sont plus susceptibles de répondre positivement à un travailleur de la santé ou à un travailleur social en qui elles ont confiance. Une étude de la Colombie-Britannique indique que les femmes enceintes déclarent plus ouvertement leur consommation de drogues ou d'alcool dans un milieu qu'elles considèrent comme sûr, où elles ne craignent

pas d'être jugées et où de l'aide leur est fourni pour prendre soin d'elles-mêmes et de leur enfant^{445, 446}. Par ailleurs, elles évitent les situations qu'elles perçoivent comme pouvant leur causer des problèmes (par exemple arrestation ou perte de la garde)^{446, 447}. Les interventions thérapeutiques et non punitives sont par conséquent considérées comme les plus efficaces pour assurer l'atteinte des objectifs de santé visés pour ces femmes et leurs enfants. Bien que les programmes d'action communautaire puissent avoir une certaine influence sur le niveau de sensibilisation et sur les comportements des populations à haut risque, il est maintenant reconnu qu'il faut s'attaquer aux problèmes sociaux d'envergure qui affligent ces personnes et ces collectivités. C'est pourquoi, certains programmes ont été mis en place dans le but d'y parvenir (voir l'encadré intitulé *Offrir des soins prénataux aux mères à haut risque*).

La compréhension des expériences prénatales et maternelles est essentielle pour établir et offrir des services pertinents et maximiser le potentiel des soins prénataux. Le *Système canadien de surveillance périnatale* (SCSP) est un programme national de surveillance continue de la santé qui vise à améliorer la santé des femmes enceintes, des mères et des nourrissons en recueillant et en analysant systématiquement les renseignements pertinents qui concernent leur état de santé ainsi que les facteurs susceptibles d'influer sur leur santé. Dans le cadre de cet engagement, le SCSP fait appel à la collaboration des partenaires provinciaux et territoriaux et des intervenants impliqués en vue de définir des variables et des indicateurs normalisés dans le but d'établir des rapports conséquents. Il cherche en outre à intensifier la surveillance dans le domaine des anomalies congénitales. Enfin, il tente d'évaluer les connaissances, les perspectives, les pratiques et les expériences des femmes pendant la grossesse, à la naissance et en tant que parent. D'autres travaux restent à réaliser puisque les objectifs à long terme du SCSP consistent à établir un système national exhaustif de données pour compiler les statistiques propres aux services hospitaliers, communautaires et de l'état civil. En effet, l'objectif est de mieux comprendre les besoins des femmes enceintes ou des mères et de leurs enfants, en fonctions de leurs expériences vécues, et d'évaluer dans quelle mesure elles utilisent ces services⁴⁴⁹. Malgré ces efforts, l'insuffisance

d'information perdue. Il y existe encore trop peu de renseignements disponibles sur les femmes enceintes à haut risque d'adopter des comportements prénataux malsains et qui n'obtiennent pas de soins prénataux ou qui doivent surmonter des obstacles pour les obtenir.

Ciblage des comportements à risque élevé

Comme il a été mentionné auparavant, des mesures préventives, telles que les soins prénataux et l'éducation, ainsi que les campagnes de sensibilisation auprès du public, ont permis au fil du temps d'améliorer la santé maternelle et infantile. Toutefois, certaines mères et leurs nourrissons demeurent à risque selon leurs antécédents, que ce soit au chapitre des ITS ou de la consommation de drogues et d'alcool. Il faut donc établir un contact avec cette sous-population spécifique pour réussir à cibler ces comportements à haut risque.

Le dépistage prénatal de certaines ITS est réalisé partout au Canada et a permis de réduire la transmission verticale d'infections telles que le VIH et la syphilis⁴⁵⁰⁻⁴⁵². Néanmoins, l'accès au dépistage et les méthodes utilisées varient d'une province ou d'un territoire à l'autre. Aucune méthode n'est utilisée de manière uniforme. De plus, les ressources nécessaires pour dépister, soigner et traiter les femmes enceintes à haut risque sont toujours insuffisantes^{437, 453}.

Les données indiquent que les interventions qui ont aidé les femmes enceintes à cesser de fumer, ou tout au moins à réduire l'usage du tabac durant leur grossesse, comprennent les éléments suivants : des stratégies ciblées de prévention du risque (telles que le soutien pour minimiser l'usage du tabac); le counselling; la persistance des professionnels (qui prônent des tactiques de renoncement au tabagisme); les discussions qui traitent des questions d'isolement et de dépression; et la création d'occasions sûres qui permettent aux femmes de s'exprimer ouvertement^{315, 437}. L'élargissement de ces interventions auprès d'autres membres de la communauté, tels que les partenaires ou les membres de la famille qui fument dans la résidence, s'est également avéré fructueux^{315, 454}.

Les interventions entreprises par des médecins afin de réduire la consommation d'alcool au cours de la grossesse ont eu un certain succès chez des femmes issues de divers

milieux socioéconomiques et présentant divers profils de risque. Les données suggèrent que ces programmes pourraient être plus avantageux s'ils s'adressaient à des populations à haut risque, particulièrement lorsqu'ils sont combinés à des visites à domicile durant une longue période (de deux à cinq ans après la grossesse)⁴⁵⁵. Actuellement, 62 % des fournisseurs de soins de santé déclarent avoir recours à un outil normalisé pour dépister la consommation d'alcool chez les patientes en soins prénataux. Toutefois, seulement 40 % des médecins de famille mentionnent avoir discuté des risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse avec des femmes en âge de procréer. Ils sont encore moins

La Fir Square Combined Care Unit de la British Columbia Women's Hospital

Le programme de la *Fir Square Combined Care Unit* (unité des soins de maternité combinés Fir Square) est la première unité de soins combinés au Canada pour les femmes consommant des drogues et les nouveaux-nés qui y sont exposés. Les bébés et les mères y restent jusqu'à ce que la mère soit capable de prendre convenablement soin de son enfant, et elle y reçoit les traitements adéquats pour faire en sorte qu'elle devienne un bon parent. Les bébés reçoivent des soins spécialisés pour assurer leur sevrage en raison de l'exposition prénatale aux drogues, de manière à ce qu'ils puissent être en meilleure santé possible. Des professionnels de la santé sont sur place et offrent des soins en milieu hospitalier et en clinique externe. Le programme vise à faciliter le sevrage des femmes et de leurs nouveaux-nés, tout en aidant les femmes à conserver la garde de leurs enfants, lorsque cela est possible. Il vise également à favoriser l'accès aux soins médicaux appropriés, à réduire la consommation de drogues et les comportements à risque, et à améliorer la santé des nourrissons et les compétences parentales des mères. Des évaluations sont en cours et bien que les résultats préliminaires soient prometteurs, des questions restent à élucider concernant le suivi et les prestations des soins subséquents offerts aux mères et aux enfants ainsi que les résultats obtenus une fois le traitement terminé⁴⁵⁸.

nombreux (17 %) à fournir de l'information écrite aux femmes sur l'exposition à l'alcool avant la naissance⁴⁵⁶.

Les femmes qui reçoivent un traitement pour abus de drogues au cours des premiers mois d'une grossesse peuvent réduire les conséquences de cette consommation sur le fœtus⁴⁵⁵. Dans certains cas, l'état de santé du nouveau-né peut être comparable à celui d'un nourrisson non exposé aux drogues⁴⁵⁷. Les héroïnomanes qui participent à des programmes de traitement à la méthadone pendant leur grossesse, par exemple, donnent naissance à des bébés dont le poids à la naissance est supérieur à ceux de mères héroïnomanes n'ayant pas participé à un programme⁴⁵⁷. En outre, certaines administrations établissent des milieux novateurs pour soutenir et traiter les mères à risque et leurs nouveaux-nés (voir l'encadré intitulé *La Fir Square Combined Maternity Care Unit*)⁴⁵⁸.

Santé mentale et troubles mentaux

Au Canada, il existe très peu de données sur la santé mentale des enfants. Cependant, comme il a été mentionné au chapitre 3, on estime qu'en tout temps, 15 % des enfants et des jeunes canadiens sont atteints d'un trouble mental^{201, 459}. Les problèmes affectifs ou de santé mentale qui touchent les enfants et les jeunes peuvent les affecter dans l'immédiat ainsi qu'à l'âge adulte²⁷.

Les Canadiens atteints d'un trouble de santé mentale doivent faire face à plusieurs défis qui sont très différents de ceux associés à aux problèmes de santé physique. Le rapport définitif du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, intitulé *De l'ombre à la lumière – La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, décrit comment ces défis peuvent prendre de l'ampleur à mesure que les personnes atteintes et leur famille cherchent du soutien social, professionnel et public pour les aider. Cette réalité touche particulièrement les parents qui cherchent de l'aide pour leurs enfants²⁰¹. Le Comité souligne également l'importance d'augmenter les efforts en amont dans le but de promouvoir le bien-être social et affectif et, si possible, de prévenir les troubles de santé mentale et les maladies mentales dès le jeune âge⁴⁶⁰.

Les lignes qui suivent mettent en lumière trois grands types d'interventions qui jouent un rôle dans la promotion de la santé mentale chez les enfants, la prévention des maladies mentales et le soutien des familles touchées par des troubles de santé mentale et de maladies mentales, à savoir :

- éducation et sensibilisation;
- soutien communautaire;
- stratégies générales en matière de santé mentale.

Chacune de ces interventions est : soit efficace et mériterait d'être plus répandue, soit prometteuse, bien qu'elle nécessite davantage de travaux et de recherche.

Éducation et sensibilisation

Bien qu'il n'existe aucune donnée d'enquête indiquant si les enfants sont touchés par la stigmatisation liée à la maladie mentale ou, le cas échéant, comment ils le sont, environ 63 % des jeunes Canadiens souffrant d'un trouble mental quelconque signalent que l'embarras, la pression des pairs et la stigmatisation représentent des obstacles qui les découragent de demander de l'aide⁴⁶¹. De plus, 38 % des Canadiens adultes affirment qu'ils auraient honte d'avouer que leur enfant est atteint d'une maladie mentale (comme un trouble anxieux ou dépressif)^{461, 462}.



Les efforts visant à sensibiliser et à comprendre davantage la santé mentale, les troubles mentaux et les maladies mentales peuvent avoir un effet positif sur la santé mentale de tous les Canadiens. En effet, le manque de connaissances et la stigmatisation peuvent freiner la diffusion de l'information sur la santé mentale et décourager les personnes atteintes de troubles et de maladies de santé mentale de chercher à se faire traiter⁴⁶³. Les stratégies de lutte contre la stigmatisation ont connu un succès mitigé, mais les mesures suivantes semblent s'avérer utiles :

- accroître l'éducation et la sensibilisation pour dissiper les mythes répandus au sujet de la maladie mentale;

- lutter contre les attitudes discriminatoires communes;
- favoriser un contexte où la maladie mentale serait mieux connue.

Selon les études, les efforts visant à mettre la maladie mentale en contexte constituent la meilleure manière de contrer la stigmatisation et la discrimination⁴⁶³. C'est pourquoi la *Commission de la santé mentale du Canada* a récemment lancé une campagne décennale visant à réduire la stigmatisation et la discrimination^{461, 464}. Cette campagne va représenter l'effort le plus important jamais mené au Canada pour lutter contre la stigmatisation liée à la maladie mentale. On aura recours à des techniques de marketing social semblables à celles utilisées dans le cadre des campagnes antitabac et des campagnes contre

Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur

Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur, un projet de recherche longitudinale de démonstration portant sur la prévention, vise à fournir de l'information sur l'efficacité de cette stratégie auprès des enfants. Le projet, lancé par le gouvernement de l'Ontario en 1991, respecte un modèle basé sur la prévention primaire au sein de la communauté et destiné aux familles avec de jeunes enfants. Ce projet est actuellement mené dans huit collectivités à risque élevé de la province⁴⁶⁸. Les buts du projet sont les suivants :

- favoriser un développement social, affectif, physique, comportemental et cognitif optimal;
- renforcer les capacités de la collectivité de répondre aux besoins sociaux et économiques des enfants et de leur famille;
- réduire l'incidence de graves problèmes affectifs et comportementaux à long terme⁴⁶⁷.

Une partie de l'évaluation menée dans le cadre du projet *Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur* consistait en une étude longitudinale quasi expérimentale. Les enfants participants et leur famille étaient divisés en deux groupes : un groupe ayant fait partie du programme *Partir d'un bon pas* pendant 4 ans, et un groupe témoin. Dans les sites où se trouvaient les enfants plus âgés (programmes visant les enfants de 4 à 8 ans), les données ont été recueillies à l'aide de plus de 100 indicateurs de résultats lorsque les

enfants étaient à la maternelle, puis en première, deuxième, troisième, sixième, neuvième et douzième année. La diversité des collectivités participantes (par exemple autochtones, francophones, urbaines et multiculturelles) permet, en les généralisant, d'appliquer les résultats de recherche à des collectivités défavorisées de partout au Canada⁴⁶⁹.

Les données recueillies chez le groupe d'enfants plus âgés, six ans après qu'ils eurent suivi le programme (c'est-à-dire lorsqu'ils étaient en neuvième année), ont permis de noter des résultats généralement positifs. Les effets étaient plus importants au niveau des indicateurs liés à l'école : les participants au programme étaient mieux préparés pour l'école, moins susceptibles de redoubler une année et moins susceptibles d'avoir besoin de services d'éducation spécialisée. Les participants au programme *Partir d'un bon pas* étaient en mesure de résoudre des conflits avec leurs parents plus facilement et affichaient moins de comportements associés à des troubles affectifs et à l'hyperactivité. Les parents participant au programme signalent un plus grand soutien social, un meilleur fonctionnement familial, une plus grande satisfaction dans leur vie de couple et de meilleures interactions avec leur voisinage. De plus, une analyse économique a permis de constater une diminution des coûts liés aux programmes de prévention dès la neuvième année⁴⁷⁰.

l'alcool au volant⁴⁶⁴. La Commission travaillera de concert avec les collectivités, les intervenants et certains groupes à risque⁴⁶⁴. D'autres pays, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis, ont mis sur pied des initiatives de lutte contre la stigmatisation qui partagent la même vision : modifier les attitudes et les comportements des gens à l'égard des maladies et des troubles de santé mentale en vue d'éliminer la stigmatisation⁴⁶⁵.

Soutien communautaire

Les programmes communautaires de prévention qui s'adressent directement aux familles et enfants afin d'établir des mesures de protection et renforcer la résilience ont connu certains succès^{466, 467}. Par exemple, les programmes de prévention de la dépression psychologique destinés aux enfants et aux familles à risque ont réussi à prévenir des troubles dépressifs et à en réduire le nombre à court terme⁴⁶⁶. D'autres tactiques de promotion de la santé mentale (voir l'encadré *Partir d'un bon pas pour un*

avenir meilleur) ont réussi à diminuer la prévalence de problèmes de santé mentale en s'attaquant aux facteurs de risque comme le dysfonctionnement familial⁴⁶⁷.

Les recherches montrent également que la résilience se crée et se développe à partir de facteurs individuels, familiaux et communautaires. Chacun d'entre-eux a le pouvoir de contribuer favorablement au niveau de la résilience de l'enfant et de ses capacités à composer avec des situations stressantes (voir l'encadré *Étude longitudinale de Kauai*).

- Facteurs individuels – Ces facteurs, qui font de chacun une personne unique, comportent des éléments liés à l'hérédité et à la personnalité. Il en résulte des comportements qui influent sur la résilience en fonction de la capacité d'apprentissage, de l'estime de soi, des capacités d'adaptation, des aptitudes sociales et de la santé physique en général^{471, 472}.

Étude longitudinale de Kauai

Dans le cadre de l'*étude longitudinale de Kauai*, à Hawaii, des chercheurs ont suivi le développement d'un groupe d'enfants nés en 1955 et ce, de la naissance à la quarantaine. Ils ont étudié une multitude de facteurs de risque biologiques et psychosociaux, d'événements stressants de la vie et de facteurs protecteurs qui influent sur le développement de l'enfant et les effets qu'ils ont eu jusqu'à la quarantaine. Des représentants de la santé ont assuré le suivi des participants à des âges clés – 1 an, 2 ans, 10 ans, 18 ans, 32 ans et 40 ans.

Environ 30 % des enfants participant à l'étude étaient considérés à risque de connaître des troubles de développement en raison de complications prénatales ou périnatales, de pauvreté, de conflits familiaux chroniques, de divorce, de psychopathologie chez les parents ou du fait d'être élevés par une mère à faible niveau de scolarité (moins d'une huitième année). Deux tiers des enfants à risque ont développé des troubles d'apprentissage ou de comportement avant l'âge de deux ans. Dans le cas de l'autre tiers – ceux qui n'ont pas développé de tels troubles –, la résilience

de ces enfants découle de facteurs de protection leur permettant de surmonter les situations à risque. L'étude a permis de cerner trois facteurs de protection principaux à l'origine de cette résilience : facteurs individuels (par exemple sociabilité, connaissance de soi et empathie), facteurs familiaux (par exemple milieu stimulant) et facteurs communautaires (par exemple divers services de soutien).

Plus particulièrement, les facteurs familiaux offraient à ces enfants la possibilité d'établir, dès un jeune âge, une relation avec au moins une personne compétente et stable sur le plan affectif et qui soit à l'écoute de leurs besoins. Même dans un milieu familial dysfonctionnel, ces enfants pouvaient trouver du soutien parmi d'autres membres de la famille, comme les grands-parents, les frères et sœurs aînés, les tantes et les oncles. Il a également été déterminé que les facteurs communautaires – appui des aînés, des pairs, des enseignants, des voisins, des parents du copain ou de la copine, des jeunes leaders, des pasteurs et des membres de l'église – contribuent au développement de la résilience à différents niveaux⁴⁷².

- Facteurs familiaux – Le fait d'être membre d'une famille, le sentiment d'appartenance et d'attachement, une bonne communication, une structure familiale solide, de bonnes relations avec parents, frères et sœurs, une attitude parentale positive, de bonnes possibilités d'emploi chez les parents, la bonne santé des parents et un bon soutien communautaire pour la famille (y compris de l'aide en cas de problèmes de santé mentale) peuvent tous influencer sur la résilience^{471, 472}.
- Facteurs communautaires – Il a été démontré que le sentiment d'appartenance et d'inclusion, l'identité culturelle, les programmes communautaires, l'accès aux services (par exemple services de santé et visites à domicile) et la possibilité de participer à de la collectivité favorisent une meilleure santé à long terme^{471, 472}.

Stratégies générales en matière de santé mentale

Au Canada, le traitement des maladies et des troubles de la santé mentale constitue principalement un service de soins de santé spécialisé. Dans certaines collectivités par contre, les services offerts ne suffisent pas pour répondre aux besoins²⁰³. Même si 92 % des familles canadiennes avec enfants déclarent avoir accès à un médecin de famille régulier, des sondages menés au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni indiquent que moins d'un enfant sur quatre ayant besoin de services de santé mentale spécialisés les reçoit réellement^{203, 204, 473}. Si l'on investit dans le domaine, le fardeau lié aux maladies et aux troubles de santé mentale chez les enfants se verra réduit de beaucoup. Cependant, il faut adopter une approche plus globale, qui tient compte du rôle et de la portée des soins spécialisés, de la promotion, de l'éducation et de la sensibilisation en matière de santé mentale, ainsi que du soutien à apporter aux familles touchées²⁰³.

Bien que le Canada soit actuellement le seul pays du G8 à ne pas avoir de stratégie en matière de santé mentale, des progrès sont en train d'être réalisés à cet égard grâce à la *Commission de la santé mentale du Canada*, un organisme national indépendant appuyé par tous les ordres de gouvernement^{474, 475}. La Commission a pour but de lancer des initiatives majeures, qui comprennent l'établissement d'une stratégie nationale, la promotion de la santé mentale, la prévention et le traitement des maladies mentales, ainsi que des campagnes de lutte contre la stigmatisation, l'appui de la recherche sur le sans-abrisme et la mise sur pied d'un centre d'échange des connaissances⁴⁷⁵. Une telle stratégie s'attaquerait spécifiquement aux problèmes de santé mentale chez les enfants grâce à la promotion d'un développement sain pour tous les enfants, à la prévention de la maladie chez les enfants à risque, à l'accès au traitement pour les enfants atteints et au suivi des cas de maladie mentale (voir l'encadré *KidsMatter*, Australie)⁴⁷⁶.

Obésité

Au Canada et dans d'autres pays, la lutte contre l'obésité constitue un défi majeur en santé^{30, 481, 482}. L'incidence d'obésité chez les enfants augmente avec le temps. Généralement, ceux qui font moins d'activité physique quotidiennement et qui ont de mauvaises habitudes alimentaires sont plus susceptibles de faire du surpoids. Ils courent un risque plus élevé de développer des maladies connexes et d'en subir les effets indésirables sur la santé au cours de leur vie^{179, 180, 188, 483-485}. Cependant, le problème n'est pas simplement une question d'équilibre entre les apports et les dépenses caloriques. Par exemple, les prédispositions génétiques ainsi que le milieu physique et social d'une personne peuvent lui permettre d'atteindre un poids-santé ou, à l'inverse, présenter des obstacles à l'atteinte de ce but^{183, 486-488}. Depuis plusieurs dizaines d'années, l'environnement physique et social dans lequel les Canadiens vivent, s'éduquent, travaillent et jouent a beaucoup changé : « marchabilité » des quartiers, promotion d'aliments destinée aux enfants, proximité et accessibilité d'épicerie et jeux de plus en plus sédentaires^{161, 489, 490}.

KidsMatter, Australie

Avec le plan d'action national de l'Australie en matière de santé mentale 2006-2011, environ 4 milliards de dollars seront investis sur une période de cinq ans pour financer de nombreuses initiatives en santé mentale⁴⁷⁷. *KidsMatter* est l'une des initiatives du plan qui cible spécifiquement les enfants, les jeunes et leurs parents. Il s'agit d'une initiative nationale qui vise à donner aux écoles les outils pour faire la promotion de la santé mentale fondée sur des données probantes, pour aussi prévenir la maladie et adopter des stratégies d'intervention précoce en vue d'améliorer la santé mentale et le bien-être, et pour enfin réduire le nombre de problèmes de santé mentale et offrir un meilleur appui aux personnes en difficulté. L'évaluation et l'analyse de *KidsMatter* ont été effectuées en quatre périodes de collecte de données et ce, à l'aide de sondages, d'entrevues et de groupes de discussion auprès de parents, d'enseignants et d'enfants^{478, 479}. Le rapport d'évaluation sera publié vers la fin de 2009. On cherche actuellement à augmenter la portée de *KidsMatter* pour que le projet tienne compte des milieux destinés à la petite enfance, comme les services de garde et les programmes préscolaires. Cette nouvelle initiative, *KidsMatter Early Childhood*, sera mise à l'essai dans plus de 100 centres de services à la petite enfance de partout en Australie en 2010 et en 2011⁴⁸⁰.

Les lignes qui suivent mettent en lumière quatre grands types d'interventions qui pourraient aider à diminuer le nombre d'enfants qui souffrent de surpoids et d'obésité :

- éducation et sensibilisation;
- publicité, taxes et subventions;
- environnement bâti;
- approches axées sur le foyer, l'école et la collectivité.

Chacune de ces interventions est : soit efficace et mériterait d'être plus répandue, soit prometteuse, bien qu'elle nécessite davantage de travaux et de recherche.

Éducation et sensibilisation

Les initiatives visant la population générale ont pour rôle d'apporter du soutien aux enfants et aux familles en vue d'une croissance saine pour l'atteinte d'un poids-santé. Par exemple, *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien* fait des recommandations sur le nombre de portions quotidiennes de chaque groupe alimentaire que doivent manger les enfants pour avoir un apport suffisant en vitamines, en minéraux et en nutriments. Ces recommandations permettent de rester en bonne santé, d'avoir suffisamment d'énergie et d'être moins susceptibles de développer certaines maladies chroniques⁴⁹¹. De plus, il existe une version du *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine* adaptée aux familles. Il fournit des conseils sur la façon de s'assurer que les enfants atteignent les objectifs quotidiens en matière d'activité physique (voir l'annexe C)⁴⁹².

Certes, il est important de sensibiliser les gens aux recommandations sur l'alimentation et l'exercice physique. Mais on veut avant tout que les choix et les comportements des enfants soient un reflet de cette sensibilisation. Pour suivre les progrès réalisés, il faut déterminer le nombre d'enfants qui atteignent les objectifs minimaux. À la suite d'une entente récente entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des objectifs nationaux ont été fixés en vue d'augmenter le niveau d'activité physique⁴⁹³. *L'Étude sur l'activité physique des jeunes au Canada* a permis d'établir les tout premiers objectifs nationaux d'activité physique, pour les enfants et les jeunes, et que l'on peut désormais mesurer en fonction des données de base actuelles. Les objectifs à atteindre d'ici 2015 sont les suivants :

- faire passer de 9 % à 16 % la proportion d'enfants et de jeunes qui participent à 90 minutes d'exercice physique, d'intensité modérée à élevée, en plus de leurs activités quotidiennes;
- faire passer de 11 500 à 14 500 le nombre moyen de pas que font par jour les enfants et les jeunes (ce qui équivaut à une augmentation de 30 minutes par jour du temps consacré à l'activité physique)⁴⁹⁴.

Bien qu'il soit trop tôt pour déterminer les taux de réussite, les objectifs ont déjà été établis et la collecte de données liées aux niveaux d'activité physique se poursuit.

Celles-ci indiquent que l'on accumule de plus en plus d'information sur le poids, le niveau d'activité physique et la santé des enfants. Il faudrait investir le même genre d'effort pour surveiller les habitudes alimentaires des enfants canadiens.

Publicité, taxes et subventions

Les études montrent que la commercialisation d'aliments et de boissons contribue aux mauvaises habitudes alimentaires chez les enfants – surtout parce que les publicités font souvent la promotion d'aliments qui, riches en calories et pauvres en oligoéléments, ne sont pas considérés comme nécessaires à une saine alimentation⁴⁹⁵. À la Technical Meeting on Marketing of Food and Non-alcoholic Beverages to Children (réunion technique sur la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées aux enfants) de l'OMS en 2006, on a recommandé qu'un code international soit établi pour protéger les enfants d'aujourd'hui, comme ceux des générations futures, contre les effets nuisibles de la consommation d'aliments malsains et de promouvoir la commercialisation responsable d'aliments chez les enfants⁴⁹⁵.

Au Canada, les publicités télévisées destinées aux enfants sont réglementées par le *Code de la publicité radiotélévisée destinée aux enfants* quant à leur durée et à leur nature⁴⁹⁶.



Les publicités destinées aux enfants ne peuvent pas profiter du manque d'expérience des enfants ni présenter de l'information susceptible de leur nuire^{496, 497}. Toutes les publicités d'aliments et de boissons au Canada (sauf au Québec, où les annonces destinées aux enfants sont interdites) doivent faire l'objet d'une autoréglementation de l'industrie par l'intermédiaire d'un ensemble de directives facultatives : le *Code de la publicité radiotélévisée destinée aux enfants* (voir encadré *Publicité alimentaire destinée aux enfants du Québec*)^{496, 497}. De plus, les publicités qui font la promotion d'aliments à

Publicité alimentaire destinée aux enfants du Québec

En 1980, le gouvernement du Québec, en vertu de la *Loi sur la protection du consommateur*, a interdit la publicité – dans les journaux et revues, à la radio et à la télévision – de tout produit ou service (y compris les aliments) destinés aux enfants de moins de 13 ans⁴⁹⁹. Les restrictions établies au Québec reposent sur le principe selon lequel il est injuste de faire passer des annonces publicitaires destinées aux enfants, puisque ces derniers n'ont pas les capacités des adultes de faire la distinction entre le contenu des émissions et celui des annonces. Toutefois, ces restrictions publicitaires ne s'appliquent pas aux diffuseurs et organismes publicitaires qui proviennent de l'extérieur de la province.

En général, les taux d'obésité chez les enfants et les adultes au Québec sont inférieurs à la moyenne canadienne. Ceci s'explique par divers facteurs tels que les pratiques culturelles et sociales. Même si la *Loi sur la protection du consommateur du Québec* n'a pas été conçue pour lutter spécifiquement contre l'obésité chez l'enfant et qu'elle n'est pas nécessairement à l'origine des taux de surpoids et d'obésité moins élevés au Québec, les mesures visant à diminuer l'exposition des enfants à certaines annonces publicitaires d'aliments et de boissons sont recommandés en tant que moyens de réduire les effets négatifs de cette pratique. Par conséquent, de telles mesures, en combinaison avec d'autres, pourraient s'avérer prometteuses pour la promotion d'une saine alimentation.

l'heure des repas doivent clairement montrer un produit qui cadre bien avec un régime alimentaire équilibré⁴⁹⁶. Les réseaux de télévision publics, comme la Société Radio-Canada, interdisent les annonces d'aliments lors de la diffusion d'émissions pour enfants et limitent ces annonces à la diffusion d'émissions destinées au grand public ou à la famille⁴⁹⁶. Les organisations provinciales de télédiffusion publique interdisent également de faire passer des annonces publicitaires et des annonces éclairés pendant la diffusion d'émissions pour enfants d'âge préscolaire⁴⁹⁸. Malgré les restrictions sur la présentation de publicités destinées aux enfants, l'accès à la télévision par câble ou par satellite, dont la programmation ne fait l'objet d'aucune contrainte, pourrait miner ces efforts.

Certains pays et certaines administrations ont envisagé d'établir des mesures d'incitation économique, comme des « taxes sur le gras » et des « subventions pour aliments santé », en vue de décourager l'achat d'aliments ayant une valeur nutritionnelle limitée et afin de favoriser l'achat d'aliments nutritifs. Dans sept provinces canadiennes, les bonbons, les tablettes de chocolat et les boissons à forte teneur en calories sont taxés, mais on ne peut conclure avec certitude que cette mesure contribue à diminuer leur consommation⁵⁰⁰. Aux États-Unis, le gouvernement de la Californie a imposé, en 1991, une taxe de vente générale de 8,25 % sur certaines grignotines^{501, 502}. Cette année-là, les ventes de grignotines ont apparemment diminué. Cependant, la taxe a été abrogée à la suite de pressions exercées par l'industrie alimentaire^{501, 503, 504}. La France a connu le même genre de problème quand le pays a tenté d'augmenter les taxes imposées sur certains aliments. Non seulement l'adoption de ces mesures entraîne certaines difficultés lorsque vient le temps de choisir les aliments à taxer, mais cela mène à des pressions exercées par l'industrie. Cependant, l'incertitude persiste quant aux effets que peuvent avoir ces taxes sur l'accessibilité et l'abordabilité des aliments chez les personnes à faible revenu^{505, 506}. Bien que la taxation des aliments malsains ne peut, à elle seule, s'attaquer à la lutte contre les problèmes de surpoids et d'obésité, elle peut cependant aider à générer des fonds publics qui peuvent servir à financer des activités de promotion de la santé^{501, 505, 507}. Par ailleurs, les subventions pour l'achat d'aliments nutritifs bénéficieraient aux consommateurs à faible revenu en

rendant ces aliments relativement plus abordables (par exemple approvisionnement en aliments frais dans les collectivités isolées)^{505, 506}.

Environnement bâti

L'environnement bâti influe également sur l'activité physique, la nutrition et les habitudes alimentaires. Les habitants de quartiers à vocation multiple (contenant divers services résidentiels, commerciaux et communautaires) se servent moins de l'automobile, ont plus tendance à marcher, ont plus facilement accès à des aliments sains et accusent des taux d'obésité moins élevés⁵⁰⁸. La conception de rues destinées à améliorer la sécurité des piétons et des cyclistes ainsi que la conception de quartiers donnant accès à des aliments sains peuvent donner des résultats positifs pour la santé⁵⁰⁹⁻⁵¹¹. De plus, les études montrent que dans les milieux où il est plus facile de se déplacer à pied, les niveaux d'activité physique sont beaucoup plus élevés et les taux d'obésité, plus bas^{508, 512-514}.

Comme il a été mentionné au chapitre 3, la proportion d'enfants obèses ou en surpoids est plus élevée dans les quartiers défavorisés, où l'accès aux aliments sains et aux installations de loisir est limité, et où il existe des risques accrus en matière de sécurité^{181, 289, 515-517}. Parmi les points à prendre en considération en matière de planification urbaine et d'amélioration des collectivités, mentionnons : une utilisation plus diversifiée des espaces, une déviation du flot de circulation autour des zones résidentielles, une meilleure conception des trottoirs et des pistes cyclables et un meilleur éclairage le soir et la nuit. La conception d'ensembles résidentiels constitue également un élément critique qui peut conduire à des comportements plus sains. L'établissement d'espaces de jeu qui sont verts et sécuritaires, ainsi que des espaces destinés à la marche et aux sports, constitue une priorité⁵¹⁸.

Approches axées sur le foyer, l'école et la collectivité

L'environnement résidentiel influe beaucoup sur les habitudes d'activité physique. Les parents peuvent encourager l'activité physique à l'intérieur du domicile et s'assurer qu'il y a des espaces de jeu sécuritaires à l'extérieur (par exemple cours clôturée). Les enfants

Établir les trajectoires d'une vie en santé

qui ont moins d'occasions de participer à des activités physiques à domicile ont un niveau d'activité moins élevé en général : ils passent plus de 80 % de leur temps à rester couchés, assis ou debout⁵¹⁹. Il existe une corrélation positive entre la durée des périodes de temps que les enfants passent à l'extérieur et leur niveau d'activité physique.

Les choix et habitudes alimentaires des enfants sont également influencés par ceux de leurs proches : parents (32 %), pairs (31 %), amis (6 %) et famille en général (7 %)⁵²⁰. Ces rapports avec leur entourage peuvent mener à de bonnes habitudes alimentaires chez l'enfant (ce qui favorise une bonne santé) ou à de mauvaises habitudes alimentaires (ce qui peut contribuer à une mauvaise santé). En revanche, les enfants peuvent également influencer les choix alimentaires de la famille : il a été démontré que leur influence peut s'exercer sur jusqu'à 80 % du budget familial consacré à la nourriture, d'où l'importance de prendre des mesures à l'égard des annonces publicitaires destinées aux enfants (voir section précédente, intitulée Publicité, taxes et subventions)⁵²¹.

Les enfants dont la famille mange régulièrement à la table sont moins susceptibles d'être obèses ou en surpoids : ils consomment des aliments plus sains et ne mangent pas devant le téléviseur. Cette pratique favorise d'ailleurs la communication, le soutien et les relations parmi les

membres de la famille¹⁸⁰. De plus, les personnes qui mangent à l'extérieur ont tendance à consommer plus de calories que celles qui mangent des repas préparés à la maison. Par exemple, selon les études, les enfants qui achètent leur repas à l'école sont plus susceptibles (de 47 %) de faire du surpoids que les enfants qui apportent un repas préparé à la maison^{180, 522-524}.

Chez les enfants atteints de surpoids ou d'obésité, les interventions qui combinent régime alimentaire et exercice semblent plus efficaces que celles qui ne modifient que le régime alimentaire ou le niveau d'exercice⁵²⁵. Plus particulièrement, les interventions familiales qui ciblent à la fois les parents et les enfants ont montré que le poids des parents est un important indicateur du poids de leurs enfants et que le fait de traiter simultanément un problème d'obésité chez les enfants et les parents mène à des résultats probants^{526, 527}. Selon l'examen systématique d'études contrôlées, les interventions familiales qui modifient le niveau d'activité physique et l'alimentation, et qui comprennent une thérapie comportementale, aident les enfants obèses à perdre du poids et à ne pas le reprendre pour au moins six mois⁵²⁸.

L'école peut également constituer un milieu où il est possible d'appliquer des stratégies de prévention de l'obésité chez les enfants (voir encadré *Annapolis Valley*

Annapolis Valley Health Promoting School Project (projet de promotion de la santé dans les écoles de la vallée de l'Annapolis)

En 1997, un groupe de parents de huit écoles de l'Annapolis Valley Regional School Board, en Nouvelle-Écosse, ont décidé de créer un environnement scolaire plus sain pour les enfants, grâce au Annapolis Valley Health Promoting School Project (AVHPSP)⁵³⁸. Les objectifs du projet étaient les suivants : permettre aux élèves de faire des choix plus sains en matière d'alimentation et d'activité physique au quotidien, leur fournir des outils qui leur permettent d'adopter de bonnes habitudes alimentaires et de rester actifs pour la vie, et diminuer les risques qu'ils ne développent des maladies chroniques comme le diabète de type 2^{538, 539}.

Une évaluation menée en 2003, à l'échelle provinciale, a permis de comparer les élèves des écoles

participantes à ceux fréquentant des écoles sans programme d'alimentation ou d'activité physique ainsi qu'à ceux fréquentant des écoles ayant mis sur pied un programme nutritionnel autre que l'AVHPSP. Les élèves des écoles participant à l'AVHPSP affichaient des taux de surpoids et d'obésité moins élevés, et avaient de meilleures habitudes alimentaires – ils consommaient plus de fruits et de légumes, et leur apport en calories provenant de matières grasses était moindre. Ils déclaraient également participer davantage à des activités physiques plutôt qu'à des activités sédentaires⁵⁴⁰. Avec le temps, et grâce aux résultats obtenus dans le cadre du projet, presque toutes les écoles participant à l'AVHPSP s'apprentent à devenir des écoles qui font la promotion de la santé.

Health Promoting School Project [projet de promotion de la santé – écoles de la vallée de l'Annapolis]). L'école peut être source d'éducation et d'information sur des choix santé, en plus d'offrir des installations pour la pratique d'activités physiques⁵²⁹⁻⁵³¹. Bien que les programmes scolaires d'activité physique varient d'une province ou d'un territoire à l'autre, la plupart ont mis en place des programmes obligatoires d'éducation physique pour les élèves de la maternelle à la neuvième année. Certaines provinces exigent un temps minimum consacré à l'activité physique⁵³²⁻⁵³⁴. Par exemple, le minimum d'activité physique qu'exige l'Ontario est parmi les plus élevés au pays, soit 165 minutes par semaine pour les enfants de la maternelle à la dixième année⁵³².

Il a également été démontré que les approches en milieu scolaire, comme celles déjà mentionnées, réussissent à augmenter le taux quotidien d'activité physique (activités à l'école et activités parascolaires), ce qui aide les élèves à atteindre les objectifs de base quotidiens et à adopter des habitudes de vie saines – maintenant et pour le reste de leur vie^{519, 525, 535}. Cependant, il faut mener des

recherches et des études plus approfondies afin de mieux comprendre et mesurer les résultats qui découlent des initiatives en milieu scolaire, et déterminer comment certains programmes pourraient s'appliquer chez d'autres populations ainsi qu'à l'extérieur du milieu scolaire^{530, 536}.

Les mesures prises en milieu scolaire qui améliorent les habitudes alimentaires grâce à des approches comportementales conduisent à des résultats positifs, mais il ne faut pas négliger certaines autres variables⁵²⁵. Par exemple, il faut tenir compte du sexe, puisqu'une même intervention mène parfois à des résultats différents chez les filles et les garçons⁵³⁰. Selon l'analyse qualitative de plusieurs interventions, les filles répondent mieux à des éléments éducatifs fondés sur l'apprentissage social, alors que les garçons obtiennent de meilleurs résultats à l'aide de changements structurels et d'un milieu qui favorisent l'activité physique et une meilleure alimentation^{530, 537}.

Les initiatives communautaires peuvent également influencer sur les habitudes alimentaires et les niveaux d'activité physique chez les enfants. Les quartiers offrant des

Communities in motion (Collectivité « en mouvement »)

In Motion, une stratégie communautaire visant à augmenter les niveaux d'activité physique en vue d'améliorer la santé, a été mis sur pied au printemps 2000 à Saskatoon, en Saskatchewan⁵⁴¹. Cette stratégie, qui a pour objectif d'intégrer l'activité physique dans le quotidien des gens grâce à des efforts de collaboration au sein de la collectivité, part du principe que l'activité physique constitue la pierre angulaire de la santé individuelle et qu'elle génère des économies pour le système de santé. *In Motion* a placé dans sa mire les six points suivants: enfants et jeunes; santé au travail; professionnels de la santé; personnes âgées; prévention primaire du diabète; adultes inactifs⁵⁴².

Si l'on veut augmenter le niveau d'activité physique chez les enfants et les jeunes, il faut établir des objectifs, comme un minimum de 30 minutes d'exercice par jour⁵⁴³. De plus, les écoles peuvent aider les enfants et leur famille en leur recommandant une foule d'activités communautaires, de sentiers pédestres, d'idées de jeux et de ressources pour une saine alimentation⁵⁴⁴.

Depuis le lancement de *In Motion*, le nombre de résidents de Saskatoon suffisamment actifs pour que leur santé se soit améliorée a augmenté de 39 %⁵⁴². Il a également été révélé que les capacités communautaires ont été renforcées grâce aux partenariats intersectoriels (par exemple avec les écoles), ainsi qu'à une meilleure sensibilisation des collectivités à l'aide de stratégies ciblées qui s'appuient sur la mesure et la communication des réussites⁵⁴². En outre, le nombre d'écoles participant à *In Motion* a significativement augmenté. Ainsi, 100 % des écoles du milieu urbain de Saskatoon et la majorité des écoles en région rurale se sont engagées à atteindre les objectifs de *In Motion*. Dans les écoles élémentaires, on signale également que les élèves sont actifs une journée de plus par semaine depuis l'adoption de la stratégie. *In Motion*, considérée comme une stratégie fondée sur des pratiques exemplaires, est en voie d'être mise sur pied dans diverses collectivités et provinces à la grandeur du Canada⁵⁴¹.

programmes récréatifs abordables et donnant accès à des zones de jeu sécuritaires – centres communautaires, écoles, parcs et terrains de jeu – encouragent les enfants à pratiquer certaines activités (par exemple jouer dehors ou participer à des sports d'équipe) et leur offrent l'occasion de le faire. Selon des études récentes, les programmes communautaires d'activité physique sont rentables et, comparativement aux interventions qui visent à soigner, mènent à de bons résultats en proportion des montants investis (voir encadré *Communities in motion*)⁵⁴¹.

Blessures non intentionnelles

Au fil de temps, le Canada a réussi à réduire le nombre des blessures non intentionnelles chez les enfants. Cependant, les taux de mortalité liés à l'ensemble des blessures chez les enfants sont toutefois plus élevés que ceux observés dans les pays aussi bien nantis. De plus, ces taux sont plus élevés dans certaines sous-populations canadiennes^{79, 163}. La plupart des blessures subies par les enfants sont mineures et se soldent par une guérison complète ou du moins n'affectent pas leur qualité de vie. Toutefois, la gravité des blessures entraîne dans certains cas la mort prématurée, une déficience grave (à la suite de quoi il peut être difficile de recouvrer la santé) ou dans certains cas, des années d'interventions chirurgicales, de suivi médical ou psychologique, ou encore de réadaptation. De plus, une blessure grave peut être le catalyseur d'autres problèmes de santé qui se manifestent plus tard.

Il existe au Canada, et dans d'autres administrations, des programmes ayant réussi à modifier les comportements à risque et à réduire les taux de blessures non intentionnelles. Ces efforts peuvent être regroupés selon les trois grands champs d'intervention suivants :

- éducation et sensibilisation;
- législation, produits et normes;
- stratégies et initiatives de prévention intersectorielles.

Chacune de ces interventions est : soit efficace et mériterait d'être plus répandue, soit prometteuse, bien qu'elle nécessite davantage de travaux et de recherche.

Éducation et sensibilisation

Les apprentissages qui touchent à la santé et la sécurité, ainsi que la prise de conscience des actions et des responsabilités qui les conditionne, commencent tôt dans la vie. Bien que tous les enfants méritent d'être en sécurité, il n'est pas facile de prévoir et de gérer les risques de blessures (voir l'encadré *La nature du risque*).

Tous les secteurs de la société ont un rôle à jouer pour veiller à ce que les enfants, les parents et ceux qui en prennent soin, ainsi que les collectivités, soient bien au fait des enjeux de sécurité¹⁶³. Un certain nombre d'initiatives éducatives ont permis de mieux sensibiliser la population aux notions de sécurité, grâce, entre autres, à des mises en garde et des avis sur la sécurité

La nature du risque

Les risques font partie de la vie. Des risques sont associés à une foule d'activités comme prendre place dans un véhicule motorisé, traverser la rue, nager, se rendre au magasin à pied et d'innombrables autres gestes que nous posons quotidiennement. Pour les enfants, la prise de risques est un passage obligé de l'apprentissage et de la croissance. Cette prise de risques développe, chez l'enfant, la capacité, d'évaluer le danger et de faire de bons choix. Cela lui permet de se forger un l'esprit critique, de consolider ses aptitudes à prendre des décisions. Toutes ces compétences lui seront essentielles pour accéder à son indépendance, laquelle commence à s'affirmer dès l'adolescence pour ensuite le conduire jusqu'à l'âge jeune adulte. L'essentiel, afin d'éviter les blessures est de réfléchir avant d'agir; de savoir prendre du recul afin d'évaluer la nature d'un risque (risque raisonnable ou risque menaçant) et d'agir en fonction de cette évaluation. Pendant la petite enfance, ce sont les adultes qui prennent ces décisions à la place de l'enfant. Mais à mesure qu'il grandit, l'enfant a de plus en plus l'occasion de faire ses propres choix. Pour gérer le risque, il faut trouver un juste équilibre afin que l'enfant, exposé à des niveaux de risque acceptables, se voit offrir l'occasion de prendre ses responsabilités et d'accroître sa confiance en soi⁵⁴⁵⁻⁵⁴⁷.

des produits, à des programmes de sécurité interactifs (villages de la sécurité) et à de vastes campagnes de marketing social (voir l'encadré *Dodo sur le dos*)¹⁶³.

L'éducation et la sensibilisation est l'approche la plus souvent employée pour réduire les blessures non intentionnelles (ou pour éviter tout autre résultat négatif), mais cette approche n'entraîne pas toujours à elle seule la réduction des blessures ni la modification des comportements. Les efforts qui combinent plus d'une approche à la fois semblent être plus efficaces (voir aussi *Stratégies et initiatives de prévention intersectorielles*)⁵⁵⁰⁻⁵⁵³. À titre d'exemple, un examen systématique de l'utilisation des sièges d'appoint a montré que les interventions qui jumèlent les messages éducatifs avec des mesures incitatives (comme des sièges d'appoint gratuits) avaient des effets d'entraînements sur l'acquisition et l'utilisation de ce dispositif de protection^{551, 552}. Des organismes sans but lucratif, comme *SécuriJeunes Canada*, la *Fondation canadienne Pensez d'Abord* et *Sauve-Qui-Pense*, ont aussi intégré un éventail d'activités (y compris du mentorat et des jeux de rôles) à leurs efforts d'éducation destinés aux enfants et aux jeunes^{545, 554, 555}.

Législation, produits et normes

Le Canada, grâce à des lois et règlements, fait des progrès en matière de réduction des blessures, notamment les blessures de la route. De façon générale, les décès et les blessures de la route ont diminué au fil du temps. Une partie de cette diminution peut être attribuée à l'augmentation du port de la ceinture et l'utilisation de sièges d'autos. Le port de la ceinture ainsi que l'utilisation de sièges d'autos pour bébés et pour jeunes enfants sont obligatoires pour la plupart des véhicules motorisés dans l'ensemble des provinces et des territoires canadiens. En raison de données probantes qui, à ce chapitre, montrent une nette amélioration de la sécurité des enfants, certaines administrations provinciales et territoriales ont adopté des lois qui rendent obligatoire l'utilisation de sièges d'appoint pour les enfants devenus trop grands pour les sièges d'autos pour enfants, mais encore trop petits pour porter la ceinture de sécurité^{163, 556}.

Le Canada fait aussi des progrès en matière de protection des enfants contre les traumatismes crâniens et la mort prématurée en prônant le port obligatoire du casque à bicyclette. Une étude pancanadienne a montré que les

Dodo sur le dos

La campagne canadienne *Dodo sur le dos* a employé une approche à messages multiples (dépliants, messages sur produits, affiches, vidéos) dans une optique de sensibilisation destiné à réduire les risques associés au syndrome de MSN en incitant les parents et les gardiens à coucher les enfants sur le dos⁵⁴⁸. De 2000 à 2004, la moyenne nationale annuelle de décès associés à ce syndrome s'élevait à environ 105¹⁵⁷. Bien que les causes du syndrome demeurent incertaines, certains facteurs de risques sont connus, comme la posture adoptée pendant le sommeil, l'exposition à la fumée du tabac (tabagisme de la mère pendant la grossesse et exposition à la fumée secondaire après la naissance), l'allaitement au biberon plutôt qu'au sein et le fait de dormir en compagnie d'un adulte ou sur un divan. La campagne *Dodo sur le dos* est le fruit d'un partenariat entre le gouvernement et le secteur privé (Pampers Canada). Elle a permis d'ajouter un dépliant à la trousse pour nouveaux parents de Pampers (donnée à plus de

500 000 exemplaires) et d'imprimer un message associé à la campagne *Dodo sur le dos* sur la ceinture des couches pour nourrissons et des couches de taille 1⁵⁴⁸. Les résultats d'une enquête de suivi montrent que huit parents et gardiens sur dix ont dit se souvenir de l'un des messages sur le syndrome de MSN et que 79 % ont dit avoir pris des mesures pour en réduire le risque⁵⁴⁸. Environ un quart des répondants ont dit se souvenir d'un dépliant, d'une affiche ou d'un message imprimé sur une couche⁵⁴⁸. Bien que la campagne *Dodo sur le dos* ne puisse pas, à elle seule, en être la cause, le nombre de cas du syndrome a décliné depuis le lancement de la campagne⁵⁴⁹. Les informations sur lesquelles repose cette campagne font actuellement l'objet d'une révision afin de refléter les données probantes le plus récentes portant sur les risques et les facteurs de protection, par exemple, les avantages de partager la chambre du bébé (berceau placé à proximité du lit des adultes).

taux de traumatismes crâniens chez les enfants et les jeunes qui font de la bicyclette sont inférieurs de 25 % dans les provinces et territoires ayant adopté des lois sur le port du casque, aux taux de ceux n'ayant pas de telles lois^{79, 557, 558}.

Des produits de consommation, comme des produits ménagers, des jouets ou du matériel de terrains de jeu, peuvent aussi entraîner des blessures chez les enfants. Les normes et les réglementations qui encadrent ces produits permettent de réduire les risques au minimum soit par l'ajout de mesures de sécurité, l'amélioration de la qualité

Réussite de la Suède en matière de réduction des blessures chez les enfants

La Suède s'est attaquée à son haut taux de mortalité infantile dû aux blessures non intentionnelles dans les années 1950, pour atteindre, en 2008, le taux le plus faible de tous les pays. L'approche employée en Suède pour prévenir les blessures se fonde sur une « politique publique saine » et sur la notion selon laquelle les blessures représentent un problème de santé publique qui touche l'ensemble de la société⁵⁶¹⁻⁵⁶³. En conséquence, de nombreux intervenants (notamment les gouvernements, les services sanitaires et sociaux, les écoles, les omnipraticiens, les organismes communautaires et bénévoles, les groupes environnementaux, les responsables des transports, les centres sportifs et les médias) participent à l'élaboration d'approches destinées à réduire les blessures chez les enfants. De plus, la loi exige que la priorité soit accordée à la sécurité des enfants dans l'élaboration de nouvelles politiques ou la conception d'infrastructures. L'accent est aussi mis sur les manières de tenir les enfants hors de danger et sur les efforts de sensibilisation dans les domaines de la sécurité et de la surveillance^{562, 563}.

Le succès de la Suède peut être attribué aux facteurs qui suivent.

- La création d'un système exhaustif de surveillance nationale des blessures mortelles et non mortelles, qui comprend aussi l'évaluation de l'efficacité des mesures de protection. En effet, dans le but de promouvoir des mesures préventives, les données probantes apportent la crédibilité nécessaire afin d'obtenir l'appui des politiciens, des médias et de la population^{561, 562}.
- Le soutien à la recherche qui a favorisé la compilation de données épidémiologiques probantes ainsi que leur utilisation, de manière à poursuivre les études et à mettre en place des projets pilotes efficaces⁵⁶².

- Des législations et des réglementations qui ont mis la priorité sur la création de milieux plus sécuritaires pour les enfants au cœur du processus d'élaboration des politiques et de conception des infrastructures^{561, 562, 564}.
- Un large éventail d'intervenants (par exemple secteur privé, organisations gouvernementales et non gouvernementales) qui ont joué le rôle de leaders^{561, 562}.
- De vastes campagnes d'éducation sur la sécurité qui ont permis d'établir des partenariats entre différentes organisations et augmenter la portée des interventions en plus de mettre en commun l'expertise de chacun^{561, 562, 564, 565}.
- Des campagnes de sensibilisation qui ont mis l'accent sur le caractère « évitable » de la plupart des blessures, ce qui a entraîné une modification du comportement des parents et des gardiens⁵⁶².
- L'aisance de la population en général (ou la relative égalité des revenus, de l'éducation, du logement et du développement de la petite enfance) qui a favorisé une plus grande mise en application des pratiques de prévention⁵⁶³.
- La prévention qui est devenue une valeur sociale^{561, 564}.
- Un sentiment de responsabilité collective qui a permis d'ancrer la conviction selon laquelle tous ont un rôle à jouer^{561, 562}.

La Suède est l'un des seuls pays ayant suivi les recommandations de l'OMS pour l'élaboration de programmes de prévention des blessures. Ces recommandations consistaient à établir des politiques en matière de sécurité, à organiser un programme multisectoriel national de promotion de la sécurité et à permettre aux établissements d'enseignement de prendre part à l'élaboration de politiques publiques sur la santé^{562, 565}.

ou le contrôle de l'accès, en particulier pour les produits destinés aux enfants de tranches d'âges spécifiques. Les normes nationales qui régissent les équipements de terrains de jeu en fournissent un bon exemple. Au Canada, les blessures subies au terrain de jeu sont communes, bien que la plupart d'entre elles soient mineures. Cependant les chutes faite à partir d'équipements de terrains de jeu et qui surviennent sur une surface dure, peuvent notamment entraîner des traumatismes crâniens, des traumatismes à la colonne vertébrale et des fractures^{163, 559}. Les normes nationales mises au point par l'*Association canadienne de normalisation (CSA)* fournissent des méthodes acceptées pour évaluer la sûreté du matériel de terrains de jeu. Bien que le respect de ces normes soit volontaire, certaines administrations provinciales et territoriales ont adopté les exigences prévues par cette loi. Ils obligent les établissements agréés de garde d'enfants (à l'exception des services de garde d'enfants en établissement résidentiel) à subir une inspection pour vérifier que leurs installations sont conformes aux normes de la CSA ainsi qu'à dresser un plan pour réduire au minimum les risques de blessures^{79, 163, 560}. Dans les écoles, l'utilisation de matériel respectant les normes de la CSA est variable. Des chercheurs de l'Hôpital pour enfants malades de Toronto ont observé une diminution de 49 % des blessures dans les terrains de jeu des écoles de Toronto qui respectaient les normes de la CSA comparée aux écoles dont le matériel n'avait pas encore été mis à niveau⁷⁹.

Stratégies et initiatives de prévention intersectorielles

Le Canada ne compte pas de stratégie coordonnée de prévention des blessures, malgré l'existence d'un grand nombre de plans d'action de ce genre au pays. Certains éléments sont déjà en place, notamment la surveillance (par l'entremise du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes [SCHIRPT]), la législation et la réglementation. Mais, à ce jour, la coordination des efforts fait toujours défaut. Beaucoup d'experts, de partout au pays, réclament la mise en place d'une telle stratégie. D'autant plus que les pays de l'OCDE qui ont mis en place des stratégies analogues et bien coordonnées ont effectivement réussi à réduire davantage les taux de

blessures (voir l'encadré *Réussite de la Suède en matière de réduction des blessures chez les enfants*)⁵⁶¹.

L'expérience d'autres pays, comme la Suède, démontre qu'une stratégie coordonnée est plus avantageuse pour s'attaquer aux risques de blessures chez les enfants. Il a été prouvé que des efforts multisectoriels, un leadership fort, une surveillance continue, une recherche et une évaluation soutenue, une sensibilisation et une éducation largement diffusées ainsi qu'un vaste appui populaire comptent parmi les plus importants facteurs de réussite⁵⁶².

Résumé

Les six problèmes préoccupants traités dans ce chapitre (statut socioéconomique et possibilités de développement, violence et négligence, risques prénataux, santé mentale et troubles mentaux, obésité, blessures non intentionnelles) permettent de cibler les domaines dans lesquels la société canadienne peut intervenir afin de contribuer à la santé et au développement actuels et futurs des enfants. L'exploration de chacun de ces domaines d'intervention a cependant permis de mettre au jour des problèmes fondamentaux qui illustrent bien tout le travail qu'il reste à accomplir.

Les inégalités socioéconomiques et en matière de santé montrent à quel point les principaux facteurs qui influent sur la santé et le développement des enfants sont interdépendants, qu'il s'agisse de répondre à leurs besoins de base, de leur fournir des occasions de se développer, de les aider à grandir, à jouer un rôle au foyer, à l'école ou dans la société. Il existe, en outre, des populations plus vulnérables, comme les Autochtones du Canada, chez qui les problèmes de santé et de pauvreté des enfants sont nombreux en raison des piètres conditions de vie et des obstacles qui nuisent à leur développement. Au Canada, les indices de pauvreté chez les enfants demeurent plus élevés que ceux d'autres pays aussi bien nantis. Il existe bien sûr des programmes de développement de la petite enfance, mais ceux-ci ne sont pas coordonnés. De plus, leur accès est souvent limité ou leurs coûts trop élevés. Il est donc essentiel de tirer le meilleur parti de l'ensemble des politiques publiques et sociales canadiennes destinées aux enfants afin d'éliminer les obstacles associés aux inégalités socioéconomiques et en matière de santé.

Les statistiques indiquent que les mauvais traitements et la négligence envers les enfants pourraient être en hausse au Canada. La prévention et la diminution des mauvais traitements et de la négligence représentent des problèmes complexes qui nécessitent une meilleure compréhension du milieu et du SSE dans lequel l'enfant baigne tout en prenant en compte des facteurs tels que les liens intergénérationnels ou la résilience. Cela exige également de parvenir à une meilleure évaluation de l'efficacité des interventions actuelles et des options en terme de soins et de prévention. Il est essentiel de tirer parti des efforts de surveillance actuels et de maintenir cette approche à long terme afin de mieux identifier les milieux les plus à risques et qui ont le plus besoin d'interventions.

Le soutien aux femmes enceintes et l'accès aux soins prénataux continuent d'avoir une influence positive sur la santé des mères et des bébés. Ces mesures favorisent l'adoption de comportements plus sains et réduisent les risques pendant la grossesse. La plus grande part de ce succès est sans doute attribuable aux mesures de dépistage et aux soins prénataux, de même qu'aux campagnes de promotion de grossesses en santé ainsi qu'à d'autres initiatives fondées sur une éducation préventive. Ces programmes d'éducation et de sensibilisation qui comblent déjà des besoins sur une base permanente, demandent que l'on fasse encore plus d'efforts pour s'assurer que les messages soient reçus par l'ensemble de la population. Il demeure en effet difficile de rejoindre les personnes qui sont le plus à risque d'adopter des comportements nocifs pour la santé. Des programmes d'approche ciblés, implantés dans des environnements sécuritaires où les personnes visées sont à l'abri des jugements de valeur et de la stigmatisation ont obtenu un certain succès. Malheureusement, ils sont trop peu nombreux et leur portée reste limitée. Il est essentiel de rester particulièrement attentif aux conditions et aux milieux dans lesquels vivent les femmes enceintes. De plus, il faut recueillir davantage de données pour mieux comprendre les habitudes alimentaires des femmes enceintes, les soins qu'elles requièrent, en fonction des liens qu'elles entretiennent avec leur famille et leur collectivité, afin d'être ainsi en mesure de mieux adapter les programmes à leurs besoins.

Un obstacle important à la promotion de la santé mentale chez les enfants, c'est le manque de connaissances sur le sujet. On ignore le nombre précis d'enfants atteints de maladies ou de troubles mentaux. Les pratiques ou les méthodes de promotion de la santé mentale n'ont pas toutes été évaluées, pas plus que celles destinées à prévenir et à gérer les maladies et les troubles mentaux. Il est important de s'attaquer à la stigmatisation, d'accroître la sensibilisation et d'augmenter le nombre de moyens de prévention, de traitement et de soutien au sein des collectivités et des familles. La meilleure façon d'atteindre ce dernier objectif est d'acquiescer une meilleure compréhension de l'efficacité des interventions actuelles. Ces efforts exigeront une approche coordonnée dont la mise en œuvre pourrait être facilitée par les travaux en cours à la *Commission de la santé mentale du Canada* afin d'élaborer une stratégie nationale en matière de santé mentale.

L'obésité chez les enfants canadiens est source de préoccupations. Bien que les effets néfastes de l'obésité sur la santé soient bien connus, l'information manque au sujet des facteurs de risque (comme les habitudes alimentaires et la pratique de l'activité physique chez les enfants et leurs familles) et les données sur l'efficacité des interventions restent limitées. Il faudrait développer



des stratégies intégrées afin de s'attaquer aux nombreux facteurs qui mènent à l'obésité, qu'ils soient individuels ou sociaux. À titre d'exemple, le foyer et la collectivité sont des endroits cruciaux où on doit promouvoir l'adoption de comportements sains pour toute la durée de la vie. C'est dans ces mêmes lieux qu'il faut prévoir des infrastructures et des stratégies qui favorisent la pratique d'activités physiques sécuritaires en offrant l'accès à des loisirs abordables, à des aliments nutritifs et à d'autres ressources complémentaires. Enfin, les efforts de prévention et de réadaptation réalisés de manière ponctuelle semblent ne pas être aussi efficaces que les approches coordonnées et concertées qui reposent sur la collaboration de tous les secteurs pertinents de la société.

Les blessures représentent l'une des principales causes de décès chez les enfants de 11 ans et moins. Il est possible de les éviter ou de réduire la gravité de la plupart d'entre elles par une meilleure compréhension des risques et par la mise en place de mesures d'atténuation. Les programmes d'éducation ont beaucoup contribué à augmenter la sensibilisation et la compréhension des risques, tant auprès des parents que des enfants, qui sont ainsi en mesure de faire des choix plus judicieux. La législation et la réglementation ont aussi joué un

rôle en réduisant les risques associés à l'utilisation de certains produits et services destinés aux familles ayant des enfants. Toutefois, comme c'est le cas pour beaucoup des problèmes de santé étudiés dans le présent rapport, les efforts coordonnés restent les plus efficaces. Les pays, comme la Suède, qui ont réussi à complètement renverser la tendance au chapitre des blessures chez les enfants, se sont appuyés sur de vastes stratégies et initiatives qui donnent une direction claire en vue de coordonner la surveillance, la réglementation, l'éducation, les moyens de prévention, le soutien communautaire ainsi que la conception d'infrastructure.

Les interventions et les initiatives qualifiées de réussies, présentées dans le présent chapitre, n'offrent qu'un début de réponse à tous ces problèmes. Cependant, elles illustrent et confirment le fait que tous les secteurs de la société peuvent contribuer à la mise en œuvre de programmes efficaces qui donnent des résultats concrets. Tous ces efforts peuvent contribuer à nourrir une réflexion qui tend vers une planification soucieuse du bien-être des enfants et une action concertée de l'ensemble de la société. Le chapitre 6 présente la voie à suivre en ce qui concerne la création de conditions favorisant un avenir en santé.

Grandir sainement – Conditions et priorités pour un avenir en santé

Les progrès que nous avons accomplis pour assurer aux enfants un environnement sain ont eu, au fil des années, un effet bénéfique sur la santé de tous les Canadiens^{30, 566}. En effet, nous avons fait de grands pas dans le but de réduire la mortalité infantile, de limiter et prévenir les cas de maladies infectieuses et de mieux comprendre les facteurs qui ont une incidence sur la santé et le développement des enfants en bas âge. Et c'est grâce à cette suite de succès que l'espérance de vie des Canadiens est parmi les plus élevées du monde⁵⁶⁶.

Malgré tout, certains problèmes inquiétants récents ou persistants peuvent compromettre, à court et à long terme, la santé et le bien-être des enfants au Canada. Les six sujets préoccupants abordés dans le présent rapport nuisent à la santé actuelle et future des Canadiens, et certains groupes de population (comme les enfants des familles à faible revenu et les enfants autochtones) en souffrent encore davantage. Les données montrent également que d'autres pays ou d'autres administrations réussissent mieux que le Canada à en réduire ou à atténuer les résultats négatifs^{162, 231, 232, 274}.

Le Canada a fait de la santé et du développement des enfants une de ses priorités⁹³. On peut néanmoins déterminer si les actions qui ont été prises en ce sens sont à la mesure de nos préoccupations en se demandant si bien faire est suffisant.

Si l'on répond par la négative, alors le Canada doit trouver une façon de mobiliser ses efforts pour produire des résultats encore plus efficaces et plus bénéfiques. Le présent rapport fait état d'une série de mesures individuelles, familiales, communautaires et sociétales qui ont été prises pour s'attaquer à ces six sujets préoccupants. Grâce à leur efficacité à améliorer la santé des enfants, aujourd'hui et tout au long de leur vie, ces mesures ont démontré que les effets négatifs engendrés par ces six sujets préoccupants n'étaient pas nécessairement insurmontables ni irréversibles. Rien ne nous empêche de les reproduire ou de s'en inspirer.

Le présent chapitre décrit les secteurs où il est prioritaire d'intervenir pour assurer la santé et le développement tout au long de la vie. Les données qui figurent dans le rapport mettent en lumière des secteurs où des progrès doivent être faits pour donner aux enfants toutes les chances possibles de bien grandir : l'amélioration des



données et de l'information, l'amélioration et le maintien des efforts d'éducation et de sensibilisation, la création des milieux sains et stimulants et l'adoption de stratégies concertées et viables.

Conditions favorables au sain développement des enfants

L'état de santé actuel des enfants, les facteurs influant sur la santé et le succès de certaines interventions en disent long sur les conditions qui sont les plus propices à la santé et au développement des enfants. Ces conditions sont les suivantes :

- des collectivités dynamiques, saines et viables;
- un accès à un apprentissage préscolaire, une éducation et des soins primaires de qualité;
- un milieu aidant et sécuritaire;
- la capacité d'acquérir un sentiment de contrôle, un sens des responsabilités et un sentiment d'appartenance;
- la possibilité de faire des choix santé.

Il est essentiel de disposer d'un revenu suffisant pour combler ses besoins fondamentaux. Le statut socioéconomique et, en particulier, le revenu familial ne devraient pas réduire les chances d'accéder à une bonne santé et de bénéficier des conditions nécessaires à un bon développement^{161, 220, 567}. Il est possible de réduire la pauvreté et ses effets sur la santé par des programmes et des investissements sociaux à grande échelle (par exemple, les allègements fiscaux, les allocations et l'assurance-emploi)³⁴⁵. Des programmes et des services adaptés et facilement accessibles peuvent, de façon générale, favoriser le développement sain d'un enfant et atténuer les effets d'un faible revenu, par exemple, en lui donnant accès à des activités de loisir et de promotion de la sécurité ou encore en lui permettant d'acquérir la maturité scolaire et diverses autres compétences. Les enfants peuvent s'épanouir au sein d'une collectivité qui se consacre à offrir aux familles un soutien adéquat et facilement accessible³⁶⁷.

Les enfants doivent avoir accès à des programmes adéquats de santé et d'aide au développement tel que des soins primaires et des programmes destinés à la petite et la grande enfance^{345, 367}. Au Canada, les enfants sont couverts par un régime de soins universel qui, au fil des années, a aidé à améliorer et à préserver l'état de santé des enfants. Toutefois, des obstacles à l'accès demeurent. Ainsi, même si les enfants canadiens ont un accès universel à l'enseignement primaire et secondaire public, ils doivent également avoir la possibilité de participer à des activités parascolaires ainsi que des programmes et des services de garde destinés à la petite enfance. Les enfants qui, pour toutes sortes de raisons, n'ont pas accès à ces services commencent avec un net désavantage, surtout si l'on tient compte du fait que ces programmes interagissent avec d'autres déterminants de la santé, en atténuant les effets négatifs des uns et en renforçant les effets positifs des autres.

En plus de ces programmes et de ces services, les familles et les collectivités doivent inspirer un sentiment de sécurité, de respect et de soutien afin d'instaurer les conditions les plus propices au progrès. Tous les enfants méritent de grandir dans un milieu stimulant et attentionné, où ils se sentent aimés et en sécurité et où le respect de soi et des autres est valorisé. La maison, l'école et la collectivité, voilà où l'enfant vit, grandit,

apprend et socialise. Les rapports qu'il entretient avec les autres peuvent être déterminants et influencer ses choix et ses futures relations. Les enfants doivent aussi interagir avec les autres, notamment par l'entremise du jeu et l'exposition à diverses situations, afin d'apprendre le partage, la coopération et l'empathie. Si ces compétences sont acquises pendant l'enfance, il est fort probable qu'elles seront encore présentes à l'âge adulte.

De plus, les enfants doivent participer à la vie familiale, scolaire et communautaire afin d'apprendre qu'il y a des choix à faire, des responsabilités à assumer et des risques à soupeser. En côtoyant des parents, des enseignants et des amis soucieux de leur bien-être et sur qui ils peuvent compter, ils peuvent développer la conscience de soi et la conscience de l'autre. Lorsqu'ils se sentent compris, qu'ils ont un sentiment d'appartenance et qu'ils sont appelés à faire des choix, les enfants ont l'impression d'exercer un contrôle sur leur vie et se sentent importants⁴⁷². Dans les relations avec leurs proches, les responsabilités sont réalistes et bien définies, et ils peuvent ainsi évaluer les risques en toute confiance. Ce processus fait partie d'un développement sain, et les enfants doivent s'initier à la prise de risques calculés en soupesant les pour et les contre, en anticipant les résultats et en acquérant l'habileté à prendre de bonnes décisions. Et tout cela est possible, à la condition de leur offrir un environnement stimulant⁵⁴⁵.

Il faut aussi amener les enfants à faire des choix santé. Il n'est pas toujours facile de choisir, car nos décisions – et c'est particulièrement vrai dans le cas des enfants – dépendent souvent des décisions des autres (les parents, les fournisseurs de soins, les collectivités et les gouvernements) et sont influencées par des facteurs externes, comme la publicité, les coûts et la disponibilité des programmes et des services. Il est essentiel de pouvoir faire la différence entre un choix santé et un choix moins bon pour la santé et de créer, à la maison, à l'école et dans la collectivité, les conditions qui favorisent la prise de décisions.

Domaines d'intervention prioritaires

Le présent rapport met en lumière six problèmes de santé qui méritent une attention particulière. L'étude des forces et des faiblesses de l'approche adoptée jusqu'à

maintenant pour faire face à ces problèmes a révélé quatre domaines d'intervention sur lesquels le Canada devrait s'attarder en priorité pour offrir aux enfants toutes les chances possibles de vivre en santé et de s'épanouir. Ces quatre domaines sont les suivants :

- amélioration des données et de l'information;
- amélioration et maintien des efforts d'éducation et de sensibilisation;
- création de milieux sains et stimulants;
- adoption de stratégies concertées et viables.

Amélioration des données et de l'information

Au Canada, la santé des enfants et l'efficacité des programmes conçus à leur intention sont mal documentées. Les données servent à mettre en relief les tendances à long terme et à cerner les facteurs de réussite sur lesquels s'appuyer pour planifier les prochaines interventions. Elles peuvent également indiquer si les programmes actuels font du sur-place et s'ils sont mûrs pour être renouvelés afin de mieux répondre aux besoins de tous les enfants.

Il y a plusieurs domaines où il serait avantageux d'avoir de meilleures données; c'est le cas par exemple du comportement des enfants, c'est-à-dire leurs habitudes alimentaires, leur niveau d'activité physique et leur perception d'eux-mêmes à la maison, à l'école et dans la collectivité. De même, on dispose de peu d'information sur la santé mentale des enfants. Pourtant, la sensibilisation aux troubles mentaux et aux facteurs de risque, la réduction de la stigmatisation et la gestion des maladies mentales et des problèmes de santé mentale ne peuvent se réaliser sans avoir accès à des données appropriées et à des résultats d'études qui ciblent les enjeux et font état des réussites.

En revanche, les données concernant la santé maternelle, fœtale et infantile, y compris les comportements de la mère et les services de santé qui lui sont offerts, sont compilées et analysées par le Système canadien de surveillance périnatale. Ce système mène sa propre enquête sur l'expérience de la maternité et utilise également des bases de données nationales sur la santé, comme les statistiques démographiques, pour rendre compte des indicateurs de la santé périnatale au Canada. Toutefois, il faut faire davantage de travail pour renforcer

la surveillance des anomalies congénitales et mieux comprendre l'état de santé périnatale chez les Premières nations, les Inuit et les Métis^{312, 449}.

Le Canada a fait des progrès relativement à la surveillance des blessures et à la cueillette de données sur la violence et la négligence. En effet, l'ECI recueille des données sur les cas de mauvais traitements et de négligence qui ont été signalés aux services canadiens de protection de l'enfance et qui ont fait l'objet d'une enquête par ces derniers²⁴⁶. Toutefois, on n'en sait que trop peu sur les mesures qui contribuent – ou non – à réduire la violence et la négligence envers les enfants au Canada. Pour sa part, le SCHIRPT est une base de données unique en son genre; il rassemble de l'information sur les blessures subies par les personnes traitées dans les urgences de 15 hôpitaux au Canada, mais surtout sur les circonstances de l'accident, par exemple, ce que le patient faisait et où il se trouvait au moment de l'incident⁵⁶⁸. Bien que ce système soit un bon point de départ pour faire un suivi des blessures subies par les enfants et les jeunes, l'information recueillie tend à être trop spécifique et peut difficilement être associée à des facteurs socioéconomiques précis. Ces deux exemples démontrent néanmoins que des progrès ont été faits et que les données qui sont recueillies pourraient, au fil du temps, aider à préciser les besoins et les exigences en matière de nouvelles normes pour la collecte de données.

Dans les pays de l'Europe du Nord, les données sur la santé et les systèmes de surveillance sont solidement implantés. Ceux établis dans les pays scandinaves sont particulièrement élaborés, puisqu'ils gardent un suivi de l'état de santé de la population de la naissance jusqu'au décès, en fonction des consultations pour soins primaires³⁶². Les renseignements sur les enfants couvrent les soins prénataux, les soins à la naissance, les problèmes de santé infantile, la vaccination, les ordonnances et les visites chez le médecin et le dentiste. Au Canada, les provinces et les territoires ont chacun développé leur propre processus de collecte de données, dont certains font d'importants liens avec les données socioéconomiques; le système d'information sur la santé du Manitoba en est un bon exemple. Cependant, aucun lien ni aucune coordination n'est établi à l'échelle nationale^{569, 570}.

Tandis que l'état de santé de la population en général pourrait être mieux documenté, l'information au sujet de certains groupes de population et sur l'efficacité des programmes ciblés est quant à elle, encore moins disponible et coordonnées. De même, aucun suivi n'est fait sur la santé de la population canadienne, de l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Il faudrait, pour cela, s'engager à long terme à compiler et actualiser les données. Des programmes tels que le *High/Scope Perry Preschool Program* montrent l'avantage qu'il y a à faire un suivi, de la petite enfance à l'âge adulte, auprès d'un même groupe d'enfants^{386, 387}. En recueillant ce type de données à l'échelle nationale et en évaluant le succès des interventions, il serait plus facile et plus efficace de tracer un portrait général de la santé actuelle et à long terme des enfants et de mieux cerner les mesures qui s'imposent. Le Canada a besoin d'un système coordonné national d'évaluation, d'examen et de surveillance.

Amélioration et maintien des efforts d'éducation et de sensibilisation

L'éducation et la sensibilisation influencent les comportements et contribuent à prévenir les maladies et les invalidités. Pour maximiser les chances de réussite, le message d'information doit être entendu régulièrement et le plus tôt possible, l'idéal étant de combiner l'enseignement formel et les campagnes de marketing social. Cette approche a d'ailleurs fait ses preuves lors des deux campagnes canadiennes : le renoncement au tabac pendant la grossesse et *Dodo sur le dos*⁵⁴⁸. Les données montrent en effet une diminution graduelle des risques à la suite de ces campagnes⁵⁴⁹.

L'éducation préventive permet d'adopter de saines habitudes grâce à des connaissances qui ont été acquises avant que le besoin d'information ne survienne³²³. Par exemple, les questions telles que la santé mentale et la résilience, ou encore, l'alimentation équilibrée et l'activité



physique devraient être abordées lorsque les enfants sont jeunes et qu'ils commencent à se familiariser avec les choix et les saines habitudes de vie^{463, 472, 520}. De même, le meilleur moment pour s'informer sur le rôle parental et sur les éléments clés d'une grossesse en santé est idéalement avant la grossesse ou, à tout le moins, pendant la période prénatale³²³. Il faut également garder en tête que l'éducation est un travail de longue haleine qui doit être sans cesse renouvelé pour mieux sensibiliser les nouvelles générations mais aussi pour transmettre aux autres générations les renseignements les plus actuels.

Le Canada a également fait preuve d'initiative en établissant et en promouvant des lignes directrices, des recommandations et des avis sur les habitudes alimentaires et les niveaux d'activité physique. Les organismes de prévention des blessures comme *SécuriJeunes Canada*, *Pensez d'abord* et *Sauve-Qui-Pense* font également leur part en proposant une vaste sélection de méthodes d'éducation (par exemple, le mentorat et les jeux de rôle) afin d'accroître la sensibilisation et encourager la gestion du risque^{79, 545, 554, 555}. Par ailleurs, les vastes stratégies nationales, telles que l'Initiative de lutte contre la violence familiale, permettent de faire la lumière sur les vraies questions, de mieux définir les droits et d'aplanir les obstacles grâce à une meilleure sensibilisation et une meilleure compréhension entre les secteurs⁴¹⁷. La stratégie canadienne en matière de santé mentale devra miser sur l'éducation et la sensibilisation afin d'éliminer les obstacles et la stigmatisation liés à la promotion de la santé mentale et à la question des troubles mentaux^{463, 464}.

Bien que l'éducation et la sensibilisation soient essentielles pour améliorer la santé des enfants au Canada, les études montrent que les résultats sont encore plus marqués si ces activités s'inscrivent dans le cadre d'une stratégie plus vaste, qui comprend la surveillance, la législation, la réglementation ainsi que les services et le soutien communautaires. En Suède, par exemple, la diffusion des messages concernant la stratégie de prévention des blessures fait partie des politiques de santé publique^{561, 562}.

Création de milieux sains et stimulants

Le milieu de vie – que ce soit le milieu prénatal, familial, scolaire et communautaire – joue un rôle important dans la santé et le bien-être des enfants. Les enfants ont besoin d'être aimés, d'être cajolés et de se sentir en sécurité et non menacés pour pouvoir s'épanouir. Les parents, les frères et les sœurs sont aussi des modèles pour les enfants, qui les regardent, les écoutent, prennent exemple sur eux et à partir desquels ils façonnent leur comportements et attitudes⁵²⁰. Les données montrent, entre autres choses, que les habitudes alimentaires et le mode de vie actif d'un enfant reflètent ceux de ses parents et des autres membres de sa famille.

Les collectivités et les gouvernements ont également un rôle à jouer dans la création de milieux sains et stimulants. Grâce aux plans d'urbanisme, les collectivités peuvent en effet favoriser la pratique d'activités physiques, l'aménagement d'aires récréatives et le transport sécuritaire. Par exemple, le programme *In Motion* met à contribution tous les secteurs afin d'offrir aux jeunes des itinéraires et des jeux sécuritaires et de les amener à intégrer l'activité physique dans leur vie quotidienne^{542, 544}. De même, les approches qui favorisent la vie de famille encouragent les parents qui travaillent à atteindre un juste équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle (par exemple, les garderies à prix abordable au Québec ou le congé parental au Canada et en Suède)^{161, 376, 571}. Les gouvernements peuvent également passer des lois ou émettre des directives pour fournir de l'information sur l'exposition au risque (par exemple, les avis sur la consommation minimale de poisson contenant du méthylmercure pendant la grossesse), l'adoption de nouvelles mesures de sécurité (notamment les dispositifs de retenue dans les véhicules automobiles) et la promotion de comportements sains (par exemple, le *Guide alimentaire canadien*)^{302, 491, 556}.

Les collectivités et les programmes gouvernementaux peuvent aussi atténuer les risques chez les enfants en favorisant des milieux sécuritaires et stimulants. Par exemple, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones est un programme familial à part entière qui permet aux enfants autochtones vivant dans les familles à faible revenu d'acquérir une maturité scolaire, de se familiariser avec leurs traditions et leur culture et d'adopter de saines

habitudes de vie^{406, 407}. De même, des mesures telles que le PCNP, le PACE et le programme Bébés en santé, enfants en santé à l'intention des Autochtones viennent en aide aux parents et aux familles dans le besoin en offrant des programmes pour les enfants et en favorisant la création d'un milieu familial et communautaire où les enfants peuvent s'épanouir^{394-396, 402, 403, 442}.

Lorsque le milieu où l'enfant se sent en sécurité est ébranlé, il faut donner aux parents les moyens d'interagir de façon positive avec leur enfant. Le programme de visites à domicile de Olds, montre que c'est possible en intervenant rapidement auprès des parents et en apportant des améliorations au milieu de vie des nouveaux parents et des enfants⁴³⁰. Pour sa part, l'étude longitudinale de Kauai, à Hawaï, démontre que certains enfants ont la capacité de surmonter les difficultés familiales s'ils ont tissé, au préalable, des liens avec un adulte attentionné ou avec l'appui des membres de leur collectivité⁴⁷². Par ailleurs, l'initiative RDE révèle que le fait d'expliquer aux enfants les conséquences de leurs actes sur les autres peut réduire à long terme les comportements agressifs⁴²⁴. Enfin, bien qu'il soit difficile d'offrir aux familles des programmes à prix abordable, certaines administrations réussissent à combler ce besoin, comme le montre le programme *Sure Start*, au Royaume-Uni^{371, 382, 572}.

Créer des milieux sains et stimulants est une lourde responsabilité qui ne peut s'accomplir sans un effort collectif. Et ce sont les collectivités qui doivent en être les initiatrices, car les personnes les plus près de la situation sont sans doute les mieux placées pour trouver des solutions⁵⁷³. D'ailleurs, la gamme de programmes communautaires décrite dans le présent rapport en donne la preuve. Il y a de nombreux exemples qui montrent le travail réalisé par des personnes, des écoles et des collectivités pour créer un milieu sain et positif et ainsi changer le cours des choses. Au Canada, nos efforts sont entravés par un manque de connaissance. Il nous faut mettre en place dans les familles, les écoles et les collectivités des façons plus efficaces de mesurer les perceptions, les activités et les services de soutien. Lorsque nous aurons acquis une meilleure connaissance de nos forces et de nos faiblesses, nous serons alors mieux armés pour améliorer et renforcer les milieux dans lesquels les enfants évoluent.

Adoption de stratégies concertées et viables

Bien que chaque programme ait son importance, les données révèlent que, pour s'attaquer aux six sujets préoccupants abordés dans le présent rapport, l'idéal serait d'adopter des stratégies concertées et viables mettant à contribution plusieurs secteurs (par exemple, la santé, l'éducation et le secteur privé) et combinant différentes approches (les programmes d'action communautaire, les campagnes de sensibilisation, la législation, etc.). Ce genre de stratégie a montré son efficacité à réduire les comportements à risque et à améliorer l'état de santé de la population, surtout si elles s'inscrivent dans la durée. Les données semblent également indiquer que ces stratégies s'adressent à un plus vaste public (chaque approche d'une même stratégie suscitant l'intérêt d'un groupe en particulier) et peuvent créer la différence entre bien faire et se surpasser. Par exemple, la stratégie nationale de prévention des blessures adoptée par la Suède privilégie une approche stratégique axée sur la promotion de la santé publique, qui a d'ailleurs fait de ce pays un chef de file dans le domaine⁵⁶¹⁻⁵⁶³. La réussite de ce programme intersectoriel repose en grande partie sur une volonté communautaire, des programmes d'éducation et de sensibilisation concertés, un système de surveillance global et un ensemble cohérent de lois qui font de la sécurité leur priorité.

De vastes initiatives axées sur les besoins des enfants et des familles ont réussi, dans une certaine mesure, à s'attaquer directement au problème d'interdépendance entre le revenu et d'autres facteurs socioéconomiques. La Finlande et le Royaume-Uni ont en effet vu leur niveaux de pauvreté infantile diminuer après l'adoption de vastes politiques familiales qui, en plus de fournir des services de garde aux enfants et un appui aux parents, offrent des allègements fiscaux ou des allocations aux familles avec des enfants^{219, 362, 365}. De la même façon, la Politique familiale au Québec vise à s'assurer que l'accès aux services de garde éducatifs soit le même pour tous, indépendamment du revenu familial^{375, 377, 378}.

Le Canada a déjà commencé à s'attaquer aux problèmes mis en lumière dans le présent rapport, mais les travaux en sont encore à leurs premiers balbutiements. Pour aller de l'avant, il faudra obtenir l'engagement et la

collaboration des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. J'encourage fortement la poursuite des travaux et je propose de faire porter les efforts sur les quatre secteurs suivants, susceptibles de produire de bons résultats :

- Les blessures constituent l'une des principales causes de décès chez les enfants. Savoir les prévenir devient donc une question de première importance, qui pourrait s'inscrire dans le cadre d'une vaste initiative.
- Les programmes coordonnés de développement de l'enfance et de réduction de la pauvreté ont connu un certain succès dans d'autres administrations. Une stratégie spécialement adaptée aux enfants, qui serait plus coordonnée, aurait des chances de réussir au Canada.
- La Commission de la santé mentale du Canada travaille actuellement à une stratégie nationale en matière de santé mentale. Elle espère ainsi améliorer les conditions des personnes atteintes de troubles mentaux et de maladies mentales, créer des programmes concertés de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation et mettre sur pied des centres du savoir où il y aura échange des connaissances^{464, 475}.
- Les nouveaux problèmes de santé, tels que l'obésité chez les enfants, pourraient tirer profit d'une approche publique qui traiterai efficacement de tous les aspects de la question.

Aller de l'avant pour influencer le cours des choses

Avec le recul du temps, l'histoire nous révèle que le Canada a fait une réelle différence dans la vie des enfants aux points de vue de la prévention des maladies et des blessures, de la promotion de la santé et du développement social. Aujourd'hui, le Canada récolte les fruits des investissements qu'il a faits pour promouvoir une approche préventive en matière de santé, de sécurité et de bien-être. À l'occasion du 20^e anniversaire de la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*, il convient de regarder vers l'avenir et de réitérer notre engagement à donner à tous les enfants le droit de jouir du meilleur état de santé possible^{90, 93}.

Il reste des tendances inquiétantes dans le domaine de la santé et, à ce point de vue, le Canada ne réussit pas aussi bien que d'autres pays, ce qui nous rappelle que des efforts additionnels doivent être faits pour assurer un meilleur avenir à tous les citoyens. Certains enfants canadiens se portent à merveille, car ils ont la chance de vivre dans des conditions de santé et de développement optimales. Et c'est ce même traitement que l'on espère offrir à un nombre encore plus grand d'enfants si, à force de travail, des progrès sont réalisés dans les quatre domaines d'intervention détaillés dans le présent rapport.

Prendre des mesures exige du temps, des efforts et des ressources. Ces investissements, s'ils sont faits aujourd'hui, seront bénéfiques pour la santé de nos enfants, aujourd'hui et pour le reste de leur vie. Il est généralement reconnu que les ressources qui appuient les familles avec des enfants, plus précisément celles investies avant la naissance et dans la petite enfance, peuvent avoir le plus d'effet à long terme. Il s'agit donc d'un investissement sensé tant sur le plan financier que sur le plan social.

Pour que des progrès se réalisent, nous devons mobiliser nos efforts vers les problèmes tenaces ou émergents qui nuisent à la santé actuelle et à long terme des enfants au Canada et qui, selon toute vraisemblance, pourraient être évités. Il nous faudra lutter contre l'augmentation des taux d'obésité et de sédentarité chez les enfants et continuer de suivre de près les cas de blessures et l'état de santé prénatale pour nous assurer de réduire au minimum les risques qui y sont associés. Il faudra également chercher à mieux comprendre la santé mentale de nos enfants et à prévenir et éviter les cas de violence et de négligence. En particulier, nous devons faire porter nos efforts sur les trajectoires de santé des populations vulnérables, notamment les enfants des familles à faible revenu, les enfants autochtones et les enfants aux prises avec un handicap. Enfin, les inégalités qui existent sur le plan du statut socioéconomique et des possibilités de développement, leur effet à long terme sur la santé et leur omniprésence intergénérationnelle resteront au cœur de nos préoccupations.

Bien que les services de soutien social offerts aux enfants et aux familles continuent de préparer la voie à un avenir en santé, les données indiquent que le travail est loin

d'être terminé. L'approche à privilégier doit prévoir une alternance entre les programmes ciblés et les programmes universels et doit être le fruit d'un travail collectif, coordonné à l'échelle nationale, afin de bien refléter l'étendue et la diversité du Canada et de mieux répondre aux besoins des plus vulnérables. Cette approche doit aussi s'inscrire dans la durée pour voir les retombées de ces investissements. Si l'on parvient à un tel équilibre, tous les enfants, indépendamment des circonstances de leur naissance, auront l'occasion de s'engager dès le départ sur la voie de la santé.

Les nouvelles données auxquelles nous accéderons grâce à une surveillance et à une évaluation plus poussées nous permettront d'avoir une idée plus juste de l'état de santé de nos enfants ainsi que d'évaluer les mesures qui auront été mises en place pour obtenir de meilleurs résultats. Nous pouvons nous donner les moyens de changer les choses pour améliorer le sort de ceux qui en ont le plus besoin. Les stratégies utilisées au Canada pour mesurer le succès des initiatives ne sont pas au point. Cela fait en sorte que le relâchement des efforts passe souvent inaperçu, nous laissant dans l'incapacité d'apporter les

changements qui s'imposent avant que d'autres ne nous devancent.

Nous devons faire fond sur les activités d'éducation et de sensibilisation déjà en place afin d'éviter de travailler chacun pour soi ou de déployer des efforts ponctuels qui n'auront que des effets à court terme. Pour des résultats durables, le travail de sensibilisation doit s'amorcer le plus tôt possible auprès de la population et être sans cesse renouvelé.

Il n'existe aucune solution qui pourrait s'appliquer à tous les enfants et à toutes les collectivités. Toutefois, comprendre les raisons d'un succès – ou d'un échec – et définir un cadre qui mettrait en lumière ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas constitue le plus grand défi à surmonter pour dépasser les limites actuelles en ce qui concerne la santé des enfants.

En tant que membres d'une société solidaire et attentionnée qui considère que tous les enfants sont aptes à mener une vie saine et productive, nous ne pouvons nous contenter de bien faire si nous savons qu'il y a encore place à amélioration.

– De la parole aux actes –

J'ai rédigé ce rapport pour faire connaître au public l'état de santé et le bien-être actuels des enfants au Canada, mais aussi pour mieux sensibiliser la population au fait que les conditions et les milieux de vie dans lesquels les enfants évoluent dès leur tout jeune âge peuvent avoir des répercussions tout au long de leur vie. Je désirais aussi montrer les progrès que nous avons faits pour améliorer la vie de nos enfants, aujourd'hui et à l'avenir. Ce processus a clairement mis au jour un certain nombre de défis et de préoccupations et a aussi fait ressortir le besoin de collaborer pour régler les problèmes et offrir, de façon générale, de meilleurs soins à nos enfants.

Au Canada, nous avons réussi à améliorer les conditions de santé et de bien-être des enfants. Nous devons miser sur ces réussites pour nous attaquer aux problèmes qui se posent aujourd'hui et aux questions de santé publique qui se présenteront demain. Que l'on soit parent, enseignant, professionnel de la santé, membre de la collectivité ou décideur, nous avons tous un rôle à jouer pour créer les conditions physiques, économiques, sociales et culturelles les plus propices à la santé et au développement des enfants. Nos actions, même les plus petites, peuvent être déterminantes, surtout dans la vie d'un enfant. Comme société, le Canada peut engager le pas et être un leader dans le domaine de la santé et du développement de l'enfant. Cet engagement à agir signifie toutefois que l'on s'attend à ce que chacun fournisse sa part d'efforts.

En tant qu'administrateur en chef de la santé publique, je m'engage à :

- collaborer avec mes collègues fédéraux et d'autres secteurs pour concevoir et promouvoir des politiques qui favorisent le développement sain des enfants;
- suivre l'état de santé et le développement des enfants au Canada et surveiller leur croissance jusqu'à l'âge adulte;
- examiner régulièrement la question de la santé des enfants afin d'évaluer et de faire connaître les progrès réalisés;
- continuer de financer et d'appuyer les initiatives de santé publique qui ont des répercussions sur la santé et le développement à long terme des enfants.

— D^r David Butler-Jones

Liste des sigles

ACSP	Administrateur en chef de la santé publique du Canada
AHBHC	Aboriginal Healthy Babies Healthy Children
AVHPSP	Annapolis Valley Health Promoting School Project
CSA	Association canadienne de normalisation
DJE	Développement des jeunes enfants
ECI	Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants
EEM	Enquête sur l'expérience de la maternité
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
ERS	Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations
ETCAF	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
IMDPE	Instrument de mesure du développement de la petite enfance
ITS	Infection transmissible sexuellement
MAINC	Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada
MSN	Mort subite du nourrisson
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PACE	Programme d'action communautaire pour les enfants
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
RDE	Racines de l'empathie
RMR	Région métropolitaine de recensement
SCHIRPT	Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes
SCSP	Système canadien de surveillance périnatale
SFR	Seuil de faible revenu
SHU	Syndrome hémolytique et urémique
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SSE	Statut socioéconomique
TDA/H	Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité
TMI	Taux de mortalité infantile
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Calendrier de vaccination systématique des nourrissons et des enfants



Figure B,1 Calendrier de vaccination systématique des nourrissons et des enfants⁵²

Âge à la vaccination	DCaT-VPI	Hib	RRO	Var	HB	Pneu-C-7	Men-C	dcaT	Inf
Naissance									
2 mois	⊖	✦			Première année de vie 3 doses	☒	⊙		
4 mois	⊖	✦				☒	(⊙)		
6 mois	⊖	✦				★	☒	⊙ ou	
12 mois			■	●	ou	☒	⊙ si pas encore administré		1-2 doses
18 mois	⊖	✦	■ ou		Pré-adolescence/ adolescence 2-3 doses				
4-6 ans	⊖		■						

() Les symboles entre parenthèses indiquent que ces doses peuvent ne pas être nécessaires, selon l'âge de l'enfant ou de l'adulte. Se reporter au chapitre pertinent sur ce vaccin pour obtenir plus de détails.

⊖ **Vaccin contre la diphtérie, le tétanos combiné au vaccin acellulaire contre la coqueluche et au vaccin inactivé contre la polio (DCaT-VPI)** : Le vaccin DCaT-VPI(± Hib) est le vaccin privilégié pour toutes les doses de la série vaccinale, y compris pour terminer la série vaccinale chez les enfants qui ont reçu une ou plusieurs doses du vaccin DCT (à germes entiers) (par exemple nouveaux immigrants). La dose prévue entre 4 et 6 ans peut être omise si la quatrième dose a été administrée après le quatrième anniversaire.

✦ **Vaccin conjugué contre *Haemophilus Influenzae* de type b (Hib)** : Le calendrier indiqué pour Hib s'applique au vaccin contenant un polysaccharide capsulaire d'*Haemophilus influenzae* de type b, le polyribose ribitol phosphate (PRP), conjugué à l'anatoxine tétanique (PRP-T). Pour la vaccination de rattrapage, le nombre de doses dépend de l'âge au moment de la première dose. Habituellement, le vaccin n'est plus nécessaire après l'âge de 5 ans.

■ **Vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO)** : Il est recommandé d'administrer aux enfants une deuxième dose du RRO au moins un mois après la première dose afin qu'ils soient mieux protégés contre la rougeole. Pour des raisons de commodité, on peut administrer cette deuxième dose avec le prochain vaccin prévu au calendrier à l'âge de 18 mois ou à l'entrée à l'école (4-6 ans) (selon la politique provinciale ou territoriale en vigueur) ou à tout âge qui convient entre les deux. Dans le calendrier de rattrapage, la première dose ne devrait pas être administrée avant l'âge de ≥ 12 mois.

● **Vaccin contre la varicelle (Var)** : Les enfants de 12 mois à 12 ans devraient recevoir une dose du vaccin contre la varicelle.

★ **Vaccin contre l'hépatite B (HB)** : Le vaccin contre l'hépatite B peut être administré systématiquement aux nourrissons ou aux pré-adolescents, selon la politique en vigueur dans la province ou le territoire. Dans le cas des nourrissons dont la mère est une porteuse chronique du virus, la première dose devrait être donnée à la naissance (avec les immunoglobulines anti-hépatite B), sinon la première dose peut être administrée à l'âge de 2 mois afin de coïncider plus commodément avec d'autres visites pour la vaccination systématique des nourrissons. La deuxième dose devrait être administrée au moins un mois après la première dose, et la troisième dose, au moins 2 mois après la deuxième, mais il peut être plus commode de la faire coïncider avec les visites d'immunisation prévues à l'âge de 4 et de 6 mois.

☒ **Vaccin conjugué contre le pneumocoque - 7-valent (Pneu-C-7)** : Recommandé pour tous les enfants de moins de 2 ans. Le calendrier recommandé varie selon l'âge de l'enfant au début de la vaccination.

⊙ **Vaccin conjugué contre le méningocoque de sérotype C (Men-C)** : Recommandé pour les enfants de moins de 5 ans, les adolescents et les jeunes adultes. Le calendrier recommandé varie selon l'âge de la personne et le vaccin conjugué utilisé. Au moins une dose de la série primaire pour nourrissons devrait être administrée après l'âge de 5 mois. Si la politique provinciale ou territoriale prévoit l'administration du vaccin Men-C aux personnes de ≥ 12 mois, une dose suffit.

ⓘ **Vaccin contre l'influenza (Inf)** : Recommandé pour tous les enfants de 6 à 23 mois et toutes les personnes de ≥ 65 ans. Les enfants de < 9 ans qui n'ont pas déjà été vaccinés doivent recevoir deux doses du vaccin pour la saison en cours à au moins 4 semaines d'intervalle. La deuxième dose prévue durant la même saison n'est pas obligatoire si l'enfant a reçu une ou plusieurs doses du vaccin contre l'Influenza au cours de la saison précédente.

Guide familial d'activité physique pour les enfants du Canada[†]

Passons à l'action, ce mot d'ordre est lancé aux parents, aux enseignants, aux médecins et aux dirigeants communautaires⁴⁸⁹

Recommandations du Canada pour augmenter la pratique des activités physiques chez les enfants

1. **Augmenter** de 30 minutes par jour le temps consacré à l'activité physique.
2. **Réduire** de 30 minutes par jour le temps consacré à des activités passives comme regarder la télé, naviguer sur Internet ou jouer à des jeux vidéo ou d'ordinateur.

Vous devez encourager les enfants à augmenter leur activité physique tout au long de la journée. Les 30 minutes supplémentaires d'activité physique peuvent être divisées en courtes périodes de 5 à 10 minutes.

Cette hausse de l'activité physique devrait inclure :

- * des exercices modérés tels que marcher vite, patiner, faire du vélo, nager ou jouer à l'extérieur;
- ** des exercices vigoureux tels que courir ou jouer au soccer.

Ce tableau vous explique comment faire.

Augmentez les périodes d'activité physique, tout au long de la journée, par blocs d'au moins 5 à 10 minutes.

	Augmentation quotidienne du nombre de minutes consacrées à des exercices modérés*	Augmentation quotidienne du nombre de minutes consacrées à des exercices vigoureux**	Total du temps supplémentaire quotidien consacré à l'activité physique (minutes)	Réduction totale du temps d'inactivité (minutes)
1 ^{er} mois	au moins 20 +	10 =	30	30
2 ^e mois	au moins 30 +	15 =	45	45
3 ^e mois	au moins 40 +	20 =	60	60
4 ^e mois	au moins 50 +	25 =	75	75
5 ^e mois	au moins 60 +	30 =	90	90

Félicitations! Une personne physiquement active adopte de saines habitudes de vie.

Note : Les enfants qui sont déjà très actifs doivent tenir compte de tous leurs exercices modérés et vigoureux pendant quelques jours. Ils peuvent calculer le nombre total de minutes consacrées à l'activité physique, puis progresser graduellement pour atteindre l'objectif final de 90 minutes par jour.

Objectif

L'objectif consiste à augmenter, chaque mois, le taux d'activité physique des enfants jusqu'à ce qu'ils soient actifs 90 minutes ou plus par jour. Célébrez avec enthousiasme chaque étape franchie et félicitez souvent les enfants. Vous pouvez afficher un tableau sur le frigo ou le babillard pour noter le progrès accompli. N'hésitez pas à discuter de vos buts et projets autour de la table ou quand la famille entière s'adonne à une activité.

Cet objectif est tout à fait réalisable. Il suffit d'intégrer l'activité physique au quotidien de votre famille et d'en faire un mode de vie.

[†] Il s'agit d'un extrait du Guide. Pour obtenir la version intégrale de ce dernier, veuillez consulter le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada, à http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/enfants_jeunes/index.html.

Indicateurs de santé et facteurs influant sur la santé des Canadiens

ANNEXE
D

		Description	Année
Notre population			
Population totale ¹	33,2	millions de personnes (au 1er avril 2008)	2008
Autochtones ¹	1,17	million de personnes	2006
Premières nations (ascendance unique) ¹	0,70	million de personnes	2006
Métis (ascendance unique) ¹	0,39	million de personnes	2006
Inuits (ascendance unique) ¹	0,05	million de personnes	2006
Immigrants ¹	6,2	millions de personnes	2006
<u>Selon le lieu de naissance</u>			
Afrique ¹	0,37	million de personnes	2006
Asie et Moyen-Orient ¹	2,53	millions de personnes	2006
Caraïbes et Bermudes ¹	0,32	million de personnes	2006
Amérique centrale ¹	0,13	million de personnes	2006
Europe ¹	2,28	millions de personnes	2006
Océanie et autres ¹	0,06	million de personnes	2006
Amérique du Sud ¹	0,25	million de personnes	2006
États-Unis d'Amérique ¹	0,25	million de personnes	2006
<u>Selon le nombre d'années depuis l'immigration</u>			
Immigration récente (<= 10 ans) ¹	2,0	millions de personnes	2006
Immigration de longue date (> 10 ans) ¹	4,2	millions de personnes	2006
Population urbaine ¹	80,2	pourcentage de la population	2006
Notre santé			
Espérance de vie et santé déclarée			
Espérance de vie à la naissance ¹	80,8	années d'espérance de vie	2006
Espérance de vie ajustée en fonction de la santé ¹	69,6	années d'espérance de vie en santé	2001
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) ¹	5,0	décès pour 1 000 naissances vivantes	2006
Excellente ou très bonne santé* ²	59,6	pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus	2007
Excellente ou très bonne santé mentale* ²	72,7	pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus	2007
Principales causes de mortalité			
Maladies de l'appareil circulatoire ¹	222,1	décès pour 100 000 habitants par an	2005
Tumeurs malignes ²	213,0	décès pour 100 000 habitants par an	2005
Maladies de l'appareil respiratoire ²	63,4	décès pour 100 000 habitants par an	2005
Causes de mortalité prématurée (de 0 à 74 ans)			
Tumeurs malignes ¹	1 574	années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants par an	2001
Maladies de l'appareil circulatoire ¹	854	années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants par an	2001
Blessures non intentionnelles ¹	587	années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants par an	2004
Suicides et lésions intentionnelles ¹	372	années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants par an	2004
Maladies de l'appareil respiratoire ¹	162	années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants par an	2001
VIH ¹	46	années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants par an	2001
Causes de mauvaise santé et d'incapacité			
<u>Maladies chroniques</u>			
Incidence de cancer ¹	501,2	nouveaux cas pour 100 000 habitants	2008
Diabète ²	5,9	pourcentage de la population âgée de 1 an et plus	2005-2006
Obésité ¹	24,3	pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus	2005
Arthrite ou rhumatisme* ²	15,1	pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus	2007
Asthme* ²	8,1	pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus	2007
Cardiopathie* ²	4,8	pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus	2007
Hypertension artérielle* ²	19,2	pourcentage de la population âgée de 20 ans et plus	2007
Maladie pulmonaire obstructive chronique* ²	4,4	pourcentage de la population âgée de 35 ans et plus	2005
<u>Maladie mentale</u>			
Schizophrénie ²	0,3	pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus	2005
Dépression majeure ²	4,8	pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus sur 12 mois	2002
Dépendance envers l'alcool ²	2,6	pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus sur 12 mois	2002
Troubles de l'anxiété ²	4,8	pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus sur 12 mois	2002
Alzheimer et autres démences* ⁴	6,0-10,0	pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, Amérique du Nord	2000

Indicateurs de santé et facteurs influant sur la santé des Canadiens

		Description	Année
Notre santé (suite)			
<i>Maladies infectieuses</i>			
	<i>VIH²</i>	<i>2 300-4 500 nouveaux cas par an (estimation)</i>	<i>2005</i>
	Chlamydia ²	217,3 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an	2007
	Gonorrhée ²	34,9 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an	2007
	Syphilis infectieuse ²	3,6 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an	2007
Facteurs influant sur notre santé			
Revenu			
	Personnes ayant un faible revenu (après impôt) ¹	9,2 pourcentage de la population, basé sur le seuil de faible revenu de 1992	2007
Emploi et conditions d'emploi			
	Taux de chômage ¹	6,1 pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus	2008
Sécurité alimentaire			
	Personnes vivant l'insécurité alimentaire* ⁵	9,2 pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus	2004
Environnement et logement			
	Exposition à l'ozone au niveau du sol ⁶	36,9 parties par milliard (valeurs moyennes en saison chaude, pondérées en fonction de la population)	2006
	Exposition aux matières particulaires fines (MP _{2,5}) ⁶	7,8 microgrammes par mètre cube (valeurs moyennes en saison chaude, pondérées en fonction de la population)	2006
	Personnes ne pouvant avoir accès à un logement acceptable ⁷	12,7 pourcentage de la population	2006
Niveau de scolarité et d'alphabétisation			
	Diplôme d'études secondaires ¹	81,5 pourcentage de la population âgée de 25 ans et plus	2008
	Études postsecondaires partielles ¹	62,2 pourcentage de la population âgée de 25 ans et plus	2008
	Études postsecondaires ¹	56,0 pourcentage de la population âgée de 25 ans et plus	2008
Soutien social et appartenance sociale			
	Sentiment d'appartenance communautaire très fort ou assez fort* ¹	62,0 pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus	2007
	Crimes violents commis ¹	930 pour 100 000 habitants	2007
Comportements liés à la santé			
	Fumeurs* ⁴	19,2 pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus	2007
	Activité physique durant les loisirs* ¹	49,0 pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus	2007
	Consommation de fruits ou de légumes (cinq fois ou plus par jour)* ¹	41,3 pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus	2007
	Abus d'alcool (5 verres ou plus à la fois au moins une fois par mois au cours de la dernière année)* ¹	17,2 pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus	2007
	Consommation de drogues illicites (au cours de la dernière année)* ⁴	11,5 pourcentage de la population âgée de 25 ans et plus	2004
	Taux de grossesse chez les adolescentes ¹	29,2 grossesses pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans par an	2005
Accès aux soins de santé			
	Consultation régulière du médecin de famille* ¹	84,8 pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus	2007
	Consultation de professionnels des soins dentaires* ¹	63,7 pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus	2005

* Données auto-déclarées

Remarque : Les données des indicateurs en italique sont les mêmes que celles du Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada 2008. Il est possible que certaines données ne puissent être comparées. L'annexe E : Définitions et sources de données des indicateurs fournit des renseignements plus détaillés.

Sources : (1) Statistique Canada, (2) Agence de la santé publique du Canada, (3) Organisation mondiale de la Santé, (4) Santé Canada, (5) Environnement Canada, (6) Société canadienne d'hypothèques et de logement et (7) Système national de surveillance du diabète

Définitions et sources de données des indicateurs

- A -

Abus d'alcool (cinq verres ou plus à la fois au moins une fois par mois au cours de la dernière année) (2007)⁵⁷⁴

Les personnes de 12 ans et plus qui déclarent prendre au moins cinq verres à une même occasion chaque mois au cours des 12 derniers mois.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2008-06-16). Tableau CANSIM 105-0501, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, annuel* [Fichier de données].

Activité physique (plus de 7 heures par semaine) (2004)¹⁷⁹

Nombre d'heures consacrées à des activités physiques où l'enfant est essoufflé ou a plus chaud que d'habitude.

Source de données

Tableau 4,1 : Shields, M. (2006). L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. *Rapports sur la santé*, 17(3), 27-42.

Activité physique durant les loisirs (2007)⁵⁷⁴

Personnes de 12 ans ou plus qui déclarent un niveau d'activité physique, d'après leurs réponses à des questions sur la nature, la fréquence et la durée de leurs activités physiques durant leurs loisirs. Les répondants sont groupés comme étant actifs, modérément actifs ou inactifs selon un indice d'activité physique quotidienne moyenne au cours des trois mois précédents. Pour chaque activité physique déclarée par le répondant, on calcule une dépense quotidienne moyenne d'énergie en multipliant la fréquence par la durée moyenne de l'activité et par le nombre d'équivalents métaboliques (kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure) de l'activité. L'indice est la somme des dépenses quotidiennes moyennes d'énergie de toutes les activités. Les répondants sont groupés selon les catégories suivantes :

- 3,0 kcal/kg/jour ou plus = personne active
- de 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour = personne modérément active
- moins de 1,5 kcal/kg/jour = personne inactive

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2008-06-16). Tableau CANSIM 105-0501 *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, annuel* [Fichier de données].

Allaitement maternel (plus de 6 mois) (2006-2007)^{311, 324}

Le taux d'allaitement maternel désigne le nombre de femmes qui ont donné naissance à un enfant vivant au cours des 5 à 14 derniers mois et qui l'ont allaité pendant au moins six mois par rapport au nombre total de femmes qui ont donné naissance à un enfant vivant (dans un lieu donné et à un moment donné).

Source de données

Tableau 4,1 : Agence de la santé publique du Canada. (2009). Tableaux de données - *Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) 2006-2007*.

Allaitement maternel (initiation) (2006-2007)^{311, 324}

Le taux d'allaitement maternel désigne le nombre de femmes qui ont donné naissance à un enfant vivant au cours des 5 à 14 derniers mois et qui l'ont allaité par rapport au nombre total de femmes qui ont donné naissance à un enfant vivant (dans un lieu donné et à un moment donné).

Source de données

Tableau 4,1 : Agence de la santé publique du Canada. (2009). Tableaux de données - *Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) 2006-2007*.

Alzheimer et autres démences (2000)⁵⁹²

Les personnes de 65 ans et plus qui ont reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer, de maladie vasculaire, de syndrome frontal ou de maladie à corps de Lewy (codes F01, F03, G30-G31 de la CIM-10).

Source de données

Annexe D : Mathers, C. E. et Leonardi, M. (2002). *Global burden of dementia in the year 2000: Summary of methods and data sources*. (Organisation mondiale de la Santé).

E Définitions et sources de données des indicateurs

Années potentielles de vie perdues⁵⁷⁴

Les années potentielles de vie perdues correspondent au nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt prématurément de n'importe quelle cause – avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

Mortalité prématurée attribuable aux tumeurs malignes (2001)⁵⁷⁵

Nombre d'années potentielles de vie perdues lorsqu'une personne décède prématurément, avant l'âge de 75 ans, à la suite d'une tumeur maligne, classée selon les codes C00-C97 de la Classification internationale des maladies, y compris, entre autres, le cancer des ganglions lymphatiques, le cancer du sang, le cancer du cerveau et le cancer de l'appareil urinaire.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2007-05-11). Tableau CANSIM 102-0311, *Années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, données occasionnelles* [Fichier de données].

Mortalité prématurée attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire (2001)⁵⁷⁵

Nombre d'années potentielles de vie perdues lorsqu'une personne décède prématurément, avant l'âge de 75 ans, d'une maladie de l'appareil circulatoire, classée selon les codes I00-I99 de la Classification internationale des maladies, y compris, entre autres, la cardiopathie ischémique, les maladies cérébro-vasculaires et les maladies du cœur pulmonaire.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2007-05-11). Tableau CANSIM 102-0311, *Années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, données occasionnelles* [Fichier de données].

Mortalité prématurée attribuable au VIH (2001)⁵⁷⁵

Nombre d'années potentielles de vie perdues lorsqu'une personne décède prématurément, avant l'âge de 75 ans, d'une infection à VIH, classée selon les codes B20-B24 de la Classification internationale des maladies.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2007-05-11). Tableau CANSIM 102-0311, *Années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, données occasionnelles* [Fichier de données].

Mortalité prématurée attribuable aux maladies de l'appareil respiratoire (2001)⁵⁷⁵

Les années potentielles de vies perdues lorsqu'une personne décède prématurément, avant l'âge de 75 ans, à la suite d'une maladie respiratoire, classée selon les codes J00-J99 de la Classification internationale des maladies, y compris, entre autres, les infections respiratoires, la grippe et la pneumonie.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2007-05-11). Tableau CANSIM 102-0311, *Années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, données occasionnelles* [Fichier de données].

Mortalité prématurée attribuable au suicide et à des lésions intentionnelles (2004)⁵⁷⁶

Les années potentielles de vies perdues lorsqu'une personne décède prématurément, avant l'âge de 75 ans, à la suite d'un suicide ou de blessures intentionnelles, classés selon les codes X60-X84 et Y87.0 de la Classification internationale des maladies.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2008-07-09). Tableau CANSIM 102-0110, *Années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès (CIM 10) et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, Canada, provinces et territoires, données annuelles* [Fichier de données].

Mortalité prématurée attribuable à des blessures non intentionnelles (2004)⁵⁷⁶

Les années potentielles de vie perdues lorsqu'une personne décède prématurément, avant l'âge de 75 ans, à la suite de blessures non intentionnelles, classées selon les codes V01-X59 et Y85-Y86 de la Classification internationale des maladies.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2008-07-09). Tableau CANSIM 102-0110, *Années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès (CIM 10) et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, Canada, provinces et territoires, données annuelles* [Fichier de données]

Arthrite ou rhumatisme (2007)⁵⁷⁷

Les répondants (de 12 ans et plus) qui déclarent souffrir d'arthrite ou de rhumatismes, à l'exception de la fibromyalgie.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada. (2008). Prévention et contrôle des maladies chroniques, selon les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007* (Cycle 4.1) de Statistique Canada [Fichier de données].

Asthme (2000)¹⁶⁴

Prévalence de l'asthme diagnostiqué par un médecin chez les enfants de tout âge.

Source de données

Tableau 3,2 : Agence de la santé publique du Canada. (2007). *La vie et le souffle : Les maladies respiratoires au Canada*.

Asthme (2007)⁵⁷⁷

Les répondants (de 12 ans et plus) qui déclarent :

- faire de l'asthme;
- avoir présenté des symptômes d'asthme ou souffert d'une crise d'asthme au cours des 12 derniers mois;
- prendre des médicaments pour l'asthme, comme des inhalateurs, des nébuliseurs, des pilules, des liquides ou des injections.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada . (2008). Prévention et contrôle des maladies chroniques, selon les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007* (Cycle 4.1) de Statistique Canada [Fichier de données].

Autochtones (2006)⁵⁷⁸

Il s'agit d'un nom collectif désignant tous les premiers peuples du Canada et leurs descendants. La Loi constitutionnelle de 1982 stipule que les peuples autochtones au Canada sont répartis en trois groupes : les Indiens, les Inuits et les Métis. Les Indiens, les Inuits et les Métis possèdent des patrimoines, des langues, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles spécifiques.

Source de données

Tableau 3,1 : Affaires indiennes et du Nord Canada. (2009-03-18). Recensement de 2006 – *Population autochtone de 0 à 11 ans par lieu de résidence* [Fichier de données personnalisé].

Annexe D : Statistique Canada. (2008-06-12). *Population selon les groupes d'identité autochtone, le sexe et les groupes d'âge, chiffres de 2006 pour le Canada, les provinces et les territoires ainsi que les régions de tri d'acheminement - Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données]

Inuits (ascendance unique) (2006)⁵⁷⁸

Les Inuits sont les Autochtones qui vivent dans l'Arctique canadien. Ils habitent surtout au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest ainsi que dans le Nord du Labrador et du Québec. Ascendance unique signifie que la personne n'a indiqué qu'« Inuit » comme culture d'origine de ses ancêtres.

Source de données

Tableau 3,1 : Statistique Canada. (2009-02-17). Tableau du recensement de 2006 – *Enfants de 0 à 11 ans dans les ménages privés, en logements privés occupés, selon le groupe d'âge et certaines caractéristiques, chiffres de 2006 pour le Canada* [Fichier de données personnalisé].

Annexe D : Statistique Canada. (2008-06-12). *Population selon les groupes d'identité autochtone, le sexe et les groupes d'âge, chiffres de 2006 pour le Canada, les provinces et les territoires ainsi que les régions de tri d'acheminement - Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données]

E Définitions et sources de données des indicateurs

Métis (ascendance unique) (2006)⁵⁷⁸

Terme qui est largement utilisé pour désigner les gens qui ont à la fois des ancêtres européens et des ancêtres des Premières nations. Ces personnes se considèrent elles-mêmes comme Métis, se distinguant ainsi des Indiens, des Inuits et des non-Autochtones. Ascendance unique signifie que la personne n'a indiqué que « Métis » comme culture d'origine de ses ancêtres.

Source de données

Tableau 3,1 : Statistique Canada. (2009-02-17). Tableau du recensement de 2006 – *Enfants de 0 à 11 ans dans les ménages privés, en logements privés occupés, selon le groupe d'âge et certaines caractéristiques, chiffres de 2006 pour le Canada* [Fichier de données personnalisé].

Annexe D : Statistique Canada. (2008-06-12). *Population selon les groupes d'identité autochtone, le sexe et les groupes d'âge, chiffres de 2006 pour le Canada, les provinces et les territoires ainsi que les régions de tri d'acheminement - Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données]

Premières nations (ascendance unique) (2006)⁵⁷⁸

Terme dont l'usage s'est répandu dans les années 1970 afin de remplacer le mot Indien. Bien que l'expression Première nation soit largement utilisée, il n'en existe aucune définition officielle. On emploie notamment l'expression membres des Premières nations pour désigner les Indiens habitant au Canada, qu'ils possèdent ou non le statut d'Indien. Ascendance unique signifie que la personne n'a indiqué que « Premières nations » comme culture d'origine de ses ancêtres.

Source de données

Tableau 3,1 : Statistique Canada. (2009-02-17). Tableau du recensement de 2006 – *Enfants de 0 à 11 ans dans les ménages privés, en logements privés occupés, selon le groupe d'âge et certaines caractéristiques, chiffres de 2006 pour le Canada* [Fichier de données personnalisé].

Annexe D : Statistique Canada. (2008-06-12). *Population selon les groupes d'identité autochtone, le sexe et les groupes d'âge, chiffres de 2006 pour le Canada, les provinces et les territoires ainsi que les régions de tri d'acheminement - Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données]

Auto-évaluation de l'état de santé comme « excellent » ou « très bon » (2007)⁵⁷⁴

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon ». La santé perçue réfère à la perception d'une personne de sa santé en général, ou dans le cas d'un interview par procuration, la perception de la personne qui répond. La santé réfère non seulement à l'absence de maladie ou de blessure, mais aussi à un bien-être physique, mental et social.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2008-06-16). Tableau CANSIM 105-0501 *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues* [Fichier de données].

Auto-évaluation de la santé mentale comme « excellente » ou « très bonne » (2007)⁵⁷⁴

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur état de santé mentale comme étant « excellent » ou « très bon ». La santé mentale perçue réfère à la perception d'une personne de sa santé mentale en général. L'état de santé mentale perçue fournit une indication générale de la population qui souffre d'une forme quelconque de maladie mentale, problèmes mentaux ou affectifs ou de détresse. Ces troubles ne sont pas nécessairement reflétés dans la santé perçue.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2008-06-16). Tableau CANSIM 105-0501 *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues* [Fichier de données].

- B -

Blessures intentionnelles et non intentionnelles (2004)¹⁵⁹

Décès associés à des accidents, également appelés blessures non intentionnelles (CIM-10 V01-Y89), y compris, entre autres, les accidents de transport, les noyades, les brûlures, les empoisonnements et les assauts.

Source de données

Tableau 3,2 : Statistique Canada. (2009-03-26). *Causes de décès chez les enfants de 0 à 11 ans au Canada, par groupe d'âge, de 2000 à 2004* [Fichier de données personnalisés]; et Agence de la santé publique du Canada. (2006-10-25). [Les analyses ont été faites à l'aide des microdonnées anonymes du DAIS de Santé Canada, tirées du tableau CANSIM 051-0001, *Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, établi par Statistique Canada].

- C -

Cardiopathie (2007)⁵⁷⁷

Les répondants (de 12 ans et plus) qui déclarent avoir une maladie du cœur.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Prévention et contrôle des maladies chroniques, à partir de l'Enquête sur la santé dans les collectivités, 2007 (Cycle 4.1) de Statistique Canada* [Fichier de données].

Chlamydia (2007)⁵⁷⁹

Taux pour 100 000 habitants où les cas de chlamydia (*Chlamydia trachomatis*) sont confirmés par un laboratoire.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada. (2008-05-28). *Cas déclarés d'ITS à déclaration obligatoire du 1er janvier au 30 juin 2007 et du 1er janvier au 30 juin 2008 et leurs taux correspondants pour les années 2007 et 2008*.

Cohésion du quartier (2004-2005)⁵⁸⁰

Parents d'enfants ayant indiqué, dans le cadre d'une enquête, qu'ils n'obtenaient pas de soutien adéquat dans leur quartier, par exemple, adultes qui peuvent servir de bon exemple aux enfants, personnes de leur quartier qui veulent les aider et autres adultes qui feraient attention à la sécurité des enfants et surveilleraient les activités suspectes.

Source de données

Tableau 4,1 : Colombie-Britannique (2008). *Indicators of Early Childhood Health & Well-Being in British Columbia*.

Consommation d'alcool durant la grossesse (2006-2007)³²⁴

Proportion de femmes ayant donné naissance au cours des 5 à 14 derniers mois et ayant consommé de l'alcool durant la grossesse.

Source de données

Tableau 4,1 : Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Tableaux de données - Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) 2006-2007*.

Consommation de drogues illicites (au cours de la dernière année) (2004)⁶⁰⁸

Consommation, par des personnes âgées de 25 ans et plus au Canada, de drogues illicites (cannabis, cocaïne, amphétamines, ecstasy, hallucinogènes ou héroïne) au cours de l'année dernière.

Remarque : La présente définition diffère de celle qui figurait dans le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 – S'attaquer aux inégalités.

Source de données

Annexe D : Santé Canada. (2007). *Enquête sur les toxicomanies au Canada – Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens*.

E Définitions et sources de données des indicateurs

Consommation de fruits et de légumes (plus de cinq portions par jour) (2004, 2007)^{179, 574}

Indique le nombre de fois (fréquence) habituel par jour qu'une personne a déclaré manger des fruits et des légumes. Cette mesure ne tient pas compte de la quantité consommée.

Source de données

Tableau 4,1 : Shields, M. (2006). *L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. Rapports sur la santé*, vol. 17, no 3, p. 27-42.

Annexe D : Statistique Canada. (2008-06-16). Tableau CANSIM 105-0501 *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, annuel* [Fichier de données].

Consultation de professionnels des soins dentaires (2007)^{473, 581}

Personnes qui ont consulté un professionnel des soins dentaires au cours des 12 derniers mois.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2008-06-16). Tableau CANSIM 105-0501 *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues* [Fichier de données].

Crimes violents commis (2007)⁵⁸²

Infractions où il y a usage de la force ou menace de force à l'endroit d'une personne. Elles comprennent l'homicide, la tentative de meurtre, l'agression sexuelle et non sexuelle, les voies de fait, le vol qualifié et l'enlèvement, ainsi que les infractions aux règlements de la circulation qui ont causé la mort ou des lésions corporelles.

Source de données

Annexe D : Dauvergne, M. (2008). Juristat, Centre canadien de la statistique juridique. *Juristat*, 28(7), 1-17.

- D -

Dépendance envers l'alcool (2002)^{199, 583}

La dépendance envers l'alcool se rapporte à la tolérance, à l'état de manque, à la perte de contrôle ou à des problèmes sociaux ou physiques liés à la consommation d'alcool. Les répondants (de 15 ans et plus) qui disent avoir consommé au moins cinq verres à une même occasion au moins une fois par mois au cours des 12 derniers mois et qui font la même déclaration pour une autre période de 12 mois.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada. (2008). Prévention et contrôle des maladies chroniques, selon les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002* (Cycle 1.2) de Statistique Canada [Fichier de données].

Dépression majeure (2002)^{199, 583}

La dépression majeure s'étend sur une période de deux semaines ou plus; elle est caractérisée par un état de dépression persistant et la perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités normales, et s'accompagne de divers symptômes comme la perte d'énergie, des changements sur le plan du sommeil et de l'appétit, le manque de concentration et des sentiments de culpabilité et de désespoir ou des idées suicidaires. Les répondants (de 15 ans ou plus) qui remplissent les critères d'un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois et qui :

- déclarent une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir d'une durée de deux semaines ou plus et au moins cinq symptômes supplémentaires;
- déclarent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel;
- déclarent que les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil;
- répondent aux critères diagnostiques d'un trouble dépressif majeur au cours de la vie;
- déclarent un trouble au cours des 12 derniers mois;
- déclarent une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Prévention et contrôle des maladies chroniques, à l'aide des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002 (cycle 1.2) de Statistique Canada* [Fichier de données]. Récupéré le 12 décembre 2008.

Diabète (2005-2006)¹⁶⁶

Pour constituer un cas de diabète, les répondants doivent, au cours d'une période de deux ans, avoir connu au moins une hospitalisation ou au moins deux visites chez le médecin se soldant par un diagnostic de diabète.

Source de données

Tableau 3,2 : Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2008*.

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2008*.

Diplômés d'études secondaires (2008)⁵⁸⁴

Personnes qui possèdent, au minimum, un diplôme d'études secondaires ou qui ont terminé, au Québec, un secondaire V ou, à Terre-Neuve-et-Labrador, une quatrième année d'études secondaires.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2009-03-02). Tableau 282-0004 – *Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge* [Fichier de données].

- E -

Enfants dans les ménages privés (2006)¹²⁹

Enfants qui vivaient dans un ménage privé lors du recensement de 2006.

Source de données

Tableau 3,1 : Statistique Canada. (2009-02-17). Tableau du recensement de 2006 – *Enfants de 0 à 11 ans dans les ménages privés, en logements privés occupés, selon le groupe d'âge et certaines caractéristiques, chiffres de 2006 pour le Canada* [Fichier de données personnalisé].

Enfants vivant avec deux parents (2006)¹²⁹

Enfants qui vivaient dans un ménage privé avec deux parents (mariés ou en union de fait) lors du recensement de 2006.

Source de données

Tableau 3,1 : Statistique Canada. (2009-02-17). Tableau du recensement de 2006 – *Enfants de 0 à 11 ans dans les ménages privés, en logements privés occupés, selon le groupe d'âge et certaines caractéristiques, chiffres de 2006 pour le Canada* [Fichier de données personnalisé].

Enfants vivant avec un seul parent (2006)¹²⁹

Enfants qui vivaient dans un ménage privé avec un seul parent lors du recensement de 2006.

Source de données

Tableau 3,1 : Statistique Canada. (2009-02-17). Tableau du recensement de 2006 – *Enfants de 0 à 11 ans dans les ménages privés, en logements privés occupés, selon le groupe d'âge et certaines caractéristiques, chiffres de 2006 pour le Canada* [Fichier de données personnalisé].

Enfants vivant avec une mère seule (2006)¹²⁹

Enfants qui vivaient dans un ménage privé avec une mère seule lors du recensement de 2006.

Source de données

Tableau 3,1 : Statistique Canada. (2009-02-17). Tableau du recensement de 2006 – *Enfants de 0 à 11 ans dans les ménages privés, en logements privés occupés, selon le groupe d'âge et certaines caractéristiques, chiffres de 2006 pour le Canada* [Fichier de données personnalisé].

Enfants vivant avec un père seul (2006)¹²⁹

Enfants qui vivaient dans un ménage privé avec un père seul lors du recensement de 2006.

Source de données

Tableau 3,1 : Statistique Canada. (2009-02-17). Tableau du recensement de 2006 – *Enfants de 0 à 11 ans dans les ménages privés, en logements privés occupés, selon le groupe d'âge et certaines caractéristiques, chiffres de 2006 pour le Canada* [Fichier de données personnalisé].

E Définitions et sources de données des indicateurs

Enfants vivant dans des familles à faible revenu (après impôt) (2006)²²⁶

Enfants de 0 à 11 ans vivant dans une famille qui consacre à la nourriture, aux vêtements et chaussures, et au logement une part de leur revenu total après impôt de 20 points de pourcentage supérieur à celle des familles moyennes de la même taille, vivant dans une collectivité de même taille. Le seuil de faible revenu est fondé sur les habitudes de consommation observées en 1992 et ajusté à la taille de la famille, à la taille de la collectivité et à l'inflation selon l'indice national des prix à la consommation.

Source de données

Tableau 4,1 : Statistique Canada. (2009-03-13). Nombre d'enfants de 0 à 11 ans de familles à faible revenu (après impôt), Canada [Fichier de données personnalisés], Statistique Canada (2008). *Le revenu au Canada*, 2006.

Espérance de vie (2006)¹⁴⁴

L'espérance de vie est le nombre d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) et ainsi de suite pour les autres groupes d'âge, selon les statistiques de mortalité sur la période d'observation retenue.

Source de données

Tableau 3,2 : Statistique Canada. (2009-04-27). Tableau CANSIM 102-0511, *Espérance de vie, table de mortalité abrégée, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles (années)* [Fichier de données].

Annexe D : Statistique Canada. (2009-04-27). Tableau CANSIM 102-0511, *Espérance de vie, table de mortalité abrégée, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles (années)* [Fichier de données].

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (2001)¹⁴⁵

L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé est le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé étant donné les conditions courantes de morbidité et de mortalité. Pour calculer l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé, on se sert de l'indice de l'état de santé pour attribuer un poids plus élevé aux années vécues en bonne santé qu'à celles vécues en mauvaise santé. Donc, l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé n'est pas seulement une mesure du nombre d'années de vie, mais aussi une mesure de la qualité de vie.

Source de données

Tableau 3,2 : Statistique Canada. (2009-05-17). Tableau CANSIM 102-0121, *Espérance de vie à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et le groupe de revenu, Canada et provinces, données occasionnelles (années)* [Fichier de données].

Annexe D : Statistique Canada. (2009-05-17). Tableau CANSIM 102-0121, *Espérance de vie à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et le groupe de revenu, Canada et provinces, données occasionnelles (années)* [Fichier de données].

Études postsecondaires (2008)⁵⁸⁴

Personnes qui ont obtenu un certificat (y compris un certificat professionnel), un diplôme ou à tout le moins un baccalauréat d'un établissement d'enseignement au-delà du niveau secondaire. Cela inclut les écoles de formation professionnelle, la formation en apprentissage, les collèges communautaires, les cégeps (collège d'enseignement général et professionnel) et les écoles de sciences infirmières.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2009-03-02). Tableau CANSIM 282-0004, *Enquête sur la population active (EPA), selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, données annuelles* [Fichier de données].

Études postsecondaires partielles (2008)⁵⁸⁴

Personnes qui ont fait des études postsecondaires, mais qui n'ont obtenu ni grade ni certificat (y compris un certificat professionnel) ni diplôme d'un établissement d'enseignement, y compris d'une université, au delà du niveau secondaire. Cela inclut les écoles de formation professionnelle, la formation en apprentissage, les collèges communautaires, les cégeps (collège d'enseignement général et professionnel) et les écoles de sciences infirmières.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2009-03-02). Tableau CANSIM 282-0004 – *Enquête sur la population active (EPA), selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, données annuelles* [Fichier de données].

Exposition à l'ozone au niveau du sol (2006)⁵⁸⁵

Cet indicateur utilise la moyenne saisonnière des concentrations moyennes maximales par période de huit heures, qui est pondérée selon la population afin de calculer les tendances et les moyennes des stations de surveillance d'un bout à l'autre du pays.

Source de données

Annexe D : Environnement Canada. (2009-03-12) *Indicateurs canadiens de durabilité de l'environnement – Cartes et graphiques.*

Exposition aux matières particulaires fines (MP_{2,5}) (2006)⁵⁸⁵

Cet indicateur utilise la moyenne saisonnière des concentrations moyennes maximales par période de vingt-quatre heures, qui est pondérée selon la population afin de calculer les tendances et les moyennes des stations de surveillance d'un bout à l'autre du pays.

Source de données

Annexe D : Environnement Canada. (2009-03-12). *Indicateurs canadiens de durabilité de l'environnement – Cartes et graphiques.*

- F -

Faible poids à la naissance (2006)¹⁴⁷

Naissances vivantes où le poids du bébé à la naissance est inférieur à 2 500 grammes.

Source de données

Tableau 3,2 : Statistique Canada. (2008-09-26). Tableau CANSIM 102-4509, *Naissances vivantes, selon le poids à la naissance et le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles* [Fichier de données]

Faibles résultats dans au moins un des domaines liés à la maturité scolaire (2006)²⁸⁴

Pourcentage d'enfants vulnérables du niveau de la maternelle qui présentent de faibles résultats (sous la limite du 10^e percentile du groupe) dans au moins un des cinq domaines (santé et bien être physiques, compétence sociale, maturité affective, langage et développement cognitif et aptitudes de communication et connaissances générales) dans certaines provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Québec et Nouveau-Brunswick).

Source de données

Tableau 4,1 : The Offord Centre for Child Studies, McMaster University. *School Readiness to Learn National SK Cohort Results, Based on the Early Development Instrument Data Collection for Senior Kindergarten Students in Canada, Spring 2006.*

Fonctionnement familial (2004-2005)⁵⁸⁰

Parents ayant indiqué lors d'un sondage un niveau élevé de dysfonctionnement familial, notamment des difficultés liées à la résolution de problèmes, à la communication, à la définition des rôles, à l'engagement affectif, à la sensibilité affective et à la maîtrise du comportement.

Source de données

Tableau 4,1 : Colombie-Britannique. (2008). *Indicators of Early Childhood Health & Well-Being in British Columbia.*

E Définitions et sources de données des indicateurs

Fumeurs (2007)⁵⁸⁶

Les répondants qui déclarent être des fumeurs quotidiens et des fumeurs non quotidiens (aussi appelés fumeurs occasionnels).

Source de données

Annexe D : Santé Canada. (2008-08-25). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2007* - Tableau 1. *Catégories de tabagisme et nombre moyen de cigarettes fumées par jour, selon le groupe d'âge et le sexe chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus, Canada, 2007.*

- G -

Gonorrhée (2007)⁵⁷⁹

Taux, pour 100 000 habitants où les cas de gonorrhée (*Neisseria gonorrhoeae*) sont confirmés par un laboratoire.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada. (2008-05-28). *Cas déclarés d'ITS à déclaration obligatoire du 1er janvier au 30 juin 2007 et du 1er janvier au 30 juin 2008 et leurs taux annuels correspondants pour les années 2007 et 2008.*

- H -

Hypertension artérielle (2007)⁵⁷⁷

Les répondants (de 20 ans et plus) qui déclarent :

- faire de l'hypertension artérielle;
- avoir reçu un diagnostic d'hypertension artérielle;
- prendre des médicaments pour l'hypertension artérielle.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Prévention et contrôle des maladies chroniques, à partir de l'Enquête sur la santé dans les collectivités, 2007 (Cycle 4.1) de Statistique Canada* [Fichier de données].

- I -

Immigrants (2006)⁵⁸⁷

Un immigrant reçu est une personne à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence.

Source de données

Tableau 3,1 : Statistique Canada. (2009-02-17). *Tableau du Recensement de 2006. Personnes de 0 à 11 ans, vivant dans un ménage privé et occupant un logement privé, selon le groupe d'âge, selon certaines caractéristiques, pour le Canada, Recensement de 2006* [Fichier de données personnalisés].

Annexe D : Statistique Canada. (2007-11-20). *Profil – Langues, immigration, citoyenneté, mobilité et migration, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, Recensement de 2006* [Fichier de données].

Selon le lieu de naissance (2006)^{588, 589}

Le concept du lieu de naissance désigne le pays de naissance d'une personne née à l'extérieur du Canada. Les répondants et répondantes doivent déclarer leur lieu de naissance en fonction des frontières internationales en vigueur au moment du dénombrement et non à la naissance. Les codes de pays devraient être attribués selon les codes normalisés les plus récents de l'ISO, et il est recommandé de les regrouper en régions suivant les dernières normes des Nations Unies pour la présentation de données démographiques et sociales.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2007-11-20). *Profil – Langues, immigration, citoyenneté, mobilité et migration, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, Recensement de 2006* [Fichier de données].

Selon le nombre d'années depuis l'immigration (2006)^{588, 589}

L'année ou la période d'immigration s'applique à un immigrant reçu et désigne la période de temps au cours de laquelle il a obtenu le statut d'immigrant reçu pour la première fois.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2007-11-20). *Profil – Langues, immigration, citoyenneté, mobilité et migration, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement*, Recensement de 2006 [Fichier de données].

Incidence de cancer (2000-2004, 2008)^{590, 591}

Nombre estimé de nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les enfants.

Source de données

Tableau 3,2 : Société canadienne du cancer, Institut national du cancer du Canada, Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada et registres provinciaux et territoriaux du cancer. (2008). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2008*.

Annexe D : Société canadienne du cancer, Institut national du cancer du Canada, Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada et registres provinciaux et territoriaux du cancer. (2008). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2008*; et Statistique Canada. (2009-03-02). Tableau CANSIM 282 0004 - *Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, annuel* [Fichier de données].

Inuit (ascendance unique) (2006)

Voir *Autochtone*

- M -

Maladie pulmonaire obstructive chronique (2005)⁵⁹³

Les répondants (de 35 ans et plus) qui déclarent souffrir d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada . (2008). *Prévention et contrôle des maladies chroniques, selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007 (Cycle 4.1)* de Statistique Canada [Fichier de données].

Maladies de l'appareil respiratoire (2005)⁵⁹⁴

Décès associés à des maladies de l'appareil respiratoire, classées selon les codes J00-J99 de la Classification internationale des maladies, y compris, entre autres, les infections respiratoires, la grippe et la pneumonie.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada. (2006-10-25). [Les analyses ont été faites à l'aide des microdonnées anonymes du DAIS de Santé Canada, tirées du tableau CANSIM 051-0001, *Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel* (personnes sauf indication contraire), établi par Statistique Canada]; et Statistique Canada. (2009-03-30). Tableau CANSIM 102 0530, *Décès, selon la cause, Chapitre X : Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, données annuelles* [Fichier de données].

Maladies de l'appareil circulatoire (2005)⁵⁹⁵

Décès associés aux maladies de l'appareil circulatoire, selon les codes I00-I99 de la Classification internationale des maladies (CIM), y compris, entre autres, la cardiopathie ischémique, les maladies cérébrovasculaires et le cœur pulmonaire.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada. (2006-10-25). [Analyses réalisées au moyen de la version du DAIS de Santé Canada de microdonnées anonymes tirées du tableau CANSIM 051-0001 *Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel* (personnes sauf indication contraire), établi par Statistique Canada]; et Statistique Canada. (2009-03-30). Tableau CANSIM 102-0529 *Décès, selon la cause, Chapitre IX : Maladies de l'appareil circulatoire (I00 à I99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel* [Fichier de données].

E Définitions et sources de données des indicateurs

Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques (2004, 2005)¹⁵⁴

Décès associés aux malformations congénitales, aux déformations et aux anomalies chromosomiques (CIM-10 Q00-Q99), dont le spina-bifida, le syndrome de Down, ainsi que les malformations cardiaques et pulmonaires.

Source de données

Tableau 3,2 : Statistique Canada. (2009-03-26). Causes de décès chez les enfants de 0 à 11 ans, Canada, selon le groupe d'âge, de 2000 à 2004 [Fichier de données personnalisé]; et Agence de la santé publique du Canada. (2006-10-25). [Analyses réalisées au moyen de la version du DAIS de Santé Canada de microdonnées anonymes tirées du tableau CANSIM 051-0001 *Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, établi par Statistique Canada].

Mauvais traitement (2003)²⁴⁶

Cas corroborés au Canada, à l'exception du Québec, où il existe des preuves suffisantes qu'il y a eu violence ou négligence. L'information est ensuite répartie en cinq grandes sous catégories, à savoir : violence physique, abus sexuel, négligence, violence psychologique et exposition à la violence familiale.

Source de données

Tableau 4,1 : Agence de la santé publique du Canada. (2005). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003 : Données principales*. (Agence de la santé publique du Canada).

Médecin de famille régulier (2007)⁵⁷⁴

Personnes âgées de 12 ans et plus qui déclarent avoir un médecin de famille régulier. En 2003 et en 2005, l'indicateur en français désignait seulement « médecin de famille ». À compter de 2007, le concept a été élargi à « médecin régulier », ce qui comprend « médecin de famille ».

Remarque : La définition actuelle diffère de la définition du Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada – S'attaquer aux inégalités en santé.

Source de données

Tableau 4,1 : Agence de la santé publique du Canada. (2008). [Les analyses ont été faites à l'aide des microdonnées anonymes du DAIS de Santé Canada, tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2007 (C4.1 SHR), établi par Statistique Canada].

Annexe D : Statistique Canada. (2008-06-16). Tableau CANSIM 105-0501, *Profil d'indicateurs de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, données annuelles* [Fichier de données].

Méningocoque du groupe C (2004-2005)⁵⁹⁶

Proportion des enfants, sauf ceux vivant dans les territoires, sur une réserve ou en établissement, qui ont contracté une infection à méningocoque du groupe C au cours de l'année donnée, tel que rapporté par les parents ou les tuteurs.

Source de données

Tableau 3,2 : Ressources humaines et Développement des compétences Canada, Agence de la santé publique du Canada et ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. (2007). *Le bien être des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada 2006*.

Métis (ascendance unique) (2006)

Voir *Autochtone*

- N -

Naissances multiples (2006)⁵⁹⁷

Accouchement de plus d'un enfant, y compris les naissances vivantes et les morts fœtales (mortinaissances). Cela comprend l'accouchement de jumeaux, triplés, quadruplés, quintuplés et plus.

Source de données

Tableau 3,2 : Statistique Canada. (2008-09-25). Tableau CANSIM 102-4515, *Naissances vivantes et morts fœtales (mortinaissances), selon le type (simple ou multiple), Canada, provinces et territoires, données annuelles* [Fichier de données].

Niveau de scolarisation des parents (2007)⁴⁷³

Proportion de ménages où il y a des enfants de moins de 12 ans et dont au moins un des parents a été à l'école secondaire, selon les réponses données par les parents ou les tuteurs, à l'exclusion de ceux vivant dans les territoires, dans les réserves ou en établissement.

Source de données

Tableau 4,1 : Agence de la santé publique du Canada. (2008). [Les analyses ont été faites à l'aide des microdonnées anonymes du DAIS de Santé Canada, tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2007 (C4.1 SHR), établi par Statistique Canada].

- 0 -

Obésité (2004)¹⁷⁹

L'International Obesity Taskforce (IOTF) a adopté une nouvelle approche de la mesure du surpoids et de l'obésité chez les enfants parce que les mesures et les classifications établies pour les adultes ne correspondaient pas de façon précises à celles des enfants de moins de 18 ans.

L'indice est calculé pour la population âgée de 2 à 17 ans, selon le sexe et l'âge à intervalles de 6 mois (voir le tableau E,1).

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids de l'individu (en kilogrammes) par le carré de sa taille (en mètres).

Source de données

Tableau 3,2 : Shields, M. (2006). L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. *Rapports sur la santé*, 17(3), 27-42.

Tableau E,1 Indice de masse corporelle des enfants, âgés de 2 à 17 ans¹⁷⁹

Âge (années)	Seuils d'embonpoint IMC supérieur ou égal à :		Seuils d'obésité IMC supérieur ou égal à :	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84

E Définitions et sources de données des indicateurs

Obésité (2005)⁵⁹⁸

Selon les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de Santé Canada, l'indice de masse corporelle est mesuré de la façon suivante : inférieur à 18,50 (poids insuffisant); 18,50 à 24,99 (poids normal); 25 à 29,99 (embonpoint); 30 à 34,99 (obésité, classe I); 35 à 39,99 (obésité, classe II); 40 ou plus (obésité, classe III).

L'indice est calculé chez les personnes de 18 ans et plus, à l'exception des femmes enceintes et des personnes mesurant moins de 3 pieds (0,914 mètre) ou plus de 6 pieds et 11 pouces (2,108 mètres).

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids de l'individu (en kilogrammes) par le carré de sa taille (en mètres).

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2007-04-27). Tableau CANSIM 105-0407, *Indice de masse corporelle (IMC) mesuré chez les adultes, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 18 ans et plus excluant les femmes enceintes, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 3.1), Canada, données aux 2 ans* [Fichier de données].

- P -

Parent souffrant de dépression (2004-2005)¹⁴

Parents d'enfants qui ont indiqué dans un sondage qu'ils se sont sentis déprimés, repliés sur eux-mêmes, fatigués, pessimistes en ce qui concerne l'avenir et découragés au cours de la semaine précédente.

Source de données

Tableau 4,1 : Colombie-Britannique. (2008). *Indicators of Early Childhood Health & Well-Being in British Columbia*.

Personnes ayant un faible revenu après impôt (2006)³⁶³

Description du nombre de Canadiens vivant dans des familles qui consacrent à la nourriture, aux vêtements et aux chaussures, et au logement une part de leur revenu total après impôt de 20 points de pourcentage supérieur à celle des familles moyennes de même taille, vivant dans une collectivité de même taille. Le faible revenu est fondé sur les modèles de consommation de 1992 et ajusté en fonction de la taille de la famille, de la taille de la collectivité et de l'inflation à partir de l'indice des prix à la consommation national (voir tableau E,2).

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2008). Le revenu au Canada, 2006; et Statistique Canada. (2009-06-03). *Tableau 3, Pourcentage de personnes à faible revenu (seuil de faible revenu fondé sur le revenu après impôt, sur la base de 1992)*.

Personnes vivant l'insécurité alimentaire (2004)²³⁶

Situation dans laquelle les personnes n'ont pas un accès assuré à des aliments sains et nutritifs en quantités suffisantes pour leur garantir une croissance normale et une vie active et saine.

Source de données

Tableau 4,1 : Santé Canada. (2007). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 2.2, Nutrition (2004) : Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens*.
Annexe D : Santé Canada. (2007). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 2.2, Nutrition (2004) : Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens*.

Tableau E,2 Seuils de faible revenu, Canada, 2006³⁶³

Taille de l'unité familiale	Régions rurales	Régions urbaines			
		Population de moins de 30 000	Population de 30 000 à 99 999	Population de 100 000 à 499 999	Population de 500 000 et plus
1 personne	11 492	13 152	14 671	14 857	17 568
2 personnes	13 987	16 008	17 857	18 082	21 381
3 personnes	17 417	19 932	22 236	22 516	26 624
4 personnes	21 728	24 867	27 741	28 091	33 216
5 personnes	24 742	28 317	31 590	31 987	37 823
6 personnes	27 440	31 404	35 034	35 474	41 946
7 personnes ou plus	30 138	34 491	38 477	38 962	46 070

Personnes ne pouvant avoir accès à un logement acceptable (2006)²⁴¹

Désigne les logements acceptable abordables (qui coûtent au ménage moins de 30 % de son revenu avant impôt), les logements de qualité (le logement n'a pas besoin de réparations majeurs selon les occupants) et les logements de taille adéquate (comporte suffisamment de chambres pour le nombre d'occupants selon les critères de la Norme nationale d'occupation).

Source de données

Tableau 4,1 : Société canadienne d'hypothèque et de logement. (2009). *Série sur le logement selon les données du Recensement de 2006 : Numéro 3 – Qualité, taille et abordabilité du logement au Canada, 1991-2006*. (Canada)

Annexe D : Société canadienne d'hypothèque et de logement. (2009). *Série sur le logement selon les données du Recensement de 2006 : Numéro 3 – Qualité, taille et abordabilité du logement au Canada, 1991-2006*. (Canada)

Population (2006, 2008)^{128, 599}

Le recensement vise l'ensemble de la population du Canada, qui comprend les citoyens canadiens (par naissance ou par naturalisation), les immigrants reçus et les résidents non permanents ainsi que les membres de leur famille qui vivent avec eux au Canada. Les résidents non permanents sont les personnes qui détiennent un permis d'études ou de travail ou qui revendiquent le statut de réfugié.

Le recensement dénombre également les citoyens canadiens et les immigrants reçus qui sont temporairement à l'extérieur du pays le jour du recensement. Il s'agit, par exemple, des fonctionnaires fédéraux et provinciaux en poste à l'extérieur du Canada, du personnel des ambassades canadiennes à l'étranger, des membres des Forces canadiennes en poste à l'étranger et des Canadiens qui se trouvent à bord de navires marchands et les membres de leur famille.

Source de données

Tableau 3,1 : Statistique Canada. (2008-04-01). *Âge et sexe pour la population pour le Canada, les provinces, les territoires et les agglomérations de recensement, Recensement 2006 – données intégrales* [Fichier de données].

Annexe D : Statistique Canada. (2008). *Estimations démographiques trimestrielles, janvier à mars 2008. Estimations démographiques trimestrielles*, 22(1), 1-99.

E Définitions et sources de données des indicateurs

Population urbaine (2006)⁶⁰⁰

D'après les chiffres de population du recensement actuel, une région urbaine a une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population d'au moins 400 habitants au kilomètre carré.

Source de données

Tableau 3,1 : Statistique Canada. (2009-02-17). Tableau du Recensement de 2006. *Personnes de 0 à 11 ans vivant dans un ménage privé et occupant un logement privé, selon le groupe d'âge, selon certaines caractéristiques, pour le Canada*, Recensement de 2006 [Fichier de données personnalisé].

Annexe D : Statistique Canada. (2007-11-24). *Chiffres de population et des logements, régions urbaines, recensements de 2006 et 2001, données intégrales* [Fichier de données].

Premières nations (ascendance unique) (2006)

Voir la rubrique *Autochtone*

- R -

Rougeole (2004-2005)⁵⁹⁶

Proportion des enfants, sauf ceux vivant dans les territoires, sur une réserve ou en établissement, qui ont eu la rougeole, selon les informations fournies par les parents ou les tuteurs.

Source de données

Tableau 3,2 : Ressources humaines et Développement des compétences Canada Agence de la santé publique du Canada et ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. (2007). *Le bien être des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada 2006*.

- S -

Schizophrénie (2005)^{199, 580}

Les répondants (de 12 ans et plus) qui déclarent souffrir de schizophrénie, diagnostiquée par un professionnel de la santé. Cette méthode tend à sous-estimer la prévalence réelle de la maladie puisque certaines personnes ne déclarent pas souffrir de schizophrénie, et que le sondage n'a pas été fait auprès des personnes sans-abri, de même qu'auprès des personnes hospitalisées ou vivant dans un établissement résidentiel supervisé.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada. (2008). Contrôle et prévention des maladies chroniques, à l'aide de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2005 (cycle 3.1) de Statistique Canada [Fichier de données].

Score d'agressivité physique (2004-2005)⁶⁰¹

Proportion d'enfants de 2 à 5 ans, sauf ceux vivant dans les territoires, sur une réserve ou en établissement, qui ont démontré un niveau élevé d'agressivité physique ou de troubles d'opposition ou de troubles de conduite, selon les informations fournies par les parents ou les tuteurs.

Source de données

Tableau 3,2 : Colombie-Britannique. (2008). *Indicators of Early Childhood Health & Well-Being in British Columbia*.

Score de problème émotionnel ou d'anxiété (2004-2005)⁶⁰¹

Proportion des enfants de 2 à 5 ans, sauf ceux vivant dans les territoires, sur une réserve ou en établissement, qui ont démontré un niveau élevé de problème émotionnel ou d'anxiété, selon les informations fournies par les parents ou les tuteurs.

Source de données

Tableau 3,2 : Colombie-Britannique. (2008). *Indicators of Early Childhood Health & Well-Being in British Columbia*.

Scores d'hyperactivité ou d'inattention (2004-2005)⁶⁰¹

Proportion des enfants de 2 à 5 ans, sauf ceux vivant dans les territoires, sur une réserve ou en établissement, qui ont démontré un niveau élevé d'hyperactivité ou d'inattention, selon les informations fournies par les parents ou les tuteurs.

Source de données

Tableau 3,2 : Colombie-Britannique. (2008). *Indicators of Early Childhood Health & Well-Being in British Columbia*.

Sécurité du quartier (2004-2005)¹⁴

Parents d'enfants ayant indiqué, dans le cadre d'une enquête, qu'ils ne se sentaient pas assez en sécurité dans leur quartier ou dans les environs pour y pratiquer des activités, telles que marcher seul une fois la nuit tombée ou laisser les enfants jouer dehors durant le jour.

Source de données

Tableau 4,1 : Colombie-Britannique (2008). *Indicators of Early Childhood Health & Well-Being in British Columbia*.

Sentiment d'appartenance communautaire très fort ou assez fort (2007)⁶⁰²

Personnes de 12 ans et plus qui décrivent leur sentiment d'appartenance à la communauté locale comme très fort ou assez fort. La recherche montre un solide lien de corrélation entre le sentiment d'appartenance à la communauté et la santé physique et la santé mentale.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2008-06-16). Tableau CANSIM 105-0501, *Profil d'indicateurs de la santé de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, données annuelles* [Fichier de données].

Surcharge pondérale (2004)

Voir *Obèse*

Syphilis infectieuse (2007)⁵⁷⁹

Taux pour 100 000 habitants où les cas de syphilis infectieuse (y compris aux stades primaire, secondaire ou latent précoce) sont confirmés par un laboratoire.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada. (2008-05-28). *Cas déclarés d'ITS à déclaration obligatoire du 1er janvier au 30 juin 2007 et du 1er janvier au 30 juin 2008 et leurs taux annuels correspondants pour les années 2007 et 2008*.

- T -

Tabagisme durant le dernier trimestre de la grossesse (2006-2007)³²⁴

Femmes qui étaient enceintes au cours des 5 à 14 derniers mois et qui ont déclaré avoir fumé pendant les trois derniers mois de leur grossesse.

Source de données

Tableau 4,1 : Agence de la santé publique du Canada. (2009). Tableaux de données, *Enquête sur les expériences de la maternité (EEM), 2006-2007*.

Taux brut de natalité (2006)¹³⁵

Nombre de naissances vivantes pour 1 000 habitants.

Source de données

Tableau 3,1 : Statistique Canada. (2008-09-25). Tableau CANSIM 102-4505 *Naissances vivantes, taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge, et indice synthétique de fécondité, Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données].

Taux de chômage (2008)⁵⁸⁴

Le taux de chômage représente le nombre de chômeurs, exprimé en pourcentage, de la population active.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2009-03-02). Tableau CANSIM 282-0004 – *Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, données annuelles* [Fichier de données].

E Définitions et sources de données des indicateurs

Taux de fécondité total (2006)¹³⁵

Le taux de fécondité total est une estimation du nombre moyen de naissances vivantes qu'une femme peut avoir pendant sa vie, en fonction des taux de fécondité par âge (TFA) d'une année.

Source de données

Tableau 3,1 : Statistique Canada. (2008-09-25). Tableau CANSIM 102-4505, *Naissances vivantes, taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge et indice synthétique de fécondité, Canada, provinces, territoires, données annuelles* [Fichier de données].

Taux de grossesse chez les adolescentes (2005)⁶⁰³

Nombre total de grossesses (y compris les naissances vivantes, les avortements provoqués et les morts fœtales) chez les femmes âgées de 15 à 19 ans.

Source de données

Annexe D : Statistique Canada. (2008-10-17). Tableau CANSIM 106-9002, *Issues de la grossesse, selon le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, données annuelles* [Fichier de données].

Taux de mortalité infantile (moins d'un an) (2006)⁶⁰⁴

Le taux de mortalité infantile est le nombre de décès infantiles pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes pendant la même année.

Source de données

Tableau 3,2 : Statistique Canada. (2009-04-27). Tableau CANSIM 102-0507, *Mortalité infantile, selon le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, données annuelles* [Fichier de données].
Annexe D : Statistique Canada. (2009-04-27). Tableau CANSIM 102-0507, *Mortalité infantile, selon le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, données annuelles* [Fichier de données].

Taux de mortalité néonatale (de 0 à 27 jours) (2006)⁶⁰⁴

Le taux de mortalité néonatale est le nombre de morts infantiles qui se produisent au cours des 27 premiers jours de la vie au cours d'une année donnée par 1 000 naissances vivantes cette même année.

Source de données

Tableau 3,2 : Statistique Canada. (2009-04-27). Tableau CANSIM 102-0507, *Mortalité infantile, selon le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données].

Taux de mort subite du nourrisson (MSN) (2005)⁶⁰⁵

Le MSN renvoie au décès soudain et inattendu d'un nourrisson de moins d'un an qui semble en santé. Le taux de MSN est fondé sur le nombre de décès des enfants de moins d'un an pendant l'année, qui sont classés selon les codes R95 de la Classification internationale des maladies.

Source de données

Tableau 3,2 : Statistique Canada. (2007-04-26). Tableau CANSIM 102-0538, *Décès, selon la cause, Chapitre XVIII : Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00 à R99), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, données annuelles* [Fichier de données]; et Agence de la santé publique du Canada. (2006-10-25). [Les analyses ont été faites à l'aide des microdonnées anonymes du DAIS de Santé Canada, tirées du tableau CANSIM 051-0001, *Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles* (personnes sauf indication contraire), établi par Statistique Canada].

Taux de naissances prématurées (2006)⁶⁰⁶

Le taux de naissances prématurées est le nombre de naissances vivantes avant l'âge gestationnel de 37 semaines pour 100 naissances vivantes d'une année.

Source de données

Tableau 3,2 : Statistique Canada. (2008-09-26). Tableau CANSIM 102-4512, *Naissances vivantes, selon les semaines de gestation et le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles* [Fichier de données].

Temps passé devant un écran (moins d'une heure par jour) (2004)¹⁷⁹

Temps passé à regarder la télévision ou des films, à jouer à des jeux vidéos ou à utiliser un ordinateur

Source de données

Tableau 4,1 : Shields, M. (2006). L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. *Rapports sur la santé*, 17(3), 27-42.

Troubles de l'anxiété (2002)^{199, 583}

Les répondants (de 15 ans et plus) qui remplissent les critères des troubles de l'anxiété sont ceux qui ont déclaré avoir vécu, au cours des 12 derniers mois, au moins l'une des expériences suivantes associées aux critères de l'agoraphobie, du trouble panique et de la phobie sociale :

- une attaque de panique;
- une détresse émotionnelle importante durant une attaque de panique;
- la peur ou l'évitement d'une situation sociale ou de performance;
- une détresse clinique importante ou une altération de leur fonctionnement social ou professionnel ou de leur fonctionnement dans d'autres domaines importants;
- de l'anxiété liée au fait de se retrouver dans au moins deux situations ou endroits différents, et où il pourrait être difficile ou gênant de partir et auxquels est associée la peur d'avoir une attaque de panique;
- l'évitement de situations associées à l'agoraphobie, le fait d'avoir vécu des situations de détresse intense ou d'anxiété ou le besoin d'être accompagné par une personne dans certaines situations.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada. (2008). Prévention et contrôle des maladies chroniques, selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007 (Cycle 1.2) de Statistique Canada [Fichier de données].

Troubles liés à la durée de la grossesse et à la croissance du fœtus (2005)¹⁵⁵

Décès liés à la durée de la grossesse et à la croissance du fœtus (CIM-10 P05-P08), y compris, entre autres, à la malnutrition fœtale, au poids extrêmement faible à la naissance et à l'immaturité extrême.

Source de données

Tableau 3,2 : Agence de la santé publique du Canada. (2006-10-25). [Analyses réalisées au moyen de la version du DAIS de Santé Canada de microdonnées anonymes tirées du tableau CANSIM 051-0001 *Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, établi par Statistique Canada]; et Statistique Canada. (2009-03-27). Tableau CANSIM 102-0536 *Décès, selon la cause, Chapitre XVI : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00 à P96), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel* [Fichier de données].

Tumeurs malignes (2004, 2005)⁶⁰⁷

Décès associés à des tumeurs malignes (CIM-10 C00-C97) y compris, entre autres, le cancer des ganglions lymphatiques, du sang, du cerveau et des voies urinaires.

Source de données

Tableau 3,1 : Statistique Canada. (2009-03-26). *Causes de décès chez les enfants de 0 à 11 ans, Canada, par groupe d'âge, 2000 à 2004* [Fichier de données personnalisé]; et Agence de la santé publique du Canada. (2006-10-25). [Les analyses ont été faites à l'aide des microdonnées anonymes du DAIS de Santé Canada, tirées du tableau CANSIM 051-0001, *Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, établi par Statistique Canada]. Annexe D : Statistique Canada. (2009-03-30). Tableau CANSIM 102-0522, *Décès, selon la cause, Chapitre II : Tumeurs (C00 à D48), le groupe d'âge et le sexe, Canada, données annuelles* [Fichier de données]; et Agence de la santé publique du Canada. (2006-10-25). [Les analyses ont été faites à l'aide des microdonnées anonymes du DAIS de Santé Canada, tirées du tableau CANSIM 051-0001, *Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles (personnes sauf indication contraire)*, établi par Statistique Canada].

E Définitions et sources de données des indicateurs

- V -

VIH (2005)³³¹

Le nombre de nouvelles infections au VIH en 2005.

Source de données

Annexe D : Agence de la santé publique du Canada . (2007).
Actualités en épidémiologie sur le VIH/SIDA.

Références

1. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2006-12-06). Projet de loi C-5 : Loi sur l'agence de la santé publique du Canada. LS-523E.
2. LAST, J. M. (2001). A dictionary of epidemiology. (New York: Oxford University Press Inc).
3. GRAHAM, H. et POWER, C. (2004). Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework. (London: Health Development Agency).
4. LAST, J. M. (2007). A Dictionary of Public Health. (New York: Oxford University Press Inc).
5. HERTZMAN, C. et POWER, C. (2003). Health and Human Development: Understandings From Life-Course Research. *Developmental Neuropsychology*, 24(2&3), 719-744.
6. CANADIAN PARTNERSHIP FOR CHILDREN'S HEALTH AND ENVIRONMENT. (2005). Child Health and the Environment - A Primer.
7. WHITEMAN, D. C., WHITEMAN, C. A., et GREEN, A. C. (2001). Childhood sun exposure as a risk factor for melanoma: a systematic review of epidemiologic studies. *Cancer Causes and Control*, 12(1), 69-82.
8. CHILDREN'S ENVIRONMENTAL HEALTH PROJECT. (2000). Long-Latency Carcinogens. Extrait le 20 avril 2009, de <http://www.cape.ca/children/cancer4.html>
9. SISKIND, V., AITKEN, J., GREEN, A., et MARTIN, N. (2002). Sun Exposure and Interaction with Family History in risk of Melanoma, Queensland, Australia. *International Journal of Cancer*, 97(1), 90-95.
10. HERTZMAN, C. (1999). Population Health and Human Development. De D.P.KEATING et C. HERTZMAN (Eds.), *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological, and Educational Dynamics* (pp. 21-40). (New York: Guilford Press).
11. HOLLY, E. A., KELLY, J. W., SHPALL, S. N., et CHIU, S. H. (1987). Number of melanocytic nevi as a major risk factor for malignant melanoma. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 17(3), 459-468.
12. WANNAMETHEE, S. G., WHINCUP, P. H., SHAPER, G., et WALKER, M. (1996). Influence of fathers' social class on cardiovascular disease in middle-aged men. *The Lancet*, 348, 1259-1263.
13. POWER, C., MANOR, O., et MATTHEWS, S. (1999). The duration and timing of exposure: effects of socioeconomic environment on adult health. *American Journal of Public Health*, 89(7), 1059-1065.
14. GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA. (2008). Indicators of Early Childhood Health & Well-Being in British Columbia.
15. ASTHANA, S. et HALLIDAY, J. (2006). What works in tackling health inequalities? Pathways, policies and practice through the lifecourse. (Bristol: The Policy Press).
16. HERTZMAN, C. et POWER, C. (2005). A Life Course Approach to Health and Human Development. De *Healthier Societies: From Analysis to Action* (pp. 83-106). (New York: Oxford University Press).
17. CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE. (2006-02-01). Carnet du savoir : Comment les parents favorisent-ils les débuts de la littératie. Extrait le 15 avril 2009, de <http://www.ccl-cca.ca/CCL/Reports/LessonsInLearning/LiL-1Feb2006.htm?Language=FR>
18. CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE. (2007). Rapport sur l'enseignement au Canada 2007 : État de l'apprentissage au Canada pas le temps de s'illusionner.
19. POWER, C. et HERTZMAN, C. (1999). Health, Well-Being, and Coping Skills. De D.P.KEATING et C. HERTZMAN (Eds.), *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological, and Educational Dynamics* (pp. 41-54). (New York: Guilford Press).
20. TREMBLAY, R. E., MASSE, B., PERRON, D., LEBLANC, M., SCHWARTZMAN, A. E., et LEDINGHAM, J. E. (1992). Early Disruptive Behavior, Poor School Achievement, Delinquent Behavior, and Delinquent Personality: Longitudinal Analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 64-72.
21. GALO BARDES, B., LYNCH, J. W., et SMITH, G. D. (2004). Childhood Socioeconomic Circumstances and Cause-specific Mortality in Adulthood: Systematic Review and Interpretation. *Epidemiologic Reviews*, 26(1), 7-21.
22. FORREST, C. B. et RILEY, A. W. (2004). Childhood Origins of Adult Health: A Basis for Life-Course Health Policy. *Health Affairs*, 23(5), 155-164.
23. LYNCH, J. et DAVEY SMITH, G. (2005). A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology. *Annual Review of Public Health*, 26, 1-35.
24. CONTRA COSTA HEALTH SERVICES, FAMILY, MATERNAL, AND CHILD AND ADOLESCENT HEALTH. (2005). The Life Course Model and Maternal, Child and Adolescent Health: An Overview.

Références

25. MCCAIN, M. et MUSTARD, J. F. (1999). Reversing the Real Brain Drain, Early Years Study, Final Report. (Toronto: Children's Secretariat).
26. LINCOLN, P. (2007). Healthy childhood and a life-course approach to public health. De S.GRIFFITHS et D. J. HUNTER (Eds.), *New Perspectives in Public Health* Second ed., (pp. 149-157). (Oxford: Radcliffe Publishing).
27. CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. (2006). Leur avenir commence maintenant. Des choix sains pour les enfants et les jeunes au Canada. (Toronto : Health Council of Canada).
28. NORES, M., BELFIELD, C. R., BARNETT, W. S., et SCHWEINHART, L. (2005). Updating the Economic Impacts of the High/Scope Perry Preschool Program. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 27(3), 245-261.
29. ROLNICK, A. et GRUNEWALD, R. (2003). Early Childhood Development: Economic Development with High Public Return. *fedgazette*, March 2003, 6-12.
30. BUTLER-JONES, D. (2008). Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé. (Ottawa : Agence de la santé publique).
31. DAVIES, M. (1985). The fruits of their own labour. De E.BERNARD (Ed.), *Working lives: Vancouver, 1886-1986* (pp. 101-102). (Vancouver: New Star Books).
32. MERCIER, M. E. et BOONE, C. G. (2002). Infant mortality in Ottawa, Canada, 1901: Assessing cultural, economic and environmental factors. *Journal of Historical Geography*, 28(4), 486-507.
33. MCINNIS, M. (1990). The Demographic Transition. De D.KERR et D. W. HOLDSWORTH (Eds.), *Historical Atlas of Canada: Volume III: Addressing the Twentieth Century-1891-1961*. (pp. 101-102). (Toronto: University of Toronto Press).
34. BARMAKI, R. (2007). The Bourgeois Order and the 'Normal' Child: The case of Ontario, 1867-1900. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5(3), 263-276.
35. NEFF, C. (2008). Government Approaches to Child Neglect and Mistreatment. *Social History*, 41(81), 165-214.
36. GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO, NICKALLS, J., THOMSON, H. C., MACFARLANE, J., GRANDE-BRETAGNE, et QUÉBEC (PROVINCE) (1831). An Act to provide for the Education of Orphan Children. De *The statutes of the province of Upper Canada [1792-1831]: together with such British Statutes, ordinances of Quebec, and proclamations, as relate to the said province*. (Kingston: Francis M. Hill).
37. GLEASON, M. (2005). From "Disgraceful Carelessness" to "Intelligent Precaution": Accidents and the Public Child in English Canada, 1900-1950. *Journal of Family History*, 30(2), 230-241.
38. MUSÉE MCCORD. (2008). Clefs pour l'histoire : EduWeb. Extrait le 22 juillet 2008, de <http://www.mccord-museum.qc.ca/fr/eduweb/textes/manuels/conditions/>
39. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2006-10-16). L'âge minimum d'admission à l'emploi au Canada. (Analyse de la législation du travail - Affaires internationales et intergouvernementales du travail). Extrait le 28 juillet 2008, de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/travail/legislation_travail/norme_emploi/minage.shtml
40. MUSÉE CANADIEN DES CIVILISATIONS. (2002-07-08). Histoire du mouvement ouvrier au Canada, 1850-1999 : Unissons-nous. Enfants au travail. Extrait le 28 juillet 2008, de <http://www.civilization.ca/cmce/exhibitions/hist/labour/labv16f.shtml>
41. BRADBURY, B. (1982). The Fragmented Family: Family Strategies in the Face of Death, Illness, and Poverty, Montreal, 1860-1893. De J.PARR (Ed.), *Childhood and Family in Canadian History* (pp. 109-128). (McClelland and Stewart Limited).
42. FINKEL, A. (2006). Early Canada: Continuity and Change, 1867-1914. De *Social Policy and Practice in Canada: A History* (pp. 65-93). (Waterloo: Wilfrid Laurier University Press).
43. OREOPOULOS, P. (2005). Législation canadienne de l'école obligatoire et incidence sur les années de scolarité et le futur revenu du travail. (Statistique Canada).
44. OBOMSAWIN, R. (2007). Historical and Scientific Perspectives on the Health of Canada's First Peoples.
45. CREngle, S., REEMANTLE, J., GALLAHER, G., MCAULLAY, D., MCSHANE, K., et TAUALII, M. (2009). *Indigenous Children's Health Report: Health Assessment in Action*.
46. WALDRAM, J. B., HERRING, D. A., et YOUNG, T. K. (1995). *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives*. (University of Toronto Press).
47. AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (1996). Points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones.

48. CANADIAN BROADCASTING CORPORATION. (2003-08-14). A Lost Heritage: Canada's Residential Schools. A New Future. Extrait le 18 août 2008, de CBC Digital Archives Website <http://archives.cbc.ca/society/education/topics/692-4003/>
49. FUNK-UNRAU, N. et SNYDER, A. (2007). Indian residential school survivors and state-designed ADR: A strategy for co-optation? *Conflict Resolution Quarterly*, 24(3), 285-304.
50. ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS. (2007). Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003.
51. CANADIAN BROADCASTING CORPORATION. (2009). Indian residential schools. Extrait le 22 juin 2009, de <http://www.cbc.ca/canada/story/2008/05/16/f-faqs-residential-schools.html>
52. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006). Guide canadien d'immunisation. Septième édition - 2006.
53. BARRETO, L. et RUTTY, C. J. (2002). The Speckled Monster: Canada, Smallpox and its Eradication. *Canadian Journal of Public Health*, 93(4), I1-I20.
54. CRAWFORD, P. R. (1995). Fifty years of fluoridation. *Journal of Canadian Dental Association*, 61(7), 585-588.
55. MUNICIPALITY OF METROPOLITAN TORONTO. (1997). Pipe Dreams. Extrait le 12 mars 2009, de <http://www.toronto.ca/archives/pipedreams/chem.htm>
56. SCRIVER, C. R. (2004). The human genome project will not replace the physician. *Canadian Medical Association Journal*, 171(12), 1461-1464.
57. GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA. (2008-08). Le lait pasteurisé et le lait cru. HealthLinkBC French - Number 03. Extrait le 15 juin 2009, de <http://www.healthlinkbc.ca/healthfiles/bilingua/french/hfile03-F.pdf>
58. LAMPRON, N. (s.d.). Nourrissons, nutrition et santé au 20e siècle à Montréal. Extrait le 31 mars 2009, de http://www.mccord-museum.qc.ca/scripts/explore.php?Lang=2&tableid=11&tablename=theme&elementid=46__true&contentlong
59. UNIVERSITY OF TORONTO. (2005). History of the Department of Paediatrics. Historical Perspectives. Extrait le 24 février 2009, de <http://www.paeds.utoronto.ca/about/history>
60. HICK, S. (1998). Canada's Unique Social History. Social History: Mothers' Allowances. Extrait le 3 mai 2009, de <http://www.socialpolicy.ca/cush/m3/m3-t18.stm>
61. HICK, S. (2008). Canada's Unique Social History. History of Income Security for Children. Extrait le 22 septembre 2008, de <http://www.socialpolicy.ca/slides/history%20of%20income%20security%20for%20children.htm>
62. ELATAWI, H (PRODUCER), TERRILL, S. (DIRECTOR) et GAPC ENTERTAINMENT TELEWERX. (2003). Growing up Canadian: Health. (National Film Board of Canada).
63. MCCOMBIE, F. et GRAY, A. S. (1984). Dental Public Health in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*, 75, 368-369.
64. RICHARDSON, S. (2002). Alberta's Provincial Travelling Clinic, 1924-42. *Canadian Bulletin of Medical History*, 19(1), 245-263.
65. ELATAWI, H (PRODUCER), TERRILL, S. (DIRECTOR) et GAPC ENTERTAINMENT TELEWERX. (2003). Growing up Canadian: Health. (National Film Board of Canada).
66. ABORIGINAL HEALING FOUNDATION. (2007). Misconceptions of Canada's Indian Residential School System. Extrait le 4 mai 2009, de <http://www.ahf.ca/publications/residential-schools-resources>
67. BRYCE, P. H. (1922). The Story of a National Crime. (Ottawa: James Hope & Sons).
68. WALKER, J. (2009). La Commission de vérité et de réconciliation relative aux pensionnats indiens. (Ottawa : Bibliothèque du Parlement).
69. CHARPENTIER, L., DUROCHER, R., LAVILLE, C., et LINTEAU, P. A. (1985). Nouvelle histoire du Québec et du Canada. (Les Éditions du Boréal Express).
70. STATISTIQUE CANADA. (2008-10-22). Tableau B51-58 Mortinaissances et taux de mortalité, décès de moins d'un an et taux de mortalité infantile par sexe, taux de mortalité néonatale et taux de mortalité liée à la maternité, Canada, 1921 à 1974 [Fichier de données] Extrait le 27 janvier 2009, de <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-516-x/sectionb/4147437-fra.htm>
71. STATISTIQUE CANADA. (2008-10-22). Tableau B23-34 Taux moyens de mortalité par âge, les deux sexes, Canada, périodes de cinq ans entre 1921 et 1974 [Fichier de données] Extrait le 9 janvier 2009, de <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-516-x/sectionb/4147437-fra.htm>

Références

72. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007-03-16). Maladies évitables par la vaccination. Extrait le 22 mai 2009, de <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/vpd-mev/index-fra.php>
73. GRAHAM, J., SWIFT, K. J., et DELANEY, R. (2008). *Canadian Social Policy: An Introduction*. (Third edition). (Toronto: Pearsons Educations Canada).
74. SANTÉ CANADA. (2004-10-01). Système de soins de santé Loi canadienne sur la santé. Extrait le 31 mars 2009, de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/overview-aperçu-fra.php>
75. MADORE, O. (2005-05-16). La Loi canadienne sur la santé : Aperçu et options. Extrait le 25 mai 2009, de <http://www.parl.gc.ca/information/library/prbpubs/944-f.htm>
76. BOASE, P., JONAH, B. A., et DAWSON, N. (2004). Occupant restraint use in Canada. *Journal of Safety Research*, 35(2), 223-229.
77. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. (2007). En faisons - nous assez? Un rapport de la situation des politiques publiques canadiennes et de la santé des enfants et des adolescents. (Ottawa).
78. PAN, S. Y., UGNAT, A. M., SEMENCIW, R., DESMEULES, M., MAO, Y., et MACLEOD, M. (2006). Trends in childhood injury mortality in Canada, 1979-2002. *Injury Prevention*, 12(3), 155-160.
79. SÉCURITÉ JEUNES CANADA. (2003). Analyse des blessures non intentionnelles chez les enfants et les adolescents sur une période de dix ans : 1994-2003. Extrait le 9 octobre 2008, de <http://www.safekidscanada.ca/securitejeunescanada/default.asp>
80. SANTÉ CANADA. (1997). Publications Partie III - Rapports sur les plans et les priorités de 1997-1998. (Ottawa : Canada Communications Group - Publishing).
81. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (1999-06-16). À la hauteur : Une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes du Canada : Collisions de véhicules automobiles. Extrait le 31 mars 2009, de http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/meas-haut/mu_x_f.html
82. SANTÉ CANADA. (1996). Vers des progrès décisifs dans la prévention des blessures : Perspective législative sur la prévention des blessures non intentionnelles chez les enfants et les jeunes au Canada.
83. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et BANQUE MONDIALE. (2004). Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation. (Genève).
84. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2003). Évaluation de la fortification en acide folique des produits alimentaires pour la prévention primaire des anomalies du tube neural. Sommaire, 1997-2003.
85. DE WALS, P., TAIROU, F., VAN ALLEN, M. I., UH, S. H., LOWRY, R. B., SIBBALD, B. et al. (2007). Reduction in Neural-Tube Defects after Folic Acid Fortification in Canada. *The New England Journal of Medicine*, 357(2), 135-142.
86. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-04-18). Acide folique et prévention des anomalies du tube neural (ATN). Extrait le 7 mai 2009, de <http://www.phac-aspc.gc.ca/fa-af/fa-af08-fra.php>
87. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2005). Évaluation sommative des prestations parentales de l'assurance-emploi.
88. HUNTER, G. (2006). Child Poverty and the Canadian Welfare State. De A.WESTHUES (Ed.), *Canadian Social Policy: Issues and Perspectives 4th ed.*, (pp. 179-202). (Waterloo: Wilfrid Laurier University Press).
89. PRESTATION NATIONALE POUR ENFANTS. (2007). Prestation nationale pour enfants - Rapport d'étape.
90. NATIONS UNIES. (1989). Convention relative aux droits de l'enfant. Extrait le 2 juin 2009, de <http://www.ohchr.org/FR/Pages/WelcomePage.aspx>
91. NATIONS UNIES DROITS DE L'HOMME. (2002-01-18). Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants. Extrait le 27 juillet 2009, de <http://www2.ohchr.org/french/law/crc-sale.htm>
92. NATIONS UNIES DROITS DE L'HOMME. (2002-02-12). Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés. Extrait le 27 juillet 2009, de <http://www2.ohchr.org/french/law/crc-conflict.htm>
93. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2004). Un Canada digne des enfants.

94. NATIONS UNIES. (2009-08-10). Nations Unies Collection Des Traités - 11. Convention relative aux droits de l'enfant. Extrait le 10 août 2009, de http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsq_no=IV-11&chapter=4&lang=fr&clang=_fr
95. HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME. (1990-11-20). Convention Relative aux Droits de l'enfant. Extrait le 20 mai 2009, de <http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm>
96. SANTÉ CANADA. (2006). Initiatives Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé - Sommaire de l'évaluation Septembre 2006.
97. SANTÉ CANADA. (2005-03-04). Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Extrait le 31 mars 2009, de http://www.hc-sc.gc.ca/fnihah-spnia/famil/develop/ahsor-papa_intro-fra.php
98. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-10-08). Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Extrait le 31 mars 2009, de http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/papa_accueil-fra.php
99. SANTÉ CANADA. (2000-02-28). Plan d'action national pour les enfants : La contribution de Santé Canada. Extrait le 26 mai 2009, de <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/budget/children-enfants-fra.php>
100. GOVERNMENT OF CANADA. (1951). Indian Act. c.29. s.1.
101. RAPTIS, H. (2008). Implementing Integrated Education Policy for On-Reserve Aboriginal Children in British Columbia, 1951-1981. *Historical Studies in Education*, 20(1), 118-146.
102. ABELE, F., DITTBERBER, C., et GRAHAM, K. A. (2000). Towards a Shared Understanding in the Policy Discussion about Aboriginal Education. De M.BRANT CASTELLANO, L. DAVIES, et L. LAHACHE (Eds.), *Aboriginal Education: Fulfilling the Promise* (pp. 3-24). (Vancouver: UBC Press).
103. ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS. (2009). Assemblée des Premières Nations - Histoire. Extrait le 7 mai 2009, de <http://www.afn.ca/article.asp?id=95>
104. AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2008-12-29). Dates historiques entre 1900 et 1980. Extrait le 19 mai 2009, de <http://www.ainc-inac.gc.ca/ach/lr/ks/hst/1900-fra.asp>
105. ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS. (s.d.). Historique des pensionnats indiens. Extrait le 4 mai 2009, de http://www.afn.ca/residentialschools/francais/history_fr.html
106. COMMISSION ROYALE SUR LES PEUPLES AUTOCHTONES. (1996). Rapport de la Commission royale sur les Peuples Autochtones. Extrait le 15 mai 2009, de http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071115211319/http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sgmm_f.html
107. STATISTIQUE CANADA. (2008-07-09). CANSIM Tableau 102-0030 Mortalité infantile, selon le sexe et le poids à la naissance, Canada, provinces et territoires, annuel [Fichier de données] Extrait le 29 décembre 2008, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1020030
108. UNION SOCIALE. (s.d.). Cadre multilatéral pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants. Extrait le 4 février 2009, de http://www.union sociale.gc.ca/ecd-framework_f.htm
109. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2004-03-30). Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), À propos du programme. Extrait le 8 mai 2009, de http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/pace_objectifs-fra.php
110. PRAIRIE RESOURCE ASSOCIATES INC. (2007). Canada Prenatal Nutrition Program: Profile of Participants. Fiscal Year 2004-2005.
111. SÉCURIJEUINES CANADA. (2007-01-27). SécuriJeunes Canada, enthousiasmé par la mesure d'interdiction des marchettes pour bébés prise par le gouvernement. Extrait le 9 décembre 2008, de <http://www.safekidscanada.ca/SKCFORMediaFR/section.asp?s=Media+Releases&sID=11661&ss=2004&ssID=11664&sss=Ban+on+Baby+Walkers&sssID=11666>
112. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2009-01-20). Le plan universel pour la garde d'enfants du Canada. Extrait le 3 décembre 2008, de <http://www.gardedenfants.ca/fra/soutien/index.shtml>
113. AGENCE DU REVENU DU CANADA. (2008-02-26). Crédit d'impôt pour la condition physique des enfants. Extrait le 31 mars 2009, de <http://www.cra-arc.gc.ca/whtsnw/fitness-fra.html>
114. BROWNRIIGG, M. (2006). Recreation in Middle Childhood. An Overview: A literature review prepared for the Middle Childhood Initiative of the National Children's Alliance. (National Children's Alliance).

Références

115. CABINET DU PREMIER MINISTRE. (2008-06-23). Le PM présente des excuses complètes au nom des Canadiens relativement aux pensionnats indiens. Extrait le 27 juillet 2009, de <http://pm.gc.ca/fra/media.asp?id=2146>
116. COMMISSION DE VÉRITÉ ET DE RÉCONCILIATION RELATIVE AUX PENSIONNATS INDIENS. (s.d.). Commission de vérité et de réconciliation relative aux pensionnats indiens. Extrait le 19 juin 2009, de http://www.trc-cvr.ca/about_f.html
117. STATISTIQUE CANADA. (2008-01-11). CANSIM Tableau 102-0506 Mortalité infantile, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel [Fichier de données] Extrait le 25 Mars 2009, de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1020506
118. AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS (2006). Table 46. Infant mortality rates, states and territories, 1901 onwards [Fichier de données] Extrait le 15 avril 2009, de <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/3105.0.65.0012006?OpenDocument>
119. NATIONAL STATISTICS. (2005-02-17). Deaths 1921-2001. Childhood, infant and perinatal mortality: Stillbirth and infant death rates by age at death. [Fichier de données] Extrait le 20 juillet 2009, de <http://www.statistics.gov.uk/STATBASE/xsdataset.asp?vlnk=6668&More=Y>
120. GROVE, R. D. et HETZEL, A. M. (1968). Vital Statistics Rates in the United States, 1940-1960. (Washington, D.C.: U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Public Health Service)
121. LINDER, F. E., GROVE, R. D., et DUNN, H. L. (1947). Vital Statistics Rates in the United States, 1900-1940. (Washington, D.C.: Federal Security Agency. United States Public Health Service. National Office of Vital Statistics)
122. STATISTICS SWEDEN. (2009-02-17). Swedish Population (in one-year groups) 1860-2008 [Fichier de données] Extrait le 16 avril 2009, de http://www.scb.se/Pages/ProductTables_____25809.aspx
123. MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE. (s.d.). Live birth rates, death rates, infant mortality rates, neonatal mortality rates, natural increase rates [Fichier de données] Extrait le 16 avril 2009, de http://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hw/vs_8/vs0.html
124. HUMAN MORTALITY DATABASE. (2008-10-31). Sweden Deaths, 1751-2007, 1x1 [Fichier de données] Extrait le 16 avril 2009, de http://www.mortality.org/hmd/SWE/STATS/Deaths_1x1.txt
125. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de Infant mortality, Deaths per 1,000 live births, 1960 to 2007, préparé par : Organisation de Coopération et de Développement Économiques]
126. HUMAN MORTALITY DATABASE. (2008-09-29). Finland Deaths, 1878-2007, 1x1 [Fichier de données] Extrait le 22 juin 2009, de http://www.mortality.org/hmd/FIN/STATS/Deaths_1x1.txt
127. HUMAN MORTALITY DATABASE. (2008-09-29). Finland Births, 1865-2007, 1-year [Fichier de données] Extrait le 22 juin 2009, de <http://www.mortality.org/hmd/FIN/STATS/Births.txt>
128. STATISTIQUE CANADA. (2008-12-06). Âge (123) et sexe (3) pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires et les régions de tri d'acheminement, Recensement de 2006 - Données intégrales (100 %) [Fichier de données] Extrait le 9 juin 2008, de <http://www12.statcan.ca/francais/census06/data/topics/RetrieveProductTable.cfm?ALEVEL=3&APATH=3&CATNO=97-551-XCB2006010&ETAIL=0&DIM=&DS=99&FL=0&FREE=1&GAL=0&GC=99&GK=NA&GRP=1&IPS=97-551-XCB2006010&METH=0&ORDER=1&PID=88988&PTYPE=88971&RL=0&S=1&ShowAll=No&StartRow=1&SUB=0&Temporal=2006&Theme=66&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>
129. STATISTIQUE CANADA. (2009-02-17). 2006 Census Table - Persons 0-11 years old in private households in occupied private dwellings by age groups, by selected characteristics, for Canada, 2006 Census [Fichier de données personnalisé].
130. AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2009-03-18). 2006 Census - Aboriginal Population aged 0-11 by Area of Residence [Fichier de données personnalisé].
131. STATISTIQUE CANADA. (2009-02-17). 1991 Census Table - Persons 0-11 years old in private households in occupied private dwellings by age groups, by selected characteristics, for Canada, 1991 Census [Fichier de données personnalisé].
132. GOINET, L. (2009). Les membres des Premières nations : divers résultats du Recensement de 2006. *Tendances sociales canadiennes*, Été 2009(87), 54-60.
133. GIONET, L. (2009). Les Métis au Canada : divers résultats du Recensement de 2006. *Tendances sociales canadiennes*, (87), 22-26.
134. STATISTIQUE CANADA. (2008). Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006.

135. STATISTIQUE CANADA. (2008-09-25). CANSIM Table 102-4505 Naissances vivantes, taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge, et indice synthétique de fécondité, Canada, provinces et territoires, annuel [Fichier de données] Extrait le 17 octobre 2008, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1024505
136. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007-11-28). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de CANSIM Table 051-0013 Naissances, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes), préparé par : Statistique Canada]
137. STATISTIQUE CANADA. (2003-08-13). Live births, crude birth rate, age-specific fertility rates, gross reproduction rate and percentage of births in hospital, Canada, 1921 to 1974. Extrait le 27 août 2008, de http://www.statcan.ca/english/freepub/11-516-XIE/sectionb/B1_14.csv
138. STATISTIQUE CANADA. (2006). Rapport sur l'état de la population du Canada, 2001.
139. STATISTIQUE CANADA. (2006). Rapport sur l'état de la population du Canada, 1995.
140. STATISTIQUE CANADA. (2006). Femmes au Canada : Rapport statistique fondé sur le sexe (Cinquième édition).
141. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2006-10-25). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de CANSIM Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire), préparé par : Statistique Canada]
142. STATISTIQUE CANADA. (2003). Peuples autochtones du Canada : un profil démographique (Cinquième édition).
143. STATISTIQUE CANADA. (2008-01-15). Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âge, l'âge médian et le sexe, chiffres de 2006, pour le Canada, les provinces et les territoires - Données-échantillon (20 %) [Fichier de données] Extrait le 8 juin 2009, de <http://www12.statcan.gc.ca/english/census06/data/highlights/Aboriginal/pages/Page.cfm?Lang=F&Geo=PR&Code=01&Table=1&Data=Count&Sex=1&Age=9&StartRec=1&Sort=2&Display=All>
144. STATISTIQUE CANADA. (2009-04-27). CANSIM Tableau 102-0511 Espérance de vie, table de mortalité abrégée, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel (années) [Fichier de données] Extrait le 27 avril 2009, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1020511
145. STATISTIQUE CANADA. (2007-05-17). CANSIM Tableau 102-0121 Espérance de vie en fonction de la santé, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et le groupe de revenu, Canada et provinces, occasionnel (années) [Fichier de données] Extrait le 9 juin 2008, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1020121
146. STATISTIQUE CANADA. (2008-09-25). CANSIM Tableau 102-4512 Naissances vivantes, selon les semaines de gestation et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel [Fichier de données] Extrait le 26 septembre 2008, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1024512
147. STATISTIQUE CANADA. (2008-09-25). CANSIM Tableau 102-4509 Naissances vivantes, selon le poids à la naissance et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel [Fichier de données] Extrait le 26 septembre 2008, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1024509
148. MARTIN, R. P. et DOMBROWSKI, S. C. (2008). Prenatal Exposures: Psychological and Educational Consequences for Children. (New York: Springer Science+Business Media, LLC).
149. STATISTIQUE CANADA. (2008-09-25). CANSIM Tableau 102-4511 Naissances vivantes, indicateurs de poids à la naissance, selon les caractéristiques de la mère et de l'enfant, Canada, annuel (pourcentage sauf indication contraire) [Fichier de données] Extrait le 20 février 2009, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1024511
150. STATISTIQUE CANADA. (2008-09-25). CANSIM Tableau 102-4513 Naissances vivantes, indicateurs des semaines de gestation, selon les caractéristiques de la mère et de l'enfant, Canada, annuel (pourcentage sauf indication contraire) [Fichier de données] Extrait le 20 février 2009, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1024513
151. STATISTIQUE CANADA. (2008-09-25). CANSIM Tableau 102-4515 Naissances vivantes et morts foetales (mortinaissances), selon le type (simple ou multiple), Canada, provinces et territoires, annuel [Fichier de données] Extrait le 20 février 2009, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1024515

Références

152. KIDSHEALTH. (2007-10). Preparing for Multiple Births. Extrait le 17 mai 2009, de http://kidshealth.org/parent/pregnancy_newborn/pregnancy/multiple_births.html
153. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de General demographics, Maternal and infant mortality, Infant mortality, Deaths per 1,000 live births, préparé par : Organisation de Coopération et de Développement Économiques]
154. STATISTIQUE CANADA. (2009-03-27). CANSIM Tableau 102-0537 Décès, selon la cause, Chapitre XVII : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00 à Q99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel [Fichier de données] Extrait le 12 juin 2009, de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020537&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___
155. STATISTIQUE CANADA. (2009-03-27). CANSIM Tableau 102-0536 Décès, selon la cause, Chapitre XVI : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00 à P96), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre) [Fichier de données] Extrait le 12 juin 2009, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020536&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___
156. CANADIAN FOUNDATION FOR THE STUDY OF INFANT DEATHS. (2007). Number of SIDS Deaths in Canada: 1990-2003. Extrait le 21 novembre 2008, de http://www.sidscanada.org/images/Number_of_SIDS_Deaths_in_Canada_1990-2003.pdf
157. STATISTIQUE CANADA. (2009-03-27). CANSIM Tableau 102-0538 Décès, selon la cause, Chapitre XVIII : Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00 à R99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel [Fichier de données] Extrait le 20 janvier 2009, de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020538&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___
158. STATISTIQUE CANADA. (2009-03-26). Causes of death in children 0 to 11 years of age, Canada, by age group, 2000 to 2004 [Fichier de données personnalisé].
159. STATISTIQUE CANADA. (2009-04-27). CANSIM Tableau 102-0540 Décès, selon la cause, Chapitre XX : Causes externes de morbidité et de mortalité (V01 à Y89), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel [Fichier de données] Extrait le 30 mars 2009, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020540&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___
160. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. (2008). La santé des enfants autochtones. Extrait le 19 mars 2009, de <http://www.cps.ca/francais/defensedinterets/autochtones.htm>
161. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2004). Améliorer la santé des Canadiens. (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).
162. UNICEF. (2001). A League Table of Child Deaths by Injury in Rich Nations. (Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre).
163. LEITCH, K. K. (2007). Vers de nouveaux sommets - Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes. (Ottawa : Santé Canada).
164. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). La vie et le souffle : Les maladies respiratoires au Canada.
165. GARNER, R. et KOHEN, D. (2008). Changements dans la prévalence de l'asthme chez les enfants au Canada. *Rapports sur la santé*, 19(2), 45-50.
166. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2008.
167. CANADIAN DIABETES ASSOCIATION. (2009). Children and type 2 diabetes. Extrait le 17 décembre 2008, de <http://www.diabetes.ca/about-diabetes/youth/type2/>
168. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, STATISTIQUE CANADA, et RÉGISTRES DU CANCER DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES. (2008). Statistiques Canadiennes sur le cancer 2009. (Toronto : Société canadienne du cancer).
169. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2006). Supplément - Rapport national sur l'immunisation au Canada, 2006. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 32(S3), 1-44.
170. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2005). Normes nationales pour l'évaluation de la couverture vaccinale : recommandations du réseau canadien des registres d'immunisation. *Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)*, 31(9), 93-96.
171. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). Bureau de la pratique en santé publique, utilisé la base de données sur la morbidité hospitalière (2005) De l'Institut Canadien d'information sur la santé [Fichier de données] Extrait le 12 décembre 2008

172. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). Bureau de la pratique en santé publique, utilisé la base de données sur la morbidité hospitalière (1995) De l'Institut Canadien d'information sur la santé [Fichier de données] Extrait le 19 mai 2009
173. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). Bureau de la pratique en santé publique, utilisé la base de données sur la morbidité hospitalière (2000) De l'Institut Canadien d'information sur la santé [Fichier de données] Extrait le 19 mai 2009
174. LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA. (2009-06-22). Les Traumatismes Crâniens - Ce qu'il faut surveiller. Extrait le 15 juillet 2009, de <http://www.cfpc.ca/French/cfpc/programs/patient%20education/head%20injuries/default.asp?s=1>
175. AUSTRALIAN CENTRE FOR POSTTRAUMATIC MENTAL HEALTH. (s.d.). Trauma and Serious Injury. Extrait le 9 décembre 2008, de http://www.acpmh.unimelb.edu.au/site_resources/factsheets/ACPMH-trauma_serious_injury.pdf
176. AMERICAN ACADEMY OF EXPERTS IN TRAUMATIC STRESS. (s.d.). About Posttraumatic Stress Disorder in Children (PTSD). Extrait le 9 décembre 2008, de <http://www.aaets.org/article147.htm>
177. PSYCH CENTRAL. (2008-09-11). Serious Injury Can Lead to PTSD. Extrait le 9 décembre 2008, de <http://psychcentral.com/news/2008/09/11/serious-injury-can-lead-to-ptsd/2919.html>
178. EMEDICINE. (2008-03-04). Posttraumatic Stress Disorder in Children. Extrait le 9 décembre 2008, de <http://www.emedicine.com/ped/topic3026.htm>
179. SHIELDS, M. (2006). Overweight and obesity among children and youth. *Health Reports*, 17(3), 27-42.
180. VEUGELERS, P. J. et FITZGERALD, A. L. (2005). Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity. *Canadian Medical Association Journal*, 173(6), 607-613.
181. OLIVER, L. N. et HAYES, M. V. (2008). Study: Impact of neighbourhood income on child obesity. *BMC Public Health*, 8(16), 16-25.
182. MERRIFIELD, R. (2007-03). Des enfants en santé : Une question de poids. (Ottawa : Rapport du Comité permanent de la santé).
183. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2006). Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé.
184. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2004). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 2004 (C2.2-W1 SHR), préparé par : Statistique Canada]
185. STATISTIQUE CANADA. (2008). L'Enquête sur les enfants autochtones, 2006 : La famille, la collectivité et la garde des enfants Information sur le numéro.
186. AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2009). Examen du programme aliments-poste, rapport provisoire.
187. GORAN, M. I. (2001). Metabolic precursors and effects of obesity in children: a decade of progress, 1990-1999. *The American Society for Clinical Nutrition*, 73(2), 158-171.
188. PLOURDE, G. (2006). Preventing and managing pediatric obesity. *Canadian Family Physician*, 52(3), 322-328.
189. SALSBERY, P. J. et REAGAN, P. B. (2005). Dynamics of Early Childhood Overweight. *Pediatrics*, 116(6), 1329-1338.
190. LUO, W., MORRISON, H., DE GROH, M., WATERS, C., DESMEULES, M., JONES-MCLEAN, E. et al. (2007). The Burden of Adult Obesity in Canada. *Chronic Disease in Canada*, 27(4), 135-144.
191. JONSSON, S., HEDBLAD, B., NILSSON, P., BURGLUND, G., et JANSON, L. (2002). Influence of Obesity on Cardiovascular Risk. Twenty-three-year follow-up of 22 025 men from an urban Swedish population. *International Journal of Obesity*, 26(8), 1046-1053.
192. SANTÉ CANADA. (2003). Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes.
193. EBBELING, C. B., PAWLAK, D. B., et LUDWIG, D. S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360(9331), 473-482.
194. STRAUSS, R. S. (2000). Childhood Obesity and Self-Esteem. *Pediatrics*, 105(1), e15.
195. KRAHNSTOEVEY DAVISON, K. et LIPPS BIRCH, L. (2001). Weight Status, Parent Reaction, and Self-Concept in Five-Year-Old Girls. *Pediatrics*, 107(1), 46-53.
196. MCCORMICK, S. E. et CLARKE, C. I. (2004). Prevention and management of overweight/obesity in the community. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 29(3), 274-279.
197. ANGOLD, A. et COSTELLO, E. J. (1995). Developmental Epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 17(1), 74-82.

Références

198. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. (2008). Santé mentale. Extrait le 2 janvier 2009, de http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/pdf_24950.htm
199. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2006). Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006.
200. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2001). Rapport sur la santé dans le monde, 2001 - La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. (Genève).
201. KIRBY, M. J. L. et KEON, W. J. (2006). De L'ombre à la lumière La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. (Ottawa : Comité Sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie).
202. KIRBY, M. J. L. et KEON, W. J. (2004-11). Rapport 1 Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada. (Ottawa : Comité Sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie).
203. WADDELL, C., MCEWAN, K., SHEPHERD, C. A., OFFORD, D. R., et HUA, J. M. (2005). A Public Health Strategy to Improve the Mental Health of Canadian Children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 226-233.
204. WADDELL, C., HUA, J. M., GARLAND, O. M., PETERS, R. D., et MCEWAN, K. (2002). Child Psychiatric Epidemiology and Canadian Public Policy-Making: The State of the Science and the Art of the Possible. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(9), 825-832.
205. TREMBLAY, R. E. (2004). Decade of Behavior Distinguished Lecture: Development of Physical Aggression During Infancy. *Infant Mental Health Journal*, 25(5), 399-407.
206. TROUBLES D'APPRENTISSAGE ASSOCIATION CANADIENNE. (2002-01-30). Définition officielle des troubles d'apprentissage. Extrait le 18 mai 2009, de http://www.ldac-taac.ca/Defined/defined_new-f.asp
207. PUTTING A CANADIAN FACE ON LEARNING DISABILITIES (PACFOLD). (2007). National and provincial Data Profiles. Extrait le 18 mai 2009, de <http://www.pacfold.ca/profiles/index.shtml>
208. OUELLETTE-KUNTZ, H., COO, H., YU, C. T., CHUDLEY, A. E., NOONAN, A., BREITENBACH, M. et al. (2006). Prevalence of Pervasive Developmental Disorders in Two Canadian Provinces. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3(3), 164-172.
209. FOMBONNE, E. (2003). Epidemiological Surveys of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: An Update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(4), 365-379.
210. BERTRAND, J., MARS, A., BOYLE, C., BOVE, F., TEARGIN-ALLSOPP, M., et DECOUFLE, P. (2001). Prevalence of Autism in a United States Population: The Brick Township, New Jersey, Investigation. *Pediatrics*, 108(5), 1155-1161.
211. FOMBONNE, E., ZAKARIAN, R., BENNETT, A., MENG, L., et MCLEAN-HEYWOOD, D. (2006). Pervasive Developmental Disorders in Montreal, Quebec, Canada: Prevalence and Links with Immunizations. *Pediatrics*, 118(1), e139-e150.
212. OUELLETTE-KUNTZ, H., COO, H., YU, C. T., CHUDLEY, A. E., NOONAN, A., BREITENBACH, M. et al. (2005). Autism Spectrum Disorders Canadian-American Research Consortium.
213. NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE. (2009-04-24). National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) Autism Information Page. Extrait le 30 avril 2009, de <http://www.ninds.nih.gov/disorders/autism/autism.htm>
214. NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE. (2009-04-24). National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) Asperger Syndrome Information Page. Extrait le 30 avril 2009, de <http://www.ninds.nih.gov/disorders/asperger/asperger.htm>
215. NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE. (2008-06-06). Rett Syndrome Fact Sheet. Extrait le 30 avril 2009, de http://www.ninds.nih.gov/disorders/rett/detail_rett.htm
216. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2003). Les déterminants sociaux de la santé : Les faits (Danemark : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe).
217. OBANDO, P. (2008). Health Care Disparities and the Community. Extrait le 9 décembre 2008, de <http://www.echt.chm.msu.edu/BlockIII/Docs/CoreComp/B3CCHealthCareDisparitiesPPT.pdf>
218. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (2007). Riches de tous nos enfants. Troisième rapport national sur l'état de la population du Québec.
219. COLLIN, C. (2007). Stratégies de réduction de la pauvreté au Royaume-Uni et en Irlande. (Service d'information et de recherche parlementaires).
220. RAPHAEL, D. (2002). Poverty, Income Inequality and Health in Canada. (Toronto: CSJ Foundation for Research and Education).

221. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2008). Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada. (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).
222. LUO, Z.-C., WILKINS, R., et KRAMER, M. S. (2006). Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 174(10), 1415-1421.
223. PHIPPS, S. (2003). Répercussions de la pauvreté sur la santé. (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).
224. SECRETARY OF STATE FOR HEALTH. (2009). The Government's Response to the Health Select Committee Report on Health Inequalities.
225. UNITED NATIONS. (s.d.). What is Poverty. Extrait le 20 mars 2009, de <http://www.unhcr.ch/development/poverty-02.html>
226. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2008). Le faible revenu au Canada de 2000 à 2006 selon la mesure du panier de consommation.
227. STATISTIQUE CANADA. (2009-03-13). Number of children aged 0-11, living in low income (after-tax), Canada [Fichier de données personnalisés].
228. ROSS, D. P. et ROBERTS, P. (1999). Le bien-être de l'enfant et le revenu familial : un nouveau regard au débat sur la pauvreté. (Ottawa : Conseil canadien de développement social).
229. CAMPAIGN 2000. (2008). Rapport 2007 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada.
230. CHEN, W.-H. et CORAK, M. (2005). Innocenti Working Paper 2005-02. Child Poverty and Changes in Child Poverty in Rich Countries since 1990. (Florence, Italie : Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF).
231. UNICEF. (2005). La pauvreté des enfants dans les pays riches 2005. (Florence, Italie : Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF).
232. UNICEF. (2007). Bilan Innocenti 7 - La pauvreté des enfants en perspective : Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches. (Florence, Italie : Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF).
233. YALNIZYAN, A. (2007). Les Riches et Nous : le visage changeant de l'écart croissant au Canada. (Toronto : Centre canadien de politiques alternatives).
234. GROUPE DE TRAVAIL SUR LES DISPARITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ DU COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LA SÉCURITÉ DE LA SANTÉ. (2005). Réduire les disparités en santé - Rôles du secteur de la santé : Orientations et activités stratégiques recommandées.
235. ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE. (1996-11). Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale et Plan d'action du Sommet mondial de l'alimentation. Extrait le 31 janvier 2008, de <http://www.fao.org/DOCREP/003/W3613F/W3613F00.HTM>
236. SANTÉ CANADA. (2007). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 2.2, Nutrition (2004) : Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens.
237. COMITÉ CANADIEN DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE. (2007). Les conditions de logement comme facteurs de risque d'infection tuberculeuse et de tuberculose active.
238. STATISTIQUE CANADA. (2003). Enquête auprès des peuples autochtones de 2001- Premiers résultats : Bien-être de la population autochtone vivant hors réserve.
239. SHAW, M. (2004). Housing and Public Health. *Annual Review of Public Health*, 25(1), 397-418.
240. PIRIIT KANATAMI. (2004). Backgrounder on Inuit and Housing For Discussion at Housing Sectoral Meeting, November 24 and 25th in Ottawa.
241. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. (2009). Série sur le logement selon les données du Recensement de 2006 : Numéro 3 - Qualité, taille et abordabilité du logement au Canada, 1991-2006.
242. EGGERTSON, L. (2008). Investigative report: 1766 boil-water advisories now in place across Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 178(10), 1261-1263.
243. SANTÉ CANADA. (2009-02-06). Giardia et cryptosporidium dans l'eau potable. Extrait le 26 juin 2009, de http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/water-eau/giardia_cryptosporidium-fra.php
244. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2000-06-02). Actualités en bref pour maladies infectieuses. Infection à Escherichia coli O157:H7 : Ontario. Extrait le 26 juin 2009, de <http://www.phac-aspc.gc.ca/bid-bmi/dsd-dsm/nb-ab/2000/nb2200-fra.php>

Références

245. STATISTIQUE CANADA. (2005). Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : milieu familial, revenu et comportement des enfants. *Le Quotidien*, 21 février 2005, 6-9.
246. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2005). Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2003 - Rapport Final.
247. FERGUSSON, D. M. et LYNKEY, M. T. (1997). Physical Punishment/Maltreatment During Childhood and Adjustment in Young Adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 21(7), 617-630.
248. TURNER, H. A., FINKELHOR, D., et ORMROD, R. (2005). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine*, 62(1), 13-27.
249. LE CENTRE NATIONAL D'INFORMATION SUR LA VIOLENCE DANS LA FAMILLE. (1998). Les conséquences de la violence faite aux enfants : Guide de référence à l'intention des professionnels de la santé.
250. KRUG, E. G., DAHLBERG, L. L., MERCY, J. A., ZWI, A. B., et LOZANO, R. (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. (Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé).
251. MUHAJAINI, N. et D'ARCY, C. (1999). Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *Canadian Medical Association Journal*, 160(7), 1007-1111.
252. STEWART, D. E. et CECUTTI, A. (1993). Physical abuse in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 149(9), 1257-1263.
253. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2004-02). Les sévices physiques durant la grossesse. Extrait le 25 mars 2009, de <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/factshts/abuseprg-fra.php>
254. PETERSEN, R., GAZMARARIAN, J., SPITZ, A., ROWLEY, D., GOODWIN, M. M., SALTZMAN, L. E. et al. (1997). Violence and adverse pregnancy outcomes: a review of the literature and directions for further research. *American Journal of Preventive Medicine*, 13(5), 366-373.
255. MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU CANADA. (2008-03-28). Violence envers les enfants : Fiche D'information du Ministère de la Justice du Canada. Extrait le 16 décembre 2008, de <http://www.justice.gc.ca/fra/pi/vf-fv/info-facts/enf-child.html>
256. KESSLER, R. C., DAVIS, C. G., et KENDLER, K. S. (1997). Childhood Adversity and Adult Psychiatric Disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5), 1101-1119.
257. LEITER, J. et JOHNSEN, M. C. (1997). Child Maltreatment and School Performance Declines: An Event-History Analysis. *American Educational Research Journal*, 34(3), 563-589.
258. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2006). Les jeunes de la rue au Canada - Constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003.
259. LE CENTRE NATIONAL D'INFORMATION SUR LA VIOLENCE DANS LA FAMILLE. (2009-01-05). Les jeunes et la violence. Extrait le 2 janvier 2009, de http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/html/nfntsylviolence_e.html
260. ENTENTE FÉDÉRALE-PROVINCIALE-TERRITORIALE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE. (2003). Le Bien-Être des Jeunes Enfants Au Canada : Rapport du Gouvernement du Canada 2003. (Développement des ressources humaines Canada et Santé Canada).
261. EGELAND, B., JACOBVITZ, D., et SROUFE, A. (1988). *Breaking the Cycle of Abuse: How to Move Beyond Your Past to Create an Abuse-Free Future*. (Hoboken: John Wiley & Sons, Inc).
262. CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL. (2006). Le Progrès des enfants et des jeunes au Canada 2006.
263. RÉSEAU ÉDUCATION-MÉDIAS et GOUVERNEMENT DU CANADA. (2001). Jeunes Canadiens dans un monde branché : la perspective des élèves.
264. MISHNA, F., MACFADDEN, R., SAINI, M., et COOK, C. (2007). Prevention and intervention of cyber abuse targeting children and adolescents: A systematic review to evaluate current approaches.
265. MISHNA, F., SAINI, M., et SOLOMON, S. (2009). Ongoing and online: Children and youth's perceptions of cyber bullying. *Children and Youth Services Review*.
266. STATISTIQUE CANADA. (2006). La garde des enfants au Canada.
267. FRIENDLY, M., BEACH, J., FERNS, C., et TURIANO, M. (2007). Early childhood education and care in Canada 2006. (Toronto: Childcare Resource and Research Unit).

268. GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO. (2009-06-18). Sommaire de la preuve mis à jour et annoté Un résumé de : Nous prenons notre avenir à coeur. Extrait le 28 juillet 2008, de http://www.ontario.ca/fr/initiatives/early_learning/ONT06_018935
269. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. (2004). Politique sur les services éducatifs et de garde à l'enfance : Note de présentation du Canada. (Paris).
270. GOELMAN, H., ANDERSON, L., KERSHAW, P., et MORT, J. (2008). Expanding Early Childhood Education and Care Programming: Highlights of a Literature Review, and Public Policy Implications for British Columbia (Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership, University of British Columbia).
271. BEACH, J. et FRIENDLY, M. (2005). Child care fee subsidies in Canada (working document). (Toronto: Childcare Resource and Research Unit, University of Toronto).
272. ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE et HICKS-DELLCREST CENTRE. (2004). À manipuler avec soin : des stratégies pour promouvoir la santé mentale des jeunes enfants fréquentant des services de garde communautaires.
273. UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA et UNITED WAY OF THE LOWER MAINLAND. (2007). Middle Childhood Inside and Out: The Psychological and Social World of Children 9-12. (Burnaby: United Way of the Lower Mainland).
274. UNICEF. (2008). La transition en cours dans la garde et l'éducation de l'enfant : Bilan Innocenti 8. (Florence, Italie : Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF).
275. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 2005 (C3.1 PUB), préparé par : Statistique Canada]
276. STEWART, M. (s.d.). Immigrants and Refugees: Perspectives on Supportive Policies, Programs, and Practices. Eighth International Metropolis Conference. (Vienna, Austria).
277. KIRMAKER, L., GALBAUD DU FORT, G., YOUNG, A., WEINFELD, M., et LASRY, J. C. (1996). Pathways and Barriers to Mental Health Care in an Urban Multicultural Milieu: An Epidemiological and Ethnographic Study. Culture & Mental Health Research Unit Report No. 6 (Part 1).
278. TJEPEKEMA, M. (2002). La santé des Autochtones vivant hors réserve. *Rapports sur la santé*, Rapports sur la santé : supplément (13), 73-88.
279. ONTARIO DENTAL ASSOCIATION. (2008). Oral Health Issues for Ontarians. Tooth Decay in Ontario's Children: An Ounce of Prevention - A Pound of Cure.
280. SOURIRE EN SANTÉ ENFANT HEUREUX MANITOBA. (2004). Prendre Soins des Dents (et la Bouche) Commence dès la Naissance : Nouveaux-nés à six ans.
281. SANTÉ CANADA. (2008). Votre santé et vous : Effets de la santé buccodentaire sur l'état de santé général.
282. THE ONTARIO COALITION OF CAPC AND CPNP, CATHOLIC FAMILY COUNSELLING CENTRE, et CENTRE FOR RESEARCH AND EDUCATION IN HUMAN SERVICES. (2004). Determining Family Dental Health. Family dental health in Ontario: A snapshot of community stories, 2004. Extrait le 19 juin 2009, de <http://individual.utoronto.ca/accessandcare/Lamotey.pdf>
283. JANUS, M., BRINKMAN, S., DUKU, E., HERTZMAN, C., SANTOS, R., SAYERS, M. et al. (2007). The Early Development Instrument: A Population-based Measure for Communities: A Handbook on Development, Properties, and Use. (The Offord Centre for Child Studies).
284. THE OFFORD CENTRE FOR CHILD STUDIES MCMASTER UNIVERSITY. (2006). School Readiness to Learn National SK Cohort Results, Based on the Early Development Instrument Data Collection for Senior Kindergarten Students in Canada, Spring 2006.
285. LLOYD, J. E. V. et HERTZMAN, C. (2009). From Kindergarten readiness to fourth-grade assessment: Longitudinal analysis with linked population data. *Social Science & Medicine*, 68(1), 111-123.
286. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-12-12). Sécurité et santé environnementale. Extrait le 26 juin 2009, de http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/allchildren_touslesenfants/sse_accueil-fra.php
287. CARVER, A., TIMPERIO, A., et CRAWFORD, D. (2008). Playing it safe: The influence of neighbourhood safety on children's physical activity - A review. *Health & Place*, 14(2), 217-227.
288. WEIR, L. A., ETELSON, D., et BRAND, D. A. (2006). Parents' perceptions of neighborhood safety and children's physical activity. *Preventive Medicine*, 43(3), 212-217.

Références

289. LUMENG, J. C., APPUGLIESE, D., CABRAL, H. J., BRADLEY, R. H., et ZUCKERMAN, B. (2006). Neighborhood Safety and Overweight Status in Children. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 160(1), 25-31.
290. CURTIS, L. J., DOOLEY, M. D., et PHIPPS, S. A. (2004). Child well-being and neighbourhood quality: evidence from the Canadian National Longitudinal Survey of Children and Youth. *Social Science & Medicine*, 58(10), 1917-1927.
291. SANTÉ CANADA. (2008-08-26). Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2007 - Tableau 9. Exposition des enfants à la fumée secondaire du tabac à la maison, par province et selon le groupe d'âge, Canada, 2007. Extrait le 26 août 2008, de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2007/ann-table9-fra.php
292. SANTÉ CANADA. (2006). Votre santé et vous : Fumée secondaire.
293. WIGLE, D. T. (2003). *Child Health and the Environment*. (New York: Oxford University Press).
294. COMMITTEE ON THE ASSESSMENT OF ASTHMA AND INDOOR AIR, DIVISION OF HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION, ET INSTITUTE OF MEDICINE (2000). *Clearing the Air: Asthma and Indoor Air Exposure*. (The National Academies Press).
295. WARD, D. J. et AYRES, J. G. (2004). Particulate air pollution and panel studies in children: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(4), e13-e25.
296. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, PUBLIC HEALTH SERVICES, et AGENCY FOR TOXIC SUBSTANCES AND DISEASE REGISTRY. (2007). Toxicological Profile for Lead.
297. SCHNAAS, L., ROTHENBERG, S. J., FLORES, M. F., MARTINEZ, S., HERNANDEZ, C., OSORIO, E. et al. (2006). Reduced Intellectual Development in Children with Prenatal Lead Exposure. *Environmental Health Perspectives*, 114(5), 791-797.
298. DANIELS, J. L., OLSHAN, A. F., et SAVITZ, D. A. (2007). Pesticides and Childhood Cancers. *Environmental Health Perspectives*, 105(10), 1068-1077.
299. DANIELS, J. L., OLSHAN, A. F., TESCHKE, K., HERTZ-PICCIOTTO, I., SAVITZ, D. A., BLATT, J. et al. (2001). Residential Pesticide Exposure and Neuroblastoma. *Epidemiology*, 12(1), 20-27.
300. LINET, M. S., WACHOLDER, S., et ZAHM, S. H. (2003). Interpreting Epidemiologic Research: Lessons from Studies of Childhood Cancer. *Pediatrics*, 112(1), 218-232.
301. ZOAR, S. H. et WARD, M. H. (1998). Pesticides and Childhood Cancers. *Environmental Health Perspectives*, 106(S3), 893-908.
302. SANTÉ CANADA. (2008-02-15). Le mercure présent dans le poisson Consigne de consommation à l'égard du mercure présent dans le poisson : Choisir en toute connaissance de cause. Extrait le 1 mai 2009, de <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/envIRON/mercur/cons-adv-etud-fra.php>
303. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2009-07-09). Le gouvernement du Canada protège les familles par la réglementation du bisphénol A. Extrait le 4 mai 2009, de http://www.chemicalsubstanceschimiques.gc.ca/challenge-defi/bisphenol-a_f.html
304. SANTÉ CANADA. (2008-03-07). Proposition de mesures législatives pour le phtalate de di(2-éthylhexyle) dans le cadre de la Loi sur les produits dangereux. Extrait le 26 juin 2009, de <http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/advisories-avis/info-ind/ethylhexyle-fra.php>
305. SANTÉ CANADA. (2009-06-26). Le gouvernement du Canada agit pour protéger les nouveau-nés et les nourrissons contre les biberons en plastique polycarbonate contenant du bisphénol A. Extrait le 14 juillet 2009, de http://hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2009/2009_106-fra.php
306. SANTÉ CANADA. (2009-06-19). Le Canada agit pour rendre plus sûrs les jouets et articles pour enfant en résine de vinyle. Extrait le 14 juillet 2009, de http://hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2009/2009_96-fra.php
307. DELL, S. et TO, T. (2001). Breastfeeding and Asthma in Young Children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(11), 1261-1265.
308. GILLMAN, M. W., RIFAS-SHIMAN, S. L., CAMARGO JR., C. A., BERKEY, C. S., FRAZIER, A. L., ROCKETT, H. R. H. et al. (2001). Risk of Overweight Among Adolescents Who Were Breastfed as Infants. *The Journal of American Medical Association*, 285(19), 2461-2467.
309. DUFFY, L. C., FADEN, H., WASIELEWSKI, R., WOLF, J., KRSTOFIK, D., et TONAWANDA/WILLIAMSVILLE PEDIATRICS. (1997). Exclusive Breastfeeding Protects Against Bacterial Colonization and Day Care Exposure to Otitis Media. *Journal of American Medical Association*, 100(4), e7-e15.
310. MILLER, W. et MACLEAN, H. (2005). L'allaitement maternel. *Rapports sur la santé*, 16(2), 23-33.

311. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). Tableaux de données - L'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) 2006-2007.
312. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2008 Édition.
313. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE & BOLAND, M. (2009-02). Les pédiatres conseillent de privilégier l'allaitement exclusif pendant six mois. Extrait le 12 mai 2009, de <http://www.cps.ca/francais/enonces/N/AllaitementMar05.htm>
314. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2005). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 2005 (C3.1 SHR), préparé par : Statistique Canada]
315. GREAVES, L., CORMIER, R., DEVRIES, K., BOTTORFF, J., JOHNSON, J., KIRKLAND, S. et al. (2003). Le renoncement au tabac et la grossesse : Un examen des pratiques exemplaires de renoncement au tabac conçues pour les filles et les femmes pendant la grossesse et la période postnatale. (Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health).
316. GAFFIELD, C. (1982). Schooling, the Economy, and Rural Society in Nineteenth-Century Ontario. De J.PARR (Ed.), *Childhood and Family in Canadian History* (pp. 69-92). (Toronto: McClelland and Stewart Limited).
317. SIMCOE MUSKOKA DISTRICT HEALTH UNIT. (s.d.). Smoking During Pregnancy. Extrait le 30 septembre 2008, de http://simcoemuskokahealthstats.org/Topics_Tobacco_Smoking_SmokingPregnancy.aspx
318. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). Le guide pratique d'une grossesse en santé.
319. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2005). Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF).
320. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-03-20). Collecte et communication des données sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF). Extrait le 30 mars 2009, de http://www.phac-aspc.gc.ca/fasd-etcaf/pubs/fs-fi_05-fra.php
321. SANTÉ CANADA. (2000). La connaissance des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse et du syndrome d'alcoolisme foetal : Résultats d'un sondage national.
322. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. (1997). Prévention du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) et des effets de l'alcool sur le foetus (EAF) au Canada. Extrait le 2 octobre 2008, de <http://www.cps.ca/francais/enonces/FN/cps96-01.htm>
323. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2006). Consommation d'alcool et grossesse : Une importante question sociale et de santé publique au Canada.
324. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2006). Enquête sur les expériences de la maternité, 2006 Questionnaire.
325. THE HOSPITAL FOR SICK CHILDREN. (2007-01-11). Neonatal Abstinence Syndrome. Extrait le 19 novembre 2008, de <http://www.aboutkidshealth.ca/Pregnancy/Neonatal-Abstinence-Syndrome.aspx?articleID=9541&categoryID=PG-nh2-09o>
326. LINARES, T., SINGER, L., KIRCHNER, H., SHORT, E., MIN, M., HUSSEY, P. et al. (2006). Mental Health Outcomes of Cocaine-Exposed Children at 6 Years of Age. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(1), 85-97.
327. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). Bref rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2006.
328. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007-09-25). VIH/SIDA Populations à risque. Extrait le 8 mai 2009, de <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/populations-fra.php>
329. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. (2009-04). La syphilis congénitale n'est plus seulement d'intérêt historique. Extrait le 12 mai 2009, de <http://www.cps.ca/francais/enonces/ID/SyphilisCongenitale.htm>
330. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). Mises à jour des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement.
331. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). Actualités en épidémiologie sur le VIH/SIDA.
332. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2003-12-11). Maladies à déclaration obligatoire en direct - Syphilis. Extrait le 25 mars 2009, de http://dsol-smed.phac-aspc.gc.ca/dsol-smed/ndis/diseases/sype_f.html
333. SINGH, A. E., SUTHERLAND, K., LEE, B., ROBINSON, J. L., et WONG, T. (2007). Resurgence of early congenital syphilis in Alberta. *Canadian Medical Association Journal*, 177(1), 33-36.
334. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (1997). Infection à Chlamydia Trachomatis au Canada : Mise à Jour. *Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)*, 23(15), F-1-F-5.

Références

335. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2000). Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales.
336. PELLOWE, C. et PRATT, R. J. (2006). Neonatal conjunctivitis and pneumonia due to chlamydia infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 2(1), 16-17.
337. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-04-22). Guide d'activité physique canadien pour les jeunes et les enfants. Extrait le 12 mai 2009, de http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/enfants_jeunes/jeu_denfant.html
338. GARRIGUET, D. (2006). Vue d'ensemble des habitudes alimentaires des Canadiens. (Statistique Canada).
339. SANTÉ CANADA. (2007-02-05). Guide alimentaire canadien - Quelles quantités d'aliments avez-vous besoin chaque jour? Extrait le 4 mai 2009, de <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/basics-base/quantit-fra.php>
340. CAVADINI, C., SIEGA-RIZ, A. M., et POPKIN, B. M. (2000). US adolescent food intake trends from 1965 to 1996. *Archives of Diseases in Childhood*, 83(1), 18-24.
341. LUDWIG, D. S., PETERSON, K., et GORTMAKER, S. L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *The Lancet*, 357(9255), 505-508.
342. YOUNG, L. R. et NESTLE, M. N. (2002). The Contribution of Expanding Portion Sizes to the US Obesity Epidemic. *American Journal of Public Health*, 92(2), 246-249.
343. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2001-12-18). Améliorer la santé des Autochtones du Canada. Extrait le 5 juin 2009, de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/report-rapport/toward/back/impro-fra.php>
344. LES DIÉTÉTISTES DU CANADA. (2007). Community Food Security: Position of Dietitians of Canada.
345. COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ. (2008). Comblant le fossé en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. (Genève : Organisation mondiale de la santé).
346. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. (s.d.). Historique de la SCHL. Extrait le 9 juin 2009, de <http://www.cmhc.ca/fr/inso/info/hi/index.cfm>
347. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. (2008). Rapport annuel - 2008 Un engagement constant. Des résultats concluants.
348. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. (s.d.). Programmes et aide financière. Extrait le 8 juin 2009, de <http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/co/praifi/index.cfm>
349. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. (s.d.). Initiative en matière de logement abordable. Extrait le 8 juin 2009, de http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/prin/celoab/aifi/aifi_015.cfm
350. AGENCE DU REVENU DU CANADA. (2009-05-07). PFCE : Demande et admissibilité. Extrait le 14 juillet 2009, de http://www.cra-arc.gc.ca/bnfts/cctb/fq_qlfyng-fra.html
351. AGENCE DU REVENU DU CANADA. (2009-03-27). PFRT : Demande et admissibilité. Extrait le 14 juillet 2009, de http://www.cra-arc.gc.ca/bnfts/wtb/fq_qlfyng-fra.html
352. HAY, D. I. (2009). Poverty Reduction Policies and Programs, Canada. (Canadian Council on Social Development).
353. ANDREYCHUK, R. F. J. (2007). Les enfants : des citoyens sans voix, Mise en oeuvre efficace des obligations internationales du Canada relatives aux droits des enfants. (Ottawa : Comité Sénatorial Permanent Des Droits de la Personne).
354. EGGLETON, A. et K. W. J. (2008). Pauvreté, Logement et sans-abrisme : enjeux et options. (Ottawa : Comité Sénatorial Permanent des Affaires Sociales, des Sciences et de la Technologie).
355. FAIRBAIRN, J. et GUSTAFSON, L. J. (2008). Au-delà de l'exode : mettre un terme à la pauvreté rurale. (Ottawa : Comité Sénatorial Permanent de L'Agriculture et des Forêts).
356. CHAMBRE DES COMMUNES. (2009). Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées (HUMA). Extrait le 28 juillet 2009, de <http://www2.parl.gc.ca/CommitteeBusiness/StudiesActivities.aspx?Cmte=HUMA&Language=F&Mode=1&Parl=40&Ses=2>
357. GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO. (2008). Rompre le cycle : Stratégie de réduction de la pauvreté de l'Ontario.
358. GOVERNMENT OFFICES OF SWEDEN. (2008). Sweden's Strategy Report for Social Protection and Social Inclusion 2008-2010.

359. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (2007). Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2004-2009, Bilan de la troisième année.
360. COLLIN, C. (2007). Stratégies de réduction de la pauvreté au Québec et à Terre-Neuve-et-Labrador. (Service d'information et de recherche parlementaires).
361. ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS. (2007). De la pauvreté à la prospérité : des occasions d'investir dans les Premières nations.
362. LUNDBERG, O., ABERG YNGWE, M., KOLEGARD STJARNE, M., BJORK, L., et FRITZELL, J. (2008). The Nordic Experience: Welfare States and Public Health (NEWS). (Stockholm, Sweden: Centre for Health Equity Studies).
363. STATISTIQUE CANADA. (2008). Le revenu au Canada 2006.
364. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. (2008). La base de données de l'OCDE sur la famille - C08 Pauvreté chez les enfants.
365. THE CONFERENCE BOARD OF CANADA. (2009). Society - Child Poverty. Extrait le 27 mai 2009, de <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/society/child-poverty.aspx>
366. HIRSCH, D. (2009). Ending child poverty in a changing economy. (Joseph Rowntree Foundation).
367. IRWIN, L., SIDDIQI, A., et HERTZMAN, C. (2007). Early Childhood Development: A Powerful Equalizer. Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health.
368. COMMITTEE ON INTEGRATING THE SCIENCE OF EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT (2000). From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. (Washington, D.C.: National Academy Press).
369. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. (2006). Petite enfance, grands défis II : Éducation et structures d'accueil.
370. GOUVERNEMENT DU MANITOBA. (s.d.). Enfants en santé Manitoba, Assurer un bon départ dans la vie aux enfants et aux jeunes de notre province.
371. SURE START. (2009-06-18). Sure Start Children's Centres. Extrait le 31 mars 2009, de <http://www.surestart.gov.uk/aboutsurestart/about/thesurestartprogramme2/>
372. ENFANTS EN SANTÉ MANITOBA. (2000). Investir dans notre avenir.
373. PASCAL, C. E. (2009). Dans l'optique de notre meilleur avenir : Rapport présenté au premier ministre par le conseiller spécial en apprentissage préscolaire. (Gouvernement d'Ontario).
374. TOUGAS, J. (2002). La restructuration des services éducatifs et de garde à l'enfance au Québec : Les cinq premières années. (Childcare Resource and Research Unit, Centre for Urban and Community Studies, Université de Toronto).
375. FAMILLE ET AÎNÉS QUÉBEC. (2007). Services gratuits pour les personnes à faible revenu. Extrait le 11 février 2009, de <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/parents/programme-contribution-reduite/services-gratuits/Pages/index.aspx>
376. FAMILLE ET AÎNÉS QUÉBEC. (2007). Des services de garde accessibles aux enfants handicapés. Extrait le 11 février 2009, de <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/parents/services-programmes-specialises/enfants-handicapes/Pages/index.aspx>
377. FAMILLE ET AÎNÉS QUÉBEC. (2007). Services offerts. Extrait le 11 février 2009, de <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/parents/programme-contribution-reduite/services-offerts/Pages/index.aspx>
378. CLEVELAND, G. (2007). Coûts et bénéfices des services de garde au Québec. Au Congrès du ACFAS Trois-Rivières, Québec.
379. LEFEBVRE, P. (2004-03). Quebec's Innovative Early Childhood Education and Care Policy and Its Weaknesses. *Policy Options/Options Politiques*, 25, 52-57.
380. MELHUISH, E., BELSKY, J., et LEYLAND, A. (2005). Early Impacts of Sure Start Local Programmes on Children and Families. National Evaluation Report, Report 13.
381. SURE START. (s.d.). Frequently asked questions. Extrait le 13 mars 2009, de <http://www.surestart.gov.uk/faqs/>
382. SURE START. (2009-05-04). Sure Start Children's Centres - What are Sure Start Children's Centres. Extrait le 13 mars 2009, de <http://www.surestart.gov.uk/surestartservices/settings/surestartchildrenscentres/>

Références

383. MCCAIN, M. N., MUSTARD, J. F., et SHANKER, S. (2007). *Early Years Study 2: Putting Science into Action*. (Toronto: Council for Early Child Development).
384. GRUNEWALD, R. et ROLNICK, A. (2006). *A Proposal for Achieving High Returns on Early Childhood Development*. (Washington D.C.: Federal Reserve Bank of Minneapolis).
385. HIGH/SCOPE EDUCATIONAL RESEARCH FOUNDATION. (2009). *High/Scope Perry Preschool Study*. Extrait le 31 mars 2009, de <http://www.highscope.org/Content.asp?ContentId=219>
386. SCHWEINHART, L. J. (s.d.). *The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40: Summary, Conclusions and Frequently Asked Questions*. (Michigan: High/Scope).
387. HIGHSOPE. (2009-03-12). *Historical Narrative*. Extrait le 14 juillet 2009, de <http://www.highscope.org/Content.asp?ContentId=232>
388. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2009-01-20). *Le Plan universel pour la garde d'enfants offre du soutien*. Extrait le 14 juillet 2009, de <http://www.gardedenfants.ca/fra/soutien/index.shtml#il>
389. AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2008-11-03). *Programme des services à l'enfance et à la famille des Premières nations*. Extrait le 28 juillet 2009, de <http://www.ainc-inac.gc.ca/hb/sp/fncf/index-fra.asp>
390. CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA. (2005-01-03). *Évaluation du Programme d'établissement et d'adaptation des immigrants (PEAI)*. Extrait le 28 juillet 2009, de <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/evaluation/peai/intro.asp>
391. CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA. (2009-04-24). *Le gouvernement du Canada aide les familles d'immigrants à l'Hospital for Sick Children de Toronto*. Extrait le 28 juillet 2009, de <http://www.cic.gc.ca/francais/ministere/media/communiques/2009/2009-04-24.asp>
392. MARSHALL, K. (2003). *L'avantage du congé parental prolongé. L'emploi et le revenu en perspective*. *L'édition en ligne*, 4(3), 5-11.
393. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2009-07-14). *Indicateurs de mieux-être au Canada*. Extrait le 13 janvier 2009, de <http://www4.rhdsc.gc.ca/h.4m.2@-fra.jsp>
394. SANTÉ CANADA. (2003). *Grandir avec le PACE*.
395. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2004-03-30). *Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)*. Extrait le 30 mars 2009, de http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/pace_objectifs-fra.php
396. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). *Évaluation formative pour le Programme d'action communautaire pour les enfants*.
397. BOYLE, M. H. et WILLMS, J. D. (2002). *Impact Evaluation of a National, Community-Based Program for At-Risk Children in Canada*. *Canadian Public Policy - Analyse de Politiques*, 28(3), 461-481.
398. SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS, DES INUITS ET DES AUTOCHTONES. (Communication personnelle sur la Aboriginal Head Start Program, 25 juin 2009).
399. INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON THE SOCIAL DETERMINANTS OF INDIGENOUS HEALTH. (2007). *Social determinants and Indigenous health: The International experience and its policy implications*. Extrait le 14 mai 2009, de http://www.who.int/social_determinants/resources/indigenous_health_adelaide_report_07.pdf
400. BLACKSTOCK, C., TROCMÉ, N., et BENNETT, M. (2004). *Child Maltreatment Investigations among Aboriginal and non-Aboriginal Families in Canada*. *Violence Against Women*, 10(8), 1-16.
401. COMMISSION ROYALE SUR LES PEUPLES AUTOCHTONES. (1996). *À l'aube d'un rapprochement : Points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*.
402. ABORIGINAL HEALING AND WELLNESS STRATEGY. (2004). *Aboriginal Healthy Babies Healthy Children Program*. Extrait le 20 mars 2009, de http://www.ahwsontario.ca/programs/ahbhc/ahbhc_top.html
403. ARC APPLIED RESEARCH CONSULTANTS & UNIVERSITY OF GUELPH. (2005). *Healthy Babies, Healthy Children Report Card: 2000-2002*.
404. NATIONAL HEAD START ASSOCIATION. (2009). *About the National Head Start Association*. Extrait le 30 décembre 2008, de http://www.nhsa.org/about_nhsa
405. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. (2002). *Early Head Start Research. Making a Difference in the Lives of Infants and Toddlers and their Families: The impacts of Early Head Start*.
406. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2004-02-06). *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones - Aperçu du programme*. Extrait le 26 janvier 2009, de http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/papa_apercu-fra.php

407. DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, et AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2005). Activités et dépenses relatives au développement de la petite enfance, Activités et dépenses relatives à l'apprentissage et à la garde des jeunes enfants. Rapports 2003-2004 du gouvernement du Canada.
408. AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2008). Première nation d'Eel Ground. Extrait le 20 mars 2009, de <http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/ss/eeg/index-fra.asp>
409. DUPLESSIE, C. (2005-02). ICT Integration - Technology in the Classroom: Creating Creative Problem Solvers. Extrait le 15 juin 2009, de <http://www.eelgroundschool.ca/dreamcatching/pbl.html>
410. EEL GROUND SCHOOL. (2009). Eel Ground School - Culture, Tradition, Technology. Extrait le 15 juin 2009, de <http://www.eelgroundschool.ca/>
411. LE CONSORTIUM CONJOINT POUR LES ÉCOLES EN SANTÉ. (2009). Qu'est-ce que l'approche globale de la santé en milieu scolaire? Extrait le 16 mars 2009, de http://french.jcsh-cces.ca/jcsh/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=37
412. JOINT CONSORTIUM FOR SCHOOL HEALTH. (2009). Joint Consortium for School Health (JCSH) - Governments Working Across the Health and Education Sectors. Extrait le 28 juillet 2009, de <http://www.jcsh-cces.ca/upload/About%20the%20Consortium.pdf>
413. CITY OF CALGARY. (2008-10-14). 3-6 p.m.: critical hours for youth. Extrait le 10 juin 2009, de http://www.calgary.ca/portal/server.pt/gateway/PTARGS_0_0_104_0_0_35/http%3B/content.calgary.ca/CCA/City+Hall/Business+Units/Custom+er+Service+and+Communication+s/What+We+Do/Corporate+Communications/CityTalk+eNews/Archives/October+14+2008/3+to+6+p.m.+critical+hours+for+youth.htm
414. JEUNES EN FORME CANADA. (2009). Bulletin de l'activité physique chez les jeunes, 2009.
415. AUSTRALIAN SPORTS COMMISSION. (2008). Helping Kids and Communities get Active: An interim report of the evaluation of the Australian Sports Commission's Active After-school Communities program 2005-2007. Extrait le 10 juin 2009, de http://www.ausport.gov.au/participating/schools_and_juniors/aasc/about/research_and_evaluation
416. TODAY'S PARENT. (2009). Healthy Kids. Extrait le 10 juin 2009, de http://www.todayparent.com/healthykids/article.jsp?content=20090224_163504_880&page=1
417. SANTÉ CANADA. (2002). Rapport de l'an cinq sur l'Initiative de lutte contre la violence familiale.
418. KNOKE, D., TROCME, N., MACLAURIN, B., et FALLON, B. (2009). Reliability of the Canadian Incidence Study Data Collection Instrument. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 23(1), 87-112.
419. ROOTS OF EMPATHY. Roots of Empathy: About Our Program. Extrait le 17 décembre 2008, de <http://www.rootsofempathy.org/ProgDesc.html>
420. TREMBLAY, R. E., NAGIN, D. S., SÉGUIN, J. R., ZOCCOLILLO, M., ZELAZO, P. D., BOIVIN, M. et al. (2005). Physical Aggression During Early Childhood: Trajectories and Predictors. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14(1), 3-9.
421. TREMBLAY, R. E. (2000). The Origins of Youth Violence. *Canadian Journal of Policy Research*, 1(2), 19-24.
422. BUTCHART, A., PHINNEY HARVEY, A., MIAN, M., FÜRNISS, T., et KAHANE, T. (2006). Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence. (Geneva: World Health Organization).
423. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2006-10-11). How can violence against children be prevented? Extrait le 6 octobre 2008, de <http://www.who.int/features/qa/44/en/index.html>
424. ROOTS OF EMPATHY. (2008). Roots of Empathy: A Summary of Research Studies Conducted 2000-2007.
425. ZWI, K. J., WOOLFENDEN, S. R., WHEELER, D. M., O'BRIEN, T. A., TAIT, P., et WILLIAMS, K. W. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7-18-2007, Issue 3. Art. No.: CD004380. DOI: 10.1002/14651858.CD004380.pub2.
426. FINKELHOR, D. (2007). Prevention of Sexual Abuse Through Educational Programs Directed Toward Children. *Pediatrics*, 120, 640-645.
427. GIBSON, L. E. et LEITENBERG, H. (2000). Child Sexual Abuse Prevention Programs: Do They Decrease The Occurrence Of Child Sexual Abuse? *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1115-1125.
428. TREMBLAY, R. E. et CRAIG, W. M. (1995). Developmental Crime Prevention. *Crime and Justice: A Review of Research*, 19, 151-236.
429. GEERAERT, L., VAN DEN NOORTGATE, W., GRIETENS, H., & ONGHENA, P. (2004). The Effects of Early Prevention Programs for Families with Young Children at Risk for Physical Child Abuse and Neglect: A Meta-Analysis. *Child Maltreatment*, 9(3), 277-291.

Références

430. ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION et GOODMAN, A. (2006). The Story of David Olds and the Nurse Home Visiting Program: Grant Results Special Report.
431. AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2008-11-03). Programme pour la prévention de la violence familiale. Extrait le 28 juillet 2009, de <http://www.ainc-inac.gc.ca/hb/sp/fvp-fra.asp>
432. GOUGH, P. (2006). Garde intrafamiliale. Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants.
433. WRIGHT, A., HIEBERT-MURPHY D., MIRWALDT, J., et MUSWAGGON, G. (2006). Facteurs contribuant à l'obtention de résultats positifs dans le cadre du programme de prise en charge par la parenté de l'Agence Awasis dans la nation crie de Pimicikamak. (Manitoba : Centre d'excellence pour la protection de l'enfant, Santé Canada).
434. RUBIN, D. M., DOWNES, K. J., O'REILLEY, A. L. R., MEKONNEN, R., LUAN, X., et LOCALIO, R. (2008). Impact of Kinship Care on Behavioral Well-being for Children in Out-of-Home Care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(6), 550-556.
435. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2006). Ce que nous avons appris : Campagnes de sensibilisation canadiennes importantes à l'égard de l'ETCAF.
436. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. (2004). Substance abuse treatment and care for women.
437. HERZIG, K., DANLEY, D., JACKSON, R., PETERSEN, R., CHAMBERLAIN, L., et GERBERT, B. (2006). Seizing the 9-month moment: Addressing behavioural risks in prenatal patients. *Patient Education and Counselling*, 61(2), 228-235.
438. HEAMAN, M., GREEN, C., NEWBURN-COOK, C., ELLIOTT, L., et HELEWA, M. (2003). Social Inequalities in Use of Prenatal Care in Manitoba. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 29(10), 806-816.
439. MUSTARD, C. et ROOS, N. (1994). The Relationship of Prenatal Care and Pregnancy Complications to Birthweight in Winnipeg, Canada. *The American Journal of Public Health*, 84(9), 1450-1457.
440. MELNIKOW, J. et ALEMAGO, S. (1993). Adequacy of prenatal care among inner-city women. *Journal of Family Practice*, 37(6), 575-578.
441. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. (2004). Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned. (New York: United Nations).
442. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). Programme canadien de nutrition prénatale, Une décennie de promotion de la santé des mères, des bébés et des communautés.
443. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2002-09-02). Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) - Qu'est-ce que le PCNP? Extrait le 28 juillet 2009, de http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/pcnp_objectifs-fra.php
444. SANTÉ CANADA. (2007). Santé des Premières nations et des Inuits - Recueil des programmes.
445. POOLE, N. (2000). Evaluation Report of the SHEWAY Project for High-Risk Pregnant and Parenting Women. (British Columbia Centre of Excellence for Women's Health).
446. POOLE, N. et ISSAC, B. (2001). Apprehensions, Barriers to Treatment for Substance-Using Mothers. (British Columbia Centre of Excellence for Women's Health).
447. JESSUP, M. A., HUMPHREYS, J. C., BRINDIS, C. D., et LEE, K. A. (2003). Extrinsic Barriers to Substance Abuse Treatment Among Pregnant Drug Dependant Women. *Journal of Drug Issues*, 33(2), 285-304.
448. VANCOUVER NATIVE HEALTH SOCIETY. (2007-07-11). SHEWAY Overview. Extrait le 30 septembre 2008, de http://www.vnhs.net/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=56
449. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2004-03-11). Système canadien de surveillance périnatale - Aperçu. Extrait le 25 juillet 2009, de <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/overview-aperçu-fra.php>
450. WALMSLEY, S. (2003). Opt in or opt out: What is optimal for prenatal screening for HIV infection? *Canadian Medical Association Journal*, 168(6), 707-708.
451. PATRICK, D. M., MONEY, D. M., FORBES, J., DOBSON, S. R. M., REKART, M. L., COOK, D. A. et al. (1998). Routine prenatal screening for HIV in a low-prevalence setting. *Canadian Medical Association Journal*, 159(8), 942-947.
452. WOLFF, T., SHELTON, E., SESSIONS, C., et MILLER, T. (2009). Screening for Syphilis Infection in Pregnant Women: Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 150(10), 710-716.
453. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement.

454. HASLAM, C. (2000). A targeted approach to reducing maternal smoking. *British Journal of General Practice*, 50(457), 661-669.
455. ARMSTRONG, M., OSEJO, V., LIEBERMAN, L., CARPENTER, D., PANTOJA, P., et ESCOBAR, G. (2003). Perinatal Substance Abuse Intervention in Obstetric Clinics Decreases Adverse Neonatal Outcomes. *Journal of Perinatology*, 23(1), 3-9.
456. SANTÉ CANADA. (2005). Connaissances et attitudes des professionnels des soins de la santé en matière de syndrome d'alcoolisation foetale : Résultats d'une enquête nationale. (Allium Consulting Group Inc).
457. HULSE, G., MILNE, E., ENGLISH, D., et HOLMAN, C. (1997). The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight. *Addiction*, 92(11), 1571-1580.
458. BRITISH COLUMBIA WOMEN'S HOSPITAL AND HEALTH CENTRE. (2009). Substance Use and Pregnancy. Extrait le 27 janvier 2009, de <http://www.bcwomens.ca/Services/PregnancyBirthNewborns/HospitalCare/SubstanceUsePregnancy.htm>
459. KIRBY, M. J. L. et KEON, W. J. (2004). Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie. (Ottawa : Comité Sénatorial Permanent des Affaires Sociales, des Sciences et de la Technologie).
460. MCEWAN, K., WADDELL, C., et BARKER, J. (2007). Bringing children's mental health "out of the shadows". *Canadian Medical Association Journal*, 176(4), 471-472.
461. KIRBY, M. (2007-05-17). Children's Mental Health is Everybody's Business. An Address to the Empire Club. (Toronto).
462. KINARK CHILD AND FAMILY SERVICES. (2007-05-02). Study shows children's mental health still taboo in Canada. Extrait le 29 juillet 2009, de <http://www.kinark.on.ca/news/news02StudyMediaRelease.aspx>
463. MARTIN, N. et JOHNSTON, V. (2007). Passons à l'action : lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Rapport à la Commission de la santé mentale du Canada.
464. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (2009). Initiative anti-stigmate. Extrait le 23 janvier 2009, de http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/Campagneanti_stigmate.aspx
465. MARTIN, N. (2009). International Anti-Stigma Initiatives. Extrait le 6 avril 2009, de http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key_Documents/en/2008/AppendixA.pdf
466. MERRY, S., MCDOWELL, H., HETRICKI, S., BIR, J., et MULLER, N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD003380. DOI: 10.1002/14651858.CD003380.pub2.
467. PARTIR D'UN BON PAS POUR UN AVENIR MEILLEUR. (2008). Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur. Extrait le 13 novembre 2008, de http://www.betterbeginnings.ca/French_main.htm
468. PARTIR D'UN BON PAS POUR UN AVENIR MEILLEUR. (s.d.). Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur, Un projet d'envergure sur le développement de la petite enfance centré sur la communauté. Extrait le 16 décembre 2008, de http://bbbf.queensu.ca/pdfs/Better_Beginnings_Brochure.pdf
469. PETERS, R. D., PETRUNKA, K., et ARNOLD, R. (2003). The Better Beginnings, Better Futures Project: A Universal, Comprehensive, Community-Based Prevention Approach for Primary School Children and Their Families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(2), 215-227.
470. ROCHE, J., PETRUNKA, K., et PETERS, R. D. (2008). Investir dans notre avenir : Faits saillants des résultats de la recherche menée auprès des élèves de la 9e année. Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur. (Kingston, Ontario : Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur, L'unité de coordination de la recherche).
471. BARANKIN, T. et KHANLOU, N. (2007). Growing up Resilient: Ways to Build Resilience in Children and Youth. (Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale).
472. WERNER, E. (2005). Resilience and recovery: Findings from the Kauai Longitudinal Study. *Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, 19(1), 11-14.
473. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 2007 (C4.1 SHR), préparé par : Statistique Canada]

Références

474. ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. (2008-09-24). Nécessité d'un engagement du gouvernement fédéral pour la création d'un système de soins de santé mentale. Extrait le 17 octobre 2008, de http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=6-20-21-2226-2441&lang=2
475. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (2009). À propos de la Commission. Extrait le 23 janvier 2009, de <http://www.mentalhealthcommission.ca/Français/Pages/default.aspx>
476. AUSTRALIAN GOVERNMENT. (2008-07-21). New Early Intervention Services for Parents, Children and Young People. Extrait le 24 mars 2009, de <http://www.health.gov.au/internet/mentalhealth/publishing.nsf/Content/early-intervention-1>
477. COUNCIL OF AUSTRALIAN GOVERNMENTS. (2006). National Action Plan on Mental Health 2006-2011.
478. FLINDERS UNIVERSITY et UNIVERSITY OF SOUTH AUSTRALIA (DEPARTMENT OF EDUCATION AND CHILDREN'S SERVICES SOUTH AUSTRALIA). (2009). Evaluation Kids Matter, Progress Report.
479. KIDSMATTER. (s.d.). Pilot Evaluation: About the KidsMatter Primary trial and evaluation. Extrait le 13 mai 2009, de Australian Psychological Society <http://www.kidsmatter.edu.au/evaluation/>
480. AUSTRALIAN GOVERNMENT. (2009). KidsMatter Early Childhood: Welcome to KidsMatter Early Childhood. Extrait le 24 juillet 2009, de <http://www.kidsmatter.edu.au/kmec/>
481. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2003). Global strategy on diet, physical activity and health - Obesity and overweight. Extrait le 3 novembre 2008, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>
482. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2003). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. (Geneva, Switzerland).
483. TREMBLAY, M. S. et WILLMS, J. D. (2000). Secular trends in the body mass index of Canadian children. *Canadian Medical Association Journal*, 163(11), 1429-1433.
484. TREMBLAY, M. S., KATZMARZYK, P. T., et WILLMS, J. D. (2002). Temporal trends in obesity in Canada, 1981-1996. *International Journal of Obesity*, 26(4), 538-543.
485. NICKLAS, T. et JOHNSON, R. (2004). Position of the American Dietetic Association: Dietary Guidance for Healthy Children Ages 2 to 11 Years. *Journal of the American Dietetic Association*, 4 (104), 660-677.
486. CLÉMENT, K. et FERRE, P. (2003). Genetics and the Pathophysiology of Obesity. *Pediatric Research*, 53(5), 721-725.
487. PERUSSE, L. et BOUCHARD, C. (2000). Gene-diet interactions in obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 72(5), 1285s-1290s.
488. BOUCHARD, C. (1991). Current understanding of the etiology of obesity: genetic and nongenetic factors. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 1561s-1565s.
489. FRUMKIN, H. (2002). Urban Sprawl and Public Health. *Public Health Reports*, 117, 201-217.
490. JACKSON, R. J., KOCHTITZKY, C., et CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (s.d.). Creating a Healthy Environment: The Impact of the Built Environment on Public Health. Sprawl Watch Clearinghouse Monograph Series. Extrait le 17 juin 2009, de Washington, D.C.: Sprawl Watch Clearinghouse <http://www.sprawlwatch.org/health.pdf>
491. SANTÉ CANADA. (2007-12-20). Bien manger avec le Guide alimentaire canadien. Extrait le 26 novembre 2008, de <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php>
492. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007-12-03). Guide familial d'activité physique canadien pour les enfants du Canada. Extrait le 26 novembre 2008, de http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/enfants_jeunes/ressource.html
493. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-05-23). Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux veulent promouvoir l'activité sportive chez les Autochtones, établir des objectifs d'activité physique pour les enfants et les jeunes et encourager les actions pour réduire la violence dans les sports. Extrait le 28 janvier 2009, de http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2008/2008_09-fra.php
494. JEUNES EN FORME CANADA. (2009). The Active Healthy Kids Canada: Report Card on Physical Activity for Children and Youth.
495. CONSUMERS INTERNATIONAL et INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY-INTERNATIONAL OBESITY TASKFORCE. (2008). Recommendations for an International Code on Marketing of Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children.
496. L'ASSOCIATION CANADIENNE DES RADIODIFFUSEURS et LES NORMES CANADIENNES DE LA PUBLICITÉ. (2007-04). Le Code de la publicité radiotélévisée destinée aux enfants. Extrait le 12 mai 2009, de <http://www.adstandards.com/fr/clearance/childrens/broadcastCodeForAdvertisingToChildren.aspx>

497. LES NORMES CANADIENNES DE LA PUBLICITÉ. (2007-11). Le Code canadien des normes de la publicité, L'autoréglementation de la publicité au Canada. Extrait le 1 juin 2009, de Les normes de la publicité <http://www.adstandards.com/fr/Standards/canCodeOfAdStandards.aspx>
498. LES NORMES CANADIENNES DE LA PUBLICITÉ, ASSOCIATION CANADIENNE DES ANNONCEURS, ASSOCIATION CANADIENNE DES RADIODIFFUSEURS, CONCERNED CHILDREN'S ADVERTISERS, et L'INSTITUT DES COMMUNICATIONS ET DE LA PUBLICITÉ. (2006). La publicité destinée aux enfants au Canada : Guide de référence.
499. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (2009-02-11). L.R.Q., chapitre P-40.1 : Loi sur la protection du consommateur (Québec). Extrait le 16 février 2009, de http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_40_1/P40_1.html
500. SULTAN, R. (2006-11-26). A Strategy for Combatting Childhood Obesity and Physical Inactivity in British Columbia. (Victoria: Select Standing Committee on Health et Legislative Assembly of British Columbia).
501. JACOBSON, M. F. et BROWNELL, K. D. (2000). Small Taxes on Soft Drinks and Snack Foods to Promote Health. *American Journal of Public Health*, 90(6), 854-857.
502. FONDATION DES MALADIES DU COEUR DU CANADA. (2007). L'allègement du fardeau des maladies du coeur et des AVC.
503. KILBORN, P. T. (1993-03-24). Soft-Drink Industry Is Fighting Back Over New Taxes. (The New York Times).
504. CARAHER, M. et COWBURN, G. (2005). Taxing food: implications for public health nutrition. *Public Health Nutrition*, 8(8), 1242-1249.
505. LEICESTER, A. et WINDMEIJER, F. (2008). The 'Fat Tax': Economic Incentives to Reduce Obesity. (Institute for Fiscal Studies).
506. CASH, S. B., SUNDING, D. L., et ZILBERMAN, D. (2005). Fat Taxes and Thin Subsidies: Prices, Diet, and Health Outcomes. *Acta Agriculturae Scandinavica, Section C. Economy*, 2(3-4), 167-174.
507. REGER, B., WOOTAN, M. G., BOOTH-BUTTERFIELD, S., et SMITH, H. (1998). 1% or less: a community-based nutrition campaign. *Public Health Reports*, 113(5), 410-419.
508. FRANK, L. D., ANDRESEN, M. A., et SCHMID, T. L. (2004). Obesity relationships with community design, physical activity and time spent in cars. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(2), 87-96.
509. BRITISH COLUMBIA PROVINCIAL HEALTH SERVICES AUTHORITY. (2007). Creating a Healthier Built Environment in British Columbia - Summary Report.
510. HARRINGTON, J., FRIEL, S., THUNHURST, C., KIRBY, A., et MCELROY, B. (2008). Obesogenic island: the financial burden of private transport on low-income households. *Journal of Public Health*, 30(1), 38-44.
511. LEYDEN, K. M. (2003). Social Capital and the Built Environment: The Importance of Walkable Neighborhoods. *American Journal of Public Health*, 93(9), 1546-1551.
512. SAELENS, B. E., SALLIS, J. F., BLACK, J. B., et CHEN, D. (2003). Neighborhood-based differences in physical activity: an environment scale evaluation. *American Journal of Public Health*, 93(9), 1552-1558.
513. SAELENS, B. E., SALLIS, J. F., et FRANK, L. D. (2003). Environmental correlates of walking and cycling: Findings from the transportation, urban design, and planning literatures. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(2), 80-91.
514. EWING, R., SCHMID, T., KILLINGSWORTH, R., ZLOT, A., et RAUDENBUSH, S. (2003). Relationship Between Urban Sprawl and Physical Activity, Obesity, and Morbidity. *American Journal of Health Promotion*, 18(1), 47-57.
515. OLIVER, L. N. et HAYES, M. V. (2005). Neighbourhood Socio-economic Status and the Prevalence of Overweight Canadian Children and Youth. *Canadian Journal of Public Health*, 96(6), 415-420.
516. LAKE, A. et TOWNSHEND, T. (2006). Obesogenic environments: exploring the built and food environments. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126, 262-267.
517. LEE, R. E. et CUBBIN, C. (2002). Neighborhood Context and Youth Cardiovascular Health Behaviors. *American Journal of Public Health*, 92(3), 428-436.
518. INTERNATIONAL OBESITY TASKFORCE et EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY. (2002). Obesity in Europe: The Case For Action. (London).
519. HUME, C., SALMON, J., et BALL, K. (2005). Children's perception of their home and neighborhood environments, and their association with objectively measured physical activity: a qualitative and quantitative study. *Health Education Research*, 20(1), 1-13.

Références

520. AYADI, K. et YOUNG, B. (2006). Community Partnerships: preventing childhood obesity. *Young Consumers: Insight and Ideas for Responsible Marketers*, 7(4), 35-40.
521. ELLIOTT, C. (2008). Marketing Fun Foods: A Profile and Analysis of Supermarket Food Messages Targeted at Children. *Canadian Public Policy*, 34(2), 259-274.
522. KUHLE, S. et VEUGELERS, P. J. (2008). Pourquoi le gradient social de santé ne s'applique-t-il pas à l'embonpoint? *Rapport sur la santé*, 19(4), 1-64.
523. KANT, A. K. et GRAUBARD, B. I. (2004). Eating out in America, 1987-2000: trends and nutritional correlates. *Preventive Medicine*, 38(2), 243-249.
524. BINKLEY, J. K., EALES, J., et JEKANOWSKI, M. (2000). The relation between dietary change and rising US obesity. *International Journal of Obesity*, 24(8), 1032-1039.
525. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA (2004). L'obésité chez les enfants : Intervenir à la lumière des données probantes.
526. WROTONIAK, B. H., EPSTEIN, L. H., PALUCH, R. A., et ROEMMICH, J. N. (2004). Parental Weight Change as a Predictor of Child Weight Change in Family-Based Behavioral Obesity Treatment. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 158(4), 342-347.
527. GOLAN, M., WEIZMAN, A., APTER, A., et FAINARU, M. (1998). Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 67(6), 1130-1135.
528. OUDE LUTTIKHUIS, H., BAUR, L., JANSEN, H., SHREWSBURY, V. A., O'MALLEY, C., STOLK, R. P., et SUMMERBELL, C. D. Interventions for treating obesity in children (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD001872.
529. SIMONETTI D'ARCA, A., TARSITANI, G., CAIRELLA, M., SIANI, V., DE FILIPPIS, S., MANCINELLI, S. et al. (1986). Prevention of obesity in elementary and nursery school children. *Public Health*, 100(3), 166-173.
530. KROPSKI, J. A., KECKLEY, P. H., et JENSEN, G. L. (2008). School-based obesity prevention programs: An evidence-based review. *Obesity*, 16(5), 1009-1018.
531. STONE, E. J., MCKENZIE, T. L., WELK, G. J., et BOOTH, M. L. (1998). Effects of physical activity interventions in youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4), 298-315.
532. WRIGHT, J. (2006). Environmental Scan: Physical Education, Mandated Physical Activity, Non-mandated Physical Activity, Sport and Surveillance and Monitoring Activities in Canada. (L'association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse).
533. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DE L'ONTARIO. (2006). Activité physique quotidienne dans les écoles Guide du conseil scolaire.
534. L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ, L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET LE LOISIR. (2006-04-25). L'ACSEPLD félicite le ministère de l'éducation du Québec pour son engagement envers l'éducation physique de qualité. Extrait le 12 mai 2009, de http://www.cahperd.ca/fra/story_detail.cfm?id=186
535. DATAR, A. et STURM, R. (2004). Physical education in elementary school and body mass index: evidence from the early childhood longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1501-1506.
536. SUMMERBELL, C. D., WATERS, E., EDMUNDS, L. D., KELLY S., BROWN, T., et CAMPBELL, K. J. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD00187. DOI 10.1002/14651858.CD001871.pub2.
537. GORTMAKER, S. L., SOBOL, A. M., PETERSON, K., WEICHA, J., DIXIT, S., FOX, M. K. et al. (1999). Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153(4), 409-418.
538. ANNAPOLIS VALLEY REGIONAL SCHOOL BOARD. (2009). Annapolis Valley Health Promoting School Project. Extrait le 19 février 2009, de http://www.avrsb.ednet.ns.ca/main/index.php?pagecontentid=230&p_type=1
539. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-04-20). Promotion de la santé dans des écoles de la vallée de l'Annapolis. Extrait le 23 juillet 2009, de <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/intervention/291/view-fra.html>
540. VEUGELERS, P. J. et FITZGERALD, A. L. (2005). Effectiveness of school programs in preventing childhood obesity: a multilevel comparison. *American Journal of Public Health*, 95(3), 432-435.
541. CANADA IN MOTION. (2009). Canada in motion: Physical Activity - do it for life. Extrait le 27 mars 2009, de Canada in motion http://www.canadainmotion.ca/in_motion_national_inst/
542. SASKATOON REGIONAL HEALTH AUTHORITY. (2005). Saskatoon in motion: Five Years In The Making.

543. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2002-09-20). Lignes Directrices Relatives à l'activité physique. Extrait le 29 mai 2009, de http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/enfants_jeunes/enfants/lignes_dir.html
544. SASKATOON REGIONAL HEALTH AUTHORITY. (2003). Children and Youth. Extrait le 5 mai 2009, de http://www.canadainmotion.ca/get_in_motion/
545. SMART RISK. (s.d.). About Smartrisk No Regrets. Extrait le 23 octobre 2008, de http://www.smartrisk.ca/youth/smartrisk_no_regrets/about_smartrisk_no_regrets.html
546. SMART RISK. (s.d.). About Smartrisk. Extrait le 23 octobre 2008, de http://www.smartrisk.ca/about_us/about_smartrisk/about_smartrisk.html
547. UNGAR, M. (2007). Too safe for their own good: How risk and responsibility help teens thrive. (Toronto: McClelland and Stewart).
548. SANTÉ CANADA. (2005-07-19). Syndrome de la mort subite du nourrisson Campagne « Dodo sur le dos ». Extrait le 19 janvier 2009, de <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/marketsoc/camp/sids-fra.php>
549. HAUCK, F. R. et TANABE, K. O. (2008). International Trends in Sudden Infant Death Syndrome: Stabilization of Rates Requires Further Action. *Pediatrics*, 122(3), 660-666.
550. IMPACT THE INJURY PREVENTION CENTRE OF CHILDREN'S HOSPITAL. (s.d.). A Review of Best Practices Preventing Suffocation and Choking Injuries in Manitoba.
551. EHRI, J. E., EJERE, H. O. D., MAGNUSSEN, L., EMUSU, D., KING, W., et OSBERG, J. S. (2006). Interventions to increase booster seat use among 4-8 year olds: A Cochrane review. *International Journal of Epidemiology*, 35(5), 1136-1139.
552. GIELEN, A. C. et SLEET, D. (2004). Application of Behavior-Change Theories and Methods to Injury Prevention. *Epidemiologic Reviews*, 25(1), 65-76.
553. MCGINNIS, J., WILLIAMS-RUSSO, P., et KNICKMAN, J. (2002). The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion. *Health Affairs*, 21(2), 78-93.
554. SÉCURIFEUNES CANADA. (2009-06-04). SécuriJeunes Canada. Extrait le 4 juin 2009, de <http://www.safekidscanada.ca/securijeunescanada/default.asp>
555. LA FONDATION CANADIENNE PENSEZ D'ABORD. (s.d.). À notre sujet. Extrait le 4 juin 2009, de <http://www.thinkfirst.ca/fr/aboutus/index.aspx>
556. SÉCURIFEUNES CANADA. (2008). La sécurité des enfants en voiture. Extrait le 24 octobre 2008, de <http://www.safekidscanada.ca/SKCPublicPolicyAdvocacyFR/section.asp?s=5%E9curit%E9+des+enfants+en+voiture&sID=26177>
557. WESSON, D. E., STEPHENS, D., LAM, K., PARSONS, D., SPENCE, L., et PARKIN, P. C. (2008). Trends in Pediatric and Adult Bicycling Deaths Before and After Passage of a Bicycle Helmet Law. *Pediatrics*, 122(3), 605-610.
558. MACPHERSON, A. K., TO, T. M., MAC ARTHUR, C., CHIPMAN, M. L., WRIGHT, J. G., et PARKIN, P. C. (2002). Mandatory Helmet Legislation and Bicycle-Related Head Injuries in Children. *Pediatrics*, 110(5), e60.
559. SANTÉ CANADA. (2006-07-10). Équipement de terrains de jeu. Extrait le 9 décembre 2008, de <http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/sport/equip-play-jeu/index-fra.php>
560. HOWARD, A. W., MAC ARTHUR, C., WILLAN, A., ROTHMAN, L., MOSES-MCKEAG, A., et MACPHERSON, A. K. (2005). The effect of safer play equipment on playground injury rates among school children. *Canadian Medical Association Journal*, 172(11), 1443-1446.
561. HEMENWAY, D. (2008). Protecting Children from Firearm Violence. De Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future (pp. 203-210). (Washington D.C.: First Focus).
562. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et UNICEF. (2008). Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant. (Genève : Organisation Mondiale de la Santé).
563. BERGMAN, A. B. et RIVARA, F. P. (1991). Sweden's Experience in Reducing Childhood Injuries. *Pediatrics*, 88(1), 69-74.
564. BERGMAN, A. B. (2000). Ragnar Berfenstam's Legacy. *Injury Prevention*, 6(4), 4.
565. RAMSAY, S. (2001). Child-injury death rates - do international comparisons help? *The Lancet*, 357(9254), 454.
566. STATISTIQUE CANADA. (2008). Regard sur la démographie canadienne.

Références

567. KEON, W. J. et PÉPIN, L. (2009). Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé. (Ottawa : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie).
568. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-04-22). Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT). Extrait le 28 juillet 2009, de <http://www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/chirpp/index-fra.php>
569. ATTARAN, A. (2008). A legislative failure of epidemic proportions. *Canadian Medical Association Journal*, 179(1), 9.
570. UNIVERSITY OF MANITOBA. (2003). POPULIS - What is it anyway? Extrait le 29 juillet 2009, de <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/concept/populis.html>
571. PRONOVOST, G. (2003). Le congé parental en Suède. *Bulletin de Liaison du conseil de la recherche sur la famille au Québec*, 4(1), 12.
572. MELHUIH, E., BELSKY, J., LEYLAND, A. H., et BARNES, J. (2008). Effects of fully-established Sure Start Local Programmes on 3-year-old children and their families living in England: a quasi-experimental observational study. *The Lancet*, 372, 1641-1647.
573. HANCOCK, T. (2009). Agir localement : Promotion de la santé de la population.
574. STATISTIQUE CANADA. (2007-07-13). Définitions, sources de données et méthodes - État de santé. Extrait le 21 novembre 2008, de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2007001/defin/4063770-fra.htm>
575. STATISTIQUE CANADA. (2007-05-11). CANSIM Tableau 102-0311 Années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel [Fichier de données] Extrait le 12 décembre 2008, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1020311
576. STATISTIQUE CANADA. (2008-12-04). CANSIM Tableau 102-0110 Années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès (CIM-10) et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, Canada, provinces et territoires, annuel [Fichier de données] Extrait le 4 novembre 2008, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1020110
577. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-06-05). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Questionnaire de 2007. Extrait le 12 décembre 2008, de http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/3226_Q1_V4-fra.pdf
578. AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2002). Terminologie autochtone : Une terminologie en évolution qui se rapporte aux peuples autochtones au Canada.
579. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-05-28). Cas déclarés de ITS à déclaration obligatoire du 1er janvier au 30 juin 2007 et du 1er janvier au 30 juin 2008 et leurs taux annuels correspondants du 1er janvier au 31 décembre pour les années 2007 et 2008. Extrait le 25 mars 2009, de <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/cases-cas-08-fra.php>
580. STATISTIQUE CANADA et RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA. (2006). Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Matériel d'enquête 2004-2005 pour la collecte des données de 2004-2005, Cycle 6, Livre 1 - Parent, enfant et jeune.
581. STATISTIQUE CANADA. (2007-04-27). CANSIM Tableau 105-0460 Consultation de spécialistes des soins dentaires au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de juin 2005) et groupes de régions homologues, aux 2 ans [Fichier de données] Extrait le 21 novembre 2008, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1050460
582. DAUVERGNE, M. (2008). Statistiques de la criminalité au Canada, 2007. *Juristat*, 28(7), 1-17.
583. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2003-09). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 1.2 - santé mentale et bien-être. Extrait le 12 décembre 2008, de http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/5015_Q1_V1-fra.pdf
584. STATISTIQUE CANADA. (2009-03-02). CANSIM Tableau 282-0004 - Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, annuel (personnes sauf indication contraire) [Fichier de données], de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?regtk=&C2Sub=&ROOTDIR=CII%2F&RESULTTEMPLATE=CII%2FCII___&LANG=F&SRCHLAN=E&SDDSLOC=%2F%2Fwww.statcan.gc.ca%2Fcgi-bin%2Fimdb%2Fp2SV_f.pl%3FFunction%3DgetSurvey%26SDDS%3D*%26lang%3Dfr%26db%3Dimdb%26adm%3D8%26dis%3D2&ChunkSize=50&SrchCont=*127&CII_SuperSrch=282-0004&CII_SuperBtn=%A0+Search+%A0&SrchType=1
585. ENVIRONNEMENT CANADA. (2009-03-12). Indicateurs canadiens de durabilité de l'environnement, Faits saillants 2008. Extrait le 12 mars 2009, de <http://ec.gc.ca/indicateurs-indicators/default.asp?lang=Fr&n=7D7BDF1E-1>

586. SANTÉ CANADA. (2008-08-26). Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2007 - Tableau 1. Catégories de tabagisme et nombre moyen de cigarettes fumées par jour, selon le groupe d'âge et le sexe chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus, Canada, 2007. Extrait le 25 août 2008, de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2007/ann-table1-fra.php
587. STATISTIQUE CANADA. (2008-07-25). Immigration. Extrait le 21 novembre 2008, de <http://www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/immigr-fra.htm>
588. STATISTIQUE CANADA. (2007-11-20). Profil - Langues, immigration, citoyenneté, mobilité et migration, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, Recensement de 2006 [Fichier de données] Extrait le 21 novembre 2008, de <http://www12.statcan.ca/francais/census06/data/profiles/release/RetrieveProductTable.cfm?TPL=RETR&ALEVEL=3&APATH=3&CATNO=&DETAIL=0&DIM=&DS=99&FL=0&FREE=0&GAL=0&GC=99&GK=NA&GRP=1&IPS=&METH=0&ORDER=1&PID=89770&PTYPE=89103&RL=0&S=1&ShowAll=No&StartRow=1&SUB=0&Temporal=2006&Theme=70&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>
589. STATISTIQUE CANADA. (2008-07-28). Lieu de naissance. Extrait le 21 novembre 2008, de <http://www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/birth-naissance-fra.htm>
590. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA, STATISTIQUE CANADA, RÉGISTRES DU CANCER DES PROVINCE ET DES TERRITOIRES, et AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). Statistiques canadiennes sur le cancer 2008.
591. ELLISON, L. F. et WILKINS, K. (2009). La prévalence du cancer dans la population canadienne. *Rapports sur la santé*, 20(1), 7-19.
592. MATHERS, C. et LEONARDI, M. (2000). Global Burden of Disease 2000. Global burden of dementia in the year 2000: Summary of methods and data sources. (Organisation Mondiale de la Santé).
593. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2005-06). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1. Extrait le 12 décembre 2008, de http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/3226_Q1_V3-fra.pdf
594. STATISTIQUE CANADA. (2009-03-30). CANSIM Tableau 102-0530 Décès, selon la cause, Chapitre X : Maladies de l'appareil respiratoire (J00 à J99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre) [Fichier de données] Extrait le 30 mars 2009, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020530&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___
595. STATISTIQUE CANADA. (2009-03-30). CANSIM Tableau 102-0529 Décès, selon la cause, Chapitre IX : Maladies de l'appareil circulatoire (I00 à I99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel [Fichier de données] Extrait le 30 mars 2009, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020529&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___
596. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA, L'AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, et AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2007). Le bien-être des jeunes enfants au Canada - Rapport du gouvernement du Canada 2008.
597. STATISTIQUE CANADA. (2008). Naissances 2006.
598. STATISTIQUE CANADA. (2009-06-24). CANSIM Tableau 105-0407 Indice de masse corporelle (IMC) mesuré chez les adultes, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 18 ans et plus excluant les femmes enceintes, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 3.1), Canada, aux 2 ans [Fichier de données] Extrait le 13 juin 2008, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1050407
599. STATISTIQUE CANADA. (2008). Estimations démographiques trimestrielles janvier à mars 2008. *Estimations démographiques trimestrielles*, 22(1), 1-99.
600. STATISTIQUE CANADA. (2007-09-05). Région Urbaine. Extrait le 24 novembre 2008, de <http://www12.statcan.ca/francais/census06/reference/dictionary/geo049.cfm>
601. SERVICES FAMILIAUX ET COMMUNAUTAIRES DU NOUVEAU-BRUNSWICK. (s.d.). Meilleures perspectives pour les enfants du Nouveau-Brunswick : Plan d'action pour le développement de la petite enfance.
602. STATISTIQUE CANADA. (2009-06-26). CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel [Fichier de données] Extrait le 16 juillet 2008, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1050501
603. STATISTIQUE CANADA. (2008-10-17). CANSIM Tableau 106-9002 Issues de la grossesse, selon le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, annuel [Fichier de données] Extrait le 8 janvier 2009, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1069002

Références

604. STATISTIQUE CANADA. (2009-04-27). CANSIM Tableau 102-0507 Mortalité infantile, selon le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, annuel [Fichier de données] Extrait le 27 avril 2009, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1020507
605. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2002-09-02). Le syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN). Extrait le 13 janvier 2009, de <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/prenatal/sids-fra.php>
606. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (1999-06-16). À la hauteur. Une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes du Canada, Prématurité. Extrait le 26 juillet 2009, de http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/meas-haut/mu_d_f.html
607. STATISTIQUE CANADA. (2009-03-30). CANSIM Tableau 102-0522 Décès, selon la cause, Chapitre II : Tumeurs (C00 à D48), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre) [Fichier de données] Extrait le 30 mars 2009, de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020522&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___
608. SANTÉ CANADA. (2007). Consommation d'alcool et de drogues par les jeunes - Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens - Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC).

