

Document d'orientation sur la
santé de l'enfant

Direction des normes, des programmes
et du développement communautaire
Ministère de la Promotion de la santé
mai 2010

Coprésidentes du groupe
de travail :
Sue Makin
Lorna Larsen

Membres du groupe
de travail :
Diane Bewick
Anne Biscaro
Lorraine Repo
Anna Zuccato

Conseillère en santé mentale :
Cindy Rose

Rédactrice du groupe de travail :
Elizabeth Berry

Correctrice-révisure :
Diane Finkle Perazzo

ISBN: 978-1-4435-2907-5
2010 Imprimeur de la Reine pour l'Ontario

Publié pour le ministère de la Promotion de la santé

Table des matières

Liste des tableaux	5
Remerciements.....	6
Section 1 – Introduction	7
a) Élaboration des documents d’orientation du MPS.....	7
b) Grandes lignes du document	8
c) Public visé et raison d’être	8
d) But du programme Santé des enfants.....	8
Section 2 – Contexte	9
a) Pourquoi la santé et le développement de l’enfant constituent-ils des enjeux de santé publique importants?.....	9
b) Quelle est l’ampleur du fardeau que représentent la mauvaise santé et les problèmes de développement des enfants pour la santé publique?.....	20
i) Rôle parental positif	21
ii) Allaitement maternel	21
iii) Dynamique familiale saine	22
iv) Saine alimentation, poids santé et activité physique	23
v) Croissance et développement.....	23
vi) Santé bucco-dentaire.....	23
vii) Déterminants sociaux de la santé	24
viii) Bien-être mental des enfants et des jeunes.....	24
c) Quelles stratégies peuvent aider à alléger le fardeau des problèmes de santé et de développement pour enfants de l’Ontario?.....	25
d) Dans la province, quels mandats, directives politiques et stratégies permettent aux enfants d’atteindre et de maintenir une santé optimale et un plein potentiel de développement?.....	26
e) Sur quelles données et quels fondements l’orientation s’appuie-t-elle?	28
Section 3 – Exigences des NSPO en matière de santé de l’enfant	29
Introduction	29
a) Évaluation et surveillance.....	29
Exigence n° 1.....	29
1. Niveau national.....	30
2. Niveau provincial	30
3. Niveau local	31
Exigence n° 2.....	32
Exigence n° 3.....	32
b) Promotion de la santé et élaboration de politiques.....	33

<i>Exigence n° 4</i>	33
a) Activités de haut niveau	36
b) Activités locales.....	36
i) Rôle parental positif.....	37
ii) Allaitement maternel.....	38
iii) Dynamique familiale saine.....	39
iv) Saine alimentation, poids santé et activité physique	39
v) Croissance et développement	40
vi) Autres	40
1. Niveau national.....	41
2. Niveau provincial	41
3. Niveau local	41
<i>Exigence n° 5</i>	42
1. Niveau international	44
2. Niveau national.....	45
3. Niveau provincial	45
4. Niveau local	46
i) Rôle parental positif.....	46
ii) Allaitement maternel.....	46
iii) Dynamique familiale saine.....	47
iv) Saine alimentation, poids santé et activité physique	47
v) Croissance et développement	47
vi) Santé bucco-dentaire	48
1. Niveau national.....	48
2. Niveau provincial	48
3. Niveau local	48
<i>Exigence n° 6</i>	49
a) Cliniques de puériculture et/ou cliniques de dépistage précoce et lignes de soutien téléphonique.....	50
b) Interventions individuelles.....	50
c) Outils d'évaluation.....	51
<i>Exigence n° 7</i>	54
<i>Exigence n° 8</i>	56
<i>c) Prévention des maladies</i>	60
<i>Exigence n° 9</i>	60
<i>Exigence n° 10</i>	61
<i>Exigence n° 11</i>	61
<i>Exigence n° 12</i>	65
<i>Exigence n° 13</i>	65
d) Protection de la santé.....	65
<i>Exigence n° 14</i>	65

**Section 4 – Intégration aux autres exigences dans le cadre des NSPO
et à d'autres stratégies et programmes** 66

Section 5 – Ressources d'appui à la mise en application des normes 69

a) Principaux outils et ressources nécessaires	69
b) Ressources de planification, d'exécution et d'évaluation	70
c) Réseaux	71

Section 6 – Conclusion	72
Annexe A : Liens entre les exigences relatives à la santé de l’enfant et les autres exigences	73
Références	78
Liste des tableaux	
<i>Tableau 1</i> : Information sur la santé de l’enfant	10
<i>Tableau 2</i> : Niveau d’intégration type entre les programmes Santé génésique et Santé des enfants et d’autres programmes visés par les NSPO	67
<i>Tableau 3</i> : Niveau d’intégration type entre les programmes de santé familiale et de promotion de la santé en milieu scolaire	68

Remerciements

Le Groupe de travail sur le Document d'orientation sur la santé de l'enfant aimerait remercier les personnes suivantes pour leur contribution au projet.

- Adrienne Einarson (Motherisk)
- Daniela Seskar-Hencic (Bureau de santé de la région de Waterloo)
- Barbara Willet (Centre de ressources Meilleur départ)
- Le personnel du secteur de la santé familiale travaillant dans les bureaux de santé à l'échelle de la province

Nous remercions également les membres du Comité directeur du projet ainsi qu'Action Cancer Ontario et le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario : leur orientation stratégique et leur soutien à la rédaction ont été d'une aide inestimable.

Sue Makin

Lorna Larsen

Coprésidentes

Section 1 – Introduction

Conformément à l'article 7 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS), le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a publié les *Normes de santé publique de l'Ontario* (NSPO) à titre de lignes directrices relativement à l'offre de programmes et de services de santé obligatoires. Les 36 conseils de santé de l'Ontario sont responsables de l'application des normes du programme, y compris les protocoles qui y sont intégrés. En vertu d'un décret en conseil, le ministère de la Promotion de la santé (MPS) a la responsabilité de quatre de ces normes : a) Santé génésique, b) Santé de l'enfant, c) Prévention des blessures et du mésusage de substances et d) Prévention des maladies chroniques. Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) est quant à lui responsable, par décret également, de l'administration des normes relatives à la santé de la famille qui ont trait au programme « Bébés en santé, enfants en santé ».

Les NSPO (1) reposent sur quatre principes : le besoin, l'effet, la capacité ainsi que le partenariat et la collaboration. Une norme fondamentale couvre quatre aspects précis : a) l'évaluation de la santé de la population, b) la surveillance, c) la recherche et l'échange de connaissances et d) l'évaluation des programmes.

a) Élaboration des documents d'orientation du MPS

Le MPS a travaillé en collaboration avec des spécialistes locaux en santé publique afin d'élaborer une série de documents d'orientation ayant pour but d'aider les conseils de santé à définir les questions et les approches nécessitant un examen local et à appliquer les normes. Bien que les NSPO et les protocoles connexes publiés par le ministère conformément à l'article 7 de la LPPS aient force obligatoire, la loi ne prévoit pas la mise en œuvre obligatoire des documents d'orientation qui ne sont pas incorporés par renvoi aux NSPO. Ils constituent des ressources visant à aider les professionnels au service des conseils de santé locaux à planifier et à accomplir les tâches dont ils sont responsables aux termes de la LPPS et des NSOP. Les documents traitent également des déterminants sociaux de la santé et de l'importance du bien-être mental.

Les employés des ministères de la Santé et des Soins de longue durée, des Services à l'enfance et à la jeunesse, des Transports et de l'Éducation ont été consultés dans le cadre de l'élaboration des documents d'orientation. Le ministère de la Promotion de la santé a publié de nombreux documents d'orientation en appui à l'application des normes des programmes dont il est responsable, entre autres :

- la santé de l'enfant
- le document d'orientation sur la santé bucco-dentaire en appui au Programme de santé de l'enfant
- la lutte globale contre le tabagisme
- une saine alimentation/l'activité physique/le poids santé
- le panier à provisions nutritif
- la prévention des blessures
- la prévention du mésusage de substances

Le présent document d'orientation contient des indications précises sur les exigences des NSOP en lien avec la SANTÉ DE L'ENFANT.

b) Grandes lignes du document

La **Section 2** de ce document d'orientation contient de l'information générale sur la santé de l'enfant. Elle traite notamment de l'importance de cette question de santé publique et du fardeau qu'elle représente. Elle comprend également un bref aperçu de l'orientation des politiques provinciales, des arguments et des raisonnements à l'appui de cette orientation et des stratégies visant à alléger le fardeau. On s'y penche également sur le bien-être mental et les déterminants sociaux des problèmes de santé.

La **Section 3** contient le libellé de chaque exigence du programme contenue dans les NSPO (1) et traite des pratiques fondées sur des données probantes, des innovations et des priorités dans le contexte de l'évaluation de la situation, des politiques, des programmes et du marketing social, ainsi que de l'évaluation et de la surveillance. On y trouvera des exemples sur ce qui a été fait en Ontario et ailleurs.

La **Section 4** explique et examine les sphères d'intégration avec les exigences des normes relatives à d'autres programmes, notamment la détermination d'occasions de partenariat à différents échelons avec des suggestions de rôles à chaque échelon (conseils de santé, organismes communautaires et autres aux échelons provincial et municipal), ainsi que la recherche de possibilités de collaboration avec d'autres stratégies et programmes comme la stratégie Ontario sans fumée et le programme « Bébés en santé, enfants en santé ».

Enfin, la **Section 5** présente les principaux outils et ressources pouvant aider le personnel des conseils de santé locaux à appliquer les normes de leurs programmes et à évaluer ses interventions. Quant à la **Section 6**, elle renferme la conclusion.

c) Public visé et raison d'être

Ce document d'orientation vise à servir d'outil définissant les principaux concepts et ressources pratiques pouvant être utilisés par les employés du secteur de la santé publique aux fins de planification de la promotion de la santé. Il offre aux directeurs et au personnel de première ligne des conseils et des directives concernant une approche globale de promotion de la santé afin de répondre aux exigences des *Normes de santé publique de l'Ontario, 2008* relatives aux programmes Santé des enfants, Prévention des maladies chroniques, Prévention des blessures et du mésusage de substances et Santé génésique.

d) But du programme Santé des enfants

Le programme Santé des enfants a pour but de « permettre à tous les enfants d'avoir le meilleur état de santé possible et de réaliser leur plein potentiel de développement (1) ». La réalisation de cet objectif nécessite une interaction complexe de facteurs internes et externes pour les familles et leurs enfants. Le programme s'articule ainsi autour de six facteurs clés : un rôle parental positif, l'allaitement maternel, une dynamique familiale saine, une saine alimentation, le poids santé et l'activité physique, la croissance et le développement et la santé bucco-dentaire.

Pour atteindre les résultats sociétaux, les résultats attendus des conseils de santé et le but général du programme Santé des enfants, il faut satisfaire à toutes les exigences de la norme fondamentale et des normes relatives à la santé de l'enfant contenues dans les NSPO. Les exigences du programme Santé des enfants sont décrites dans le présent document d'orientation ainsi que dans le *Document d'orientation sur la santé bucco-dentaire, 2009* et dans le *Protocole Bébés en santé, enfants en santé, 2008*.

Dans ce document, le terme enfant englobe les nourrissons, les enfants et les jeunes âgés de zéro à dix-huit ans.

En cas de contradiction entre le présent document d'orientation et les *Normes de santé publique de l'Ontario*, 2008, ces dernières auront préséance.

Section 2. Contexte

a) Pourquoi la santé et le développement de l'enfant constituent-ils des enjeux de santé publique importants?

Investir dans la santé des enfants, c'est investir dans l'avenir. Autrement dit, la bonne santé des nouveau-nés et des petits enfants contribue à une bonne santé tout au long de l'enfance et de l'adolescence. De même, des enfants et des jeunes en bonne santé seront plus susceptibles d'être en bonne santé tout au long de leur vie.

En effet, « l'acquisition de compétences cognitives, d'un bien-être émotionnel, de compétences sociales et d'une bonne santé physique et mentale en bas âge établit une base solide pour la réussite à l'âge adulte. (...) Ces capacités sont essentielles à la productivité économique et à l'esprit de civisme tout au long de la vie (2) ». [traduction].

La mauvaise santé des enfants contribue à un bilan de santé négatif au fil du temps. De plus, la mauvaise santé des enfants et les retards de développement se traduisent souvent par une croissance et un développement moins bons à court et à long terme, ce qui peut avoir des conséquences pendant le reste de la vie. Cette situation entraîne une augmentation des coûts – soins de santé, éducation, système judiciaire, organismes sans but lucratif et tous les ordres du gouvernement – et du stress pour les familles et l'ensemble de la société (3).

Nous avons la responsabilité morale d'aider nos enfants à vivre une vie saine, heureuse, confiante, sécuritaire et productive. En signant la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant* (4), le Canada a consacré cette responsabilité morale comme obligation légale du gouvernement, et accepte ainsi d'assumer sa responsabilité devant la communauté internationale.

La santé et le bien-être de nos enfants constituent un investissement pour les générations futures de l'Ontario.

Tableau 1 – Le tableau **Information sur la santé de l'enfant**, reproduit dans les pages qui suivent, contient des données et des conclusions illustrant l'importance de différentes questions et préoccupations relatives à la santé de l'enfant qui ont des répercussions sur la santé publique. Sont également incluses dans le tableau des questions liées aux exigences du programme Santé des enfants en lien avec les NSPO, ainsi que d'autres sous-questions relatives à la santé de l'enfant, à la pauvreté et à la santé mentale.

Tableau 1 : Information sur la santé de l'enfant

FACTEUR SANTÉ	DONNÉES PERTINENTES	IMPACT ÉCONOMIQUE
A. Rôle parental positif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un tiers des parents canadiens adoptent des approches parentales optimales (les deux tiers ne le font pas) (5). ▪ La qualité du rôle parental est considérée comme le plus important facteur de risque potentiellement modifiable contribuant aux problèmes de développement et de comportement chez les enfants (5). ▪ Pour les trois quarts des parents d'adolescents, les années les plus difficiles sont quand leurs enfants sont âgés de 13 à 18 ans. Le soutien offert par la société pendant ces années est considérablement réduit (6). ▪ 74 % des parents croient que la société offre un meilleur soutien aux parents de jeunes enfants qu'aux parents d'adolescents (6). ▪ Le bien-être des parents a un effet positif sur les enfants (6). ▪ D'après les indicateurs de la petite enfance de trois provinces canadiennes, un quart des enfants ne sont pas prêts à apprendre à leur entrée à l'école (63). 	
B. Allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 85 % des nouvelles mères canadiennes choisissent d'allaiter leur enfant (jusqu'à 25 % dans les années 1960) (7). ▪ 53 % des mères ontariennes allaitent leur enfant pendant six mois ou plus (pas exclusivement) (7). ▪ Avantages de l'allaitement maternel pour la santé des nourrissons : meilleure acuité visuelle, protection contre les infections gastro-intestinales et oculaires, le syndrome de mort subite du nourrisson, les allergies et l'obésité, et meilleur développement cognitif et social (8). ▪ Avantages de l'allaitement maternel pour la santé des mères : réduction du risque de cancer du sein et des ovaires, de saignements post-partum et de fractures à la hanche en âge avancé (9). ▪ Le lait maternel est l'aliment idéal pour les nourrissons : il fournit les éléments nutritifs essentiels à la digestion, au développement du cerveau et à la croissance (10). 	

FACTEUR SANTÉ	DONNÉES PERTINENTES	IMPACT ÉCONOMIQUE
C. Dynamique familiale saine		
<i>Violence faite aux femmes</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En 2006, 38 000 cas de violence conjugale ont été signalés à la police d'un océan à l'autre – des accusations ont été portées dans 75 % d'entre eux (11). ▪ Moins du tiers des cas de violence faite aux femmes sont signalés à la police (11). ▪ Le plus grand risque d'agression sexuelle par un membre de la famille touche les filles de 12 à 15 ans (11). ▪ 68 % des personnes à la recherche d'un refuge d'urgence sont des femmes (11). ▪ Chaque jour, 5 300 victimes d'agression sexuelle font appel à des services aux victimes d'un bout à l'autre du Canada (9 sur 10 sont des femmes) (11). ▪ 6 % des nouvelles mères seraient victimes de violence au cours des deux années suivant la naissance de leur enfant – 50 % d'entre elles à plus d'une occasion (11). 	
<i>Troubles de l'humeur post-partum</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jusqu'à 75 % des nouvelles mères souffrent de « baby blues » (12). ▪ De 10 à 15 % des nouvelles mères souffrent de dépression post-partum (12). ▪ La dépression post-partum a notamment comme conséquence des interactions négatives entre la mère et l'enfant, lesquelles peuvent entraîner un mauvais développement de l'enfant, ce qui aura des répercussions sur le reste de la vie de ce dernier (12). ▪ Une femme ayant souffert de dépression post-partum a 40 % plus de risques d'en souffrir de nouveau à la naissance d'un autre enfant (13). ▪ Le plus grand risque d'admission dans un hôpital psychiatrique se situe au cours des trois premiers mois suivant la naissance (14). ▪ Jusqu'à 12 % des admissions dans des hôpitaux psychiatriques pour femmes ont lieu au cours de la première année suivant la naissance (14). 	

FACTEUR SANTÉ	DONNÉES PERTINENTES	IMPACT ÉCONOMIQUE
<p><i>Mésusage de substances</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Près des deux tiers (61 %) des élèves (de la 7^e à la 12^e année) consomment de l'alcool. Le taux de consommation excessive (au moins cinq verres au cours de la même occasion) est élevé : environ 26 % des élèves adopteraient ce comportement (16). ▪ 21 % des élèves de l'Ontario de la 7^e à la 12^e année ont déclaré avoir utilisé des analgésiques opioïdes sur ordonnance comme TYLENOL^{MD} n° 3 et Percocet^{MD} à des fins non médicales; près de 72 % disent s'être procuré ces médicaments à la maison (16). ▪ Environ 15 % des élèves ont déclaré s'être saoulés ou drogués à l'école au moins une fois au cours de la dernière année et un élève sur cinq (21 %) a acheté ou s'est fait donner ou offrir une drogue à l'école (16). ▪ 81 % des jeunes s'abstiennent de fumer tout au long de leur vie (16). 	
<p><i>Violence faite aux enfants</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En 2006, la proportion d'agressions physiques et sexuelles sur les enfants (de 1 à 18 ans) signalées à la police était de 792 pour 100 000. La majorité des victimes connaissaient leur agresseur. Les parents sont les agresseurs les plus souvent identifiés (11). ▪ Les adolescents de 12 à 17 ans sont particulièrement vulnérables, avec deux fois plus de cas d'agressions physiques et sexuelles signalées (11). ▪ Près de quatre enfants sur dix victimes de violence familiale subissent des blessures (11). ▪ En 2006, 60 homicides ont été commis sur des enfants et des jeunes; 25 % d'entre eux étaient des bébés (11). ▪ 65 % des cas de violence faite aux enfants consistent en des punitions inappropriées (17). ▪ La violence physique faite aux enfants est surtout commise par les parents biologiques (89 %) (17). ▪ Selon l'<i>Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants</i> (EIC) de 1998, un enfant sur 100 est victime de violence physique (17). ▪ Le nombre le plus élevé de cas fondés de violence faite aux enfants se trouve chez les adolescents (17). 	

FACTEUR SANTÉ	DONNÉES PERTINENTES	IMPACT ÉCONOMIQUE
<i>Grossesse chez les adolescentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En Ontario, le taux de grossesses chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans est de 25,7 pour 1 000 (18). ▪ Les adolescentes enceintes présentent un risque plus élevé de problèmes de santé tels que l’anémie, l’hypertension, l’éclampsie et des troubles dépressifs (18). ▪ Les enfants de mères adolescentes présentent un risque plus élevé de faible poids à la naissance ou de naissance prématurée, ce qui entraîne de nombreux problèmes de développement (18). ▪ Les grossesses à l’adolescence sont plus fréquentes chez les adolescentes vulnérables (18). ▪ La grossesse à l’adolescence constitue un important prédicteur d’autres difficultés sociales, éducatives et professionnelles plus tard dans la vie (18). 	
<i>Syndrome du bébé secoué</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le syndrome du bébé secoué constitue la principale cause de décès traumatique chez les bébés en Amérique du Nord. ▪ 30 % des bébés victimes du syndrome du bébé secoué décèdent (19). ▪ 50 % des survivants souffrent de cécité et d’autres déficiences neurologiques, dont des crises d’épilepsie, l’hypertonie spastique, la paralysie et des retards du développement (19). ▪ 85 % des survivants nécessitent des soins à long terme (19). 	

FACTEUR SANTÉ	DONNÉES PERTINENTES	IMPACT ÉCONOMIQUE
<p>D. Saine alimentation/ poids santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'obésité et l'embonpoint chez les enfants sont considérés comme une crise mondiale en santé publique (78-80). ▪ L'obésité continue d'être un facteur de risque important de nombreuses pathologies telles que les maladies cardiaques, l'ostéoarthrite, l'hypertension et le diabète de type 2 (22). ▪ En Ontario, 57 % des hommes et 47 % des femmes sont obèses ou ont un surplus de poids (22). ▪ En 2004, 26 % des enfants et des adolescents canadiens âgés de 2 à 17 ans avaient un surplus de poids ou étaient obèses (23). ▪ Au cours des 25 dernières années, l'augmentation des taux de surpoids et d'obésité chez les adolescents canadiens âgés de 12 à 17 ans a été importante. En effet, dans ce groupe d'âge, le taux de surpoids/obésité a plus que doublé et le taux d'obésité a triplé (23-26). ▪ Si rien ne change, les enfants vivront de trois à quatre années de moins que les adultes d'aujourd'hui en raison de l'obésité (22). ▪ Le Canada se classe au dix-neuvième rang des 22 pays de l'OCDE en ce qui a trait au pourcentage d'adolescents obèses (19,3 %) (22). ▪ Au Canada, 70 % des enfants âgés de 4 à 8 ans mangent moins de cinq portions de fruits et de légumes chaque jour. Entre 9 et 13 ans, ce pourcentage est de 62 % chez les filles et de 68 % chez les garçons (23). 	<p>Coûts directs (hôpital/ médicaments/ médecins) 1,6 milliard de dollars par année</p> <p>Coûts indirects 2,7 milliards de dollars par année</p> <p>Coûts totaux annuels pour le système de santé</p> <p>4,3 milliards de dollars (22)</p>

FACTEUR SANTÉ	DONNÉES PERTINENTES	IMPACT ÉCONOMIQUE
<p>E. Activité physique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non seulement un style de vie sédentaire augmente le risque de souffrir d'obésité, mais il entraîne aussi une moins bonne santé générale (22). ▪ 90 % des enfants de 6 à 12 ans ne répondent pas aux exigences minimales en matière d'activité physique (22, 28-29). ▪ Selon l'étude CANPLAY (niveaux d'activité physique des enfants et des jeunes canadiens) de 2007-2008, le pourcentage d'enfants qui respectent les lignes directrices canadiennes en matière d'activité physique diminue dans les groupes plus âgés : les 15 à 19 ans respectent près de deux fois moins les lignes directrices que les enfants de 5 à 10 ans. Cette tendance liée à l'âge est observée tant chez les garçons que chez les filles (30). ▪ 30,6 % des adultes affirment passer au moins 15 heures devant la télévision et 19,1 % utiliser leur ordinateur (en-dehors des heures de travail) au moins 11 heures chaque semaine (22). ▪ Le risque de criminalité et de décrochage scolaire est moins élevé chez les enfants actifs (22). ▪ L'activité physique et la bonne forme physique sont étroitement liées au bon rendement scolaire, tandis que la sédentarité est liée à un faible rendement scolaire chez les enfants (30). ▪ En Ontario, les enfants de la 9e à la 12e année recevant un faible soutien social en matière d'activité physique ont moins de chances d'être actifs que ceux recevant un meilleur soutien social. De plus, le nombre d'amis et de membres de la famille qui pratiquent une activité physique a un lien direct avec la pratique d'une activité physique dans les écoles urbaines et rurales de la province (31). ▪ L'inactivité physique entraîne des problèmes affectifs et comportementaux chez les adolescents (32). ▪ Les jeunes qui se livrent à des activités de loisir risquent moins de se tourner vers la cigarette, la drogue, l'alcool ou le crime (33). ▪ Le temps d'activité physique des enfants commence à décroître à l'âge de trois ans (64). ▪ À 12 ans, les filles et les garçons canadiens d'aujourd'hui sont plus grands et plus minces qu'en 1981 (103). ▪ La constitution des enfants et des jeunes canadiens est moins bonne qu'en 1981 (103). ▪ La force et la souplesse des filles et des garçons ont beaucoup diminué depuis 1981 (103). 	<p>Coûts directs (hôpital/ médicaments/ médecins) 2,1 milliards de dollars par année</p> <p>Coûts indirects 3,1 milliards de dollars par année</p> <p>Coûts totaux annuels pour le système de santé</p> <p>5,2 milliards de dollars par année (22)</p>

FACTEUR SANTÉ	DONNÉES PERTINENTES	IMPACT ÉCONOMIQUE
F. Croissance et développement		
<p><i>Prévention des blessures</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chaque année, de 20 % à 25 % des enfants subissent des blessures graves nécessitant des soins de santé primaires, et doivent s'absenter de l'école pour recevoir ces derniers (21). ▪ Chaque année, un enfant canadien sur 230 est hospitalisé en raison d'un grave traumatisme évitable; 20 % de ces traumatismes ont pour conséquence un traumatisme crânien grave (21). ▪ Chaque année, 6 000 enfants canadiens sont victimes d'une blessure grave à la tête, ce qui a pour conséquence un handicap permanent (21). ▪ Les blessures accidentelles restent la principale cause de décès chez les enfants de 1 à 14 ans; 70 % de ces décès sont causés par des collisions automobiles, puis par des noyades (21). 	<p>Coûts au Canada :</p> <p>Coûts annuels directs 4,2 milliards de dollars</p> <p>Coûts annuels indirects 4,2 milliards de dollars</p> <p>8,4 milliards de dollars par année (22)</p> <p>Coûts en Ontario :</p> <p>Les blessures causées par des chutes chez les enfants de 0 à 14 ans coûtent près de 311 millions de dollars (1999) (137).</p>
<p><i>Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le TSAF est une affection permanente pour laquelle il n'existe aucun traitement. La détection précoce permet d'améliorer les résultats et de réduire les invalidités secondaires (34). ▪ L'incidence du TSAF au Canada est d'un cas sur 100 naissances vivantes (35). ▪ Une exposition à l'alcool avant la naissance a été observée chez 2,5 % des nouveau-nés dont les premières selles ont été analysées (36, 37). ▪ Les chercheurs décrivent le TSAF comme la cause principale des troubles développementaux et cognitifs au Canada (35). ▪ Six collectivités ontariennes offrent des services de diagnostic (38). ▪ 60 % des médecins de famille et des obstétriciens canadiens obtiennent un historique détaillé de la consommation d'alcool dans le cadre des soins préconceptionnels/prénatals des femmes (39). 	<p>Coûts au Canada :</p> <p>Coûts annuels liés au TSAF au Canada 5,3 milliards de dollars par année (35) – ce chiffre tient compte des coûts des services médicaux, sociaux et de formation, et des coûts pour les familles</p>

FACTEUR SANTÉ	DONNÉES PERTINENTES	IMPACT ÉCONOMIQUE
<i>Vision</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plus de 80 % de l'apprentissage se fait par les yeux (40). ▪ Un enfant sur six souffre de problèmes de vision importants qui gênent leur capacité d'apprentissage (40). ▪ 43 % des enfants souffrant de problèmes de vision pourraient être en mesure de passer un examen visuel de base (40). ▪ Une personne sur 1 000 répond aux critères de définition de cécité ou de basse vision (40). 	
<i>Parole et langage</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5,9 % des enfants de 0 à 16 ans accusent un retard important de parole ou de langage (41). ▪ Le taux de prévalence des troubles de langage particuliers chez les enfants qui commencent l'école est de 7 % (41). ▪ De 28 % à 60 % des enfants souffrant d'un trouble de la parole ou du langage ont un frère, une sœur ou un parent souffrant du même trouble (41). ▪ Les effets résiduels des troubles de la parole en bas âge peuvent durer toute la vie. Les adultes ayant souffert de tels troubles ont besoin de plus de services médicaux et vont à l'école moins longtemps (42). ▪ Les troubles du langage sont associés à un faible rendement scolaire, à des problèmes de comportement, à des troubles psychiatriques et à un fonctionnement global moins bon (44). 	
<i>Immunisation</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À la fin de l'année scolaire 2007-2008, 84,9 % des écoliers ontariens âgés de 7 ans avaient reçu tous les vaccins contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (18). 	
<i>Audition</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chaque année au Canada, plus de 2 000 bébés (2 233) naissent avec une déficience auditive; 41 % des bébés subissent des examens en lien avec cette déficience (59). ▪ La détection en bas âge est essentielle pour réduire les effets de la déficience auditive, entre autres sur l'acquisition de la parole, le développement cognitif et le développement social (43, 59). ▪ L'Ontario est l'une des cinq provinces à avoir mis en place des programmes universels (59). ▪ Une déficience auditive transitoire causée par une otite moyenne peut être présente chez jusqu'à 33 % des enfants d'âge préscolaire à tout moment (138). 	

FACTEUR SANTÉ	DONNÉES PERTINENTES	IMPACT ÉCONOMIQUE
<i>Education</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au cours des quatre dernières années, le taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires a diminué de telle sorte que jusqu'à un quart des élèves pourraient ne pas obtenir leur diplôme (45). ▪ Les élèves qui ont quitté l'école prématurément ont plus de chances de ne pas trouver un emploi ou de gagner un revenu moins élevé au cours de leur vie professionnelle. En outre, le nombre de grossesses à l'adolescence et l'abus d'alcool ou d'autres drogues tendent à être plus élevés chez les décrocheurs; ces derniers sont plus susceptibles d'avoir besoin de différents services sociaux (45). ▪ Selon les résultats d'une étude de l'OQRE menée auprès d'élèves de la 3e année en 2008-2009, 39 %, 32 % et 30 % des élèves n'atteignent pas le niveau 3 (la norme provinciale) en lecture, écriture et mathématiques, respectivement (46). ▪ Selon les résultats d'une étude de l'OQRE menée auprès d'élèves de la 4e à la 7e année en 2008-2009, 31 %, 33 % et 37 % des élèves n'atteignent pas le niveau 3 en lecture, écriture et mathématiques, respectivement (46). ▪ Selon les résultats d'une étude de l'OQRE menée auprès d'élèves de la 9e année en 2008-2009, 23 % et 62 % des élèves n'atteignent pas le niveau 3 en mathématiques académiques et en mathématiques appliquées, respectivement (46). ▪ Les élèves qui ne répondent pas aux normes provinciales au cours des premières années d'école ont du mal à progresser au fil des ans (46). ▪ On a constaté une amélioration générale des résultats de l'étude de l'OQRE au cours des cinq dernières années (46). 	

FACTEUR SANTÉ	DONNÉES PERTINENTES	IMPACT ÉCONOMIQUE
G. Santé bucco-dentaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La carie dentaire constitue la maladie chronique d'enfance la plus répandue – cinq fois plus répandue que l'asthme et sept fois plus répandue que le rhume des foies (47). ▪ Un nombre important d'enfants en bas âge souffrent de carie de la petite enfance – de 5 % à 60 % de la population des jeunes enfants, selon le segment de la population sondé. La carie de la petite enfance est rattachée à des troubles comme le retard staturo-pondéral, une alimentation et un sommeil malsains et un comportement déficient (48). ▪ La croissance et le développement d'un enfant peuvent être retardés si ce dernier souffre d'une carence en fer associée à de graves caries de la petite enfance (49). ▪ 75,9 % des Ontariennes et Ontariens boivent de l'eau fluorée (50). ▪ La plupart des futures mères ne reçoivent pas de soins dentaires pendant leur grossesse. Les femmes dont le revenu de ménage est élevé ou ayant un niveau de scolarité supérieur au secondaire sont plus susceptibles de consulter un dentiste pendant leur grossesse (51). ▪ Les familles dont le statut économique est le moins élevé affichent la santé dentaire la moins bonne. À l'inverse, les familles dont le statut économique est le plus élevé affichent la meilleure santé dentaire (52). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La carie de la petite enfance doit être traitée sous anesthésie générale. Le coût moyen de traitement d'un enfant canadien souffrant de carie dentaire varie de 700 \$ à 3 000 \$ (46). ▪ L'Ontario a financé 112 730 000 \$ des dépenses en soins dentaires en 2007-2008 (49).
H. Pauvreté	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En 2005, on estimait à 11 % le pourcentage de familles canadiennes vivant dans la pauvreté. Ce nombre comprenait 788 000 enfants âgés de moins de 18 ans (55). ▪ Plus de 478 480 enfants, soit un sur six, vit dans la pauvreté en Ontario (53). ▪ 42 % des clients des banques alimentaires à l'échelle de l'Ontario sont des enfants âgés de 18 ans et moins (54). ▪ Les salaires bas et les mauvaises conditions de travail constituent des facteurs clés expliquant le taux élevé de pauvreté infantile et familiale en Ontario (53). ▪ En Ontario, 47 % des enfants de nouveaux immigrants et 32 % des enfants appartenant à une minorité visible sont pauvres (55). ▪ En Ontario, 15,2 % des enfants vivent dans des familles monoparentales (56). 	

FACTEUR SANTÉ	DONNÉES PERTINENTES	IMPACT ÉCONOMIQUE
I. Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 % des enfants et jeunes canadiens (soit 1,2 million) souffrent de problèmes de santé mentale (57). ▪ 18 % des adolescents de 15 à 24 ans ont déclaré souffrir d'une maladie mentale (20). ▪ Le suicide et l'automutilation constituent les principales causes de décès chez les jeunes et les adultes de 24 ans et moins dans les Premières nations (57). ▪ Les jeunes de 15 à 24 ans sont plus susceptibles que les autres groupes d'âge de déclarer une maladie mentale et/ou un problème de consommation de drogue (20). ▪ 70 % des problèmes et des maladies de santé mentale ont commencé pendant l'enfance ou l'adolescence (57). ▪ Au Canada, seulement 20 % des enfants et des jeunes ayant besoin de services de santé mentale reçoivent de tels soins (57). ▪ 44 % des jeunes qui se prostituent le font pour payer leur consommation de drogue (57). ▪ Des troubles de l'alimentation se manifestent chez 3,3 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans (57). ▪ Le Canada est le seul pays du G8 n'ayant pas établi une stratégie relative à la santé mentale (57). ▪ Une activité physique régulière peut contribuer à améliorer la santé mentale (58). 	

b) Quelle est l'ampleur du fardeau que représentent la mauvaise santé et les problèmes de développement des enfants pour la santé publique?

Le fardeau que représentent la mauvaise santé et les problèmes de développement des enfants pour la santé publique se fait sentir dans la société. En 2007, le Canada se classait au treizième rang des 21 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en ce qui a trait à la santé et à la sécurité des enfants et des jeunes, ce qui laisse place à l'amélioration (59). Le rapport *Vers de nouveaux sommets* souligne que « les enfants et les jeunes de tous les milieux socioéconomiques du Canada sont vulnérables. (...) La vulnérabilité chez les enfants et les jeunes n'est pas un état permanent. (...) Les investissements doivent cependant, pour porter fruit, être faits dans les bons programmes et dans les politiques appropriées (59) ».

Pour la santé publique, cela signifie qu'il faut s'employer à améliorer la santé et le développement des enfants grâce à des interventions globales de promotion de la santé au niveau communautaire. Par conséquent, le programme Santé des enfants s'articule autour de six domaines clés liés à la santé des enfants : rôle parental positif, allaitement maternel, dynamique familiale saine, saine alimentation, poids santé et activité physique, croissance et développement et santé bucco-dentaire. Chacun de ces facteurs est décrit ci-dessous.

i) Rôle parental positif

L'attachement sain et sécurisant est essentiel au développement neurologique optimal et à l'élaboration des modes de réponse au stress dans le cerveau d'un nourrisson (60-61). Non seulement l'attachement du nourrisson est indispensable au bien-être, mais il est aussi associé à des effets à long terme, dont sur le développement psychosocial et physique et l'établissement des relations futures (61-62).

Au-delà de l'attachement sain du nourrisson à son principal pourvoyeur de soins, la synthèse des textes d'experts sur les habiletés parentales publiés dans *l'Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* souligne que « parmi les facteurs de risque impliqués dans le développement des problèmes comportementaux et affectifs des enfants, la qualité des conduites parentales est le plus important des facteurs pouvant potentiellement être modifiés (5) ».

Dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (65) et du sondage *Investir dans l'enfance* mené à l'échelle du Canada auprès de parents de jeunes enfants (66), différentes pratiques parentales ont été analysées, dont l'interaction positive/chaleureuse, les pratiques parentales uniformes, les pratiques parentales hostiles ou inefficaces et les pratiques parentales aversives. Selon ces dimensions, le rôle parental positif se définit par des une interaction positive/chaleureuse et des pratiques parentales uniformes avec l'enfant (par exemple, les parents parlent, jouent, rient et font des activités spéciales avec leur enfant, félicitent ce dernier fréquemment, nourrissent des attentes claires et cohérentes et agissent de façon non punitive en ce qui a trait au comportement de l'enfant).

Selon les résultats du sondage *Investir dans l'enfance* (66), de nombreux parents ont employé des stratégies parentales sous-optimales en élevant leurs enfants. Leur connaissance du développement de l'enfant (en particulier le développement social et affectif) était limitée et ils une confiance limitée en leurs aptitudes parentales.

Les caractéristiques du rôle parental positif sont aussi définies comme des facteurs favorisant l'atteinte de résultats positifs chez les jeunes, par exemple en ce qui concerne le maintien du lien de ces derniers avec leurs parents, leur école, leur collectivité et leurs amis, l'acquisition d'aptitudes à la vie quotidienne, les choix sains et la réduction des risques à la santé et au bien-être (67).

ii) Allaitement maternel

De nombreuses données épidémiologiques démontrent que l'allaitement maternel constitue le choix le plus sain pour les mères et les nourrissons, notamment l'allaitement maternel exclusif pendant six mois et l'allaitement maternel continu jusqu'à deux ans et au-delà avec l'ajout d'aliments complémentaires adéquats et sécuritaires sur le plan nutritif après six mois (68-69). « Le lait maternel contient des éléments nutritifs optimaux pour la croissance des nourrissons ainsi que pour leur développement physique, cognitif et social et leur protection contre les infections (infections gastro-intestinales, pneumonie, otite moyenne, bactériémie, méningite et infections urinaires), la mort subite du nourrisson et des affections chroniques telles que le diabète, les allergies, l'asthme et l'obésité (8-10, 67, 70) ».

[traduction] Des études plus récentes indiquent que les avantages de l'allaitement maternel ne sont pas limités à la petite enfance : cette pratique protégerait aussi l'enfant contre une gamme de maladies chroniques et de troubles du système immunitaire à la grande enfance et à l'âge adulte, entre autres la haute pression, le cholestérol, l'obésité, le diabète de types 1 et 2, le cancer et un développement moins optimal, en particulier chez les enfants prématurés (8, 70).

Au-delà des avantages du lait maternel pour la santé, l'acte de l'allaitement maternel « stimule [les] canaux sensoriels [et] fournit une possibilité renouvelée de contact direct avec la peau et de stimulation olfactive (60) ». Les meilleures pratiques en matière d'allaitement, notamment le contact peau à peau, le maintien du bébé contre la mère et l'allaitement fondé sur les repères, favorisent un attachement sain du nourrisson et fournissent le type de stimulation nécessaire au développement des nouveau-nés et des nourrissons (71).

iii) Dynamique familiale saine

La dynamique familiale saine renvoie à la façon dont les membres de la famille fonctionnent ensemble en tant qu'unité (leur entente, leur communication, le partage de leurs sentiments, l'acceptation et le soutien des autres, l'entraide, la prise de décisions et la résolution des problèmes) ainsi qu'à la qualité de la relation entre les parents ou partenaires. Un fonctionnement familial déficient et une relation peu satisfaisante entre les parents ou partenaires sont associés à de mauvais résultats en matière de santé et de développement de l'enfant (par exemple, risque accru de blessures et de problèmes affectifs et comportementaux, dont des agressions physiques et indirectes) et à des pratiques parentales inadaptées (66, 72–73), et peuvent aggraver les répercussions d'un faible revenu sur le développement de l'enfant (72, 74–76).

Dans des cas extrêmes, des pratiques parentales inadéquates et une dynamique familiale malsaine peuvent se traduire par de la violence à l'égard de l'enfant par un parent ou un gardien – violence physique, psychologique ou sexuelle, négligence ou exposition à des actes de violence familiale (laquelle constitue une forme de violence faite aux enfants). Les nombreuses conséquences de la violence à court et à long terme sur la santé, le développement et le bien-être de l'enfant exigent, outre des programmes et des services d'assistance aux enfants, aux jeunes et aux familles à la suite d'actes de violence, l'établissement de stratégies en amont afin de prévenir la violence faite aux enfants.

En ce qui a trait au bien-être mental, bon nombre de parents de jeunes enfants signalent des symptômes importants de dépression, des conflits de couple et un stress lié au manque de temps, lesquels sont associés à des comportements parentaux et à des résultats sous-optimaux en matière de santé et de développement de l'enfant (66).

Pour les nouvelles mères, la période post-partum, c'est-à-dire la période qui s'étend du moment de la naissance de l'enfant à 52 semaines, constitue un risque accru pour le bien-être mental. Les conséquences de la dépression post-partum sur la mère, l'enfant et la famille, qui ont fait l'objet de nombreuses études, sont importantes. Dans son document *Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response* (lignes directrices concernant les pratiques exemplaires en matière de violence faite aux femmes) (77), l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario fait état de la situation.

Les femmes ayant souffert de dépression post-partum sont deux fois plus susceptibles de vivre d'autres épisodes de dépression sur une période de cinq ans. Les bébés et les enfants sont particulièrement vulnérables à cette situation. Si elle n'est pas traitée, la dépression post-partum peut entraîner une détérioration des interactions entre la mère et l'enfant ainsi que des perceptions négatives du comportement de l'enfant associées à un attachement précaire et à un retard dans le développement affectif. Le stress conjugal qui se solde par une séparation ou un divorce est aussi une conséquence signalée. [traduction]

iv) Saine alimentation, poids santé et activité physique

L'obésité et l'embonpoint chez les enfants sont considérés comme une crise mondiale en santé publique (78-80) et constituent des facteurs de risque de problèmes de santé à l'adolescence et à l'âge adulte. Pendant l'adolescence, les enfants et les jeunes obèses sont les plus exposés aux maladies cardiovasculaires (par exemple, haute pression et cholestérol), au diabète de type 2, au stress psychosocial lié à la discrimination de poids et à l'asthme (81-84). De même, les enfants et les adolescents obèses ont plus de risques d'être obèses à l'âge adulte et donc de souffrir d'une crise cardiaque, d'un accident vasculaire cérébral, d'ostéoarthrite, d'hypertension, de diabète de type 2, de certains cancers, d'asthme et de dépression (78, 85-86).

S'il est vrai que les habitudes alimentaires et les niveaux d'activité physique sont des comportements appris pendant l'enfance, ils constituent aussi des facteurs importants contribuant à la santé pendant l'enfance et plus tard dans la vie (78). En effet, l'activité physique et la bonne nutrition sont essentielles à la croissance physique et affective, à la santé et à la capacité d'apprentissage d'un enfant (78). Qui plus est, « l'importance d'un petit déjeuner nutritif est reconnue par de nombreuses études établissant un lien direct entre l'alimentation et le rendement scolaire (78) ». [traduction]

v) Croissance et développement

Les résultats liés à la croissance et au développement de l'enfant sont fonction de l'âge et englobent les aptitudes et habiletés motrices, sociales, affectives et cognitives. Les enfants prennent appui sur l'atteinte de jalons de développement pour être en mesure de s'engager dans la vie à un niveau plus complexe dans chaque domaine. Une série de facteurs de prévention des risques modifiables contribuent au développement des jeunes enfants. Ils comprennent les caractéristiques individuelles des enfants et des familles ainsi que des quartiers où ils vivent.

L'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) constitue un moyen d'évaluer si l'enfant est prêt sur le plan du développement à faire son entrée à l'école (l'un des résultats sociétaux du programme Santé des enfants). La liste de vérification de l'IMDPE examine cinq volets liés au développement : santé physique et bien-être, acquisition du langage et développement cognitif, aptitude sociale, maturité affective, et aptitude à communiquer et connaissances générales. Les enfants obtenant une note basse dans au moins un volet de l'IMDPE sont considérés comme vulnérables et pas encore prêts à aller à l'école. Ils sont moins aptes à répondre aux exigences scolaires et à tirer parti des occasions d'apprentissage en milieu scolaire, et sont plus susceptibles d'obtenir, dans les années ultérieures, des notes inférieures aux normes provinciales établies (63).

Un mauvais rendement scolaire se traduit par des conditions plus défavorables à tous les niveaux du bien-être la vie durant. Cette association est attribuable en partie au lien entre le rendement scolaire et les conséquences sur le revenu, l'emploi et les conditions de vie à l'âge adulte (88-90). En effet, il ne faut pas oublier les importantes conséquences intergénérationnelles : l'éducation maternelle influe sur la mortalité et la santé des nourrissons et des enfants ainsi que sur le rendement scolaire de ces derniers (91-92).

vi) Santé bucco-dentaire

La carie dentaire constitue la maladie chronique d'enfance la plus répandue – cinq fois plus répandue que l'asthme et sept fois plus répandue que le rhume des foies (47). Un nombre important d'enfants en bas âge souffrent de carie de la petite enfance, selon le segment de la population sondé. La carie dentaire de la petite enfance est rattachée à des troubles comme le retard staturo-pondéral, une alimentation et un sommeil malsains et un comportement déficient (48).

La mauvaise hygiène bucco-dentaire et les mauvaises habitudes alimentaires sont apprises pendant l'enfance et constituent des facteurs importants contribuant à l'apparition de caries dentaires. On peut prévenir la plupart des caries par de bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire et des habitudes alimentaires saines.

vii) Déterminants sociaux de la santé

Des études sur l'état de santé au niveau individuel ainsi qu'aux niveaux de la collectivité et de la population reconnaissent le statut socioéconomique comme un important déterminant de la santé. Cette association commence avant la naissance et se poursuit tout au long de la vie avec des effets substantiels et durables (93). La pauvreté a une incidence sur la réponse aux besoins fondamentaux tels que l'accès à un logement de qualité, à de la nourriture et à d'autres ressources (par exemple, services à l'enfance de qualité, possibilités récréatives), qui contribuent à des résultats positifs en matière de santé et de développement de l'enfant. De plus, la pauvreté nuit aux enfants dans presque toutes les dimensions de leur vie et les effets sur leur santé ont souvent des conséquences permanentes.

Au Canada, les enfants autochtones et nouveaux immigrants sont les enfants les plus à risque de grandir pauvres (67). De plus, les effets du gradient socioéconomique sur l'état de santé se font sentir toute la vie. Ainsi, « les enfants qui grandissent dans de mauvaises conditions socioéconomiques mais qui grimpent dans l'échelle socioéconomique à l'âge adulte risquent plus de souffrir de problèmes de santé physique et mentale, lesquels trouvent leur source dans le statut socioéconomique de leur enfance (61) ». [traduction]

Il existe aussi un lien négatif entre le faible revenu du quartier et la santé physique des jeunes enfants en ce qui a trait au risque de blessures et à l'asthme (75, 95-96). En effet, les enfants vivant dans des quartiers à faible revenu présentent en général une moins bonne santé que les enfants vivant dans des quartiers aisés pour ce qui est des capacités cognitives, du développement moteur et social, du comportement, du niveau de préparation à l'école et de l'alphabétisation (61, 97-101). Il semble aussi y avoir une corrélation entre le comportement et la santé physique des enfants et des jeunes et le niveau de chômage dans les quartiers. « Le lien entre les mesures de santé, le comportement ou le rendement scolaire et tous les niveaux de statut socioéconomique ne se limite pas à une simple différence entre les pauvres et les riches. Le gradient est continu. Il n'y a pas de point limite (61) ». [traduction]

Outre le revenu du quartier, la qualité de l'environnement de la collectivité ou du quartier peut aussi avoir une incidence sur la santé et le potentiel de développement des enfants et des jeunes. La cohésion du voisinage, la présence de ressources accessibles destinées aux familles et aux enfants ainsi qu'un milieu sécuritaire et propre contribuent au contexte dans lequel les familles vivent et élèvent leurs enfants.

viii) Bien-être mental des enfants et des jeunes

Le bien-être mental est à la base du bien-être et du fonctionnement efficace d'une personne et d'une collectivité. La promotion de la santé mentale peut également se traduire par un meilleur rendement éducatif, une plus grande productivité, des relations plus équilibrées dans les familles et des collectivités plus sécuritaires (109). Il est donc important que soit intégré un principe sous-jacent de promotion de la santé mentale dans l'application des exigences relatives à la santé des enfants. Des stratégies visant à accroître la résilience et le soutien social, à renforcer les capacités d'adaptation, à redresser les injustices sociales, à agir sur d'autres facteurs de stress et à favoriser des pratiques parentales saines sur le plan mental amélioreront les facteurs de prévention et les conditions (par exemple, la cohésion sociale) favorables à la santé des enfants, des jeunes et des familles.

c) Quelles stratégies peuvent aider à alléger le fardeau des problèmes de santé et de développement pour enfants de l'Ontario?

Conformément à la définition de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) concernant une approche axée sur la santé de la population (110), des stratégies intégrées de soins de santé, de prévention, de protection, de promotion de la santé et d'action sur les déterminants élargis de la santé sont requises dans différents contextes.

Une approche globale en matière de santé des enfants commence par les activités du programme de santé génésique visant à améliorer la santé préconceptionnelle et prénatale et à préparer les futurs parents à la fonction parentale et à l'allaitement maternel. Fondé sur ces objectifs, le programme Santé des enfants s'articule autour de six facteurs clés : rôle parental positif, allaitement maternel, dynamique familiale saine, saine alimentation, poids santé et activité physique, croissance et développement et santé bucco-dentaire.

Pour chacun de ces facteurs, les exigences relatives au programme Santé des enfants soulignent l'importance de stratégies représentatives de la population permettant de renforcer les capacités et de réduire les risques auxquels font face les parents et les familles (par exemple, pratiques parentales, décisions et pratiques relatives à l'allaitement maternel, connaissance par les parents des étapes de la croissance et du développement et des activités permettant de les franchir, nutrition et activité physique, dépression maternelle, fonctionnement familial). Ces stratégies comprennent des activités de communication et de marketing social ainsi que des activités de modification du comportement telles que l'offre de ressources de formation sur la santé, des programmes de renforcement des compétences de groupe et des interventions ou des services individuels.

S'il est vrai que ces facteurs peuvent influencer fortement sur la santé et le développement des enfants, les praticiens de la santé reconnaissent aussi que les résultats dans le domaine de la santé, les comportements liés à la santé, les pratiques parentales et d'allaitement maternel et la dynamique familiale sont influencés par le milieu socioéconomique et psychosocial extérieur dans lequel une personne vit.

Parmi les facteurs de risque extérieurs, mentionnons la pauvreté, les caractéristiques du quartier, les expositions au milieu et les réponses psychosociales aux conditions de pauvreté (par exemple, isolement social, violence et dépression). En conséquence, les NSPO, de même que de nombreux rapports locaux, provinciaux, fédéraux et internationaux, réitèrent que des stratégies visant à réduire la pauvreté (des enfants), à agir sur les déterminants de la santé et à réduire les inégalités en matière de santé sont essentielles au travail du secteur de la santé publique (104-107). Le secteur de la santé publique doit d'ailleurs être au nombre des partenaires multisectoriels travaillant de concert et prônant l'établissement de stratégies de réduction de la pauvreté et de redistribution du revenu. Ces stratégies doivent aider à résoudre les effets des déterminants sociaux de la santé plutôt que simplement les traiter. Parmi elles, on trouve la promotion de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques de santé publique, le développement et/ou l'action communautaire, des approches d'autonomisation et de renforcement des capacités et la création de milieux sains et positifs pour les enfants et leurs familles.

L'approche axée sur la santé de la population atteint son objectif d'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en tenant compte des déterminants de la santé et des stratégies visant à réduire les inégalités entre les groupes concernant l'état de santé (110). Par conséquent, le programme Santé des enfants exige des praticiens du secteur de la santé publique qu'ils travaillent en collaboration pour agir sur les déterminants de la santé élargis et réduire les inégalités de santé qui en découlent (1).

Le document *Steps to Equity: Ideas and Strategies for Health Equity in Ontario, 2008–2010* (Vers l'égalité : idées et stratégies pour l'égalité en matière de santé en Ontario) offre des conseils pratiques pour accomplir ce travail (111). Les activités contribuent à l'élaboration et à l'application de politiques saines, à la création ou à l'amélioration de milieux positifs favorables aux enfants et aux familles, et à l'extension des services aux groupes prioritaires.

Les stratégies communautaires permettant la définition rapide d'interventions adéquates pour s'attaquer aux problèmes de santé et de développement des enfants constituent une autre exigence importante du programme Santé des enfants.

La réussite de la mise en œuvre du programme Santé des enfants nécessite une gamme de stratégies universelles et ciblées axées sur la santé publique. Dans *Inverser la véritable fuite des cerveaux, étude sur la petite enfance : rapport final* (60), McCain et Mustard soulignent que « les mesures ciblées pour les enfants et les familles à risque ou en difficulté sont nécessaires, mais elles fonctionnent mieux lorsqu'elles s'insèrent dans le cadre d'un système ouvert à tous ». Ils rappellent aussi que « étant donné que tous les enfants et leur famille, quelle que soit leur situation socio-économique, peuvent tirer profit des programmes d'éducation à la petite enfance et de formation au rôle parental, il importe que les programmes soient accessibles aux familles de tous les groupes socio-économiques (60) ». Par ailleurs, dans le rapport récemment publié *Dans l'optique de notre meilleur avenir : Mise en œuvre de l'apprentissage des jeunes enfants en Ontario* (112) de Charles Pascal, il est dit que les programmes et les politiques « qui ne visent que les collectivités défavorisées passent en fait à côté de la majorité des enfants vulnérables. Il est prouvé qu'une approche universelle de prestation de programmes intégrant des initiatives visant à réduire la pauvreté contribue à amplifier les bienfaits sociaux, économiques et scolaires (112) ».

L'accent mis sur les groupes prioritaires (1) dans le cadre d'une approche axée sur la santé de la population exige des praticiens du secteur de la santé publique qu'ils améliorent l'accessibilité de l'intervention, qu'ils entreprennent des activités d'action directe et/ou qu'ils élaborent des stratégies particulières aux groupes prioritaires. Les groupes prioritaires existent là où les données recueillies indiquent des inégalités en matière de santé ou de déterminants sociaux de la santé. Par exemple, les interactions et les activités d'aiguillage du programme « Bébés en santé, enfants en santé » comprennent des interventions universelles et ciblées auprès des familles présentant un risque élevé.

Des stratégies visant à accroître la résilience, le soutien social et la cohésion sociale, à renforcer les capacités d'adaptation, à redresser les injustices sociales, à agir devant d'autres facteurs de stress, et à favoriser des pratiques parentales saines sur le plan mental doivent être intégrées à tous ces domaines pour améliorer le bien-être mental des enfants, des jeunes et des familles.

d) Dans la province, quels mandats, directives politiques et stratégies permettent aux enfants d'atteindre et de maintenir une santé optimale et un plein potentiel de développement?

L'atteinte et le maintien d'une santé optimale et d'un plein potentiel de développement chez les enfants constituent un mandat partagé entre les ministères provinciaux. Par exemple, dans le document du cadre stratégique *Des Ontariennes et des Ontariens en santé, un Ontario en santé*, le ministère de la Promotion de la santé (MPS) souligne que ses efforts porteront en priorité sur les enfants et les adolescents. « Les comportements et les attitudes acquis pendant l'enfance durent toute la vie. Des enfants actifs et en santé deviennent des adultes actifs et en santé. Nous bâtissons une génération d'Ontariennes et d'Ontariens en meilleure santé. » De son côté, dans le document du cadre stratégique 2008-2012 *Réaliser le potentiel de nos enfants, de nos jeunes et de notre avenir* (113), le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) imagine un Ontario où tous les enfants et les jeunes ont les meilleures chances de réussite et les meilleures occasions de réaliser leur plein potentiel.

Les efforts du gouvernement visant à répondre aux exigences sociales du programme Santé des enfants conformément aux *Normes de santé publique de l'Ontario* (NSPO) auront des résultats positifs à long terme sur les Ontariennes et Ontariens et la province. Des stratégies gouvernementales provinciales, par exemple la Stratégie de réduction de la pauvreté (dont l'expansion du Programme de soins dentaires pour enfants [PSDE]), contribueront à l'atteinte des objectifs liés au programme dans le respect des NSPO. De plus, des stratégies ministérielles, notamment la Stratégie des services après l'école du MPS, la Stratégie ontarienne de prévention des traumatismes, la stratégie Ontario sans fumée, la Stratégie Meilleur départ du MSEJ, la stratégie 18 mois et la stratégie du MSSLD destinée aux mères, aux enfants et aux jeunes, appuient le travail des bureaux de santé locaux dans le but d'observer les exigences relatives aux programmes Santé génésique et Santé des enfants.

Les bureaux de santé sont responsables de l'application des *Normes de santé publique de l'Ontario*, dont les exigences du programme Santé des enfants (<https://www.publichealthontario.ca/portal/%20Reproductive%20server.pt?open=512&objID=1191&PageID=0&cached=true&mode=2>). Ces exigences, ainsi que celles du programme de santé génésique, composent les normes du programme de santé familiale. Les résultats de tous conseils de santé tendent vers la réalisation de l'objectif général du programme Santé des enfants, afin de permettre aux enfants d'atteindre et de maintenir une santé optimale et un plein potentiel de développement.

Les programmes et les services liés à la santé des enfants reçoivent également l'appui de partenariats interministériels et de politiques gouvernementales en faveur de la santé. Par exemple, le programme « Bébés en santé, enfants en santé » constitue une exigence des programmes Santé génésique et Santé des enfants visant à offrir aux enfants les meilleures chances de bien démarrer dans la vie. Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) administre le programme et les bureaux de santé locaux en mettent en œuvre les volets. Les programmes de santé familiale sont soutenus par le ministère de la Promotion de la santé et les résultats atteints par la mise en œuvre des exigences relatives au programme Santé des enfants. Pour obtenir de l'information sur les stratégies gouvernementales destinées aux élèves, veuillez vous reporter au *Document d'orientation sur la santé en milieu scolaire*.

La mise en œuvre efficace du programme Santé des enfants nécessite une collaboration entre différents programmes de santé publique, par exemple les programmes Santé des enfants (comprenant le programme « Bébés en santé, enfants en santé » et le programme de santé bucco-dentaire), de prévention des maladies chroniques (comprenant des activités en milieu scolaire et en milieu de travail), de santé sexuelle, d'hygiène du milieu, de prévention et de contrôle des maladies infectieuses et de prévention des maladies par vaccination (veuillez vous reporter à la section 4 pour plus de détails sur l'intégration).

e) Sur quelles données et quels fondements l'orientation s'appuie-t-elle?

Les innovations scientifiques importantes dans le domaine du développement du cerveau au début de la vie indiquent que les connexions cellulaires vitales du cerveau (synapses) sont constituées au cours des cinq premières années de la vie dans les parties du cerveau responsables de l'ouïe, de la vision, de la parole, de la découverte, du raisonnement et des sentiments. À mesure que l'enfant grandit, certaines de ces voies neuronales originales seront solidifiées, tandis que d'autres seront écartées. Ce processus de canalisation du cerveau se produit plus rapidement aux premiers stades de la vie et pendant la petite enfance, car à ce moment « le cerveau est particulièrement disposé à l'intégration biologique et à la création des voies neuronales conditionnelles à une bonne santé et au bien-être tout au long de la vie (61) ». [traduction] Même si le cerveau continue de se développer après la petite enfance, il s'appuie cependant sur ces premières voies et inclusions biologiques (60–61.)

Voilà pourquoi les expériences en bas âge ont une incidence disproportionnellement grande sur l'avenir des enfants, malgré « la souplesse et la résilience considérables du développement, même chez les enfants qui grandissent dans des conditions défavorables » (61). [traduction]

Dans *Inverser la véritable fuite des cerveaux, étude sur la petite enfance : rapport final* (60), des études multidisciplinaires révèlent que l'investissement dans la petite enfance constitue la meilleure approche pour la santé générale et la réussite économique de l'Ontario. Cette conclusion a mené à l'élaboration d'un cadre de travail pour les programmes universels de développement de la petite enfance et de formation au rôle parental dans la province. Le rendement du capital investi dans ce cadre de travail varie de 5,3 % à 9 %, ce qui compense le coût de l'inflation et du capital (114).

Rappelons-nous que « le développement du cerveau et de l'enfant en bas âge établit les bases de la santé, du bien-être, du comportement et de l'apprentissage, mais [que] le développement ultérieur joue un rôle important dans l'établissement de ces bases. On peut comparer le développement de l'enfant et de l'adolescent à la construction d'une maison. La phase initiale du développement a lieu de zéro à six ans environ, et est comparable à la fondation. La phase intermédiaire de l'enfance (de six à douze ans) peut être vue comme les murs, et l'adolescence comme le toit. Une bonne fondation est essentielle à la structure de l'ensemble de la maison, mais cette dernière a tout de même besoin des murs et du toit (61) ». [traduction] En effet, le cerveau continue de subir des modifications structurelles et fonctionnelles importantes pendant l'adolescence, au moment où l'adolescent doit aussi composer avec des changements émotifs, hormonaux et comportementaux non négligeables (115). « Cette période de réorganisation du cerveau peut être particulièrement vulnérable aux perturbations par des drogues ou de l'alcool. Les résultats d'études menées sur des humains et des animaux démontrent en effet que l'adolescence est une période pendant laquelle les effets indésirables de l'alcool et d'autres drogues sur le cerveau sont particulièrement importants (115). » [traduction] Par conséquent, les stratégies relatives à la santé des enfants doivent impérativement s'étendre au-delà des premières années afin de favoriser une santé et un développement optimaux tout au long de l'adolescence.

Section 3 – Exigences des NSPO en matière de santé de l'enfant

Introduction

Cette section fournit de l'information détaillée sur chacune des exigences relatives aux NSPO en matière de santé de l'enfant. Force est cependant de reconnaître l'existence de limites à cet examen. Tout d'abord, en raison des différentes dimensions de ce domaine de promotion de la santé, il est impossible d'analyser chaque exigence en profondeur. Deuxièmement, relativement peu de programmes liés à la santé des enfants ont été officiellement évalués et, même si nous avons accès à un volume considérable de données non officielles en matière de promotion de la santé des enfants et des familles, nous disposons de données empiriques limitées concernant les meilleures pratiques dans ce domaine. Nous reconnaissons aussi notamment que la meilleure pratique en lien avec la période intermédiaire de l'enfance et l'adolescence doit être mieux élaborée. Enfin, comme les bureaux de santé à l'échelle de la province s'engagent à offrir un large éventail de programmes et de services répondant à ces exigences, nous n'avons pu inclure qu'un petit nombre de programmes en guise d'exemples de « meilleures pratiques » pour chaque exigence. Cette section constitue donc la première étape d'une explication exhaustive des exigences relatives à la santé de l'enfant.

Comme la nature de ce document d'orientation est toujours d'actualité, de nouveaux exemples de meilleures pratiques pourront être ajoutés à mesure que la documentation s'enrichit et que les bureaux de santé élaborent et évaluent de nouveaux programmes.

REMARQUE : Ce document d'orientation ne traite pas des exigences n^{os} 2, 3 et 10 (*Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé bucco-dentaire*), 12 (*Programme de soins dentaires pour enfants [PSDE]*), 13 (*Protocole concernant les services de santé bucco-dentaire préventifs*) et 14 (*Protocole de surveillance des concentrations de fluorure dans les réseaux d'eau communautaires*), car celles-ci ne sont pas examinées dans le *Document d'orientation sur la santé bucco-dentaire*. Il en va de même pour l'exigence 9 (programme « Bébés en santé, Enfants en santé »). Les liens vers le *Document d'orientation sur la santé bucco-dentaire* et le *Protocole « Bébés en santé, enfants en santé »* sont indiqués dans cette section sous la présentation de chaque exigence.

a) Évaluation et surveillance

Exigence n^o 1

Le conseil de santé doit effectuer une analyse épidémiologique des données de surveillance et examiner l'évolution des tendances au fil du temps, les nouvelles tendances et les groupes prioritaires, conformément au Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population, 2008 (ou à la version en vigueur), concernant ce qui suit :

- *un rôle parental positif;*
- *l'allaitement maternel;*
- *une dynamique familiale saine;*
- *une saine alimentation, le poids santé et l'activité physique;*
- *la croissance et le développement;*
- *la santé bucco-dentaire.*

1. Niveau national

Les sources de données et d'information nationales aident les conseils de santé à faire le suivi des données de surveillance des domaines du programme Santé des enfants. En voici quelques-unes.

- *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), cycle 7 (ou version en vigueur) (65)* (http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4450&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2);
- *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2008 (ou version en vigueur) (7)* (<http://www.statcan.gc.ca/concepts/health-sante/index-fra.htm>¹);
- *Enquête canadienne sur les mesures de la santé (103)* (http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5071&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

Les récentes activités de rapport et d'application de l'*Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)* aideront à créer un profil national de l'IMDPE (100) (http://www.earlylearning.ubc.ca/resources_reportspubs.htm#EDI).

Les rapports ponctuels donnent aussi des résultats indicateurs du programme Santé des enfants, par exemple, le *sondage national de parents de jeunes enfants* (66) (<http://www.investinkids.ca/parents/about-us/ourresearch/articletype/articleview/articleid/1258/national-survey-of-parents-of-young-children.aspx>) et l'étude ontarienne sur les signalements de mauvais traitements envers les enfants *Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect [OIS], 2003* (117) (http://www.phac.arpc.gc.ca/publicat/cissr-ecirc/pdf/cmec_e.pdf).

Statistique Canada fournit des statistiques démographiques (selon les certificats de naissance et de décès annuels délivrés par le registre législatif de l'Ontario) pour les indicateurs de santé des enfants en lien avec les naissances vivantes, les mortinaissances et la mortalité, ainsi que des données de recensement sur les caractéristiques démographiques, sociales et économiques des Canadiennes et Canadiens (lesquelles peuvent être obtenues pour des régions géographiques plus petites, par exemple des villes ou des zones dans les villes) et des données liées aux familles (par exemple, les caractéristiques démographiques et les données relatives au revenu des familles, y compris celles des couples de même sexe et des personnes hors famille).

2. Niveau provincial

La liste des *indicateurs de base de la santé publique en Ontario* (<http://www.apheo.ca/index.php?pid=55>) indique les sources de données qui aident aussi les conseils de santé à surveiller les données relatives à la santé des enfants au fil du temps. Le site Web fournit de l'information complète sur les définitions et les caractéristiques des indicateurs. Les données actuelles ne sont pas fournies. Les indicateurs de base possibles pertinents à la santé des enfants comprennent actuellement des données sur la décision d'allaiter et la durée de l'allaitement, la santé bucco dentaire et l'hospitalisation.

¹ Les services de santé publique reçoivent le fichier « partagé » des données de l'ESCC au niveau de l'enregistrement sur les répondants ontariens ayant accepté que leurs données soient partagées avec les ministères de la santé provinciaux. Ce fichier est distribué aux services de santé publique par la Direction de l'analytique en matière de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Les services de santé publique reçoivent aussi le Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) des données de l'ESCC au niveau de l'enregistrement, dans lequel certaines réponses sont groupées en catégories pour assurer l'anonymat. Cette disposition est établie par Statistique Canada sur les conseils de la Direction de l'analytique en matière de santé du MSSLD. L'ESCC peut être utilisée pour enquêter sur l'état de santé et les comportements liés à la santé des hommes et des femmes en âge de procréer.

3. Niveau local

Le site *Rapid Risk Factor Surveillance System* (RRFSS) (<http://www.rfss.ca/>) comprend des processus de collecte, d'analyse, de communication et de diffusion des données destinés à un nombre limité de circonscriptions sanitaires en Ontario. Le RRFSS offre la possibilité de surveiller les modules locaux relatifs à la santé de l'enfant (par exemple, allaitement maternel, rôle parental positif).

Les données des bureaux de santé locaux relatives à la santé des enfants sont recueillies dans des bases de données logicielles provinciales (par exemple, programme « Bébés en santé, enfants en santé », Système d'information sur les services intégrés pour enfants [SISIE], Système d'information sur la santé buccodentaire [SISB], Système d'archivage des dossiers d'immunisation [SADI] et Système intégré d'information sur la santé publique [SIISP]). Le SIISP enregistre les données liées aux maladies à déclaration obligatoire indiquées dans le Règlement 559 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS).

Les bases de données des programmes communautaires du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) (par exemple, Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire, Programme de dépistage néonatal des troubles auditifs et d'intervention précoce et Programme d'intervention précoce auprès des enfants aveugles ou ayant une basse vision), ainsi que les données et l'information des hôpitaux communautaires (par exemple, le Registre ontarien des traumatismes et les données relatives à la salle d'urgence et aux hospitalisations) et d'autres données des partenaires du programme Santé des enfants (par exemple, les sociétés d'aide à l'enfance, le programme Ontario au travail et l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance [IMDPE]) appuient aussi les activités de surveillance des bureaux de santé. Les résultats de l'IMDPE, destinés à évaluer le niveau de développement de l'enfant à son entrée à l'école, fournissent d'autres données de surveillance locales. Quant aux données relatives à la salle d'urgence et aux hospitalisations, elles sont accessibles par le référentiel de connaissances *savoirSANTÉ ONTARIO*. Les employés des unités de santé publique (par exemple, les épidémiologistes et les analystes) peuvent recevoir une formation sur *savoirSANTÉ ONTARIO* et obtenir l'accès à cette application Web qui permet à l'utilisateur d'interroger les ensembles de données cliniques administratives de l'Ontario détenus par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans la Base de données provinciale pour la planification des services de santé (BDPPSS).

Voici d'autres exemples de systèmes de surveillance et de sondages appuyant cette exigence au niveau local :

- Système de surveillance de l'allaitement dans le cadre de l'*initiative Baby Friendly*^{MC} (BFI) (par exemple, Bureau de santé de Peterborough, Bureau de santé du district de Thunder Bay, Santé publique Algoma);
- *Infant Feeding Surveillance System*, Bureau de santé de Durham;
- *NutriSTEP Implementation and Results of Preschooler Eating and Activity Habits in Thunder Bay District*, Bureau de santé du district de Thunder Bay, 2010 – accessible sur www.tbdhu.com (27);
- Enquête torontoise sur la santé périnatale et infantile *Perinatal and Child Health Survey*, 2003;
- *Sondage à l'intention des parents d'enfants fréquentant le jardin d'enfants (SPEJE)* – Halton et Waterloo;
- *Youth Survey* de Halton, 2006.

Les rapports de situation locaux sur la santé des enfants aident les conseils de santé à surveiller les données et les indicateurs locaux au fil du temps. Parmi les rapports récents, mentionnons les suivants :

Série *The Health of Toronto's Young Children* (118) (<http://www.toronto.ca/health>);

Une communauté adaptée aux enfants : aperçu des jeunes enfants de la région de Waterloo, 2^e édition (119) (<http://www.earlyyearsinfo.ca/cms/SearchableDatabase/SearchableDatabase.aspx>);

A Vision for Children in Halton Report Card (87)

(<http://www.ourkidsnetwork.ca/pdf/Our%20Kids%20Report%20Card.pdf>).

Ces rapports intègrent une approche globale de communication des indicateurs de la santé des enfants, dont les résultats des sondages susmentionnés.

Les partenariats communautaires comme ceux précisés dans *Une communauté adaptée aux enfants : aperçu des jeunes enfants de la région de Waterloo* et le réseau Our Kids Network de Halton (120) peuvent aider à améliorer la collecte des données et à établir des liens plus étroits entre ces dernières ainsi qu'à produire un rapport plus complet sur la santé des enfants, lequel peut être partagé et utilisé par un large éventail d'intervenants dans la collectivité.

Par l'intermédiaire de la norme fondamentale, les NSPO (1) guident les unités de santé publique afin de définir les « groupes prioritaires » selon les données de surveillance, les analyses épidémiologiques et d'autres études, notamment les consultations auprès de partenaires communautaires et d'autres parties prenantes. Les étapes de la détermination et de la description des données sur l'état de santé et les inégalités en matière de santé sont présentées dans le document *Why we Need to Work with Priority Populations and how this Relates to Population Health* (121), accessible à l'adresse suivante : <http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A?OpenDocument>

Exigence n° 2

Le conseil de santé doit surveiller la santé bucco-dentaire des enfants dans les écoles et aiguiller ceux qui sont susceptibles d'avoir des problèmes de santé dentaire, conformément au Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé bucco-dentaire, 2008 (ou à la version en vigueur) et au Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population, 2008 (ou à la version en vigueur).

Voir le Document d'orientation sur la santé bucco-dentaire

http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/pubhealthf/oph_standardsf/ophsf/guidancef.html

Exigence n° 3

Le conseil de santé doit communiquer des données sur la santé bucco-dentaire, conformément au Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé bucco-dentaire, 2008 (ou à la version en vigueur).

Voir le Document d'orientation sur la santé bucco-dentaire

http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/pubhealthf/oph_standardsf/ophsf/guidancef.html

b) Promotion de la santé et élaboration de politiques

Exigence n° 4

Le conseil de santé doit collaborer avec les partenaires communautaires en utilisant une approche globale de la promotion de la santé afin d'influencer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques favorisant la santé ainsi que la création de milieux favorables en rapport avec ce qui suit :

- *un rôle parental positif;*
- *l'allaitement maternel;*
- *une dynamique familiale saine;*
- *une saine alimentation, le poids santé et l'activité physique;*
- *la croissance et le développement;*
- *la santé bucco-dentaire.*

Le conseil de santé doit notamment :

- a. évaluer la situation conformément au Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population, 2008 (ou à la version en vigueur);*
- b. examiner, adapter et fournir des ressources et des programmes favorisant un changement de comportement.*
Note en bas de page no 17 : Il peut s'agir notamment de ressources appuyant le programme scolaire (dans les jardins d'enfants, les écoles, etc.), de soutien dans les lieux de travail ou de possibilités de formation ou d'acquisition de compétences.

La première étape en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques favorisant la santé et la création de milieux favorables en rapport avec le rôle parental positif, l'allaitement maternel, une dynamique familiale saine, une saine alimentation, le poids santé et l'activité physique ainsi que la croissance et le développement est d'effectuer une évaluation de la situation. Compte tenu de la portée étendue du domaine de la santé des enfants, il pourrait être nécessaire de commencer par définir une question précise sur le sujet et de déterminer et/ou de cibler des groupes.

L'organisme The Health Communication Unit (THCU) fournit la définition complète d'une évaluation de la situation dans le contexte de la santé publique. On peut la consulter sur le site www.thcu.ca. Une évaluation de la situation nécessite la collecte d'information de différentes sources, par exemple l'examen des rapports d'étape sur la santé des enfants et des données de surveillance, une analyse documentaire, une analyse du contexte et la consultation d'intervenants communautaires.

Deux ressources peuvent être utiles pour mener une évaluation de la situation : le cadre de planification du Bureau de santé publique de la région de Waterloo et le cadre de pratique du Bureau de santé publique de Toronto.

Un examen des rapports actuels sur l'état de santé des enfants et des sources de données de surveillance dont il est fait mention dans l'exigence n° 1 de ce document d'orientation aidera à éclairer l'évaluation de la situation. Cet examen peut comprendre la collecte de données démographiques locales sur les enfants et les familles dans la collectivité. La collecte d'information sur la santé des enfants, la dynamique familiale et les pratiques parentales, quoique plus complexe, est également importante. Ce type d'information pourrait comprendre la décision d'allaiter, la durée de l'allaitement et le taux d'allaitement exclusif, ainsi que le régime et l'activité physique, les pratiques parentales, le fonctionnement des familles, l'utilisation des ressources communautaires, etc. De nombreux bureaux de santé en Ontario, par exemple ceux de Halton, Hamilton et Toronto, collaborent souvent avec des partenaires communautaires pour produire des rapports sur l'état de santé des enfants. Pour sa part, le Bureau de santé de Middlesex-London s'est appuyé sur les données du système de surveillance rapide des facteurs de risque sur les souhaits et les besoins des parents pour éclairer son évaluation de la situation. Ces données peuvent aussi aider à établir les bases de référence d'indicateurs pertinents pouvant être intégrés à l'évaluation des activités de promotion de la santé.

Une analyse documentaire de la santé des enfants en général ou d'une question particulière sur le sujet peut permettre de mieux comprendre la question elle-même, les groupes prioritaires concernés et/ou les stratégies et approches fondées sur des pratiques exemplaires. Le Centre de ressources Meilleur départ (<http://www.beststart.org>), par l'intermédiaire de Santé Nexus, peut s'avérer un outil utile pour entreprendre cette analyse.

Une analyse du contexte ou une vérification peut être menée pour évaluer l'état actuel de différents facteurs liés à cette exigence. Cette analyse peut comprendre les éléments suivants :

- Services et programmes communautaires – disponibilité, accès, obstacles, lacunes, etc.;
- Politiques actuelles – l'efficacité de leur application et/ou la façon dont elles sont reçues, les obstacles à leur application et le soutien nécessaire à leur application intégrale, le niveau de préparation de l'organisme à l'adoption de nouveaux modes de pensée et de travail, etc.;
- Partenaires communautaires possibles – leurs mandats, programmes et ressources. Il peut s'agir de partenaires des domaines de la santé, des services sociaux et de l'éducation qui offrent et/ou soutiennent des activités de promotion de la santé des enfants, par exemple : écoles primaires et secondaires et établissements d'enseignement postsecondaire, fournisseurs de soins aux enfants, centres de développement de la petite enfance de l'Ontario, centres de ressources familiales et d'alphabétisation et programmes d'action communautaire destinés aux enfants.

La consultation directe du groupe ciblé constitue une autre stratégie importante pour évaluer les besoins, les intérêts et les priorités en ce qui a trait aux programmes, aux services, au soutien et aux ressources permettant de créer et/ou d'améliorer des milieux favorables aux enfants, aux jeunes et aux familles. En faisant participer directement le groupe ciblé, il sera plus facile de définir les obstacles au changement de comportement ainsi que les solutions possibles. Les consultations peuvent prendre différentes formes : appels téléphoniques, sondages en ligne, groupes de discussions, entrevues, etc.

L'identification des groupes prioritaires constitue l'un des résultats probables d'une évaluation de la situation.

Les groupes prioritaires peuvent comprendre les sujets suivants :

- Enfants vivant dans une famille présentant des conditions de risque (par exemple, famille à faible revenu, nouvellement arrivée au Canada et/ou dont l'anglais est la langue seconde, fonctionnement dysfonctionnel de la famille, pratiques parentales inadéquates, violence ou tabagisme);
- Enfants ayant une mère ne connaissant pas bien ses responsabilités maternelles ou souffrant de dépression, familles avec enfants vivant dans des quartiers « à risque » (par exemple, quartiers à faible revenu et/ou à faible cohésion sociale, quartiers peu sécuritaires et ressources communautaires limitées);
- Enfants ou jeunes présentant de mauvais résultats en matière de santé ou de développement (par exemple, surpoids ou obésité, mauvaise nutrition, faible activité physique, tabagisme, consommation d'alcool et/ou de drogues, décrochage scolaire, difficultés de développement aux étapes clés).

Les documents *Why we Need to Work with Priority Populations and how this Relates to Population Health* (121), *Process to Determine Priority Populations* (122) et *Process to Determine Priority Neighbourhoods* (123) peuvent s'avérer des ressources utiles (veuillez consulter le site suivant : <http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A?OpenDocument>).

Une fois l'évaluation de la situation terminée, l'étape suivante consiste à élaborer et à mettre en œuvre des politiques favorisant la santé qui contribuent à la création et/ou à l'amélioration de milieux favorables. Viennent ensuite les étapes de l'examen, de l'adaptation et de la prestation des ressources et des programmes de soutien au changement de comportement, et de l'élaboration de stratégies de communication en matière de santé. L'outil de planification de la santé (*Health Planner*) de la TCHU, auquel on peut accéder sur le site <http://www.thcu.ca>, peut aider à la planification, notamment à l'établissement des buts et objectifs et à la prise de décisions stratégiques.

Compte tenu du nombre important d'organismes partenaires partageant un mandat commun lié aux enfants, aux jeunes et aux familles, il est primordial que le secteur de la santé publique collabore avec les partenaires communautaires pour orienter l'élaboration des politiques et la création de milieux favorables. Les pratiques exemplaires soutiennent une approche de collectivités en santé s'accompagnant d'une stratégie de partenariats multisectoriels à grande échelle dans le cadre de laquelle les réseaux locaux d'organismes communautaires, d'établissements et d'entreprises travaillent de concert pour définir les besoins ou les problèmes locaux et répondre à ces derniers. Cela comprend les approches communautaires, de développement communautaire, d'autonomisation et de renforcement des capacités. Différentes ressources sont offertes pour aider les bureaux de santé à travailler avec les partenaires communautaires.

- Le guide *Comment travailler avec les coalitions* du Centre de ressources Meilleur départ (<http://www.beststart.org>) peut aider les bureaux de santé à obtenir la collaboration des partenaires communautaires pour créer des milieux sécuritaires et favorables aux enfants et aux familles.
- Santé Nexus (<http://www.healthnexus.ca/>) offre des ressources favorisant le renforcement des capacités communautaires par des stratégies de mobilisation communautaire, d'action communautaire et de création de coalitions efficaces, ainsi que d'autres stratégies utiles de promotion de la santé.
- Le répertoire pour le Fonds des projets nationaux (FPN) du PACE et du PCNP (http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/fpn_projets-fra.php) offre un inventaire en ligne des projets du FPN, dont bon nombre concernent des interventions sur des questions relatives aux déterminants sociaux de la santé, entre autres la violence familiale, la sécurité alimentaire et les besoins spéciaux des enfants en matière de santé mentale.

Ces activités collaboratives de promotion de la santé peuvent viser des changements à différents niveaux : local, provincial ou fédéral. Elles peuvent porter sur des questions de vaste portée ayant une incidence sur la santé des enfants, des jeunes et des familles (comme les déterminants sociaux ou environnementaux de la santé plus généraux) ou encore être axées sur des domaines particuliers (comme les six facteurs clés du programme et les ressources et services connexes). Des exemples d'activités d'élaboration de politiques publiques favorables à la santé et de création de milieux favorables à chacun des niveaux sont fournis ci-dessous.

a) Activités de haut niveau

- Participation à l'élaboration de stratégies d'intervention provinciales et/ou fédérales en lien avec la pauvreté des enfants et des familles, la sécurité alimentaire, le logement, etc.;
- Action et intervention en faveur de modifications législatives sur des questions telles que l'exclusion des punitions corporelles, l'augmentation des avantages sociaux liés au congé de maternité et au congé parental, la publicité limitée auprès des enfants, etc.;
- Résolution des problèmes d'accessibilité, par exemple l'accès à des soins aux enfants, les possibilités d'activité physique, les services d'établissement des immigrants, le soutien à l'emploi, les services relatifs à la santé de l'enfant et à la santé mentale, les soins primaires, etc.;
- Promotion de l'importance des enfants dans la collectivité par des activités locales appuyant la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, par exemple :
 - soutien de la désignation d'un intervenant local en matière d'enfance;
 - participation à un réseau local d'enfants;
 - création d'un plan de ville comprenant la définition des priorités en matière de santé des enfants (par exemple, ville de London);
 - établissement d'une charte locale des enfants (par exemple, la *Charte des enfants de la région du Niagara*);
 - promotion de l'initiative Bâtir des villes adaptées aux enfants, cadre de travail créé par l'UNICEF pour favoriser la collaboration avec les gouvernements régionaux et municipaux dans le cadre d'initiatives d'élaboration de politiques relatives à la santé des enfants (<http://www.childfriendlycities.org>).

b) Activités locales

- Participation à l'élaboration de stratégies locales de développement communautaire renforçant la cohésion des quartiers. Les données recueillies au moyen de l'échelle de sécurité du quartier de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes indiquent que la cohésion des quartiers peut favoriser la socialisation des enfants. Elles démontrent en outre que les enfants vivant dans des collectivités sécuritaires et cohésives sont moins susceptibles que les enfants vivant dans des quartiers peu sécuritaires et peu cohésifs d'être aux prises avec des problèmes affectifs, comportementaux, moteurs, sociaux et verbaux et de se blesser (73-75, 100-101).
- Soutien des stratégies et des politiques permettant d'améliorer la sécurité et l'hygiène des milieux physiques pour les enfants et les familles (par exemple, construction de terrains de jeu sécuritaires, organisation de journées de nettoyage des parcs plusieurs fois par année, réduction du risque d'expositions aux produits toxiques pour l'environnement).
- Promotion des ressources communautaires soutenant les enfants, les jeunes et les familles, par exemple les programmes de prévention de la violence familiale, les services d'établissement, les services de santé mentale, l'évaluation des installations et des programmes d'activité physique. Selon les données relatives aux ressources des quartiers, les enfants vivant dans des collectivités où sont offertes un plus grand nombre de ressources, en particulier des ressources de développement de la petite enfance, réalisent de meilleurs progrès sur le plan du développement au moment de leur entrée à l'école (61).

i) Rôle parental positif

- Dans le cadre du programme Investir dans l'enfance, offrir une formation à domicile aux parents présentant un risque élevé (116).
- Élaboration d'une politique similaire à la politique relative aux punitions physiques du Bureau de santé publique de Toronto, qui est aussi préconisée pour aider les organismes partenaires extérieurs à adopter ces politiques au moyen de formation, des leçons apprises, etc.
- Création d'une communauté de praticiens internes et externes avec les partenaires communautaires afin de convenir des politiques et lignes directrices à préconiser relativement au rôle parental positif. Par exemple, le *Positive Parenting Program*^{MD} (Triple P) (<http://www1.triplep.net>) est systématiquement recommandé par les bureaux de santé publique de la région du Niagara, de Halton et de Thunder Bay dans le cadre de cours parentaux ainsi que par les centres de développement de la petite enfance de l'Ontario dans leurs collectivités.
- Appui des milieux de travail favorables à la vie de famille, qui offrent aux parents une certaine souplesse en cas de besoin, par exemple des modalités de travail souples, des jours de congé payé sans condition, l'utilisation des avantages sociaux relatifs à la paie des employés et les centres de la petite enfance et de services parentaux en milieu de travail. Par exemple, le Bureau de santé du district de Thunder Bay (2006) a établi une politique et une procédure générales pour favoriser les horaires de travail souples. L'objectif est de répondre d'une part aux besoins familiaux liés aux activités de loisirs et à d'autres obligations, et d'offrir d'autre part des services en fonction des besoins de la collectivité.
- Envisager l'établissement des milieux de travail locaux comme base des centres de développement de la petite enfance et des centres de services parentaux. Pour connaître des ressources relatives aux stratégies en milieu de travail, veuillez consulter la rubrique « Allaitement maternel » ci-dessous.

ii) Allaitement maternel

- Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) (<http://www.rnao.org>), par exemple par le Bureau de santé de la région du Niagara (125).
- Le guide de mise en œuvre *Baby Friendly™ Initiative in Community Health Services: A Canadian Implementation Guide* (9) (<http://www.breastfeedingcanada.ca/html/bfi.html>) constitue un exemple d'ensemble complet de politiques, de services et de pratiques exemplaires fondés sur des normes d'excellence et élaborés dans le but de créer un milieu favorable à l'allaitement maternel dans les services de santé communautaire. Les programmes Santé des enfants et Santé génésique peuvent se concerter pour exécuter le plan en sept points décrit dans le guide pour que le bureau de santé puisse être évalué et recevoir l'accréditation de l'Initiative des Amis des bébés^{MC} (IAB). Les bureaux de santé et/ou les partenaires communautaires qui travaillent auprès des mères allaitantes et de leurs familles peuvent aussi choisir de se consacrer à des éléments particuliers du guide. Ce travail sera profitable et pourrait constituer une première étape vers l'obtention de la désignation. On peut accéder à de l'information et à des conseils sur la mise en œuvre du guide auprès des bureaux de santé du district de Thunder Bay, de Peterborough et du district de Peel ainsi que de Santé publique Algoma. Chacun a reçu la désignation « Amis des bébés^{MC} »(IAB).
- Promotion de la trousse d'information et d'activités du groupe de travail sur l'allaitement maternel de l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO) destinée aux enseignants du secondaire (126). (lien vers le programme Santé génésique)
- Utilisation des ressources du Centre de ressources Meilleur départ (<http://www.beststart.org>) pour appuyer le travail des médecins sur la consommation d'alcool pendant la période de l'allaitement.
- Établissement et promotion de milieux de travail favorables à l'allaitement maternel. Des stratégies visant la création de milieux de travail sains et solidaires contribuent à l'atteinte des objectifs du programme Santé des enfants, ainsi qu'au respect des autres exigences relatives aux NSPO (par exemple, prévention des maladies chroniques, prévention des blessures et du mésusage de substances, santé génésique). Une approche intégrée entre les volets des programmes est donc recommandée dans le cadre des stratégies de santé en milieu de travail. Les bureaux de santé sont invités à consulter l'outil de planification de The Health Communication Unit (THCU) pour obtenir plus d'information sur les interventions en milieu de travail (<http://www.thcu.ca/workplace/sat/index.cfm>). Le guide *How-To Build Partnerships with Workplaces* du Centre de ressources Meilleur départ (<http://www.beststart.org>) constitue une autre ressource utile concernant les milieux de travail. Même si les exemples fournis dans ce guide portent sur des questions relatives à la santé génésique, les pratiques exemplaires et les stratégies s'appliquent aussi au programme Santé des enfants. Meilleur départ offre aussi des ressources destinées aux employeurs et aux milieux de travail pour soutenir les politiques adaptées aux familles.
- Le Bureau de santé du district de Thunder Bay a élaboré une politique et des procédures favorisant la poursuite de l'allaitement après le retour au travail des employées en congé de maternité. La politique encourage la direction à déterminer, de concert avec l'employée concernée, des horaires de travail, des pauses et des mandats convenables qui permettront à cette dernière de continuer à allaiter. Le Bureau de santé du district de Thunder Bay a également mis en place une politique générale reconnaissant que le lait maternel constitue le meilleur aliment pour la croissance et le développement sains du nourrisson. Cette politique appuie la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés^{MC} dans les services de santé communautaire ainsi que les démarches visant l'obtention de la désignation « Amis des bébés^{MC} ». Elle s'applique aux employés, aux bénévoles et aux étudiants.
- Le programme d'allaitement dans les restaurants du Bureau de santé publique de Toronto permet de déterminer si un établissement est adapté à l'allaitement.

iii) Dynamique familiale saine

- Mise en œuvre des lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) (<http://www.rnao.org>) : *Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response Guideline* – violence faite aux femmes : dépistage, identification et intervention initiale (Toronto et district de Thunder Bay), *Interventions for Postpartum Depression* – interventions en matière de dépression post-partum (Toronto) et *Client Centred Care* – soins axés sur le client (région du Niagara) (125).
- Utilisation du guide *How To Build Partnerships with Physicians* du Centre de ressources Meilleur départ (<http://www.beststart.org>). Même si les exemples fournis dans ce guide portent sur des questions relatives à la santé génésique, les pratiques exemplaires et les stratégies s'appliquent aussi au programme Santé des enfants. Meilleur départ offre également des ressources appuyant le travail des médecins sur les troubles de l'humeur périnataux.
- Mise en œuvre du protocole de dépistage *Routine Universal Comprehensive Screening* (RUCS), élaboré par le groupe d'étude du Bureau de santé de Middlesex-London sur les effets de la violence sur la santé des femmes. Ce protocole vise à dépister rapidement les cas de violence faite aux femmes, à évaluer et à documenter l'état de santé des femmes et à diriger ces dernières vers les services communautaires appropriés. De nombreux bureaux de santé appliquent ce protocole, par exemple ceux de Middlesex-London et de Waterloo.
- Élaboration et mise en œuvre de politiques et de protocoles de dépistage de la dépression post-partum. Santé publique Algoma et le Bureau de santé du comté d'Oxford peuvent fournir des exemples.

iv) Saine alimentation, poids santé et activité physique

- Mise en œuvre des lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) (<http://www.rnao.org>) lignes directrices relatives à la prévention primaire de l'obésité des enfants (Toronto et Niagara).
- Utilisation des ressources du Centre de ressources Meilleur départ (<http://www.beststart.org>) destinées aux intervenants travaillant auprès de jeunes enfants en matière d'activité physique et de saine alimentation) (128).
- Promotion du service Saine alimentation Ontario et recommandation de celui-ci aux clients (<http://www.eatrightontario.ca/DoorwayFR.aspx> ou 1 877 510-5102). Ce service offre des ressources ainsi que des conseils en matière de saine alimentation par des diététistes autorisés.
- Promotion des ressources du Centre de ressources en nutrition (<http://www.nutritionrc.ca>) ou commande en ligne sur le site ServiceOntario Publications (<https://www.publications.serviceontario.ca>). Le Centre de ressources en nutrition offre aux fournisseurs de soins aux enfants de trois à cinq ans et de six à huit ans des ressources et des conseils en matière de saine alimentation.
- Promotion du cadre *Every One Plays* de Parcs et Loisirs Ontario, qui offre un accès abordable à des activités de loisir (94).
- Participation à l'élaboration de politiques favorables à la santé en milieu scolaire, dont l'offre de collations et de repas nutritifs dans les garderies et les écoles, l'élimination de la malbouffe dans les machines distributrices et des politiques encourageant les enfants à se rendre à l'école à pied.
- Participation à des activités visant à améliorer l'environnement physique des écoles locales, par exemple l'aménagement de terrains de jeu favorisant l'activité physique et l'offre de matériel de jeu.

v) Croissance et développement

- Mise en œuvre des lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) (<http://www.rnao.org>) relatives au développement sain des adolescents (Thunder Bay, Toronto et Niagara).
- Élaboration de politiques lignes directrices liant les stratégies de dépistage rapide du programme « Bébés en santé, enfants en santé » aux exigences du programme Santé des enfants.
- Promotion et diffusion des ressources du Centre de ressources Meilleur départ (<http://www.beststart.org>) relatives à l'apprentissage des jeunes enfants en garderie.
- Offre de ressources d'enseignement favorables à la croissance et au développement sains, au rôle parental positif, à l'allaitement maternel et à la dynamique familiale saine, ou participation à la création de ces ressources. Le programme d'enseignement secondaire du Bureau de santé de la région du Niagara sur la santé des enfants et la santé génésique constitue un exemple.
- Participation à des activités visant à améliorer l'environnement social des écoles et à favoriser un développement affectif et social sain; comprend les initiatives anti-intimidation et le programme *Racines de l'empathie* (<http://www.rootsofempathy.org/>).
- Les ressources du Centre de ressources Meilleur départ (<http://www.beststart.org>) pour appuyer le travail des médecins sur le développement sain de l'enfant, l'accent mis sur la petite enfance, la neuroscience et les incidences pour la pratique clinique, pourraient être utiles, de même que le guide *How To Build Partnerships with Physicians*, cité sous la rubrique « Dynamique familiale » ci-dessus.
- Participation à l'élaboration du cadre conceptuel d'une stratégie relative à la phase intermédiaire de l'enfance, comme celle de la ville de Toronto, créée par le Bureau de santé publique de Toronto. Cette stratégie-cadre orientera l'élaboration des politiques, la planification et la gestion des services, les priorités en matière d'investissement, la conception et la prestation des programmes ainsi que les cadres réglementaires concernant les enfants de six à douze ans.

vi) Autres

Parmi les autres domaines à considérer sur le plan des politiques, mentionnons les risques environnementaux pour les enfants. En effet, les enfants en développement peuvent être exposés à des risques, dès la naissance et tout au long de l'enfance et de l'adolescence. Les sites suivants appuient les données relatives aux risques environnementaux et les pratiques fondées sur des données probantes : Partenariat canadien pour la santé des enfants et l'environnement (<http://healthyenvironmentforkids.ca>) (102) et Centre de ressources Meilleur départ (http://beststart.org/resources/env_action/pdf/envirostrategies.pdf) (108).

Politiques de plus vaste portée ayant une incidence sur les enfants, les jeunes et les familles :

- Mise en place de politiques et d'une formation des employés appuyant les principes d'accès, d'égalité, de diversité et de réduction des inégalités en matière de santé (par exemple, cadre de pratique du Bureau de santé publique de Toronto et le modèle de formation *Assuring Access and Equity through Diversity Competence*).
- Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) (<http://www.rnao.org>) relatives aux soins axés sur le client (125).
- Valorisation d'un cadre de travail relatif à la promotion de la santé en milieu scolaire, par exemple les *Fondements d'une école saine* du ministère de l'Éducation de l'Ontario. Ce cadre définit un éventail de questions relatives à la santé des enfants et propose des activités favorisant l'adoption d'une approche globale. Pour obtenir plus d'information, veuillez consulter le *Document d'orientation sur la santé en milieu scolaire*.
- Renforcement de l'intégration aux activités de promotion de la santé génésique, dont bon nombre des objectifs sont les mêmes que ceux des activités relatives à la santé des enfants, particulièrement dans les domaines de la promotion de l'allaitement maternel et de la préparation au rôle parental.

L'évaluation des politiques et des activités pro-environnement des bureaux de santé et/ou des partenaires communautaires visant à promouvoir la santé des enfants devrait comprendre des indicateurs de processus et des indicateurs de résultats.

Exemples d'indicateurs de processus :

- Nombre de politiques et de pratiques du personnel liées à la mise en œuvre des politiques;
- Niveau de sensibilisation des partenaires communautaires et/ou des parents;
- Niveau de participation communautaire;
- Niveau d'engagement des jeunes ou des parents;
- Nature et ampleur de la couverture médiatique;
- Participation des parents, des jeunes ou des enfants;
- Satisfaction des parents, des jeunes ou des enfants.

Exemples d'indicateurs de résultats :

- Changements dans les indicateurs de référence concernant les résultats, les comportements, les connaissances et/ou les attitudes en matière de santé;
- Incidence sur les groupes prioritaires, par exemple l'accès aux services et les indicateurs des inégalités en matière de santé.

Partenaires possibles du programme Santé des enfants pour l'élaboration de politiques et la création de milieux solidaires

1. Niveau national

Comité canadien pour l'allaitement, Association canadienne pour la santé mentale, Centre national d'information sur la violence dans la famille (<http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/index-fra.php>), services gouvernementaux, etc.

2. Niveau provincial

Centre de ressources Meilleur départ, The Health Communication Unit (THCU), services gouvernementaux, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, ministère de l'Éducation, etc.

3. Niveau local

Sites communautaires du PACE, centres de développement de la petite enfance de l'Ontario, garderies, hôpitaux, milieux de travail, sociétés privées, fournisseurs de soins primaires, programmes d'entraide, équipes de services de santé familiale, La Ligue de la Leche d'Ottawa-Hull, CAS, organismes (régionaux) du MSEJ, services sociaux, services de santé, services de police, services de loisirs, bibliothèques, centres de ressources familiales, écoles et conseils scolaires, services gouvernementaux municipaux, banques alimentaires et soupes populaires, services d'établissement, refuges d'urgence.

Liens possibles entre le programme Santé des enfants et les autres programmes de santé publique

Santé génésique, Prévention des maladies chroniques (y compris les activités en milieu scolaire et en milieu de travail), Santé sexuelle et Maladies évitables par la vaccination.

Exigence n° 5

Le conseil de santé doit sensibiliser davantage le public à ce qui suit :

- un rôle parental positif;
- l'allaitement maternel;
- une dynamique familiale saine;
- une saine alimentation, le poids santé et l'activité physique;
- la croissance et le développement;
- la santé bucco-dentaire.

Le conseil de santé doit notamment :

- a. a. adapter ou compléter les stratégies nationales ou provinciales de communication sur la santé;
- b. élaborer et mettre en œuvre des stratégies régionales ou locales de communication.

L'adoption d'une approche de marketing social constitue la clé de l'élaboration d'une stratégie de communication appuyant les initiatives de santé publique axées sur la santé de l'enfant. French et Blair-Stevens définissent le marketing social lié à la santé comme « l'application systématique de concepts et de techniques de marketing dans le but d'atteindre des résultats précis pour améliorer la santé et réduire les inégalités en matière de santé (129) ». [traduction] Le National Social Marketing Centre, au Royaume-Uni, propose des outils et des modèles utiles en appui à la pratique du marketing social ([http://www.nsmcentre.org.uk/coMPSnent/remository/NSMC-Publications/lts-Our-Health-\(Full-report\)/](http://www.nsmcentre.org.uk/coMPSnent/remository/NSMC-Publications/lts-Our-Health-(Full-report)/)) (129).

L'évaluation de la situation peut aussi aider à déterminer les bons canaux de communication à utiliser. Clanz, Rimer et Viswanath (130) définissent les canaux de communication comme les moyens par lesquels les messages sont diffusés, dont les médias de masse, les canaux interpersonnels et les communications électroniques. Voici quelques exemples :

- Communications médiatiques payées ou offertes (par exemple, radio, télévision, presse écrite, annonces des services publics);
- Canaux interpersonnels (par exemple, foires de la santé, exposés, narrations, maîtres d'œuvre communautaires, théâtre);
- Canaux de communication électronique (par exemple, sites Web, messagerie en ligne, disques compacts).

L'évaluation de la situation permet en outre de définir les stratégies de communication pertinentes aux échelons fédéral, provincial et local, y compris les publics cibles et groupes prioritaires, les messages principaux, les moyens de communication, le calendrier d'exécution et l'organisme responsable, et de déterminer si la campagne a fait l'objet d'une évaluation. Dans le but de tirer le maximum des ressources, on peut adapter et/ou compléter les stratégies de communications provinciales et fédérales pertinentes quand il y a possibilité de le faire, exploiter les événements promotionnels connexes se déroulant à l'échelle du pays, de la province ou de la collectivité (par exemple, jour de la Famille, Journée de l'enfant, mois de sensibilisation à la violence faite aux femmes), tirer le plein parti des ressources provinciales offertes telles que celles du Centre de ressources Meilleur départ (<http://www.beststart.org>) et travailler en collaboration avec des partenaires communautaires et/ou d'autres bureaux de santé ou partenaires régionaux.

À l'instar des autres interventions, une évaluation ciblée de la situation (voir exigence n° 4a) constitue une bonne première étape pour planifier les stratégies de communication. Pendant le processus de planification, une attention particulière doit être portée à la définition des publics cibles et des groupes prioritaires. Les outils *Process to Determine Priority Populations* (<http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A?OpenDocument>) (122) et *Process to Determine Priority Neighbourhoods* (<http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A?OpenDocument>) (123) peuvent s'avérer utiles. Une fois définis, les publics doivent être segmentés pour permettre l'élaboration d'une approche plus axée sur le client.

N'oublions pas que les stratégies de communication ne constituent qu'un volet d'une approche globale de promotion de la santé. Les activités comprises dans cette exigence doivent donc être intégrées aux interventions correspondantes en matière de politiques et de programmes afin d'en accroître l'efficacité. Il est nécessaire d'élaborer des politiques entre les bureaux de santé et les partenaires communautaires dans des domaines tels que les ententes de service, les politiques opérationnelles et les politiques relatives aux programmes pour pouvoir mettre en œuvre des stratégies de communication à l'échelle de la collectivité.

L'*Initiative des amis des bébés*^{MC} (IAB) illustre à merveille ce à quoi peut ressembler une stratégie de communications imbriquée dans des politiques et des programmes connexes. Elle comprend du matériel de promotion et de sensibilisation (par exemple, décalques pour plancher et fenêtres, affiches), du matériel didactique et des programmes de renforcement des compétences appuyant les mécanismes de l'allaitement destinés aux mères allaitantes, la sensibilisation aux politiques de santé publique (par exemple, mesures touchant la promotion des formules pour bébés) et la création de milieux favorables (par exemple, encourager l'allaitement dans les collectivités, les organismes, les établissements et les milieux de travail).

Un autre exemple serait de prendre appui sur le matériel de communication de Santé Canada sur la mort subite du nourrisson (MSN) – *Syndrome de la mort subite du nourrisson – Bébé en santé*. Malgré sa faible incidence en Ontario, la MSN demeure une préoccupation importante pour le secteur de la santé publique en raison de ses conséquences dévastatrices. Même si les causes précises de la MSN restent inconnues, le secteur de la santé publique peut intensifier ses activités de sensibilisation auprès des parents pour que ceux-ci puissent protéger leur nourrisson contre certains facteurs de risque liés à ce syndrome. À cette fin, une politique ou procédure locale en appui au matériel de communication de Santé Canada pourrait être utile. Les principaux messages aux parents (par exemple, placer le bébé sur le dos pour dormir, ne pas fumer près du bébé, ne pas le survêtir ou le surcouvrir, choisir l'allaitement maternel) peuvent être intégrés aux activités de communication et aux séances de groupe sur le rôle parental. Ils peuvent être aussi accompagnés d'activités de renforcement des compétences et d'élaboration de politiques favorisant l'adoption de stratégies d'allaitement maternel et de prévention et d'arrêt du tabagisme.

À l'échelle provinciale, The Health Communication Unit (<http://www.thcu.ca/>) offre une multitude de ressources, de guides, d'études de cas, de répertoires de ressources, de trousseaux d'outils, de listes de vérification, d'ateliers, d'événements et de services de consultation pour faciliter l'établissement de stratégies de communication relatives à la santé ainsi que d'autres stratégies de promotion de la santé.

Le Centre de ressources Meilleur départ offre des ressources utiles, notamment : *A Checklist for the Development of Resources on Preconception, Prenatal and Child Health* (131), *Health Fairs and Preconception, Prenatal and Child Health* (132) et *Les clés du succès d'une campagne de communication sur la consommation d'alcool durant la grossesse* (2003).

La cohérence des messages principaux, un continuum de messages similaires entre les groupes d'âge (par exemple, anti-intimidation pour les petits enfants, les enfants et les jeunes) et l'uniformisation de la présentation des messages apparentés peuvent contribuer à augmenter la crédibilité, la clarté et la sensibilisation du grand public. Il est essentiel de collaborer avec les programmes des autres bureaux de santé afin de communiquer un message uniforme et utiliser les ressources de façon optimale. Par exemple, les programmes Santé des enfants et Prévention des maladies chroniques se penchent sur la saine alimentation, le poids santé et l'activité physique dans les différents groupes d'âge, tandis que les programmes Santé sexuelle et Santé familiale préconisent des liens respectueux de part et d'autre ainsi que des messages de type « l'amour ne blesse pas ». Les domaines possibles d'intégration plus poussée aux exigences des NSPO sont définis dans la section 4.

Voici des exemples de stratégies de communication destinées à différents publics cibles, qui adoptent des approches diverses et portent sur un éventail de sujets liés aux six domaines clés du programme Santé des enfants.

1. Niveau international

- La campagne *Change4Life* (147) (<http://www.change4life.co.uk>), qui se déroule à l'échelle du Royaume-Uni, vise à améliorer l'alimentation et le niveau d'activité physique des enfants. Outre les annonces télévisées et les documents promotionnels, du matériel visant à mobiliser les sympathisants locaux est offert (par exemple, cyberbulletins périodiques annonçant les dates de lancement et troussees d'outils portant sur sept thèmes officiels : *Breakfast4Life*, *Swim4Life*, *Walk4Life*, *Bike4Life*, *Play4Life*, *Cook4Life* et *Dance4Life*). L'étape suivante de la campagne, *We're In*, est menée en collaboration avec des partenaires des médias régionaux et locaux, qui présentent des familles participant à l'initiative, apportant des changements et prenant part à des activités divertissantes dans tout le pays.
- La campagne britannique *5 A DAY* (<http://www.nhs.uk/livewell/5aday/pages/5adayhome.aspx/>) souligne les bienfaits pour la santé de la consommation de cinq portions de 80 grammes de fruits et de légumes chaque jour. La campagne comprend du matériel promotionnel et des annonces dans les médias, un site Web interactif, des jeux et des activités pour les enfants, des recettes, des conseils généraux, des histoires communautaires et une stratégie scolaire dans le cadre de laquelle du matériel de soutien est distribué et un fruit ou un légume par jour est offert aux enfants de quatre à six ans dans les écoles.
- *Baby LifeCheck* (133) (<http://www.babylifecheck.co.uk>) est un service en ligne sans frais conçu pour informer et conseiller les nouveaux parents et les fournisseurs de soins aux nourrissons de cinq à huit mois. Un site Web interactif guide les parents vers une série de questions simples à choix de réponse multiples, puis offre des conseils et rassure les parents sur les décisions qu'ils prennent dans le meilleur intérêt de leur enfant. Ce site porte sur un éventail de sujets, dont le développement, la parole, le jeu, l'alimentation, la santé dentaire, la sécurité, la routine de sommeil, l'immunisation et le rôle parental. Il a été créé en collaboration avec des parents et testé auprès de ces derniers.
- *Caring for Every Child's Mental Health* (134) (<http://mentalhealth.samhsa.gov/>) est une campagne publique d'information et d'éducation menée aux États-Unis. Elle vise à aider les familles, les éducateurs, les fournisseurs de soins de santé et les jeunes à reconnaître les problèmes de santé mentale et à trouver ou recommander les services appropriés, ainsi qu'à réduire la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale. Depuis son lancement en 1994, la campagne a évolué et est devenue une initiative sociale à pleine échelle qui comprend une coalition nationale de communication, de la documentation, de la formation en communication pour appuyer les stratégies locales de communication, le soutien des médias locaux et l'approche des médias.

- *Period of PURPLE Crying*[®] (156) est un programme de prévention fondé sur des données probantes créé par le National Center on Shaken Baby Syndrome (NCSBS) (2007). Ce programme vise à éduquer les parents et les fournisseurs de soins sur les caractéristiques des pleurs normaux chez les nourrissons, qui peuvent parfois mener à une frustration écrasante, au secouement ou à la violence. Un livret et un DVD ont été conçus à l'intention des nouveaux parents, fruits de deux décennies de recherche sur les pleurs normaux des nourrissons. Le programme a aussi été évalué pendant trois ans dans le cadre d'études contrôlées à répartition aléatoire à Seattle, à Washington et à Vancouver, auxquelles ont participé plus de 4 400 parents, ainsi que dans des cabinets de pédiatres, des services de maternité, des cours prénatals et des programmes de visites d'infirmières à domicile. Le programme est offert en neuf langues et comprend du sous-titrage codé. Un centre de formation en ligne est également offert pour appuyer la mise en œuvre du programme. On peut accéder à toutes les ressources à l'adresse suivante : <http://www.dontshake.org/sbs.php?topNavID=4&subNavID=32>.

2. Niveau national

De nombreux bureaux de santé adaptent leurs campagnes nationales en fonction des besoins de leurs collectivités respectives. Voici quelques exemples :

- Campagne « Dodo sur le dos » de Santé Canada. Dépliant téléchargeable à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/sids_poster_f.pdf;
- Initiative « Ma sexualité » de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), qui vise à fournir aux adolescents, aux adultes, aux parents, aux enseignants et aux professionnels de la santé de l'information crédible et actuelle en matière de santé sexuelle. Pour plus d'information : <http://www.masexualite.ca>;
- La série d'affiches « L'allaitement, n'importe où, n'importe quand » de l'Agence de la santé publique du Canada. Pour plus d'information : <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/prenatal/tips-cons-fra.php>;
- La coalition INFAC du Canada (135) offre une variété de matériel promotionnel sur l'allaitement maternel, dont une trousse de campagne annuelle pour promouvoir la Semaine mondiale de l'allaitement maternel dans votre collectivité ou établissement de santé. Pour plus d'information : <http://www.infactcanada.ca/>;
- Ressources relatives au programme *Parents pour la vie* de la Fondation de psychologie du Canada (127), à l'adresse suivante : http://www.psychologyfoundation.org/fr/order_pfl.php.

3. Niveau provincial

- La documentation provinciale du Centre de ressources Meilleur départ (<http://www.beststart.org>) peut être modifiée aux fins d'utilisation à l'échelle locale et inclure des ressources sur la violence et la grossesse, l'allaitement maternel, la saine alimentation et l'activité physique en bas âge, les troubles de l'humeur post-partum, le développement des jeunes enfants, le syndrome du bébé secoué et les ressources favorables à la famille destinées aux milieux de travail.
- L'organisme Investir dans l'enfance (116) (<http://www.investinkids.ca/francais.html>) offre un éventail de ressources destinées aux professionnels et aux parents, que les bureaux de santé peuvent utiliser pour élaborer des stratégies de communication.
- Le service Saine alimentation Ontario (<http://www.eatrightontario.ca/fr/>) offre des ressources en matière de saine alimentation et des conseils fournis par des diététistes autorisés.
- Les ressources du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse destinées au Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire, au Programme de dépistage néonatal des troubles auditifs et d'intervention précoce, au Programme d'intervention précoce auprès des enfants aveugles ou ayant une basse vision et aux centres de développement de la petite enfance.

4. Niveau local

i) Rôle parental positif

- Le site Web UrLife.ca de Santé publique Algoma, qui offre aux jeunes de l'information pertinente et d'intérêt en matière de santé. Au nombre des sujets traités : relations amoureuses, infections transmissibles sexuellement (dont le VIH), l'accès aux services, la consommation d'alcool et de drogues, le tatouage et le perçage.
- La campagne de marketing social *Comfort, Play, Teach* du Bureau de santé publique de Toronto a été créée grâce au fonds de développement de la petite enfance. Elle encourage les parents à adopter des pratiques de réconfort, de jeu et d'enseignement avec leurs enfants. Il existe une affiche particulière pour chaque pratique. Ces affiches représentent, dans différentes langues, des mères, des pères et des grands-parents.
- La campagne Bureau de santé publique de Toronto *Spanking Hurts More Than You Think* encourage les parents de jeunes enfants à adopter des pratiques disciplinaires positives. Elle prend la forme d'affiches et d'annonces à la radio et à la télévision.
- L'évaluation du projet pilote de groupes de pères du service de santé publique de Hamilton concerne un projet pilote destiné précisément aux pères. L'objectif à long terme du programme est de réduire la violence faite aux enfants et d'améliorer le développement de l'enfant en favorisant l'adoption de stratégies relatives au rôle parental positif.
- La campagne *Be a Great Parent* du Bureau de santé de la région du Niagara est une campagne de communication portant sur le rôle parental positif. Elle est principalement axée sur les styles parentaux et vise à sensibiliser les parents à l'importance d'établir des modèles de communication efficaces, de guider leurs enfants et de tisser avec eux une relation empreinte d'attention. La campagne s'adresse aux parents et aux grands-parents d'enfants de zéro à dix-huit ans et à leurs fournisseurs de soins. Elle soutient les parents en les informant sur les ressources parentales offertes par le bureau de santé et dans la région du Niagara. Elle leur enseigne également les notions du développement de l'enfant et des pratiques parentales efficaces en leur communiquant des messages positifs en lien avec le rôle parental. Elle comprend un portail Web ([beagreatparent.ca](http://www.beagreatparent.ca)), des affiches, des macarons magnétiques et des dépliants. Pour plus d'information : <http://www.beagreatparent.ca>.
- Les guides de ressources parentales Bureau de santé de la région du Niagara ont pour but d'aider les parents à faire les meilleurs choix pour eux et leur famille. Des études démontrent que l'approche la plus efficace pour élever des enfants en santé et compétents est de se concentrer sur l'exploitation des avoires de croissance. Ces avoires constituent la base dont ont besoin les enfants pour faire des choix sains et réussir dans la vie. Plus ils ont d'avoires, plus leur base sera solide. En s'intéressant aux forces de l'enfant, les parents pourront guider celui-ci jusqu'à la vie adulte. Les guides portant sur les zéro à douze mois, les dix-huit mois à trois ans et les quatorze à dix-neuf ans peuvent être téléchargés sur le site Web du bureau de santé à l'adresse suivante : http://www.niagararegion.ca/living/health_wellness/parenting/Parenting-Resource-Guide.aspx.

ii) Allaitement maternel

- Le site Web du Centre de ressources Meilleur départ présente une liste d'affiches et de présentoirs sur l'allaitement maternel créés par différents services de santé, et fournit des liens vers des ressources internationales et nationales sur le même sujet (128). Pour plus d'information : <http://www.beststart.org/resources/breastfeeding/pdf/BreastfeedingPostersandDisplays.pdf>

Il existe une autre campagne locale non mentionnée sur le site Web de Meilleur départ : *Put Breastfeeding on the Menu*, du Bureau de santé publique de la région de Waterloo (136). Cette campagne évaluée a été lancée pour faire connaître les droits et les besoins des mères qui allaitent et encourager les propriétaires et gérants de restaurant à se montrer plus ouverts à l'allaitement dans leur établissement.

iii) Dynamique familiale saine

- *Voisin-es, ami-es et familles* (<http://www.voisinsamisetfamilles.on.ca/>) est un exemple de campagne provinciale de sensibilisation du public aux signes avertisseurs de la violence faite aux femmes pour permettre aux proches d'une femme qui risque d'en être victime ou d'un homme violent d'apporter leur aide. Santé publique Algoma met en œuvre ce programme dans le district d'Algoma conjointement avec le conseil d'Algoma sur la violence familiale.

iv) Saine alimentation, poids santé et activité physique

- Les bureaux de santé publique de Toronto et de Peel mènent des campagnes sur la saine alimentation en véhiculant le message « Les enfants sont difficiles en matière d'aliments, alors laissons-les choisir ».
- La campagne *Your Kids Are Listening* du Bureau de santé publique de Toronto encourage les parents à jouer un rôle positif auprès de leurs jeunes enfants. Une série de trois affiches aident les parents à comprendre que ce qu'ils disent et font devant leurs enfants peut influencer sur l'attitude de ces derniers en matière d'exercice physique, d'alimentation saine et d'image corporelle.

Pour obtenir plus d'information sur les campagnes liées à la saine alimentation, au poids santé ou à l'activité physique, veuillez consulter le *Document d'orientation sur l'alimentation saine, l'activité physique et le poids santé*. Entre autres, la campagne médiatique *À vous de jouer ensemble!* du Centre de ressources Meilleur départ vise les parents d'enfants de deux à cinq ans et les fournisseurs de soins de ces derniers (64).

v) Croissance et développement

- Les bureaux de santé publique de Middlesex-London, d'Elgin-St. Thomas et du comté d'Oxford ont formé un partenariat pour mettre en œuvre le programme *Let's Grow*. *Let's Grow* est une trousse d'envoi par la poste visant à offrir aux familles d'enfants de zéro à cinq ans de l'information de soutien. Elle comprend une série de douze bulletins conviviaux, chacun accompagné d'encarts sur différents sujets correspondant aux étapes du développement de l'enfant. Une évaluation du programme en trois étapes a été menée et comporte des recommandations sur le processus d'inscription, sur l'amélioration de la trousse et sur des moyens d'accroître son utilité dans les groupes généraux et les groupes prioritaires.
- Le Bureau de santé publique de Toronto, en partenariat avec les services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire de la région de Toronto, ont créé la campagne *Don't Play Wait and See* pour promouvoir le dépistage précoce, en particulier chez les enfants de deux à trois ans.
- Le Bureau de santé publique de la région du Niagara a créé le dépliant *Jetez les bases de la santé émotionnelle de votre enfant*, offert en version imprimée et sur le Web.
- Le Bureau de santé publique de la région de Waterloo organise des foires sur la santé des enfants destinées à des publics particuliers comme les collectivités multiculturelles et rurales.

(vi) Santé bucco-dentaire

Pour coïncider avec l'expansion du PSDE, le ministère de la Promotion de la santé (MPS) a créé et distribué aux 36 bureaux de santé publique des affiches et des cartes d'information dans 20 langues différentes. Jusqu'à maintenant, plus de 100 000 affiches et un peu plus d'un million de fiches d'information ont été imprimées et continuent d'être commandées par l'intermédiaire de ServiceOntario.

Les bureaux de santé publique étaient invités à communiquer avec la direction des communications du ministère afin de travailler avec lui pour adapter le matériel du PSDE dans le but d'en accroître la visibilité dans leurs collectivités. Ce matériel est maintenant présenté sous différentes formes : annonces dans les aubus, affiches promotionnelles dans les centres commerciaux, bannières (Niagara), annonces dans les guides de loisirs, calepins détachables, cartes de visite (région de Halton), annonces dans les journaux (Nord-Ouest), bulletins (Haldimand-Norfolk), transports en commun et tableaux d'affichage (comté de Brant) et sites Web (y compris le site Web du MPS). Saine alimentation Ontario fournit aussi de l'information sur la documentation sur la santé dentaire qu'on peut se procurer auprès de ServiceOntario.

L'évaluation des stratégies de communication doit aller au-delà des résultats des processus (par exemple, le nombre d'affiches, le temps d'antenne des annonces télévisées) et inclure l'évaluation des résultats à court et à long terme. Les bureaux de santé doivent veiller à ce que leurs objectifs et résultats soient clairs pour que leur efficacité puisse être évaluée. Par exemple, la stratégie de communication relative à l'allaitement maternel a-t-elle pour objectif de modifier les comportements des mères allaitantes tels que l'allaitement sur demande et le contact peau à peau, de promouvoir l'initiation de l'allaitement et les taux de durée de l'allaitement auprès des nouvelles mères, de simplement sensibiliser le public et/ou de modifier les normes sur les avantages de l'allaitement maternel?

Les évaluations devraient aussi viser à déterminer si le message parvient aux groupes prioritaires définis, quels canaux de communication sont les plus efficaces et comment ils peuvent être améliorés et adaptés selon les besoins et les capacités de ces groupes. Des stratégies de communication de vaste portée pourraient ne pas convenir à tous les publics et d'autres moyens de communication des messages principaux pourraient devoir être créés. Les données relatives à l'évaluation de la situation peuvent aider à déterminer les meilleures façons de joindre ces groupes.

Partenaires possibles de la stratégie de communication du programme Santé des enfants

1. Niveau national

Comité canadien pour l'allaitement, Société canadienne de pédiatrie, Santé Canada, Association canadienne pour la santé mentale, SIDS Canada, National Centre on Shaken Baby Syndrome, Infant Feeding Action Coalition (INFACT) et Alliance mondiale pour l'allaitement maternel (WABA).

2. Niveau provincial

Centre de ressources Meilleur départ, Investir dans l'enfance, The Health Communication Unit (THCU), partenaires des médias et du secteur du marketing, Association pour la santé et l'éducation physique de l'Ontario (ASEPO).

3. Niveau local

Équipes Santé familiale, milieux de travail, fournisseurs de soins primaires, partenaires des médias et du secteur du marketing, centres de développement de la petite enfance, partenaires locaux et régionaux des programmes destinés aux 0 à 6 mois et aux 0 à 18 mois, groupes cibles et groupes prioritaires (par exemple, jeunes, parents, enfants, mères adolescentes à faible revenu, parents nouvellement arrivés au Canada), héros locaux/pairs leaders, etc.

Liens possibles avec les programmes de santé publique dans le cadre des stratégies de communication du programme Santé des enfants

Programmes Santé génésique, Prévention des blessures, Prévention des maladies chroniques (y compris les activités en milieu scolaire et en milieu de travail), Santé sexuelle et Maladies évitables par la vaccination.

Exigence n° 6

Le conseil de santé doit offrir, en collaboration avec les partenaires communautaires, des programmes, des services et du soutien relatifs au rôle parental comprenant ce qui suit :

- a. des services de consultation, d'évaluation et d'orientation;*
- b. des séances de groupe.*

Les occasions de consultation, d'évaluation et d'aiguillage sont pertinentes quand les employés du bureau de santé et/ou les partenaires communautaires collaborent avec les parents d'enfants et de jeunes.

Une évaluation de la situation servira de base à l'élaboration de programmes et de services adaptés aux besoins de la collectivité. Par exemple, l'objectif d'une analyse du milieu pourrait être d'examiner l'organisation interne et le milieu externe de la collectivité afin de connaître les ressources offertes, les tendances politiques et juridiques et les menaces possibles, ainsi que les occasions et les changements qui auront une incidence sur les services.

Une analyse du milieu pourrait également révéler que la capacité des employés internes et des partenaires externes devrait être revue (par exemple, budget, personnel, formation, espace physique, matériel promotionnel) dans le but de vérifier l'aptitude de ces derniers à mener des consultations individuelles et des évaluations et à faire de l'aiguillage.

L'élaboration conjointe d'une communauté de praticiens avec les partenaires externes et les parents, y compris ceux des groupes prioritaires, permettra de mettre en œuvre des programmes parentaux ayant des valeurs et des principes communs (139). Le *Triple P – Positive Parenting Program*[®] (<http://www1.triplep.net>) constitue un exemple de communauté de praticiens.

Des protocoles entre les bureaux de santé et les partenaires communautaires peuvent être établis concernant les consultations individuelles, les évaluations, l'aiguillage et les programmes parentaux. Ces protocoles peuvent comprendre des ententes de service, des politiques opérationnelles, des politiques relatives aux programmes et des protocoles de partage de l'information.

Les bureaux de santé devraient en outre tenir compte des critères d'admissibilité à leurs programmes, services et ressources, de même que mettre en place une politique et un processus pour assurer l'accès et l'égalité.

Il faut que de l'information promotionnelle soit mise à la disposition du public relativement aux programmes, aux services et aux ressources destinés aux parents et aux partenaires communautaires. Les groupes prioritaires devraient aussi avoir accès à de l'information appropriée.

L'évaluation des stratégies de consultation, d'évaluation et d'aiguillage doit prendre en considération les buts et objectifs principaux, par exemple la création de ressources et de services coordonnés, efficaces et intégrés en lien avec l'allaitement maternel, un accès plus facile aux ressources et aux services sur le rôle parental et une utilisation accrue des services fondés sur les besoins des femmes à risque de dépression post-partum.

Les évaluations des séances de groupe sur le rôle parental tiendront compte des indicateurs de processus et des indicateurs de résultats pertinents comme les changements d'attitude, les connaissances et compétences et le comportement lié aux pratiques parentales. Ces évaluations portent sur la connaissance des notions de croissance et de développement sains, les pratiques de promotion de la santé pour les parents et/ou leurs enfants (par exemple, alimentation saine, activité physique), l'allaitement maternel, l'affermissement des liens familiaux et la création de ressources sociales. Les activités d'évaluation devraient aussi viser à déterminer qui a accès ou non aux interventions et qui en tire parti ou non, particulièrement dans le cas des groupes prioritaires définis. Les résultats des évaluations devraient donner lieu à des recommandations destinées à améliorer l'approche et à adapter les interventions de manière à en accroître l'efficacité, notamment pour les groupes prioritaires, ce qui se traduira par de meilleurs résultats généraux liés à la santé. On trouve un résumé de la modification des interventions du secteur de la santé publique selon les besoins et les capacités uniques des groupes prioritaires dans le document *Why we Need to Work with priority populations and How this Relates to Population Health* (121), accessible à l'adresse suivante : <http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A?OpenDocument>

Voici des exemples d'activités de consultation, d'évaluation et d'aiguillage des bureaux de santé.

a) Cliniques de puériculture et/ou cliniques de dépistage précoce et lignes de soutien téléphonique

De nombreux bureaux de santé ont mis en place des cliniques de puériculture, des cliniques d'allaitement maternel et des cliniques de dépistage précoce, ainsi que des lignes téléphoniques offrant aux clients et aux organismes communautaires des conseils et des recommandations.

- Le Bureau de santé de Middlesex-London a mis sur pied des cliniques de puériculture qui ont été évaluées par le REDSP et qui sont considérées comme une pratique exemplaire. Ces cliniques offrent des consultations individuelles, l'accès à des séances de groupe et un soutien par les pairs. Les sujets traités comprennent la croissance et le développement, le rôle parental positif, l'allaitement maternel et la promotion de la santé générale, entre autres par l'alimentation saine.

b) Interventions individuelles

- Le programme *Seeing is Believing* (Voir, c'est croire) du Bureau de santé de la région du Niagara s'appuie sur le programme *Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting* (STEEP©) créé par les D^{rs} Byron Egeland et Martha Farrell Erickson de l'Université du Minnesota. Le programme soutient et préconise la création de liens sécurisants entre les parents et leur nourrisson ou enfant par des stratégies de bande vidéo, l'engagement actif des parents envers leur nourrisson ou leur enfant, la reconnaissance des signes du nourrisson ou de l'enfant et la réponse à ces derniers, ainsi que d'autres stratégies de renforcement des compétences visant à augmenter la confiance et les compétences des parents.

développement des jeunes enfants et en liant ce dernier aux habiletés parentales et aux décisions saines. Ces programmes efficaces fournissent aussi aux parents des occasions de se rencontrer et donc de recevoir du soutien par les pairs. Les données sur l'efficacité des programmes sont particulièrement solides pour ceux qui combinent une intervention auprès des parents et des services éducatifs directs offerts aux enfants, les deux composantes contribuant à améliorer les résultats chez les enfants (Synthèse sur les habiletés parentales).

Des programmes parentaux et des programmes de développement de l'enfant de qualité et d'accès universel sont essentiels pour réduire la pente abrupte du gradient socioéconomique et atténuer les effets du faible revenu familial sur la santé et le développement des enfants (60). Ces programmes doivent également être adaptés aux besoins et capacités particuliers des groupes prioritaires d'une manière qui tient compte des déterminants de la santé et permet de réduire les inégalités relatives à l'état de santé entre les groupes de population (110).

Même si cette exigence ne l'énonce pas explicitement, la promotion de l'allaitement maternel, dont les programmes de formation et d'entraide, joue un rôle déterminant dans l'amélioration des résultats liés à la santé et au développement de l'enfant. La mise sur pied de programmes de groupe préconisant l'allaitement maternel devrait donc être envisagée. Selon les résultats d'une analyse des données probantes sur l'initiation de l'allaitement maternel et les taux de durée de l'allaitement commandée par la British Medical Association (148), « les interventions fondées sur une éducation et un soutien individuels en matière de santé sont efficaces pour ce qui est d'augmenter les taux d'initiation, [et] l'entraide peut s'avérer efficace pour améliorer les taux d'initiation de l'allaitement chez les femmes issues de milieux défavorisés ». [traduction]

Les séances de groupe peuvent se dérouler dans les bureaux de santé, les centres parentaux, les centres de développement de la petite enfance, les écoles et d'autres lieux accessibles aux parents, en particulier ceux des groupes prioritaires. Les partenaires communautaires possibles peuvent être les comités pour l'allaitement maternel, le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), les sociétés d'aide à l'enfance (SAE), les organismes de santé mentale des enfants, les refuges pour sans-abri, les centres de santé communautaire, les hôpitaux et les fournisseurs de soins de santé primaire, les services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire, les conseils scolaires, les groupes cibles et les groupes prioritaires (par exemple, jeunes, parents, enfants, parents adolescents à faible revenu, familles nouvellement arrivées au Canada).

Les bureaux de santé sont invités à utiliser les programmes parentaux existants fondés sur des données probantes avant de créer les leurs. Parmi les pratiques exemplaires pouvant être incluses, mentionnons les jeux de rôle, des courts vidéos-sketches à regarder avec les parents pour ensuite en discuter, et des stratégies parentales très pratiques démontrant le côté amusant du rôle parental sans être artificiel (139). Le répertoire pour le Fonds des projets nationaux du PACE et du PCNP contient de l'information sur l'attachement, l'allaitement maternel, l'engagement des pères et l'alphabétisation (pour les enfants d'âge préscolaire et les parents). Pour plus d'information, visitez le site http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/fpn_projets-fra.php. Enfin, *l'Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* (5) présente un large éventail de données probantes et de pratiques exemplaires groupées portant sur des sujets pertinents (par exemple, violence faite aux enfants, attachement, stratégies parentales efficaces auprès des enfants affichant certains tempéraments).

Voici des exemples de programmes destinés aux parents :

- Des bureaux de santé, par exemple les bureaux de santé des régions de Halton et du Niagara et le Service de santé publique de Sudbury et du district participent à l'initiative australienne *Triple P – Positive Parenting Program*[®], reconnue à l'échelle mondiale (<http://www1.triplep.net>). Ce programme évalué fondé sur des données probantes permet de renforcer les compétences parentales et de réduire les problèmes comportementaux à la petite enfance, à la phase intermédiaire de l'enfance et à l'adolescence.
- Le programme *Incredible Years* est un programme de formation des parents, des enseignants et des enfants fondé sur des données probantes mis en œuvre dans le monde entier. Le Bureau de santé publique de Toronto met en œuvre le volet de la formation des parents dans une série de programmes axés sur le renforcement des compétences parentales et la participation des parents aux expériences scolaires de leurs enfants afin de favoriser l'acquisition de compétences scolaires, sociales et affectives chez ces derniers. Pour obtenir de l'information sur l'éventail de programmes *Incredible Years*, veuillez consulter le site <http://www.incredibleyears.com>.
- Le programme de formation au rôle parental *Nobody's Perfect* est destiné aux parents d'enfants de zéro à cinq ans, et a été conçu pour répondre aux besoins des parents jeunes, célibataires, isolés, à faible revenu ou peu scolarisés. Il a pour but d'aider les parents à reconnaître leurs forces et à trouver des moyens positifs pour élever des enfants sains et heureux. De nombreux bureaux de santé à l'échelle de l'Ontario mettent en œuvre ce programme en partenariat avec des organismes communautaires. Pour en savoir plus sur ce dernier, on peut visiter le site <http://www.ontariosnorthforthechildren.com>.
- La trousse d'établissement de contact et d'enseignement *Baby Talk* du Bureau de santé de la région du Niagara contient des ressources destinées aux parents au début de la période post-partum (de cinq à six semaines). Elle a été élaborée au moyen d'analyses documentaires et de groupes de discussion de parents. Un « menu » des choix de séances est distribué aux partenaires communautaires qui travaillent auprès des nouveaux parents. Parmi les sujets de séances, mentionnons l'attachement, le comportement du nourrisson et la saine alimentation du nourrisson.
- *Make the Connection* est un programme de neuf semaines destiné aux parents d'enfants de zéro à un an. Créé par le First Three Years – Parenting and Resource Training Centre et mis en œuvre par le Bureau de santé publique de Toronto, ce programme a pour objectif d'améliorer les capacités des participants à établir et à maintenir un attachement sécurisant du nourrisson, ainsi que des communications et un apprentissage bidirectionnels. Ce programme s'appuie sur les principes actuels d'attachement et d'attitude parentale réceptive ainsi que sur les formats d'apprentissage ayant déjà fait l'objet de recherches. On peut trouver de l'information sur le programme à l'adresse suivante : <http://www.firstthreeyears.org>.

Partenariats possibles dans le cadre du programme Santé des enfants pour l'élaboration de programmes de consultation, d'évaluation, d'aiguillage et de formation au rôle parental

1) Niveau national

- Comité canadien pour l'allaitement (<http://www.breastfeedingcanada.ca/>)

2) Niveau provincial

- Investir dans l'enfance (<http://www.investinkids.ca/francais.html>)
- Centre de ressources Meilleur départ (<http://www.beststart.org>)

3) Niveau local

Centres de développement de la petite enfance, PACE, comités locaux pour l'allaitement, services d'aide aux enfants, services de santé mentale destinés aux enfants, conseils scolaires et écoles locales, partenaires des programmes destinés aux zéro à dix-huit mois, groupes cible (par exemple, jeunes, parents, enfants), refuges d'urgence, hôpitaux, sages-femmes, organismes privés offrant des cours, etc.

Liens possibles entre le programme Santé des enfants et les autres programmes de santé publique

Santé génésique, santé sexuelle, santé en milieu scolaire.

Exigence n° 7

Le conseil de santé doit fournir des conseils et des renseignements pour faire le lien entre les gens et les programmes et services communautaires portant sur ce qui suit :

- *un rôle parental positif;*
- *l'allaitement maternel;*
- *une dynamique familiale saine;*
- *une saine alimentation, le poids santé et l'activité physique;*
- *la croissance et le développement;*
- *la santé bucco-dentaire.*

L'existence de ressources locales accessibles axées sur les familles et les enfants peut contribuer à l'atteinte de résultats positifs en matière de santé et de développement des enfants. Les enfants vivant dans des collectivités disposant de plus de ressources, en particulier des ressources de développement de la petite enfance, semblent réaliser de meilleurs progrès en matière de développement à leur entrée à l'école que les enfants vivant dans des collectivités où le revenu familial est le même mais où moins de ressources sont accessibles (61).

À l'instar de l'exigence n° 6, l'évaluation de la situation devrait inclure une analyse de tous les programmes et services communautaires actuels ayant un rapport avec les six domaines clés du programme Santé des enfants. Cette analyse comprend les activités et les questions traitées, les principes sur lesquels celles-ci reposent, les groupes ciblés et les groupes prioritaires (par exemple, familles avec jeunes enfants, jeunes décrocheurs, familles autochtones, familles avec jeunes enfants nouvellement arrivées au Canada) admissibles ou desservis et les données relatives à l'accessibilité (par exemple, temps d'attente, obstacles liés à la langue et à l'alphabétisation, obstacles liés à l'accessibilité physique, services de garderie, voies de transit, heures d'ouverture). En tenant compte des obstacles particuliers et des autres problèmes d'accessibilité, les interventions seront plus susceptibles de se traduire par de meilleurs résultats dans les groupes prioritaires et dans l'ensemble de la population.

De concert avec les comités de planification locaux ou régionaux, les bureaux de santé peuvent créer un répertoire ou dresser un inventaire des programmes et services communautaires, ainsi qu'établir des processus et des politiques pour assurer la mise à jour et l'accessibilité à grande échelle de cette ressource. S'il existe un système d'information dans la collectivité, comme le 211 à Toronto, un inventaire peut être produit rapidement selon la recherche.

Un processus ou une politique pourrait également être nécessaire afin de faciliter l'aiguillage bidirectionnel des clients entre les bureaux de santé et les programmes et services communautaires. Des voies d'aiguillage devraient être créées à l'interne et avec des partenaires externes. Parmi les exemples externes, mentionnons des lettres d'entente et des protocoles de coordination communautaire.

Ici aussi, l'accessibilité et la pertinence des programmes et des services doivent être prises en considération. En déterminant quels groupes prioritaires ont été oubliés, les bureaux de santé seront plus en mesure de recommander des services adaptés aux besoins de ces groupes. Du matériel de communication et de promotion ainsi que des processus, comme ceux décrits dans l'exigence n° 6, seront requis pour promouvoir les programmes, les services et les ressources auprès des partenaires communautaires si eux aussi dirigent leurs clients vers un bureau de santé.

Si les clients sont orientés vers des sites Web et/ou de la documentation écrite plutôt que vers des programmes ou des services, un processus devra également être établi pour déterminer si ces sources véhiculent un message conforme à celui du bureau de santé. Compte tenu du volume d'information disponible, le bureau de santé pourrait vouloir limiter les ressources d'information qu'il appuie pour que ses employés puissent surveiller et évaluer les liens vers les clients d'une manière continue.

Du matériel de communication et de promotion ainsi que des processus, comme ceux décrits dans l'exigence n° 6, seront requis pour promouvoir les programmes, les services et les ressources des bureaux de santé auprès des partenaires communautaires si ces derniers dirigent leurs clients vers un bureau de santé.

Voici quelques façons dont les employés du secteur de la santé publique peuvent donner des conseils et de l'information sur les programmes et services communautaires et diriger les clients vers les bons programmes et services :

- Lignes d'approche sur la santé familiale;
- Lignes d'assistance téléphonique;
- Publication de liens et d'information sur le site Web du bureau de santé;
- Envoi de ressources par la poste aux familles (par exemple, inclusion de la liste des programmes du bureau de santé et des programmes communautaires dans la trousse *Let's Grow*);
- Orientation vers des programmes internes du bureau de santé et des programmes externes;
- Distribution dans des lieux communautaires où on peut trouver des personnes des groupes cibles et des groupes prioritaires (par exemple, centres de développement de la petite enfance, centres de ressources parentales et familiales, bibliothèques, centres communautaires, écoles).

L'évaluation de cette exigence peut comprendre l'examen des statistiques d'une ligne téléphonique afin de connaître le volume d'appels sur des sujets particuliers. Cette procédure pourrait faciliter la planification des services à l'interne pour les employés du bureau de santé. En surveillant les lacunes dans les services ou l'information, le bureau de santé peut définir les domaines des programmes futurs, de la création des ressources et/ou de la sensibilisation. Les recommandations et suggestions des clients et des partenaires communautaires peuvent aussi être exploitées dans le cadre de l'évaluation. Même si les bureaux de santé pourront essayer de déterminer comment les clients ont été dirigés vers leurs ressources ou programmes, il est très difficile d'établir si un client ayant reçu des conseils ou de l'information a été orienté vers une ressource adaptée à ses besoins.

Partenariats possibles dans le cadre du programme Santé des enfants en matière d'accès aux programmes et aux services communautaires

Comités pour l'allaitement maternel, PACE, sociétés d'aide à l'enfance, services de santé – dont les services de santé mentale –, refuges pour sans-abri, centres de santé communautaire, services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire, Programme de dépistage néonatal des troubles auditifs et d'intervention précoce, centres de développement de la petite enfance de l'Ontario, banques alimentaires et soupes populaires, conseils scolaires et écoles locales, services de garderie, comités locaux ou régionaux de planification des services aux enfants de zéro à dix-huit mois, services sociaux, services gouvernementaux municipaux, groupe cible (par exemple, jeunes, parents, enfants), refuges d'urgence, police, organismes régionaux du MSEJ, services de loisirs, centres de ressources familiales et services d'établissement.

Tous les programmes pourraient tirer avantage d'une collaboration avec des partenaires non traditionnels tels que les pompiers, la police, les fonctionnaires municipaux, les offices de protection de la nature, les chauffeurs d'autobus, les propriétaires de petites entreprises et les grandes sociétés.

Pour savoir comment offrir des conseils et de l'information en lien avec la saine alimentation, le poids santé et l'activité physique, veuillez vous reporter au *Document d'orientation sur l'alimentation saine, l'activité physique et le poids santé*.

Liens possibles entre le programme Santé des enfants et les autres programmes de santé publique

Santé génésique, Santé sexuelle, Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire.

Exigence n° 8

Le conseil de santé doit fournir, en collaboration avec les partenaires communautaires, des services d'éducation et de sensibilisation aux groupes prioritaires afin qu'ils aient accès à des renseignements, des programmes et des services.

Dans le cadre de l'approche universelle et représentative de la population de la norme relative à la santé de l'enfant visant à « permettre à tous les enfants d'avoir le meilleur état de santé possible et de réaliser leur plein potentiel de développement » (1), la prestation de services aux groupes prioritaires et des programmes ciblés sont requis pour aider les personnes vivant dans des conditions à risque. Les activités destinées à définir les groupes prioritaires, à modifier les interventions de santé publique selon les besoins et les capacités uniques de ces groupes et à collaborer avec la collectivité pour examiner et/ou prôner les politiques tenant compte des déterminants socio-économiques de la santé doivent être intégrées à toutes les exigences relatives au programme Santé de l'enfant et pas seulement l'exigence n° 8.

Pour cette exigence ainsi que pour les autres, les données recueillies dans le cadre de l'évaluation de la situation et l'exigence n° 1 faciliteront la définition des groupes prioritaires dans la région. Il faudra établir un processus et/ou des critères pour aider les bureaux de santé (et leurs partenaires communautaires) à prendre des décisions sur la façon de définir ou de choisir les groupes prioritaires à servir à l'échelon local (veuillez vous reporter aux documents *Process to Determine Priority Populations* (122) et *Process to Determine Priority Neighbourhoods* (123) (<http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A?OpenDocument>)).

Les groupes prioritaires peuvent être déterminés dans le groupe ciblé. Conformément à la définition de « groupes prioritaires » des *Normes de santé publique de l'Ontario*, ce document d'orientation définit les groupes prioritaires comme les « groupes [d'enfants] à risque [de souffrir d'une déficience du développement] pour lesquels il est raisonnable de croire que des interventions en santé publique auraient des effets importants à l'échelle de la population » (1). Fait important à souligner : dans le groupe cible, le bureau de santé observera aussi des groupes de personnes ayant différents besoins en matière de communication, de programmes, de culture ou d'accessibilité (par exemple, mariages entre personnes de même sexe, Franco-Ontariens et/ou francophones, Autochtones, personnes vivant dans des collectivités rurales éloignées), mais n'étant pas nécessairement à risque en ce qui a trait au développement et à la santé des enfants. Des enfants peuvent aussi être à risque de présenter de mauvais résultats, sans pour autant avoir accès à des interventions efficaces du secteur de la santé publique.

Voici quelques exemples communs de groupes prioritaires visés par le programme Santé des enfants à l'échelle de l'Ontario.

- Enfants vivant dans des familles à risque (par exemple, faible revenu familial, nouveaux immigrants et/ou familles parlant l'anglais comme langue seconde, dysfonctionnement familial, pratiques parentales déficientes, violence ou tabagisme au foyer, antécédents de maladie mentale ou avec la société d'aide à l'enfance).
- Enfants dont la mère est peu apte à jouer son rôle parental ou souffre de dépression maternelle).
- Familles avec enfants vivant dans des quartiers à risque (par exemple, quartier à faible revenu, cohésion sociale, « centre-ville » ou écoles prioritaires, préoccupations relatives à la sécurité et ressources communautaires limitées).
- Enfants ou jeunes présentant des déficiences en matière de santé ou de développement (par exemple, naissance prématurée, surpoids ou obésité, malnutrition, faible niveau d'activité physique, tabagisme, consommation d'alcool ou de drogues, décrochage scolaire, étapes du développement normal non franchies et/ou enfant pas prêt à aller à l'école).
- Autochtones.

Souvent, de multiples facteurs de risque peuvent être présents dans les mêmes groupes prioritaires (par exemple, comme il a été défini dans l'outil d'évaluation approfondie du programme « Bébés en santé, enfants en santé », les adolescentes enceintes à faible revenu qui fument et ont un faible poids avant leur grossesse). Parmi les ressources du Centre de ressources Meilleur départ présentant des études, des perspectives et des stratégies efficaces en matière de planification des interventions et/ou d'extension des services aux groupes prioritaires susmentionnés, on trouve les guides *Populations at Higher Risk: When Mainstream Approaches Don't Work* (149) et *Réduire l'impact : Travailler auprès de femmes enceintes qui connaissent une situation de vie difficile* (150). Même si le deuxième guide est axé sur les femmes enceintes, les pratiques exemplaires qu'il décrit en lien avec le travail auprès des groupes prioritaires s'appliquent aux groupes desservis par le programme Santé des enfants. Le Centre de ressources Meilleur départ propose d'autres ressources utiles, dont les suivantes : *A Sense of Belonging: Supporting Healthy Child Development in Aboriginal Families et Through the Eyes of a Child – First Nation Children's Environmental Health, Comment rejoindre les francophones – Programmes de maternité et de petite enfance* (151), *Self-Help/Peer Support Strategies in Maternal, Newborn and Child Health: Examples for the Provincial Landscape* (152), *How to Build Partnerships with Youth et Perinatal Mood Disorders – An Interdisciplinary Training Video with a Facilitator's Guide*.

Le répertoire pour le *Fonds des projets nationaux (FPN) du PACE et du PCNP* (153) indique également les ressources pouvant être utiles sur ce plan. Au nombre des sujets traités, on trouve les stratégies relatives à l'attachement et à l'engagement des pères destinées aux familles de nouveaux immigrants et aux familles multiculturelles, la violence familiale, le SAF et les ACLA – dont le soutien aux enfants affectés par les effets de la consommation d'alcool ou de drogues par la mère pendant la grossesse, la sécurité alimentaire, les populations rurales, les besoins spéciaux en santé mentale, la grossesse chez les adolescentes, l'établissement du contact avec le groupe ciblé et le maintien de ce contact et les partenariats et interventions en lien avec la violence faite aux enfants.

Les groupes de discussion de participants ou d'autres stratégies faisant intervenir le groupe prioritaire avec qui le bureau de santé travaillera seront essentiels à l'évaluation de la situation dans le cadre de la planification des services et des stratégies d'approche du bureau de santé. L'apport des groupes prioritaires permettra de définir plus facilement l'information et les ressources pratiques requises et aidera les fournisseurs de services à comprendre le contexte de leur vie et de leurs attitudes ainsi qu'à adopter des approches qui les aideront à autonomiser et à soutenir ces personnes ou groupes afin qu'ils puissent mieux composer avec leur situation et atteindre de meilleurs résultats pour eux et leurs futurs enfants en matière de santé. La participation des groupes prioritaires au-delà de l'étape de la planification est également déterminante, notamment dans les domaines de la prestation et de l'évaluation. L'engagement des clients constitue une forme d'autonomisation pouvant aider les personnes à s'aider elles-mêmes, augmenter l'estime personnelle et le soutien social ainsi que rendre les autres participants plus à l'aise.

L'approche des groupes prioritaires est par ailleurs essentielle, car les familles et les enfants à risque font face à de nombreux obstacles personnels et structurels pour ce qui est de l'accès à des ressources ou services communautaires tels que des soins prénatals. Par conséquent, les stratégies devraient envisager des moyens de surmonter ces problèmes d'accessibilité (par exemple, transport, capacité financière, langue, milieu accueillant et attitudes non critiques, soins aux enfants, stress/épuisement, connaissance des ressources offertes). Les stratégies d'approche et de promotion devraient également être axées sur la façon la plus efficace de servir le groupe prioritaire défini ainsi que sur le meilleur lieu pour le faire.

Les bureaux de santé (ou partenaires communautaires) offrant des services directs aux groupes prioritaires devraient établir des politiques et des processus pour définir les critères d'admissibilité. Des stratégies de soutien devraient aussi être mises en place pour les clients des groupes prioritaires en attente de services. Les questions de durabilité devraient être abordées aux premières étapes de la planification, de telle sorte que les groupes prioritaires qui réussissent à surmonter les nombreux obstacles liés à la recherche et à l'acceptation de ressources ne soient pas laissés à eux-mêmes.

Quoique nécessaires, les stratégies d'approche et les services directs ne suffisent pas à améliorer les résultats liés à la santé et au développement des enfants dans les groupes prioritaires. Les activités doivent être liées aux stratégies de sensibilisation, d'action communautaire et de changement social de haut niveau définies dans l'exigence n° 4b. Le secteur de la santé publique et les partenaires communautaires ne doivent pas seulement s'atteler au fardeau des inégalités en matière de santé, mais aussi participer à des initiatives sociétales de vaste portée pour remédier aux conditions qui contribuent à cette situation.

Les employés des bureaux de santé auront besoin d'information à jour et adéquate pour conseiller les groupes prioritaires et les diriger vers les bonnes ressources communautaires et les bons services pratiques. Des exemples de politiques appuyant ces activités sont présentés dans les exigences n^{os} 6 et 7. Les recommandations ou liaisons peuvent prendre la forme d'interactions directes (par exemple, lignes d'assistance téléphonique, lignes d'approche sur la santé familiale, programmes individuels ou de groupe, recommandation d'autres fournisseurs de services et d'établissements tels que des cliniques de santé familiale et de santé sexuelle, des refuges, des centres de santé communautaire) ou d'interactions indirectes (affiches, dépliants, inscriptions sur des sites Web).

L'évaluation des initiatives destinées aux groupes prioritaires comporte de nombreux obstacles. Par exemple, les bureaux de santé doivent souvent travailler avec un petit nombre de participants, tandis que les coûts notamment liés à la dotation individualisée, au transport, aux bons alimentaires, aux soins aux enfants et aux suppléments vitaminiques peuvent être élevés. En évaluant les questions délicates (par exemple, la consommation d'alcool ou de drogues ou la violence), les employés devront être conscientisés aux facteurs tels que les sous-déclarations et la confidentialité des renseignements du client. Les évaluations devraient en outre tenir compte des indicateurs allant au-delà des changements dans les résultats et les comportements liés à la santé, comme le renforcement du soutien social, l'estime personnelle, la collaboration communautaire et la rétroaction qualitative des participants. Les évaluations des processus (qui comprennent la rétroaction des participants) s'avéreront également importantes pour préciser et éclairer le travail des autres intervenants auprès d'un groupe prioritaire similaire.

Voici des exemples d'initiatives et d'activités des bureaux de santé visant des groupes prioritaires.

- L'événement *Young Parents Connection* de Santé publique Algoma a été créé pour répondre aux besoins des parents adolescents. Se déroulant chaque jeudi soir au YMCA, il s'agit de l'une des interventions les plus réussies d'Algoma en lien avec le rôle parental précoce. Environ 20 organismes y participent, dont le programme *Expérience, poursuite et reprise des études pour les jeunes parents (EXPRESS)*. Outre l'acquisition de compétences parentales, les parents adolescents ont l'occasion de tisser des liens, de former des réseaux sociaux et de renforcer leur estime personnelle.
- Le programme de nutrition par les pairs (*Peer Nutrition Program*) est un programme d'éducation sur la nutrition du Bureau de santé publique de Toronto destiné aux parents et aux fournisseurs de soins de différentes collectivités ethniques et culturelles. Dirigé par des éducateurs locaux spécialisés en nutrition recevant l'appui de diététistes autorisés, ce programme est offert dans plus de 30 langues aux familles composées d'enfants de zéro à six ans. Pour obtenir de l'information sur ce programme évalué et fondé sur des données probantes, on peut consulter le site <http://www.toronto.ca/health/peernutrition>.
- Le programme *Invest In Families* a été établi en partenariat avec le bureau de santé publique et les services Emploi et Services sociaux et Parcs, Foresterie et Loisirs de la ville de Toronto. Ce programme offre un soutien aux familles prestataires d'aide sociale vivant dans l'un des quartiers les plus à risque de la ville et ayant des enfants de cinq à dix-huit ans. Des infirmières en santé publique offrent à ces familles des conseils, les dirigent vers les bons services communautaires et accordent une importance particulière au renforcement des capacités parentales.
- Le Bureau de santé de la région de Peel offre des programmes parentaux destinés aux familles nouvellement immigrées.
- Le Bureau de santé du district de Thunder Bay et le Bureau de santé de Middlesex-London ont établi des protocoles en vue d'élaborer un plan de stimulation précoce dirigé par la société d'aide à l'enfance. Ce plan nécessite l'intervention des bureaux de santé et de la collectivité auprès des enfants à risque.

- Le Bureau de santé de la région de Waterloo a mis sur pied des foires de la santé prénatale et de la santé des enfants destinées aux nouveaux immigrants, et a embauché des ressources parlant plus de 20 langues dans le cadre du programme « Bébés en santé, enfants en santé ». Ces ressources offrent essentiellement une assistance par les pairs à différents groupes culturels.
- Le Bureau de santé publique de la région de Waterloo (154) utilise un cadre de planification de la santé fondé sur l'égalité pour définir les services autorisés et les ressources favorables à la prestation des programmes dans des établissements communautaires à fins multiples. L'objectif est de faciliter l'accès aux groupes prioritaires et d'augmenter les avantages pour ces derniers.
- À l'échelle provinciale, le ministère de la Promotion de la santé a élargi le Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE) de manière à offrir des soins dentaires aux adolescents à faible revenu ne possédant pas une assurance dentaire ou un autre type de couverture. Les bureaux de santé publique font tous connaître le programme par l'intermédiaire de leurs organismes partenaires, des écoles secondaires et des médias locaux.

Partenaires communautaires possibles dans le cadre du programme Santé des enfants

Programmes du PACE, groupes prioritaires, RLISS, gouvernements et organismes municipaux/régionaux, Parcs et Loisirs Ontario, services sociaux (par exemple, sociétés d'aide à l'enfance, Ontario au travail), services de santé (par exemple, centres de santé communautaire [CSC], Équipes Santé familiale, fournisseurs de soins primaires), écoles et conseils scolaires, refuges, banques alimentaires et soupes populaires, services d'établissement, associations culturelles.

Liens possibles entre le programme Santé des enfants et les autres programmes de santé publique

Santé génésique, Santé sexuelle, programme « Bébés en santé, enfants en santé », Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire.

c) Prévention des maladies

Exigence n° 9

Le conseil de santé doit assurer la prestation de tous les volets du programme « Bébés en santé, enfants en santé », conformément au Protocole Bébés en santé, enfants en santé, 2008 (ou à la version en vigueur) (ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse).

Note en bas de page n° 18 des NSPO : « Même si le programme « Bébés en santé, enfants en santé » comporte des volets portant sur la promotion de la santé et l'élaboration de politiques, on l'a inclus dans la section sur la prévention des maladies étant donné qu'il met l'accent sur les services de dépistage, d'évaluation, d'aiguillage et de soutien. »

Voir *Protocole Bébés en santé, enfants en santé, 2008*

http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/pubhealthf/oph_standardsf/ophsf/progstdsf/protocolsf/hbhcf.pdf

Exigence n° 10

Le conseil de santé doit effectuer du dépistage en santé bucco-dentaire conformément au Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé bucco-dentaire, 2008 (ou à la version en vigueur).

Voir le Document d'orientation sur la santé bucco-dentaire

http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/pubhealthf/oph_standardsf/ophsf/guidancef.html

Exigence n° 11

Le conseil de santé doit donner aux familles l'accès à des outils de dépistage et leur fournir du soutien afin qu'elles puissent surveiller la santé et le développement de leurs enfants. En outre, il doit avoir une personne-ressource à qui les familles peuvent s'adresser pour discuter des résultats et faire le suivi.

Note en bas de page no 19 : « Les outils de dépistage comprendront ceux utilisés pour le programme « Bébés en santé, enfants en santé » (par exemple, le questionnaire de dépistage du district de Nipissing^{MC}) ainsi que d'autres outils valides et fiables, comme NutriSTEPTM et l'instrument de dépistage dentaire pour les enfants. »

Selon les résultats d'un sondage national mené auprès de parents de jeunes enfants, les connaissances des parents relatives au développement de l'enfant (en particulier le développement social et affectif) sont faibles (66). Les parents ont besoin d'information et d'outils qui les aideront à surveiller la santé et le développement de leur enfant, à détecter rapidement les problèmes possibles et à accéder à des services de soutien ou de suivi. Le dépistage en bas âge constitue la clé d'une intervention rapide et contribue à la santé et au développement optimaux des enfants.

Dans son rapport *Dans l'optique de notre meilleur avenir : Mise en œuvre de l'apprentissage des jeunes enfants en Ontario*, Charles Pascal (112) souligne l'importance de la surveillance de la progression du développement des enfants et la nécessité pour les professionnels d'élaborer « une stratégie d'intervention en collaboration avec les parents. [Les professionnels] seront ainsi les porte-parole de l'enfant, soit en assurant directement les services ou en négociant un accès rapide à des organismes communautaires qui offrent des thérapies plus intensives ». Ce rapport recommande l'établissement d'un protocole uniforme de dépistage précoce dans chaque collectivité.

Une évaluation de la situation pourrait aider à déterminer le type d'approche nécessaire en matière de dépistage précoce (approche universelle et/ou ciblée). Les rapports de Pascal (112) et de McCain et Mustard (60) concluent tous les deux qu'il est prouvé qu'une « approche universelle de prestation de programmes intégrant des initiatives visant à réduire la pauvreté contribue à amplifier les bienfaits sociaux, économiques et scolaires » (112). Cependant, si les ressources sont limitées, une approche ciblée pourrait être requise, et des approches uniques pourraient devoir être adoptées pour servir les groupes ou collectivités difficiles d'accès. L'évaluation de la situation permettra également de définir les bons outils de dépistage et/ou d'évaluation pour les enfants, les parents et la collectivité. Ces outils devraient être choisis en fonction des besoins en information et des groupes prioritaires identifiés dans l'évaluation communautaire. De plus, leur pertinence devrait être évaluée en ce qui a trait à la langue, à l'alphabétisation, au niveau d'information requis, à l'adaptation culturelle, au mode d'utilisation, etc.

L'utilisation d'outils de dépistage fiables et valables est essentielle à l'application de cette exigence. Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) a choisi le questionnaire de dépistage du district de Nipissing (*Nipissing District Developmental Screen*^{MC} [NDDSMC]), rempli par les parents, comme outil provincial de dépistage en matière de développement des jeunes enfants. Cet outil est également utilisé dans le cadre du programme « Bébés en santé, enfants en santé ». Outre le NDDSMC, les bureaux de santé publique peuvent adopter dans leurs collectivités d'autres outils de dépistage, par exemple en matière de nutrition, de santé dentaire, de vision et d'ouïe. Le programme *NutriSTEP*^{MD} et l'outil de dépistage des problèmes dentaires chez les enfants (voir le Document d'orientation sur la santé bucco-dentaire) sont des exemples d'outils servant au dépistage des problèmes de développement de l'enfant liés à la nutrition et aux soins dentaires, respectivement.

NutriSTEP^{MD} est un outil de dépistage de risques liés à l'alimentation à l'âge préscolaire reconnu à l'échelle de la province. Appuyé par le ministère de la Promotion de la santé (MPS), il est destiné aux enfants de trois à cinq ans. Le Centre de ressources en nutrition de l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO) offre un soutien à la mise en œuvre de l'outil, dont des ressources de planification, d'exécution et d'évaluation. La trousse de mise en œuvre *NutriSTEP Implementation Toolkit* comprend de la documentation à l'intention des parents et des fournisseurs de services visant à sensibiliser ces derniers à l'importance d'une bonne alimentation et à enrichir leurs connaissances dans ce domaine (15). On peut télécharger de l'information et des documents à l'adresse <http://www.nutristep.ca/>.

Reconnaissant le rôle primordial que jouent les parents dans le développement de leurs enfants, certains bureaux de santé publique favorisent aussi l'utilisation d'outils de dépistage de la capacité des parents, par exemple l'échelle de dépression post-partum *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (155) ou le protocole de dépistage *Routine Universal Comprehensive Screening* (RUCS). De nombreux outils du même genre sont également évalués et mis en œuvre dans le programme de visites à domicile « Bébés en santé, enfants en santé », et pourraient être adoptés dans d'autres milieux communautaires.

Les bureaux de santé devraient envisager l'emploi de différentes stratégies dans le cadre de la promotion des outils de dépistage choisis auprès des groupes de parents ciblés (par exemple, groupes universels, groupes prioritaires).

En voici quelques exemples :

- Événements communautaires de dépistage (par exemple, foires de la santé, « cliniques » de dépistage pour les jeunes enfants);
- Distribution par l'intermédiaire d'autres programmes de santé destinés aux parents de jeunes enfants (par exemple, de nombreux bureaux de santé distribuent le NDDSMC aux fournisseurs de soins primaires dans le cadre de leurs activités de diffusion relatives à l'entreposage des vaccins);
- Envoi d'outils aux familles (par exemple, le Bureau de santé du comté d'Oxford inclut le NDDSMC dans sa trousse *Let's Grow*);
- Publication sur le site Web des bureaux de santé d'outils de dépistage et d'information destinée aux parents;
- Distribution dans le cadre des inscriptions à la maternelle;
- Offre d'outils dans des lieux communautaires fréquentés par des parents (par exemple, centres de développement de la petite enfance de l'Ontario, centres de ressources parentales et familiales, bibliothèques, centres communautaires).

La liste ci-dessus indique clairement que les partenaires communautaires jouent un rôle déterminant dans la mise en œuvre des stratégies de dépistage précoce. Un grand nombre de collectivités planifient des stratégies globales par l'intermédiaire de leurs réseaux Meilleur départ. Parmi les activités de partenariat, mentionnons les suivantes :

- Consensus de tous les partenaires communautaires sur l'utilisation d'outils de dépistage précis;
- Création commune de ressources (par exemple, le calendrier *Learning Through Play* (apprentissage par le jeu), élaboré conjointement avec le Bureau de santé publique de Toronto et des organismes de santé mentale des enfants); destiné aux parents faiblement alphabétisés, cet outil utilise des images pour informer les parents sur les étapes clés du développement et la façon de favoriser le développement des enfants par le jeu;
- Ressources et formation communes destinés aux fournisseurs de services aux enfants (par exemple, de nombreuses collectivités ont créé des guides sur des « questions brûlantes » et le réseau Meilleur départ travaille actuellement à la création d'un guide provincial);
- Collaboration dans le cadre d'événements communautaires axés sur le dépistage précoce;
- Établissement de voies d'accès aux services (par exemple, accès direct ou accès par étapes);
- Élaboration de plans et de politiques tenant compte des listes d'attente et du soutien et des stratégies provisoires;
- Intégration des outils de dépistage précoce à des stratégies de plus vaste portée, comme des campagnes de marketing social (par exemple, la campagne *Don't Play, Wait and See* du Bureau de santé publique de Toronto).

Les bureaux de santé devraient également envisager des partenariats communautaires qui favoriseront l'extension des services aux groupes prioritaires (par exemple, lieux communautaires accessibles par le transport en commun, organismes culturels particuliers, services d'établissement des nouveaux immigrants). Des protocoles externes et des lettres d'entente avec les partenaires communautaires (conformément aux exigences nos 6 et 7) peuvent faciliter l'intégration communautaire et la création d'une communauté de praticiens.

Le rôle que peuvent jouer les bureaux de santé dans la mise en œuvre de la stratégie « Bilan de santé à 18 mois » constitue un exemple concret de collaboration entre les bureaux de santé et les partenaires communautaires en vue de favoriser le dépistage précoce. La stratégie du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse reconnaît l'importance du rôle des fournisseurs de soins primaires dans l'évaluation du développement des enfants à dix-huit mois et le soutien des parents en matière de dépistage et d'intervention précoces. Les fournisseurs de soins primaires auront accès à de la formation, à des outils (par exemple, un Relevé postnatal Rourke et un questionnaire NDDS^{MC} révisés) et à des ressources pour mettre en œuvre cette initiative. Les bureaux de santé publique peuvent lancer des stratégies d'approche des fournisseurs de soins primaires dans leur collectivité pour promouvoir et soutenir l'initiative. Ils peuvent aussi participer à l'établissement de voies d'accès aux services communautaires aidant les fournisseurs de soins primaires à diriger les enfants en temps opportun vers les bons spécialistes pour un dépistage précoce.

En faisant mieux connaître les outils de dépistage aux parents, les bureaux de santé devraient vérifier s'il existe des ressources destinées aux familles concernant l'interprétation des résultats et l'accès facile à des services de suivi adéquats, s'il y a lieu. Cela dépendra du mode de prestation de l'outil de dépistage en question. Dans certains cas (par exemple, événements ou cliniques de dépistage communautaires, inscription à la maternelle), des employés des bureaux de santé peuvent être présents pour informer directement les parents sur le développement de l'enfant, les conseiller sur le développement de leur enfant et les résultats liés au dépistage, et les diriger vers le bon spécialiste, s'il y a lieu. Dans d'autres lieux (par exemple, centres de développement de la petite enfance, garderies), les parents peuvent avoir accès à d'autres fournisseurs de services aux enfants. Les bureaux de santé peuvent choisir d'offrir de la formation aux partenaires communautaires pour les aider à éduquer les parents et à leur recommander de bons services. Pour les autres approches de distribution, les parents pourraient avoir besoin d'un moyen d'accéder à des services de formation, de consultation et de recommandation par téléphone (voir exigence n° 7). Dans ce cas également, des stratégies particulières pourraient être nécessaires pour venir en aide aux familles issues de différents groupes ethniques ou difficiles à joindre, en particulier celles appartenant à un groupe prioritaire (par exemple, la désignation d'une infirmière en santé publique pour interpréter les résultats, des services d'interprétation linguistique).

En outre, un plan d'évaluation du dépistage, des stratégies de dépistage précoce et du suivi adéquat devrait être élaboré à l'étape de la planification de la stratégie. Le mode d'évaluation de cette exigence dépendra des stratégies de diffusion de l'outil de dépistage choisies par le bureau de santé. Les indicateurs des processus comme le nombre d'outils de dépistage distribués aux parents et aux enfants, le nombre de consultations et/ou les recommandations fournies aux parents et aux enfants, le nombre de partenaires communautaires ainsi que le nombre d'événements de dépistage précoce et de participants à ces derniers peuvent être comptés. Les données locales relatives à l'IMDPE peuvent servir de base aux indicateurs des résultats.

Partenariats possibles du programme Santé des enfants dans le cadre des activités de dépistage rapide

Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire, Programme de dépistage néonatal des troubles auditifs et d'intervention précoce, Programme d'intervention précoce auprès des enfants aveugles ou ayant une basse vision, programme de soins dentaires du secteur de la santé publique, services du secteur de la santé publique en milieu scolaire (par exemple, bon nombre de bureaux de santé font la promotion d'outils de dépistage dans le cadre des inscriptions à la maternelle), conseils scolaires, centres de développement de la petite enfance de l'Ontario, carrefours Meilleur départ, centres d'alphabétisation des parents et des familles, programmes de prématernelle, organismes de développement des jeunes enfants, organismes de santé mentale des enfants, services de protection de l'enfance, organismes culturels, services d'établissement et services municipaux (par exemple, bibliothèques, centres communautaires).

Liens possibles entre le programme Santé des enfants et les autres programmes de santé publique

Santé sexuelle, Maladies évitables par la vaccination.

Exigence n° 12

Le conseil de santé doit offrir le Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE), conformément au Protocole concernant le Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE), 2008 (ou à la version en vigueur). Il doit aiguiller les enfants admissibles à ce programme vers des intervenants en santé dentaire et surveiller les mesures prises.

Voir le Document d'orientation sur la santé bucco-dentaire

http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/pubhealthf/oph_standardsf/ophsf/guidancef.html

Exigence n° 13

Le conseil de santé doit assurer la prestation des services cliniques préventifs en santé dentaire au moins une fois par année, conformément au Protocole concernant les services de santé bucco-dentaire préventifs, 2008 (ou à la version en vigueur).

Voir le Document d'orientation sur la santé bucco-dentaire

http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/pubhealthf/oph_standardsf/ophsf/guidancef.html

d) Protection de la santé

Exigence n° 14

Le conseil de santé doit examiner les rapports sur la qualité de l'eau potable relatifs à la source ou aux sources d'approvisionnement en eau potable de la municipalité où du fluorure est ajouté. Ces rapports doivent être examinés au moins une fois par mois et, le cas échéant, les mesures qui s'imposent doivent être prises, conformément au Protocole de surveillance des concentrations de fluorure dans les réseaux d'eau communautaires, 2008 (ou à la version en vigueur).

Voir le Document d'orientation sur la santé bucco-dentaire

http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/pubhealthf/oph_standardsf/ophsf/guidancef.html

Section 4 – Intégration aux autres exigences dans le cadre des NSPO et à d'autres stratégies et programmes

Les six volets clés du programme Santé des enfants (rôle parental positif, allaitement maternel, dynamique familiale saine, saine alimentation, poids santé et activité physique, croissance et développement et santé bucco-dentaire), de même que tous les facteurs liés à ceux-ci, doivent être intégrés aux autres exigences dans le cadre des NSPO et à d'autres stratégies et programmes.

Certains domaines d'intégration sont évidents et accroîtront l'efficacité et l'efficience de la planification et de la mise en œuvre des programmes. Par exemple, un milieu familial sain et positif constitue le contexte idéal pour l'acquisition d'habitudes saines par un enfant. En effet, il n'existe pas de meilleurs modèles que les parents : leurs habitudes alimentaires, la grosseur de leurs portions et leur comportement influent sur les habitudes alimentaires des enfants. Des études indiquent aussi que les modèles de rôle, l'encouragement et les félicitations des parents favorisent l'activité physique chez les enfants (124). Par conséquent, les programmes Santé des enfants et Prévention des maladies chroniques ont la responsabilité commune des stratégies favorisant une saine alimentation, le poids santé et l'activité physique chez les enfants et leurs parents, ainsi que d'autres habitudes saines (par exemple, éviter ou cesser de fumer).

Les programmes Santé des enfants et Prévention des blessures et du mésusage de substances devraient également intégrer des stratégies visant à réduire le risque de blessures chez les enfants et les jeunes et à créer des milieux sécuritaires et positifs pour ces derniers. De même, les responsables des programmes Santé génésique et Santé des enfants devraient se concerter pour promouvoir l'allaitement maternel, un rôle parental positif et une dynamique familiale saine comme moyens d'améliorer les résultats liés à la santé des enfants.

Dans certains domaines, les possibilités d'intégration sont moins évidentes (par exemple, la collaboration des programmes Santé des enfants et Salubrité de l'eau dans le but de sensibiliser la population aux concentrations non sécuritaires de plomb dans l'eau et au risque que celles-ci comportent pour la santé des enfants). L'annexe A présente les liens entre chaque exigence relative à la santé des enfants et les autres exigences des NSPO.

Il peut en outre être utile pour les bureaux de santé de déterminer le niveau d'intégration requis pour une planification, des programmes et une évaluation efficaces et efficaces. Le continuum d'intensité des liens (157) fournit des définitions communes et attribue un chiffre (de 1 à 6) correspondant au niveau d'intégration. Nous avons utilisé ce continuum pour remplir les tableaux suivants en guise d'exercice type d'intégration : **le tableau 2 (Niveau d'intégration type entre les programmes Santé génésique et Santé des enfants et d'autres programmes visés par les NSPO)** et **le tableau 3 (Niveau d'intégration type entre les programmes de santé familiale et de promotion de la santé en milieu scolaire)**. Ces outils peuvent aider les bureaux de santé à entreprendre un dialogue avec les chefs et le personnel des autres programmes pour voir si tous s'entendent sur le niveau d'intégration souhaitable pour planifier et mettre en œuvre leurs exigences et quelles mesures doivent être prises à l'interne pour maximiser les chances de réussite.

Le continuum d'intensité des liens

1. **Communication** : Discussions claires, cohérentes et non critiques; fournir ou échanger de l'information afin de maintenir des liens significatifs. Les causes ou programmes individuels sont complètement séparés.
2. **Coopération** : Entraide dans le cadre des activités en offrant un soutien général et de l'information et/ou en signifiant son acceptation des autres programmes, services ou objectifs.
3. **Coordination** : Les activités et les communications conjointes sont plus intenses et leur portée est plus vaste. Les organismes ou les personnes planifient ensemble et synchronisent les calendriers, les activités, les buts, les objectifs et les événements.
4. **Collaboration** : Les organismes, les personnes ou les groupes renoncent volontairement à une partie de leur autonomie pour favoriser des gains ou des résultats communs. Une véritable collaboration comporte des changements concrets dans le comportement des agences, des personnes ou des groupes afin d'appuyer les buts ou les idéaux collectifs.
5. **Convergence** : Les liens évoluent de la collaboration à la restructuration des services, des programmes, des adhésions, des budgets, des missions, des objectifs et du personnel.
6. **Regroupement** : Le comportement individuel des organismes, des personnes et des groupes, ainsi que les activités, les politiques, les budgets, le personnel et les pouvoirs sont homogènes et harmonisés. On renonce à une autonomie et à des gains individuels pour adopter une identité commune et viser des résultats collectifs.

Tableau 2 : Niveau d'intégration type entre les programmes Santé génésique et Santé des enfants et d'autres programmes visés par les NSPO

NORME	SANTÉ FAMILIALE	SANTÉ GÉNÉSIQUE	SANTÉ DE L'ENFANT
Maladies chroniques et blessures	Prévention des maladies chroniques	4 – minimum et 5 – meilleures pratiques	4 – minimum et 5 – meilleures pratiques
	Prévention des blessures et du mésusage de substances	4 – minimum et 5 – meilleures pratiques	4 – minimum et 5 – meilleures pratiques
Maladies infectieuses	Santé sexuelle, infections transmissibles sexuellement et infections transmissibles par le sang	4	4
	Prévention et contrôle des maladies infectieuses	2	2
	Prévention et contrôle de la tuberculose	1	2
	Prévention et contrôle de la rage	1	1
	Maladies évitables par la vaccination	2	3

NORME	SANTÉ FAMILIALE	SANTÉ GÉNÉSIQUE	SANTÉ DE L'ENFANT
Santé environnementale	Salubrité des aliments	2	2
	Salubrité de l'eau	3	3
	Prévention et gestion des risques sanitaires	4	4
Préparation aux situations d'urgence	Préparation aux situations d'urgence en santé publique NOTA : les niveaux pourraient passer à 6 dans une situation d'urgence.	1	1

Tableau 3 : Niveau d'intégration type entre les programmes de santé familiale et de promotion de la santé en milieu scolaire

SANTÉ FAMILIALE	SANTÉ GÉNÉSIQUE	SANTÉ DES ENFANTS	PROTOCOLES LIÉS À LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE	PROGRAMME « BÉBÉS EN SANTÉ, ENFANTS EN SANTÉ »	PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE
Santé génésique	x	4*	1	4	2
Santé des enfants	4	x	2	4	2-3*
Protocoles liés à la santé bucco-dentaire	1	2	x	2	1
Programme « Bébés en santé, enfants en santé »	4	4	2	x	2
Promotion de la santé en milieu scolaire	2	2-3*	1	2	x

* Représente un niveau d'intégration minimum; des niveaux plus élevés peuvent être présents à l'échelon des bureaux de santé locaux.

Le besoin d'intégration s'étend au-delà des NSPO; il inclut les partenaires de différents secteurs à différents échelons (provincial, municipal/conseils de santé, organismes communautaires et autres). Pour bien fonctionner, les partenaires doivent faire preuve d'engagement et les rôles et responsabilités doivent être clairement définis, notamment en ce qui a trait à la désignation des chefs. De plus, les priorités conjointes doivent être déterminées d'un commun accord.

Une intégration similaire entre les partenaires provinciaux (par exemple, les programmes de santé familiale du ministère de la Promotion de la santé, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, le programme « Bébés en santé, enfants en santé », entre autres, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère de l'Éducation) est également essentielle pour soutenir les objectifs, les orientations stratégiques et les résultats communs. De même, il importe d'améliorer l'intégration entre les ministères et les programmes fédéraux, les ministères et les programmes provinciaux et les programmes des bureaux de santé locaux afin d'accroître l'efficacité et l'efficience des résultats liés à la santé des enfants.

Section 5 – Ressources d'appui à la mise en application des normes

a) Principaux outils et ressources nécessaires

Certaines ressources sont primordiales pour mettre en application les *Normes de santé publique de l'Ontario* (NSPO), dont celles liées à la santé des enfants. De plus, il est essentiel de bien comprendre les notions, théories et stratégies relatives à la promotion de la santé pour répondre aux exigences des normes. La *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* définit la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci [...]; un engagement à relever des défis, réduire les inégalités, élargir le champ de la prévention et aider les gens à se tirer d'affaire [ainsi qu'à] créer des environnements favorables dans lesquels les gens seront plus en mesure de prendre soin d'eux-mêmes. (130) ».

Une solide connaissance des théories relatives à la promotion de la santé constitue la base de la mise en œuvre des stratégies requises pour appliquer les exigences et les modèles du programme Santé des enfants (par exemple, marketing social et politique publique favorisant la santé). Entre autres, l'ouvrage *Theory in a Nutshell* de Nutbeam et Harris (158) est un guide pratique sur les théories relatives à la promotion de la santé, dont le changement des comportements liés à la santé. Le National Social Marketing Centre (Royaume-Uni) (129) offre aussi d'excellentes ressources en matière de marketing social.

La connaissance des lois pertinentes est par ailleurs essentielle, notamment la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* et les autres lois ayant une incidence sur les mères, les enfants et les familles (par exemple, les lois sur le congé de maternité et le congé parental, les services de garde, l'interdiction de fumer et la sécurité des nourrissons, des enfants et des jeunes).

Il est en outre important de bien comprendre les compétences essentielles en santé publique au Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/ccph-cesp/index-fra.php>) ainsi que les stratégies en matière de santé de la population et de santé individuelle pour mettre en œuvre le programme Santé des enfants. La connaissance des meilleures pratiques liées au processus de développement communautaire peut aussi s'avérer utile pour répondre aux exigences des partenaires communautaires. Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada (<http://www.chnac.ca/>) offre de l'assistance en ce qui a trait au processus de développement communautaire.

Des ressources destinées à faciliter la promotion de la santé mentale par une pratique et une éducation cliniques et consultatives compétentes sont proposées dans le *Narrative & Solution Focused Approaches Training Evaluation Summary Report* du groupe de travail responsable de l'évaluation de l'approche descriptive axée sur les solutions (NSFA) (159). Enfin, on trouvera à l'adresse suivante des ressources aidant à tenir compte des déterminants sociaux de la santé : <http://www.chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A?OpenDocument>.

b) Ressources de planification, d'exécution et d'évaluation

Des outils de planification et d'évaluation des activités peuvent aider les bureaux de santé locaux à élaborer des cadres d'activité. En voici quelques exemples.

- L'outil Towards Evidence Informed Practice (TEIP) de l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO) (<http://www.opha.on.ca/programs/teip.shtml>) et les ressources du Centre de ressources en nutrition (<http://www.nutristep.ca/>).
- Les ressources du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDS), par exemple la trousse d'outils d'évaluation (<http://www.phred-redsp.on.ca/>).
- Les ressources de The Health Communication Unit (THCU) (<http://www.thcu.ca/>).
- Les ressources du Centre de ressources Meilleur départ en matière de santé des enfants (par exemple, ressources pour la dépression post-partum).

L'*Evaluation Methods Sourcebook II* de la Société canadienne d'évaluation constitue une autre source de modèles logiques (160). Les outils de planification et d'évaluation Results-Based Accountability^{MC} (RBA) (161) (<http://www.resultsaccountability.com>) sont également utiles – le bureau de santé de la région de Halton les a utilisés et les résultats ont été concluants.

Des examens systématiques, des analyses documentaires, des rapports publiés et le site donneesprobantes-sante.ca sont autant de ressources pouvant faciliter l'application des exigences en fonction des données probantes disponibles. Parmi ces ressources, mentionnons les examens systématiques réalisés par le REDSP, des rapports fédéraux (ex. : *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*, À la hauteur : Une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes du Canada, le Bulletin canadien de l'activité physique chez les jeunes de Jeunes en forme Canada) et des publications provinciales (ex. : Rapport initial sur la santé publique) (http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/pubhealthf/init_reportf/indexf.html).

Les meilleures pratiques, les experts en contenu lié à la santé des enfants et des collègues bien informés peuvent aussi faciliter le processus de rassemblement de l'information, et sont mentionnés dans ce document. Les centres de ressources (par exemple, le Centre de ressources en nutrition de l'ASPO) et des liens vers les services de Motherisk et du McMaster Child Health Research Institute (MCHRI), dont l'Offord Centre for Child Studies (<http://www.wholechildresearch.com>), s'avèrent aussi des ressources inestimables en matière de santé de l'enfant.

Le gouvernement fédéral (par exemple, l'Agence de la santé publique du Canada [ASPC], le Comité canadien pour l'allaitement), les organismes non gouvernementaux (par exemple, INFAC Canada [<http://www.infactcanada.ca/>] (135), le Canadian Partnership for Children's Health & Environment [<http://healthyenvironmentforkids.ca>] (102), la Fondation de psychologie du Canada [<http://www.psychologyfoundation.org/>] (127) et les ordres professionnels (par exemple, la Société canadienne de pédiatrie (SCP) [<http://www.cps.ca/>], Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada (IISCC) [<http://www.IISCC.ca/>] et l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO) [<http://www.opha.on.ca/index.shtml>]) constituent également des ressources précieuses pour les programmes publics de santé de l'enfant.

Produite par le Centre d'excellence pour le bien-être des enfants, l'*Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* (5), accessible en ligne, présente l'information scientifique la plus récente sur 37 sujets liés au développement psychosocial de l'enfant, de la conception à l'âge de cinq ans. Destinée aux décideurs politiques, aux planificateurs de services et aux parents, on peut la consulter à l'adresse suivante : <http://www.enfant-encyclopedie.com/fr-ca/accueil.html>.

Le répertoire pour le Fonds des projets nationaux (FPN) du PACE et du PCNP (153) établit la liste de tous les projets du FPN avec une courte description de ces projets, la liste des ressources offertes et les coordonnées des personnes-ressources (ex. : l'Initiative pour l'engagement paternel). On peut consulter le répertoire à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/fpn_projets-fra.php.

La mise en œuvre des lignes directrices fondées sur les meilleures pratiques établies par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) appuie les pratiques de soins infirmiers liées à la santé des enfants (<http://www.rnao.org/guidelines>). Parmi les lignes directrices permettant de faciliter l'application des exigences relatives au programme Santé des enfants, mentionnons celles portant sur l'allaitement maternel, le développement sain des adolescents, l'intégration de l'abandon du tabac aux pratiques infirmières quotidiennes, l'intervention en matière de dépression post-partum, la prévention primaire de l'obésité des enfants et la violence faite aux femmes (dépistage, identification et intervention initiale).

L'accès à des bases de données fiables (par exemple, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les indicateurs de base et le Système rapide de surveillance des facteurs de risque [SSRFR]) est aussi essentiel à la planification des activités du programme Santé des enfants. L'adoption d'un modèle de santé familiale pour le SSRFR faciliterait la surveillance des programmes Santé génésique et Santé des enfants. L'Association pour la santé et l'éducation physique de l'Ontario (ASEPO) et l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS) se révèlent quant à elles des ressources inestimables pour le soutien provincial de l'indicateur des programmes des bureaux de santé et des activités de collecte de données.

Les rapports publiés (par exemple, *En faisons-nous assez? Un rapport de la situation des politiques publiques canadiennes et de la santé des enfants et des adolescents (2007) de la SCP*) aident à éclairer les programmes de santé de l'enfant.

De nombreux bureaux de santé ont créé des ressources en matière de santé des enfants dont nous ne traitons pas dans le présent document, notamment des ententes de service, des protocoles, des organigrammes, des arbres décisionnels et des politiques sur les programmes. Toutes ces ressources facilitent le processus de mise en application des NSPO. Il existe d'excellents exemples de celles-ci dans les bureaux locaux de santé publique.

c) Réseaux

L'Ontario Family Health Management in Public Health Network (OFHMPHN) est un lien de communication critique entre les bureaux de santé et le ministère de la Promotion de la santé (MPS). Ce réseau a pour mission de stimuler la collaboration dans le secteur de la santé publique et entre les secteurs afin de favoriser la santé génésique et la santé des enfants par le leadership et des mesures collectives. Les objectifs de l'OFHMPHN sont conformes aux NSPO relatives aux programmes de santé familiale et à la norme fondamentale. L'harmonisation et l'intégration des activités du MPS et du réseau en matière de santé des enfants contribuent à l'atteinte des résultats sociétaux liés à la norme du programme Santé des enfants.

Le réseau provincial de gestion du programme « Bébés en santé, enfants en santé » dirigé par le MSEJ offre des possibilités accrues de communication dans le cadre du programme Santé des enfants.

Les réseaux régionaux de gestion du programme Santé des enfants ainsi que leur personnel offrent également une occasion de promotion, de partenariats dans le cadre de projets, de partage des ressources et de collaboration plus poussée en ce qui a trait aux questions et aux activités liées au programme Santé des enfants.

Section 6 – Conclusion

Ce document d'orientation, qui s'inscrit dans une série de documents préparés par le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario dans le but de guider les conseils de santé dans la mise en œuvre des programmes et des services de promotion de la santé assujettis aux *Normes de santé publique de l'Ontario* (NSPO) de 2008, visait à fournir de l'information générale sur la santé de l'enfant, notamment sur l'importance de cette question et le fardeau qu'elle représente.

De l'information a aussi été donnée sur les évaluations de situation pour chaque exigence des NSPO relative à la santé de l'enfant, ainsi que sur les politiques, la promotion des programmes et le marketing social, les questions d'évaluation et de surveillance et les déterminants sociaux de la santé. Une orientation politique et des stratégies à envisager ont également été proposées, et les données et fondements ont été examinés.

L'atteinte des objectifs généraux en matière de santé et des résultats sociétaux dépendra de la disposition des conseils de santé à collaborer avec d'autres partenaires communautaires tels que les organisations non gouvernementales, les administrations municipales et les organismes financés par le gouvernement et le secteur privé. En travaillant en partenariat pour répondre à un ensemble commun d'exigences, l'Ontario pourra mieux réaliser ses objectifs liés à la santé en visant des normes plus élevées et en évaluant adéquatement les processus concernés.

Les interactions complexes entre les facteurs sociaux et économiques, le milieu physique et les comportements et contextes individuels ont une forte incidence sur la santé des personnes et des collectivités de l'Ontario. La prise en considération des déterminants de la santé et la réduction des inégalités en matière de santé favoriseront aussi la réussite des conseils de santé.

Annexe A : Liens entre les exigences relatives à la santé de l'enfant et les autres exigences (Appah, 2009)

Acronymes

E = exigence

LGT = lutte globale contre le tabagisme

MEV = maladies évitables par la vaccination

PB = prévention des blessures

PCMI = prévention et contrôle des maladies infectieuses

PCR = prévention et contrôle de la rage

PCT = prévention et contrôle de la tuberculose

PGRS = prévention et gestion des risques pour la santé

PMS = prévention du mésusage de substances (y compris l'alcool)

PSUSP = préparation aux situations d'urgence en santé publique

SA = salubrité des aliments

SAPSAP = saine alimentation, poids santé et activité physique

SE = santé de l'enfant

SEAU = salubrité de l'eau

SG = santé génésique

SMS = santé en milieu scolaire

SSITSS = santé sexuelle et infections transmissibles sexuellement ou par le sang (y compris le VIH)

Les facteurs clés autour desquels les liens sont établis sont : 1) la surveillance, 2) le contexte, 3) l'évaluation de la situation, 4) les partenaires communautaires, 5) politiques publiques favorisant la santé, 6) les groupes prioritaires et 7) l'éducation du public et le marketing social.

CATÉGORIE	EXIGENCE RELATIVE AUX NSPO	SAPSAP	SG	PB	PMS	LGT	SMS	PCMI	PCR	SSITSS	PCT	MEV	SA	SEAU	PGRS	PSUJSP	
Évaluation et surveillance	1. Le conseil de santé doit effectuer une analyse épidémiologique des données de surveillance et examiner l'évolution des tendances au fil du temps, les nouvelles tendances et les groupes prioritaires, conformément au Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population, 2008 (ou à la version en vigueur), concernant ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> ▪ un rôle parental positif; ▪ l'allaitement maternel; ▪ une dynamique familiale saine; ▪ une saine alimentation, le poids santé et l'activité physique; ▪ la croissance et le développement; ▪ la santé dentaire. 	E1	E1	E1	E1	E1		E1 E2 E3	E2 E3 E4	E1 E2 E3	E1 E2 E3	E1 E2	E1 E2 E3 E4 E5	E1 E2			
	2. Le conseil de santé doit surveiller la santé bucco-dentaire des enfants dans les écoles et aiguiller ceux qui sont susceptibles d'avoir des problèmes de santé dentaire, conformément au Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé bucco-dentaire, 2008 (ou à la version en vigueur) et au Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population, 2008 (ou à la version en vigueur).	E2 E3	E1				E3	SE E2	E1 E2 E3 E14	E2 E3 E4	E1 E2 E3 E6	E2 E3	E1 E2 E13	E1 E2 E3 E4 E5	E2 E3 E4 E5	E1 E2	
	3. Le conseil de santé doit communiquer des données sur la santé bucco-dentaire, conformément au Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé bucco-dentaire, 2008 (ou à la version en vigueur).	E3	E1				E3	SE E3									

CATÉGORIE	EXIGENCE RELATIVE AUX NSPO	SAPSAP	SG	PB	PMS	LGT	SMS	PCMI	PCR	SSITSS	PCT	MEV	SA	SEAU	PGRS	PSUSP
Promotion de la santé et élaboration de politiques	<p>4. Le conseil de santé doit collaborer avec les partenaires communautaires en utilisant une approche globale de la promotion de la santé afin d'influencer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques favorisant la santé ainsi que la création de milieux favorables en rapport avec ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un rôle parental positif; ▪ l'allaitement maternel; ▪ une dynamique familiale saine; ▪ une saine alimentation, le poids santé et l'activité physique; ▪ la croissance et le développement; ▪ la santé dentaire. <p>Le conseil de santé doit notamment :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. évaluer la situation conformément au Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population, 2008 (ou à la version en vigueur); b. examiner, adapter et fournir des ressources et des programmes favorisant un changement de comportement. <p>Note en bas de page n° 17 (« Il peut s'agir notamment de ressources appuyant le programme scolaire (dans les jardins d'enfants, les écoles, etc.), de soutien dans les lieux de travail ou de possibilités de formation ou d'acquisition de compétences. »)</p>	E3 E4 E5 E6 E7	E2 E4	E2	E2 E3 E4 E5 E6 E7		E4 E5	E5	E6	E4	E3 E6				E4	E3
	<p>5. Le conseil de santé doit sensibiliser davantage le public à ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un rôle parental positif; ▪ l'allaitement maternel; ▪ une dynamique familiale saine; ▪ une saine alimentation, le poids santé et l'activité physique; ▪ la croissance et le développement; ▪ la santé dentaire. <p>Le conseil de santé doit notamment :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. adapter ou compléter les stratégies nationales ou provinciales de communication sur la santé; b. élaborer et mettre en œuvre des stratégies régionales ou locales de communication. 	E5 E11 E12	E3 E5	E4 E5	E4 E5 E11 E12		E4 E6	E5	E4	E4	E3 E5	E6 E7 E8 E12	E5		E3	E5

CATÉGORIE	EXIGENCE RELATIVE AUX NSPO	SAPSAP	SG	PB	PMS	LGT	SMS	PCMI	PCR	SSITSS	PCT	MEV	SA	SEAU	PGRS	PSUSP	
Promotion de la santé et élaboration de politiques	6. Le conseil de santé doit offrir, en collaboration avec les partenaires communautaires, des programmes, des services et du soutien relatifs au rôle parental comprenant ce qui suit : a. des services de consultation, d'évaluation et d'orientation; b. des séances de groupe.	E7 E10	E4	E2 E3a	E2 E3a	E7 E10		E4 E5 E6 E13	E5	E6	E4	E3				E4	E3
	7. Le conseil de santé doit fournir des conseils et des renseignements pour faire le lien entre les gens et les programmes et services communautaires portant sur ce qui suit : ▪ un rôle parental positif; ▪ l'allaitement maternel; ▪ une dynamique familiale saine; ▪ une saine alimentation, le poids santé et l'activité physique ▪ la croissance et le développement; ▪ la santé dentaire.	E11 E12	E3 E5	E4 E5	E4 E5	E4 E5 E11 E12		E4 E5 E6	E6	E4	E4	E4	E3 E5	E5	E6 E7 E8 E12	E3 E9	E4 E5
Prévention des maladies	8. Le conseil de santé doit fournir, en collaboration avec les partenaires communautaires, des services d'éducation et de sensibilisation aux groupes prioritaires afin qu'ils aient accès à des renseignements, des programmes et des services.	E8	E6	E3	E3	E9		E3	E4	E4 E5a E7 E11	E4	E6	E2	E4	E4	E5	
	9. Le conseil de santé doit assurer la prestation de tous les volets du programme « Bébés en santé, enfants en santé », conformément au Protocole Bébés en santé, enfants en santé, 2008 (ou à la version en vigueur) (ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse). Note en bas de page n° 18 (« Même si le programme « Bébés en santé, enfants en santé » comporte des volets portant sur la promotion de la santé et l'élaboration de politiques, on l'a inclus dans la section sur la prévention des maladies étant donné qu'il met l'accent sur les services de dépistage, d'évaluation, d'aiguillage et de soutien. »)	E3	E7			E3		E6									
	10. 10. Le conseil de santé doit effectuer du dépistage en santé bucco-dentaire conformément au Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé bucco-dentaire, 2008 (ou à la version en vigueur).	E10				E10											

CATÉGORIE	EXIGENCE RELATIVE AUX NSPO	SAPSAP	SG	PB	PMS	LGT	SMS	PCMI	PCR	SSITSS	PCT	MEV	SA	SEAU	PGRS	PSUSP	
Prévention des maladies	<p>11. . Le conseil de santé doit donner aux familles l'accès à des outils de dépistage et leur fournir du soutien afin qu'elles puissent surveiller la santé et le développement de leurs enfants. En outre, il doit avoir une personne-ressource à qui les familles peuvent s'adresser pour discuter des résultats et faire le suivi. Note en bas de page n° 19 (« Les outils de dépistage comprendront ceux utilisés pour le programme « Bébé en santé, enfants en santé » (p. ex., le questionnaire de dépistage du district de Nipissing™) ainsi que d'autres outils valides et fiables, comme NutriSTEP™ et l'instrument de dépistage dentaire pour les enfants. »)</p> <p>12. Le conseil de santé doit offrir le Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE), conformément au Protocole concernant le Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE), 2008 (ou à la version en vigueur). Il doit aiguiller les enfants admissibles à ce programme vers des intervenants en santé dentaire et surveiller les mesures prises.</p> <p>13. Le conseil de santé doit assurer la prestation des services cliniques préventifs en santé dentaire au moins une fois par année, conformément au Protocole concernant les services de santé bucco-dentaire préventifs, 2008 (ou à la version en vigueur).</p> <p>14. TLe conseil de santé doit examiner les rapports sur la qualité de l'eau potable relatifs à la source ou aux sources d'approvisionnement en eau potable de la municipalité où du fluorure est ajouté. Ces rapports doivent être examinés au moins une fois par mois et, le cas échéant, les mesures qui s'imposent doivent être prises, conformément au Protocole de surveillance des concentrations de fluorure dans les réseaux d'eau communautaires, 2008 (ou à la version en vigueur).</p>	E10															
Protection de la santé														E10 E11 E12			

Références

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. *Normes de santé publique de l'Ontario*, Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2008.
2. NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. *The Science of Early Childhood Development: Closing the Gap between what we Know and what we Do*, Cambridge, MA, Harvard University, [En ligne], 2007. [http://www.developingchild.net/pubs/persp/pdf/Science_Early_Childhood_Development.pdf] (Consulté le 26 février 2010).
3. IRWIN, L. G., A. SIDDIQI et A. HERTZMAN. *Early Child Development: A Powerful Equalizer*, rapport final du Réseau de connaissances sur le développement de la petite enfance, Genève, Organisation mondiale de la Santé, [En ligne], 2007. [http://www.who.int/social_determinants/publications/earlychilddevelopment/en/index.html] (Consulté le 26 février 2010).
4. UNICEF. *Convention relative aux droits de l'enfant*, Nations Unies, [En ligne], 1989. [<http://www.unicef.org/french/crc/>] (Consulté le 23 février 2010).
5. TREMBLAY, R. E., et coll., éd. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, Montréal, Québec, Centre d'excellence pour le bien-être des enfants, [En ligne], 2006. [<http://www.enfant-encyclopedie.com/pages/PDF/parents-habiletes.pdf>] (Consulté le 23 février 2010).
6. EDWARDS, L. *The Lever Fabergé Family Report 2004: Parenting under the Microscope*, Londres, Royaume-Uni, Institute for Public Policy Research, 2004, [En ligne], 2004. [http://www.unilever.co.uk/Images/Family%202004_tcm28-11231.pdf] (Consulté le 26 février 2010).
7. STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007*, Ottawa, Ontario, Statistique Canada, 2008.
8. OWEN, C. G., et coll. « Does Breastfeeding Influence Risk of Type 2 Diabetes in Later Life? A Quantitative Analysis of Published Evidence », *Am J Clin Nutr*, vol. 84, n° 5, nov. 2006, p. 1043-54, [En ligne]. [<http://www.ajcn.org/cgi/reprint/84/5/1043.pdf>] (Consulté le 23 février 2010).
9. COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT. *Déclaration sur l'allaitement du Comité canadien pour l'allaitement*, Ottawa, Ontario, Comité canadien pour l'allaitement, [En ligne], 2002. [<http://www.breastfeedingcanada.ca/pdf/webdoc5.pdf>] (Consulté le 23 février 2010).
10. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, LES DIÉTÉTISTES DU CANADA et SANTÉ CANADA. « Les avantages de l'allaitement des nourrissons au Canada », *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*, Ottawa, Ontario, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, [En ligne], 2005. [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/infant-nourrisson/nut_infant_nourrisson_term_3-fra.php] (Consulté le 23 février 2010).

11. OGRODNIK, L. *La violence familiale au Canada : un profil statistique*, Ottawa, Ontario, Centre canadien de la statistique juridique, 2008, p. 15-26.
12. ROSS, L., et coll. *La dépression du post-partum : guide à l'intention des fournisseurs de services sociaux et de santé de première ligne*, Toronto, Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2005.
13. WISNER, K. L., K. S. PEINDL et B. HANUSA. « Timing of Depression Recurrence In the First Year After Birth », *J Affect Disord*, vol. 78, n° 3, 2004, p. 249-252.
14. KENDALL, R. E., J. C. CHALMERS et C. PLATZ. « Epidemiology of Puerperal Psychosis », *Br J Psychiatry*, n° 150, juillet 1987, p. 662-673.
15. NUTRITION RESOURCE CENTRE. *Trousse de mise en œuvre de NutriSTEP*, Toronto, Ontario. Accessible en ligne : <http://www.nutristep.ca>.
16. CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. *Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario 2007 (SCDSEO)*, Toronto, Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale, [En ligne], 2007. [http://www.camh.net/fr/News_events/News_release_and_media_advisories_and_backgrounders/release_OS-DUHS_2007_fr_fr.html] (Consulté le 26 février 2010).
17. TROCME, N., et D. WOLFE. *Maltraitance des enfants au Canada : Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – Résultats choisis*, Ottawa, Ontario, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé Canada, 2001.
18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE, DIVISION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Rapport initial sur la santé publique*, Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2009.
19. KING, W. J., M. MACKAY et A. SIRNICK. « Shaken Baby Syndrome in Canada: Clinical Characteristics and Outcomes of Hospital Cases », *CMAJ*, vol. 168, n° 2, janvier 2003, p. 155-159.
20. STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être*, Ottawa, Ontario, Statistique Canada, 2003.
21. VOLPE, R., C. DAVIDSON et R. BELL (membres de l'unité de coordination de la recherche de l'Université de Toronto). *Preventing Inflicted Head Trauma: A Best Practice Implementation*, Toronto, Ontario, Université de Toronto, 2009.
22. BASRUR, S. *Rapport du médecin hygiéniste en chef : poids santé, vie saine*, Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2004.
23. SHEILDs, M. *Obésité mesurée : l'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada*, Ottawa, Ontario, Statistique Canada, [En ligne], 2008. [<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/pdf/4241445-fra.pdf>] (Consulté le 26 février 2010).

24. TREMBLAY, M. S., P. T. KATZMARZYK et J. D. WILLMS. « Temporal Trends in Overweight and Obesity in Canada, 1981-1996 », *Int J Obes Relat Metab Disord*, vol. 26, n° 4, avril 2002, p. 538-543.
25. TREMBLAY, M. S., et J. D. WILLMS. « Secular Trends In the Body Mass Index of Canadian Children », *CMAJ*, vol. 163, n° 11, nov. 2000, p. 1429-1433.
26. TREMBLAY M. S., et J. D. WILLMS. « Is the Canadian Childhood Obesity Epidemic Related to Physical Inactivity? », *Int J Obes Relat Metab Disord*, vol. 27, n° 9, septembre 2003, p. 1100-1105.
27. BUREAU DE SANTÉ DU DISTRICT DE THUNDER BAY. *Nutristep Implementation and Results of Preschooler Eating and Activity Habits in Thunder Bay District*, Thunder Bay, Ontario, Bureau de santé du district de Thunder Bay, [En ligne], 2009. [<http://www.thdhu.com>] (Consulté le 2 mars 2010).
28. JEUNES EN FORME CANADA. *Bulletin 2008 de l'activité physique chez les jeunes*, Ottawa, Ontario, Agence de la santé publique du Canada, [En ligne], 2008. [<http://www.activehealthykids.ca/ecms.ashx/ArchivedReportCards/2008-AHKC-Short-Form-FR.pdf>] (Consulté le 26 février 2010).
29. INSTITUT CANADIEN DE LA RECHERCHE SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE MODE DE VIE. *Sondage indicateur de l'activité physique et du sport, 2005*, Ottawa, Ontario, Institut canadien de la recherche sur la condition physique, [En ligne], 2005. [http://www.cflri.can/eng/programs/canplay/documents/pam05_sec5.pdf] (Consulté le 26 février 2010).
30. JEUNES EN FORME CANADA. *Bulletin 2009 de l'activité physique chez les jeunes*, Ottawa, Ontario, Agence de la santé publique du Canada, [En ligne], 2009. [<http://www.activehealthykids.ca/ReportCard/2009ReportCardOverview.aspx>] (Consulté le 26 février 2010).
31. KURC, A., et S. LEATHERDALE. « The Effect of Social Support and School- and Community-Based Sports on Youth Physical Activity », *Can J Public Health*, vol. 100, n° 1, janvier-février 2009, p. 60-64.
32. KANTOMAA, M., et coll. « Emotional and Behavioral Problems in Relation to Physical Activity in Youth », *Med Sci Sports Exerc*, vol. 40, n° 10, octobre 2008, p. 1749-1756.
33. DONNELLY P., et J. COAKLEY. *The Role of Recreation in Promoting Social Inclusion*, Toronto, Ontario, the Laidlaw Foundation, 2002.
34. CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES. *Exposé général sur l'intervention pour l'ETCAF*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, [En ligne], 2009. [<http://www.ccsa.ca/fra/topics/populations/fetalalcoholspectrum/pages/fasdinterventionoverview.aspx>] (Consulté le 26 février 2010).
35. STADE, B., et coll. « The Burden of Prenatal Exposure to Alcohol », *Can J Clin Pharmacol*, vol. 16, n° 1, hiver 2009, p. 91-102.

36. GARERI, J., et coll. « Prevalence of Fetal Ethanol Exposure in a Regional Population-Based Sample By Meconium Analysis of Fatty Acid Ethyl Esters », *The Drug Mont*, vol. 30, n° 2, avril 2008, p. 239-245.
37. GOH, Y. I., et coll. « Development of Canadian Screening Tools for Fetal Alcohol Spectrum Disorder », *Can J Clin Pharmacol*, vol. 15, n° 2, été 2008, p. 344-366.
38. FASD STAKEHOLDERS FOR ONTARIO. *Working Groups*, [En ligne], 2008. [<http://www.fasdontario.ca/groups/diagnosticClinics.htm>].
39. TOUGH, S. C., et coll. « Pre-Conception Practices Among Family Physicians and Obstetricians-Gynecologists: Results From a National Survey », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 28, n° 9, septembre 2006, p. 780-788.
40. ONTARIO ASSOCIATION OF OPTOMETRISTS. *Children*, [En ligne], 2008. [http://www.optom.on.ca/for_patients/eye_health_by_age_group/children] (Consulté le 26 février 2010).
41. BEITCHMAN, J. *Language Development and Its Impact on Children's Psychosocial and Emotional Development*, Toronto, Ontario, Université de Toronto, 2006.
42. FELSENFELD, S., P. A. BROEN et M. MCGUE. « 28-Year Follow-Up of Adults with History of Moderate Phonological Disorder. Educational and Occupational Results », *J Speech Hear Res*, vol. 37, n° 6, décembre 1994, p. 1341-1353.
43. WIDEN, J. E., et R. C. FOLSOM. *Practice Standards & Guidelines for Hearing Assessment of Children By Audiologists*, OAOO, 2008, n° 3.
44. KING, A. *Étude sur la double cohorte : Rapport de phase 3*, Toronto, Ontario, Ministère de l'Éducation de l'Ontario, 2004.
45. WOODS, E. G. *Reducing the Dropout Rate. School Improvement Research Series. Research You Can Use*, Portland, OR, Northwest Regional Educational Laboratory, [En ligne], 1995. [<http://www.nwrel.org/scpd/sirs/9/c017.html>] (Consulté le 26 février 2010).
46. OFFICE DE LA QUALITÉ ET DE LA RESPONSABILITÉ EN ÉDUCATION. *OQRE – Rapports de l'école*, [En ligne], 2008. [<http://www.eqao.com/categories/home.aspx?Lang=F>] (Consulté le 26 février 2010).
47. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Oral Health in America: A Report Of the Surgeon General*, Rockville (MD), U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
48. LOCKER, D., et D. MATEAR. *Oral Disorders, Systemic Health, Well-Being and Quality of Life. A Summary of Recent Research Evidence*, Toronto, Ontario, Université de Toronto, 2000.
49. CLARKE, M., et coll. « Malnourishment in a Population of Young Children with Severe Early Childhood Caries », *Pediatr Dent*, vol 28, n° 3, 2006, p. 254-259.

50. MILNES, A. R., et coll. « A Retrospective Analysis Of the Costs Associated With the Treatment of Nursing Caries In a Remote Canadian Aboriginal Population », *Community Dent Oral Epidemiol*, n° 21, 1993, p. 253-260.
51. GARFIELD, M. L., et coll. « Oral Health During Pregnancy: An Analysis of Information Collected By the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System », *J Am Dent Assoc*, n° 132, 2001, p. 1009-1016.
52. QUIÑONEZ, C. R., et coll. *An Environmental Scan of Provincial/Territorial Dental Public Health Programs*, Community Dental Health Services Research Unit, Université de Toronto. [En ligne]. [<http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/ocdo-bdc/project-fra.php>] (Consulté le 26 février 2010).
53. MAUND, J., et C. HUGUES. *Child Poverty in Ontario. Promises to Keep: 2006 Report Card on Child Poverty in Ontario*, Toronto, Ontario, Campagne 2000 Ontario, [En ligne], 2007. [http://www.campaign2000.ca/reportCards/provincial/Ontario/2006ontarioreportcard_Engl.pdf] (Consulté le 26 février 2010).
54. MCINTYRE, L. « Food Security: More Than a Determinant of Health », *Policy Options*, mars 2003, p. 46-51.
55. STATISTIQUE CANADA. *Tendances du revenu au Canada, 1980-2004*, Ottawa, Ontario, Statistique Canada, 2006.
56. KOHNS, S., et W. RICHARDSON. *Ontario Early Years Centres: The Early Development Instrument*, London, Ontario, 2007.
57. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, Ottawa, Ontario, Agence de la santé publique du Canada, 2006.
58. JONES, M., et C. O'BENEY. « Promoting Mental Health through Physical Activity: Examples From Practice », *J Ment Health Prom*, vol. 3, n° 1, 2004, p. 39-47.
59. LEITCH, K. K. *Vers de nouveaux sommets : rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes*, Ottawa, Ontario, Santé Canada, [En ligne], 2007. [<http://www.hc-sc.gc.ca>] (Consulté le 23 février 2010).
60. MCCAIN, M. N. (HON.), et J. F. MUSTARD. *Inverser la véritable fuite des cerveaux, étude sur la petite enfance : rapport final*, Toronto, Ontario, Publications Ontario, 1999.
61. BERTRAND, J. *Résumé des conclusions de la recherche sur la santé développementale des enfants*, Ottawa, Ontario, Institut canadien de la santé infantile, Fédération canadienne des services de garde à l'enfance, 2001.
62. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Les premiers contacts... font toute la différence*, trousse d'information, Ottawa, Ontario, publications de Santé Canada, [En ligne], 2002. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/pub/fc-pc/index-fra.php>] (Consulté le 23 février 2010).
63. JANUS, M. et D. OFFORD. « Readiness to Learn in School », *ISUMA: Canadian Journal of Policy Research*, vol. 1, n° 2, 2000, p. 71-75.

64. CENTRE DE RESSOURCES MEILLEUR DÉPART. *À vous de jouer ensemble!*, Toronto, Ontario, 2009, [En ligne]. [<http://www.beststart.org/haveaballtogether/index.html>] (Consulté le 23 février 2010).
65. STATISTIQUE CANADA. *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : Matériel d'enquête pour la collecte des données de 2006-2007*, Ottawa, Ontario, Ministère de l'Industrie, [En ligne], 2008. [http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4450&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2] (Consulté le 23 février 2010).
66. OLDERSHAW, L. *A National Survey of Parents of Young Children*, Toronto, Ontario, Invest in Kids, [En ligne], 2002. [<http://www.investinkids.ca/Portals/0/documents/pdf/A%20National%20Survey%20-%20Final.pdf>] (Consulté le 23 février 2010).
67. CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. *Leur avenir commence maintenant : des choix sains pour les enfants et les jeunes au Canada*, Toronto, Ontario, Conseil canadien de la santé, [En ligne], 2006. [http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2006/HCC_ChildHealth_FR.pdf] (Consulté le 26 février 2010).
68. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, COMITÉ DE NUTRITION ET DE GASTROENTÉROLOGIE. « Les pédiatres conseillent de privilégier l'allaitement exclusif pendant six mois », *Paediatr Child Health*, vol. 10, n° 3, 2005, p. 148, [En ligne]. [<http://www.cps.ca/francais/enonces/N/AllaitementMar05.htm>] (Consulté le 26 février 2010).
69. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, Organisation mondiale de la santé, [En ligne], 2003. [<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242562211.pdf>] (Consulté le 23 février 2010).
70. ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO. *Breastfeeding position paper*, exposé de principe sur l'allaitement maternel, à l'origine adopté à l'assemblée générale annuelle de 1993, révisé en juillet 2007, Toronto, Ontario, ASPO, [En ligne], 2007. [www.opha.on.ca/our_vocie/ppres/] (Consulté le 23 février 2010).
71. FÉDÉRATION CANADIENNE DES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE et INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE. *Nourriture du corps, Nourriture de l'esprit, Neurologie du développement. La recherche en neurologie du développement : Leçons à tirer pour les éducatrices dans leur pratique auprès des enfants*, feuille-ressource, Ottawa, Ontario, Fédération canadienne des services de garde à l'enfance, Institut canadien de la santé infantile, 2001.
72. DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA et SANTÉ CANADA. *Le bien-être des jeunes enfants au Canada*, Ottawa, Ontario, Santé Canada, [En ligne], 2003. [<http://www.socialunion.gc.ca/ecd/2003/RH64-20-2003F.pdf>] (Consulté le 26 février 2010).
73. JONES, C., et coll. *La pauvreté, le capital social, les compétences parentales et les résultats des enfants au Canada : rapport final*, Gatineau, Québec, Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada, 2002.

74. LANDY, S., et K. TAM. *Comprendre l'incidence de facteurs de risque multiples sur le développement de l'enfant à divers âges : rapport de recherche*, Gatineau, Québec, Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada, 1998.
75. SOUBHI, H., P. RAINA et D. KOHEN. *Influence du quartier, de la famille et du comportement des enfants sur le risque de blessure au Canada*, Gatineau, Québec, Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada, 2001.
76. THOMAS, H., et M. BOYLE. *Improving the Mental Health of Young Children in Toronto: Needs Assessment and Literature Review*, Toronto, Ontario, 2002.
77. ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO. *Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response*, Toronto, Ontario, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, [En ligne], 2005. [<http://www.rnao.org/bestpractices>] (Consulté le 23 février 2010).
78. STROUP, D., et coll. « Reversing the Trend of Childhood Obesity: Editorial », *Prev Chronic Dis*, vol. 6, n° 3, juillet 2009, p. A83.
79. KOPLAN, J., C. LIVERMAN et V. KRAAK, éd. *Preventing Childhood Obesity: Health In the Balance*, Washington, DC, Institute of Medicine of the National Academies, the National Academies Press, 2005.
80. LOBSTEIN, T., L. BAUR et R. UAUY. « International Obesity Task Force, Childhood Obesity Working Group. Obesity in Children and Young People: A Crisis in Public Health », *Obesity Rev*, vol. 5(suppl. 1), 2004, P. 4-85.
81. FREEDMAN, D., et coll. « The Relation of Overweight to Cardiovascular Risk Factors Among Children and Adolescents », *Pediatrics*, n° 103, 1999, p. 1175-1182.
82. FALKNER, N. H., et coll. « Social, Educational and Psychological Correlates of Weight Status in Adolescents », *Obes Res*, vol. 9, n° 1, 2001, p. 32-42.
83. STRAUSS, R., et H. POLLACK. « Social Marginalization of Overweight Children », *Arch Pediatr Adolesc Med*, vol. 157, n° 8, 2003, p. 746-752.
84. CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Childhood Overweight and Obesity*, [En ligne]. [<http://www.cdc.gov/obesity/childhood/index.html>] (Consulté le 23 février 2010).
85. VANHALA, M., et coll. « Relative Weight Gain and Obesity As a Child Predict Metabolic Syndrome As An Adult », *Int J Obes*, n° 23, 1999, p. 656-659.
86. DIETZ, W. « Childhood Weight Affects Adult Morbidity and Mortality », *J Nut*, vol. 128, n° 2, février 1998, p. 411s-414s.

87. RÉGION DE HALTON. *A Vision for Children in Halton: Child Health Report Card*, Halton, Ontario, Région de Halton, [En ligne], 2008. [<http://www.ourkidsnetwork.ca/pdf/Our%20Kids%20Report%20Card.pdf>] (Consulté le 23 février 2010).
88. ROSS, C. F., et C. WU. « The Links between Education and Health », *Am Sociol Rev*, n° 60, octobre 1995, p. 719-745.
89. CUTLER, D., et A. LLERAS-MUNEY. *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*, Ann Arbor, MC, National Poverty Center, [En ligne], 2006. [<http://www.npc.umich.edu/publications/workingpaper06/papeE19/working-paper06-19.pdf>] (Consulté le 26 février 2010).
90. BLOOM, D. E. *Education, Health and Development*, Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences, [En ligne], 2007. [http://www.amacad.org/publications/ubase_edu_health_dev.pdf] (Consulté le 26 février 2010).
91. CALDWELL, J. C. « Routes to Low Mortality in Poor Countries », *Popul Dev Rev*, n° 12, 1986, P. 171-220.
92. CLELAND, J. G., et J. K. VAN GINNEKEN. « Maternal Education and Child Survival in Developing Countries: the Search for Pathways of Influence », *Soc Sci Med*, n° 27, 1988, p. 1357-1368.
93. INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 3^e édition, Ottawa, Ontario, Institut canadien de la santé infantile, 2000.
94. ONTARIO TASK GROUP ON ACCESS TO RECREATION FOR LOW INCOME FAMILIES. *Affordable Access to Recreation for Ontarians Policy Framework: Every One Plays*. Parks and Recreation Ontario, [En ligne], 2009. [<http://lin.ca/access-to-recreation>] (Consulté le 23 février 2010).
95. FAELKER, T., W. PICKETT et R. BRISON. « Socioeconomic Differences in Childhood Injury: a Population-Based Epidemiologic Study in Ontario, Canada », *Inj Prev*, n° 6, 2000, p. 203-208.
96. FAUTH, R. C. « the Impacts of Neighbourhood Poverty Deconcentration Efforts on Low-Income Children's and Adolescents' Well-Being », *Children, Youth and Environments*, vol. 14, n° 1, 2004, p. 1-55.
97. KOHEN., D., et coll. « Neighbourhood Income and Physical and Social Disorder in Canada: Association with Young Children's Competencies », *Child Dev*, vol. 73, n° 6, 2002, p. 1844-1860.
98. BOYLE, M., et E. LIPMAN. « Do Places Matter? Socioeconomic Disadvantage and Behavioural Problems of Children in Canada », *J Consult Clin Psychol*, vol. 70, n° 2, 2002, p. 378-389.
99. ROMANO, E., et coll. « Multilevel Correlates of Childhood Physical Aggression and Prosocial Behaviour », *J Abnorm Child Psychol*, vol. 33, n° 5, 2005, p. 565-578.

100. HERTZMAN, C., et coll. *Early Development in Vancouver*, rapport du projet de cartographie des actifs communautaires (CAMP), Vancouver (C.-B.), Human Early Learning Partnership, [En ligne], 2002. [http://www.earlylearning.ubc.ca/resources_reportspubs.htm#EDI] (Consulté le 23 février 2010).
101. OLIVER, L., et coll. « Do Neighbourhoods Influence the Readiness to Learn of Kindergarten Children in Vancouver? A Multilevel Analysis of Neighbourhood Effects », *Environ Plan*, 39(4), 2007, p. 848-868.
102. CANADIAN PARTNERSHIP FOR CHILDREN'S HEALTH & ENVIRONMENT. Accessible en ligne : <http://healthyenvironmentforkids.ca>.
103. TREMBLAY, Mark S., et coll. *Condition physique des enfants et des jeunes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009*, Rapports sur la santé, Statistique Canada, vol. 21, n° 1, 2009.
104. SERVICE DE SANTÉ PUBLIQUE DE SUDBURY ET DU DISTRICT. *A Framework to Integrate Social and Economic Determinants of Health Into the Ontario Public Health Mandate*, document de travail, version définitive, Sudbury, Ontario, Service de santé publique de Sudbury et du district, 2006.
105. ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO. *Towards Evidence Informed Practice Project*, Toronto, Ontario, Association pour la santé publique de l'Ontario, [En ligne]. [<http://www.opha.on.ca/programs/teip.html>] (Consulté le 26 février 2010).
106. Public Health Agency of Canada. *The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada*. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2008.
107. DAGHOFER, D., et P. EDWARDS. *Towards health Equity: A Comparative Analysis and Framework for Action*, document de travail, Direction des initiatives stratégiques et des innovations, Agence de la santé publique du Canada, 2009.
108. CENTRE DE RESSOURCES MEILLEUR DÉPART et CANADIAN PARTNERSHIP FOR CHILDREN'S HEALTH AND ENVIRONMENT. *Playing it Safe: Service Provider Strategies to Reduce Environmental Risks to Preconception, Prenatal and Child Health*, Toronto, Ontario, [En ligne], 2006. [http://beststart.org/resources/env_action/pdf/envirostrategies.pdf] (Consulté le 23 février 2010).
109. HERRMAN, H., S. SAXENA et R. MOODIE, éd. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*, rapport du Département de la santé mentale et des toxicomanies de l'Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec la Victorian Health Promotion Foundation et l'Université de Melbourne, Genève, OMS, 2005.
110. SANTÉ CANADA. *Le modèle de promotion de la santé de la population: Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population*, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Politique stratégique, [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/discussion-fra.pdf>] (Consulté le 26 février 2010).

111. PATYCHUK, D. et SESKAR-HENCIC, D. *Steps to Equity: Ideas and Strategies for Health Equity in Ontario, 2008-2010*, Toronto, Ontario, [En ligne], 2008.
[http://www.healthnexus.ca/policy/firststeps_healthyequity.pdf] (Consulté le 26 février 2010).
112. PASCAL, C. *Dans l'optique de notre meilleur avenir : mise en œuvre de l'apprentissage des jeunes enfants en Ontario*, Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2009.
113. GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO. *Réaliser le potentiel de nos enfants, de nos jeunes et de notre avenir, cadre stratégique 2008-2012 du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse*, Toronto, Ontario, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, [En ligne], 2008.
[<http://www.hastingscas.org/uploaded/file/MinistryOfChildrenandYouthServicesStrategicPlan.pdf>] (Consulté le 23 février 2010).
114. TREFLER, D. « This Business of Kids Inc.: You Don't Know Just how Rich the Returns to Investments in Children Are », *the Globe and Mail*, 22 juin 2009, [En ligne].
[<http://www.theglobeandmail.com/news/opinions/this-business-of-kids-inc/article1199223/>] (Consulté le 26 février 2010).
115. KIRKWOOD, T., et coll. *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Mental Capital through Life: Future Challenges*, Londres, Royaume-Uni, the Government Office for Science, [En ligne], 2008.
[http://www.foresight.gov.uk/Mental%20Capital/Mental_capital_through_life.pdf] (Consulté le 26 février 2010).
116. INVESTIR DANS L'ENFANCE/INVEST IN KIDS, Toronto, Ontario, [En ligne].
[<http://www.investinkids.ca/francais.html> et <http://www.investinkids.ca/>] (Consulté le 23 février 2010).
117. FALLON, B., et coll. *Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect (OIS 2003)*, rapport sur les principales conclusions, Toronto, Ontario, Centres d'excellence pour le bien-être des enfants, 2003.
118. TORONTO PUBLIC HEALTH. *The Health of Toronto's Young Children, Series 1-3*, Toronto, Ontario, Toronto Public Health, 2006.
119. TARDIFF, E. *A Community Fit for Children: A Focus on Young Children in Waterloo Region*, 2^e édition, Waterloo, Ontario, Community Fit for Children Advisory Committee, [En ligne], 2009.
[http://issuu.com/ckwymca/docs/a_community_fit_for_children?mode-embed&layout=http%3A%2F%skin.issuu.com%2Fv%2Flight%2Flayout.cml&showFlipBtn=true] (Consulté le 23 février 2010).
120. RÉGION DE HALTON. *Our Kids Network*, Halton, Ontario, [En ligne], 2006. [<http://www.ourkidsnetwork.ca>] Consulté le 23 février 2010).
121. REGION OF WATERLOO PUBLIC HEALTH. *Why we Need to Work with Priority Populations and How this Relates to Population Health*, Waterloo, Ontario, Region of Waterloo Public Health, [En ligne], 2009.
[<http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A?OpenDocument>] (Consulté le 23 février 2010).

122. REGION OF WATERLOO PUBLIC HEALTH. *Process to Determine Priority Populations*, Waterloo, Ontario, Region of Waterloo Public Health, [En ligne], 2009.
[<http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A?OpenDocument>]
(Consulté le 23 février 2010).
123. REGION OF WATERLOO PUBLIC HEALTH. *Process to Determine Priority Neighbourhoods*, Waterloo, Ontario, Region of Waterloo Public Health, [En ligne], 2009.
[<http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A?OpenDocument>]
(Consulté le 23 février 2010).
124. TORONTO PUBLIC HEALTH. *Healthiest Babies Possible Eligibility Process: Screening and Nutrition Assessment*, Toronto, Ontario, Toronto Public Health, 2007.
125. ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO. *Breastfeeding best practice guidelines for nurses*, Toronto, Ontario, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, [En ligne], 2003. [<http://www.rnao.org/bestpractices>] (Consulté le 23 février 2010).
126. ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO, GROUPE DE TRAVAIL POUR LA PROMOTION DE L'ALLAITEMENT. *Trousse d'information et d'activités au sujet de l'allaitement maternel à l'intention des enseignants du secondaire*, Toronto, Ontario, Association pour la santé publique de l'Ontario, 2009.
127. FONDATION DE PSYCHOLOGIE DU CANADA, Toronto, Ontario, [En ligne].
[<http://www.psychologyfoundation.org/>] (Consulté le 23 février 2010).
128. CENTRE DE RESSOURCES MEILLEUR DÉPART. *Breastfeeding Local Campaigns and Displays*, Toronto, Ontario, [En ligne]. [<http://www.beststart.org/resources/breastfeeding/index.html>] (Consulté le 23 février 2010).
129. NATIONAL SOCIAL MARKETING CENTRE. *It's our Health!*, [En ligne].
[[http://www.nsmcentre.org.uk/component/repository/NSMC-Publications/Its-Our-Health-\(Full-report\)/](http://www.nsmcentre.org.uk/component/repository/NSMC-Publications/Its-Our-Health-(Full-report)/)]
(Consulté le 23 février 2010).
130. CLANZ, K., B. K. RIMER et K. VISWANATH. *Health Behavior and Health Education*, 4^e édition, San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2008.
131. CENTRE DE RESSOURCES MEILLEUR DÉPART. *Checklist for the Development of Resources for Preconception, Prenatal and Child Health*, Toronto, Ontario, [En ligne].
[<http://www.beststart.org/resources/howto/index.html>] (Consulté le 23 février 2010).
132. CENTRE DE RESSOURCES MEILLEUR DÉPART. *Health Fairs and Preconception, Prenatal and Child Health*, Toronto, Ontario, [En ligne]. [<http://www.beststart.org/resources/howto/index.html>] (Consulté le 23 février 2010).
133. NATIONAL HEALTH SERVICE. *The United Kingdom's Baby Life Check*, [En ligne].
[<http://www.babylifecheck.co.uk>] (Consulté le 26 février 2010).

134. SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, Centre for Mental Health Services, [En ligne], 1994. [<http://mentalhealth.samhsa.gov/>] (Consulté le 26 février 2010).
135. INFACCT CANADA. *Infant Feeding Action Coalition*, Toronto, Ontario, [En ligne]. [<http://www.infactcanada.ca>] (Consulté le 23 février 2010).
136. REGION OF WATERLOO PUBLIC HEALTH. *Put Breastfeeding On the Menu*, Waterloo, Ontario, Region of Waterloo Public Health, 2008.
137. SMARTRISK. *the Economic Burden of Injury in Canada*, Toronto, Ontario, SMARTRISK, 2009.
138. WIDE, J. E., et R. C. FOLSOM. *Practice Standards & Guidelines for Hearing Assessment of Children By Audiologists*, OAOO, 2008, p. 4.
139. RUSSELL, C. C. *Parent Education: What Is Required to Build the Skills Parents Need to Raise Healthy Children?*, Toronto, Ontario, Invest in Kids, [En ligne], 2003. [[http://www.investinkids.ca/Portals/0/documents/pdf/What_is_Required_to_Build_the_Skills_Parents_Need_to_Raise_Healty_Children_-_Full_Report_\(en\).pdf](http://www.investinkids.ca/Portals/0/documents/pdf/What_is_Required_to_Build_the_Skills_Parents_Need_to_Raise_Healty_Children_-_Full_Report_(en).pdf)] (Consulté le 26 février 2010).
140. NIAGARA REGION PUBLIC HEALTH. *Healthy Babies/Parent Child Program Manual: Seeing Is Believing: Procedures and Guidelines*, Niagara, Ontario, Niagara Region Public Health, 2008.
141. TORONTO PUBLIC HEALTH. *Mental Wellness Assessment for Adult/Adolescents*, Toronto, Ontario, Toronto Public Health, 2008.
142. NATIONAL HEALTH SERVICES, HEALTH SCOTLAND, UNIVERSITY OF WARWICK, UNIVERSITY OF EDINBURGH. *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale*, Écosse, National Health Services Scotland, 2008.
143. NATIONAL HEALTH SERVICES, HEALTH SCOTLAND, UNIVERSITY OF WARWICK, UNIVERSITY OF EDINBURGH. *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale User Guide – Version 1*, Écosse, National Health Services Scotland, 2008.
144. TENNANT, R., et coll. « The Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): Development and UK Validation », *Health Qual Life Outcomes*, vol. 5, n° 63, 2007, [En ligne]. [<http://www.hqlo.com/content/5/1/63>] (Consulté le 26 février 2010).
145. ABIDIN, R. R. *Parenting Stress Index*, 3^e édition, Lutz, FL, Psychological Assessment Resources Inc., [En ligne], 1995. [<http://www.friendsnrc.org/download/outcomeresources/toolkit/annot/psi.pdf>] (Consulté le 26 février 2010).
146. CENTRE FOR PARENTING AND RESEARCH, NSW DEPARTMENT OF COMMUNITY SERVICES. *Assessment of Parenting Capacity: Literature Review*, Ashfield, Nouvelle-Galles du Sud, Government of Australia, 2005.
147. NATIONAL HEALTH SERVICES. *Change4Life*, United Kingdom Department of Health, [En ligne], 2009. [www.change4life.co.uk society] (Consulté le 23 février 2010).

148. HANSON, M., et coll. *Early Life, Nutrition and Lifelong Health*, British Medical Association, [En ligne], 2009. [http://www.bma.org.uk/images/Early%20life%20nutrition%20FINAL_tcm41-182859.pdf] (Consulté le 26 février 2010).
149. CENTRE DE RESSOURCES MEILLEUR DÉPART. *Populations At Higher Risk: when Mainstream Approaches Don't Work*, Toronto, Ontario, [En ligne]. [<http://www.beststart.org/resources/howto/index.html>] (Consulté le 26 février 2010).
150. CENTRE DE RESSOURCES MEILLEUR DÉPART. *Reducing the Impact: Working with Pregnant Women who Live in Difficult Life Situations*, Toronto, Ontario, Centre de ressources Meilleur départ, 2002.
151. CENTRE DE RESSOURCES MEILLEUR DÉPART. *How to Reach Francophones – Maternal and Early Years Programs*, Toronto, Ontario, [En ligne]. [<http://www.beststart.org/resources/howto/index.html>] (Consulté le 26 février 2010).
152. CENTRE DE RESSOURCES MEILLEUR DÉPART. *Self-Help/Peer Support Strategies in Maternal, Newborn and Child Health: Examples From the Provincial Landscape*, Toronto, Ontario, [En ligne]. [<http://www.beststart.org/resources/howto/index.html>] (Consulté le 26 février 2010).
153. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Répertoire des projets pour le Fonds des projets nationaux du PACE et du PCNP*, Ottawa, Ontario, [En ligne]. [http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/fpn_projets-fra.php] (Consulté le 23 février 2010).
154. REGION OF WATERLOO PUBLIC HEALTH. *Evidence and Practice Planning Framework for Addressing Health Inequities*, Waterloo, Ontario, Region of Waterloo Public Health, 2009.
155. COX, J. L., J. M. HOLDEN et R. SAGOVSKY. « Detection of Postnatal Depression: Development Of the 10-Item Edinburgh Postnatal Depression Scale », *Br J Psychiatry*, n° 150, 1987, p. 782-786.
156. NATIONAL CENTER ON SHAKEN BABY SYNDROME. *Period of Purple Crying*, [En ligne]. [<http://www.dontshake.org/sbs.php?topNavID=4&subNavID=32>] (Consulté le 26 février 2010).
157. CORBETT. T., et J. NOYCE. *Human Services Systems Integration: a Conceptual Framework*, Washington, DC, Association for Public Policy Analysis and Management, 2007.
158. NUTBEAM, D. et E. HARRIS. *Theory in a Nutshell*, Australie, McGraw Hill, 2004.
159. TORONTO PUBLIC HEALTH. *Narrative and Solution Focused Approaches Training Evaluation Summary Report*. Toronto, Ontario, Toronto Public Health, 2006.

160. LOVE. A., éd. *Evaluation Methods Sourcebook II*, Toronto, Ontario, Société canadienne d'évaluation, [En ligne], 1995. [http://www.evaluationcanada.ca/site.cgi?s=6&ss=5&_lang=fr] (Consulté le 26 février 2010).
161. FREIDMAN, M. *Planning and Evaluation Outcome Tools through Results Based Accountability*, États-Unis, Trafford Publishing, [En ligne], 2005. [<http://www.resultsaccountability.com>] (Consulté le 23 février 2010).