

Développement de la petite enfance au Canada : Connaissances actuelles et orientations futures

Document de discussion à l'intention de l'Agence de la santé publique du Canada

Jennifer E. Enns, Marni Brownell, Magdalena Janus et Martin Guhn

PAGE DES ACCUSÉS DE RÉCEPTION

Jennifer E. Enns et Marni Brownell sont affiliées au Centre de Politique de la Santé de Manitoba, à la Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba.

Magdalena Janus est affiliée au Centre d'études sur l'enfant Offord, Département de psychiatrie et des sciences neurocomportementales, Université McMaster.

Martin Gun est affilié au Partenariat pour l'apprentissage humain précoce, École de santé publique et des populations, Université de la Colombie-Britannique.



UNIVERSITY
OF MANITOBA



HUMAN
EARLY LEARNING
PARTNERSHIP



La production du présent document a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Table des matières

Résumé	3
Introduction et contexte	4
Chapitre 1 – Profil démographique	5
1.1 Naissances au Canada	5
1.2 Profil démographique des jeunes enfants	7
Chapitre 2 – Caractéristiques relatives au revenu, au logement et au marché du travail	9
2.1 Revenu du ménage et inégalités de revenu	9
2.2 Éducation et participation des parents au marché du travail	10
2.3 Logement et itinérance	11
Chapitre 3 – Contexte familial et quartier	13
3.1 Santé de la mère	14
3.2 Relations familiales	15
3.3 Milieu bâti du quartier	17
Chapitre 4 – Services de santé	19
4.1 Soins prénataux	19
4.2 Soins primaires	20
Chapitre 5 – Résultats de santé	23
5.1 Issues de grossesse	23
5.2 Mortalité infantile et juvénile	24
5.3 Santé physique et mentale des enfants	24
Chapitre 6 – Développement de l'enfant à son entrée à l'école	27
6.1 Instrument de mesure du développement de la petite enfance	27
6.2 Autres tests d'aptitudes scolaires	29
Chapitre 7 – Politiques et programmes favorisant le développement de la petite enfance	30
7.1 Interventions pour les mères et jeunes enfants	30
7.2 Interventions pour les familles	32
7.3 Stratégies de lutte contre les inégalités en matière de développement de la petite enfance	33
Conclusions	36
Forces et faiblesses de la source de données	40
Références	41

Résumé

Le présent document de discussion vise à synthétiser et mettre en contexte les connaissances actuelles sur le développement de la petite enfance, basées sur un ensemble exhaustif d'indicateurs présents dans le Profil de la santé des enfants et des jeunes du Canada, établi en 2017 par l'Institut canadien de la santé de l'enfant. À la lumière des données récentes sur la santé et le développement de l'enfant dès la période prénatale à l'entrée à l'école, soit à l'âge de 5 ans, le présent document décrit comment les caractéristiques démographiques, le revenu et le statut d'emploi, les caractéristiques familiales et communautaires, l'accès et le recours aux services de santé, ainsi que l'état de santé des familles canadiennes influent sur les premières années de vie d'un enfant. Le document fait ressortir les grandes tendances et les inégalités, ainsi que des lacunes en matière de connaissances dans chaque domaine. Le dernier chapitre fait un tour d'horizon des politiques, des programmes et des interventions actuels qui contribuent au développement de la petite enfance au Canada.

Principales constatations

La majorité des enfants au Canada sont en santé et heureux. Les maladies infantiles sont relativement rares, et la plupart des enfants naissent en bonne santé et le restent jusqu'à l'âge adulte. Beaucoup d'enfants ont un milieu familial chaleureux et enrichissant, et vivent dans des quartiers et des collectivités qui offrent le soutien matériel et social dont ils ont besoin pour grandir et s'épanouir. Les enfants du Canada ont un accès universel au système de santé et d'éducation qui sont parmi les meilleurs au monde. Ces ressources favorisent un bon développement et contribuent ainsi à la réalisation de soi. Malgré les nombreux avantages dont bénéficient les enfants canadiens, des inégalités affectant le développement de la petite enfance demeurent encore et nuisent à la capacité de certaines familles de voir à ce que leurs enfants puissent participer pleinement à la société. Les circonstances dans lesquelles naissent les enfants déterminent, dans un sens plus large, leur exposition à des milieux physiques et sociaux qui favorisent ou compromettent un développement sain. Notre synthèse des données du Profil de l'Institut canadien de la santé de l'enfant souligne l'impact des déterminants sociaux de la santé suivants sur le développement de la petite enfance : la monoparentalité, la maternité à l'adolescence, l'intervention du système de protection de l'enfance, le fait d'être un nouvel arrivant (p. ex. dans le cas des familles de réfugiés), un faible revenu familial, un faible niveau de scolarité des parents, un logement de mauvaise qualité, l'accès restreint à des services de garde et d'éducation préscolaire de qualité et la difficulté à obtenir des services de santé et de santé mentale. Individuellement et collectivement, ces conditions de vie influent sur la santé et le développement sain des jeunes enfants au Canada.

Conclusions

Assurer le bien-être des enfants est l'affaire de toute la société canadienne. Des investissements notables ont été faits aux échelles nationale, régionale et communautaire pour que les familles vivant dans des situations difficiles bénéficient d'une aide financière, que les parents soient épaulés dans leur rôle et que les enfants aient accès aux ressources et aux services qui favorisent un bon développement. Ces investissements s'appuyaient sur des données solides concernant « ce qui fonctionne » à cet égard. Un investissement durable en recherche et en évaluation nous permettra de suivre les progrès et de déterminer les secteurs d'intervention futurs pour atteindre l'équité en santé.

Introduction et contexte

Offrir un bon départ à chacun est une priorité du Canada¹, et il incombe à notre société de contribuer à ce que chaque enfant devienne un adulte sain, heureux et productif. Même si l'éducation et la charge d'un enfant reviennent principalement à ses parents, les familles vivent dans des quartiers, des communautés, des lieux de travail, des institutions publiques et des structures politiques. Les gouvernements établissent des politiques et financent des programmes qui favorisent le développement de la petite enfance pour que chaque enfant ait l'opportunité de réaliser son plein potentiel.

En 2018, l'Institut canadien de la santé infantile (ICSI) a publié, en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le Profil sur la santé des enfants et des jeunes du Canada, de la naissance à l'âge de 24 ans. Pour réaliser ce travail, plus de 100 experts canadiens respectés des domaines de la santé et des sciences sociales ont eu pour tâche d'identifier, d'évaluer et de regrouper les principaux indicateurs de la santé et du développement des enfants. La ressource Web qui en résulte permet une évaluation approfondie de la santé et du développement des enfants canadiens et fait la synthèse des données scientifiques actuelles sur leur bien-être dans le contexte des politiques et des cadres structurels au sein desquels les enfants grandissent et apprennent.

La visée du Profil est ainsi de contribuer à une société plus en santé grâce à des informations sur les enfants du Canada, informations qui sont associées aux politiques et aux programmes qui répondent aux besoins des familles canadiennes. L'approche « Preuves à l'action » de l'ASPC se dégage de plusieurs de ses initiatives, y compris du Profil, réalisé à la demande de l'Agence. Le présent document fait la synthèse des connaissances actuelles sur le développement de la petite enfance au Canada; dans le but d'identifier ce que l'on sait déjà et les lacunes qui persistent au chapitre des données. Faisant fond sur le Profil, ce document présente les principales constatations et les analyse à la lumière des publications les plus récentes et pertinentes de la littérature grise et examinée par les pairs. Il fait aussi ressortir les tendances, les particularités et les lacunes en matière de connaissances des provinces et territoires canadiens. Enfin, il fait un survol des politiques, des programmes et des interventions qui s'attaquent aux inégalités entre les familles canadiennes. Des exemples triés sur le volet présentent les principales interventions et stratégies qui agissent à l'échelle individuelle, familiale et sociétale afin de faire avancer et d'améliorer les initiatives sur le développement de la petite enfance.

Chapitre 1 – Profil démographique

Depuis le milieu du 19^e siècle, la population du Canada ne cesse de croître². Dans le Recensement de 2016, le Canada comptait 35,1 millions d’habitants, une hausse de 4,9 % depuis le recensement de 2011. Toutefois, au cours des dernières années, plusieurs facteurs ont contribué à la croissance ralentie des récentes années : la stabilisation des taux de natalité et de fécondité, le vieillissement de la population – associé à la hausse du taux de mortalité –, et de nouvelles tendances en immigration et en émigration.

Tendances notables et lacunes dans les connaissances

- la population canadienne est croissante, mais les taux de natalité sont inférieurs à ceux des décennies précédentes.
- En 2016, les taux de natalité les plus élevés du Canada s’observaient au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest.
- L’âge moyen des femmes au moment d’accoucher de leur premier enfant augmente.
- Environ 15 % des enfants du Canada vivent dans une famille monoparentale, et ces enfants sont plus vulnérables à la pauvreté que les enfants de familles biparentales.
- La population de nouveaux arrivants du Canada augmente.

1.1 Naissances au Canada

Taux de natalité et de fécondité

Le taux de natalité national continue de contribuer à la croissance de la population canadienne, notamment dans les Territoires du Nord-Ouest. En 2016, à l’échelle nationale, on a recensé 383 102 naissances vivantes, avec un taux de natalité brut moyen de 10,9 naissances vivantes pour 1 000 habitants². Les taux les plus élevés étaient au Nunavut (25,8 naissances pour 1 000 habitants) et dans les Territoires du Nord-Ouest (15,3 naissances pour 1 000 habitants), et le plus faible s’observait dans l’Atlantique (8,6 naissances pour 1 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador)³. Le nombre moyen de naissances vivantes est relativement resté stable depuis 30 ans. En 2014, le taux de fécondité national moyen était de 1,6 naissance par femme⁴. Globalement, le taux de fécondité est plutôt stable depuis le milieu des années 1970 et se situe en deçà du seuil de renouvellement des générations de 2,1 naissances par femme (le nombre d’enfants qu’une femme doit mettre au monde pour assurer le renouvellement de la population, en tenant compte du taux de mortalité). Le Nunavut présente le taux de fertilité le plus élevé (3,0 naissances par femme) et Terre-Neuve-et-Labrador, le plus faible (1,4 naissance par femme).

Âge maternel

Depuis quelques décennies, on remarque une hausse de l’âge maternel. En 2013, plus de bébés sont nés de mères âgées de 30 à 39 ans et moins de mères adolescentes âgées de 15 à 19 ans et de mères âgées de 20 à 29 ans comparativement à 2003⁵. L’âge maternel moyen est passé de 27,7 ans

en 1991 à 29,9 ans en 2013⁶. Bien que ce changement semble minime, l'âge maternel moyen actuel est le plus élevé jamais enregistré au Canada, et une telle hausse suppose des incidences non négligeables sur la santé de la population. D'un point de vue obstétrique, un âge maternel élevé est associé à un risque accru de résultats défavorables pendant la grossesse et à la naissance. Par exemple, les mères plus âgées ont un risque plus élevé de diabète gestationnel, de prééclampsie, d'insuffisance de poids à la naissance, de naissances prématurées et de fausses couches⁷⁻⁹. L'âge maternel élevé est également associé à un taux d'infertilité plus élevé¹⁰, ce qui peut signifier que les mères les plus âgées ont moins d'enfants. Les parents plus âgés ayant de jeunes enfants peuvent avoir plus de problèmes de santé au fur et à mesure qu'ils vieillissent ou avoir moins d'énergie pour les activités familiales par rapport aux mères plus jeunes, et les grands-parents de ces familles risquent d'être moins impliqués dans la vie de leurs petits-enfants¹¹. Plusieurs études ont révélé que la participation des grands-parents à l'éducation des enfants a des effets positifs sur le développement et le bien-être infantiles. Par exemple, les enfants de l'étude de cohorte Millennium qui étaient principalement confiés à la garde de leurs grands-parents, ont développé un vocabulaire plus vaste que ceux confiés à un service de garde formel¹². De plus, passer du temps avec ses grands-parents contribue aussi au développement psychosocial de l'enfant¹³. Bien qu'on ne connaisse pas encore toute l'ampleur des conséquences sanitaires, sociales et économiques d'un âge maternel élevé, reporter le moment de fonder une famille peut alourdir le fardeau des parents âgés. Certaines recherches suggèrent toutefois que les mères plus âgées peuvent offrir un milieu familial plus attentif^{14,15}, mais on ne sait toujours pas si ces effets se font sentir plus tard dans le développement de l'enfant et s'ils influencent sa trajectoire sociale et éducative¹⁵.

Fonder une famille plus tard présente par ailleurs beaucoup d'avantages potentiels. Cela permet aux parents – surtout aux mères – d'accéder à une scolarisation plus élevée^{16,17} et à de meilleurs emplois^{18,19}, ce qui peut aider les mères plus âgées à avoir un salaire plus élevé avant la naissance de leur premier enfant. Ainsi, les enfants de mères plus âgées pourraient être plus susceptibles, comparativement aux enfants de parents plus jeunes, de grandir dans des familles où l'un ou les deux parents ont un emploi stable et un revenu élevé¹⁸⁻²⁰. Un revenu familial élevé est un déterminant social de la santé et est associé à de nombreux résultats de développement positifs^{21,22}.

Mères adolescentes

La hausse de l'âge maternel indique qu'il y a proportionnellement moins d'enfants nés de mères adolescentes au Canada. Bien que ces naissances ne représentent qu'un faible pourcentage de la totalité des naissances (2,7 % en 2013)²³, elles constituent un défi considérable pour les services de santé et les services sociaux. Les données suggèrent que, dans les pays développés, les mères adolescentes et leurs enfants sont plus vulnérables aux problèmes de santé et aux problèmes sociaux que les mères plus âgées et leurs enfants²⁴⁻²⁶. Par exemple, les mères adolescentes ont des taux plus élevés de troubles mentaux²⁷⁻²⁹ et de comportements dangereux pour la santé (p. ex. le tabagisme ou l'hyperalcoolisation rapide)^{30,31}. De plus, elles ont généralement un revenu, une situation socioéconomique, un niveau de scolarité et un soutien social plus faibles que les mères plus âgées^{25,29,32}. Le risque d'issues de grossesses défavorables, comme le décès prénatal, la naissance prématurée et l'insuffisance de poids à la naissance, est plus élevé chez les enfants nés de mères adolescentes³³. Ces enfants peuvent aussi connaître des retards de croissance et de développement^{34,35}, présenter un risque plus élevé de blessures accidentelles et de négligence³⁶ et

avoir des difficultés scolaires, ce qui limite encore davantage leurs chances d'avoir un niveau de scolarité élevé, de décrocher un bon emploi et d'être financièrement stables³¹.

Notons toutefois que de nombreux adolescents sont des parents chaleureux et attentionnés, qui choisissent de devenir parents à un jeune âge pour des raisons personnelles, culturelles ou familiales. Or, d'autres adolescents vivent des situations difficiles auxquelles s'ajoute le fait de devenir parents à un jeune âge. Certains parents adolescents ont des difficultés sur le plan social et économique, ou sur le plan de la santé et ont besoin d'aide pour créer un milieu parental favorable pour leurs enfants^{25,28}.

1.2 Profil démographique des jeunes enfants

En 2016, le Canada comptait plus de 2,3 millions d'enfants âgés de 0 à 5 ans³⁷. Ces enfants représentaient 6,5 % de la population canadienne, et constituaient une proportion légèrement inférieure de la population des Maritimes (de 5,2 % à 5,6 %) et une proportion légèrement supérieure de la population des Prairies (de 7,7 % à 8,1 %), des Territoires du Nord-Ouest (8,8 %) et du Nunavut (13,1 %)³⁸.

Diversité ethnoculturelle

L'immigration est une source importante de croissance démographique pour le Canada et continue de contribuer à la diversité ethnoculturelle du pays³⁹. Dans sa politique d'immigration, le Canada considère l'immigration comme un atout pour sa vitalité sociale, culturelle et économique^{40,41}. L'évolution des modèles d'immigration et de fécondité a contribué à la croissance démographique des jeunes enfants issus de minorités visibles³⁹, ce qui, vraisemblablement, influencera le profil démographique futur du pays.

Des études ont démontré que les immigrants arrivent souvent au Canada en meilleure santé que les personnes qui y naissent⁴², un phénomène qu'on appelle l'effet de l'immigrant en santé⁴³. Cela dit, certaines familles immigrantes – notamment celles fuyant des zones de guerres – qui vivaient auparavant dans des conditions déplorables sans avoir nécessairement accès à des soins de santé, peuvent rencontrer des difficultés sur le plan de la santé et du bien-être social lorsqu'elles s'établissent au Canada. Elles peuvent, entre autres, se heurter aux barrières linguistiques, avoir de la difficulté à s'orienter dans le système de santé ou à trouver un bon emploi, et subir de l'isolement social ou de la discrimination⁴⁴. Ces barrières peuvent nuire au bien-être physique et émotionnel des personnes et des familles, ainsi qu'à leur situation socioéconomique et à leur réussite scolaire et professionnelle⁴⁵⁻⁴⁷. Des services d'établissement efficaces et axés sur les besoins des nouveaux arrivants, notamment des services sociaux et des services de santé adaptés sur le plan linguistique et culturel, peuvent aider les nouveaux arrivants au Canada à s'intégrer à leur milieu physique et social et à offrir à leurs enfants un cadre stable et enrichissant⁴⁴.

Structure familiale

En 2011, environ une famille canadienne sur cinq avait des enfants âgés de 0 à 4 ans⁴⁸. Au total, 63 % de ces familles étaient constituées de parents mariés et 22 % de conjoints de fait⁴⁹. Dans tout le Canada, 15 % des enfants de moins de 5 ans vivaient dans des familles monoparentales, une proportion qui allait de 12,5 % au Québec à 25 % au Nunavut. Selon l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011, 1 177 000 enfants de moins de 19 ans avaient des parents divorcés, séparés ou qui

ne vivaient pas dans la même résidence principale⁵⁰. Environ 70 % de ces enfants vivaient chez leur mère, 15 % chez leur père et 9 % vivaient la moitié du temps chez leur mère et l'autre moitié chez leur père.

Au cours des 50 dernières années, la structure de la famille canadienne s'est grandement diversifiée, en partie grâce aux changements sociaux qui ont transformé les rôles de genre et en partie grâce aux modifications législatives : la légalisation et l'accessibilité accrue de la contraception, l'adoption de dispositions législatives sur le divorce sans égard à la faute et la participation accrue des femmes et des mères au marché du travail³⁹. Si le pourcentage de couples mariés a diminué au fil des ans, toujours est-il qu'il s'agit, encore aujourd'hui, de la structure prédominante au Canada³⁹. Cette baisse est en grande partie attribuable à la hausse des unions de fait, dont la proportion a triplé dans les 30 dernières années³⁹.

Le pourcentage de familles monoparentales a également augmenté⁴⁹. Les familles monoparentales peuvent faire face à plus de difficultés que les familles biparentales. Par exemple, les mères monoparentales ont un taux de pauvreté plus élevé que les familles suivant d'autres structures (y compris les pères monoparentaux) et risquent davantage de vivre des périodes de pauvreté plus longues que les autres types de familles⁴⁹. Les mères monoparentales occupent plus souvent des emplois sous-payés et instables et risquent donc d'avoir moins de ressources financières à leur disposition en cas de difficultés⁵¹. Le risque de problèmes de santé physique ou mentale est également plus élevé en raison du stress, de la charge de travail élevée et du fardeau économique qui pèsent sur les familles monoparentales⁵². Le lien entre un revenu faible et la santé mentale, physique et développementale des enfants ne fait aucun doute et s'explique, du moins en partie, par le manque de comportements stimulants et d'expériences familiales chez les familles en situation de pauvreté⁵³. Le risque de résultats de santé et de résultats sociaux défavorables est donc plus élevé chez les enfants de familles monoparentales que chez les enfants de familles biparentales⁵⁴. Les politiques et programmes qui atténuent le fardeau financier des familles monoparentales sont des instruments essentiels qui favorisent le développement de la petite enfance.

Chapitre 2 – Caractéristiques relatives au revenu, au logement et au marché du travail

À bien des égards, le bien-être des enfants est dicté par les déterminants sociaux de la santé, que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie⁵⁵ ». Parmi les déterminants sociaux de la santé, la situation socioéconomique est un déterminant fondamental et est étroitement liée à d'autres facteurs. Il s'agit d'un concept complexe et pluridimensionnel, souvent analysé et déclaré selon le revenu du ménage. Le lien progressif permanent entre le revenu et divers résultats dans la santé développementale des enfants est si fort et systématique qu'on l'appelle « l'effet de gradient ». Il illustre extrêmement bien les inégalités de santé et de bien-être des enfants qu'on observe dans une même société et entre les sociétés⁵⁶.

Tendances notables et lacunes dans les connaissances

- Le revenu du ménage est un déterminant social qui influence grandement le développement de la petite enfance et la santé d'un individu tout au long de sa vie.
- Le logement est un autre déterminant influent de la santé développementale des enfants. En 2011, 12,5 % des ménages canadiens vivaient dans des logements inadéquats.
- On constate un manque de données au Canada sur les enfants, les mères et les familles sans-abri. La collecte de données et la recherche doivent être améliorées en vue d'élaborer des interventions qui s'attaqueront à l'itinérance chez les familles avec enfants.

2.1 Revenu du ménage et inégalité de revenu

Le revenu du ménage est un déterminant social particulièrement influent sur la santé⁵⁷. Les données sur le revenu familial tirées de l'Enquête nationale auprès des ménages montrent que le revenu médian après impôt des couples canadiens avec enfants a augmenté de 6,6 % (passant de 85 400 \$ à 91 000 \$) entre 2000 et 2014⁵⁸, mais toutes les familles n'ont pas joui de cette hausse à parts égales. En 2015, 1,2 million d'enfants de moins de 18 ans (17 % de tous les enfants vivant au Canada) vivaient dans des ménages à faible revenu⁵⁹. Les familles avec de jeunes enfants risquent davantage d'être dans la tranche de revenu inférieure que les familles avec des enfants plus vieux et sont donc plus vulnérables aux conséquences associées à un revenu faible⁶⁰. Par exemple, des études menées aux États-Unis^{61,62} et au Canada⁶³ ont révélé que les enfants de familles à faible revenu sont plus vulnérables aux résultats de santé défavorables, réussissent moins bien à l'école et présentent plus de problèmes de comportement comparés aux enfants issus de familles à revenu plus élevé.

L'inégalité de revenu est étroitement liée à la santé des populations⁶⁴. Il est généralement admis que plus les inégalités de revenu sont prononcées dans un pays, moins la population globale de ce pays est en bonne santé^{65,66}. Bien que les personnes à plus faible revenu risquent d'en ressentir davantage les effets, toute la population sera affectée par les conséquences de l'inégalité de revenu⁶⁷.

Elle est en effet liée à un taux de mortalité prématurée plus élevé, à une moins bonne cohésion sociale (la volonté des membres d'une collectivité à coopérer) et à une mobilité sociale réduite (la capacité des familles de sortir de la pauvreté)⁶⁸. À l'échelle de la population, l'inégalité de revenu s'exprime à l'aide du coefficient de Gini⁶⁹, qui rend compte de la mesure dans laquelle la répartition du revenu dans une population s'écarte de l'égalité parfaite. Dans l'échelle de valeur du coefficient de Gini, 0 représente l'égalité parfaite (tous ont le même revenu) et 1, l'inégalité totale (une seule personne possède tous les revenus). Autrement dit, ce coefficient apprécie l'écart entre les riches et les pauvres.

Selon le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada a connu une forte hausse du coefficient de Gini entre les années 1990 et le milieu des années 2000. L'inégalité de revenu a donc considérablement augmenté, de sorte que 60 % des familles canadiennes ont vu leur revenu marchand en dollars constants baisser, tandis que 20 % des familles plus aisées s'en sont très bien sorties financièrement, creusant ainsi l'écart entre les familles à revenu faible et les familles avec un revenu plus élevé⁷⁰. En 2015, le coefficient de Gini du Canada s'établissait à 0,32, le plaçant au 13^e rang sur les 30 pays de l'OCDE⁷¹. Le pays de l'OCDE classé au premier rang était la Slovaquie, avec un coefficient de 0,25. Les États-Unis, eux, arrivaient au 22^e rang, avec un coefficient de 0,39.

2.2 Éducation et participation des parents au marché du travail

Éducation des parents

L'éducation est un levier d'action clé pour réduire les inégalités sociales au sein des générations et entre elles⁷². Grâce à l'éducation, les parents – et surtout les mères – peuvent participer pleinement au marché du travail et à la société, améliorer leurs connaissances en santé et offrir un milieu cognitivement stimulant à leurs enfants^{73,74}. Selon la dernière Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes, dans 64 % des familles biparentales ayant des enfants de moins de 6 ans, les deux parents travaillaient ou étudiaient et dans 34 % de ces familles, un seul des parents travaillait ou étudiait⁷⁵. Chez les familles monoparentales, 66 % des parents travaillaient ou étudiaient. Les familles en zones urbaines étaient plus susceptibles que les familles en zones rurales d'avoir au moins un parent détenant un diplôme d'études collégiales ou universitaires⁷⁶.

Le niveau de scolarité des parents est étroitement lié aux résultats développementaux de l'enfant. Par exemple, les enfants dont les mères ont un niveau de scolarité plus faible risquent davantage d'avoir des problèmes en matière de langage, de développement du vocabulaire et de la conscience phonologique^{77,78}. Lorsqu'ils entrent à l'école primaire, les enfants dont les parents ont un niveau de scolarité élevé sont plus susceptibles de réussir eu égard à diverses mesures cognitives et sociales⁷⁹. De plus, en améliorant indirectement le développement de l'enfant, le niveau de scolarité de la mère favorise par le fait même la santé mentale de cette dernière^{80,81}. Un haut niveau de scolarisation de la mère peut aussi avoir des retombées à long terme sur la réussite scolaire de l'enfant; il est en effet associé à une plus haute probabilité que l'enfant termine ses études secondaires⁸²⁻⁸⁴.

Participation des mères au marché du travail

La grande majorité des Canadiennes dont le benjamin a moins de 6 ans occupent un emploi. En 2016, 73,3 % des femmes ayant un enfant de moins de 6 ans avaient un emploi à l'extérieur du

foyer⁸⁵. On a d'abord observé une forte hausse de cette proportion entre 1976 et 1991, suivie d'une augmentation plus lente qui s'est stabilisée en 2010. En 2010, la plupart des mères au travail qui avaient eu un enfant dans les trois années précédentes avaient eu un congé, quel qu'en soit le type⁸⁶. Parmi ces mères, 83 % avaient obtenu un congé payé et 21 %, un congé non payé, ces deux types de congés ne s'excluant pas mutuellement. Au moment du congé, 21,8 % des mères occupaient un emploi précaire. L'emploi précaire, qui comprend l'emploi temporaire et le travail autonome sans employés, est un déterminant social de la santé qui touche les travailleurs dont la rémunération, l'horaire, l'emploi futur et l'avancement sont très incertains⁸⁷. Chez les mères vivant avec de jeunes enfants, une augmentation de l'emploi précaire peut rendre compte de l'immense pression exercée sur les femmes de concilier vie professionnelle et vie familiale. Par rapport aux personnes jouissant d'une meilleure sécurité d'emploi, les personnes occupant un emploi précaire ont tendance à avoir un revenu plus faible, et leurs conditions d'emploi peuvent affecter leur santé physique et mentale, occasionnant ainsi des difficultés supplémentaires pour les parents de jeunes enfants^{87,88}. Le pourcentage global de travailleurs Canadiens occupant un emploi précaire a augmenté au fil du temps, ce qui peut contribuer à l'inégalité de revenu qu'on observe actuellement au pays^{87,88}.

2.3 Logement et itinérance

Le logement est un autre déterminant social essentiel de la santé et du bien-être. La Société canadienne d'hypothèques et de logement utilise l'expression « logement de qualité convenable » pour décrire un logement qui ne nécessite pas de réparations majeures, qui convient du point de vue de sa taille et du nombre de chambres et qui est abordable pour la famille qui y vit⁸⁹. À l'inverse, un « logement en mauvaises conditions » désigne un logement mal isolé, humide, contaminé par la moisissure, surpeuplé ou dangereux. Les familles qui vivent dans ces logements ont des « besoins impérieux de logement ». En 2011, la majorité des enfants au Canada vivaient dans un logement de qualité convenable, mais 12,5 % des ménages canadiens avaient tout de même des besoins impérieux de logement⁹⁰. Par province et territoire, cette proportion allait de 9,3 %, à l'Île-du-Prince-Édouard, à 39 %, au Nunavut⁹¹.

Un logement de qualité convenable est considéré comme une condition fondamentale à une bonne santé et au bon développement de la petite enfance^{92,93}. Les conditions de logement d'une famille peuvent affecter le bien-être et le développement quotidiens d'un enfant de multiples façons, notamment par des facteurs proximaux (un milieu familial en bonne condition et sécuritaire) et des facteurs distaux (le quartier où le logement se trouve et l'école fréquentée par l'enfant)^{94,95}. Des enfants qui vivent dans des conditions de logements surpeuplés, inadéquats ou dangereux courent plus de risques de souffrir de maladies chroniques ou infectieuses (dont l'asthme et d'autres maladies respiratoires)⁹⁶ et pourrait souffrir de malnutrition, car l'argent sert aux dépenses liées au logement⁹⁷.

Le logement est intimement lié au revenu et aux ressources financières du ménage. Dans les familles ayant des besoins impérieux de logement, les parents souffrent souvent de stress, ce qui nuit aux bonnes relations familiales, influence le bien-être mental et physique des parents et peut même accroître le risque de mauvaises pratiques parentales^{98,99}. Un logement en mauvaises conditions peut par ailleurs se traduire par une mobilité résidentielle élevée de la famille, ce qui peut affecter, à court et à long terme, les résultats scolaires et le développement socioaffectif des enfants¹⁰⁰⁻¹⁰³.

Itinérance et recours aux refuges d'urgence

Le récent rapport du gouvernement du Canada sur l'utilisation des refuges d'urgence brosse le portrait des personnes en situation d'itinérance Canada¹⁰⁴. En 2016, environ 235 000 personnes étaient sans abri, parmi lesquelles 27 % étaient des femmes et 19 %, des jeunes. Bien que le nombre de personnes ayant recours aux refuges d'urgence ait diminué depuis dix ans, le système canadien des refuges fonctionne encore à plus de 90 % de leur capacité¹⁰⁴. Des données antérieures montrent que près de 10 000 enfants de moins de 16 ans sont demeurés dans des refuges en 2009 et que la durée moyenne de leur séjour était de plus de trois semaines¹⁰⁴. Aussi inquiétants que puissent être ces chiffres, il n'y a aucune estimation définitive du nombre de jeunes enfants sans-abri au Canada, et très peu de recherches portent sur les interventions luttant contre l'itinérance chez les familles avec enfants¹⁰⁵.

Comparé aux enfants vivant dans un foyer permanent, les enfants en situation d'itinérance en ressentent de nombreux effets négatifs sur leur santé : la faim, un retard du développement cognitif et affectif, des problèmes de santé mentale, des troubles d'apprentissage et des problèmes de santé physique, comme un poids insuffisant à la naissance, la malnutrition, des infections aux oreilles et des maladies chroniques^{106,107}. Leur éducation préscolaire est souvent interrompue ou retardée, et ils sont deux fois plus à risque que les enfants vivant dans un foyer permanent d'avoir des troubles d'apprentissage, de redoubler une année ou d'être suspendus de l'école¹⁰⁸. Les jeunes enfants sans-abri ou qui vivent dans un logement en mauvaises conditions sont donc exposés à un risque élevé de problèmes développementaux.

Chapitre 3 – Contexte familial et quartier

La famille est le premier milieu avec lequel l'enfant entre en contact après sa naissance; c'est un cadre essentiel qui doit stimuler l'enfant, lui assurer une bonne santé et favoriser son développement dans ses premières années de vie¹⁰⁹. Dans ce contexte, une « famille » est un système dans lequel les comportements et les relations entre les membres sont interdépendants, où chaque individu ressent les effets de son milieu familial. Une famille subvient aux besoins physiques de l'enfant (nourriture, logement et vêtements), lui enseigne les compétences, les valeurs et les attitudes qui lui permettront de participer à la société et nourrit son estime de soi¹⁰⁹. Certaines caractéristiques familiales peuvent avoir des répercussions durables sur la santé et les résultats sociaux et scolaires d'un enfant, comme les soins que la mère aurait reçus pendant la grossesse, la santé mentale de la mère en tant que principale responsable de l'enfant, le style parental du ou des principaux pourvoyeurs et la relation entre le parent et l'enfant^{109,110}.

Des facteurs externes à la famille ont également un impact sur les jeunes enfants. Le quartier et la collectivité dans lesquels ils vivent peuvent leur offrir des expériences sécuritaires et amusantes et leur permettre de développer leur curiosité, leur autonomie et leur confiance en soi¹¹¹. Les ressources communautaires, dont les loisirs et les activités culturelles et récréatives offerts, et l'accès à des services de garde et à des programmes d'éducation préscolaire, peuvent enrichir la vie des jeunes enfants et les aider à devenir des adultes sains, heureux et épanouis^{110,111}.

Tendances notables et lacunes dans les connaissances

- La majorité des femmes enceintes au Canada ont une bonne santé prénatale, mangent sainement et évitent les comportements néfastes, comme la consommation de la cigarette et d'alcool, pendant la grossesse. Dans une large mesure, elles sont également en bonne santé mentale pendant et après la grossesse.
- La plupart des parents s'efforcent de créer un milieu familial chaleureux et enrichissant et d'entretenir de bonnes relations avec leurs enfants, toutefois certaines familles vivent des difficultés (pauvreté, problèmes de santé mentale, etc.) qui nuisent au maintien d'un milieu familial favorable.
- Comparativement à d'autres pays développés, le Canada a un taux relativement élevé d'enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance. La qualité et la disponibilité des données sur les enfants pris en charge doivent être améliorées.
- Les services de garde de grande qualité sont importants au développement sain de l'enfant, mais ne sont pas accessibles équitablement à travers pays. Les familles vivant dans des quartiers à faible revenu, les parents peu scolarisés et les familles immigrantes ont de la difficulté à obtenir des services de garde.

3.1 Santé de la mère

Santé périnatale

De nombreux facteurs maternels intervenant pendant la période périnatale, comme l'alimentation et les habitudes de vie, sont d'importants déterminants de la santé de l'enfant pendant ses premières années de vie. En voici quelques exemples :

- **L'apport en acide folique** : L'acide folique est un nutriment important en début de grossesse qui réduit le risque d'anomalies du tube neural. Des directives alimentaires sont en place pour s'assurer que les femmes en âge d'avoir des enfants en consomment une quantité suffisante¹¹².
- **La consommation d'alcool** : La consommation d'alcool pendant la grossesse est un facteur de risque important pour le développement du fœtus. Elle peut mener à un trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), un trouble du développement neurologique qui affecte l'apprentissage, la mémoire et les fonctions motrices et cause des déficits dans les aptitudes sociales et la communication¹¹³.
- **La consommation de la Cigarette** : Le tabagisme pendant la grossesse a également des effets négatifs sur la santé très préoccupants. Il est lié à divers résultats défavorables comme un risque accru d'insuffisance de poids à la naissance, de mortinaissances, d'avortements spontanés, de faible croissance fœtale, de naissances prématurées, de décollement du placenta et du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)¹¹⁴.
- **L'utilisation du cannabis** : Le cannabis a été légalisé au Canada en 2018. Les effets du cannabis ou du cannabidiol (CBD) sur la grossesse et le développement de l'enfant sont encore inconnus. Certaines études ont toutefois établi un lien entre la consommation de cannabis pendant la grossesse et l'allaitement et l'insuffisance de poids à la naissance, l'accouchement prématuré, des problèmes cardiovasculaires et des troubles de santé mentale à long terme et des troubles du développement et du comportement à court et à long terme¹¹⁵.

La majorité des Canadiennes enceintes déclarent un apport suffisant en acide folique et affirment ne consommer ni alcool ni cigarette pendant la grossesse. Par exemple, en 2007, 90 % des femmes qui ont répondu à l'Enquête sur l'expérience de la maternité ont affirmé avoir pris des suppléments d'acide folique pendant leur premier trimestre de grossesse¹¹⁶. L'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes a révélé qu'en 2008, seulement 11 % des Canadiennes avaient consommé de l'alcool¹¹⁷ et 12 % avaient fumé pendant leur grossesse¹¹⁸. Cependant, certaines femmes ont de la difficulté, compte tenu de leurs circonstances, à adopter des comportements sains durant leur grossesse. Parmi les obstacles à une bonne santé prénatale, nommons le faible revenu d'un ménage, le jeune âge de la mère, le fait d'être monoparental et l'accès restreint aux services de santé ou une relation de méfiance avec ces services^{119,120}.

Allaitement

L'allaitement contribue à l'apport nutritionnel, à la protection immunologique, à la croissance et au développement des nourrissons et des tout-petits¹²¹. L'OMS¹²² et de nombreuses organisations canadiennes (Santé Canada, l'ASPC, le Comité canadien pour l'allaitement et la Société canadienne de pédiatrie) recommandent d'ailleurs l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie et jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus avec une alimentation complémentaire adéquate. Non seulement l'allaitement

est associé à des résultats favorables de santé pour les nourrissons, mais il diminue également les saignements post-partum de la mère, protège la mère contre certains cancers et améliore sa santé osseuse^{121,123}. L'allaitement resserre également les liens entre la mère et son enfant.

Dans l'Enquête sur l'expérience de la maternité de 2006-2007, environ 90 % des mères canadiennes ont commencé à allaiter immédiatement après l'accouchement¹²⁴. Six mois plus tard, 54 % des mères allaitaient toujours, mais seulement 14 % allaitaient exclusivement¹²⁵, ce qui est nettement inférieur aux recommandations de l'OMS à ce sujet. Les mères plus âgées étaient plus nombreuses à commencer l'allaitement, et le fait d'allaiter son enfant jusqu'à ce qu'il ait au moins six mois était lié à un niveau de revenu et de scolarité élevé chez la mère¹²⁶.

Santé mentale de la mère

La santé mentale de la mère pendant et après la grossesse joue un rôle crucial dans la santé développementale de l'enfant. En 2014, au moins 60 % des femmes en âge d'avoir des enfants qui ont participé à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ont déclaré être en très bonne/excellente santé physique¹²⁷ et mentale¹²⁸. Cela dit, on constate une petite tendance à la baisse du nombre de femmes se disant en bonne santé mentale entre 2010 et 2014. Près de 9 % ont affirmé avoir souffert d'un trouble de l'humeur au cours de l'année précédente et ont signalé une hausse de la fréquence de leurs troubles de l'humeur au cours des sept années précédentes¹²⁹. Les troubles de l'humeur et l'anxiété chez la mère pendant la grossesse ou pendant la période post-partum sont liés à un ralentissement de la croissance et du développement cognitif ainsi qu'à des troubles du comportement chez l'enfant¹³⁰⁻¹³⁴, d'où l'importance d'offrir des services psychologiques de meilleure qualité et de plus grande ampleur afin que les enfants puissent atteindre leur plein potentiel de développement.

3.2 Relations familiales

Style parental

Le style parental a un grand impact sur la santé et le développement des jeunes enfants. Un style sensible aux besoins de l'enfant laisse ce dernier explorer son environnement en toute sécurité, et faire preuve de constance dans son style parental est reconnu depuis longtemps comme une pratique importante qui favorisera le bon développement de l'enfant¹³⁵. La recherche a démontré que faire du renforcement positif, se montrer affectueux et appliquer des stratégies disciplinaires constantes préviennent les problèmes de comportement chez les enfants¹³⁶. La création d'un environnement stimulant favorise le développement des compétences scolaires et l'établissement de bonnes relations avec les camarades, ce qui améliore le bien-être des enfants^{137,138}. De bonnes stratégies parentales peuvent aussi atténuer les effets négatifs de situations difficiles que vit la famille, comme des difficultés financières ou le divorce¹³⁹.

Au Canada, la majorité (94 %) des enfants de moins de 6 ans ont de bons rapports avec leurs parents et sont encadrés par un style parental cohérent¹⁴⁰. Parmi les répondants à l'Enquête sur les jeunes Canadiens, seulement 11 % des enfants de moins de 6 ans avaient des parents ayant obtenu un score faible quant à la cohérence et la consistance du style parental¹⁴¹. Or il peut être difficile, dans certaines circonstances, d'offrir un cadre parental favorable, et les parents vivant ces situations pourraient avoir besoin de plus d'aide pour prendre soin de leurs enfants tandis qu'ils grandissent.

Parmi ces circonstances, nommons les facteurs de stress liés aux difficultés financières, la lourde charge de travail des familles monoparentales, le manque de soutien social, le manque de débouchés scolaires ou professionnels ou, dans le cas des familles immigrantes, la barrière linguistique et culturelle, y compris l'isolement social^{136,142-144}.

Violence familiale, maltraitance et négligence

Aux antipodes des bonnes pratiques parentales, on retrouve le risque de violence familiale, de maltraitance ou de négligence à l'égard des enfants. La violence familiale est un grave problème de santé publique lié à une multitude de problèmes physiques, mentaux, cognitifs et comportementaux à court et à long terme¹⁴⁵⁻¹⁴⁷. En 2014, environ 3,9 % des répondants à l'Enquête sociale générale ont déclaré avoir été victimes de violence de la part de leur conjoint ou partenaire au cours des cinq années précédentes¹⁴⁸. La violence peut avoir des effets permanents sur la santé physique et le développement^{145,146}. Les nourrissons et les jeunes enfants exposés de violence à la maison peuvent avoir de la difficulté à tisser des liens étroits avec leurs parents, avoir des problèmes de santé mentale, notamment des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, et avoir des problèmes relationnels avec leurs camarades d'école.

Les conséquences de la maltraitance et de la négligence envers les enfants sont tout aussi dévastatrices. Selon l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, il y a eu plus de 85 000 cas de mauvais traitements (maltraitance ou négligence) en 2008. De ces enfants, 34 % avaient été exposés à la violence conjugale et 20 % avaient subi de la violence physique¹⁴⁹. Toutefois, la prévalence réelle des cas de violence familiale et de mauvais traitements envers les enfants est difficile à mesurer puisque les cas déclarés aux services sociaux et les hospitalisations pour blessures dues à la violence ou aux mauvais traitements sont probablement une petite fraction des cas, alors que plusieurs autres situations ne sont jamais signalées¹⁵⁰.

Enfants confiés aux services de protection de l'enfance

Le système canadien de protection de l'enfance est chargé de protéger les enfants contre la violence et d'autres formes de maltraitance et de négligence en enquêtant sur les allégations et les rapports, en offrant des services aux parents pour que les membres d'une même famille puissent rester ensemble et en supervisant les foyers d'accueil où sont placés les enfants retirés de leur famille. Les organismes de protection de l'enfance relèvent des provinces et des territoires, qui ont chacun adopté des dispositions législatives pour assurer la sécurité et l'intérêt supérieur des enfants dans chaque région. Cependant, les effets négatifs des enfants qui grandissent « dans le système » sont bien établis. Ils ont souvent des problèmes de développement^{151,152}, des taux élevés de problèmes de santé mentale^{153,154} et même des taux de mortalité élevés¹⁵⁵. Le système de protection de l'enfance a souvent été critiqué pour ses problèmes systémiques^{150,156}, comme le racisme, notamment envers les peuples autochtones, et des critères trop stricts quant au retrait des enfants de leurs familles¹⁵⁷. Les données actuelles portent à croire que le Canada a l'un des taux de prise en charge les plus élevés parmi les pays développés. Même si la qualité et l'accessibilité de ces données doivent être améliorées, il est possible d'avancer que les politiques du Canada en matière de protection de l'enfance contribuent à ces résultats. Les répercussions négatives du système en place soulignent la

nécessité d'évaluer les lois canadiennes actuelles en matière de protection de l'enfance, qui n'atteignent peut-être pas leurs objectifs.

3.3 Milieu bâti du quartier

Outre le contexte social de la famille, l'accès aux ressources du quartier (parcs, centres de loisirs communautaires, etc.) et à des services de garde et d'éducation préscolaire de qualité détermine de nombreuses expériences au cours de la vie d'un enfant¹⁵⁸. Dans son Rapport sur l'état de la santé publique au Canada de 2017, l'administrateur en chef de la santé publique attire également l'attention sur l'influence directe du milieu bâti sur la santé et le mode de vie sain des familles canadiennes¹⁵⁹. Les collectivités et les quartiers peuvent être pensés pour faciliter des choix sains, notamment en rendant l'activité physique plus attrayante et accessible grâce à des sentiers pédestres et à des pistes cyclables ainsi qu'à un réseau de transports en commun efficace reliant les zones résidentielles aux zones commerciales, scolaires et professionnelles, ou en s'assurant qu'il y a des lieux de rencontre et des espaces verts et qu'ils sont accessibles. La qualité du milieu bâti dans lequel vit un enfant est souvent étroitement liée au revenu du ménage et est considérée comme un déterminant important du développement de la petite enfance¹⁶⁰.

Loisirs et jeu

Le milieu bâti du quartier influence les options offertes en matière de loisirs et de jeu, des éléments importants qui favorisent, dès la petite enfance, la cohésion sociale, la faculté d'adaptation et la résilience de l'enfant¹⁶¹. Les loisirs et le jeu actif aident l'enfant à améliorer sa santé physique et affective, à acquérir des aptitudes psychosociales et à développer son estime de soi¹⁶². Ils peuvent aussi prévenir certains problèmes de santé publique, comme la hausse des comportements sédentaires et de l'obésité qu'on observe depuis quelques décennies¹⁶³. Plus de 60 % des jeunes enfants canadiens pratiquent régulièrement des sports non structurés ou d'autres activités physiques, dont les sports d'équipe, la danse, la gymnastique ou les arts martiaux¹⁶⁴. Les jeunes enfants appartenant à une minorité visible, issus d'une famille immigrante et venant de zones à faible revenu sont moins susceptibles que les autres enfants de participer régulièrement à des activités récréatives organisées¹⁶⁵.

Services de garde et d'éducation préscolaire

La recherche a démontré que la petite enfance représentait un « champ de possibilités » de favoriser le bon développement d'un enfant²². Les jeunes enfants ont donc beaucoup à gagner de systèmes de garde et d'éducation préscolaire de qualité. Les services de garde et d'éducation préscolaire sont des éléments importants du milieu bâti du quartier et comprennent les services de garde en établissement réglementés et les services en milieu familial (à domicile) pour les nourrissons, les tout-petits et les enfants d'âge préscolaire. Les spécialistes du développement de la petite enfance conviennent qu'un système global et cohérent de garde des jeunes enfants devrait être une priorité du Canada, d'autant plus que la majorité des parents de jeunes enfants travaillent à l'extérieur du foyer¹⁶⁶. L'ensemble du corpus de connaissances des 20 dernières années sur la petite enfance démontre que des services préscolaires de qualité permettent aux enfants de s'épanouir dans un milieu enrichissant à l'extérieur du foyer. L'accès à des services abordables peut en outre accroître la participation des femmes ayant de jeunes enfants au marché du travail.

Le coût des programmes de garde et d'éducation préscolaire varie énormément à travers le pays. Les coûts les plus élevés sont observés dans les grands centres urbains, comme Toronto et Vancouver, alors que les coûts les plus faibles sont constatés à l'Île-du-Prince-Édouard, au Manitoba et au Québec¹⁶⁷. Les gouvernements de ces trois provinces financent les coûts opérationnels des services de garde et des centres d'éducation préscolaire, ce qui permet à ces services de fixer des frais maximums plus accessibles¹⁶⁸. De plus, le nombre de places actuellement disponibles dans plusieurs villes et collectivités canadiennes ne suffit pas à la demande. Les listes d'attente sont monnaie courante, notamment pour les places réservées aux nourrissons et aux tout-petits. L'organisme Child Care Canada estime que seulement 24 % des enfants de moins de 6 ans ont accès à des services de garde à temps plein ou à temps partiel dans un établissement réglementé¹⁶⁶. Selon des analyses récentes, les enfants qui fréquentent des services de garde ou des programmes d'éducation préscolaire sont en général issus de ménage à revenu élevé et d'une famille non immigrante et ont des parents avec un niveau de scolarité élevé¹⁶⁹. Ces constatations illustrent le lien qu'il peut y avoir entre les inégalités en matière d'accès aux services de gardes et d'éducation préscolaire et la situation socioéconomique.

4. Services de santé

La qualité et l'accessibilité des services de santé sont des déterminants notables de la santé des jeunes enfants. De nombreuses facettes des soins de santé soutiennent et protègent les enfants tout au long de leur développement, dont les soins primaires, les soins hospitaliers et les services de dépistage et de prévention. Qu'il s'agisse de soins avant la naissance, pendant l'accouchement, après la naissance et tout au long de la petite enfance, beaucoup considèrent l'accès à des services de santé de qualité comme un droit fondamental. Cependant, de nombreuses populations au Canada doivent composer avec les inégalités en matière d'accès aux soins de santé. Des facteurs sociaux, économiques et environnementaux comme les origines ethniques, la situation socioéconomique et la citoyenneté sont des déterminants importants qui influent sur la capacité d'une personne d'accéder à des services de qualité¹⁷⁰.

Tendances notables et lacunes dans les connaissances

- Le niveau des soins prénataux au Canada est l'un des plus élevés au monde. En effet, près de 95 % des femmes reçoivent des soins dès leur premier trimestre de grossesse. Toutefois, une petite proportion de femmes font face à des obstacles qui les empêchent de recevoir des soins adéquats pendant leur grossesse.
- La plupart des enfants au Canada sont suivis par un médecin de famille, une infirmière praticienne ou un pédiatre.
- Les taux de vaccination systématique des enfants ne sont pas optimaux.
- Certaines provinces et certains territoires ne financent pas les tests de dépistage des troubles de la vue et de l'ouïe chez les jeunes enfants. Une détection tardive peut entraîner des problèmes de développement social ou des difficultés d'apprentissage.

4.1 Soins prénataux

Au Canada, les soins prénataux s'inscrivent dans une série de services qui visent à améliorer la santé de la mère, du fœtus et du nourrisson. Il a été démontré que les soins prénataux réduisent le risque de décès maternels et d'autres issues de grossesse et d'accouchement défavorables, y compris les fausses couches, les naissances prématurées, l'insuffisance de poids à la naissance et les mortinaissances, et sont plus efficaces s'ils commencent au premier trimestre^{171,172}. Le niveau des soins prénataux au Canada est parmi les plus élevés du monde : près de 95 % des femmes commencent leur suivi dès leur premier trimestre de grossesse¹⁷³. Une proportion semblable de femmes canadiennes accouche sous la supervision d'un professionnel de la santé qualifié (70 % sont assistées par un obstétricien ou un gynécologue, 15 % par un médecin de famille et environ 4 % par une sage-femme)¹⁷⁴, et après l'accouchement, la majorité (93 %) reçoit un appel de suivi d'un professionnel de la santé à la maison¹⁷⁵.

Cependant, une petite fraction de femmes enceintes demeure à risque de commencer le suivi prénatal tardivement ou encore de ne recevoir aucun soin prénatal¹²⁰. Les facteurs de risque associés

à un suivi tardif ou à l'absence de soins prénataux sont : un faible niveau de scolarité, un faible revenu et une première grossesse¹¹⁹. Les femmes dans ces situations ou qui font face à d'autres obstacles d'ordre social, économique, géographique ou structurel les empêchant d'obtenir des soins prénataux, risquent des issues de grossesse défavorables. L'accès à des services prénataux peut s'accompagner de divers obstacles pour les femmes enceintes (notamment celles des collectivités rurales ou éloignées), incluant le devoir de s'absenter du travail, organiser le transport vers les rendez-vous et trouver quelqu'un pour garder les autres enfants pendant ces rendez-vous^{119,176}. Les femmes défavorisées, dont celles qui vivent une situation de pauvreté ou d'itinérance, qui souffrent de maladie mentale ou qui ont déjà été visées par une intervention des services de protection de l'enfance, pourraient éviter les services prénataux, car elles pourraient se méfier du système de santé. Pour que les femmes puissent obtenir des soins prénataux et d'autres services préventifs importants, il est nécessaire d'appliquer de manière globale des interventions fondées sur des données probantes qui aident à établir de solides relations entre les patients et les prestataires de soins et à éliminer les obstacles multidimensionnels auxquels certaines populations se heurtent.

4.2 Soins primaires

Au Canada, les médecins de famille et les pédiatres sont les principaux fournisseurs de soins primaires pour les nourrissons et les jeunes enfants. Ils prodiguent des soins et administrent des vaccins, traitent les affections aiguës et les maladies chroniques, suivent les étapes de la croissance des enfants et dépistent les problèmes potentiels. Dans certaines provinces et certains territoires, les pédiatres sont des prestataires de soins primaires, tandis que dans d'autres, ils travaillent principalement à titre de consultants¹⁷⁷. La majorité (84 %) des familles canadiennes ayant des enfants de moins de 12 ans ont un médecin de famille ou un pédiatre¹⁷⁸. Plus de 80 % des médecins de famille et des pédiatres travaillent en milieu urbain, tandis que les autres travaillent dans des collectivités rurales ou éloignées, où les infirmières en santé publique, les infirmières de proximité et les infirmières praticiennes assument un plus grand rôle dans la prestation de soins¹⁷⁷. Cela ressort particulièrement au Québec et dans les territoires, où respectivement 66 % et 40 % des familles ayant des enfants de moins de 12 ans ont un médecin de famille ou un pédiatre et où les infirmières ou les infirmières praticiennes fournissent souvent les soins primaires¹⁷⁸.

Vaccination

La vaccination est une mesure de santé publique essentielle et rentable qui protège les nourrissons et les jeunes enfants contre la maladie, l'incapacité et la mort prématurée¹⁷⁹. Grâce à la vaccination, les maladies infectieuses, qui étaient auparavant la principale cause de mortalité, ne représentent plus que 5 % de tous les décès au Canada. Les programmes de vaccination systématique des enfants s'attaquent aux maladies comme la rougeole, les oreillons, la polio et le tétanos, ainsi que le rotavirus, la varicelle, la coqueluche, la grippe saisonnière, les infections à méningocoques et les infections pneumocoques.

Si beaucoup de ces vaccins sont couverts par l'assurance-maladie fournie par les ministères provinciaux de la Santé, les taux de vaccination dans la plupart des provinces et des territoires restent inférieurs aux normes nationales¹⁸⁰. Par exemple, les taux nationaux de respect du schéma de vaccination recommandé avant l'âge de 2 ans allaient de 73 % (hépatite B) à 91 % (polio), alors que l'objectif se situe entre 95 % et 99 % pour la plupart des antigènes. L'Enquête nationale sur la

couverture vaccinale des enfants de 2013 indique que 2,7 % des enfants canadiens de moins de 2 ans ne reçoivent aucun vaccin¹⁸¹. Les facteurs influençant la vaccination des enfants sont le revenu du ménage, le niveau de scolarité des parents, le fait que l'enfant est élevé dans un foyer monoparental et le fait qu'il est né à l'étranger¹⁸². Qui plus est, les taux de vaccination varient partout au pays, et surveiller ces taux est compliqué, car chaque province et territoire a ses propres processus et systèmes de recensement des vaccins¹⁸². La mise en place d'un schéma de vaccination et d'un processus de recensement uniformes permettrait de recueillir et d'harmoniser les données des registres de vaccination, d'identifier les enfants non vaccinés, d'orienter les campagnes de santé publique et de surveiller la couverture vaccinale partout au pays¹⁷⁹.

Dépistage des problèmes visuels et auditifs

Le dépistage de l'acuité visuelle et auditive est un autre élément clé des soins préventifs pour les jeunes enfants. On estime que de 5 à 10 % des enfants d'âge préscolaire ont des problèmes de vue qui pourraient occasionner des difficultés scolaires ou des résultats défavorables en matière de développement social¹⁸³. La perte auditive peut également causer de graves problèmes de développement chez les nourrissons et les enfants si elle n'est pas détectée et traitée¹⁷⁹. Le dépistage visuel et auditif est associé à plusieurs déterminants sociaux de la santé. Une étude canadienne a établi que les enfants vivant dans les quartiers à revenu élevé étaient plus susceptibles de faire l'objet d'un dépistage précoce de leurs problèmes visuels que les enfants des quartiers à faible revenu¹⁸⁴. Les nourrissons et les tout-petits qui reçoivent un diagnostic rapide et un traitement adapté auront en général de meilleures aptitudes langagières et de meilleurs scores en matière d'adaptation sociale et de comportement que les enfants qui reçoivent des services tardivement¹⁸⁵. Étant donné les faibles taux de dépistage chez les familles à faible revenu et les familles dont les parents ont un faible niveau de scolarité, les enfants dont les parents font face à l'une ou l'autre de ces situations seront moins susceptibles de passer un test de dépistage visuel ou auditif, et pourraient être plus vulnérables à des problèmes sociaux et à des problèmes en matière de santé et de développement^{185,186}.

La Société canadienne de pédiatrie recommande que tous les enfants âgés de 3 à 5 ans soient dépistés pour les problèmes de vision¹⁸³, mais seulement sept provinces et territoires (le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, la Colombie-Britannique, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse) offrent un programme universel de dépistage auditif¹⁸⁷. Si toutes les provinces et tous les territoires offrent un programme de dépistage auditif, seulement cinq provinces (la Colombie-Britannique, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard) proposent un programme universel pleinement mis en œuvre; les autres ont des programmes partiels ou offrent le dépistage à certaines populations¹⁸⁸. Les programmes universels de dépistage visuel et auditif peuvent contribuer à atténuer les inégalités dans la détection et les résultats en matière de développement qui en découlent entre les familles à revenu faible et les familles à revenu élevé.

Bilans de santé

Un bilan de santé sert à évaluer la croissance et le développement d'un enfant et à vérifier son état de santé et son bien-être en général. Ces consultations peuvent aussi aider à détecter rapidement des problèmes dans le développement d'un enfant^{189,190}. La Société canadienne de pédiatrie préconise un bilan de santé universel à 18 mois¹⁷⁹. Ce bilan est le moment idéal pour évaluer les

progrès de l'enfant, guider les parents dans le développement de leur enfant et cibler les difficultés potentielles. Dans certaines familles, le bilan de santé à 18 mois peut être le dernier rendez-vous régulier avec un prestataire de soins de première ligne avant que l'enfant entre à l'école. L'âge de 18 mois est une étape clé du développement de l'enfant, et le bilan survient au moment où les familles franchissent des étapes formatives du développement, comme l'accès aux services de garde ou aux programmes d'éducation préscolaire, la gestion du comportement, les habitudes alimentaires et les habitudes de sommeil. Ce bilan peut être une excellente occasion pour les prestataires de soins de donner des conseils et de renforcer des comportements sains et de dépister des problèmes de santé chez les parents qui pourraient affecter le développement de l'enfant, y compris les problèmes de santé mentale, la violence familiale et la toxicomanie. Ce peut aussi être le bon moment pour s'assurer que les parents connaissent les ressources et les services à leur disposition dans la collectivité.

Certaines provinces et territoires du Canada (Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Ontario et les Territoires du Nord-Ouest) intègrent un suivi ou un dépistage officiel du développement au bilan de santé à 18 mois, à d'autres consultations de routine, ou au schéma de vaccination, mais on constate des variations considérables par rapport aux professionnels de la santé qui effectuent le dépistage et aux instruments utilisés¹⁹¹. Il y a aussi des écarts relativement aux familles qui décident d'effectuer un bilan de santé à 18 mois¹⁹². L'harmonisation des calendriers de bilan de santé chez les enfants et l'utilisation d'outils standards d'évaluation du développement aideraient les planificateurs et les fournisseurs de soins de santé à identifier les enfants qui doivent faire l'objet d'un bilan, ce qui aiderait les provinces et territoires à surveiller le champ d'application de cette importante initiative de santé publique¹⁹³.

Chapitre 5 – Résultats en santé

La santé des enfants fait partie intégrante de leur bien-être affectif, mental, social et physique, et de nombreux facteurs influent sur ces aspects du développement. Il est bien établi que les premières années sont cruciales à la santé et au bien-être d'une personne tout au long de sa vie¹⁹⁴. Bien que la plupart des nourrissons et des jeunes enfants canadiens soient généralement en très bonne santé, il existe aussi quelques indicateurs de mauvaise santé à la petite enfance. De plus, des inégalités en matière de santé physique et mentale persistent entre certaines populations, et l'accès à des services de santé et à des soins médicaux de qualité ne suffit pas à surmonter ces inégalités¹⁹⁵. Les principaux déterminants sociaux de la santé, notamment la situation socioéconomique, l'origine ethnique et la structure familiale (p. ex. la monoparentalité), peuvent expliquer certaines de ces inégalités et mettre en relief des secteurs d'intervention. L'utilisation d'indicateurs de santé pour surveiller les résultats en santé des enfants peut également aider les planificateurs des services de santé et les décideurs à savoir où les enfants vont bien et où on peut mieux faire.

Tendances notables et lacunes dans les connaissances

- Bien que la majorité des bébés au Canada naissent en bonne santé, les issues de grossesse défavorables (naissances prématurées, insuffisance de poids à la naissance et bébés nés petits pour leur âge gestationnel) demeurent préoccupantes.
- Le taux de mortalité périnatale au Canada est relativement élevé comparativement à celui des autres pays industrialisés.
- Les maladies graves sont plutôt rares chez les jeunes enfants au Canada. Les maladies respiratoires sont la principale cause d'hospitalisation chez les enfants de 1 à 4 ans.
- De meilleures données concernant les jeunes enfants vivant avec un handicap sont nécessaires.

5.1 Issues de grossesse

La majorité des nourrissons du Canada naissent en santé et le resteront pendant la petite enfance¹⁹⁶. Toutefois, il arrive que des issues défavorables de la grossesse, comme une insuffisance de poids à la naissance et des anomalies congénitales, exposent les nourrissons à des problèmes de santé ou à un retard du développement. L'insuffisance de poids à la naissance demeure l'une des principales causes de morbidité et de mortalité infantiles au Canada, ainsi qu'un facteur de risque de vulnérabilité développementale¹⁹⁷. Les bébés ayant un poids insuffisant à la naissance peuvent être nés prématurément, être nés petits pour leur âge gestationnel ou les deux¹⁹⁸. Malgré des niveaux de soins prénataux et périnataux élevés au Canada, l'insuffisance de poids à la naissance, quoique plutôt rare, reste un problème tenace. Entre 2002 et 2012, le taux moyen d'insuffisance de poids à la naissance est passé de 5,6 % à 6,1 %¹⁹⁹, et en 2014-2015, le taux de naissances prématurées s'établissait à 7,8 %²⁰⁰. Même si elles ne sont pas souvent mortelles, les anomalies congénitales sont une autre cause importante de problèmes de santé chez les nourrissons et d'années potentielles de

vie perdues chez les enfants. En 2010, 11 441 bébés sont nés avec des anomalies congénitales, parmi lesquelles les malformations cardiaques sont les plus fréquentes²⁰¹. Cependant, les taux de mortalité infantile et de maladies associés aux malformations cardiaques ont diminué ces dernières années grâce à l'amélioration du diagnostic et du traitement chirurgical précoces. Le taux d'anomalies du tube neural est également en baisse depuis 1995, en grande partie grâce aux politiques et aux initiatives éducatives concernant le rôle de l'acide folique dans la prévention de ces anomalies²⁰².

5.2 Mortalité infantile et juvénile

En 2012, le taux de mortalité infantile au Canada était de 4,8 décès pour 1 000 naissances vivantes, soit un total de 1 849 enfants qui décèdent pendant leur première année de vie²⁰³. La mortalité infantile est associée à des facteurs tels que l'âge, la santé et la situation socioéconomique de la mère, ainsi que la durée de gestation et le poids à la naissance. Un rapport de l'OCDE de 2018 indique que le Canada a des taux de mortalité infantile plus élevés par rapport à la plupart des autres pays industrialisés (30^e sur 35 pays de l'OCDE)²⁰⁴. Toutefois, les méthodes utilisées pour enregistrer les décès varient considérablement d'un pays à l'autre. Il convient donc d'être prudent dans l'interprétation des comparaisons internationales relativement à la mortalité infantile. À des fins de comparaisons avec d'autres pays, des taux ajustés de mortalité infantile pour le Canada sont utilisés, et ces taux sont inférieurs aux moyennes des pays de l'Union européenne et de l'OCDE²⁰⁵.

Les décès causés par le syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN) connaissent un recul depuis quelques décennies²⁰⁶, probablement en raison de plusieurs facteurs tels que la diminution du nombre de femmes qui fument pendant la grossesse (un facteur de risque connu du SMSN) et une hausse des facteurs de protection comme l'allaitement et le fait de faire dormir les bébés sur le dos. Toutefois, il existe un lien étroit clair entre la pauvreté et des taux élevés de SMSN. Chez les enfants de 1 à 4 ans, le taux de mortalité est resté stable à 0,2 décès pour 1 000 enfants entre 2000 et 2 012²⁰⁷. La principale cause de décès, représentant 35 % de tous les décès de ce groupe d'âge, était les blessures involontaires (accidents de la route, noyade, suffocation)²⁰⁸. Les malformations congénitales et les anomalies chromosomiques (25 % des décès) ainsi que le cancer (13 % des décès) étaient d'autres causes fréquentes de décès.

5.3 Santé physique et mentale des enfants

La majorité des enfants du Canada sont généralement en santé. Ils sont tout de même exposés à un certain nombre de problèmes de santé physique. Le terme « santé physique » englobe toute une série de problèmes tels que les blessures, les maladies chroniques, comme le cancer, l'asthme, le diabète et l'obésité, et certaines incapacités. Les problèmes de santé mentale, bien que difficiles à évaluer et à diagnostiquer chez les enfants de moins de 5 ans, comprennent des symptômes de troubles affectifs et anxieux, d'hyperactivité et de comportement agressif. On estime qu'environ 20 % des enfants canadiens seront atteints d'un trouble de santé mentale²⁰⁹, et dans beaucoup de cas, un enfant qui reçoit un diagnostic de trouble mental restera aux prises avec des problèmes de santé mentale à l'âge adulte²¹⁰.

Hospitalisation pour cause de maladie ou de blessure

En 2013-2014, il y a eu plus de 62 000 hospitalisations de nourrissons²¹¹ et près de 56 000 hospitalisations d'enfants de 1 à 4 ans²¹². Comme les taux d'hospitalisation tendent à augmenter avec l'âge, les enfants plus âgés et les jeunes de 19 ans ou moins présentent des taux plus élevés que les jeunes enfants²¹³. Les chiffres présentés ici peuvent s'expliquer en partie par les taux de maladie ou de blessure et peuvent aussi rendre compte de facteurs comme les méthodes provinciales et territoriales de gestion des soins, l'accessibilité des professionnels de la santé et les caractéristiques démographiques provinciales. Chez les nourrissons, les causes les plus fréquentes d'hospitalisation étaient liées à la santé périnatale (30 % de toutes les hospitalisations), aux maladies du système respiratoire comme l'asthme (25 %) et aux anomalies congénitales (9 %)²¹⁴. Les maladies respiratoires (41 %), les maladies infectieuses (13 %) et les blessures involontaires (8 %) sont les causes les plus courantes d'hospitalisation chez les enfants de 1 à 4 ans²¹⁵.

Problèmes de santé chroniques

Les maladies mortelles sont plutôt rares chez les enfants, mais quelques-unes des maladies infantiles les plus courantes comprennent certains types de cancer (p. ex. la leucémie), le diabète, l'asthme et l'obésité^{216,217}. De 2006 à 2012, il y a eu en moyenne 253 cas de cancer par million d'enfants âgés de moins de 1 an et 234 cas par million d'enfants de 1 à 4 ans, tous types de cancer confondus²¹⁸. La mortalité infantile associée au cancer a progressivement diminué dans les dernières décennies : en 2010, il y a eu 22 décès par million d'enfants par rapport à 32 décès par million en 1 992²¹⁹. Depuis le début des années 2000, la prévalence du diabète est restée stable chez les enfants de 1 à 4 ans s'élevant à 0,1 %²²⁰, et la prévalence de l'asthme chez les enfants de 0 à 5 ans était de 7,3 % en 2 007²²¹. Les taux de surpoids et d'obésité chez les enfants ont grimpé, suscitant l'inquiétude des responsables de la santé publique et des fournisseurs de soins en raison des liens avérés entre l'obésité infantile et les problèmes de santé plus tard dans la vie comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'asthme et les maladies du foie et des reins^{217,222}. Bien que les données de 2004 sur l'indice de masse corporelle (IMC) chez les enfants canadiens puissent être considérées comme dépassées, elles indiquent que de 22 à 25 % des enfants de 2 à 5 ans sont en surpoids et que de 10 à 12 % sont obèses²²¹. Ces chiffres tendent à confirmer la nécessité de stratégies et d'interventions qui favorisent le développement sain chez les enfants d'âge préscolaire.

Souffrir d'une maladie à la petite enfance peut affecter le développement des enfants touchés. Plusieurs études australiennes ont démontré que les enfants atteints de maladies chroniques sont de 20 à 35 % plus susceptibles que d'autres enfants d'être classés, à leur entrée à l'école, comme étant vulnérables sur le plan du développement dans tous les domaines du '*Australian Early Development Instrument*' (Instrument de mesure du développement de la petite enfance). Les maladies infectieuses et non infectieuses à la petite enfance sont aussi associées à des résultats moins favorables sur le plan du développement. De plus, des études internationales indiquent que les enfants qui sont obèses à leur entrée à l'école peuvent présenter des vulnérabilités développementales comparativement à leurs camarades ayant un poids santé²²³.

En plus d'avoir des répercussions sur l'enfant, ces maladies font souvent peser un fardeau émotif et financier considérable sur la famille²²⁴. Les parents d'enfants atteints d'une maladie chronique présentent généralement des taux plus élevés de détresse émotionnelle ou psychologique que les parents d'enfants en santé²²⁵⁻²²⁷. Et des problèmes de santé mentale chez le parent peuvent à

leur tour affecter l'enfant malade. Il a également été démontré que les maladies infantiles nuisent à la capacité de la mère d'un enfant malade d'occuper un emploi continu ou stable²²⁸, et cela à cause, à tout le moins en partie, de la disponibilité de services de garde et de santé pouvant répondre aux besoins de l'enfant²²⁹. Les familles d'enfants malades sont ainsi parfois limitées à un seul revenu, ce qui peut compromettre leur sécurité financière et les exposer à un risque accru de pauvreté. Comme le présentent les sections suivantes, les familles d'enfants vivant avec un problème de santé mentale ou une incapacité se heurtent à bon nombre des mêmes difficultés.

Santé mentale chez l'enfant

Au Canada, les problèmes de santé mentale touchent environ 1,2 million d'enfants et de jeunes²⁰⁹. Comme il est souvent difficile pour les jeunes enfants d'exprimer ce qu'ils ressentent, les troubles mentaux dans cette population peuvent être plus difficiles à détecter et ainsi être peu déclarés^{230,231}. Les problèmes de santé mentale peuvent affecter l'apprentissage ainsi que le développement physique et affectif des jeunes enfants. À partir des données de l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes et de l'Enquête sur les jeunes Canadiens, l'Institut canadien de la santé infantile indique que de 5 à 10 % des enfants de 2 à 5 ans présentent des symptômes de troubles affectifs ou anxieux, d'hyperactivité ou de distraction et d'agression physique ou indirecte²³². Les enfants de ménages à faible revenu sont plus susceptibles que ceux des ménages à revenu élevé de présenter un trouble affectif ou anxieux²³³. Dans une analyse récente, Strohschein et Gauthier (2018) postulent qu'un style parental favorable pourrait atténuer les effets néfastes de la pauvreté sur la santé mentale des enfants, puisque les problèmes de santé mentale sont moins fréquents chez les enfants dont les parents se montrent très affectueux, apportent un soutien affectif et imposent des règles concernant les comportements acceptables²³⁴.

Incapacités

Les incapacités chez les enfants de moins de 5 ans sont généralement regroupées en quatre catégories : l'ouïe, la vue, le retard de développement ou les troubles chroniques (p. ex. autisme, paralysie cérébrale)²³⁵. Les troubles de l'apprentissage et les autres troubles liés à la communication, à l'agilité et aux fonctions affectives ou psychologiques sont davantage diagnostiqués après l'entrée à l'école et le début des évaluations normalisées. Des données pancanadiennes sur l'ampleur des incapacités chez les jeunes enfants sont essentielles pour déterminer leurs besoins en santé et leurs besoins sociaux et ainsi prendre des mesures pour mieux aider ces enfants²³⁶. Le manque de données à cet égard fait obstacle à la planification de programmes et de politiques qui pourraient aider les enfants et leurs familles à surmonter les défis quotidiens auxquels ils font face. Cette lacune s'explique en partie par le fait qu'il peut être difficile de déceler l'incapacité chez les jeunes enfants²³⁵. Les plus récentes données sur les incapacités au Canada ont été recueillies en 2006; à cette époque, la prévalence des incapacités chez les enfants de moins de 5 ans était de 1,7 %²³⁷. Des données démontrent aussi que, souvent, au moins un des deux parents d'un enfant vivant avec une incapacité ne travaille pas à temps plein et que ces familles ont souvent un faible revenu en raison des demandes supplémentaires auxquelles elles doivent répondre afin de satisfaire les besoins de santé complexes de leur enfant²³⁸.

Chapitre 6 – Développement de l'enfant à son entrée à l'école

À mesure que les jeunes enfants cessent d'être totalement dépendants et peuvent agir et s'exprimer de façon autonome, ils traversent une période intense de développement physique, affectif et cognitif²². Ce à quoi ils sont exposés et les expériences qu'ils vivent à la petite enfance influenceront grandement leur réussite scolaire. La recherche montre que les nourrissons, les tout-petits et les enfants d'âge préscolaire qui sont exposés à des livres, à des idées et aux concepts numériques et qui ont l'occasion de développer leurs aptitudes sociales et affectives en groupe auront plus de chance de s'épanouir en milieu scolaire²³⁹. Le présent chapitre s'intéresse aux indicateurs développementaux relatifs à la préparation à la scolarisation des enfants de 5 ans, notamment l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)²⁴⁰, une mesure pancanadienne qui sert à déterminer la vulnérabilité développementale des enfants de maternelle, et trois autres mesures des aptitudes scolaires. L'IMDPE mesure cette vulnérabilité dans cinq domaines : la santé physique et le bien-être, les compétences sociales, la maturité affective, le développement cognitif et langagier ainsi que les habiletés de communication et les connaissances générales.

Tendances notables et lacunes dans les connaissances

- En moyenne, 27 % des enfants du Canada présentent des vulnérabilités dans au moins un des cinq domaines de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE).
- Les résultats de l'IMDPE et d'autres tests d'aptitudes scolaires montrent que la préparation à la scolarisation à l'âge de 5 ans est liée au revenu : les enfants des quartiers à revenu élevé sont moins vulnérables sur le plan du développement et obtiennent de meilleurs résultats aux tests d'aptitudes scolaires que les enfants des quartiers à faible revenu.

6.1 Instrument de mesure du développement de la petite enfance

L'IMDPE est un questionnaire créé par le Dr Dan Offord et la Dre Magdalena Janus du *Offord Centre for Child Studies* de l'Université McMaster²⁴⁰⁻²⁴². Il compte 103 questions auxquelles doivent répondre les enseignants de maternelle lors de la deuxième moitié de l'année scolaire afin d'évaluer la capacité des enfants de répondre aux attentes dans cinq domaines de développement. La mesure de vulnérabilité est obtenue en combinant les résultats dans ces cinq domaines. Un enfant peut être considéré comme vulnérable dans un ou plusieurs domaines de l'IMDPE. Ces résultats ne sont pas utilisés comme outil diagnostique à l'échelle individuelle, mais sont plutôt agrégés afin de dégager des tendances possibles au sein de la population. Les données de l'IMDPE peuvent tout de même être associées aux dossiers administratif et scolaire de l'enfant, où il sera alors possible de prendre des mesures, le cas échéant.

Domaines du développement mesurés par l'IMDPE

<i>Santé physique et bien-être</i>	Motricité globale et fine (p. ex. tenir un crayon, courir un terrain de jeu, coordination motrice), niveau d'énergie adapté aux activités en classe, capacité de répondre soi-même à ses besoins et aptitudes à la vie quotidienne.
<i>Compétences sociales</i>	Curiosité à découvrir le monde, désir de vivre de nouvelles expériences, connaissance des comportements acceptables en public, capacité de contrôler son comportement, respect convenable à l'égard de l'autorité des adultes, coopération avec les autres, respect des règles et capacité de s'amuser et de travailler avec les autres enfants.
<i>Maturité affective</i>	Capacité de réfléchir avant d'agir, équilibre entre la peur excessive et l'impulsivité extrême, capacité de maîtriser ses émotions en fonction de son âge et empathie à l'égard des sentiments d'autrui.
<i>Développement cognitif et langagier</i>	Réceptivité à la lecture, niveau de lecture, d'écriture et de calcul approprié pour son âge, capacité de comprendre les ressemblances et les différences et capacité de répéter de mémoire des éléments d'information.
<i>Habiletés de communication et connaissances générales</i>	Capacité de l'enfant de communiquer ses désirs et ses besoins de manière socialement acceptable, de faire une utilisation symbolique du langage et de raconter des histoires et connaissances de la vie et du monde qui l'entoure en fonction de son âge.

Résultats de la recherche sur l'IMDPE

La majorité des enfants canadiens réussissent bien dans chacun des cinq domaines de l'IMDPE. En 2014, environ un enfant sur quatre (27 %) était vulnérable dans au moins un domaine avant son entrée en première année²⁴³. En tout, environ 33 % des garçons étaient vulnérables dans au moins un domaine de développement, comparé à 19 % pour les filles alors, surtout dans les domaines des compétences sociales et de la maturité affective. La vulnérabilité développementale est aussi liée au revenu : 35 % des enfants vivant dans un quartier à faible revenu étaient vulnérables dans au moins un domaine de l'IMDPE par rapport à 20 % des enfants vivant dans un quartier à revenu élevé²⁴⁴. Les enfants de quartiers à faible revenu étaient plus vulnérables dans les domaines de la santé physique et du bien-être, du développement cognitif et langagier et des habiletés de communication et des connaissances générales, alors que les enfants de quartiers à revenu élevé étaient plus vulnérables dans le domaine de la maturité affective. Dans l'ensemble, parmi les enfants vulnérables dans au moins un domaine du développement, le degré de vulnérabilité le plus élevé s'observait dans le domaine des habiletés de communication et des connaissances générales, et le degré de vulnérabilité le plus faible, dans le domaine du développement cognitif et langagier.

Ces résultats concordent avec ceux présentés dans le rapport de 2018 de l'ASPC et du Réseau pancanadien de santé publique intitulé « Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national »²⁴⁵. Selon ce rapport, la proportion de jeunes enfants en situation de vulnérabilité développementale était plus du double dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel et

social que dans les quartiers les moins défavorisés. Un gradient socioéconomique évident a été observé : la prévalence de la vulnérabilité augmente à mesure que les niveaux de revenu et d'éducation du quartier diminuent.

6.2 Autres tests d'aptitudes scolaires

Trois tests s'inscrivaient dans le cadre de l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes de 2006-2007 et de l'Enquête sur les jeunes Canadiens, et servaient à mesurer d'autres aspects des aptitudes scolaires chez les enfants de 4 et 5 ans. Ces tests ne mesurent pas le développement de l'enfant en soi, ce sont plutôt des outils utilisés pour évaluer des aspects complémentaires importants à la scolarisation. L'**Échelle de vocabulaire en images Peabody** évalue le vocabulaire compris ou les habiletés verbales d'un enfant. On lui montre des images et il doit dire laquelle correspond au mot prononcé par l'intervieweur. Ce test est un moyen simple et relativement fiable pour évaluer les aptitudes linguistiques, mais n'est pas étroitement lié aux aptitudes scolaires. Le **test « Qui suis-je? »** évalue les capacités de l'enfant de conceptualiser et de reconstruire une figure géométrique ainsi que de comprendre et d'utiliser des chiffres, des lettres et des mots. L'**Évaluation de la connaissance des nombres** mesure la capacité d'un enfant de comprendre et d'utiliser les nombres.

- 1) **Échelle de vocabulaire en images Peabody.** La majorité (environ 86 %) des enfants de 4 et 5 ans a obtenu un score moyen ou avancé à l'Échelle de vocabulaire en images Peabody²⁴⁶.
- 2) **Test « Qui suis-je? ».** La majorité (un peu plus de 81 %) des enfants de 4 et 5 ans a obtenu un score moyen ou avancé au test « Qui suis-je? »²⁴⁷.
- 3) **Évaluation de la connaissance des nombres.** La majorité (près de 84 %) des enfants de 4 et 5 ans a obtenu un score moyen ou avancé à l'Évaluation de la connaissance des nombres²⁴⁸.

En 2010-2011, les enfants vivant en milieu urbain et en milieu rural ont obtenu des résultats relativement égaux à l'Échelle de vocabulaire en images Peabody, à l'Évaluation de la connaissance des nombres et au test « Qui suis-je? »²⁴⁹. Les enfants vivant dans les collectivités à revenu élevé ont obtenu de meilleurs scores moyens à ces trois tests que les enfants vivant dans les collectivités à faible revenu. De plus, les scores moyens à l'Échelle de vocabulaire en images Peabody étaient supérieurs chez les enfants n'appartenant pas à une minorité visible que chez ceux appartenant à une minorité visible. À l'inverse, les enfants appartenant à une minorité visible avaient obtenu des scores moyens plus élevés au test « Qui suis-je? » que les enfants n'appartenant pas à une minorité visible²⁵⁰. Les enfants dont les parents étaient arrivés au Canada dans les dix ans précédant l'enquête ont obtenu des scores moyens plus bas à l'Échelle de vocabulaire en images Peabody et à l'Évaluation de la connaissance des nombres que les enfants qui n'étaient pas de récents immigrants²⁵¹.

7. Politiques et programmes favorisant le développement de la petite enfance

La petite enfance est une période critique au cours de laquelle les politiques et les programmes qui contribuent à des aspects clés du développement de l'enfant peuvent aider à améliorer les perspectives à long terme en matière de santé et de bien-être, renforcer la capacité des enfants d'exceller en milieu scolaire et leur garantir de bons débouchés professionnels et ainsi favoriser leur future stabilité financière. Les tendances présentées dans le présent document sont dans la logique de celles relevées par l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, il y a dix ans, en 2009 : les enfants de familles à faible statut socioéconomique sont plus sujets à une mauvaise santé et leurs besoins essentiels sont moins susceptibles d'être comblés²⁵². Cependant, le parcours développemental d'un enfant n'est pas scellé dès la naissance. Des mesures et des politiques publiques peuvent en effet intervenir pour atténuer les influences négatives sur la santé aux moments critiques de la vie²⁵².

Nous présentons ci-dessous les grandes lignes des interventions et des initiatives qui s'attaquent, à l'échelle de l'individu, de la famille et de la population, à certaines des inégalités en matière de développement de la petite enfance relevées par les données sur la santé et le développement de l'enfant du Profil de l'ICSI et mises en exergue dans le présent document. Cette présentation ne se veut pas exhaustive, elle fournit plutôt des exemples de politiques et de programmes publics axés sur les principaux déterminants sociaux de la santé et qui s'inscrivent dans les priorités actuelles de l'administrateur en chef de la santé publique²⁵³. Dans le rapport, les enfants et les jeunes sont l'une des six populations clés qui se heurtent à des inégalités en matière de résultats en santé.

7.1 Interventions pour les mères de jeunes enfants

Alimentation de la mère et allaitement

L'alimentation de la mère avant et pendant la grossesse peut avoir des répercussions durables sur le développement de l'enfant. Pour que la mère et le fœtus aient des résultats optimaux en santé, un apport nutritionnel suffisant pour répondre aux besoins de croissance et de développement est nécessaire²⁵⁴. Un mauvais état nutritionnel de la mère est lié à des issues de grossesse défavorables (insuffisance de poids à la naissance, naissance prématurée, etc.), alors qu'une alimentation riche est associée à un poids suffisant à la naissance et à des taux supérieurs de survie de la mère et de l'enfant²⁵⁵. L'allaitement est essentiel à l'établissement d'un lien d'attachement entre le parent et l'enfant et a des effets à long terme importants sur le développement psychologique de l'enfant²⁵⁶. L'allaitement stimule le développement du cerveau et constitue le premier vaccin du nourrisson contre les maladies chroniques et potentiellement mortelles; il est également associé plus tard à un Q.I. élevé²⁵⁶. L'Organisation mondiale de la santé recommande l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie et jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus avec une alimentation complémentaire adéquate afin d'assurer un apport nutritionnel, une protection immunologique, une croissance et un développement optimaux chez les nourrissons et les tous-petits²⁵⁷.

Voici des exemples de programmes qui soutiennent l'alimentation de la mère et l'allaitement :

- Le **Programme canadien de nutrition prénatale**, un programme communautaire de l'ASPC offert dans plus de 2 000 collectivités, favorise la santé et le bien-être des femmes enceintes, des nouvelles mères et des nourrissons qui vivent dans des conditions difficiles en offrant des conseils sur l'alimentation, des vitamines prénatales, de la nourriture et des coupons alimentaires, des conseils sur la santé et le mode de vie, de l'éducation en matière d'allaitement, de l'éducation sur le soin des nourrissons et le développement de l'enfant et de l'aiguillage vers d'autres services²⁵⁸.
- L'**Initiative des amis des bébés** assure la continuité des soins entre l'hôpital et les services communautaires selon dix conditions fondées sur des données probantes et favorise ainsi de façon optimale l'allaitement chez les nouvelles mères²⁵⁹.

Santé mentale de la mère

Les troubles de santé mentale chez la mère, comme la dépression et l'anxiété, peuvent avoir des conséquences négatives sur le développement de l'enfant, car ils peuvent nuire à la capacité de la mère d'allaiter, à la solidité du lien mère-enfant et à la capacité des parents de créer un milieu familial enrichissant^{133,260}. Notons toutefois que les troubles mentaux qui surgissent pendant la période périnatale et dans les années suivant la naissance d'un enfant peuvent être traités. Les interventions qui visent à améliorer la santé mentale de la mère et les compétences parentales peuvent favoriser la croissance et le développement sains des enfants.

Voici des exemples de services de santé mentale que peuvent obtenir les nouvelles mères :

- **Démarches thérapeutiques/de consultation psychologique** qui contribuent au bien-être psychologique des nouvelles mères (p. ex. thérapie cognitivo-comportementale²⁶¹ et thérapie interpersonnelle^{262,263});
- **Traitements médicamenteux** comme les antidépresseurs et les anxiolytiques;
- **Interventions communautaires** axées sur l'établissement de relations et l'amélioration des compétences parentales et de l'estime de soi comme la participation à des groupes de soutien pour parents²⁶⁴.

À l'issue de processus d'examen et de consultation de grande envergure, des organismes nationaux comme l'Association canadienne pour la santé mentale et la Commission de la santé mentale du Canada ont souligné l'urgence des problèmes de santé mentale et ont formulé des recommandations sur les mesures à prendre pour améliorer la santé mentale de la population canadienne²⁶⁵⁻²⁶⁷. Les cadres et stratégies qui découlent de ce travail sont de portée générale et visent à améliorer l'impulsion des initiatives en santé mentale, à garantir l'accès aux services en santé mentale et à favoriser la recherche et la collecte des données. Ces organismes offrent également des services aux personnes atteintes de maladies mentales en facilitant l'accès aux services de santé mentale, et en les mettant en contact avec les ressources et les services d'aide offerts dans leur collectivité.

7.2 Interventions pour les familles

Aide financière

Divers facteurs influent sur la situation socioéconomique et le degré de sécurité financière des familles canadiennes dans la société actuelle. Par exemple, les familles monoparentales peuvent avoir de la difficulté à assurer leur bien-être et celui de leurs enfants parce qu'elles ont, en moyenne, un revenu plus bas, moins de ressources matérielles et moins de possibilités d'emploi que les familles biparentales²⁶⁸. Les familles où au moins un des deux parents a un faible niveau de scolarité et occupe un emploi précaire ou inadéquat risquent d'avoir peu de ressources financières et peu de possibilités d'améliorer leur situation professionnelle. La diversité des politiques et des programmes qui visent à soutenir les familles canadiennes est révélatrice de la répartition des facteurs socioéconomiques et sociaux, puisqu'ils s'adressent souvent à différents groupes grâce à divers programmes et services. Les politiques et les programmes ayant pour but d'améliorer la sécurité financière des familles à faible revenu peuvent aider les parents à assumer le coût de l'éducation des enfants, réduire le stress et les conflits familiaux et favoriser le bien-être de tous les membres de la famille²⁶⁹.

Voici des exemples d'aide financière pour les parents de jeunes enfants :

- les prestations de maternité de l'assurance-emploi, offertes aux mères biologiques et aux mères porteuses, et les prestations parentales de l'assurance-emploi, offertes aux parents qui s'occupent d'un nouveau-né ou d'un enfant nouvellement adopté²⁷⁰;
- les prestations pour enfants, y compris l'Allocation canadienne pour enfants, une prestation mensuelle non imposable versée aux familles admissibles pour financer le coût de l'éducation des enfants de moins de 18 ans, et la Prestation pour enfants handicapés, une prestation non imposable versée aux familles ayant un enfant de moins de 18 ans ayant une déficience grave et prolongée des fonctions physiques ou mentales²⁷¹;
- les crédits d'impôt comme le crédit pour la TPS/TVH, qui est automatiquement calculé lorsque les parents produisent leur déclaration de revenus et de prestations;
- d'autres prestations, suppléments de revenu et programmes de transfert de fonds, comme les prestations provinciales pour enfants offertes aux familles à faible revenu en Ontario²⁷², en Nouvelle-Écosse²⁷³ et au Manitoba²⁷⁴⁻²⁷⁶, par exemple;
- les organismes pour le développement social, comme Centraide et les conseils régionaux de planification sociale, qui visent à bâtir et à consolider les collectivités par divers moyens, notamment en œuvrant pour minimiser les répercussions de la pauvreté et de la sécurité du revenu sur les familles et en aidant les parents à acquérir des compétences et à trouver un emploi.

Soutien aux parents

Les programmes de soutien aux parents se définissent au sens large comme des programmes qui améliorent l'efficacité des pratiques parentales en orientant les parents vers une philosophie parentale claire et en les aidant à acquérir des compétences et des stratégies favorables^{277,278}. Les programmes communautaires jumellent les parents aux ressources éducatives et matérielles qui favoriseront la santé et le développement social de leurs enfants, leur donnent accès à des groupes de pairs et à des réseaux de soutien locaux qui briseront leur isolement et les dirigent vers d'autres organismes et services qui les aideront à résoudre leurs problèmes de santé et de mode de vie^{279,280}.

Voici des exemples de programmes de soutien pour les parents de jeunes enfants :

- Des programmes de visites à domicile comme le partenariat *Nurse Family/Infirmière-famille*, un programme pour les nouvelles mères qui a fait l'objet d'une vaste évaluation aux États-Unis et actuellement adapté au contexte canadien²⁸¹, et le programme de visites à domicile *Les familles d'abord*, offert au Manitoba, qui s'est révélé efficace pour améliorer les compétences parentales et réduire les cas de mauvais traitements envers les enfants grâce à une stratégie familiale axée sur les forces, particulièrement chez les familles qui vivent déjà des difficultés relatives aux pratiques parentales^{282,283}.
- Les mesures de soutien aux parents, comme le programme Triple P – Programme de pratiques parentales positives²⁷⁸, donnent confiance aux parents dans leurs compétences parentales, modifient le comportement de l'enfant et aident les familles à trouver des façons de composer avec le stress en développant leur résilience et leur débrouillardise.
- Le programme *Y'a personne de parfait* de l'ASPC²⁸⁴ est un programme communautaire offert par des animateurs et conçu pour répondre aux besoins des parents qui sont jeunes, célibataires, isolés sur le plan social ou géographique ou encore qui ont un faible revenu ou un faible niveau de scolarité. Le programme favorise un style parental favorable, renseigne le parent sur la santé, la sécurité et le comportement de l'enfant, et améliore l'estime de soi et les capacités d'adaptation des parents.
- Le Programme d'action communautaire pour les enfants²⁸⁵ est un autre programme de l'ASPC qui offre des services d'intervention et de prévention complets et adaptés à la culture qui favorisent la santé et le développement social des enfants et des familles et permettent de cibler plus facilement les collectivités à risque et leurs besoins. Entre autres activités offertes dans le cadre de ces programmes, nommons le soutien parental et les capacités d'adaptation, les haltes-garderies pour les parents et les enfants, les services de proximité et les visites à domicile ainsi que le développement de la littératie.
- Partout au pays, des organismes communautaires ou religieux offrent des programmes à l'intention de divers groupes ethniques et culturels afin de renforcer les capacités parentales et familiales.

7.3 Stratégies de lutte contre les inégalités en matière de développement de la petite enfance

Services de garde et d'éducation préscolaire

Une stratégie nationale de garde d'enfants est un moyen important de lutter contre les inégalités en matière de développement de la petite enfance. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants ont coopéré à la création d'un cadre pour des services de garde et d'éducation préscolaire de grande qualité axés sur l'accessibilité, le coût abordable et l'inclusion²⁸⁶. Le cadre indique que les ministres :

« [...] conviennent que la poursuite du développement de systèmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants est l'un des meilleurs investissements que peuvent faire les gouvernements pour renforcer le tissu social et économique de notre pays ».

Les investissements consentis dans le cadre de cette stratégie visent à compenser la hausse des frais de garde d'enfants au Canada¹⁶⁸, en particulier pour les familles qui « en ont davantage besoin », soit les familles à faible revenu, les familles autochtones, les familles monoparentales, les familles

dans les collectivités mal desservies, les familles dont les parents travaillent à des heures inhabituelles et les familles avec enfants ayant des incapacités diverses. L'objectif central de cette initiative est d'améliorer les systèmes d'éducation et de garde des jeunes enfants en tenant compte des priorités locales et régionales en matière de renforcement des capacités à long terme. Les services de garde et d'éducation préscolaire sont par ailleurs des cadres où la détection et l'intervention rapides à l'égard des écarts peuvent être particulièrement efficaces. S'attaquer aux problèmes dans les premières années de vie de l'enfant peut réduire les dépenses dans de nombreux domaines plus tard. Les analyses coûts-avantages estiment en effet que chaque dollar consacré à l'éducation préscolaire représente une retombée financière future pouvant être sept fois plus élevée²⁸⁷.

Revenu

La Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté « Une chance pour tous » a engagé de nouveaux investissements totalisant 22 milliards de dollars qui contribueront au bien-être social et économique de la population canadienne²⁸⁸. Cette stratégie établit aussi une mesure officielle de la pauvreté, une première dans l'histoire canadienne, et a fixé des cibles précises pour réduire la pauvreté, l'itinérance chronique et les besoins impérieux de logement. Le Conseil consultatif national sur la pauvreté encadre ces investissements, dialogue avec des Canadiens et des Canadiennes ayant directement vécu de la pauvreté et observe les indicateurs de pauvreté et en fait rapport pour suivre les progrès accomplis. Voici quelques exemples d'investissements consentis pour le développement de la petite enfance :

- L'Allocation canadienne pour enfants, qui aide à couvrir les frais d'éducation des enfants;
- L'Allocation canadienne pour travailleurs (en remplacement de la Prestation fiscale pour le revenu de travail) qui, dès 2019, augmentera le revenu individuel des travailleurs à faible revenu et des parents qui travaillent.

Logement et itinérance

L'accès à un logement de qualité convenable pour toutes les familles canadiennes est une autre stratégie importante au développement de l'enfant. La Stratégie nationale sur le logement du Canada, lancée en 2017, vise à réduire l'itinérance chronique et à répondre aux besoins impérieux de logement des familles afin de créer des collectivités viables et prospères²⁸⁹. La Stratégie prévoit :

- une allocation de logement pour les familles et les personnes admissibles qui vivent dans un logement social ou qui sont logées sur le marché privé, mais qui ont de la difficulté à joindre les deux bouts;
- du financement pour les interventions communautaires et les stratégies préventives de lutte contre l'itinérance;
- une priorité accordée à la collecte de données pour combler les lacunes en matière de données relatives aux besoins de logement des populations vulnérables (personnes âgées, réfugiés et personnes LGBTQ2) et pour favoriser la recherche interventionnelle novatrice dans le domaine du logement.

La Stratégie mettra d'abord l'accent sur les Canadiens vulnérables : les femmes et les enfants fuyant la violence familiale, les personnes âgées, les Autochtones, les personnes handicapées et les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Elle s'alignera sur d'autres

initiatives visant à créer plus d'emplois, à améliorer l'accès aux soins de santé et à l'éducation et à prévenir la violence contre les femmes.

Conclusions

La petite enfance est une période de croissance et de développement rapides, et le milieu physique et social dans lequel l'enfant vit pendant ces années cruciales a une influence profonde sur sa santé et son développement. Les enfants qui bénéficient d'un accès à un logement de qualité convenable, d'un revenu familial adéquat, d'un style parental favorable, d'une collectivité et d'un quartier propices, d'une alimentation saine, de nombreuses possibilités de jeu, de la proximité des services de garde et d'éducation préscolaire de qualité et d'un bon accès aux services de santé ; sont généralement en meilleure santé et mieux outillés pour les défis auxquels ils seront confrontés en grandissant.

Le Profil actualisé sur la santé des enfants et des jeunes du Canada de l'ICSI a permis de regrouper et d'évaluer ce que nous savons sur les déterminants de la santé et du bien-être des jeunes enfants et de leur famille. Le présent document résume et examine ces constatations dans le contexte de la littérature publiée et grise sur le développement de la petite enfance. Cette synthèse dégage une tendance frappante, c'est-à-dire le fort gradient des déterminants sociaux de la santé par rapport aux résultats importants pour le développement de la petite enfance. Le gradient social est illustré dans le tableau sommaire ci-dessous, où nous avons regroupé les données du Profil de l'ICSI sur les trois déterminants sociaux de la santé les plus étudiés (revenu, scolarité des parents et géographie urbaine/rurale) pour montrer comment ils influent sur les résultats du développement de la petite enfance. Nos constatations concordent avec un grand nombre d'études qui indiquent que les déterminants sociaux en général – et le revenu du ménage en particulier – sont les principaux déterminants du bon ou du mauvais développement des enfants dès la période prénatale. Cependant, si de nombreux déterminants sociaux – entre autres le niveau de scolarité des parents, le lieu de résidence (urbain ou rural) et la qualité du logement – sont très certainement importants pour le bon développement des enfants, aucun ne semble avoir, sur le plan individuel, une incidence aussi généralisée et considérable que le revenu du ménage. Les inégalités de revenu entre les familles canadiennes continuent de contribuer aux inégalités de développement entre les enfants des ménages à revenu élevé et ceux des ménages à faible revenu.

Comment éliminer les disparités dans le développement des enfants? La présente synthèse met en exergue le fait que bon nombre de moyens pouvant améliorer la santé et le bien-être des enfants canadiens sont externes au système de santé. La petite enfance peut être améliorée grâce à des investissements sociaux dans des secteurs comme l'éducation, la garde des enfants, l'alimentation, les loisirs et d'autres secteurs non traditionnels. En raison de la nature multidimensionnelle des déterminants sociaux de la santé, il est difficile pour un seul ministère ou organisme d'atténuer les inégalités entre les familles canadiennes. Or, les données probantes révèlent que des mesures intersectorielles sont de rigueur pour mieux s'attaquer aux obstacles auxquels font face les familles vivant dans des conditions difficiles²⁹⁰. Divers facteurs, cernés par le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé dans un rapport s'intéressant à la mise en œuvre d'initiatives multisectorielles sur le développement de la petite enfance, peuvent faciliter cette prise de mesures intersectorielles : avoir une vision stimulante et un mandat clair; maintenir un grand leadership au sein de la collectivité, particulièrement dans les secteurs non traditionnels; et bâtir des relations solides à tous les niveaux et dans tous les secteurs²⁹¹.

Perspectives d'avenir

Administrations canadiennes, organismes provinciaux et territoriaux et groupes communautaires du pays entier, tous ont contribué à des politiques et des programmes pour aider les familles à surmonter les inégalités en matière de santé par l'intermédiaire des déterminants sociaux de la santé. Dans le présent document, nous avons fait ressortir plusieurs stratégies nationales qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé, comme les initiatives visant à fournir des logements abordables, à augmenter le revenu des familles ayant de jeunes enfants et à accroître la disponibilité des services de garde et d'éducation préscolaire de grande qualité. Des programmes à l'intention des familles à faible revenu, des familles monoparentales et d'autres populations vulnérables sont également en place à l'échelle provinciale, régionale et locale pour protéger et aider les jeunes enfants et les familles dans le besoin. Un investissement intergouvernemental stable et à long terme dans divers programmes et politiques fondés sur des données probantes peut aider à atténuer les inégalités sociales et économiques entre les familles canadiennes. Lorsque des programmes ayant démontré leur efficacité à améliorer la santé et les résultats sociaux peuvent être appliqués à plus grande échelle, il convient de les examiner en vue de les mettre en œuvre.

Par ailleurs, améliorer le développement de la petite enfance exige une gouvernance plus ferme. Par exemple, les gouvernements provinciaux et territoriaux bénéficieraient d'un comité interministériel axé sur les interventions et les résultats pour les jeunes enfants. Au Manitoba, ce modèle a porté ses fruits sous la forme d'*Enfants en Santé* Manitoba, une stratégie interministérielle en action depuis de nombreuses années, qui fait passer les enfants et les familles en premier et sollicite la contribution de partenaires communautaires et de chercheurs pour mettre sur pied des programmes fondés sur des preuves. De telles stratégies peuvent favoriser de nouveaux partenariats entre les gouvernements et les centres de recherche, à l'instar de celui entre *Enfants en Santé du Manitoba* et le *Centre de Politique de la Santé du Manitoba*, et faire progresser les politiques de santé en fondant les décisions sur des données scientifiques. Le Partenariat pour l'apprentissage de la petite enfance de l'Université de la Colombie-Britannique et le Centre d'études sur l'enfant Offord de l'Université McMaster sont d'autres exemples de partenariats entre des chercheurs en développement de la petite enfance, des décideurs et des organismes communautaires.

La synthèse des indicateurs du développement de la petite enfance dans le Profil de l'ICSI est le résultat du travail de nombreux experts dans ce domaine. Maintenir et développer le Profil contribueraient aux efforts futurs de recherche, de surveillance et d'exploration pour permettre au Canada de progresser dans l'atténuation des inégalités en santé chez les enfants. De plus, évaluer les interventions contre les inégalités sociales et les inégalités en santé, cela en accordant une attention particulière aux efforts pour réduire les obstacles structurels et systémiques, générerait de précieuses données probantes concernant les secteurs où le financement aurait les plus grandes retombées. Plusieurs domaines présentent manquant d'informations complètes et à jour sur le bien-être des enfants, notamment en ce qui concerne les enfants pris en charge et les enfants handicapés. Une collecte de données uniforme et systématique et la communication régulière des résultats sont essentielles à la création d'une base de données solide.

Nous reconnaissons tous que les enfants ont besoin d'un réseau de soutien, ce qui inclut leurs parents, leurs familles et la collectivité dans son ensemble, mais aussi l'environnement sociopolitique dans lequel ils vivent. Les enfants profitent le plus lorsque les gouvernements adoptent des politiques favorables aux enfants et à la famille qui prévoient des prestations parentales, des horaires de travail flexibles, des programmes de garde et d'éducation préscolaire de qualité et un revenu adéquat pour tous.

Répercussions des déterminants sociaux de la santé sur le développement de la petite enfance

Résultat en matière de développement de la petite enfance	Déterminants sociaux de la santé		
	Revenu	Niveau de scolarité des parents	Géographie
<i>Participation au marché du travail</i>			
La mère a participé au marché du travail avant/pendant la grossesse et a reçu des prestations de maternité après l'accouchement	↑	↑	
<i>Santé de la mère</i>			
La mère a pris un supplément d'acide folique avant et pendant la grossesse	↑	↑	
Les soins prénataux ont été obtenus tardivement (après le premier trimestre)	↓	↓	
La mère a reçu l'appel d'un professionnel de la santé après l'accouchement	Aucune différence	Aucune différence	
La mère a affirmé présenter des symptômes de troubles mentaux post-partum	↓	↓	
La mère allaitait six mois après l'accouchement	↑	↑	
<i>Contexte familial et quartier</i>			
Bonnes relations parent-enfant et bon fonctionnement familial	↑		Aucune différence
Présence d'espaces verts dans le quartier	↑		
L'enfant participe à des sports structurés	↑		Aucune différence
L'enfant fait de la musique, de l'art ou participe à d'autres activités non sportives	↑		Urbaine
<i>Santé et services de santé</i>			
Asthme			Urbaine
Mortalité infantile	↓		
L'enfant obtient la quantité d'activité physique recommandée		Aucune différence	
L'enfant présente des symptômes de maladie mentale	↓		
L'enfant a un surpoids ou est obèse	↓	↓	Rurale
<i>Santé développementale</i>			
L'enfant est vulnérable dans au moins un domaine du développement à son entrée à l'école	↓		

En ce qui concerne le revenu et le niveau de scolarité des parents, (↑) indique que le résultat est plus probable à mesure que le déterminant social de la santé augmente, et (↓) indique que le résultat est plus probable à mesure que le déterminant diminue. La géographie est présentée comme un déterminant dichotomique (résultat plus probable en milieu urbain ou rural).

Les données sont tirées du Profil de l'ICSI de 2018 sur la santé des enfants et des jeunes du Canada. Les cases vides indiquent qu'il n'y avait pas de données sur ce déterminant dans le Profil.

Forces et faiblesses de la source de données

Les données sur lesquelles se fonde le présent document de discussion sont tirées du Profil sur la santé des enfants et des jeunes du Canada de l'ICSI. Le Profil fournit une évaluation exhaustive de la santé et du bien-être des jeunes Canadiens dans un format facile à lire et est publié en ligne, ce qui le rend interactif et accessible à de nombreux publics. L'accessibilité des données du Profil concorde avec les conclusions d'un rapport produit par le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, qui a examiné les moyens d'améliorer le développement sain des enfants par le renforcement des capacités²⁹². Plus précisément, le rapport indiquait la nécessité de rendre les données multisectorielles accessibles au plus grand nombre possible, ce qu'accomplit le Profil de l'ICSI.

Malgré ces points positifs, l'utilisation du Profil de l'ICSI pour examiner le développement de la petite enfance comporte certaines limites. Les indicateurs de la santé et du développement de l'enfant choisis pour le Profil l'ont été en fonction des intérêts particuliers et de l'expertise des membres de divers comités, qui, par inadvertance, peuvent avoir accordé une importance trop grande à certains domaines de la santé et du bien-être par rapport à d'autres. Le Profil est une agrégation secondaire de données tirées de diverses sources, il est donc limité par la disponibilité des données actuelles provenant de ces sources primaires. De plus, le fait que le Profil soit un catalogue d'indicateurs de la santé des enfants ne permet pas de classer ou de comparer les indicateurs les plus importants pour le développement de la petite enfance.

Références

1. Government of Canada. *A Canada Fit for Children. Canada's Follow-up to the United Nations General Assembly Special Session on Children*. Ottawa, ON; 2004.
http://www.canadiancrc.com/PDFs/Canadas_Plan_Action_April2004-EN.pdf.
2. Statistics Canada. Census Profile. 2016 Census. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>. Published 2016. Accessed November 7, 2017.
3. Canadian Institute of Child Health. Crude birth rate by province and territory. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile.
<https://cichprofile.ca/module/8/section/1/page/crude-birth-rate-live-births-per-1000-population-by-province-and-territory-canada-2013>. Published 2018. Accessed March 22, 2018.
4. Canadian Institute of Child Health. Fertility rates by province and territory. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile.
<https://cichprofile.ca/module/8/section/1/page/total-fertility-rates-per-1000-women-by-province-and-territory-2013>. Published 2018. Accessed May 19, 2018.
5. Canadian Institute of Child Health. Age-specific fertility rates. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/1/page/age-specific-fertility-rates-canada-2003-to-2013>. Published 2018. Accessed May 19, 2018.
6. Canadian Institute of Child Health. Mean age of mothers at time of birth. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile.
<https://cichprofile.ca/module/8/section/1/page/mean-age-of-mothers-at-time-of-birth-live-births-canada-2003-to-2013>. Published 2018. Accessed May 10, 2018.
7. Carolan M, Frankowska D. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: a review of the evidence. *Midwifery*. 2011;27(6):793-801.
8. Heffner LJ. Advanced maternal age--how old is too old? *N Engl J Med*. 2004;351(19):1927-1929.
9. Salem Yaniv S, Levy A, Wiznitzer A, Holcberg G, Mazor M, Sheiner E. A significant linear association exists between advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Arch Gynecol Obs*. 2011;283(4):755-759.
10. Sauer MV. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. *Fertil Steril*. 2015;103(5):1136-1143.
11. Gregory E. *Ready: Why Women Are Embracing the New Later Motherhood*. Basic Books; 2012.
12. Hansen K, Hawkes D. Early childcare and child development. *J Soc Policy*. 2009;38:211-239.
13. Merrill N, Fivush R. Intergenerational narratives and identity across development. *Dev Rev*. 2016;40:72-92.
14. Berryman J, Thorpe K, Windridge K. *Older Mothers: Conception, Pregnancy and Birth after 35*. London, UK; 1995.
15. Bornstein M, Putnick D, Suwalsky J, Gini M. Maternal chronological age, prenatal and perinatal history, social support, and parenting of infants. *Child Dev*. 2006;77:875-892.

16. Mills M, Rindfuss R, McDonald P, te Velde E, Force ER and ST. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Hum Reprod Updat.* 2011;17(6):848-860.
17. Neels K, Murphy M, Bhrolcháin M, Beaujouan E. Rising Educational Participation and the Trend to Later Childbearing. *Pop Dev Rev.* 2017;43(4):667-693.
18. Herr J. Measuring the effect of the timing of first birth on wages. *J Pop Econ.* 2016;29(1):39-72.
19. Buckles K. Understanding the returns to delayed childbearing for working women. *Am Econ Rev.* 2008;98(2):403-407.
20. Phipps S, Burton P, Lethbridge L. In and out of the Labour Market: Long-Term Income Consequences of Child-Related Interruptions to Women's Paid Work. *Can J Econ.* 2001;34:411-429.
21. Marmot M. Commission on social determinants of health: Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. *Lancet.* 2007;370(9593):1153-1163.
22. Maggi S, Irwin LJ, Siddiqi A, Hertzman C. The social determinants of early child development: an overview. *J Paediatr Child Heal.* 2010;46(11):627-635.
23. Canadian Institute of Child Health. Live births by age of mother. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/1/page/percentage-of-all-live-births-by-age-of-mother-canada-2003-2013>. Published 2018. Accessed March 22, 2018.
24. Pinzon J, Jones V, Committee on Adolescence, Committee on Early Childhood. Care of adolescent parents and their children. *Pediatrics.* 2012;130(6):e1743-56.
25. Ruedinger E, Cox J. Adolescent childbearing: Consequences and interventions. *Curr Opin Pediatr.* 2012;24(4):446-452.
26. Klein J, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy: Current trends and issues. *Pediatrics.* 2005;116(1):281-286.
27. Hodgkinson S, Beers L, Southammakosame C, Lewin A. Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics.* 2014;133(1):114-122.
28. Thompson G, Madifan S, Wentzel K, Dineley B, Lorber S, Shouldice M. Demographic characteristics and needs of the Canadian urban adolescent mother and her child. *Paediatr Child Heal.* 2015;20(2):72-76.
29. Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: An integrative review of the literature. *J Pediatr Heal Care.* 2007;21(5):289-298.
30. Cavazos-Rehg P, Krauss M, Spitznagel E, Schootman M, Cottler L, Bierut L. Associations between multiple pregnancies and health risk behaviors among U.S. adolescents. *J Adolesc Heal.* 2010;47(6):600-603.
31. Shaw M, Lawlor D, Najman J. Teenage children of teenage mothers: Psychological, behavioural and health outcomes from an Australian prospective longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2006;62(10):2526-2539.
32. Brown J, Harris S, Woods E, Buman M, Cox J. Longitudinal study of depressive symptoms and social support in adolescent mothers. *Matern Child Heal J.* 2012;16(4):894-901.

33. Black A, Fleming N, Rose E. Pregnancy in adolescents. *Adolesc Med State Art Rev.* 2012;23(1):123-138.
34. Oxford M, Spieker S. Preschool language development among children of adolescent mothers. *J Appl Dev Psychol.* 2006;27(2):165-182.
35. Morinis J, Carson C, Quigley M. Effect of teenage motherhood on cognitive outcomes in children: A population-based cohort study. *Arch Dis Child.* 2013;98(12):959-964.
36. Rafferty Y, Griffin K, Lodise M. Adolescent motherhood and developmental outcomes of children in early head start: The influence of maternal parenting behaviors, well-being, and risk factors within the family setting. *Am J Orthopsychiatry.* 2011;81(2):228-245.
37. Statistics Canada. Annual population estimates by age and sex. Table 17-10-0005-01. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1710000501>. Published 2016. Accessed March 23, 2018.
38. Canadian Institute of Child Health. Children age 0 to 5 as a proportion of the total population. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/1/page/children-0-to-5-as-a-proportion-of-the-total-population-by-province-and-territory-2016>. Published 2018. Accessed March 23, 2018.
39. Statistics Canada. Canadian demographics at a glance. Second edition. Catalogue no. 91-003-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-003-x/91-003-x2014001-eng.pdf?contentType=application%2Fpdf>. Published 2016. Accessed May 19, 2018.
40. Sidney M. Settling in: A comparison of local immigrant organizations in the United States and Canada. *Int J Can Stud.* 2014;49:105-133.
41. Government of Canada. Immigration, Refugees and Citizenship Canada. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/mandate/acts-regulations.html>. Published 2019. Accessed April 5, 2019.
42. Beiser M. The Health of Immigrants and Refugees in Canada. *Can J Public Heal.* 2005;96(2):S30-S44.
43. Caring for Kids New to Canada. Adaptation and Acculturation. Canadian Paediatric Society. <http://www.kidsnewtocanada.ca/culture/adaptation#resilience>. Published 2019. Accessed January 2, 2019.
44. Kaushik V, Drolet J. Settlement and integration needs of skilled immigrants in Canada. *Soc Sci.* 2018;7(5):76.
45. Durbin A, Moineddin R, Lin E, Steele LS, Glazier RH. Examining the relationship between neighbourhood deprivation and mental health service use of immigrants in Ontario, Canada: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2015;5(3):e006690. doi:10.1136/bmjopen-2014-006690
46. Gushulak BD, Pottie K, Hatcher Roberts J, Torres S, DesMeules M. Migration and health in Canada: health in the global village. *CMAJ.* 2011;183(12):E952-8. doi:10.1503/cmaj.090287
47. Oda A, Tuck A, Agic B, Hynie M, Roche B, McKenzie K. Health care needs and use of health care services among newly arrived Syrian refugees: a cross-sectional study. *C open.* 2017;5(2):E354-E358. doi:10.9778/cmajo.20160170
48. Canadian Institute of Child Health. Canadian families with children aged 0 to 4. The Health of

- Canada's Children and Youth: A CICH Profile.
<https://cichprofile.ca/module/8/section/1/page/percentage-of-canadian-families-who-have-children-aged-0-to-4-by-province-and-territory-2011>. Published 2018. Accessed May 24, 2018.
49. Canadian Institute of Child Health. Distribution of Canadian families with children aged 0 to 4 by family type. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile.
<https://cichprofile.ca/module/8/section/1/page/distribution-of-canadian-families-with-children-aged-0-to-4-by-family-type-canada-2011>. Published 2018. Accessed May 28, 2018.
 50. Canadian Institute of Child Health. Distribution of children under age 19 of separated or divorced parents. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile.
<https://cichprofile.ca/module/8/section/1/page/distribution-of-children-under-19-years-of-separated-or-divorced-parents-by-primary-residence>. Published 2018. Accessed May 28, 2018.
 51. Stewart K. *Employment Trajectories for Mothers in Low-Skill Work: Evidence from the British Lone Parent Cohort*. London, UK; 2007.
 52. Brennenstuhl S. Health of mothers of young children in Canada: identifying dimensions of inequality based on socio-economic position, partnership status, race, and region. *Can J Public Heal*. 2018;109(1):27-34.
 53. Engle, PL, Black M. The Effect of Poverty on Child Development and Educational Outcomes. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1136:243-256.
 54. Carlson M, Corcoran M. Family structure and children's behavioral and cognitive outcomes. *J Marr Fam*. 2001;63(3):779-792.
 55. World Health Organization. Case studies on social determinants. World Conference on Social Determinants of Health. http://www.who.int/sdhconference/resources/case_studies/en. Published 2014.
 56. Siddiqi A, Kawachi I, Berkman L, Subramanian S, Hertzman C. Variation of socioeconomic gradients in children's developmental health across advanced capitalist societies: analysis of 25 OECD nations. *Int J Heal Serv*. 2007;37(1):63-87.
 57. Elo I. Social class differentials in health and mortality. Patterns and explanations in comparative perspective. *Ann Rev Soc*. 2009;35:535-572.
 58. Canadian Institute of Child Health. Median after-tax income among couples with children. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile.
<https://cichprofile.ca/module/8/section/2/page/median-after-tax-income-2014-constant-dollars-among-couples-with-children-by-province>. Published 2018. Accessed May 26, 2018.
 59. Statistics Canada. Children living in low-income households. Census in Brief.
<http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016012/98-200-x2016012-eng.cfm?wbdisable=true>. Published 2017. Accessed May 26, 2018.
 60. Phipps S, Lethbridge L. Income and the Outcomes of Children. Analytical Studies Branch Research Paper Series.
<http://publications.gc.ca/Collection/Statcan/11F0019MIE/11F0019MIE2006281.pdf>. Published 2006. Accessed May 26, 2018.
 61. Akee R, Copeland W, Keeler G, Angold A, Costello E. Parents' incomes and children's

- outcomes: A quasi-experiment. *Am Econ J Appl Econ*. 2010;2(1):86-115.
62. Anderson Moore K, Redd Z, Burkhauser M, Mbwana K, Collins A. *Children in Poverty: Trends, Consequences and Policy Options. Child Trends Research Brief*; 2009. <https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/11/2009-11ChildreninPoverty.pdf>. Accessed April 17, 2018.
 63. Campaign 2000. *2016 Report Card on Child and Family Poverty in Canada*. Toronto, ON; 2016. <http://campaign2000.ca/wp-content/uploads/2016/11/Campaign2000NationalReportCard2016Eng.pdf>. Accessed April 17, 2018.
 64. Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, van Dam R, Subramanian S, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self-rated health: meta-analysis of multilevel studies. *Br Med J*. 2009;339:b4471.
 65. Rözer J, Volker B. Does income inequality have lasting effects on health and trust? *Soc Sci Med*. 2016;149:37-45.
 66. Pickett K, Wilkinson R. Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. *Br Med J*. 2007;335:1080.
 67. Wilkinson R, Pickett K. *The Spirit Level: Why Equality Is Better for Everyone*. Toronto, ON: Penguin Books; 2010.
 68. Shimmin C, Millar J. Why Economic Inequality Matters to the Health and Well-Being of All Canadians. Evidence Network. <https://evidencenetwork.ca/why-economic-inequality-matters-to-the-health-and-well-being-of-all-canadians/>. Published 2019. Accessed April 5, 2019.
 69. International Labour Organization. *Key Indicators of the Labour Market: 2001-2002*. Geneva; 2002.
 70. OECD. Growing Unequal: Income Distribution and Poverty in OECD Nations. <http://www.oecd.org/els/soc/growingunequalincomedistributionandpovertyinoecdcountries.htm>. Published 2008. Accessed April 17, 2018.
 71. Canadian Institute of Child Health. Income inequality in OECD countries. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/2/page/income-inequality-oecd-countries-mid-2000s>. Published 2018. Accessed May 26, 2018.
 72. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization; 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.
 73. Carneiro P, Meghir C, Porey M. Maternal education, home environments, and the development of children and adolescents. *J Eur Econ Assoc*. 2013;11(s1):123-160.
 74. Duncan G, Brooks-Gunn J. Family poverty, welfare reform, and child development. *Child Dev*. 2000;71:188-196.
 75. Canadian Institute of Child Health. Proportion of children under age 6 whose parents worked or studied. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile.

- <https://cichprofile.ca/module/8/section/2/page/proportion-of-children-under-6-whose-parents-workedstudied-by-family-type>. Published 2018. Accessed May 26, 2018.
76. Canadian Institute of Child Health. Proportion of children under age 6 living with parents with a college or university degree by urban/rural status. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/2/page/proportion-of-children-under-6-living-with-mothers-and-fathers-by-highest-level-of-education>. Published 2018. Accessed May 29, 2018.
 77. Dollaghan C, Campbell T, Paradise J, et al. Maternal education and measures of early speech and language. *J Speech, Lang Hear Res.* 1999;42:1432-1433.
 78. Locke A, Ginsborg J, Peers I. Development and disadvantage: Implications for the early years and beyond. *Int J Lang Commun Disord.* 2002;37:3-15.
 79. Burchinal M, Peisner-Feinberg E, Pianta R, Howes C. Development of academic skills from preschool through second grade: Family and classroom predictors of developmental trajectories. *J Sch Psychol.* 2002;40(5):415-436.
 80. Di Cesare M, Lewin K. A double prevention: How maternal education can affect maternal mental health, child health and child cognitive development. *Longit Life Course Stud.* 2013;4(3):166-179.
 81. Petterson S, Albers A. Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child Dev.* 2001;72:1794-1813.
 82. Woessmann L. The importance of school systems: evidence from international differences in student achievement. *J Econ Persp.* 2016;30(3):3-32.
 83. Monaghan D. Does College Enrollment and Bachelor's Completion by Mothers Impact Children's Educational Outcomes? *Soc Educ.* 2016;90(1):3-24.
 84. Harding J. Increases in maternal education and low-income children's cognitive and behavioral outcomes. *Dev Psychol.* 2015;51(5):583-599.
 85. Canadian Institute of Child Health. Labour force participation rate among women whose youngest child is under age 6. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/2/page/labour-force-participation-rate-women-whose-youngest-child-is-under-6-years-of-age-canada>. Published 2018. Accessed May 26, 2018.
 86. Statistics Canada. Leave practices of parents after the birth or adoption of young children. Canadian Social Trends (11-008-X). <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2012002/t/11697/tbl01-eng.htm>. Published 2015. Accessed May 26, 2018.
 87. Cranford C, Vosko L, Zukewich N. Precarious employment in the Canadian labour market: A statistical portrait. *Just Labour.* 2003;3:6-22.
 88. Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious employment: Understanding an emerging social determinant of health. *Ann Rev Publ Heal.* 2014;35:229-253.
 89. Canada Mortgage and Housing Corporation. What is core housing need? Canadian Housing Observer. https://www.cmhc-schl.gc.ca/en/hoficlincl/observer/observer_044.cfm. Published 2016. Accessed April 17, 2018.

90. Canadian Institute of Child Health. Percentage of households in core housing need. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/2/page/percentage-of-households-in-core-housing-need-canada-1991-to-2011>. Published 2018. Accessed April 17, 2018.
91. Canadian Institute of Child Health. Percentage of households in core housing need by provinces and territories. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/2/page/proportion-of-households-in-core-housing-need-canada-and-the-provincesterritories>. Published 2018. Accessed April 16, 2018.
92. Forchuk C, Dickins K, Corring D. Social determinants of health: housing and income. *Heal Q*. 2016;18:27-31.
93. Waterston S, Grueger B, Samson L, The Canadian Paediatric Society, The Community Paediatrics Committee. Housing need in Canada: Healthy lives start at home. *Paediatr Child Heal*. 2015;20(7):403-413.
94. Bronfenbrenner U, Morris P. The ecology of developmental processes. In: Lerner R, ed. *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development*. 5th ed. New York: Wiley; 1998:993-1028.
95. Lerner R, Castellino D. Contemporary developmental theory and adolescence: Developmental systems and applied developmental science. *J Adolesc Heal*. 2002;31(6):122-135.
96. Fisk E, Lei-Gomez Q, Mendell M. Meta-analyses of the associations of respiratory health effects with dampness and mold in homes. *Indoor Air*. 2007;17:284-296.
97. Krieger J, Higgins D. Housing and health: time again for public health action. *Am J Public Heal*. 2002;92(5):758-768.
98. Bryant T. Housing and Health. In: Raphael D, ed. *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press; 2004. https://www.canadianscholars.ca/books/social-determinants-of-health-3rd-edition#tab_toc.
99. Bartlett S. Does inadequate housing perpetuate children's poverty? *Childhood*. 1998;5:403-420.
100. Pribesh S, Downey D. Why are residential and school moves associated with poor school performance? *Demography*. 1999;36:521-534.
101. Hagan J, MacMillan R, Wheaton B. New kid in town: Social capital and the life course effects of family migration on children. *Am Sociol Rev*. 1996;61:368-385.
102. Simpson G, Fowler M. Geographic mobility and children's emotional/behavioral adjustment and school functioning. *Am Acad Pediatr*. 1994;93:303-309.
103. Wood D, Halfon N, Scarlata D, Newacheck P, Nessim S. Impact of family relocation on children's growth, development, school function, and behavior. *J Am Med Assoc*. 1993;270(11):1334-1338.
104. Human Resources and Skills Development Canada. *Homelessness Partnering Strategy: The National Shelter Study 2005-2009*. Ottawa, ON; 2012.

- https://www.canada.ca/content/dam/esdc-edsc/migration/documents/eng/communities/homelessness/reports/shelter_study.pdf. Accessed May 29, 2018.
105. Frankish J, Hwang S, Quantz D. Homelessness and health in Canada: Research lessons and priorities. *Can J Public Heal*. 2005;96(Supplement 2):S23-S29.
 106. Sylvestre J, Kerman N, Polillo A, Lee C, Aubry T, Czechowski K. A qualitative study of the pathways into and impacts of family homelessness. *J Fam Issues*. 2017;39(8):2265-2285.
 107. Gaetz S, Dej E, Richter T, Redman M. *The State of Homelessness in Canada*. Toronto, ON; 2016. http://homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC16_final_20Oct2016.pdf. Accessed April 17, 2018.
 108. American Psychological Association. *Effects of Poverty, Hunger and Homelessness on Children and Youth*. Worcester, MA; 2009. <http://www.apa.org/pi/families/poverty.aspx>. Accessed April 17, 2018.
 109. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Dev Psychol*. 1986;22:723-741.
 110. Wodon Q. Investing in Early Childhood Development: Essential Interventions, Family Contexts, and Broader Policies. *J Hum Dev Capab*. 2016;17(4):465-476.
 111. Minh A, Muhajarine N, Janus M, Brownell M, Guhn M. A review of neighbourhood effects and early child development: How, where, and for whom, do neighbourhoods matter? *Health Place*. 2017;46:155-174.
 112. Public Health Agency of Canada. Folic acid and neural tube defects. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/pregnancy/folic-acid.html>. Published 2018. Accessed November 21, 2018.
 113. Public Health Agency of Canada. Fetal Alcohol Spectrum Disorder. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/healthy-living/your-health/diseases/fetal-alcohol-spectrum-disorder.html>. Published 2017. Accessed November 21, 2018.
 114. Public Health Agency of Canada. Risks of smoking. <http://www.phac-aspc.gc.ca/chn-rcs/tobacco-tabagisme-eng.php>. Published 2016. Accessed November 21, 2018.
 115. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Pregnancy Info. <https://www.pregnancyinfo.ca/learn-more/#smooth-scroll-top>. Published 2019. Accessed April 8, 2019.
 116. Canadian Institute of Child Health. Proportion of women who took folic acid supplements during the first 3 months of pregnancy. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/3/page/proportion-of-women-who-took-folic-acid-prior-to-and-during-pregnancy-by-characteristics>. Published 2018. Accessed June 8, 2018.
 117. Canadian Institute of Child Health. Percentage of children under age 2 whose mother reported drinking alcohol during pregnancy. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/3/page/percentage-of-children-under-age-2-whose-mother-reported-drinking-alcohol-during-pregnancy>. Published 2018. Accessed June 8, 2018.

118. Canadian Institute of Child Health. Percentage of children under age 2 whose mother reported smoking during pregnancy. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/3/page/percentage-of-children-under-2-years-of-age-whose-mother-reported-smoking-during-pregnancy>. Published 2018. Accessed June 8, 2018.
119. Heaman M, Moffatt M, Elliott L, et al. Barriers, motivators and facilitators related to prenatal care utilization among inner-city women in Winnipeg, Canada: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:227.
120. Heaman M, Martens P, Brownell M, et al. Inequities in utilization of prenatal care: a population-based study in the Canadian province of Manitoba. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):430.
121. Hall Moran V, Morgan H, Rothnie K, et al. Incentives to Promote Breastfeeding: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2015;135(3).
122. World Health Organization. Breastfeeding. Health Topics. <https://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>. Published 2018. Accessed October 30, 2018.
123. Renfrew M, McCormick F, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5(5CD).
124. Canadian Institute of Child Health. Proportion of women who initiated breastfeeding. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/3/page/proportion-of-women-who-initiated-breastfeeding-canada-and-the-provterr-20062007>. Published 2018. Accessed January 16, 2019.
125. Canadian Institute of Child Health. Proportion of women who were breastfeeding at 6 months postpartum. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/3/page/proportion-of-women-who-are-breastfeeding-at-6-months-postpartum-any-or-exclusive>. Published 2018. Accessed January 16, 2019.
126. Canadian Institute of Child Health. Proportion of women who initiated breastfeeding, by characteristics. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/3/page/proportion-of-women-who-were-breastfeeding-at-six-months-postpartum-by-characteristics>. Published 2018. Accessed January 16, 2019.
127. Canadian Institute of Child Health. Percentage of child-bearing women reporting their health to be very good or excellent. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/3/page/percentage-of-child-bearing-age-women-reporting-their-health-to-be-very-good-or-excellent>. Published 2018. Accessed June 8, 2018.
128. Canadian Institute of Child Health. Percentage of women of child-bearing age reporting their mental health to be very good or excellent. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/3/page/percentage-of-women-of-child-bearing-age-reporting-their-mental-health-very-good-or-excellent>. Published 2018. Accessed June 8, 2018.
129. Canadian Institute of Child Health. Percentage of women of child-bearing age who reported

- having mood disorders. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/3/page/percentage-of-women-of-child-bearing-age-who-reported-having-mood-disorders-by-age>. Published 2018. Accessed June 8, 2018.
130. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2008;115(8):1043-1051.
 131. Avan B, Richter L, Ramchandani P, Norris S, Stein A. Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. *Arch Dis Child*. 2010;95(9):690-695.
 132. Cogill S, Caplan H, Alexandra H, Robson K, Kumar R. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;292(6529):1165-1167.
 133. Comaskey B, Roos N, Brownell M, et al. Maternal depression and anxiety disorders (MDAD) and child development: A Manitoba population-based study. *PLoS One*. 2017;12:1-19.
 134. Green M, Kariuki M, Dean K, et al. Childhood developmental vulnerabilities associated with early life exposure to infectious and noninfectious diseases and maternal mental illness. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(7):801-810.
 135. Landry S, Smith K, Miller-Loncar C, Swank P. Predicting cognitive-linguistic and social growth curves from early maternal behaviours on children at varying degrees of biologic risk. *Dev Psychol*. 1997;37:387-403.
 136. La Placa V, Corlyon J. Unpacking the Relationship between Parenting and Poverty: Theory, Evidence and Policy. *Soc Policy Soc*. 2015;15(1):11-28.
 137. Conger R, Elder G, Lorenz F, Simmons R, Whitbeck L. *Families in Troubled Times: Adapting to Change in Rural America*. New York, NY: De Gruyter; 1994.
 138. Brody G, Flor D. Maternal resources, parenting practices, and child competence in rural, single-parent African American families. *Child Dev*. 1998;69:803-816.
 139. Hertzman C. The case for an early childhood development strategy. *ISUMA*. 2000;1:11-18.
 140. Canadian Institute of Child Health. Percentage of children under age 6 having positive interactions with their parents. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/3/page/percentage-of-children-0-5-years-of-age-having-positive-interactions-with-their-parents>. Published 2018. Accessed June 15, 2018.
 141. Canadian Institute of Child Health. Proportion of children under 6 whose parents scored low on the Consistent Parenting Style scale. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/3/page/proportion-of-children-0-5-whose-parents-scored-low-on-the-consistent-parenting-scale>. Published 2018. Accessed June 15, 2018.
 142. Tang C, Sinanan A. Change in Parenting Behaviors from Infancy to Early Childhood: Does Change in Family Income Matter? *J Fam Soc Work*. 2015;18(5):327-348.
 143. Finegood E, Blair C. Poverty, parent stress, and emerging executive functions in young children. In: *Parental Stress and Early Child Development: Adaptive and Maladaptive Outcomes*. ; 2017:181-207.

144. Li M, Johnson S, Musci R, Riley A. Perceived neighborhood quality, family processes, and trajectories of child and adolescent externalizing behaviors in the United States. *Soc Sci Med*. 2017;192:152-161.
145. Barnett O, Miller-Perrin C, Perrin R. *Family Violence across the Lifespan: An Introduction (2nd Ed.)*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc; 2005.
146. Campbell J, Lewandowski L. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am*. 1997;20(2):353-374.
147. Burczycka M, Conroy S. *Family Violence in Canada: A Statistical Profile, 2016*. Ottawa, ON; 2018. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2018001/article/54893-eng.pdf?st=hD6Twqlv>.
148. Canadian Institute of Child Health. Proportion of Canadians who reported that they had been abused by their spouse in the past 5 years. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/3/page/proportion-of-canadians-who-reported-abuse-by-their-spouse-in-the-past-5-years-by-province>. Published 2018. Accessed November 21, 2018.
149. Canadian Institute of Child Health. Reports of substantiated child maltreatment. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/3/page/categories-of-substantiated-child-maltreatment-canada-2008>. Published 2018. Accessed November 21, 2018.
150. Swift K, Callahan M. *Problems and Potential for Canadian Child Welfare*. Waterloo, ON; 2002. <https://scholars.wlu.ca/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1044&context=pcfp>.
151. Flynn R, Biro C. Comparing developmental outcomes for children in care with those for other children in Canada. *Child Soc*. 2006;12(3):228-233.
152. Brownell M, Chartier M, Au W, et al. *The Educational Outcomes of Children in Care in Manitoba*. Winnipeg, MB; 2015. http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference//CIC_report_web.pdf.
153. Stein E, Evans B, Mazumdar R, Rae-Grant N. The mental health of children in foster care: A comparison with community and clinical samples. *Can J Psychiatry*. 1996;41(6):385-391.
154. Tarren-Sweeney M. The mental health of children in out-of-home care. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(4):345-349.
155. The Provincial Health Officer. *Health Status of Children and Youth in Care in British Columbia: What Do the Mortality Data Show?* Victoria, BC; 2001. <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2001/cyicreportfinal.pdf>.
156. Hyslop K. A call for Canadians to fill the gaps in our child welfare system. *The Tyee*. <https://thetyee.ca/News/2017/09/21/Fill-Gaps-in-Child-Welfare-System>. Published 2017.
157. Canadian Centre for Policy Alternatives. 62 Recommendations and the Legacy of Phoenix Sinclair. Fast Facts. https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Manitoba Office/2016/11/62recommendations_legacy_Phoenix_Sinclair.pdf. Published 2016. Accessed November 21, 2018.

158. Leventhal T, Brooks-Gunn J. The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychol Bull.* 2000;126:309-337.
159. The Chief Public Health Officer of Canada. Report on the State of Public Health in Canada - Designing Healthy Living. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/2017-designing-healthy-living.html#a2>. Published 2017. Accessed January 16, 2019.
160. Christian H, Ball S, Zubrick S, et al. Relationship between the neighbourhood built environment and early child development. *Heal Place.* 2017;48:90-101.
161. Schaenzel H, Carr N. *Children, Families and Leisure.* New York, NY: Routledge; 2016.
162. Canadian Parks and Recreation Association/Interprovincial Sport and Recreation Council. *A Framework for Recreation in Canada - 2015 - Pathways to Wellbeing.* Ottawa, ON; 2015. www.lin.ca/national-recreation-framework. Accessed June 12, 2018.
163. Imms C, Froude E, Adair B, Shields N. A descriptive study of the participation of children and adolescents in activities outside school. *BMC Pediatr.* 2015;16(84).
164. Canadian Institute of Child Health. Proportion of young children who participated in recreational activities once a week or more, by activity and age group. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/4/page/proportion-of-young-children-who-participated-in-activities-by-activity-and-age-group>. Published 2018. Accessed October 12, 2018.
165. Canadian Institute of Child Health. Proportion of children age 3 to 5 who participated in recreational activities once a week or more, by activity and selected characteristics. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/4/page/proportion-of-children-3-to-5-who-participated-in-activities-by-activity-and-characteristics>. Published 2018. Accessed June 15, 2018.
166. Friendly M, Grady B, MacDonald L, Forer B. *Early Childhood Education and Care in Canada;* 2015.
167. Canadian Institute of Child Health. Median monthly infant child care fees by city. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/4/page/median-monthly-infant-child-care-fees-by-city-canada-2016>. Published 2018. Accessed November 23, 2018.
168. MacDonald D, Friendly M. Time Out: Child care fees in Canada 2017. [https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National Office/2017/12/Time Out.pdf](https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2017/12/Time%20Out.pdf). Published 2017. Accessed September 28, 2018.
169. Canadian Institute of Child Health. Proportion of children aged 1 to 5 in non-parental care. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/4/page/child-care-arrangements-of-children-from-1-5-years-whose-parents-were-working-or-studying>. Published 2018. Accessed November 23, 2018.
170. Clarke J. *Difficulty Accessing Health Care Services in Canada.* Ottawa, ON; 2016. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-624-x/2016001/article/14683->

eng.pdf?st=bSybMxbg.

171. Campbell O, Graham W. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006;368(9543):1284-1299.
172. Chen X, Wen S, Yang Q, Walker M. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. *Aust N Z J Obs Gynaecol*. 2007;47(2):122-127.
173. Canadian Institute of Child Health. Average gestational age at first prenatal visit. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/5/page/average-gestational-age-weeks-at-first-prenatal-care-visit-canada-provterr-20062007>. Published 2018. Accessed June 28, 2018.
174. Canadian Institute of Child Health. Distribution of type of primary birth attendant. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/5/page/distribution-of-type-of-primary-birth-attendant-canada-20062007>. Published 2018. Accessed June 28, 2018.
175. Canadian Institute of Child Health. Proportion of women who were contacted at home by a health care provider after giving birth. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/5/page/proportion-of-women-contacted-by-a-health-care-provider-following-birth-by-characteristics>. Published 2018. Accessed June 29, 2018.
176. Heaman MI, Green CG, Newburn-Cook C V, Elliot LJ, Helewa ME. Social inequalities in use of prenatal care in Manitoba. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2007;29(10):806-816.
177. Bosco C, Oandasan I. *Review of Family Medicine within Rural and Remote Canada: Education, Practice, and Policy*. Mississauga, ON; 2016. https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Publications/News_Releases/News_Items/ARFM_BackgroundPaper_Eng_WEB_FINAL.pdf.
178. Canadian Institute of Child Health. Households with children under 12 years of age who have a regular medical doctor. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/5/page/households-with-and-without-children-under-12-who-have-a-regular-doctor-by-canada-provterr>. Published 2018. Accessed June 20, 2018.
179. The Canadian Paediatric Society. Are we doing enough? A status report on Canadian public policy and child and youth health. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-772-17.pdf. Published 2016. Accessed June 30, 2018.
180. Statistics Canada. Vaccine uptake in Canadian children: Highlights from the childhood National Immunization Coverage Survey. Childhood National Immunization Coverage Survey. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/2015-vaccine-uptake-canadian-children-survey.html>. Published 2018. Accessed November 26, 2018.
181. Canadian Institute of Child Health. Estimated vaccination coverage for diphtheria, pertussis, tetanus, polio, Haemophilus influenzae type b and varicella. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/5/page/estimated-vaccination-coverage-for-diphtheria-pertussis-tetanus-polio-hib-and-varicella>. Published

2018. Accessed June 20, 2018.
182. Gilbert N, Gilmour H, Wilson S, Cantin L. Determinants of non-vaccination and incomplete vaccination in Canadian toddlers. *Hum Vaccin Immunother.* 2017;13(6):1447-1453.
 183. Amit M, The Canadian Paediatric Society, The Community Paediatrics Committee. Vision Screening in Infants, Children and Youth. Position Statement. *Paediatr Child Heal.* 2009;14(4):246-248.
 184. Hertzman C. *Leave No Child Behind! Social Exclusion and Child Development.* Vancouver, BC; 2002.
 185. C Green Health Info. *A Review of the Science Underlying Vision Screening with Implications for BC.* Vancouver, BC; 2005. <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/Final-PreschoolVisionOct31.pdf>.
 186. Mema S, McIntyre L, Musto R. Childhood vision screening in Canada: Public health evidence and practice. *Can J Publ Heal.* 2012;103(1):40-45.
 187. Canadian Institute of Child Health. Current vision screening practices across Canada. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/5/page/current-vision-screening-practices-across-canada-by-provterr-as-of-january-2013-2>. Published 2018. Accessed July 1, 2018.
 188. Canadian Institute of Child Health. Current newborn hearing screening practices across Canada. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/5/page/current-newborn-hearing-screening-practices-across-canada-by-provterr-2016>. Published 2018. Accessed November 26, 2018.
 189. Hertzman C, Clinton J, Lynk A, The Canadian Paediatric Society, Early Years Task Force. Measuring in Support of Early Childhood Development. Position Statement. *Paediatr Child Heal.* 2011;16(10):655-657.
 190. Jefferis BJ, Power C, Hertzman C. Birth weight, childhood socioeconomic environment, and cognitive development in the 1958 British birth cohort study. *BMJ.* 2002;325(1756-1833 (Electronic)):305.
 191. Canadian Institute of Child Health. Developmental surveillance and screening. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/5/page/developmental-surveillance-and-screening-18-month-developmental-screening-practices>. Published 2018. Accessed June 30, 2018.
 192. Guttman A, Cairney J, MacCon K, Kumar M. *Uptake of Ontario's Enhanced 18-Month Well Baby Visit.* Toronto, ON; 2016. <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2016/Well-Baby>.
 193. Williams R, Clinton J, The Canadian Paediatric Society, Early Years Task Force. Getting it right at 18 months: In support of an enhanced well-baby visit. Position Statement. *Paediatr Child Heal.* 2011;16(10):647-650.
 194. Bronfenbrenner U. *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2005.

195. Irwin A, Valentine N, Brown C, et al. The commission on social determinants of health: Tackling the social roots of health inequities. *PLoS Med.* 2006;3:749-751.
196. Government of Canada. How healthy are Canada's young children? The Well-Being of Canada's Young Children. <http://www.ecd-elcc.ca/en/ecd/reports/2011/well-being/page05.shtml>. Published 2017. Accessed October 14, 2018.
197. dos Santos E, de Kievet J, Königs M, van Elburg R, Oosterlaan J. Predictive value of the Bayley scales of infant development on development of very preterm/very low birth weight children: a meta analysis. *Early Hum Dev.* 2013;89(7):487-496.
198. Canadian Institute for Health Information. *Too Early, Too Small: A Profile of Small Babies across Canada*. Ottawa, ON; 2009. https://secure.cihi.ca/free_products/too_early_too_small_en.pdf. Accessed October 15, 2018.
199. Canadian Institute of Child Health. Rate of low birth weight babies. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/rate-of-low-birth-weight-babies-canada-and-the-provincesterritories-20102012>. Published 2018. Accessed September 10, 2018.
200. Canadian Institute of Child Health. Preterm birth rate (<37 weeks), Canada and the provinces/territories. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/preterm-birth-rate-less-than-37-weeks-canada-and-the-provincesterritories-20142015>. Published 2018. Accessed September 11, 2018.
201. Canadian Institute of Child Health. Prevalence of congenital anomalies at birth. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/birth-prevalence-of-congenital-anomalies-canada-excluding-quebec-2001-2010>. Published 2018. Accessed August 3, 2018.
202. Canadian Institute of Child Health. Rate of neural tube defects. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/rate-of-neural-tube-defects-per-10000-total-births-canada-1995-2010>. Published 2018. Accessed August 10, 2018.
203. Canadian Institute of Child Health. Infant death rates. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/infant-death-rates-canada-2008-to-2012>. Published 2018. Accessed August 4, 2018.
204. OECD. Infant mortality rates. Health at a Glance. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312. Published 2017. Accessed November 26, 2018.
205. Statistics Canada. Mortality: Overview, 2014 to 2016. Report on the Demographic Situation in Canada. Report 91-209-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-209-x/2018001/article/54957-eng.htm>. Published 2018. Accessed April 8, 2019.
206. Canadian Institute of Child Health. Rate of infant deaths due to Sudden Infant Death Syndrome. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/rate-of-infant-deaths-due-to-sudden-infant-death-syndrome-sids-canada-2000-to-2013>. Published 2018. Accessed August 10, 2018.

207. Canadian Institute of Child Health. Death rates of children aged 1 to 4. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/death-rates-of-1-to-4-year-olds-canada-2002-to-2012>. Published 2018. Accessed August 15, 2018.
208. Canadian Institute of Child Health. Leading causes of death in children aged 1 to 4. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/leading-causes-of-death-1-to-4-year-olds-canada-2012>. Published 2018. Accessed August 15, 2018.
209. O'Brien Institute of Public Health. *Raising Canada: A Report on Children in Canada, Their Health and Wellbeing*. Calgary, AB; 2018. <https://obrieniph.ucalgary.ca/files/iph/raising-canada-report.pdf>. Accessed November 30, 2018.
210. Chartier M, Bolton J, Mota N, et al. *Mental Illness among Adult Manitobans*. Winnipeg, MB; 2018. http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference//mh2015_Report_web.pdf.
211. Canadian Institute of Child Health. Hospitalization rate among infants under age 1. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/hospitalization-rate-among-infants-under-1-canada-and-the-provincesterritories-20132014>. Published 2018. Accessed June 14, 2018.
212. Canadian Institute of Child Health. Hospitalization rate among 1 to 4 year olds. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/hospitalization-rate-among-1-to-4-year-olds-canada-and-the-provincesterritories-20132014>. Published 2018. Accessed June 27, 2018.
213. Canadian Institute for Health Information. *National Trauma Registry: 2007 Injury Hospitalizations Highlights*. Ottawa, ON; 2008. https://secure.cihi.ca/free_products/ntr_highlights_2007_en.pdf.
214. Canadian Institute of Child Health. Leading causes of hospitalization among infants under age 1. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/distribution-of-leading-causes-of-hospitalization-among-infants-under-1-canada-20092010>. Published 2018. Accessed June 14, 2018.
215. Canadian Institute of Child Health. Leading causes of hospitalization among children aged 1 to 4. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/distribution-of-leading-causes-of-hospitalizations-among-children-aged-1-to-4-years-canada>. Published 2018. Accessed June 17, 2018.
216. Canadian Cancer Society. Child cancer statistics. Cancer information. <http://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-101/childhood-cancer-statistics/?region=on>. Published 2018. Accessed October 20, 2018.
217. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury A, Sofi N, Kumar R, Bhadoria A. Childhood obesity: causes and consequences. *J Fam Med Prim Care*. 2015;4(2):187-192.
218. Canadian Institute of Child Health. Age-specific cancer incidence rates per million children. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/age-specific-cancer-incidence-rates-per>

- million-among-children-0-to-4-by-cancer-group. Published 2018. Accessed July 5, 2018.
219. Canadian Institute of Child Health. Age-standardized cancer mortality per million children aged 0 to 14. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/age-standardized-cancer-incidence-and-mortality-rates-among-children-aged-0-to-14-canada>. Published 2018. Accessed July 5, 2018.
 220. Canadian Institute of Child Health. Prevalence of diabetes among children aged 1 to 4. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/prevalence-of-diabetes-among-children-aged-1-to-4-canada-20002001-to-20102011>. Published 2018. Accessed July 6, 2018.
 221. Canadian Institute of Child Health. Child body mass index, ages 2 to 5. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://www.thenba.ca/disability-blog/disabilities-affect-canadas-kids>. Published 2018. Accessed July 6, 2018.
 222. Lang J, Bunnell H, Hossain M, et al. Being overweight or obese and the development of asthma. *Pediatrics*. 2018;142(6).
 223. Pearce A, Scalzi D, Lynch J, Smithers L. Do thin, overweight and obese children have poorer development than their healthy-weight peers at the start of school? Findings from a South Australian data linkage study. *Early Child Res Q*. 2016;35:85-94.
 224. La Clare H. The Impact of Childhood Chronic Illness on the Family: Psychosocial Adjustment of Siblings. 2013. https://sophia.stkate.edu/msw_papers/218/.
 225. Frankel K, Wamboldt M. Chronic Childhood Illness and Maternal Mental Health - Why Should We Care? *J Asthma*. 1998;35(8):621-630.
 226. Jessop D, Riessman C, Stein R. Chronic childhood illness and maternal mental health. *J Dev Behav Pediatr*. 1988;9(3):147-156.
 227. Compas B, Jaser S, Dunn M, Rodriguez E. Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescents. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;8(4):455-480.
 228. Hope S, Pearce A, Whitehead M, Law C. Effects of child long-term illness on maternal employment: longitudinal findings from the UK Millennium Cohort Study. *Eur J Public Heal*. 2017;27(1):48-52.
 229. Bourke-Taylor H, Howie L, Law M. Barriers to maternal workforce participation and relationship between paid work and health. *J Intellect Disabil Res*. 2011;55:511-520.
 230. Waddell C, McEwan K, Shepherd CA, Offord DR, Hua JM. A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Can J Psychiatry*. 2005;50:226-233.
 231. St-Andre M, Reebye P, Wittenberg J. Infant mental health in Canada: Initiatives from British Columbia, Quebec and Ontario. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(2):116-123.
 232. Canadian Institute of Child Health. Mental health and behavioural indicators, ages 2 to 5. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/mental-health-and-behavioural-indicators-2-to-5-year-olds-canada-200203-and-201011>. Published 2018. Accessed June 4, 2018.

233. Canadian Institute of Child Health. Proportion of 2-5 year olds who scored high on emotional/disorder/anxiety and hyperactivity/inattention, by select characteristics. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/proportion-of-2-to-5-year-olds-who-scored-high-on-anxiety-and-hyperactivity-by-characteristic>. Published 2018. Accessed April 8, 2019.
234. Strohschein L, Gauthier A. Poverty Dynamics, Parenting, and Child Mental Health in Canada. *Soc Ment Health*. 2018;8(3):231-247.
235. Government of Canada. Disability in Canada: A 2006 Profile. Accessibility Resource Centre. <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/disability/arc/disability-2006.html#s3>. Published 2013. Accessed July 6, 2018.
236. The National Benefit Authority. What disabilities affect Canada's kids? Disability Blog.
237. Canadian Institute of Child Health. Proportion of children under age 5 with a disability. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/proportion-of-children-under-5-with-a-disability-by-gender-canada-2006>. Published 2018. Accessed July 6, 2018.
238. Canadian Institute of Child Health. Impact of child's disability on parental employment. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/7/page/impact-of-childs-condition-on-parental-employment-for-parents-of-children-with-disabilities>. Published 2018. Accessed June 4, 2018.
239. Janus M, Duku E. The school entry gap: Socioeconomic, family, and health factors associated with children's school readiness to learn. *Early Educ Dev*. 2007;18(3):375-403.
240. Janus M, Brinkman S, Duku E, et al. *The Early Development Instrument: A Population-Based Measure for Communities. A Handbook on Development, Properties and Use*. Hamilton, ON: Offord Centre for Child Studies; 2007.
241. Janus M, Brick SA, Duku ER. Validity and psychometric properties of the Early Development Instrument in Canada, Australia, United States and Jamaica. *Soc Indic Res*. 2011;103:283-297.
242. Guhn M, Zumbo BD, Janus M, Hertzman H. Validation Theory and Research for a Population-Level Measure of Children's Development, Wellbeing, and School Readiness [Special Issue]. *Soc Indic Res*. 2011;103(2).
243. Canadian Institute of Child Health. Percentage of children vulnerable in at least one area of development. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/8/page/percentage-of-children-vulnerable-in-at-least-one-area-of-development-age-5-by-sex-2014>. Published 2018. Accessed June 14, 2018.
244. Canadian Institute of Child Health. Percentage of children vulnerable in at least one area of development by income quintile. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/8/page/percentage-of-children-vulnerable-in-at-least-one-area-of-development-at-age-5-by-income>. Published 2018. Accessed June 14, 2018.
245. The Public Health Agency of Canada, The Pan-Canadian Public Health Network. *Key Health*

Inequalities in Canada: A National Portrait. Ottawa, ON; 2018.

246. Canadian Institute of Child Health. Percentage of 4 to 5 year olds who scored advanced, average and delayed on school readiness tests. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/8/page/percentage-of-4-5-year-olds-scoring-advanced-average-and-delayed-on-school-readiness-tests>. Published 2018. Accessed June 14, 2018.
247. Canadian Institute of Child Health. Proportion of 4 to 5 year olds scoring advanced and average on the Who Am I school readiness test. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/8/page/proportion-of-4-5-year-olds-scoring-average-and-advanced-on-the-who-am-i-test-by-gender>. Published 2018. Accessed June 14, 2018.
248. Canadian Institute of Child Health. Proportion of 4 to 5 year olds scoring average and advanced on the Number Knowledge school readiness test. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/8/page/proportion-of-4-5-year-olds-scoring-average-advanced-on-the-number-knowledge-test-by-gender>. Published 2018. Accessed June 14, 2018.
249. Canadian Institute of Child Health. Mean standardized test scores for school readiness by rural and urban community. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/8/page/mean-standardized-scores-peabody-picture-vocabulary-who-am-i-number-knowledge-ruralurban>. Published 2018. Accessed June 14, 2018.
250. Canadian Institute of Child Health. Mean standardized test scores for school readiness by visible minority status. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/8/page/mean-scores-peabody-picture-vocabulary-who-am-i-and-number-knowledge-by-visible-minority>. Published 2018. Accessed June 16, 2018.
251. Canadian Institute of Child Health. Mean standardized test scores for school readiness by immigrant status. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile. <https://cichprofile.ca/module/8/section/8/page/mean-scores-peabody-picture-vocabulary-who-am-i-number-knowledge-by-immigrant-status>. Published 2018. Accessed June 16, 2018.
252. The Chief Public Health Officer of Canada. *Growing up Well - Priorities for a Healthy Future. The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada.* Ottawa, ON; 2009.
253. Government of Canada. Statement from Dr. Theresa Tam, Chief Public Health Officer of Canada. https://www.canada.ca/en/public-health/news/2018/01/statement_from_drtheresatamchiefpublichealthofficerofcanada.html. Published 2018. Accessed October 27, 2018.
254. Lowensohn R, Stadler D, Naze C. Current concepts of maternal nutrition. *Obs Gynecol Surv.* 2016;71(7):413-426.
255. Abu-Saad K, Fraser D. Maternal nutrition and birth outcomes. *Epidemiol Rev.* 2010;32(1):5-25.
256. Sroufe L. Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to

- adulthood. *Attach Hum Dev*. 2005;7(4):349-367.
257. World Health Organization. Health Topics: Breastfeeding. <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>. Published 2012. Accessed June 13, 2018.
 258. Government of Canada. Canada Prenatal Nutrition Program. Public Health Agency of Canada Programs and Initiatives. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/programs-initiatives/canada-prenatal-nutrition-program-cpnp/about-cpnp.html>. Published 2015. Accessed October 28, 2018.
 259. Breastfeeding Committee for Canada. *BFI Integrated 10 Steps & WHO Code Practice Outcome Indicators for Hospitals and Community Health Services*. Drayton Valley, AB; 2012. www.breastfeedingcanada.ca. Accessed November 4, 2018.
 260. Alvarez S, Meltzer-Brody S, Mandel M, Beeber L. Maternal Depression and Early Intervention: A Call for an Integration of Services. *Infants Young Child*. 2015;28(1):72-87.
 261. Cooper P, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. *Br J Psychiatry*. 2003;182:412-419.
 262. Beeber L, Schwartz T, Holditch-Davis D, Canuso R, Lewis V, Hall H. Parenting enhancement, interpersonal psychotherapy to reduce depression in low-income mothers of infants and toddlers: a randomized trial. *Nurs Res*. 2013;62(2):82-90.
 263. Brandon A, Ceccotti N, Hynan L, Shivakumar G, Johnson N, Jarrett R. Proof of concept: Partner-Assisted Interpersonal Psychotherapy for perinatal depression. *Arch Womens Ment Heal*. 2012;15(6):469-480.
 264. MacDonald J, Flynn C. Mother's Mental Health Toolkit. Reproductive Mental Health Service, Halifax, NS.
 265. Trainor J, Pomeroy E, Pape B. *A Framework for Support (Third Edition)*. Toronto, ON; 2004.
 266. Mental Health Commission of Canada. *Changing Directions, Changing Lives: The Mental Strategy for Canada*. Calgary, AB; 2012.
 267. Mental Health Commission of Canada. *Advancing the Mental Health Strategy for Canada: A Framework for Action (2017-2022)*. Ottawa, ON; 2016.
 268. Nieuwenhuis R, Maldonado L. *The Triple Bind of Single-Parent Families: Resources, Employment and Policies to Improve Wellbeing*. Bristol, UK: Bristol University Press; 2018.
 269. Maldonado L, Nieuwenhuis R. Family policies and single parent poverty in 18 OECD countries, 1978–2008. *Comm Work Fam*. 2015;18(4):395-415.
 270. Government of Canada. Family and caregiving benefits. <https://www.canada.ca/en/services/benefits/ei/caregiving.html>. Published 2018. Accessed September 4, 2018.
 271. Government of Canada. Canada Child Benefit. Child and family benefits. <https://www.canada.ca/en/revenue-agency/services/child-family-benefits/canada-child-benefit-overview.html>. Published 2018. Accessed July 6, 2018.
 272. Ontario Ministry of Children Community and Social Services. Ontario Child Benefit. <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/financialhelp/ocb/index.aspx>. Published 2018. Accessed September 6, 2018.

273. Government of Nova Scotia. Nova Scotia Child Benefit. <https://novascotia.ca/coms/families/ChildBenefit.html>. Published 2018. Accessed September 7, 2018.
274. Manitoba Government. Manitoba Child Benefit. <https://www.gov.mb.ca/fs/eia/mcb.html>. Published 2018. Accessed September 7, 2018.
275. Brownell Marni, Chartier M, Au W, Schultz J. *Evaluation of the Healthy Baby Program.*; 2010.
276. Brownell M, Chartier M, Nickel N, et al. Unconditional prenatal income supplement and birth outcomes. *Pediatr.* 2016;137(6):e20152992.
277. Sanders M, Mazzucchelli T. The promotion of self-regulation through parenting interventions. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2013;16(1):1-17.
278. Sanders M, Kirby J, Tellegen C, Day J. The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(4):337-357.
279. Lee C, Horvath C, Hunsley J. Does it work in the real-world? The effectiveness of treatments for psychosocial problems in children and adolescents. *Prof Psychol Res Pr.* 2013;44(2):81-88.
280. Michelson D, Davenport C, Dretze J, Barlow J, Day C. Do evidence-based interventions work when tested in the “real world”? A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of disruptive child behavior. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2013;16(1):18-34.
281. Jack S, Catherine N, Gonzalez A, MacMillan H, Sheehan D, Waddell C. Adapting, piloting and evaluating complex public health interventions: lessons learned. *Heal Promot Chronic Dis Prev Can.* 2015;35(8-9):151-159.
282. Chartier MJ, Brownell MD, Isaac MR, et al. Is the Families First Home Visiting program effective in reducing child maltreatment and improving child development? *Child Maltreat.* 2017;22(2):121-131.
283. Isaac MR, Chartier M, Brownell M, et al. Can opportunities be enhanced for vaccinating children in home visiting programs? A population-based cohort study. *BMC Public Health.* 2015;15(1):620. doi:10.1186/s12889-015-1926-8
284. Kennett D, Chislett G, Olver A. A reappraisal of the Nobody’s Perfect program. *J Child Fam Stud.* 2012;21(2):228-236.
285. Public Health Agency of Canada. Summative evaluation of the Community Action Program for Children. Evaluation Reports.
286. Government of Canada. *Multilateral Early Learning and Child Care Framework.* Ottawa, ON; 2017.
287. Akbari E, McCuaig K. *Early Childhood Education Report 2017.*; 2017.
288. Employment and Social Development Canada. *Opportunity for All: Canada’s First Poverty Reduction Strategy.* Ottawa, ON; 2018.
289. Government of Canada. *Canada’s National Housing Strategy: A Place to Call Home.* Ottawa, ON; 2018. <https://www.placetocallhome.ca/pdfs/Canada-National-Housing-Strategy.pdf>.

Accessed June 13, 2018.

290. National Collaborating Centre for Determinants of Health. *Assessing the Impact and Effectiveness of Intersectoral Action on the Social Determinants of Health and Health Equity. An Expedited Systematic Review*. Antigonish, NS; 2012.
http://nccdh.ca/images/uploads/ISA_Report_EN1.pdf. Accessed April 8, 2019.
291. Canadian Council on Social Determinants of Health. *Implementing Multi-Sectoral Healthy Child Development Initiatives: Lessons Learned from Community-Based Interventions*. Ottawa, ON; 2017.
292. Canadian Council on Social Determinants of Health. *Improving Healthy Child Development: Building Capacity for Action. Expert Interview Summary - Working Paper*. Ottawa, ON; 2015.