La santé et le développement de l'enfant dans la perspective de leurs déterminants sociaux

Keith Denny, Ph.D.¹, Marni Brownell, Ph.D.²

Rev can santé publique 2010;101(Suppl. 3):S4-S7.

Au début de 2007, Tony Clement, ministre de la Santé à l'époque, avait choisi D^{re} Kellie Leitch, chef de la Division de la chirurgie pédiatrique à l'hôpital pour enfants de London, en Ontario, pour être sa conseillère en santé des enfants. Son mandat était d'examiner le rôle du gouvernement fédéral dans la santé des enfants au Canada. D^{re} Leitch a présenté au ministre son rapport, *Vers de nouveaux sommets*¹, en juillet 2007. Celui-ci l'a rendu public en mars 2008. Dans ce rapport, D^{re} Leitch dit clairement qu'en matière de santé et de bien-être des enfants, le Canada accuse du retard sur d'autres pays. Parmi les membres de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), le Canada se classait 21^e sur 29 quant au bien-être des enfants (une catégorie qui incluait la santé mentale), 22^e quant aux blessures et décès infantiles évitables, et 27^e quant à l'obésité infantile.

Vers de nouveaux sommets a été salué par les professionnels et les organismes de santé travaillant dans le domaine de la santé des enfants et des jeunes. C'est un rapport qui appuie solidement ce genre de travail : en réunissant et en présentant de nombreuses données probantes, D^{re} Leitch braque les projecteurs sur l'urgence d'agir pour améliorer la santé et le bien-être des enfants et des jeunes au Canada. Qui plus est, le rapport présente des options précises et des axes prioritaires d'intervention. Il en sera question plus loin.

L'un des aspects qui n'est pas suffisamment abordé dans le rapport est celui des déterminants sociaux de la santé. D^{re} Leitch reconnaît que « l'examen de la situation dans l'optique des déterminants sociaux de la santé nous en dit beaucoup sur nos enfants », mais elle affirme ensuite que son mandat « ne ratisse pas aussi large ». Son rapport comporte plutôt une brève annexe sur « les trois déterminants sociaux qui affectent la santé des enfants et des jeunes et qui ont été mentionnés à maintes reprises au cours des tours de table : la pauvreté, le logement et l'éducation » (réf. 1, p. 196). Le besoin d'approfondir la question des déterminants sociaux de la santé pour compléter le Rapport Leitch est l'un des facteurs qui a mené à la création du présent supplément.

On entend souvent dire que les résultats sanitaires ont tendance à être moins bons chez les personnes et dans les régions de statut socioéconomique (SSE) inférieur que chez les personnes et dans les régions de SSE supérieur. En gros, nous savons que les expériences de la santé et de la maladie sont « stratifiées selon diverses lignes d'inégalités sociales et économiques² ». Qui plus est, nous n'observons pas seulement des écarts entre les plus riches et les plus pauvres : on découvre des différences en santé sur tout le spectre socioéconomique. Les personnes qui ont des revenus supérieurs ont ten-

dance à être en meilleure santé que celles dont les revenus sont moyens, lesquelles sont à leur tour en meilleure santé que les personnes dans la catégorie de revenu inférieure. Cette relation, observée uniformément sur un grand nombre d'années, est qualifiée de *gradient social de la santé*.

Bien sûr, de telles observations ne sont pas nouvelles. Elles sont même un peu trop familières. L'existence de liens directs et indirects entre la défavorisation matérielle et la santé était le message central du Rapport Black, un rapport phare paru il y a 30 ans au Royaume-Uni³. À la même époque, l'influente étude Whitehall, menée auprès des fonctionnaires britanniques, a montré que l'effet de la position sociale était tel que « chaque groupe a un taux de mortalité plus élevé que le groupe un échelon plus haut dans la hiérarchie⁴ ». L'énigme est peut-être que malgré tout ce que nous savons des liens entre les facteurs sociaux et les iniquités en santé, ces iniquités sont restées remarquablement vigoureuses.

La tendance générale voulant que les iniquités en santé soient liées aux environnements sociaux est observée chez les enfants aussi. Nous savons que dans les milieux de statut socioéconomique inférieur, les enfants sont plus susceptibles de présenter une insuffisance de poids à la naissance⁵; d'avoir des taux plus élevés de blessures⁶, d'invalidité et de maladie⁷⁻⁹, de troubles mentaux⁷ et de problèmes de comportement¹⁰; et de commencer l'école moins bien préparés à apprendre que leurs camarades mieux nantis¹¹. Quand il est question des iniquités en santé, il y a bien sûr des enfants au Canada qui vont particulièrement mal. Le sort des enfants autochtones est un aspect des iniquités en santé abordé en détails dans *Vers de nouveaux sommets*. D^{re} Leitch reconnaît qu'en comparaison avec la moyenne canadienne, les enfants inuits et des Premières Nations « accusent un retard dans la presque totalité des indicateurs de santé » (réf. 1, p. 41).

Nous savons aussi que beaucoup d'enfants et de jeunes au Canada continuent de vivre dans des conditions qui risquent de perpétuer les iniquités en santé. En 2004, par exemple, 13 % des enfants canadiens vivaient encore dans des ménages à faible revenu. C'est essentiellement la même proportion qu'en 1989¹², l'année où le Parlement du Canada a voté à l'unanimité pour éradiquer la pauvreté chez les enfants avant l'an 2000. Par la suite, Sta-

Affiliations des auteurs

1. Initiative sur la santé de la population canadienne – Institut canadien d'information sur la santé; Département de sociologie et d'anthropologie, Université Carleton, Ottawa (Ontario)
2. Centre de la politique des soins de santé du Manitoba; Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

tistique Canada a indiqué que cette proportion était tombée sous le seuil de 10 % en 2007¹³, mais d'autres sources, comme l'OCDE, arrivent à un chiffre plus élevé en utilisant une autre méthode de calcul¹⁴.

La situation des enfants autochtones est encore pire. En 2006, environ la moitié des enfants autochtones de moins de six ans vivant en milieu urbain, et le quart de ceux qui vivaient en milieu rural, grandissaient dans des familles à faible revenu¹⁵. Le seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada ne s'applique pas dans les Territoires ni dans les réserves, mais nous savons que la pauvreté et les phénomènes connexes sont courants là aussi.

Que savons-nous de la nature de la relation entre les inégalités sociales et les iniquités en santé? Autrement dit, quels sont les facteurs modifiables que l'on peut modifier? Dans la conclusion de son rapport, D^{re} Leitch réclame des changements audacieux pour que le Canada atteigne « le statut de chef de file mondial dans le domaine de la santé des enfants et des jeunes » (réf. 1, p. 67). Si l'on veut réduire les iniquités en santé chez les enfants, il semble clair que les facteurs développementaux, les expériences précoces et l'exposition à divers facteurs de risque dans la petite enfance offrent des possibilités pour la mise en œuvre et l'évaluation de mesures d'intervention.

La défavorisation matérielle peut directement affecter la santé de plusieurs façons : le revenu du ménage, par exemple, est lié à la qualité du logement, à la sécurité alimentaire et à la vulnérabilité aux effets de la chaleur et du froid. La défavorisation matérielle peut aussi compromettre la capacité de participer à la société par divers moyens, que la plupart d'entre nous prenons pour acquis : interagir avec ses parents, amis et voisins, prendre part à des activités qui ont une valeur économique ou sociale, s'impliquer en politique, pouvoir acheter des biens et des services... De plus, les zones géographiques moins aisées ont tendance à être caractérisées par leur accès relativement limité à des loisirs sains; de moins nombreux points de vente au détail pour les aliments sains; des fruits et légumes de moins bonne qualité et des prix plus élevés pour les aliments sains; moins de soins de santé primaires; un accès plus limité aux bibliothèques, aux musées et autres ressources culturelles; un air de moins bonne qualité; et un cadre de vie moins agréable sur le plan esthétique.

En plus de facteurs matériels comme ceux-ci, les milieux caractérisés par de faibles revenus et d'autres aspects de la défavorisation sont associés à des stressors psychosociaux qui induisent leurs propres réactions de stress psychobiologiques. Ces réactions de stress peuvent à leur tour mener à une plus grande vulnérabilité aux problèmes de santé^{16,17}. La « charge allostatique » est une mesure du stress cumulatif¹⁸. C'est une notion qui désigne « l'usure » de l'organisme causée par l'allostase (les systèmes d'adaptation au stress). À long terme, la charge allostatique peut entraîner des changements physiologiques – tout particulièrement au système immunitaire et au cerveau. Ceux-ci peuvent à leur tour entraîner la maladie par divers mécanismes biologiques^{19,20}.

Le stress est vu comme un facteur pouvant contribuer aux disparités socioéconomiques en santé^{19,21}, car bien que la plupart d'entre nous éprouvions du stress de sources diverses, les personnes aux ressources économiques limitées ou qui sont désavantagées sur le plan social semblent être confrontées à davantage de stress au cours de leur vie. Cette exposition différentielle aux stressors signifie que les effets biologiques indésirables du stress chronique peuvent s'ac-

cumuler davantage chez les personnes de statut socioéconomique inférieur. Selon les conclusions d'une analyse documentaire¹⁹, le statut socioéconomique est associé à la fois à la fréquence des événements stressants dans la vie et aux réactions de stress¹⁹. Un SSE inférieur est susceptible d'être corrélé, par exemple, au fait de résider dans un milieu où la densité de population, le bruit, la criminalité et la pollution sont plus élevés, où l'accès aux ressources est plus limité et où la vie est souvent faite d'insécurité alimentaire et de précarité du logement.

Une étude récente confirme l'émergence d'écarts socioéconomiques dans la charge allostatique des enfants aussi jeunes que cinq ans²². Les enfants, en particulier les plus jeunes, peuvent souffrir de stress, car ils sont incapables de bien communiquer leurs sentiments. Ils sont aussi plus susceptibles d'être exposés à des événements ou des environnements sur lesquels ils n'ont aucun contrôle. En général, les enfants de familles à faible revenu éprouvent un plus large éventail de stressors (la faim, les logements surpeuplés, la violence dans leur quartier, les bouleversements familiaux, le stress parental et l'absence de structure et de routine dans le ménage) que les enfants des catégories de revenu plus élevées.

L'exposition au stress chronique dans la petite enfance peut avoir des effets délétères sur le développement du cerveau, effets qui peuvent être amplifiés si les enfants vivent dans des milieux peu stimulants sur le plan cognitif²³. Depuis quelques dizaines d'années, les chercheurs observent des écarts socioéconomiques dans le développement du cerveau et de la cognition des enfants et dans leurs accomplissements²⁴⁻²⁷; le gradient observé dans la santé est assorti d'un gradient parallèle dans le développement cognitif et comportemental de la petite enfance. Selon des études canadiennes, les écarts socioéconomiques dans le développement et les problèmes de comportement sont visibles dès l'âge de la maternelle¹¹.

Que pouvons-nous y faire? *Vers de nouveaux sommets* présente de nombreuses recommandations, largement approuvées par divers groupes, pour améliorer la santé des enfants au Canada. De toutes ces recommandations, D^{re} Leitch dégage cinq priorités d'action :

1. Élaborer une stratégie nationale de prévention des blessures;
2. Réduire l'obésité de l'enfance en créant un centre d'excellence sur l'obésité infantile;
3. Améliorer les services de santé mentale offerts aux enfants et aux jeunes du Canada;
4. Réaliser une étude longitudinale des cohortes afin d'amasser des données sur la santé des enfants et des jeunes du Canada pour mieux comprendre les facteurs environnementaux qui se répètent sur la santé des enfants;
5. Créer un bureau national de la santé des enfants et un poste de conseiller fédéral permanent. (réf. 1, p. iii)

Dans son discours du Trône de mars 2010, le gouvernement canadien s'est engagé à collaborer avec les organisations non gouvernementales au lancement d'une stratégie nationale de prévention des blessures chez les enfants. En 2007, le même gouvernement a créé la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), qui élabore aujourd'hui une stratégie en santé mentale dont l'un des comités consultatifs se concentre sur les enfants et les jeunes. On attend encore des réponses sur les trois autres aspects prioritaires. Les taux accrus d'obésité et de sédentarité, surtout, sont des enjeux qu'il faut aborder.

À l'exception de l'élargissement du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, de la surveillance de la tuberculose dans le Nord

et d'une meilleure coordination intergouvernementale en ce qui a trait à la santé des enfants autochtones, aucune recommandation ne vise spécifiquement à *réduire les iniquités* dans la santé des enfants. On pourrait agir de deux façons pour atteindre cet objectif : en réduisant la proportion d'enfants vivant dans des ménages à faible revenu et en créant des programmes complets de services éducatifs et de garde à l'enfance.

Au Canada, nous avons déjà réussi à réduire les taux de faible revenu. Vers la fin des années 1970, par exemple, près de 20 % des aînés du pays avaient un faible revenu – plus que tout autre segment de la population. Les régimes de rentes mis en place à l'époque ont permis une baisse soutenue de ce taux, qui s'établissait à un peu plus de 2 % en 2006. C'est maintenant le groupe où la fréquence du faible revenu est la plus basse au pays²⁸. De même, mais dans une moindre mesure, la redistribution des revenus en 2004 grâce à l'impôt sur le revenu et au transfert de revenu a contribué à réduire la fréquence du faible revenu chez les enfants; celle-ci est passée de 22 % (taux basé exclusivement sur le revenu marchand) à 13 %¹⁵. Selon une étude de l'OCDE sur l'efficacité des stratégies de réduction de la pauvreté chez les enfants, dans les pays développés, la stratégie la plus efficace consiste à atteindre un juste équilibre entre les approches axées sur la redistribution et celles axées sur l'emploi; un emploi à lui seul n'est pas toujours suffisant si ses gains ne permettent pas de se hisser au-dessus du seuil de faible revenu²⁹. Étant donné que les taux de faible revenu sont sensiblement plus élevés chez les enfants et les jeunes autochtones que chez les non-autochtones, il faut probablement accorder une attention particulière à ce groupe.

Il y a des signes de progrès. On a mis en œuvre des stratégies provinciales de réduction de la pauvreté ces dernières années, ainsi que des initiatives fédérales comme l'instauration de la Prestation universelle pour la garde d'enfants et du crédit d'impôt pour enfants. Comme nous l'avons mentionné, en 2007, la proportion d'enfants vivant dans une famille à faible revenu, selon Statistique Canada, avait baissé en deçà de 10 %. Depuis, bien sûr, la conjoncture économique a bien changé avec la récession que nous vivons depuis 2008.

Dans son article pour l'*Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, le chercheur de Harvard Jack Shonkoff présente l'argument suivant : « Les principes de base de la neuroscience indiquent qu'il est plus efficace et moins coûteux d'assurer des conditions favorables au développement des jeunes enfants que de tenter de remédier ultérieurement aux conséquences qui découlent d'une enfance difficile³⁰ ». Cette affirmation est appuyée par un rapport commandé par le ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences du Canada (RHDCC) sur les services éducatifs et de garde à l'enfance (SÉGE). Les auteurs observent une concordance remarquable dans les travaux publiés dans le monde : « Les services de garde ont pour effet de renforcer significativement les habiletés cognitives des enfants défavorisés, leur futur bien-être économique et leurs résultats sociaux [...] ». Ils constatent aussi que « les SÉGE ont pour effet d'améliorer les habiletés cognitives et le futur bien-être économique des enfants mieux nantis³¹ ». De plus, l'étude conclut que les avantages économiques des SÉGE sont largement supérieurs aux sommes investies dans ces programmes. L'importance des services éducatifs et de garde à l'enfance a déjà été soulignée par l'Organisation mondiale de la santé^{32,33} et dans le rapport final du Sous-comité du Sénat du Canada sur la santé des

populations publié en juin 2009³⁴. *Comblant le fossé en une génération*, le rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, par exemple, recommande que « Les gouvernements établissent une couverture universelle de sorte que tous les enfants, toutes les mères et toutes les personnes qui s'occupent d'enfants bénéficient d'un ensemble complet de programmes et de services de développement du jeune enfant de bonne qualité, indépendamment de la solvabilité des bénéficiaires » (réf. 32, p. 202).

Le présent article commençait par une réflexion sur l'importance du rapport de D^{re} Kellie Leitch dans le domaine de la santé des enfants et des jeunes au Canada – un rapport très utile pour l'élaboration de politiques. L'idée de ce numéro spécial de la *Revue canadienne de santé publique* était de développer cette contribution en mettant l'accent sur les déterminants sociaux de la santé et les iniquités en santé. Les articles rassemblés ici reflètent bien l'envergure et la qualité de la recherche canadienne sur cet aspect de la santé des enfants. Ensemble, ils constituent un apport considérable au débat sur les iniquités en santé des enfants et des jeunes et sur leurs déterminants.

Kershaw et coll. s'intéressent au coût économique de la vulnérabilité précoce évitable. Leur analyse des données de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) leur permet de conclure que plus de 25 % des enfants canadiens arrivent en maternelle en situation de « vulnérabilité » développementale. Cette vulnérabilité n'est pas également répartie : en Colombie-Britannique, par exemple, ses taux varient considérablement d'un district scolaire à l'autre. De plus, la vulnérabilité précoce peut influencer le reste de l'expérience scolaire et les débouchés professionnels, ce qui a des conséquences pour l'individu et pour la société. Puchala, Vu et Muhajarine font aussi appel à l'IMDPE pour mesurer la maturité scolaire des enfants qui entrent en maternelle. Ils s'intéressent plus particulièrement aux facteurs individuels et contextuels de cette maturité chez les enfants de Saskatoon qui ont l'anglais comme langue seconde.

L'étude de Tramonte et Willms s'intéresse à un groupe d'âge plus élevé en estimant la prévalence de l'anxiété chez les élèves des deux sexes et ses variations entre l'école intermédiaire et l'école secondaire. À l'aide des données du sondage *Tell Them from Me*, dont les indicateurs portent sur l'engagement, le bien-être et le milieu d'apprentissage des élèves, et en s'inspirant de la notion théorique du *Flow* (l'état de fluidité éprouvé lorsqu'il y a concordance entre le défi de la tâche et les compétences), ils jettent un éclairage sur les liens entre la confiance des élèves en leurs compétences et leurs niveaux d'anxiété. Analysant la santé des adolescents dans la perspective élargie de l'environnement social, Elgar, Trites et Boyce concluent que le capital social – déterminé ici selon une échelle en cinq points élaborée pour les besoins de l'étude « Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire » – atténue considérablement les écarts de SSE dans les résultats de santé physique et psychologique. Des constatations comme celles-ci font ressortir la pertinence du sentiment d'appartenance communautaire et du soutien social pour résoudre les inégalités sociales et en santé.

Brownell et coll. explorent dans une perspective temporelle l'aspect relativement méconnu des écarts socioéconomiques dans les hospitalisations d'enfants à la suite de blessures. Leur analyse des données du Manitoba montre que derrière une chute importante du nombre d'hospitalisations à la suite de blessures entre 1986 et 2006 se cache un gradient socioéconomique croissant. Ce phéno-

mène, par lequel une diminution générale est assortie d'un creusement des écarts dans le statut socioéconomique, souligne l'utilité de mieux comprendre les déterminants sociaux des blessures et d'autres indicateurs importants de la santé des enfants. Au Canada, le pourcentage d'enfants et de jeunes en surpoids ou obèses a énormément augmenté au cours des quelque 25 dernières années. Les conséquences sociales de ce changement et les coûts qu'il entraîne pour le système de santé restent à déterminer. Dans leur étude, présentée dans ce numéro, Simen-Kapeu et Veugelers observent un gradient social du surpoids chez les enfants, ainsi qu'un gradient de l'encouragement parental à l'alimentation saine et à l'activité physique.

Ensemble, les articles de ce supplément font ressortir l'importance des facteurs sociaux en tant que déterminants de la santé et du développement des enfants. Ils apportent donc des précisions utiles aux idées présentées dans le rapport *Vers de nouveaux sommets* et constituent des ressources précieuses pour les personnes qui travaillent à améliorer la santé de toute la population canadienne.

RÉFÉRENCES

- Leitch K. *Vers de nouveaux sommets – Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes*. Ottawa, Santé Canada, 2007.
- Veenstra G, Kelly S. Comparing objective and subjective status: Gendered and urban/rural differences. *Health and Place* 2007;13(1):57-71.
- Department of Health and Social Security (DHSS). *Inequalities in Health: Report of a Working Group*. Londres, DHSS, 1980.
- Marmot MG. Social differentials in health within and between populations. *Daedalus* 1994;123:197-216.
- Luo Z-C, Wilkins R, Kramer MS, au nom du Groupe d'étude de la santé foetale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: A population-based study. *JAMC* 2006;174:1415-20.
- Brownell M, Friesen D, Mayer T. Childhood injury rates in Manitoba. *Rev can santé publique* 2002;93(Suppl.2):S50-S55.
- Paul-Sen Gupta R, de Wit ML, McKeown D. The impact of poverty on the current and future health status of children. *Paediatr Child Health* 2007;12(8):667-72.
- Case A, Lubotsky D, Paxson C. Economic status and health in childhood: The origins of the gradient. *Am Econ Rev* 2002;92:1308-34.
- Currie J, Stabile M. Socioeconomic status and child health: Why is the relationship stronger for older children? *Am Econ Rev* 2003;93:1813-23.
- Kohen DE, Brooks-Gunn J, Leventhal T, Hertzman C. Neighborhood income and physical and social disorder in Canada: Associations with young children's competencies. *Child Development* 2002;73(6):1844-60.
- Thomas EM. *La disposition à apprendre à l'école pour les jeunes de cinq ans au Canada*. Série de documents de recherche sur les enfants et les jeunes, Statistique Canada, 2006 (consulté le 15 mai 2010). Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-599-m/89-599-m2006004-fra.htm>.
- Fleury D. Les enfants à faible revenu. *L'emploi et le revenu en perspective* 2008;9(5); Statistique Canada, n° 75-001-X au catalogue (consulté le 15 mai 2010). Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2008105/pdf/10578-fra.pdf>.
- Conference Board du Canada. *Child Poverty*. 2009 (consulté le 15 mai 2010). Sur Internet : <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/society/child-poverty.aspx>.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *Croissance et inégalités : Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE*. Éditions de l'OCDE, 2008.
- Statistique Canada. *L'Enquête sur les enfants autochtones, 2006 : la famille, la collectivité et la garde des enfants*. Ottawa, Ministère de l'Industrie, 2008.
- Brunner E, Marmot MG. Social organization, stress and health. In: Marmot M, Wilkinson RG (éd.), *Social Determinants of Health* 2^e édition. Oxford, Oxford University Press, 2006.
- Kuper H, Marmot M, Hemingway H. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary disease: A systematic review. *Semin Vasc Med* 2002;2:267-313.
- McEwen B. Sex, stress and the hippocampus: Allostasis, allostatic load and the aging process. *Neurobiology of Aging* 2002;23:921-39.
- Baum A, Garofalo JP, Yali AM. Socioeconomic status and chronic stress: Does stress account for SES effects on health? *Ann NY Acad Sci* 1999;896:131-44.
- Kelly S, Hertzman C, Daniels M. Searching for the biological pathways between stress and health. *Annu Rev Public Health* 1997;18:437-62.
- Lantz PM, House JS, Mero RP, Williams DR. Stress, life events, and socioeconomic disparities in health: Results from the Americans Changing Lives Study. *J Health Soc Behav* 2005;46(3):274-88.
- Seeman T, Epel E, Gruenewald T, Karlamangla A, McEwen BS. Socioeconomic differentials in peripheral biology: Cumulative allostatic load. *Ann NY Acad Sci* 2010;1186:223-39.
- Kishiyama MM, Boyce WT, Jimenez AM, Perry LM, Knight RT. Socioeconomic disparities affect prefrontal function in children. *J Cognitive Neuroscience* 2009;21(6):1106-15.
- Hackman DA, Farah MJ. Socioeconomic status and the developing brain. *Trends in Cognitive Sciences* 2009;13(2):65-73.
- Ferguson HB, Bovaird S, Mueller MP. The impact of poverty on educational outcomes for children. *Paediatr Child Health* 2007;12(8):701-6.
- Janus M, Duku E. The school entry gap: Socioeconomic, family, and health factors associated with children's school readiness to learn. *Early Education and Development* 2007;18(3):375-403.
- Farah MJ, Shera DM, Savage JH, Betancourt L, Gianetta JM, Brodsky NL, et al. Childhood poverty: Specific associations with neurocognitive development. *Brain Research* 2006;1110(1):166-74.
- Statistique Canada. *Annuaire du Canada, 2008*. Ottawa, Statistique Canada.
- Whiteford P, Adema W. *What Works Best in Reducing Child Poverty: A Benefit or Work Strategy?* Documents de travail de l'OCDE sur les affaires sociales, l'emploi et les migrations, n° 51. Paris, OCDE, 2007. (Résumé disponible en français sur www.oecd.org/LongAbstract/0,3425,fr_2649_33933_38218627_119684_1_1_1,00.html)
- Shonkoff JP. Investir dans le développement des jeunes enfants pour établir les bases d'une société prospère et durable. In : Tremblay RE, Peters DT.P., Boivin M, Barr RG (éd.). *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, Montréal, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 2009 (consulté le 15 mai 2010). Sur Internet : <http://www.enfant-encyclopedie.com>.
- Conseil sectoriel des ressources humaines des services de garde à l'enfance. *Comprendre la pénurie de main-d'œuvre dans les services éducatifs et de garde à l'enfance (SÈGE) et y faire face : une analyse bibliographique sur les effets socio-économiques des services de garde et avantages nets*. Ottawa, le Conseil, 2009.
- Organisation mondiale de la santé. *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève, OMS, 2008.
- Organisation mondiale de la santé. *Early Child Development: A Powerful Equalizer*. Genève, OMS, 2007 (en anglais seulement).
- Canada. Parlement. Sénat. Sous-comité sur la santé des populations. *Un Canada en santé et productif*. Ottawa, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2009.