

Chapitre 7

Conclusion générale

Brigitte Bédard

Institut de recherche sur la santé des populations
Université d'Ottawa

Hélène Desrosiers

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

Brigitte Lachance

Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Lise Dubois

Institut de recherche sur la santé des populations
Université d'Ottawa

Menée au printemps 2002 avec la collaboration d'experts québécois du réseau de la santé et des services sociaux et des universités, l'*Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans* permet de produire, pour la première fois au Québec, des estimations fiables sur divers aspects de l'alimentation des enfants avant leur entrée dans le système scolaire. L'enquête constitue une première au Québec non seulement sur le plan de l'âge de la population visée mais aussi en ce qui a trait à la collecte des données réalisée en partie dans les milieux de garde fréquentés par les enfants. Rappelons que l'enquête a été menée dans le cadre d'une étude plus vaste, l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, et que la population visée exclut les enfants nés hors Québec (environ 4 % de la population des enfants québécois de 4 ans), soit des immigrants récents pour lesquels les habitudes alimentaires pourraient différer.

Cette synthèse vise d'abord à passer en revue les principaux résultats exposés dans les chapitres précédents. Afin de mettre en contexte les données sur la nutrition, on y présente un bref portrait du milieu de vie des enfants ainsi que de leur état de santé, incluant la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez cette jeune population. On y dresse également un bilan des apports nutritionnels et des consommations alimentaires en fonction des recommandations actuelles pour ensuite se pencher sur certaines habitudes et comportements alimentaires ainsi que sur divers aspects du contexte des repas. Bien que certains éléments de réflexion pour la recherche et l'action soient évoqués tout le long du texte,

l'avant-dernière section s'attarde plus longuement aux diverses possibilités d'analyse que recèlent les données de l'enquête. En guise de conclusion, un cadre général dans lequel pourraient s'insérer les interventions visant l'amélioration des habitudes alimentaires des jeunes enfants est exposé.

7.1 Synthèse des résultats

♦ Le milieu de vie des enfants

Durant la période préscolaire, les habitudes et les comportements alimentaires des enfants sont en grande partie acquis en milieu familial. Étant encore les principales responsables de la planification et de la préparation des repas dans la majorité des ménages québécois, les mères jouent un rôle central à cet égard. Par ailleurs, de nombreux enfants sont appelés à prendre des repas en milieu de garde. Aussi, s'avèrait-il important de dresser un bref portrait du cadre de vie des enfants québécois de 4 ans lorsque l'enquête de nutrition a été réalisée.

Les données révèlent qu'environ 80 % des enfants visés par l'enquête vivaient, en 2002, avec leurs deux parents biologiques et qu'une proportion semblable avait des frères ou des sœurs, la plupart du temps plus âgés qu'eux. Environ un sur sept (14 %) avait une mère née à l'extérieur du Canada, le plus souvent dans un pays non européen. Peu importe leur pays d'origine, la majorité des mères immigrantes (60 %) vivaient au Canada depuis au moins dix ans et étaient donc susceptibles

d'avoir adopté certaines habitudes alimentaires de leur pays d'adoption.

Au chapitre des conditions socioéconomiques, les données de l'enquête ont mis en évidence la proportion non négligeable d'enfants dont la mère n'a pas complété un diplôme d'études secondaires (16 %) alors qu'à l'opposé, 27 % d'entre eux ont une mère possédant un diplôme universitaire. Par ailleurs, environ un enfant de 4 ans sur cinq (19 %) vivait en 2002 dans une famille dont le revenu annuel brut au cours de l'année précédant l'enquête était inférieur à 30 000 \$, soit un revenu pouvant être considéré faible.

◆ **Le milieu de garde... largement fréquenté**

Le milieu de garde fait également partie du quotidien de bon nombre d'enfants québécois. En effet, parmi les enfants de 4 ans visés par l'enquête, environ 7 sur 10 fréquentaient un milieu de garde de façon régulière, dans la majorité des cas à l'extérieur du foyer. À ce titre, les données révèlent que 68 % des enfants ont pris au moins un repas principal dans un milieu de garde hors du foyer, au cours d'une période de référence de sept jours, le plus souvent des dîners.

Compte tenu de l'importance de l'environnement de garde dans la vie de nombreux enfants, il s'avère d'autant plus essentiel de s'assurer de la qualité de l'alimentation qui y est offerte et de voir à ce que les intervenants qui y œuvrent travaillent de concert avec les parents afin de favoriser l'acquisition de saines habitudes en matière d'alimentation chez les enfants. De telles actions concertées sont incontournables dans le cas de problématiques comme les allergies alimentaires, lesquelles affecteraient, selon les parents, 6 % des enfants québécois de 4 ans, bien que seulement la moitié de ces enfants aient reçu un diagnostic médical à ce sujet. Dans de tels cas, les interventions pourraient viser non seulement à informer les intervenants et les familles concernés quant aux stratégies à mettre en place afin de prévenir les réactions allergiques graves pouvant être associées à différents aliments (ex. : arachides), mais aussi à leur apporter les ressources et le soutien dont ils ont besoin, notamment sur le plan de l'information, afin de les guider dans les choix d'aliments et dans les préparations alimentaires destinées aux enfants.

◆ **Et la santé des enfants?**

Si globalement la grande majorité des enfants sont perçus comme étant en excellente ou en très bonne santé (91 %), ils n'en sont pas moins exempts de certains problèmes de santé mineurs pouvant être associés à leurs conditions de vie et, en particulier, à leurs habitudes alimentaires (Alaimo et autres, 2001). Les données révèlent qu'environ les deux tiers des enfants (67 %) ont vécu au moins un épisode d'infection dans les trois mois qui ont précédé l'enquête. On note qu'environ 4,8 % en ont eu au moins trois. Selon l'information fournie par les parents, au cours de cette même période, 2,1 % des enfants, garçons ou filles, ont fait une crise d'asthme tandis qu'une proportion très faible d'enfants a reçu un diagnostic d'anémie (0,4 %). Par ailleurs, dans les six mois précédant l'enquête, 45 % des enfants ont pris au moins un traitement aux antibiotiques.

Il est bien connu que l'activité physique contribue au développement sain des enfants et joue un rôle clé dans le maintien de l'équilibre énergétique. Bien qu'on ne dispose pas, au volet 2002 de l'ÉLDEQ, de mesures objectives de l'activité physique des enfants, les données recueillies révèlent que la grande majorité des enfants visés par l'enquête auraient, aux dires de leurs parents, un degré d'activité physique comparable (69 %) ou supérieur (28 %) à celui de leurs pairs. De façon générale, les garçons seraient proportionnellement plus nombreux que les filles à être perçus comme ayant un niveau d'activité physique supérieur à celui des autres enfants de leur âge et de leur sexe (32 % c. 24 %).

◆ **Environ un enfant sur sept présente un surpoids à 4 ans**

En ce qui a trait au poids corporel, l'analyse des données basée sur des critères internationaux (Cole et autres, 2000) révèle que 10 % des enfants québécois de 4 ans présentent de l'embonpoint tandis que 3,8 % sont considérés obèses. L'enquête a par ailleurs permis d'identifier certaines caractéristiques sociodémographiques des enfants affichant un surpoids (embonpoint ou obésité). Ainsi, on constate que les enfants de 4 ans dont la mère est immigrante non européenne de même que ceux vivant dans un ménage à faible revenu ont davantage tendance à présenter un surpoids.

Conformément à ce que l'on observe dans d'autres pays occidentaux (Baur, 2005), la présente enquête révèle que bon nombre de parents d'enfants ayant un surplus de poids ne perçoivent pas leur enfant comme tel. Plus précisément, parmi les enfants québécois de 4 ans présentant un problème d'embonpoint ou d'obésité, la majorité (soit 89 % et 54 %) sont perçus par leur parent comme ayant un poids normal et même, dans certains cas, comme étant maigres ou minces. On peut penser qu'un poids plus élevé chez les enfants est considéré par plusieurs parents comme faisant partie des normes. Pour les parents d'enfants d'âge préscolaire, interviendraient aussi peut-être la peur de stigmatiser l'enfant ou l'idée que le surpoids, à ce jeune âge, est un signe positif de croissance ou encore un problème temporaire (persistance de la « graisse de bébé ») qui se réglera de lui-même (Baur, 2005).

À cet égard, bien que plusieurs études montrent une certaine persistance de l'obésité dans le temps, il ne faut pas perdre de vue que l'embonpoint peut être un phénomène transitoire lié à la croissance d'un enfant. Ainsi, à partir des données de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ), on a constaté que, sur une période de quatre ans, soit entre 1994-1995 et 1998-1999, 56 % de tous les enfants avaient présenté de l'embonpoint durant au moins une année, alors que seulement 10 % affichaient un embonpoint persistant (Statistique Canada, 2002).

Aussi, si dans une optique de prévention de l'obésité, l'idée d'intervenir tôt est séduisante, il faut cependant que l'intervention soit faite de façon judicieuse. Certains auteurs recommandent d'attendre l'âge de 3 ans (Barlow et Dietz, 1998; Basdevant et autres, 1998) alors que l'Organisation mondiale de la santé suggère plutôt d'attendre jusqu'à l'âge de 6 ans (WHO, 2000). Il faut garder en tête que le fait d'apposer de façon inappropriée une étiquette d'« obèse » à un enfant peut causer un tort irréparable à son estime de soi (Barlow et Dietz, 1998). De plus, le réflexe le plus naturel d'un parent préoccupé par le poids de son enfant est de lui imposer des contraintes quantitatives ou qualitatives plutôt que de réorganiser l'alimentation de toute la famille, ce qui est généralement recommandé (Barlow et Dietz, 1998). Or, le style parental relativement à l'alimentation a été identifié comme un élément clef, tant sur le plan de la prévention que du traitement de l'obésité (Faith et autres, 2004; Golan et Crow, 2004) et, bien que cela puisse sembler paradoxal, les

comportements restrictifs des parents à l'endroit de l'alimentation de leurs enfants semblent entraîner l'effet contraire, à savoir le goût pour les aliments gras et sucrés, la surconsommation et le gain de poids (Faith et autres, 2004). Aussi, l'intervention de nature préventive ou curative, bien que souhaitable, doit être faite avec un grand doigté (Mongeau, 2003).

♦ **L'insécurité alimentaire touche environ un enfant québécois de 4 ans sur 10**

Selon les données de l'enquête, environ 11 % des enfants québécois de 4 ans visés par l'étude appartiennent à un ménage touché par l'insécurité alimentaire, c'est-à-dire par la monotonie du régime, le manque de nourriture ou le fait de ne pouvoir prendre des repas équilibrés en raison d'un manque d'argent. Dans les ménages à faible revenu, environ un enfant de 4 ans sur trois est concerné par l'une ou l'autre de ces situations. Par ailleurs, dans 3,9 % des ménages, il est arrivé au moins une fois au cours de l'année précédente qu'un des membres présents, dans la plupart des cas un adulte, ne mange pas suffisamment en raison de problèmes financiers.

Même si les enfants sont souvent les derniers à manquer de nourriture, puisque les adultes tendent à se priver pour les protéger, les enfants de 4 ans vivant dans un ménage ayant connu l'insécurité alimentaire sont moins souvent perçus par leur parent comme ayant des habitudes alimentaires excellentes ou très bonnes. Ils sont aussi moins susceptibles d'être considérés en excellente santé. Plus précisément, les données révèlent que les enfants de 4 ans vivant dans un ménage où une situation d'insécurité alimentaire a été rapportée sont significativement plus nombreux, toutes proportions gardées, à présenter un surplus de poids (21 % c. 13 % pour les autres enfants). Ces résultats suggèrent que l'accès à une variété d'aliments sains ainsi qu'à un environnement favorable à la pratique d'activités physiques pourrait être plus limité pour certains enfants (Evers et Hooper, 1995; Luder, Melnik et DiMaio, 1998; Nelson, 2000). Ils mettent en évidence l'importance des programmes de lutte contre la pauvreté et, plus précisément, la pertinence de politiques alimentaires favorisant l'accès à une alimentation nutritive à prix abordable.

◆ **Les apports en énergie et en nutriments : il y a place à l'amélioration**

Si l'analyse des apports habituels en énergie et en nutriments des jeunes enfants québécois a permis de mettre en évidence certains aspects plutôt positifs, elle vient aussi mettre en lumière certains déséquilibres qui méritent d'être considérés.

En ce qui concerne les apports énergétiques, les données de l'enquête révèlent que la valeur médiane équivaut, dans l'ensemble, aux besoins en énergie estimés pour des enfants québécois de 4 ans considérés actifs (IOM, 2002). Il n'est cependant pas possible d'évaluer si les apports correspondent bien aux besoins de chaque enfant. Par contre, la prévalence de surpoids au sein de cette population (14 %) nous donne l'indication que, pour certains enfants, l'équilibre énergétique n'est pas au rendez-vous et que, dans ces cas, les apports dépassent les besoins. Par ailleurs, bien qu'aucune différence selon le sexe n'ait été observée en ce qui concerne le surpoids, les garçons affichent tout de même des apports en énergie plus élevés que les filles. Leurs besoins sont évidemment plus grands, compte tenu de leur poids et de leur taille supérieurs. Leur niveau d'activité physique pourrait également être un peu plus élevé dans l'ensemble, si l'on se fie à l'information rapportée par les parents, comme déjà évoqué.

Il demeure que les apports en énergie doivent être suffisants pour assurer des apports en nutriments qui permettent de combler les besoins des jeunes enfants pour leur croissance et leur développement. Or, dans le cas des macronutriments pour lesquels des besoins moyens estimatifs (BME) ont été établis, soit les protéines et les glucides, on observe que la proportion d'enfants québécois de 4 ans ayant des apports en deçà de leurs besoins individuels est pratiquement nulle. De même, en ce qui concerne les micronutriments, les risques d'apports insuffisants apparaissent minimes pour la majorité des vitamines et minéraux examinés. Il convient toutefois de souligner que 6 % des filles et 2 % des garçons de 4 ans ont des apports en folate inférieurs aux besoins moyens estimatifs établis pour des enfants de cet âge. Cela suggère que la consommation d'aliments riches en folate, comme les fruits et les légumes ou les produits céréaliers enrichis mériterait d'être encouragée chez les jeunes enfants, en particulier chez les filles.

Pour certains nutriments, les besoins ne sont pas aussi clairement établis et il peut s'avérer plus difficile de se prononcer sur le risque d'apports insuffisants au sein de la population à l'étude. Dans la présente enquête, cela s'est avéré être le cas, entre autres, pour les acides gras essentiels dont les apports médians se sont révélés légèrement inférieurs à la valeur nutritionnelle de référence (apport suffisant ou AS), sauf pour ce qui est de l'acide α -linoléique, chez les garçons. Ce résultat suggère néanmoins que, pour certains enfants, les apports en acides gras essentiels pourraient ne pas être adéquats. Il en va de même pour les apports en fibres, dont la valeur médiane, dans ce cas-ci, est de beaucoup inférieure à la valeur de référence (AS). En fait, même en tenant compte d'une recommandation américaine moins stricte (ADA, 2002), 29 % des garçons et 38 % des filles auraient des apports pouvant être considérés faibles.

Certaines recommandations ont par ailleurs été émises en ce qui concerne la part que devraient occuper les principaux macronutriments (protéines, lipides et glucides) dans l'ensemble des apports en énergie. Ces fourchettes de valeurs acceptables de macronutriments (FDAM) constituent en quelque sorte des guides pour assurer des apports suffisants, tout en minimisant les risques de maladies chroniques (ex. : maladies cardiovasculaires) pouvant être associés à des apports trop élevés. Les données de l'enquête révèlent que, pour une majorité d'enfants, il y a un bon équilibre dans les contributions des principaux macronutriments aux apports en énergie. S'il est vrai qu'un certain nombre d'enfants (9 % des garçons et 7 % des filles) ont des apports en lipides jugés élevés (> 35 % de l'apport en énergie), c'est surtout au chapitre de l'équilibre des types d'acides gras que la situation mérite une attention particulière. En effet, pour une majorité d'enfants (81 % des garçons et 88 % des filles), les apports en acides gras saturés peuvent être considérés élevés (> 10 % de l'apport en énergie) alors qu'inversement, pour bon nombre d'enfants (65 % des garçons et 78 % des filles), les apports en acides gras polyinsaturés paraissent faibles (< 5 % de l'apport en énergie).

Fait à noter, dans la présente enquête, les filles sont plus nombreuses, toutes proportions gardées, à avoir des apports en gras saturés jugés élevés et des apports en gras polyinsaturés et en fibres considérés faibles. De tels résultats, plus défavorables chez les filles, mériteraient certainement d'être examinés de façon plus approfondie.

Enfin, en ce qui concerne les micronutriments spécifiquement, compte tenu que les risques d'apports insuffisants apparaissent, somme toute, plutôt faibles, la prise de suppléments de vitamines et de minéraux n'apparaît pas requise pour la grande majorité des enfants québécois de 4 ans. Or, les données de la présente enquête indiquent que 28 % des enfants de 4 ans avaient pris au moins un supplément au cours des dernières 24 heures, le plus souvent un supplément de multivitamines et de minéraux, tandis que près de la moitié des enfants (48 %) en avaient consommé au cours du mois précédant l'enquête. Il pourrait donc s'avérer pertinent de sensibiliser les parents et les différents milieux concernés à l'importance de miser sur une alimentation saine et équilibrée plutôt que sur la prise de suppléments de vitamines et de minéraux.

◆ **Les consommations alimentaires : promouvoir l'équilibre et la variété**

Si la grande majorité (93 %) des enfants de 4 ans ont des habitudes alimentaires jugées de bonnes à excellentes par leur parent, un examen attentif des consommations alimentaires rapportées laisse entendre qu'il y a tout de même place à amélioration quant à certains choix en matière d'alimentation.

Ainsi, une proportion non négligeable d'enfants ont des apports en deçà des suggestions du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (GAC) en ce qui concerne les viandes et leurs substituts, les produits laitiers et les légumes et fruits. Plus précisément, 61 % des enfants ont des consommations habituelles de viandes et substituts inférieures au minimum suggéré, équivalant à 2 portions par jour. De même, 52 % des enfants consomment, sur une base quotidienne, moins de 2 portions de produits laitiers, soit la quantité minimale suggérée. Du côté des légumes et fruits, on estime qu'au moins un enfant sur cinq (21 %) ne consomme pas quotidiennement 2,5 portions, soit une quantité jugée minimale pour ce groupe alimentaire si l'on considère que la taille d'une portion « pour enfants » peut représenter entre la moitié et une portion suggérée dans le GAC (Santé Canada, 1995). Au chapitre des principales différences notées selon le sexe, soulignons que les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à ne pas consommer le nombre minimal de portions de viandes et de leurs substituts proposé dans le GAC (71 % c. 51 %).

Dans une perspective d'alimentation globale, l'équilibre et la variété demeurent des mots clés. À cet égard, il est clairement démontré que le fait d'être exposé, tôt dans l'enfance, à une diversité de goûts et de textures favorise l'acceptation d'une plus grande variété d'aliments plus tard dans la vie (Birch et Fisher, 1998; Skinner et autres, 2002). Or, bien que les apports en plusieurs nutriments apparaissent adéquats pour une majorité d'enfants, certaines lacunes demeurent. Ainsi, et sans compromettre les acquis, certains choix, à l'intérieur des différents groupes, mériteraient une plus grande place dans l'alimentation des jeunes enfants.

- *Opter pour des produits céréaliers à grains entiers*

Selon les données de l'enquête, les enfants québécois de 4 ans misent davantage sur des produits céréaliers non à grains entiers, mais enrichis, comme le reflète l'importance de ce groupe d'aliments en tant que source de nombreux micronutriments. Aussi, pour augmenter leur apport en fibres alimentaires, les enfants auraient davantage à consommer plus de produits à grains entiers.

- *Consommer des produits laitiers tout en misant sur ceux ayant une teneur en gras moins élevée*

En ce qui concerne le groupe des produits laitiers, les enfants consomment principalement du lait et des boissons à base de plantes enrichies, lesquels représentent aussi, généralement, une source importante de vitamine D. Il convient tout de même de souligner que l'ensemble des autres produits laitiers contribue aussi de façon substantielle aux apports en de nombreux nutriments. Or, ce groupe alimentaire, et en particulier le lait (incluant ici les boissons à base de plantes enrichies), représente la principale source de calcium dans l'alimentation des enfants québécois de 4 ans. Bien que la prévalence d'apports insuffisants en calcium ne peut être évaluée avec précision, il demeure que les enfants dont la consommation de produits laitiers est faible auront plus de difficulté à combler leurs besoins en ce nutriment qui joue un rôle particulièrement important dans la croissance et la santé des os et des dents. Par contre, l'enquête a aussi révélé que ce groupe alimentaire représente la principale source de gras saturés dans l'alimentation des jeunes enfants (48 %). Compte tenu de l'importance des produits laitiers pour leur santé nutritionnelle, il pourrait ainsi s'avérer judicieux de privilégier les aliments de ce groupe ayant une teneur

moins élevée en gras, dont le lait partiellement écrémé et le yogourt.

- *Consommer une variété de légumes et de fruits et veiller à ce que la consommation de jus ne se fasse pas au détriment de la consommation des légumes et des fruits*

Généralement faibles en gras et riches en fibres, les légumes et les fruits regorgent de substances et de nutriments importants pour la croissance et la santé. Une plus grande consommation de ces aliments s'avère donc une bonne habitude à favoriser dès le jeune âge. Cependant, les données de l'enquête révèlent que parmi l'éventail de choix disponibles dans ce groupe alimentaire, les jus de fruits occupent une place relativement importante dans l'alimentation des jeunes enfants québécois. Plus précisément, les données relatives aux fréquences de consommation des liquides indiquent qu'environ un enfant québécois de 4 ans sur cinq (22 %) consomme des jus de fruits au moins trois fois par jour. De façon générale, il serait important d'encourager la consommation d'une variété de légumes et de fruits et d'en profiter pour inclure davantage de choix riches en fibres.

- *Faire plus de place aux poissons, aux légumineuses et aux noix et graines*

Selon les données de l'enquête, parmi les aliments du groupe des viandes et substituts, ce sont surtout les viandes, les volailles et les viandes transformées qui contribuent le plus aux apports énergétiques et nutritionnels. À l'inverse, les poissons ainsi que les légumineuses, noix et graines apparaissent, dans l'ensemble, peu consommés. Ces derniers mériteraient d'occuper une plus grande place dans l'alimentation des jeunes enfants, ce qui pourrait, entre autres, contribuer à un meilleur équilibre des apports en différents acides gras. Soulignons que la part des divers aliments du groupe des viandes et substituts dans l'alimentation des jeunes enfants peut être influencée par certaines pratiques en matière d'alimentation, comme le végétarisme. Sans pouvoir préciser la proportion de végétariens stricts, les données de l'enquête permettent d'estimer à 4,6 % la proportion d'enfants qui ont une alimentation de type végétarien, que ce soit à la maison ou en milieu de garde.

- *Revoir la part des « Autres aliments »*

L'enquête a par ailleurs révélé que les « **Autres aliments** » occupent aussi une part non négligeable des apports en énergie et en certains nutriments des enfants québécois de 4 ans. S'il est vrai que quelques-uns de ces produits peuvent être enrichis de divers nutriments, ces aliments ont, pour la plupart, une teneur élevée en gras (et en gras saturés et en gras trans notamment) ou en sucre ou en sel et leur densité nutritionnelle demeure faible dans l'ensemble. Conformément aux suggestions du GAC, la consommation de ces aliments appelle à la modération, afin qu'ils ne prennent pas la place d'autres aliments plus nutritifs appartenant aux quatre principaux groupes alimentaires.

Cela apparaît particulièrement vrai pour ce qui est de la consommation de boissons gazeuses et de boissons à saveur de fruits. Bien que plusieurs enfants (15 %) ne se voient pas offrir ces boissons sucrées parce qu'elles sont perçues par certains parents comme étant moins favorables à la santé ou de faible valeur nutritive, il n'en demeure pas moins qu'environ un enfant sur cinq (20 %) consomme des boissons à saveur de fruits, des boissons gazeuses ou encore des boissons pour sportifs sur une base quotidienne, dans certains cas (9 % de l'ensemble des enfants), à raison de trois fois ou plus par jour. Aussi, les enfants auraient-ils davantage à étancher leur soif en prenant l'habitude de boire de l'eau, ce qui ne semble pas encore acquis pour plusieurs. En effet, 17 % des enfants n'en consommeraient pas tous les jours.

◆ **Certains comportements et habitudes alimentaires à surveiller**

La première enfance constitue une période cruciale où se développent diverses habitudes, dont certaines pourraient persister avec les années. À ce sujet, l'analyse des données a révélé d'abord que l'habitude de déjeuner apparaît plutôt bien ancrée au sein de la population des enfants québécois de 4 ans visés par l'enquête. En effet, la plupart d'entre eux (92 %) prennent un petit déjeuner tous les matins. Au-delà de ce constat général, les données indiquent toutefois qu'environ 16 % des enfants seraient difficiles à l'égard de la nourriture, 11 % mangeraient à des heures irrégulières et environ 23 % mangeraient trop ou trop vite, selon l'information fournie par leurs parents. Soulignons que la tendance à manger trop vite

s'observerait davantage chez les garçons que chez les filles.

Par ailleurs, conformément à ce qui est observé dans diverses études (Birch et Fisher, 1998; Ortega et autres, 1998), certains comportements ou habitudes moins favorables sont plus souvent notés chez les enfants présentant un excès de poids (embonpoint et obésité), notamment le fait de manger trop ou trop vite, ou encore le fait de ne pas déjeuner tous les matins. À cet égard, favoriser l'accès à un déjeuner nourrissant et équilibré pourrait faire partie des stratégies visant à réduire les problèmes de surpoids chez les jeunes enfants, en particulier dans les milieux défavorisés où les enfants sont relativement plus nombreux à ne pas déjeuner tous les matins.

◆ **Les repas en famille : un climat parfois tendu**

Le climat dans lequel se déroulent les repas en famille constitue un élément clé dans l'apprentissage de saines habitudes alimentaires. Les repas devraient constituer des occasions agréables de passer du temps en famille. Selon Black (2003), les interventions en matière de nutrition devraient porter aussi sur l'aspect social des repas et viser à sensibiliser les parents à l'importance de promouvoir par l'exemple de nouveaux aliments, de prévoir des périodes adéquates pour les repas, d'organiser les repas à des heures relativement constantes et d'éviter les conflits pendant les repas. Or, les données de l'enquête révèlent que, pour plusieurs enfants, le climat lors des repas n'apparaît pas toujours très favorable, c'est-à-dire ne serait pas considéré agréable (31 %) ou donnerait lieu souvent à des disputes (16 %), que ce soit entre enfants ou entre parents et enfants. En fait, près d'un ménage sur 10 (9 %) où vivent les jeunes enfants visés par l'étude serait concerné par ces deux situations. Soulignons qu'il arrive plus fréquemment que le repas ne soit pas un moment agréable dans les ménages dont le revenu est faible ou moyen (moins de 60 000 \$) ainsi que dans ceux touchés par une situation d'insécurité alimentaire. Dans ce dernier cas, les disputes fréquentes lors des repas sont également plus souvent rapportées.

◆ **Un intrus : la télévision**

Les distractions telles que l'écoute de la télévision font en sorte que les enfants peuvent avoir du mal à se concentrer sur la nourriture qu'ils consomment (Black,

2003). Or, déjà à 4 ans, 42 % des enfants écoutent fréquemment ou très fréquemment la télévision pendant les repas, les garçons étant proportionnellement plus nombreux que les filles à prendre fréquemment leur repas devant le petit écran (30 % c. 25 %). Selon les données de l'enquête, l'habitude de consommer des repas devant la télévision serait relativement plus répandue dans les milieux moins favorisés sur le plan socioéconomique. Or, cette habitude apparaît préoccupante puisque l'écoute de la télévision lors des repas a été associée, chez les enfants de différents âges, à des profils d'alimentation moins favorables à la santé (Marquis, Filion et Dagenais, 2005; Boutelle et autres, 2003; Coon et autres, 2001; Matheson et autres, 2004) et pourrait aussi contribuer au risque de surpoids (Matheson et autres, 2004). C'est sans compter évidemment le fait que cette activité pourrait davantage représenter une entrave aux échanges et à l'apprentissage de toute la dimension sociale qui entoure l'acte alimentaire.

◆ **On va manger au restaurant?**

La consommation de repas provenant du secteur de la restauration est une réalité à laquelle n'échappent pas les jeunes enfants. En effet, les données ont révélé que, parmi les enfants québécois de 4 ans, environ 7 sur 10 (72 %) ont consommé au moins un repas provenant d'un restaurant au cours de la semaine précédant l'enquête, soit en allant manger au restaurant, soit en mangeant un repas du restaurant livré à domicile. Pour une proportion non négligeable (18 %) de cette population, la consommation de repas provenant d'un restaurant s'avère plutôt fréquente. Or, comparativement à ceux préparés à la maison, les repas du restaurant tendent à être plus pauvres en fibres et plus riches en gras saturés, en sucre et en sel (Guthrie, Lin et Frazao, 2002). Conjugués au bilan des apports en nutriments déjà dressé, ces constats suggèrent qu'il pourrait être pertinent d'intégrer cette question dans les interventions visant à favoriser des choix alimentaires sains dès le jeune âge. Dans cette veine, des actions pourraient être entreprises afin d'inciter le secteur de la restauration à offrir un plus large éventail de menus favorables à la santé et appétissants pour les enfants.

7.2 Quelques pistes de recherche à explorer

Ce premier portrait de l'alimentation des enfants québécois d'âge préscolaire ouvre la voie à d'autres analyses et à des pistes de recherche intéressantes qui n'ont pu être approfondies dans le cadre du présent rapport. Ainsi, il pourrait s'avérer pertinent d'examiner les profils de consommation alimentaire selon diverses caractéristiques sociodémographiques et économiques, comme la scolarité de la mère et le niveau de revenu des familles dans lesquelles vivent les enfants, et cela, afin de mieux cerner les actions à prioriser en matière d'alimentation auprès de cette jeune population. De même, les liens entre certains aspects du milieu de vie de l'enfant, qu'il s'agisse du milieu de garde ou encore du climat familial, et les apports alimentaires et nutritionnels mériteront d'être explorés.

Les données offrent aussi la possibilité de pousser l'analyse des comportements et des habitudes alimentaires durant la première enfance. En effet, cette période de la vie est sans contredit un moment de découverte sur le plan alimentaire, alors que se façonnent les attitudes et les préférences alimentaires. Or, il pourrait s'avérer intéressant d'examiner les apports alimentaires et nutritionnels des enfants selon qu'ils affichent ou non certains comportements, comme le fait d'être difficile ou de manger de façon irrégulière. Par ailleurs, le contenu des déjeuners, la question des collations ainsi que les attitudes par rapport aux légumes et fruits et aux pains à grains entiers, soit autant d'éléments qui ont été documentés dans le cadre de l'enquête mais qui n'ont pas été abordés dans ce rapport, pourront aussi faire l'objet d'analyses spécifiques.

Les connaissances en matière d'alimentation évoluant rapidement, il sera sûrement pertinent de mettre à jour les constats de la présente enquête à la lumière des suggestions du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, dont une nouvelle version est prévue pour 2006. Dans ce contexte, la question de la taille des portions pour de jeunes enfants méritera sans doute d'être réexaminée afin de faciliter la comparaison avec les recommandations en matière d'alimentation chez les jeunes enfants.

Enfin, des analyses comparatives avec des données d'enquêtes de nutrition recueillies, soit au Canada, en

l'occurrence dans le cadre de l'*Enquête sur la santé et dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de 2004, soit dans d'autres pays développés, pourraient également s'avérer utiles afin de mettre en perspective la situation alimentaire des enfants québécois.

Rappelons que l'enquête s'insère dans une étude de type longitudinal, ce qui en fait une source de données extrêmement riche pour approfondir certains liens entre l'alimentation, la santé et le développement des enfants. Ainsi, les données recueillies depuis la naissance des enfants pourront être mises à profit afin de mieux comprendre les déterminants et les conséquences de la consommation alimentaire et du surpoids chez les enfants ou encore de voir comment ces caractéristiques évoluent au fil des ans. À ce titre, soulignons que l'ÉLDEQ recueille annuellement des données sur l'alimentation (ex. : questionnaire de fréquence), sur le poids et la taille des enfants (mesurés ou déclarés selon les volets), sur leur santé et sur leur développement. Au chapitre de l'activité physique, on dispose de renseignements sur la pratique de loisirs sédentaires (télévision, jeux vidéo, ordinateur) et, à partir de l'âge de 5 ans, de certains éléments d'information permettant de mieux documenter la condition physique des enfants.

7.3 Des éléments de réflexion pour l'action

Plusieurs pistes d'intervention ont été évoquées dans les pages qui précèdent. De façon générale, les constats exposés font ressortir l'importance de mettre en place diverses actions, non seulement sur le plan individuel, mais aussi sur le plan des différents environnements dans lesquels les enfants sont appelés à grandir, si l'on souhaite améliorer les habitudes alimentaires, prévenir les problèmes d'obésité et favoriser un meilleur état de santé à court et à long termes.

En effet, plusieurs études ont démontré que les habitudes de vie, dont les habitudes alimentaires associées à l'apparition des maladies chroniques, se développent dès l'enfance (Berenson, Srinivasan et Nicklas, 1998; Kolbe, 2000; OMS, 2002, 2003). Selon l'OMS, une saine alimentation durant l'enfance joue un rôle important dans la prévention des maladies non transmissibles tout le long de la vie (OMS, 2004). Jusqu'à 50 % de la mortalité prématurée serait liée à l'alimentation (Robertson, Brunner et Sheilam, 1999) et on reconnaît que les modifications du comportement

alimentaire et des habitudes de vie faites en bas âge apportent des bénéfices considérables à l'âge adulte (Deckelbaum et autres, 1999).

En plus d'être associée à la santé physique, l'alimentation est liée au développement cognitif, aux troubles de comportement et à la performance scolaire (Center on Hunger, Poverty and Nutrition Policy, 1995; Hinton, Heimindinger et Foerster, 1990). Des enfants qui ne mangent pas suffisamment ou qui ont une alimentation pauvre en nutriments sont plus enclins à être malades, donc à s'absenter de l'école. Ils ont aussi plus de difficulté à se concentrer, ce qui interfère avec l'apprentissage (Troccoli, 1993; Food Research and Action Center, 1991).

Afin d'améliorer la qualité de l'alimentation des jeunes enfants, diverses actions peuvent être réalisées. Des organismes comme l'Ordre professionnel des diététistes du Québec recommandent, par exemple, que l'alimentation et la nutrition soient intégrées à la formation de base dès la petite enfance (OPDQ, 2004). Dans cette veine, au Québec comme ailleurs dans le monde, diverses activités sont mises sur pied dans les services de garde afin de faire découvrir aux enfants toute une variété d'aliments sains et de les initier à la production et à la préparation des aliments (ex. : visite de producteurs biologiques locaux, initiation au jardinage, ateliers de cuisine pour jeunes cuistots).

Pour modifier favorablement les habitudes alimentaires des enfants, les interventions doivent aussi s'adresser aux parents (Higginson, 2001). Comme le mentionne Black (2003 : 3) en se référant à un ouvrage de Satter (2000) : « Les parents décident du choix des aliments offerts comme ils décident de l'atmosphère qui règne lors des repas. Leur "travail" consiste à s'assurer que les enfants se font proposer des aliments sains selon un horaire prévisible dans un cadre agréable. » Les interventions visant les parents doivent cependant tenir compte du contexte dans lequel ceux-ci exercent leur rôle. Différentes études montrent en effet que l'acquisition de connaissances ne suffit pas à modifier les habitudes alimentaires des individus (Horodyski, Hoerr et Coleman, 2004). À ce titre, les données de l'enquête ont révélé que près de 70 % des enfants de 4 ans vivent dans une famille où le parent seul ou les deux parents sont actifs sur le marché de l'emploi, et sont ainsi confrontés aux défis de la conciliation travail-famille, et qu'environ 10 % des enfants de cet âge vivent dans une

famille touchée par l'insécurité alimentaire en raison d'un manque d'argent. Ainsi, il s'avère important de mettre en place des mesures de soutien pour les familles avec de jeunes enfants non seulement par le biais de l'information et de l'éducation en matière d'alimentation, mais aussi par diverses mesures visant notamment la conciliation travail-famille et la lutte contre la pauvreté. D'autres actions sur le plan des politiques publiques sont également recommandées par diverses instances, notamment des politiques alimentaires dans les centres de la petite enfance et autres milieux de garde ainsi que dans les écoles. Des actions de sensibilisation visant l'industrie agroalimentaire ou encore un renforcement de la réglementation sur la publicité faite aux enfants peuvent aussi être envisagés. Dans une optique de prévention de l'obésité, les actions devraient également viser l'environnement bâti ou la mise en place d'incitatifs fiscaux afin de faciliter la pratique d'activités physiques et sportives (GTPPP, 2003).

En fait, les interventions pour changer les comportements obtiennent davantage de succès lorsqu'elles agissent à plusieurs niveaux : individuel, social, culturel, environnemental et politique. Elles devraient avoir pour objectif, par exemple, de motiver la population à consommer des aliments sains et de rendre ces aliments accessibles tant physiquement qu'économiquement (ASPQ, 1993; Lachance, Colgan et Martel, 2005). L'objectif est de créer et de promouvoir des environnements alimentaires sains dans les milieux de vie des jeunes (famille, centres de la petite enfance et milieux de garde, écoles, communauté, municipalité).

Améliorer l'alimentation des communautés est donc un enjeu social et sanitaire qui requiert un travail intersectoriel. En ce sens, on doit pouvoir miser sur la synergie qui émane de la mise en œuvre de plusieurs stratégies simultanément car celle-ci est un gage d'efficacité dans les interventions de promotion de la santé. C'est d'ailleurs ce que préconise le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003) au chapitre des activités à mettre en place, tant sur le plan national que régional et local, afin de promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie. Le premier rapport national sur l'état de santé de la population du Québec *Produire la santé* (MSSS, 2005) met quant à lui l'accent sur le soutien au développement des enfants et des jeunes, le tout avec un objectif social qui doit guider toutes les interventions : prévenir l'apparition de

problèmes et réduire les inégalités chez les enfants québécois.

À ce propos, soulignons qu'au terme du Forum des générations tenu en octobre 2004, une équipe de travail a été mise sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de mobiliser les efforts en prévention. Celle-ci a reçu pour mandat de développer des approches visant à : « offrir aux jeunes une saine alimentation, à prix abordable, dans les centres de la petite enfance, les garderies privées et les écoles » et « permettre aux jeunes de grandir dans des environnements favorisant la pratique d'activités physiques » (Gouvernement du Québec, 2004b). Parallèlement, le programme de promotion de saines habitudes de vie *Vas-y, fais-le pour toi!*, prévu sur trois ans, a été lancé.

Toutes les initiatives mises en place devront bien sûr faire l'objet d'évaluations rigoureuses. D'ores et déjà, il semble clair toutefois qu'un des gages de succès des actions entreprises est que le développement des jeunes en santé au Québec devienne un projet de société (Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention, 2005). Étant donné le changement sociétal souhaité, il faudrait également s'allier les secteurs du marketing et des communications (publicité et médias); les messages se doivent ainsi d'être cohérents et conformes aux changements voulus, en espérant que tous poursuivent dans la même voie.

Bibliographie

- ALAIMO, K., C. M. OLSON, E. A. FRONGILLO et R. R. BRIEFEL (2001). « Food insufficiency, family income, and health in US preschool and school-aged children », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 5, p. 781-786.
- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA) (2002). « Position of the American Dietetic Association: Health implications of dietary fiber », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 102, n° 7, p. 993-1000.
- ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (1993). *Document de consensus sur les principes, stratégies et méthodes en promotion de la santé*, document d'appui à la Déclaration québécoise sur la promotion de la santé et du bien-être, Montréal, Comité de la promotion de la santé de l'ASPQ, mars, 8 p.
- BARLOW, S. E., et W. H. DIETZ (1998). « Obesity evaluation and treatment expert committee recommendations », *Pediatrics*, vol. 102, n° 3, e29, [En ligne] : www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/3/e29 (page consultée le 22 mars 2005).
- BASDEVANT, A., M. LAVILLE et O. ZIEGLER et coll. (1998). « Guide pratique pour le diagnostic, la prévention, le traitement des obésités en France », *Diabète et métabolisme*, vol. 24 (suppl. 2), p.10-42.
- BAUR, L. A. (2005). « Childhood obesity: practically invisible », *International Journal of Obesity*, vol. 29, n° 4, p. 351-352.
- BERENSON, G. S., S. R. SRINIVASAN et T. A. NICKLAS (1998). « Atherosclerosis: A nutritional disease of childhood », *American Journal of Cardiology*, vol. 82, n° 10B, p. 22T-29T.
- BIRCH, L. L., et J. O. FISHER (1998). « Development of eating behaviors among children and adolescents », *Pediatrics*, vol. 101, n° 3, p. 539-549.
- BLACK, M. M. (2003). « Comment aider les enfants à acquérir des habitudes alimentaires saines », dans : R. E. TREMBLAY, R. G. BARR et R. DEV. PETERS (éd.), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet], Montréal, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, p.1-5, [En ligne] : www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/BlackFRxp-Troubles.pdf (page consultée le 25 mai 2005).
- BOUTELLE, K. N., A. S. BIRNBAUM, L. A. LYTLE, D. M. MURRAY et M. STORY (2003). « Associations between perceived family meal environment and parent intake of fruit, vegetables, and fat », *Journal of Nutrition Education and Behavior*, vol. 35, n° 1, p. 24-29.
- CENTER ON HUNGER, POVERTY AND NUTRITION POLICY (1995). *Statement on the link between nutrition and cognitive development in children*, Medford MA, Tufts University School of Nutrition, 16 p.
- COLE, T. J., M. C. BELLIZI, K. M. FLEGAL et W. H. DIETZ (2000). « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey », *British Medical Journal*, vol. 320, p. 1-6.
- COON, K. A., J. GOLDBERG, B. L. ROGERS et K. L. TUCKER (2001). « Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns », *Pediatrics*, vol. 107, n° 1, e7, 11 p., [En ligne] : <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/107/1/e7>
- DECKELBAUM, R. J., E. A. FISHER, M. WINSTON, S. KUMANYIKA, R. M. LAUER, F. X. PI-SUNYER, S. ST. JEOR, E. J. SCHAEFER et I. B. WEINSTEIN (1999). « Summary of a Scientific Conference on Preventive Nutrition: Pediatrics to Geriatrics », *Circulation*, vol. 100, n° 4, p. 450-456.
- ÉQUIPE DE TRAVAIL POUR MOBILISER LES EFFORTS EN PRÉVENTION (2005). *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes. Recommandations*, Rapport présenté au Ministre de la Santé et des Services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec, 54 p.

- EVERS, S. E., et M. D. HOOPER (1995). « Dietary intake and anthropometric status of 7 to 9 year old children in economically disadvantaged communities in Ontario », *Journal of the American College of Nutrition*, vol. 14, n° 6, p. 595-603.
- FAITH, M. S., K. S. SCANLON, L. L. BIRCH, L. A. FRANCIS et B. SHERRY (2004). « Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status », *Obesity Research*, vol. 12, n° 11, p. 1711-1722.
- FOOD RESEARCH AND ACTION CENTER (1991). *Community Childhood Hunger Identification Project: A survey of childhood hunger in the United States*, Washington DC, Food Research and Action Center.
- GOLAN, M., et S. CROW (2004). « Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems », *Nutrition Reviews*, vol. 62, n° 1, p. 39-50.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2004a). *Briller parmi les meilleurs. La vision et les priorités d'action du gouvernement du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 214 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2004b). *Forum des générations. Mise sur pied de huit équipes de travail*, [En ligne] : www.briller.gouv.qc.ca/Centre_De_Presse/communiqués_national/com20041221a.htm (page consultée le 15 septembre 2005).
- GROUPE DE TRAVAIL PROVINCIAL SUR LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS (GTPPP) (2003). *Problèmes reliés au poids au Québec. Un appel à la mobilisation*, Montréal, ASPQ Éditions, 23 p.
- GUTHRIE, J. F., B.-H. LIN et E. FRAZAO (2002). « Role of food prepared away from home in the American diet, 1977-78 versus 1994-96: Changes and consequences », *Journal of Nutrition Education and Behavior*, vol. 34, n° 3, p. 140.
- HIGGINSON, C. (2001). *Evidence into action: Nutrition in the under fives*, Edinburgh, Health Education Board for Scotland, 82 p.
- HINTON, A. W., J. HEIMDINGER et S. B. FOERSTER (1990). « Position of the American Dietetic Association: domestic hunger and inadequate access to food », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 90, n° 10, p. 1437-1441.
- HORODYNSKI, M., A. OMAR, S. HOERR et G. COLEMAN (2004). « Nutrition Education Aimed at Toddlers. A pilot Program for Rural, Low-Income Families », *Family Community Health*, vol. 27, n° 2, p. 103-113.
- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) (2002). *Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein and Amino Acids*, Washington DC, National Academy Press, 936 p.
- KOLBE, L. J. (2000). « Schools could help prevent cardiovascular disease, cancer and diabetes », *Chronic Disease Notes & Reports*, vol. 14, n° 1, p. 2.
- LACHANCE, B., J. COLGAN et S. MARTEL (2005). *Vers une stratégie québécoise de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques. Cadre de référence*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 65 p.
- LUDER, E., T. A. MELNIK et M. DIMAIO (1998). « Association of being overweight with greater asthma symptoms in inner city black and Hispanic children », *Journal of Pediatrics*, vol. 132, n° 4, p. 699-703.
- MARQUIS, M., Y. P. FILION et F. DAGENAI (2005). « Does eating while watching television influence children's food-related behaviours? », *Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique*, vol. 66, n° 1, p. 12-18.
- MATHESON, D. M., J. D. KILLEN, Y. WANG, A. VARADY et T. N. ROBINSON (2004). « Children's food consumption during television viewing », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 79, n° 6, p. 1088-1094.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé*, Québec, Gouvernement du Québec, 120 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 133 p.
- MONGEAU, L. (2003). « Être jeune et gros : le rôle délicat du clinicien, Comment intervenir sans nuire », *Le Clinicien*, vol. 18, n° 5, p. 45-49.
- NELSON, M. (2000). « Childhood nutrition and poverty », *The Proceedings of the Nutrition Society*, vol. 59, n° 2, p. 307-315.
- ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC (OPDQ) (2004). *Les nouveaux enjeux de la sécurité alimentaire (innocuité alimentaire)*, Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec à la Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation, 23 janvier, 39 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Rapport du Secrétariat*, 57^e Assemblée mondiale de la santé, point 12.6 de l'ordre du jour provisoire, Genève, 17 avril, 24 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2003). *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques*, Rapport d'une consultation OMS/FAO d'experts, Genève, OMS, Série de rapports techniques, n° 916, 189 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2002). *Rapport sur la santé dans le monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève, OMS, 70 p.
- ORTEGA, R. M., A. M. REQUEJO, A. M. LOPEZ-SOBALER, M. E. QUINTAS, P. ANDRES, M. R. REDONDO, B. NAVIA, M. D. LOPEZ-BONILLA et T. RIVAS (1998). « Differences in the breakfast habits of overweight/obese and normal weight schoolchildren », *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*, vol. 68, n° 2, p. 125-132.
- ROBERTSON, A. E., A. E. BRUNNER et A. SHEILAM (1999). « Food is a political issue », dans : M. MARMOT, et R. G. WILKINSON (éd.), *Social determinants of health*, New York, Oxford University Press, p. 179-210.
- SANTÉ CANADA (1995). *Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement. Renseignements sur les enfants d'âge préscolaire à l'intention des éducateurs et des communicateurs*, Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services Canada, 16 p.
- SATTER, E. (2000). *Child of mine: Feeding with love and good sense*, Palo Alto CA, Bull Publishing, 416 p.
- SERDULA, M. K., D. IVERY, R. J. COATES, D. S. FREEDMAN, D. F. WILLIAMSON et T. BYERS (1993). « Do obese children become obese adults? A review of the literature », *Preventive Medicine*, vol. 22, n° 2, p. 167-177.
- SKINNER, J. D., B. R. CARRUTH, W. BOUNDS et P. J. ZIEGLER (2002). « Children's food preferences: a longitudinal analysis », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 102, n° 11, p. 1638-1647.
- STATISTIQUE CANADA (2002). « Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes: enfants obèses », *Le Quotidien*, 18 octobre, [En ligne] : www.statcan.ca/Daily/Francais/021018/q021018b.htm (page consultée le 4 mars 2004).
- TROCCOLI, K. B. (1993). *Eat to learn, learn to eat: the link between nutrition and learning in children*, Washington DC, National Health/Education Consortium (National Health/Education Consortium occasional paper n°7).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*, Genève, World Health Organization, WHO Technical Report Series, n° 894, 252 p.

