



Chapitre

7

Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation

Aperçu

Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation renferment des caractéristiques psychologiques telles que la compétence personnelle et un sens de la maîtrise de sa propre vie. Ces caractéristiques jouent un rôle important de soutien pour la santé mentale et physique — en jouant sur la vulnérabilité des gens à des problèmes de santé comme le cancer et les maladies cardiovasculaires et en influant sur le risque de blessures involontaires, de troubles mentaux et de suicide.

Les habiletés d'adaptation permettent aux personnes d'être autonomes, de résoudre des problèmes et de prendre des décisions éclairées qui améliorent leur santé. Elles aident les gens à faire face aux événements, aux défis et au stress quotidiens sans adopter de comportements entraînant un risque pour leur santé, comme l'abus de l'alcool ou des drogues. Les personnes qui croient fortement en leur efficacité et en leur habileté à faire face aux circonstances de la vie réussiront probablement très bien à adopter et à maintenir un comportement et un mode de vie sains.

Il est bien prouvé que les habiletés d'adaptation s'acquièrent principalement au cours des premières années de vie. Les enfants ont cette capacité innée de s'adapter, de résister au stress et aux circonstances négatives. Les expériences de la jeune enfance agissent toutefois fortement sur cette capacité. Le développement maximal des habiletés d'adaptation dépendra de divers facteurs de protection et de risque chez la personne, sa famille et sa communauté. Le sexe, le tempérament, le style parental, le milieu familial, l'interaction avec les pairs, les adultes significatifs et le soutien communautaire, tous ces facteurs ont une influence sur la santé mentale des enfants.



Rapport avec le développement sain des enfants

La présence d'une personne aimante en bas âge est importante.

Les premières expériences des enfants contribuent grandement à leur habileté à s'adapter au stress. Il est essentiel que les enfants aient des parents efficaces, qui leur procurent notamment la sécurité affective et leur prodiguent des soins assidus et attentifs, pour pouvoir acquérir les habiletés d'adaptation dont ils auront besoin au cours de leur vie (Steinhauer, 1998). À partir de la naissance et durant la période d'âge préscolaire, le facteur familial sans doute le plus important qui protège cette résistance possible est l'établissement d'un lien solide avec l'une des principales personnes qui a la responsabilité de prodiguer des soins à l'enfant (Steinhauer, 1998, p. 59).

Les conclusions tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) soutiennent que la capacité des parents à exercer leur rôle parental efficacement — et une dynamique familiale qui fonctionne bien sont des déterminants importants de la santé mentale du jeune enfant. Les parents qui s'adaptent difficilement à la vie, au travail, à la famille ou à leur rôle parental ne pourront peut-être pas offrir à leurs enfants le soutien affectif, social et physique nécessaire (CCDS, 1996, p. 16; Landy et Tam, 1996).

La constance dans le rôle parental est particulièrement importante pour établir des relations sociales chez les enfants de familles à risque (McKinnon et Ahola-Sidaway, 1997, p. 38 et 39).

Le soutien et la stimulation continus de la famille, des pairs et d'autres personnes importantes contribuent à une santé mentale positive.

Établir la confiance et la sécurité par des relations chaleureuses, fournir conseils et défis et offrir des occasions de participer significativement à la vie de la famille et de la communauté, voilà autant de facteurs de protection dans l'environnement de l'enfant. Ces facteurs peuvent modifier ou même renverser des répercussions négatives et aider les enfants à développer de la résistance et des habiletés d'adaptation positives (Benard, 1991).

Les adultes en dehors de la famille immédiate influent également sur le développement sain de l'enfant. Le soutien d'adultes à l'école, dans le voisinage et dans la communauté constitue un facteur important de protection qui aide à contrebalancer les effets négatifs du stress périnatal, de la pauvreté chronique, de la psychopathologie parentale et des perturbations dans la famille (Werner, 1993).



De bonnes relations avec leurs pairs pourront apporter aux enfants les modèles et l'expérience qui les aideront à établir des mécanismes d'adaptation pour contrer l'anxiété excessive.



Les pairs deviennent une source importante de soutien quand les enfants vieillissent. De bonnes relations avec leurs pairs pourront apporter aux enfants les modèles et l'expérience qui les aideront à établir des mécanismes d'adaptation pour contrer l'anxiété excessive (Manassis et Bradley, 1994). Par contre, les pairs peuvent jouer un rôle négatif en encourageant la participation à des comportements à risque élevé (comme conduire en état d'ébriété, faire l'expérience de drogues) qui se répercutent de manière négative à long terme sur la santé et sur d'autres aspects de la vie.

La stimulation et le défi sont essentiels au développement sain d'un enfant. En franchissant les étapes de l'enfance à l'adolescence, les enfants ont besoin de vivre une certaine quantité de stress et de prendre des risques. Réussir en dépit des obstacles et de la compétition et s'adapter aux événements traumatisants de la vie, tels que la mort ou le divorce, peuvent aider les enfants à s'adapter et à se développer (McKinnon et Ahola-Sidaway, 1997, p. 44).

Le bien-être physique et le bien-être mental sont reliés.

La mesure dans laquelle les personnes réussissent à bien réagir aux défis qui se présentent dans leurs milieux de vie et de travail semble constituer un déterminant notable qui influe sur leur vulnérabilité aux problèmes de santé. Bien que le cheminement et les mécanismes ne soient pas encore clairs, il y a de fortes indications selon lesquelles il existerait un lien entre le système nerveux central et le système immunitaire (Dantzer et Kelly, 1998). Une mauvaise réaction aux défis qui se présentent peut entraîner le maintien de niveaux toujours élevés de stéroïdes, affaiblissant ainsi le système de défense du corps et les autres fonctions corporelles; il en résulte une augmentation de la vulnérabilité aux répercussions négatives sur la santé (Keating et Mustard, 1996, p. 9).

De récentes observations ont approfondi la compréhension des relations qui existent entre l'esprit et le corps et de la façon dont le développement de la capacité individuelle et des habiletés d'adaptation durant l'enfance peut exercer une influence sur une grande variété de causes de décès à l'âge adulte (Keating et Mustard, 1996, p. 9-10).

La résilience et les adolescents

La résilience se définit comme « ... le développement sain de la personne humaine — un processus dynamique où la personnalité et les influences environnementales interagissent dans une relation réciproque de transaction » [Traduction] (Benard, 1996, p. 9).

Les adolescents qui surmontent l'adversité, qui manifestent de la résistance malgré les obstacles qui se dressent devant eux, ont accès d'habitude à trois sources de « protection » : une famille stable et cohérente, un soutien externe et certaines ressources personnelles (Garmezy, 1983). Ces ressources personnelles comprennent notamment des éléments de personnalité comme l'estime de soi et l'autonomie, des compétences intellectuelles comme la capacité de résoudre des problèmes, des habiletés sociales comme la coopération, l'engagement social et la réceptivité, un sentiment d'autoefficacité et un tempérament facile à vivre (Garmezy, 1983; Rutter, 1983).



Les enfants naissent avec une résistance innée.

Tous les enfants ont cette capacité innée de « s'autocorriger » : ils peuvent développer des traits comme la compétence sociale, la capacité de résoudre des problèmes de façon efficace, l'autonomie, la détermination d'un but bien précis et la croyance en un avenir positif. De fait, des études à long terme montrent que de 50 % à 70 % des enfants nés dans des conditions à risque élevé (p. ex., dans des familles marquées par la violence, des communautés déchirées par la guerre) acquièrent une compétence sociale et réussissent dans la vie (Benard, 1996).

Cette résilience innée au stress n'est pas statique; elle varie avec le temps, à mesure que les circonstances dans la vie de la personne changent. Le niveau de résistance dépend de plusieurs facteurs environnementaux et exige un appui tant interne qu'externe pour contribuer au développement sain de la personne (Benard, 1991).

D'autres facteurs influent sur les capacités individuelles et sur les habiletés d'adaptation.

La culture et l'ethnicité peuvent aussi avoir une incidence sur le bien-être social et le bien-être économique de la personne, qui peuvent influencer en retour sur sa santé physique et mentale. Ainsi, les membres de minorités culturelles et ethniques peuvent être victimes de harcèlement à l'école ou au travail; les différences linguistiques peuvent isoler les parents et les enfants; les préjugés peuvent empêcher les gens de profiter des occasions de s'instruire ou de se trouver un emploi ou un logement; les malentendus fondés sur des différences d'ordre culturel ou linguistique peuvent nuire à l'accès aux services sociaux et autres avantages, et ces gens peuvent se sentir rejetés ou isolés de la communauté (Santé Canada, 1996, p. 23).

Les mécanismes d'adaptation peuvent être positifs ou négatifs.

Le bien-être, ou la santé positive, s'entend des qualités physiques, mentales et sociales qui permettent à une personne de relever les défis qui se présentent quant à sa santé et à son fonctionnement. Les gens utilisent divers mécanismes d'adaptation pour relever les défis de la vie; certains contribuent à la santé et à l'équilibre, alors que d'autres menacent davantage la santé de la personne.

Par exemple, l'activité physique contribue à la santé physique et mentale; en plus d'être en meilleure forme physique, les gens actifs ont tendance à avoir une image plus positive d'eux-mêmes et de leur corps (Santé Canada, 1999). De même, les loisirs comme la musique et l'art offrent une soupape positive au stress et enseignent aux enfants les connaissances pratiques pour s'adapter.

La consommation de tabac, d'alcool et de drogue sont des mécanismes d'adaptation négatifs. Une dépendance tôt dans la vie perdure souvent à l'âge adulte et peut entraîner des problèmes de santé connexes.



Conditions et tendances

La vie des enfants peut être stressante. Ils vivent des changements physiques, affectifs et psychologiques rapides et doivent affronter des exigences scolaires, des relations avec leurs pairs et la participation à la population active. La plupart d'entre eux acquièrent les habiletés et les outils nécessaires pour s'adapter, mais certains ont divers troubles mentaux qui peuvent les toucher pendant une bonne partie de leur vie d'adulte.

Les troubles mentaux

La plupart des enfants canadiens n'ont pas de troubles mentaux. Pourtant, la recherche dans ce domaine laisse supposer qu'entre 17 % et 22 % des enfants et des jeunes au Canada en souffrent d'un ou de plusieurs (Davidson et Manion, 1996, p. 42). Un sondage auprès de la jeunesse ontarienne a révélé que 25 % des jeunes de 15 à 24 ans ont déclaré avoir un trouble de santé mentale (Ministère de la Santé de l'Ontario, 1994, p. 10).

Les enfants risquent d'avoir toutes sortes de troubles mentaux.

L'apparition de certains troubles mentaux chez les enfants peut entraîner des répercussions psychosociales négatives plus tard. Par exemple, la recherche indique que les enfants qui présentent des troubles de conduite ou un comportement antisocial peuvent avoir plus tendance à adopter des comportements criminels et à abuser d'alcool et d'autres drogues, ainsi qu'à avoir des difficultés psychologiques à l'adolescence et à l'âge adulte (Offord, Boyle et Racine et coll., 1992; Offord et Bennett, 1994).

Le trouble déficitaire de l'attention (TDA) et le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THDA) semblent très courants pendant la période préscolaire et les premières années du primaire (Loeber et Keenan, 1994). Ces conditions, de pair avec des difficultés d'apprentissage, peuvent nuire au développement social par suite des problèmes d'apprentissage à l'école et des difficultés dans les relations interpersonnelles (McKinnon et Ahola-Sidaway, 1997).

Le sexe joue un rôle.

Il y a d'importantes différences d'âge et de sexe en ce qui a trait aux troubles affectifs et comportementaux des enfants. D'après l'ELNEJ, en 1994-1995, le taux le plus élevé de troubles affectifs et comportementaux se trouvait chez les garçons de huit à 11 ans (26 %) et le plus faible, chez les filles de quatre à sept ans (16 %). Chez les garçons des deux groupes d'âge, l'hyperactivité était le trouble le plus courant, suivi du trouble des conduites. Le taux d'incidence des troubles affectifs augmentait de façon appréciable (de 6,1 % à 11,8 %) chez les garçons plus âgés par rapport aux plus jeunes. Chez les filles, le trouble des conduites était plus courant que l'hyperactivité pour les



deux groupes d'âge, mais les troubles affectifs prévalaient plus chez les huit à 11 ans (11,3 %). Les taux de prévalence des troubles étaient tous plus élevés chez les garçons que chez les filles (Offord et Lipman, 1996, p. 140). Voir la **figure 7.1**.

Les filles sont plus susceptibles que les garçons d'avoir des « troubles intériorisés ». Par exemple, les jeunes filles appartenant au groupe d'âge des 15 à 19 ans sont plus susceptibles que les personnes appartenant à n'importe quel groupe d'âge-sexe de présenter des symptômes de dépression (14 %); les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans se situent également bien au-dessus de la moyenne (10 %) à cet égard (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 351).

D'autres facteurs ont une incidence sur la santé mentale.

L'environnement semble aussi influencer les problèmes de comportement. En Ontario, les taux des troubles psychiatriques étaient plus élevés chez les enfants demeurant dans un milieu urbain (16,7 %) que chez ceux qui résidaient en milieu rural (12,3 %) (Offord, Boyle et Racine, 1989, p. 4).

De nombreuses régions au Canada manquent de services de santé mentale. On estime que ces services n'aident qu'un seul enfant canadien sur six aux prises avec des troubles mentaux (Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario, 1993).

7.1 Fréquence de problèmes affectifs et comportementaux chez les 4 à 11 ans, selon l'âge et le sexe, Canada, 1994–1995

	— Problèmes émotionnels et comportementaux —						
	A. Trouble de com- portement (%)	B. Hyper- activité (%)	C. Trouble émotionnel (%)	D. Un ou plusieurs troubles (%)	E. Reprend une année ^a (%)	F. Troubles en relations sociales (%)	G. Un ou plusieurs problèmes ^a (E. ou F.) (%)
Garçons							
4 à 7	10,6	14,0	6,1	21,9	2,9	2,7	27,4
8 à 11	11,3	14,0	11,8	26,0	8,1	4,2	31,0
4 à 11	11,0	14,0	9,0	24,0	6,5	3,5	29,9
Filles							
4 à 7	8,3	6,1	5,8	16,0	2,1	1,5	19,1
8 à 11	8,2	6,7	11,3	18,8	5,8	2,9	24,0
4 à 11	8,3	6,4	8,6	17,4	4,6	2,3	22,4
Garçons et filles							
4 à 7	9,5	10,2	6,0	19,0	2,5	2,1	23,3
8 à 11	9,8	10,4	11,6	22,4	6,9	3,6	27,5
4 à 11	9,6	10,3	8,8	20,7	5,6	2,9	26,2

a. Données disponibles pour les 6 à 11 ans seulement.

Source : Adapté de D.R. Offord et E.L. Lipman. « Problèmes affectifs et comportementaux » dans *Grandir au Canada : Étude longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° au catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 140.



Le stress

L'adolescence peut être une période de grand stress. Les changements physiologiques rapides de la puberté interagissent avec d'autres facteurs de stress et peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé mentale des adolescents.

Les jeunes gens peuvent connaître un fort degré de stress en société, à l'école et au travail.

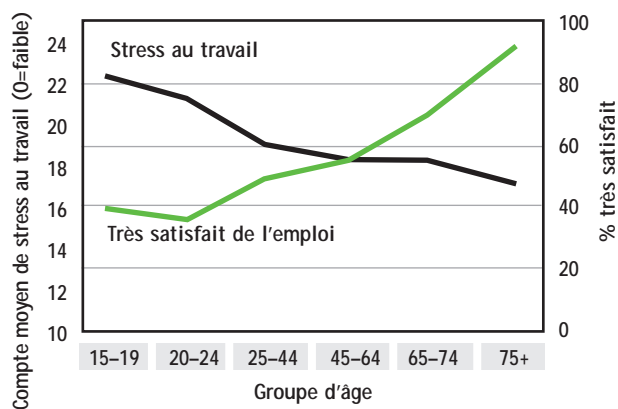
Les jeunes qui ont répondu au sondage canadien de 1992 sur la santé mentale, initiative conjointe de l'Association des psychiatres du Canada et de l'Association canadienne pour la santé mentale, ont affirmé, dans une proportion de 65 %, que l'école est la plus importante source de stress (Association des psychiatres du Canada, 1993, p. 15). Les adolescents et les jeunes adultes ont, en outre, un niveau de stress au travail plus élevé que leurs collègues plus âgés, le stress au travail et la satisfaction liée à leur emploi étant en relation inverse. Les jeunes de 15 à 24 ans sont les moins susceptibles de se déclarer « très satisfaits » au travail (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 268). Le stress au travail est le stress le plus élevé chez les adolescents qui travaillent, et il diminue avec l'âge pour atteindre son niveau le plus bas chez les travailleurs plus âgés (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 348). Voir la **figure 7.2**.

Les changements dans la structure familiale causent du stress.

Le décès et l'éclatement de la famille peuvent aussi être des sources de stress pour les enfants. Les données de l'ELNEJ montrent que, selon les parents, à peu près 33 % de tous les enfants de moins de 12 ans ont vécu « des moments de grande tristesse ». Les causes les plus courantes citées, sans égard à l'âge ni au sexe de l'enfant, sont un décès dans la famille (27 %) et le divorce ou la séparation des parents (25 %) (CCDS, 1997, p. 38).

7.2

Stress professionnel et satisfaction au travail de personnes au travail âgées de 15 ans et plus, selon l'âge, Canada, 1994–1995



Source : Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : Annexes techniques*, n° de catalogue : H39-385/1-1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996, p. 349.



Les sources de stress

Plusieurs enfants ont vécu des événements qui leur ont causé de l'anxiété et de l'inquiétude. Les conclusions de l'ELNEJ montrent que, selon les parents interrogés, près du tiers des enfants de moins de 12 ans ont connu des moments de grande tristesse. Les causes les plus couramment citées, sans égard au sexe ni à l'âge de l'enfant, sont énumérées ci-dessous :

- un décès dans la famille — 27 %
 - le divorce ou la séparation des parents — 25 %
 - un déménagement familial — 8 %
 - une maladie ou une blessure chez un membre de la famille — 8 %
 - une maladie ou une blessure chez un enfant — 6 %
 - des disputes entre les parents — 6 %
 - un séjour à l'hôpital — 5 %
 - victime de violence ou peur de la violence — 4 %
 - un changement de personnes à la maison — 4 %
 - la séparation de ses parents (pour d'autres causes que le divorce) — 4 %
 - le décès d'un parent — 3 %
 - l'alcoolisme ou un trouble mental dans la famille — 2 %
 - un séjour en famille d'accueil — 1 %
 - autres — 29 %
- (CCDS, 1997, p. 38).

Il y a des différences entre les garçons et les filles.

Il est prouvé que les garçons et les filles vivent le stress différemment durant l'adolescence. Les adolescentes sont moins susceptibles de se sentir bien dans leur peau et plus susceptibles que les adolescents de percevoir leur vie comme stressante (ICSI, 1994, p. 96). **Voir la figure 7.3.**

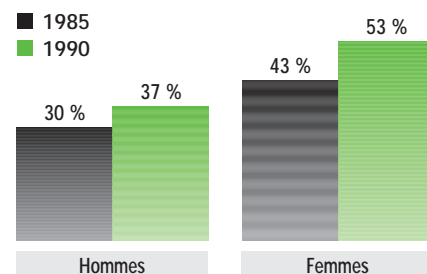
Le suicide

Le risque de suicide est à la hausse chez les jeunes.

De 1970 à 1992, il y a eu une hausse constante et significative du taux de suicide dans le groupe d'âge des 15 à 19 ans, qui est passé du niveau le plus bas de sept par 100 000 habitants à un sommet de 14 par 100 000 enregistré en 1983. Le taux de 13 par 100 000 en 1992 était presque le double du taux enregistré en 1970.

7.3

Niveau perçu de stress^a, jeunes de 15 à 19 ans, selon le sexe, Canada, 1985 et 1990



a. Très stressé et quelque peu/assez stressé.

Source : Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants au Canada : un profil de l'ICSI*, 2^e édition, Ottawa, ICSI, 1994, p. 96.



Les jeunes âgés entre 20 et 24 ans affichent un taux plus élevé de suicide que ceux qui sont âgés de 15 à 19 ans, mais ils n'ont pas connu les mêmes hausses que la cohorte plus jeune. Le taux relatif au premier groupe reste à 18 par 100 000 habitants depuis 1989 (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996, p. 364). Voir la **figure 7.4**.

Il y a peu de données sur l'incidence du suicide chez les jeunes enfants. On enregistre rarement les suicides chez les jeunes de neuf ans et moins. Chez les garçons de 10 à 14 ans, le taux est passé de 0,6 à 2,6 par 100 000 habitants entre 1960 et 1992; l'augmentation est moins importante chez les filles, passant de 0,1 à tout juste 0,8 au cours de la même période (Santé Canada, 1994).

Les taux pour les tentatives de suicide varient énormément. On estime qu'il y a entre 10 et 100 tentatives de suicide pour chaque suicide réel. (Dyck, Mishara et White, 1998, p. 323).

Plus d'adolescents que d'adolescentes meurent par suite d'une tentative de suicide.

Alors que les jeunes femmes sont plus susceptibles de tenter de se suicider, les jeunes hommes le sont beaucoup plus de se suicider (ICSI, 1994, p. 75 et 89). Les tentatives de suicide sont la cause principale d'hospitalisation chez les filles de 15 à 19 ans — en 1989–1990, leur taux d'hospitalisation était plus du double de celui des garçons du même âge (295 par 100 000 habitants, comparativement à 127 par 100 000) (ICSI, 1994, p. 93).

Les taux de suicide sont plus élevés chez les jeunes Autochtones.

Le risque de suicide est plus élevé chez les Autochtones que chez les jeunes gens de la population générale. Le taux de suicide chez les Indiens de plein droit (âges de zéro à 19 ans) est près de cinq fois plus élevé que la moyenne nationale (Santé Canada, 1997, p. 59).

7.4

Nombre et taux de suicides, selon l'âge et le sexe, et par province et territoire, Canada, 1992

	Suicides	
	Nombre	Taux (par 100 000 de population)
Canada, tous les âges	3 709	13
Homme	2 923	21
Femme	786	5
Âge, total	34	1
Homme	26	1
Femme	8	0
Âge 5 à 19 ans, total	249	13
Homme	198	20
Femme	51	5
Âge 20 à 24 ans, total	374	18
Homme	306	29
Femme	68	7

Source : Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes : Annexes techniques*, n° de catalogue H39-385/1-1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996, p. 336.



Capacités individuelles, habiletés d'adaptation et autres déterminants

Le revenu

Il est de plus en plus prouvé que les effets combinés des multiples stress environnementaux et les effets groupés des carences psychosociales qui souvent vont de pair avec la pauvreté (notamment la dépression maternelle, la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues de la part des parents, la violence parentale et la criminalité paternelle) nuisent à la compétence et à la résistance, plutôt que la seule faiblesse des revenus (Steinhauer, 1998).

Les jeunes venant de familles bénéficiaires de l'aide sociale sont moins nombreux à se dire bien dans leur peau que ceux qui viennent de familles non bénéficiaires. En Ontario, les jeunes âgés de 12 à 19 ans vivant dans des familles qui reçoivent des prestations étaient moins susceptibles de se dire heureux (Analyse du sondage ontarien sur la santé, dans ICSI, 1994, p. 125).

L' environnement social

La violence conjugale peut influencer sur la santé mentale des enfants. Les enfants qui sont témoins de violence familiale risquent d'avoir de nombreux problèmes affectifs et comportementaux. Il peut s'agir d'anxiété, de dépression, de conflits avec les pairs, de non-respect et, dans des cas extrêmes, de troubles de stress post-traumatique (Suderman et Jaffe, 1997).

Les facteurs génétiques et biologiques

La recherche laisse entendre que les enfants qui ont une maladie chronique ou un handicap fonctionnel risquent plus d'avoir des problèmes de santé mentale (Cadman et coll., 1986).

Le sexe

Les résultats de l'ELNEJ montrent qu'en 1994–1995 le taux le plus élevé de problèmes affectifs et comportementaux se rencontrait chez les garçons de 8 à 11 ans, et que le plus bas était chez les filles de 4 à 7 ans. De fait, les taux de prévalence des troubles étaient tous plus élevés chez les garçons (ICSI, 1994, p. 75 et 89).



Références

- Association des psychiatres du Canada. *The Canadian Youth Mental Health and Illness Survey: Survey Overview, Interview Schedule and Demographic Crosstabulations*. Ottawa, Association des psychiatres du Canada, 1993.
- Benard, B. *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School and Community*. Portland, Western Regional Center for Drug-Free Schools and Communities, Northwest Regional Educational Laboratory, 1991.
- Benard, B. « From Research to Practice », *Resiliency in Action*, vol. 1, n° 1, hiver 1996, p. 7–11.
- Cadman, D., et coll. « Chronic Illness and Functional Limitation in Ontario Children: Findings of the Ontario Child Health Study », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 135, octobre 1986, p. 761–767.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : Annexes techniques*, n° de catalogue H39-385/1-1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996.
- Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1996*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1996.
- Conseil canadien de développement social. *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1997.
- Dantzer, R. et K.W. Kelly. « Stress and Immunity: An Integrated View of Relationships Between the Brain and the Immune System », *Life Sciences*, vol. 44, n° 26, 1998, p. 1995–2008.
- Davidson, S. et I. Manion. « Facing the Challenge: Mental Health and Illness in Canadian Youth », *Psychology, Health and Medicine*, vol. 1, n° 1, 1996, p. 41–56.
- Dyck, R.J., B.L. Mishara et J. White. « Le suicide chez les enfants, les adolescents et les personnes âgées : constatations clés et mesures préconisées » dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, vol. 3. Le cadre et les enjeux*, Ottawa, Forum national sur la santé, Santé Canada, 1998, p. 323–375.
- Garmezy, N. « Stressors in Childhood » dans *Stress, Coping and Development in Children*, N. Garmezy et M. Rutter (dir.), New York, McGraw-Hill Book Company, 1983 p. 43–84.
- Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario. News Release, 6 octobre 1993. Ottawa, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, 1993.
- Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 2^e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1994.
- Keating, D.P. et J.F. Mustard. « L'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : un élément essentiel au développement d'une société de l'apprentissage au Canada », dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 7–16.
- Landy, S. et K.K. Tam. « Les pratiques parentales influencent bel et bien le développement des enfants du Canada », dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 103–118.
- Loeber, R. et K. Keenan. « Interaction Between Conduct Disorder and Its Comorbid Conditions: Effects of Age and Gender », *Clinical Psychology Review*, vol. 14, n° 6, 1994, p. 497–523.
- Manassis, K. et S.J. Bradley. « The Development of Childhood Anxiety Disorders: Toward an Integrated Model », *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 15, 1994, p. 345–366.
- McKinnon, M. et J. Ahola-Sidaway. *Gender Issues and Young Children's Mental Health: Final Report*. Ottawa, Santé Canada, 1997.



- Ministère de la Santé de l'Ontario. *L'enquête sur la santé en Ontario 1990 : supplément — santé mentale*. Toronto, Ontario Ministry of Health, 1994.
- Offord, D.R. et K.J. Bennett. « Conduct Disorder: Long-Term Outcomes and Intervention Effectiveness », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 33, n° 8, 1994, p. 1069–1078.
- Offord, D.R., M.H. Boyle et Y. Racine. *Ontario Child Health Study: Children at Risk*. Toronto, Queen's Printer, 1989.
- Offord, D.R., M.H. Boyle et Y.A. Racine, et coll. « Outcome, Prognosis and Risk in a Longitudinal Follow-up Study », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 31, n° 5, 1992, p. 916–923.
- Offord, D.R. et E.L. Lipman. « Problèmes affectifs et comportementaux », dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue : 89-550-MPF, n° 1, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, p. 135–144.
- Rutter, M. « Stress, Coping and Development: Some Issues and Some Questions » dans *Stress, Coping and Development in Children*, N. Garmezy et M. Rutter (dir.), New York, McGraw-Hill Book Company, 1983, p. 1–42.
- Santé Canada. *Le suicide au Canada: mise à jour du rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, n° de catalogue : H39-107/1995F, Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1994.
- Santé Canada. *Pour une compréhension commune : une clarification des concepts clés de la santé de la population*, n° de catalogue : H39-391/1996F, Ottawa, Santé Canada, 1996.
- Santé Canada. *Pour la sécurité des jeunes canadiens : des données statistiques aux mesures préventives*, n° de catalogue H39-412/1997F, Ottawa, Santé Canada, 1997.
- Santé Canada. *Activité physique, estime de soi et santé*, Ottawa, Santé Canada, 1999.
- Steinhauer, P.D. « Développer la résilience chez les enfants des milieux défavorisés » dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier — vol. 1, Les enfants et les adolescents*, n° de catalogue : H21-126/6-1-1997F, Ottawa, Forum national sur la santé, Santé Canada, 1998, p. 49–105.
- Suderman, M. et P. Jaffe. « Children and Youth Who Witness Violence », In *Child Abuse: New Directions in Prevention and Treatment Across the Lifespan*, D.A. Wolfe, R.J. McMahon et R. deV. Peters (dir.), Thousand Oaks, Sage Publications, 1997, p. 55–78.
- Werner, E.E. « Risk, Resilience and Recovery. Perspectives from the Kauai Longitudinal Study », *Development and Psychopathology*, vol. 5, 1993, p. 505–513.