

# L'INFLUENCE DES INÉGALITÉS SOCIALES SUR L'ALIMENTATION ET LA SANTÉ DES JEUNES ENFANTS CANADIENS. Résultats de l'Étude Longitudinale de Développement des Enfants du Québec

Lise DUBOIS<sup>1</sup>

## Introduction

La santé des populations est définie comme l'étude de l'état de santé de groupes d'individus, incluant les distributions de ces états de santé à l'intérieur du groupe, et entre les groupes. Cette approche de recherche permet l'analyse de problèmes de santé multifactoriels complexes par l'identification des facteurs en cause et de leurs interrelations au fil des ans.

L'industrialisation a permis des transformations sociales importantes qui ont amélioré la disponibilité, la variété et la qualité hygiénique des aliments. En parallèle, l'espérance de vie dans les pays industrialisés s'est grandement améliorée. Les préoccupations associées aux déficiences en nutriments et aux intoxications alimentaires ont cédé la place aux dangers reliés aux maladies chroniques associées à l'abondance alimentaire. La qualité de l'alimentation joue un rôle important dans le développement des maladies chroniques, à l'échelle des populations (Glanz, 1997; Anand and Basiotis, 1998; OMS-Europe, 1999). Elle est reliée à 4 des 10 plus importantes causes de mortalité chez les américains (US Health Government, 2000).

L'augmentation de l'obésité dans les pays développés, résultat d'une détérioration des habitudes alimentaires et d'une plus grande sédentarité, constitue un des principaux problèmes de santé publique auxquels les pays développés devront faire face dans les décennies à venir. Cette préoccupation vient du fait que l'obésité est un facteur de risque majeur pour les principales maladies chroniques, et qu'elle augmente non seulement chez les adultes, mais aussi chez les enfants (Pérusse et al, 1998; Launer et al, 1994; Hamm et al, 1989; Semenciw et al, 1988 ; USA, 1996; Australia, 2000; Danish Ministry of Health, 1999; McCreary Centre Society, 1993).

Les inégalités sociales sont les principaux facteurs qui affectent la santé des populations et leur influence se met en place dès les premières années de vie. Le rapport britannique Acheson sur les inégalités de santé a identifié le faible poids de naissance, l'obésité dans l'enfance et l'alimentation de la mère pendant la grossesse, comme facteurs prédisposant aux maladies cardiovasculaires, au diabète et à l'hypertension à l'âge adulte (Acheson et al, 1998). L'allaitement est aussi un facteur important pour la santé et le développement des enfants (OMS-Europe, 1999; Société canadienne de pédiatrie et al, 1998). Les recommandations de santé publique visent l'allaitement exclusif pendant les 4 à 6 premiers mois de vie. Une alimentation de bonne qualité en âge préscolaire et scolaire serait aussi bénéfique pour la croissance, la santé et l'apprentissage. Toutefois, seule une faible proportion d'enfants s'alimente selon les recommandations en nutrition aux États-Unis (Lino et al, 1998). Le manque d'emploi et la pauvreté restreignent l'accès aux aliments et

---

<sup>1</sup> Professeure, DtP, PhD, Chaire de recherche du Canada en nutrition et santé des populations. Faculté de Médecine, Université d'Ottawa, Canada. (Analyses Statistiques : Manon Girard, Université d'Ottawa).

affectent la qualité des habitudes alimentaires. Diverses études récentes effectuées en Amérique et en Europe ont montré que la qualité de l'alimentation s'améliore de façon graduelle à mesure que l'on monte dans l'échelle sociale, indiquant que les inégalités sociales en matière d'alimentation ne touchent pas seulement les plus démunis mais affectent l'ensemble de la population (Dubois et Girard, 2001 ; Hussolf et al, 1991; Bowman et al, 1998; Bolton-Smith et al., 1991; Roos et al, 1998; Shi, 1998; Woo et al, 1999; Roos and Prättällä, 1999).

## **Base de données et méthode de recherche**

Afin de documenter cette problématique, nous avons entrepris des travaux de recherche permettant d'étudier la relation entre diverses sources d'inégalités sociales, l'alimentation et le développement des enfants âgés de zéro à cinq ans.

Les résultats présentés sont tirés des données de *l'Étude Longitudinale du Développement des Enfants du Québec*. Cette enquête gouvernementale est une cohorte de naissance. Elle suit un échantillon représentatif des enfants (n=2100) nés dans la province de Québec en 1998 (population totale environ 7 millions d'individus, approximativement 70,000 naissances par an). Il s'agit d'une étude effectuée sous l'égide de l'Institut de la Statistique du Québec (direction Santé Québec), en collaboration avec des chercheurs universitaires de divers horizons disciplinaires.

Les parents et leurs enfants sont rencontrés annuellement. L'Étude possède des données se rapportant entre autres au sexe et au rang de naissance de l'enfant. Plusieurs questions permettent d'étudier les inégalités sociales et leur évolution dans le temps. Pour chacun des parents, ces questions portent sur l'âge, le niveau d'éducation, le type d'emploi, le revenu et l'origine ethnique des parents. Le statut socioéconomique (SSÉ) est calculé selon le niveau d'éducation des deux parents, leur type d'emploi et le revenu familial total avant impôt. D'autres caractéristiques de la famille (fonctionnement familial, type de contrôle parental) ainsi que le mode de garde font aussi partie des dimensions reliées au développement de l'enfant qui sont documentées au fil des ans. Un intérêt particulier est porté au tabagisme des parents, et à divers aspects de leur état de santé, incluant leur poids et taille.

L'alimentation des enfants est mesurée à partir de la naissance. Dans la première année de vie, l'allaitement (initiation, durée, exclusivité) et l'alimentation complémentaire sont documentées. Par la suite, un questionnaire de fréquence de consommation de certains aliments et breuvages sert à recueillir l'information se rapportant à l'alimentation des enfants. D'autres questions portent sur le comportement des enfants au moment des repas et sur le nombre de repas consommés hebdomadairement à l'extérieur du foyer. Lorsque les enfants ont atteint l'âge de 4 ans (en 2002), une enquête de nutrition détaillée à partir de la méthode du rappel de 24 heures (tout ce que l'enfant a mangé ou bu au cours des derniers 24 heures, répété auprès de 50% des enfants) a été effectuée.

L'état de santé des enfants est aussi mesuré à partir de la naissance. Le dossier médical a permis de documenter le poids et la taille à la naissance des enfants, ainsi que leur état de santé. Par la suite, l'état général de santé, la fréquence des infections et des traitements aux antibiotiques, les allergies, les séjours hospitaliers, permettent de suivre l'évolution de l'état de santé des enfants au fil des ans. Le poids et la taille des enfants sont aussi rapportés annuellement, et divers aspects du développement cognitif, social et psychomoteur sont documentés.

Les analyses multivariées servent à étudier les relations entre les variables sociales, l'alimentation et divers aspects de la santé et du développement des enfants. Dans un premier temps, les analyses sont effectuées de façon transversale pour chacune des années d'enquête, puis les analyses longitudinales permettent d'établir des relations de causalité entre les variables et de suivre l'évolution du développement des enfants au fil des ans.

Les enfants seront suivis de la naissance à l'âge adulte afin d'identifier certains facteurs protecteurs pouvant contribuer au meilleur développement des enfants, et de déterminer les moments les plus propices aux interventions.

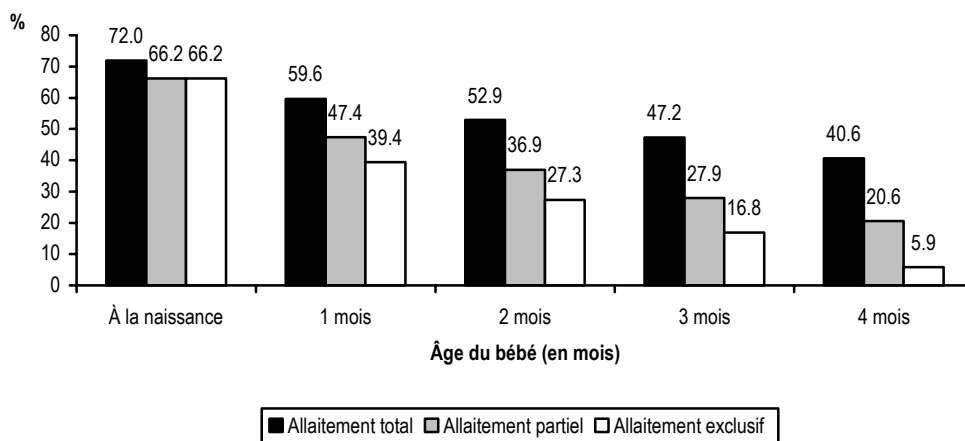
## Résultats

### L'allaitement

L'alimentation est importante dès les débuts de la vie. Le nouveau-né doit être alimenté plusieurs fois par jour. Les recommandations de santé publique visent l'allaitement exclusif (sans aucun autre liquide ni nourriture) pendant les 6 premiers mois de la vie des enfants. Pour les analyses, l'allaitement total décrit l'ensemble des enfants allaités qu'ils reçoivent ou non d'autres aliments ou breuvages. L'allaitement partiel désigne les enfants allaités ou recevant des formules pour nourrissons, sans recevoir de nourriture. L'allaitement exclusif regroupe les enfants ne recevant que du lait maternel.

Au Québec en 1998, 72% des enfants ont été allaités à la naissance (figure 1). Toutefois, seulement 41% des enfants étaient encore allaités et seulement 6% l'étaient de façon exclusive à l'âge de 4 mois. Les parents québécois introduisent les formules pour nourrissons et les aliments en purée très tôt dans la vie des bébés, ce qui explique la baisse rapide du taux d'allaitement exclusif dans les premiers mois de vie.

Figure 1. Prévalence de l'allaitement, Québec (Canada), 1998-1999



Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002

Les inégalités sociales se mettent en place dès les débuts de la vie et affectent directement l'alimentation des nourrissons. En effet, la position sociale des parents est positivement associée avec le suivi des recommandations gouvernementales portant sur l'alimentation

des nouveaux-nés. Plus le statut socioéconomique de la famille est élevé, meilleur est le suivi des recommandations en matière d'allaitement et d'alimentation des nourrissons. Toutefois, même dans les familles les plus aisées dont la mère a un diplôme universitaire, seulement 12% des bébés étaient encore allaités exclusivement à l'âge de 4 mois.

Différents facteurs sont associés au type d'allaitement et à la durée de l'allaitement, tel que décrit au tableau 1. Parmi les facteurs reliés à l'enfant, soulignons l'influence du rang de l'enfant dans la famille. Une plus forte proportion d'enfants premiers nés sont allaités, comparativement aux autres. Pour sa part, l'hospitalisation de l'enfant dans les premières semaines de vie diminue la durée de l'allaitement.

Certains facteurs reliés à la mère ou à la famille influencent l'allaitement, son exclusivité et sa durée. Les mères immigrantes sont plus nombreuses à allaiter et le font plus longtemps que les mères québécoises. À l'inverse, les mères plus jeunes, moins instruites et de milieu socioéconomique plus bas allaitent moins et le font moins longtemps que les autres. Soulignons que le type de familles et le nombre de parents en emploi sont des facteurs importants reliés à l'allaitement, en tant que facteurs individuels mais aussi de facteurs associés. Les enfants de familles monoparentales dont la mère est sans emploi sont ceux qui ont la plus faible probabilité d'être allaités. Seulement un peu plus de la moitié d'entre eux (54.5%) seront allaités à la naissance et le quart (25%) seront allaités jusqu'à l'âge de quatre mois.

Tableau 1. Facteurs associés à l'allaitement à la naissance et à 4 mois, Québec (Canada), 1998

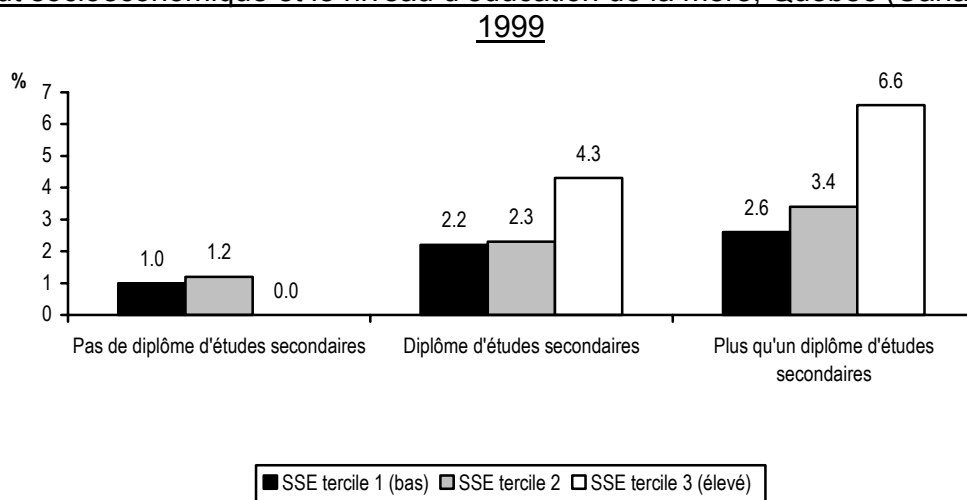
Facteurs	Caractéristiques	Allaitement à la naissance (%)	Allaitement total à 4 mois (%)	Allaitement exclusif à 4 mois (%)
Total		72.0	40.6	5.9
Rang du bébé dans la famille	1 <sup>er</sup> né	75.4*	40,8*	4.2****
	Second rang	67.9	37,6	5.3
	Troisième rang ou plus	72.3	47,1	11.7
Enfant a été hospitalisé entre 0 et 5 mois	Oui	62.6**	28.2****	NS
	Non	73.4	42.5	
Sexe de l'enfant	Fille	NS	NS	NS
	Garçon			
Niveau d'éducation de la mère	Pas de diplôme d'études secondaires	55.1****	21.4****	2.1****
	Diplôme d'études secondaires	69.5	36.3	5.0
	Diplôme d'études post-secondaires	72.3	39.3	5.0
	Diplôme universitaire	87.6	61.8	10.7
Âge de la mère	Moins de 20 ans	72.2**	19.4****	0.0***
	20-29 ans	67.6	33.6	3.9
	30-34 ans	75.6	47.2	8.1
	35 ans et plus	79.0	54.1	8.8
Origine ethnique de la mère	D'origine québécoise	69.3****	37.2****	NS
	Immigrante	87.7	60.9	
Revenu familial annuel	Moins de \$15,000	63.0****	39.0****	NS
	\$15,000-\$39,999	71.2	35.3	
	\$40,000-\$79,999	72.3	41.4	
	\$80,000 ou plus	83.8	53.9	
Nombre de parents en emploi	Au moins un parent en emploi	73.7****	41.6*	NS
	Aucun parent ne travaille	56.4	32.0	
Type de famille	Famille biparentale	73.8****	42.1**	NS
	Famille monoparentale	56.3	28.0	
Type de famille et nombre de parents en emploi	Famille biparentale/2 parents en emploi	74.7****	41.7*	5.24****
	Famille biparentale/un parent en emploi	72.5	42.4	9.67
	Famille biparentale/aucun parent en emploi	59.8	43.5	2.10
	Famille monoparentale/un parent en emploi	62,0	34.8	1.45
	Famille monoparentale/aucun parent en emploi	54.4	25.0	3.20

NS=Non significatif

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002

Le revenu des parents et le niveau d'éducation de la mère sont deux variables importantes pour l'alimentation des nourrissons (Figure 2). Les enfants nés d'une mère plus instruite et plus riche ont une probabilité 6,6 fois plus élevée que ceux dont la mère est peu instruite et peu fortunée, d'être alimentés selon les recommandations gouvernementales en matière d'alimentation des nourrissons, soit d'être allaités à la naissance, de recevoir leurs premiers aliments en purée à 4 mois ou plus, et du lait de vache à 9 mois ou plus. Soulignons que dans les milieux les plus pauvres, les enfants dont la mère est plus instruite sont aussi plus avantagés que les autres.

**Figure 2. Odds Ratios ajustés\* (95% IC) d'être alimenté selon 3 recommandations - allaité à la naissance, aliments en purée à 4 mois ou plus, lait de vache à 9 mois ou plus – selon le statut socioéconomique et le niveau d'éducation de la mère, Québec (Canada), 1998,**



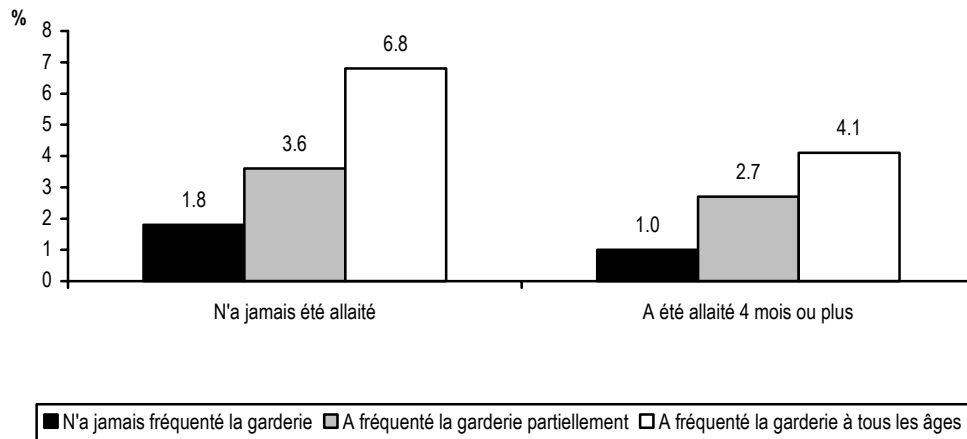
\*Ajusté pour rang de naissance, naissance prématurée, faible poids de naissance, milieu de vie

1=Catégorie de référence, \*p<=0.05

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002

L'allaitement est un élément important pour le développement des nouveaux nés. Il constituerait entre autre un facteur protecteur contre les infections. Le fait d'aller en garderie, pour sa part, accroît la fréquence des infections puisque les enfants se retrouvent en contact les uns avec les autres. Parmi les enfants qui n'ont pas été en garderie, la fréquence des infections, mesurée par le nombre total de traitements aux antibiotiques reçus entre 1.5 et 4.5 ans, est deux fois plus élevée chez les enfants qui n'ont pas été allaités, comparativement à ceux qui l'ont été pendant 4 mois ou plus (figure 3). Pour les enfants qui ont été en garderie à partir de l'âge de 1.5 ans ou avant, le nombre total de traitements aux antibiotiques est quatre fois plus élevé chez les enfants allaités, et près de 7 fois plus élevé chez les enfants non allaités, comparativement aux enfants allaités pendant 4 mois ou plus et qui ne sont jamais allés en garderie.

**Figure 3. Odds Ratios ajustés\* (95% IC) pour le nombre total de traitements aux antibiotiques entre 1.5-4.5 ans selon l'allaitement et la fréquentation d'un milieu de garde (dans les 6 mois précédant chaque collecte de données), Québec (Canada), 1998-2004**



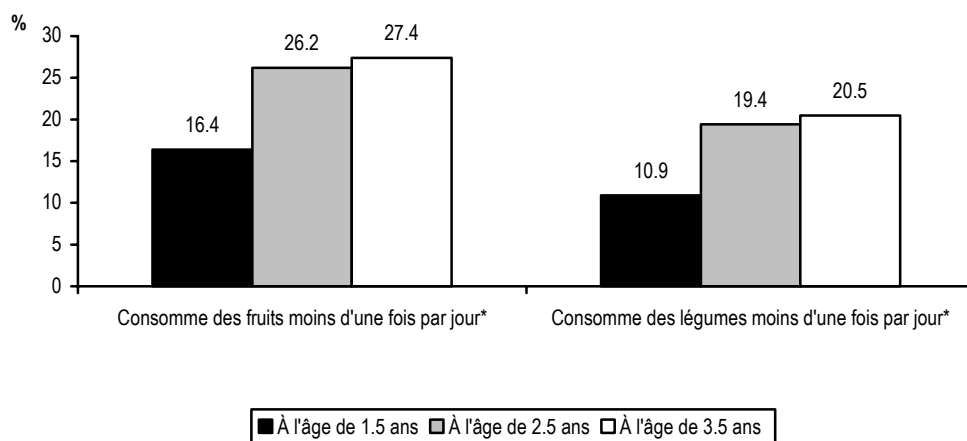
\*Ajusté pour niveau d'éducation de la mère, niveau de pauvreté de la famille, tabagisme de la mère pendant la grossesse et à chaque collecte de données  
1=Catégorie de référence ; \*p<=0.05

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002

*La fréquence de consommation de certains types d'aliments entre 1,5 et 3,5 ans*

La consommation d'aliments en bas âge a été étudiée à partir d'un questionnaire de fréquence de consommation alimentaire. À 1,5 an, 11% des enfants ne mangent pas des légumes tous les jours; la proportion est de 21% à 3,5 ans (Figure 4). Dans le cas de la consommation non quotidienne de fruits, elle passe de 16% à 27%. À l'inverse, environ le tiers des enfants consomment quotidiennement des aliments gras ou sucrés, et entre 12% et 15% des enfants consomment des boissons gazeuses ou sucrées tous les jours (figure 5).

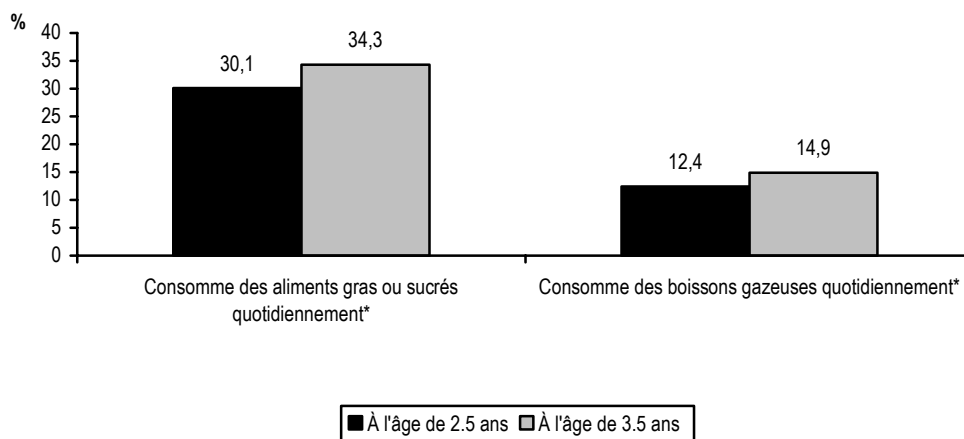
**Figure 4. Proportion des enfants qui mangent des fruits et légumes moins d'une fois par jour, Québec (Canada), 1998-2002**



\*p<=0.05

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002

**Figure 5. Proportion des enfants qui consomment des aliments gras ou sucrés, et/ou des boissons gazeuses ou sucrées quotidiennement, Québec (Canada), 1998-2002**

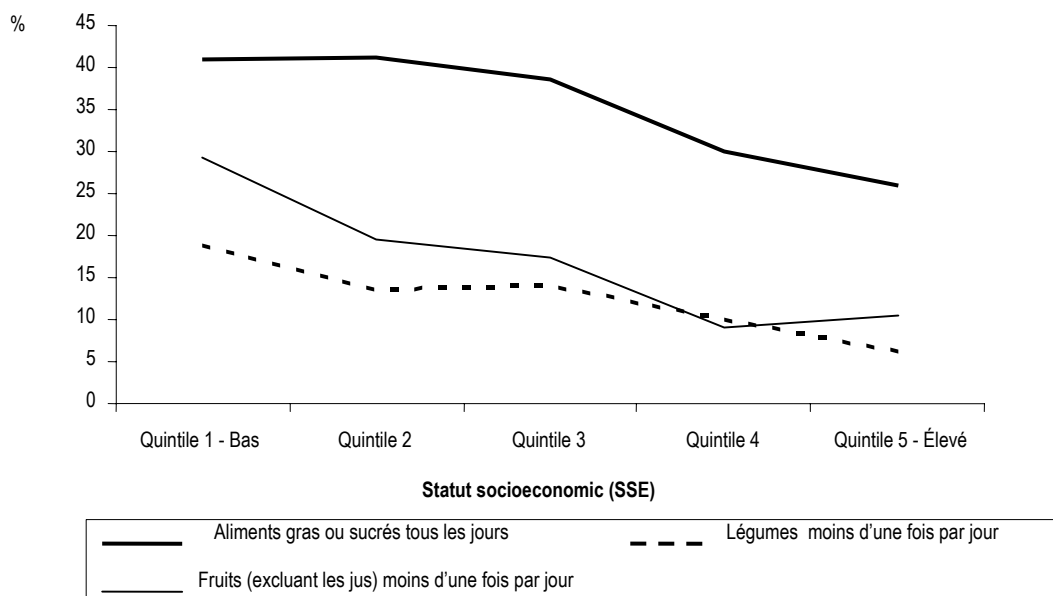


\*p<=0.05

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002

La proportion des enfants qui ne consomment pas de fruits et légumes tous les jours et de ceux qui consomment quotidiennement des aliments gras ou sucrés augmente graduellement à mesure que diminue le revenu de la famille (figure 6).

**Figure 6. Proportion des enfants de 1,5 ans consommant moins d'une fois par jour des fruits et légumes et consommant tous les jours des aliments gras ou sucrés selon le statut socioéconomique de la famille, Québec (Canada), 1999**



\*p<=0.05

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002

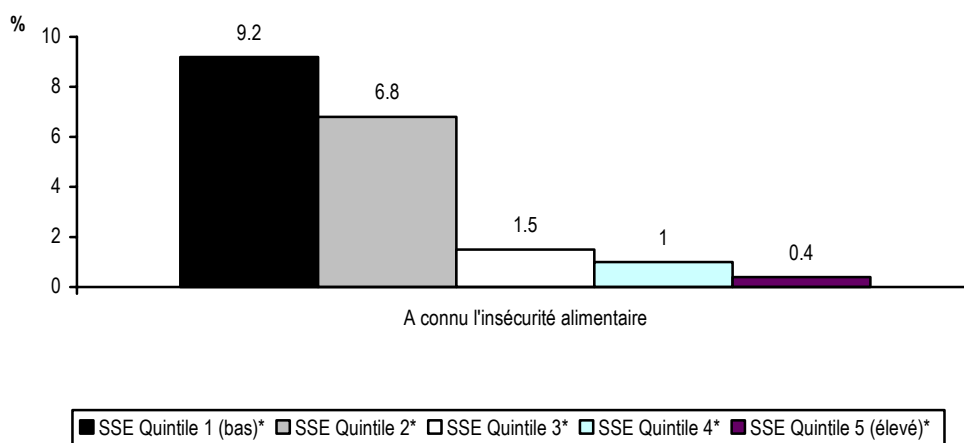
## L'insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire désigne une situation dans laquelle se retrouvent les familles démunies qui manquent occasionnellement ou régulièrement d'argent pour acheter la nourriture dont elles ont besoin.

De façon générale au Québec, 8,3% des familles rapportent une situation d'insécurité alimentaire (*Enquête sociale et de santé*, 1998). Dans l'Étude effectuée auprès des enfants, l'insécurité alimentaire a été mesurée à partir de la question suivante alors que l'enfant avait 1,5 ans : « *La famille a-t-elle manqué de nourriture au moins une fois depuis la naissance de l'enfant?* ».

À l'âge de 1,5 an, près des 4% des enfants québécois nés en 1998 vivaient dans une famille qui avait manqué de nourriture au moins une fois depuis leur naissance. Cette proportion est de plus de 9% chez les enfants des familles québécoises les plus pauvres (Figure 7).

**Figure 7. Proportion des enfants de 1.5 ans vivant dans une famille ayant connu l'insécurité alimentaire depuis la naissance de l'enfant selon le statut socioéconomique (SSE) de la famille, Québec (Canada), 1999**

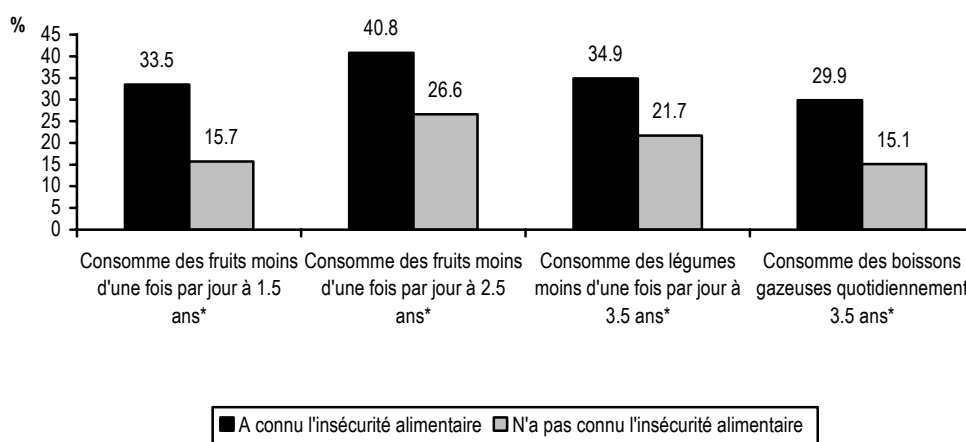


\*p < 0.001.

Source: Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

Les enfants nés dans des familles ayant connu l'insécurité alimentaire avant l'âge de 1,5 ans étaient plus nombreux que ceux n'ayant pas vécu cette situation à ne pas consommer des fruits quotidiennement à 1,5 et 2,5 ans, à ne pas consommer des légumes quotidiennement à 3,5 ans, et à consommer des boissons gazeuses ou sucrées tous les jours à 3,5 ans (figure 8).

**Figure 8. Fréquence de consommation de certains aliments selon l'insécurité alimentaire, Québec (Canada), 1998-2002**

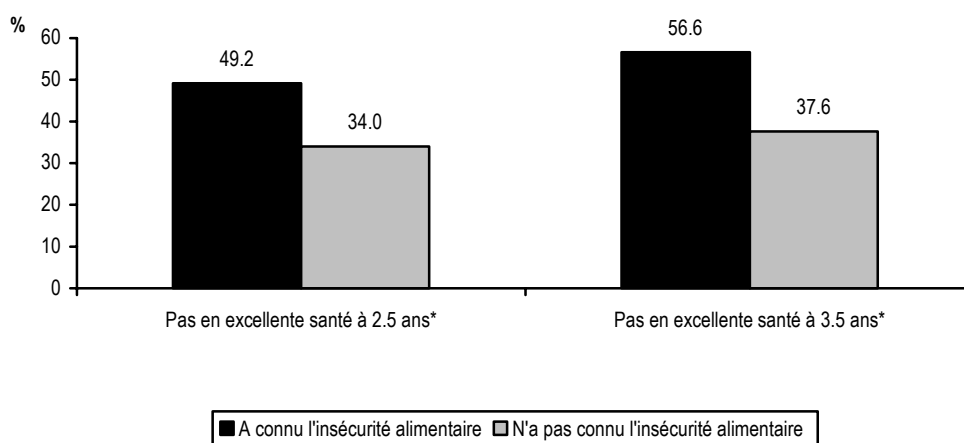


\*p<=0.05

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002

L'insécurité alimentaire peut avoir différents effets négatifs sur la santé et le développement des enfants. Dans cette étude, l'état de santé de l'enfant est estimé par la mère, selon une échelle qui est bien corrélée avec l'état de santé global des enfants. Les analyses démontrent que les enfants ayant connu l'insécurité alimentaire étaient plus nombreux à ne pas être en excellente santé à 2,5 et 3,5 ans, que les enfants n'ayant jamais connu cette situation (figure 9).

**Figure 9. Proportion des enfants qui ne sont pas en excellente santé à 2.5 et 3.5 ans selon l'insécurité alimentaire, Québec (Canada), 1998-2002**

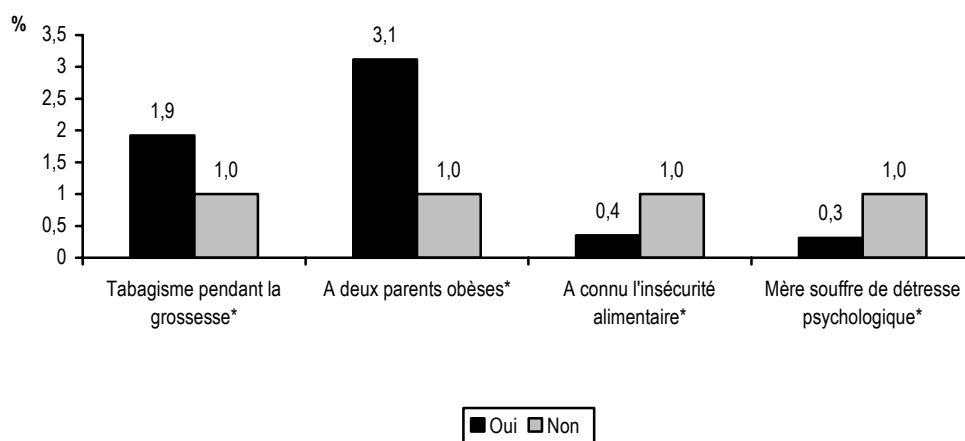


\*p<=0.05

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002

Une analyse multivariée prenant en compte un ensemble de variables associées avec le poids corporel des enfants indique que la probabilité d'être au 95<sup>e</sup> centile ou plus des courbes d'indice de masse corporelle (courbes standardisées du *Centre for Disease Control* des États-Unis), un indice d'embonpoint, est plus élevée si la mère a fumé pendant la grossesse, si l'enfant a 2 parents obèses (vs aucun parent obèse), alors que la probabilité est plus basse si l'enfant a vécu une situation d'insécurité alimentaire dans sa petite enfance, ou si la mère souffre de détresse psychologique lorsqu'il a 4.5 ans (figure 10).

Figure 10. Odds Ratios ajustés (pour poids de naissance et durée de grossesse) (95% IC) pour Indice de Masse Corporelle (IMC) 95e centile ou plus (courbes croissance CDC-USA) à 4.5 ans, selon différentes variables considérés simultanément dans les analyses, Québec (Canada), 1998-2002



1= catégorie de référence, \*p<=0.05

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002

## Conclusion

Le Canada est un pays qui possède un excellent niveau de vie. Malgré ce fait, nos analyses indiquent l'existence d'inégalités sociales qui affectent la qualité de l'alimentation dès le plus jeune âge. La qualité des habitudes alimentaires des enfants est positivement reliée à l'emploi, au revenu et au niveau d'éducation des parents. Des habitudes alimentaires de mauvaise qualité sont associées avec un moins bon état de santé et l'embonpoint chez les enfants d'âge préscolaire. Les enfants très pauvres qui vivent dans des familles ayant connu l'insécurité alimentaire sont particulièrement affectés par cette situation.

Les analyses que nous poursuivrons au fil des ans permettront de dégager des pistes de solution afin de diminuer les inégalités sociales et les inégalités nutritionnelles qui affectent à court et à long termes le développement des enfants québécois.

## Références

- Acheson D, Barker D, Chambers J, Graham H, Marmot M, Whitehead M (1998), *Independent inquiry into inequalities in health report*, London, The Stationary Office, 25 p.
- Anan RS, Basiotis PP (1998), Is total fat consumption really decreasing?, *Family Economics and Nutrition Reviews*, 11 (3): 58-60.
- Australia (2000), *Australia's Health 2000*.
- Bolton-Smith C, Smith WCS, Woodward M, Tunstall-Pedoe H (1991), Nutrient intakes of different social-class groups: results from the Scottish Heart Health Study (SHHS), *British Journal of Nutrition*, 65: 321-35.
- Bowman SA, Lino M, Gerrior SA, Basiotis PP (1998), The Healthy Eating Index, 1994-1996, *Family Economics and Nutrition Review*, 11 (3): 2-14.
- Danish Ministry of Health (1999), *The Danish government programme on public health and health promotion 1999-2008. An action oriented programme for healthier settings in everyday life*, Copenhagen.
- Dubois L, Girard M (2001), Social position and nutrition : A gradient relationship in Canada and the USA, *The European Journal of Clinical Nutrition*. (accepté).
- Glanz K (1997), Behavioral research contributions and needs in cancer prevention and control: dietary change, *Preventive Medicine*, 26: S43-55.
- Hamm P, Shekelle RB, Stamler J (1989), Large fluctuations in body weight during young adulthood and twenty-five-year risk of coronary death in men, *American Journal of Epidemiology*, 129 (2): 312-8.
- Hulshof KFAM, Löwik MRH, Kok FJ, Wedel M, Brants MAM, Hermus RJJ, ten Hoor F (1991), Diet and other life-style factors in high and low socioeconomic groups (Dutch Nutrition Surveillance System, *European Journal of Clinical Nutrition*, 45: 441-50.
- Launer LJ, Harris T, Rumpel C, Madans J (1994), Body mass index, weigh change, and risk of mobility disability in middle-age women and older women. The epidemiological follow-up study of NHANES I, *Journal of the American Medical Association*, 271 (14): 1093-8.
- Lorant V, Tonglet R (2000), Obesity: trend in inequality, *Journal of Epidemiology and*
- Lino M, Gerrior SA, Basiotis PP, Anand RS (1998), Report card on the diet quality of children, *USDA Center for nutrition policy and promotion, Nutrition/Insights 9*.
- McCreary Centre Society (1993), *Adolescent health survey*, Province of British Columbia, Vancouver.
- North K, Emmett P, Alspac Study Team (2000), Multivariate analysis of diet among three-year-old children and associations with socio-demographic characteristics, *European Journal of Clinical Nutrition*, 54: 73-80.
- OMS-Europe (1999), Santé 21. La politique cadre de la Santé pour tous de la région Européenne de l'OMS: Santé 21: La santé pour tous au 12 siècle, *Série européenne de la santé pour tous, no 6*, Copenhagen, OMS - Bureau général de l'Europe.
- Pérusse L, Chagnon YC, Bouchard C (1998), Etiology of massive obesity: role of genetic factors, *World Journal of Surgery*, 22 (9):907-12.
- Ross E, Lahelma E, Virtanen M, Prättälä R, Pietinen P (1998), Gender, socioeconomic status and family status as determinants of food behaviour, *Social Science and Medicine*, 46 (12): 1519-29.
- Ross G, Prättälä (1999), *Disparities in food habits. Review of research in 15 european countries*, Helsinki, National Public Health Institute, 203 p.
- Semenciw RM, Morrison HI, Mao Y, Johansen H, Davies JW, Wigle DT (1988), Major risk factors for cardiovascular disease mortality in adults: results from the Nutrition Canada survey cohort, *International Journal of Epidemiology*, 17 (2): 317-24.
- Société canadienne de pédiatrie, les diététistes du Canada, Santé Canada (1998), *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*, Ottawa, Ministre des travaux publics et services gouvernementaux Canada, 55 pages.
- USA (1996), *Nutrition action themes for the United States. A report in response to the international conference on nutrition*.
- Woo J, Leung SSF, Ho SC, Sham A, Lam TH, Janus ED (1999), Influence of educational level and marital status on dietary intake, obesity, and other cardiovascular risk factors in a Hong Kong Chinese population, *European Journal of Clinical Nutrition*, 53: 461-7.