

Une vie active saine pour les enfants et les adolescents¹

Mise à jour : novembre 2014

Voir le document ci-dessous.

¹Pædiatr. Child Health 2012; 17(4): 211-12.

Une vie saine et active : des directives en matière d'activité physique chez les enfants et les adolescents

S Lipnowski, CMA LeBlanc; Société canadienne de pédiatrie
Comité d'une vie active saine et de la médecine sportive
Version abrégée : Paediatr Child Health 2012;17(4):211-12

Résumé

L'épidémie d'obésité juvénile augmente partout dans le monde. Même si les facteurs de risque d'obésité sont multifactoriels, bon nombre sont liés au mode de vie et se prêtent à une intervention. Ces facteurs incluent le comportement sédentaire et la thermogenèse sans activité physique, de même que la fréquence, l'intensité, la quantité et le type d'activité physique. Les dispensateurs de soins de première ligne sont en position idéale pour surveiller le taux d'activité physique des enfants, des adolescents et de leur famille, évaluer les choix liés au mode de vie et offrir des conseils pertinents. Le présent document de principes contient des directives visant à réduire le comportement sédentaire et à accroître le taux d'activité physique au sein de la population pédiatrique. Des recommandations d'activités physiques adaptées au développement et visant les nourrissons, les tout-petits, les enfants d'âge préscolaire, les enfants et les adolescents sont présentées. Des stratégies de promotion d'une vie saine et active sur les scènes locale, municipale, provinciale, territoriale et fédérale sont proposées.

Mots-clés : Adolescents; Children; Obesity; Physical activity; Screen time; Sedentary behaviour

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »^[1]. Santé Canada décrit un « mode de vie sain » comme des choix qui améliorent la santé physique, mentale, sociale et spirituelle^[2]. Tous les Canadiens ont besoin d'adopter un mode de vie sain et actif dès la première enfance. Malheureusement, une mauvaise alimentation, l'inactivité, l'obésité juvénile et la diminution de la condition physique sont monnaie courante^{[3][4]}. La prévalence d'obésité a presque triplé depuis 25 ans. En effet, jusqu'à 26 % des jeunes (de deux à 17 ans) font de l'embonpoint ou sont obèses, ainsi que 41 % de leurs homologues autochtones^{[5][6]}. Les conséquences de l'obésité juvénile sur la santé incluent l'insulinorésistance, le diabète de type 2, la dyslipidémie, l'hypertension, l'apnée obstructive du sommeil, la stéatose hépatique non alcoolique, une mauvaise estime de soi et une moins bonne qualité de vie liée à la santé^{[7][8]}. L'étiologie de l'obésité est multifactorielle, mais les principales causes en sont l'apport calorique excessif, des schèmes de comportement sédentaire, une activité physique (AP) insuffisante et le manque d'exercice ([tableau 1](#))^[3]. Le présent document de principes vise à fournir aux dispensateurs de soins des stratégies de conseils et de défense d'intérêts qui font la promotion de l'AP et réduisent les périodes sédentaires chez les enfants, les adolescents et leur famille. Pour les besoins des présentes, le terme « jeunes » désigne à la fois les enfants et les adolescents.

TABLEAU 1**Définitions de comportement sédentaire, d'activité physique et d'exercice, accompagnées d'exemples**

Comportement sédentaire	Activité physique	Exercice
Comportement associé à une faible dépense énergétique, comme des périodes prolongées passées en position assise ou couchée lors des déplacements ou au travail, à la maison ou pendant les loisirs	Tout mouvement corporel qui fait travailler les muscles et exige davantage que l'énergie au repos	AP planifiée, structurée et répétitive pour mettre en forme toute partie du corps
Écoute de la télévision	Jeux libres	<i>Exercice aérobique</i> – activité modérée à vigoureuse qui accroît la fréquence cardiaque et la production de sueur et améliore l'endurance cardiovasculaire
Utilisation de l'ordinateur	Activités structurées	
Jeux vidéo	Activités de la vie quotidienne	
Déplacements en voiture		<i>Exercice de flexibilité</i> – activité qui accroît l'amplitude musculaire et articulaire
Utilisation des chaises ou des divans		<i>Exercice anaérobique</i> (entraînement en force) – activité qui améliore la force musculaire
Conversations téléphoniques, textos		<i>Exercice de prise en charge à fort impact</i> – activité qui fait la promotion de la santé osseuse

AP activité physique

Les schèmes de comportement sédentaire

Les jeunes sont plus sédentaires que jamais en raison de la généralisation de la télévision, des vidéos, des jeux vidéo, des ordinateurs et des téléphones multimédias. Les réseaux sociaux et les divertissements accessibles par les nouvelles technologies en sont également responsables ^[9]. À l'aide d'accéléromètres, l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) de 2007 à 2009 a révélé que les jeunes vivent en moyenne 8,6 heures de comportement sédentaire et quatre heures d'AP de faible intensité pendant les heures d'éveil, lesquelles augmentent et diminuent avec l'âge, respectivement ^[10]. D'ailleurs, les schèmes de comportement sédentaire observés pendant la petite enfance s'aggravent avec l'âge ^[11]. Les comportements sédentaires s'associent à une diminution de l'AP, ainsi qu'à une augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) et de l'adiposité ^[12]. Les enfants dont le temps d'écran est de plus de deux heures par jour sont deux fois plus susceptibles de faire de l'embonpoint ou d'être obèses que leurs camarades dont le temps d'écran ne dépasse pas une heure par jour ^[5]. Les enfants au statut socioéconomique (SSÉ) plus faible qui possèdent un téléviseur dans leur chambre y sont encore plus vulnérables ^{[13][14]}. Des facteurs contribuent à la relation entre le temps d'écran et le risque d'obésité, soit le remplacement de l'AP, un métabolisme ralenti au repos et une plus grande consommation d'aliments à faible valeur nutritive, régulièrement encouragée par la publicité. Les jeunes aux comportements plus sédentaires (notamment de longues heures à regarder la télévision) peuvent également présenter un syndrome métabolique, de l'hypertension, de

l'inattention, de mauvais résultats scolaires et une moins bonne estime de soi, quel que soit le temps qu'ils consacrent à l'AP ^[15].

L'activité physique insuffisante

Depuis 1981, la condition physique des jeunes canadiens a considérablement diminué, tandis que l'adiposité a augmenté ^[3]. L'ECMS a démontré que seulement 7 % des jeunes canadiens accumulent au moins 60 minutes d'AP modérée à vigoureuse (APMV) au moins six jours par semaine ^[10]. L'APMV pendant l'enfance diminue au fil du temps ^[11]. Le taux de thermogénèse sans activité physique (p. ex., se tenir debout, gigoter, marcher, monter des marches) est faible ^[16]. Les modèles de comportement inactif ainsi que le niveau d'instruction et le SSÉ moins élevés des parents peuvent également avoir une incidence négative sur l'AP des jeunes ^[17]. Même si la participation à des sports organisés ou à des programmes récréatifs accroît l'AP, la question des coûts, de l'accessibilité et du temps que doivent y consacrer les parents réduit souvent cette participation ^{[4][17]}. Sur la scène locale, les parcs et les installations récréatives sont souvent sous-utilisés pour des raisons d'entretien ou de sécurité ^[4]. Les enfants plus âgés, de sexe féminin, d'origine autochtone, aux horaires surchargés, qui ne participent pas aux programmes sportifs et récréatifs ou qui les ont en aversion sont moins actifs que leurs camarades ^{[4][17]}. Les jeunes qui ont une incapacité ou qui vivent dans des logements sociaux ont souvent moins accès à des installations récréatives abordables et de qualité ^{[17][19]}. Des climats extrêmes, une circulation intense et le taux de criminalité local peuvent inhiber encore davantage

l'ambulation et le jeu à l'extérieur ^{[17][20]}. L'absence d'espaces verts et l'étalement urbain, qui favorisent les déplacements en voiture au détriment des autres modes de transport, réduisent également l'AP ^[19].

Les comportements sédentaires et des jeux libres non structurés insuffisants pendant la petite enfance ont des conséquences négatives sur une croissance et un développement sains ^{[21][22]}. Les enfants plus âgés consacrent la plus grande partie de leurs heures d'éveil à l'école, où le programme scolaire a graduellement remplacé l'AP, une tendance suscitée par la perception que le temps qui n'est pas consacré aux matières scolaires a des effets négatifs sur les résultats scolaires. Pourtant, d'après les recherches, l'AP en milieu scolaire et l'éducation physique (ÉP) ne nuisent pas aux notes des élèves et pourraient même les améliorer ^[23]. Il est démontré que l'exercice améliore la fonction exécutive et les résultats en mathématiques chez les enfants en surpoids ^[24]. L'ÉP favorise la « littératie physique » : se déplacer avec compétence, améliorer la condition physique, découvrir comment jouer et apprendre par des programmes physiques et liés à la santé ^[4]. Les périodes d'ÉP obligatoires varient selon les provinces et les territoires du Canada. Parmi ceux qui sont dotés de politiques en matière d'ÉP, seulement 35 % rendent compte d'une mise en vigueur complète ^[25].

Seulement 24 % des jeunes canadiens utilisent un mode de transport actif (p. ex., vélo ou marche) pour se rendre à l'école chaque jour ^[26]. Depuis 2000, le transport à l'école en voiture a augmenté chez les plus jeunes enfants, notamment ceux dont le revenu familial est plus haut et dont les parents ont un niveau d'instruction plus élevé. Dans tous les groupes d'âge, les jeux à l'extérieur après l'école ont diminué au cours de la dernière décennie ^[26].

La participation à des sports en milieu scolaire diminue d'un taux estimatif de 14 % (pour les garçons) et de 26 % (pour les filles) entre la 6^e année et la 12^e année ^[4]. De plus, 58 % des écoles canadiennes ne possèdent pas de politiques exigeant la même participation à l'AP ou aux sports de la part de tous les élèves ^[25], les autres obstacles possibles étant les incapacités, les maladies chroniques, l'ethnie et le sexe féminin ^[17]. Les États-Unis exigent l'égalité des sexes en matière de participation aux activités sportives en milieu scolaire ^[27], mais il n'existe pas de réglementation fédérale comparable au Canada.

Les bienfaits de l'activité physique aérobique

L'AP aérobique régulière peut contribuer à la perte de poids, de graisse abdominale viscérale et sous-cutanée et de la tension artérielle systémique chez les jeunes obèses ^[28]. Elle peut également réduire les marqueurs précoces d'athérosclérose (par exemple, une diminution de la rigidité des artères), l'insulinorésistance, le diabète de type 2, la stéatose hépatique non alcoolique, les troubles respiratoires du sommeil et la capacité cardiorespiratoire ^{[28][31]}. L'exercice

aérobique s'associe à un concept de soi positif et au bien-être psychologique, de même qu'à une diminution de l'anxiété et de la dépression ^{[32][33]}. Les programmes d'activités extérieures peuvent améliorer l'estime de soi des jeunes, leur motivation à apprendre, la résolution de conflits et les aptitudes à résoudre des problèmes ^[34]. Les sports d'équipe peuvent permettre d'acquérir de nouvelles habiletés, accroître la confiance en soi et susciter de nouvelles amitiés ^{[4][35]}. Les jeux vidéo actifs représentent peut-être un nouveau moyen de promouvoir l'AP, mais les données probantes sont mitigées quant à leur pouvoir de faire bouger l'enfant suffisamment pour améliorer sa capacité cardiorespiratoire ^[36]. D'après les experts, ce type de jeu peut remplacer les activités sédentaires de manière pertinente, pourvu que le jeune bouge suffisamment, mais il ne remplace pas les jeux actifs à l'extérieur, l'ÉP ou le sport ^[4].

Les bienfaits d'autres types d'activité physique

Tous les jeunes, y compris ceux qui ont besoin de soins particuliers (p. ex., asthme, diabète ou incapacité neuromusculaire), tirent profit d'exercices de flexibilité, d'entraînement en force musculaire et d'AP de mise en charge ^{[28][37][38]}. Les enfants en croissance et ceux qui ont une incapacité neuromusculaire ont besoin de programmes d'étirement pour améliorer leur flexibilité ^{[17][38]}. L'AP à fort impact favorise la santé osseuse. Même si la masse osseuse est en grande partie déterminée par le génotype, l'AP de prise en charge peut améliorer l'acquisition de masse osseuse et l'adaptation structurelle chez les jeunes ^[39]. Dix minutes d'activités à impact moyen à fort (comme la course et les sauts), effectuées de deux à trois jours par semaine, peuvent avoir un effet positif modeste sur la densité minérale osseuse ^[28]. L'entraînement en force accroît l'apprentissage neuromusculaire et la force musculaire et osseuse pendant la préadolescence et l'adolescence, tant chez les filles que chez les garçons ^[40]. L'OMS recommande un modèle de santé scolaire et communautaire pour les enfants plus âgés, lequel fait la promotion de l'AP dans divers milieux ^[41]. Les recherches démontrent que des programmes scolaires polyvalents qui tiennent compte de l'AP, des comportements sédentaires et de l'alimentation, sont les plus efficaces lorsqu'ils sont adoptés dans de nombreux contextes et obtiennent l'appui des parents ^[42].

Les directives en matière d'activité sédentaire et d'activité physique selon l'âge

Les nourrissons, les tout-petits et les enfants d'âge préscolaire

D'après les recherches, l'AP améliore la motricité, la composition corporelle et les aspects de la santé métabolique et du développement social chez les enfants de moins de cinq

ans ^{[21][43]}. D'après les directives canadiennes (tableau 2), les nourrissons devraient accumuler de l'AP supervisée plusieurs fois par jour, notamment par des jeux au sol, tels que du temps passé sur le ventre, à atteindre, à pousser, à tirer et à ramper ^[43]. Les enfants de un à quatre ans devraient vaquer à des activités structurées et non structurées (jeux libres) au moins 180 minutes par jour, à diverses intensités ^[43]. Ces activités devraient inclure les jeux, les déplacements, les activités récréatives et l'ÉP dans des environnements diversifiés.

Trop de temps d'écran nuit aux aspects du développement cognitif et psychosocial et peut également compromettre la composition corporelle ^[44]. Les enfants de moins de deux ans ne devraient pas être exposés aux activités à l'écran, et les

tout-petits de deux à quatre ans devraient être limités à des émissions éducatives, moins d'une heure par jour ^[44]. Les familles doivent encourager le mouvement chez les jeunes enfants en réduisant le transport passif (déplacements en voiture ou en poussette) ou les périodes passées simplement à être assis ou à « se reposer » pendant les heures d'éveil. La Société canadienne de pédiatrie (SCP) et l'*American Academy of Pediatrics* (AAP) ^{[45][46]} préconisent des jeux de motricité globale dans des lieux adaptés à l'âge et qui sont axés sur le plaisir, l'exploration, l'expérimentation et la sécurité. Ces activités peuvent inclure des promenades avec les membres de la famille, la course, les jeux d'eau supervisés, la nage, les culbutes, la danse, le lancer et l'attraper ^{[17][45][48]}. La SCP a également formulé des recommandations sur l'utilisation des médias à la maison, selon l'âge.

TABLEAU 2**Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire et d'activité physique pour la petite enfance [43][44], l'enfance et l'adolescence [50][51];****Source : Société canadienne de physiologie de l'exercice**

Directives en matière de comportement sédentaire	Directives en matière d'activité physique
<p>Pour favoriser une croissance et un développement sains</p> <p>Les personnes qui s'occupent d'enfants devraient réduire au minimum le temps que les nourrissons (de moins d'un an), les tout-petits (de un à deux ans) et les enfants d'âge préscolaire (de trois à quatre ans) consacrent à des passe-temps sédentaires pendant les heures d'éveil, y compris les comportements sédentaires, soit les périodes de plus d'une heure en position assise ou retenue par une ceinture (p. ex., dans une poussette, une chaise haute).</p> <p>Pour les enfants de moins de deux ans, le temps d'écran (p. ex., télévision, ordinateur, jeux électroniques) n'est pas recommandé.</p> <p>Pour les enfants de deux à quatre ans, le temps d'écran devrait être limité à moins d'une heure par jour. Moins, c'est mieux.</p>	<p>Pour favoriser une croissance et un développement sains</p> <p>Les nourrissons de moins d'un an ont besoin de faire de l'activité physique plusieurs fois par jour, notamment par les jeux interactifs au sol.</p> <p>Les tout-petits (de un à deux ans) et les enfants d'âge préscolaire (de trois à quatre ans) devraient pouvoir accumuler au moins 180 minutes d'AP à <i>diverses intensités</i> tout au long de la journée, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des activités variées dans des environnements diversifiés; • des activités qui accroissent les habiletés de mouvement; • la progression vers au moins 60 minutes de jeu énergétique à cinq ans. <p>Plus d'AP quotidienne procure des bienfaits supplémentaires.</p>
<p>Pour en tirer des bienfaits pour la santé, les enfants (de cinq à 11 ans) et les adolescents (de 12 à 17 ans) devraient limiter le temps qu'ils consacrent aux activités sédentaires chaque jour, comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • limiter le temps d'écran récréatif à un maximum de deux heures par jour. Un temps d'écran encore plus limité s'associe à des bienfaits supplémentaires sur la santé. • limiter le transport sédentaire (motorisé) ou les périodes prolongées en position assise ou passées à l'intérieur tout au long de la journée. 	<p>Pour en tirer des bienfaits pour la santé, les enfants (de cinq à 11 ans) et les adolescents (de 12 à 17 ans) doivent accumuler au moins 60 minutes d'AP modérée à vigoureuse par jour, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des activités d'intensité vigoureuse au moins trois jours par semaine; • des activités de renforcement musculaire et osseux au moins trois jours par semaine. <p>Plus d'AP quotidienne procure encore plus de bienfaits pour la santé.</p>

AP activité physique

Les enfants (de cinq à neuf ans)

D'après les directives canadiennes (tableau 2), le temps d'écran récréatif (télévision, ordinateur, jeux vidéo, téléphones multimédias) devrait se limiter à un maximum de deux heures par jour. Ces directives recommandent également de limiter les périodes de déplacement dans un véhicule motorisé, le temps passé à l'intérieur et les longues périodes à être simplement assis, avec les autres membres de la famille, à l'école ou pendant des événements communautaires [17][50]. Les enfants dont le temps d'écran dépasse deux heures par jour devraient être encouragés à réduire progressivement le temps consacré aux médias électroniques. Quel que soit leur sexe, leur race, leur ethnie

ou leur SSÉ, les enfants doivent participer à des jeux actifs variés à la fois agréables et sécuritaires, qui soutiennent leur développement naturel [51]. Ils ont besoin d'activités physiques quotidiennes par le jeu, les sports, les déplacements, les loisirs, l'ÉP ou l'exercice en famille, à l'école ou en milieu communautaire [51]. Les enfants devraient accumuler au moins 60 minutes d'APMV par jour, y compris des activités vigoureuses et des activités de renforcement musculaire et osseux au moins trois jours par semaine, en plus de l'AP liée à la vie quotidienne. Une plus grande quantité d'AP quotidienne est encore plus bénéfique pour la santé [51].

Les enfants et les adolescents ayant besoin de soins particuliers ont aussi besoin de faire de l'exercice tous les jours, et un professionnel de la santé doit contribuer à déterminer les types et la quantité d'AP pertinents, s'il y a lieu. Les jeunes moins actifs peuvent ressentir les bienfaits sur leur santé de plus petites quantités d'AP pour commencer, puis en accroître graduellement la durée, la fréquence et l'intensité pour arriver à respecter les directives quotidiennes^[51]. À mesure que la motricité, la poursuite visuelle et l'équilibre s'améliorent, le jeu libre est recommandé, comportant des séquences de mouvements plus complexes et qui insistent sur l'acquisition des habiletés de base. Puisque le poids, la taille, l'endurance et l'acquisition de la motricité sont similaires chez les filles et les garçons, la participation mixte n'est pas contre-indiquée^{[17][47]}. Les sports organisés exigeant des explications courtes, des règles flexibles, des périodes libres pendant les pratiques et un accent sur le plaisir sont favorisés dans ce groupe d'âge, dont les capacités d'apprendre les stratégies d'équipe sont limitées^[47]. On suggère la course, la nage, le soccer, le baseball, le tennis, la gymnastique, les arts martiaux, le patinage et le ski^{[17][46][47]}.

Les préadolescents (de dix à 12 ans)

Des restrictions similaires relatives au comportement sédentaire et à l'AP s'appliquent aux préadolescents (tableau 2). La poursuite visuelle, l'équilibre et la motricité entièrement développés permettent de se concentrer sur l'amélioration des habiletés avancées et la stratégie sportive. Une meilleure capacité de traiter les directives verbales et d'intégrer l'information provenant de sources multiples favorise une meilleure participation aux sports d'équipe, mais l'acquisition des habiletés, la participation et le plaisir devraient encore demeurer l'objectif du jeu^{[17][46][47]}. La puberté commence à des moments différents et progresse à des rythmes différents au sein de ce groupe d'âge, ce qui se traduit par une fourchette variée de tailles, de gabarits et de forces. Dans le cadre des sports de contact, l'attribution des positions d'après la maturité physique plutôt que d'après l'âge chronologique peut réduire le risque de blessures et favoriser la réussite individuelle, surtout chez ceux qui commencent la puberté. On peut amorcer l'entraînement en force, pourvu qu'il soit bien supervisé, qu'il fasse appel à de petits poids libres et à un grand nombre de répétitions (15 à 20), qu'il respecte une bonne technique et qu'il évite les poids plus lourds et les portés maximaux (c.-à-d. flexion des jambes, épaulé-jeté, soulevé de terre)^{[17][40]}.

Les adolescents (de 13 à 17 ans)

La nécessité de limiter les passe-temps sédentaires et de renforcer les recommandations d'AP s'applique tout autant aux adolescents (tableau 2). Chez les individus très sociables qui sont influencés par leurs camarades, il est crucial de trouver des activités amusantes et intéressantes qui incluent les amis pour favoriser une participation à long terme. La condition physique personnelle, le transport actif, le partage

des corvées ménagères et les sports compétitifs ou non compétitifs sont recommandés. Même si certains adolescents aiment les sports compétitifs organisés, un taux d'abandon estimatif de 75 % avant l'âge de 15 ans laisse supposer la nécessité de se concentrer sur les intérêts individuels des jeunes^[47]. Idéalement, l'inscription à des sports de contact et de collision compétitifs devrait se fonder sur le gabarit et les habiletés plutôt que sur l'âge^[17]. Lorsque l'entraînement en force se poursuit, les personnes qui atteignent leur maturité physique peuvent effectuer des séries plus longues en toute sécurité, au moyen de poids plus lourds et d'un moins grand nombre de répétitions, tant que l'importance d'une bonne technique est soulignée^{[17][40][47]}.

Le rôle du professionnel de la santé

Les soins cliniques

On demande souvent des conseils aux dispensateurs de soins au sujet de l'AP. La plupart donnent des conseils verbaux, mais rares sont ceux qui remettent des prescriptions écrites^[52]. Les pédiatres semblent moins promouvoir les activités aérobiques que les médecins de famille ou les internistes, et ils sont les moins susceptibles de suggérer l'entraînement en force^[53]. Les obstacles courants sont le manque de temps avec les patients, des connaissances insuffisantes et des honoraires inadéquats pour ce type de soins^[54]. Les évaluations de santé systématiques devraient inclure le dépistage des risques liés au mode de vie. L'AAP recommande de dépister les schèmes d'alimentation malsains, de déterminer les habitudes d'AP du patient ainsi que de calculer et de transcrire l'IMC au moins une fois l'an^[17]. Les étapes importantes consistent à déterminer le taux d'AP courant et l'étendue des comportements sédentaires, à donner des conseils sur les avantages de l'AP et à déterminer les obstacles aux changements de mode de vie ainsi que l'efficacité du patient à apporter les changements nécessaires^{[17][47]}. Le programme « passeport santé », un outil créé pour promouvoir cinq portions de fruits ou de légumes, deux heures de temps d'écran, une heure d'AP et aucune boisson édulcorée par jour, peut accroître la détection en cabinet de l'obésité et faire participer les familles au changement comportemental^[55]. L'entrevue motivationnelle, un mode de communication axé sur la personne et sur les résultats, peut contribuer à susciter et à renforcer la motivation intrinsèque en vue d'un changement positif^[56]. Cette méthode s'est révélée efficace dans la prise en charge de l'obésité auprès des familles et des adolescents^[57].

Les stratégies énumérées au tableau 3 peuvent être utiles pour orienter les patients et les familles vers une vie saine et active (VSA). Les familles moins actives ou les membres qui ne sont pas prêts au changement devraient être invités à formuler les obstacles possibles et se faire proposer des voies de solution (tableau 4)^[47]. Lorsqu'une famille est prête à se lancer, une « prescription » d'AP personnalisée devrait être rédigée et

affichée à la maison. Cette stratégie tire profit d'un modèle médical familial, qui renforce l'importance de l'AP pour une santé familiale optimale. La fréquence (quotidienne), l'intensité (modérée à vigoureuse), le temps (accumulation d'au moins 60 minutes par jour) et le type (qu'on désigne par critères FITT) d'activité devraient faire partie de ce plan

familial ^{[15][47]}. Les choix d'AP devraient être intégrés aux activités quotidiennes, de manière à les rendre agréables, simples, naturelles et souhaitables. Auprès des jeunes enfants, il est essentiel de faire participer les parents comme agents de changement.

TABLEAU 3

Stratégies pour améliorer une VSA pour les enfants, les adolescents et les familles [17][47]

Réduire les activités sédentaires	Accroître l'activité physique
Conseiller aux familles de retirer des chambres les téléviseurs et les ordinateurs.	Créer des prescriptions d'AP individuelles <ul style="list-style-type: none"> • Prescriptions de la SCP pour des enfants sains et actifs • Jeunes en actions, jeunes en santé : Guide pour les médecins
Conseiller aux familles d'éviter de manger devant la télévision.	Apposer des photos ou des affiches démontrant : <ul style="list-style-type: none"> • des familles qui mangent ensemble sans regarder la télévision, • des enfants qui participent à des jeux actifs ou à de la danse pendant des émissions de télévision.
Encourager les familles à remplacer le temps d'écran (télévision, jeux vidéo, téléphones cellulaires interactifs, furetage dans Internet, clavardage et médias sociaux) par de l'AP.	Déterminer l'accès des enfants et des adolescents aux jeux libres, aux sports et à l'ÉP scolaire de qualité. Fournir de l'information à jour sur les activités locales , les activités communautaires ou les programmes récréatifs pour les familles.
Conseiller aux familles d'éviter de rester assises pendant des périodes prolongées et d'accroître le transport actif.	Accroître les mouvements accessoires : <ul style="list-style-type: none"> • Prendre des pauses des activités sédentaires. • Éviter de s'asseoir pendant des périodes prolongées. • Marcher pendant la journée. • Emprunter les escaliers.
Suggérer aux familles de participer à des jeux qui favorisent l'AP plutôt qu'à des jeux d'ordinateur.	Fournir de l'information dans les salles d'attente <ul style="list-style-type: none"> • Matériaux du programme Jeunes en action, jeunes en santé de la SCP • Guides d'activité physique canadiens • Jeunes en forme Canada • ParticipACTION • Pédomètres et jeux vidéo actifs
Inciter les familles à être les mentors des jeunes enfants pour qu'ils acquièrent des aptitudes pertinentes en matière d'AP.	Encourager à inviter un enfant plus âgé pour motiver un plus jeune à adopter une AP récréative ou un sport.
Donner les moyens aux enfants ou aux adolescents en surpoids de remplacer les comportements sédentaires par de l'AP.	Offrir aux enfants et adolescents inactifs ou en surpoids des activités qu'ils sont susceptibles de préférer : <ul style="list-style-type: none"> • les sports aquatiques, • l'entraînement en force, • moins d'accent sur la compétition.

AP activité physique; SCP Société canadienne de pédiatrie; VSA vie saine et active

TABLEAU 4**Des stratégies pour vaincre les obstacles courants à l'AP, adaptées de *Care of the Young Athlete* [47]**

Obstacle	Solution
Manque de temps	Intégrer l'activité à la journée – transport actif.
	Emprunter les escaliers.
	Descendre de l'autobus un arrêt trop tôt.
	Suivre un cours d'ÉP à l'école.
	Jouer à des jeux actifs avec les amis.
Aversion envers les sports et manque d'habileté dans les sports	Danser, nager, marcher ou faire de la randonnée avec un ami ou un animal.
	Favoriser des passe-temps ou le transport actifs.
Quartier dangereux	Danser au son de la musique ou mettre des vidéos d'entraînement à la maison.
	Devenir membre du centre récréatif communautaire.
	S'inscrire à un cours d'ÉP à l'école.
	S'inscrire à des activités parascolaires.
Mauvaise condition physique	Commencer lentement – 10 minutes.
	Réduire les périodes de comportement sédentaire.
	S'inscrire à un programme parascolaire ou communautaire.

La défense d'intérêts (tableau 5)

La promotion d'une VSA est essentielle pour améliorer la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. Les cliniciens et leur corps professionnel devraient préconiser des politiques communautaires, provinciales, territoriales et fédérales qui contribuent à garantir des modes de vie sains.

Les municipalités devraient s'inspirer de chefs de file comme Vélo Québec, qui construisent des trottoirs et des pistes cyclables afin de favoriser la pratique plus sécuritaire de la marche et du vélo dans la collectivité^[58]. Il est important de bien entretenir les terrains de jeux pour promouvoir l'AP, de maintenir la propreté des espaces et le matériel de jeu en bon état, ainsi que de bien entretenir les parcs et les autres espaces verts pour créer des quartiers sains et actifs^[59]. Les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent améliorer les programmes d'AP et d'ÉP en milieu scolaire, de la maternelle à la 12^e année. Il est également essentiel de soutenir des programmes sportifs et des installations récréatives pour tous les groupes d'âge, ainsi que d'éliminer les obstacles liés au sexe, aux moyens financiers et aux incapacités. Le crédit d'impôt pour la condition des enfants, adopté par le gouvernement fédéral en 2007, accroît peut-être la participation aux programmes d'AP dans les familles qui peuvent se permettre les frais d'inscription, mais plus de stratégies destinées aux familles à faible revenu s'imposent^[60]. Il faut que le gouvernement fédéral soutienne l'infrastructure et les projets de VSA à long terme sur les scènes provinciale, territoriale et municipale, y compris des stratégies conçues pour les enfants et adolescents autochtones, en consultation avec les chefs des Premières nations. Les gouvernements, l'industrie et les organismes de bienfaisance doivent collaborer au financement de l'AP en population et aux recherches liées à la prévention de l'obésité.

TABEAU 5
Stratégies de défense d'intérêts

Adaptées du Bulletin 2010 de l'activité physique chez les jeunes de Jeunes en forme Canada [4]

SCÈNE FÉDÉRALE	SCÈNE PROVINCIALE	SCÈNE MUNICIPALE
Rendre les médias socialement responsables de promouvoir l'AP et de réduire l'inactivité.	Accroître l'accès aux installations récréatives pendant les heures d'école.	Construire des trottoirs et des pistes cyclables sécuritaires.
Modifier le crédit d'impôt pour la condition des enfants de 2007 de manière qu'il profite aux familles qui vivent dans la pauvreté.	Accroître l'accès aux gymnases scolaires après l'école.	Promouvoir la formation de groupes de marche dirigés par des parents.
Continuer d'octroyer un financement provincial et municipal pour les infrastructures sportives.	Promouvoir l'AP avant, pendant et après l'école.	Mettre à niveau les terrains de jeux mal équipés et sous-entretenus.
Continuer d'octroyer un financement provincial et municipal pour les projets de transport actif.	Rendre les cours d'ÉP quotidiens de qualité obligatoires, donnés par des enseignants compétents, dans toutes les écoles (de la maternelle à la 12 ^e année)	Mettre à niveau les parcs et les espaces verts et en créer de nouveaux.
Continuer d'octroyer un rabais de la TPS de 100 % aux projets d'infrastructure municipale qui font la promotion d'une VSA.	Mettre en œuvre des programmes d'ÉP qui favorisent l'acquisition des connaissances, des attitudes et des aptitudes motrices et comportementales nécessaires pour un mode de vie sain et actif.	
Financer une surveillance et des systèmes de surveillance robustes de l'AP.	Offrir des cours d'ÉP pour tous, quelles que soient les habiletés, la maladie, la blessure et l'incapacité du développement.	
Financer des révisions des directives et aux guides d'AP pour la petite enfance, l'enfance et l'adolescence.	Prévoir des ressources pertinentes pour le financement des programmes, du personnel d'ÉP formé, du matériel et des installations sécuritaires.	
Créer de nouvelles directives et de nouveaux guides pour les enfants ayant besoin de soins particuliers.	S'assurer que les installations sportives et récréatives soient sécuritaires.	
Soutenir ParticipACTION, sans influence commerciale.	Promouvoir le transport actif.	
Maintenir le Consortium conjoint pour les écoles en santé.		
Créer et financer des stratégies de promotions pertinentes de l'AP pour les enfants et les adolescents inuits, métis et des Premières nations.		
Fournir un financement suffisant aux recherches liées à l'AP en population et à la prévention de l'obésité.		

AP activité physique; VSA vie saine et active

Conclusion

Il faut fixer un objectif de VSA pour tous les jeunes. La diminution des comportements sédentaires et le renforcement d'une participation individuelle et non

compétitive à des activités sportives ou des AP récréatives tout au long de la vie constituent des étapes essentielles pour réaliser cet objectif. L'AP devrait répondre aux besoins et aux intérêts de chacun, y compris les enfants et les adolescents qui vivent dans la pauvreté ou qui ont des besoins de santé particuliers, une incapacité de développement ou un problème de santé mentale. Le fait d'être obèse ou de faire de

l'embonpoint, d'avoir un mode de vie sédentaire ou de vivre dans un contexte familial de désintérêt envers le sport, la condition physique ou les AP récréatives est un obstacle à une VSA et peut nécessiter une prise en charge active pour être vaincu. Les gouvernements et les collectivités devraient se donner comme priorité d'élaborer et d'entretenir des environnements physiques et sociaux qui encouragent et favorisent l'AP dans des milieux sécuritaires. La mise en œuvre de programmes d'ÉP de qualité à l'école devrait être axée sur le plaisir et aider les élèves à acquérir des connaissances, des attitudes positives, des aptitudes motrices et comportementales ainsi que la confiance et la compétence personnelles nécessaires pour adopter et maintenir un mode de vie sain et actif. Les parents et les tuteurs devraient participer aux initiatives d'AP en milieu scolaire et maintenir ces efforts à la maison.

Recommandations

La Société canadienne de pédiatrie fait les recommandations suivantes au sujet d'une vie saine et active (VSA) et de l'activité physique (AP) pour les enfants et les adolescents :

Les médecins et les professionnels de la santé devraient promouvoir une VSA, comme suit :

- Consigner le nombre d'heures par jour que les familles consacrent à des activités sédentaires.
- Décourager les activités devant un écran pour les enfants de moins de deux ans, limiter le temps d'écran à moins d'une heure par jour pour les enfants de deux à quatre ans et à un maximum de deux heures par jour pour les enfants plus âgés. Les professionnels de la santé devraient discuter de ces recommandations avec les familles.
- Conseiller aux familles de devenir plus actives en trouvant des solutions de rechange aux déplacements sédentaires (motorisés) et en limitant le temps consacré simplement à être assis ou à l'intérieur tout au long de la journée.
- Encourager les familles à maintenir les téléviseurs, les jeux vidéo, les téléphones cellulaires et les ordinateurs hors de la chambre des enfants.
- Dépister les obstacles à l'adoption de l'AP dans le cadre des habitudes familiales.
- Déterminer les sources d'AP des membres de la famille lors des consultations régulières et promouvoir l'AP à chaque bilan des enfants et des adolescents en santé.
- Expliquer aux parents et aux tuteurs que les enfants d'âge préscolaire doivent accumuler 180 minutes d'AP par jour à diverses intensités et que les enfants plus âgés et les adolescents doivent accumuler au moins 60 minutes par

jour d'AP d'intensité modérée à vigoureuse. Ces objectifs devraient inclure des activités d'intensité vigoureuse au moins trois jours par semaine et des activités qui renforcent les muscles et les os au moins trois jours par semaine. Il est possible d'obtenir plus d'information à ce sujet dans les Directives canadiennes en matière d'activité physique.

- Aider les parents à devenir des modèles plus actifs en intégrant aux habitudes familiales des AP que les membres de la famille de tout âge et de toute capacité peuvent faire ensemble.
- Utiliser les conseils préventifs pour s'assurer que les enfants jouent dehors de manière sécuritaire et portent le matériel de protection nécessaire (p. ex., casque de vélo, vêtement de flottaison individuel).
- Conseiller aux parents de soutenir les préférences de leur enfant envers le sport et les activités récréatives, pourvu qu'elles soient sécuritaires et conviennent à son âge et à son étape de développement.
- Encourager les élèves plus âgés à devenir des modèles et des chefs de file d'une VSA pour leurs camarades plus jeunes.
- Être eux-mêmes des modèles actifs.
- Calculer et consigner les trajectoires de l'IMC et déterminer les comorbidités liées à l'obésité lors de chaque bilan des enfants ou adolescents en santé.

Les cliniciens et leurs organisations professionnelles devraient préconiser ce qui suit :

- Des révisions régulières aux Directives canadiennes en matière d'activité physique pour les enfants et les adolescents, de manière qu'elles reflètent les recommandations probantes à jour
- La création de Directives canadiennes en matière d'activité physique pour les enfants et adolescents autochtones et pour les enfants ayant besoin de soins particuliers
- L'élaboration et le financement de stratégies pour promouvoir l'AP adaptée aux enfants et adolescents inuits, métis et des Premières nations, en collaboration avec les groupes autochtones
- Du marketing social qui fait la promotion de la participation à l'AP
- L'élimination des publicités télévisées qui font la promotion des aliments poubelles, des aliments malsains

et des comportements sédentaires pendant les émissions pour enfants

- La mise sur pied d'un conseil de bien-être scolaire au sein duquel la présence d'un médecin local est encouragée
- Un programme scolaire enseignant aux élèves les bienfaits de l'AP régulière sur la santé
- Des cours d'éducation physique (ÉP) obligatoires de qualité, donnés quotidiennement dans les écoles (de la maternelle à la 12^e année) par des enseignants qualifiés et formés et la tenue d'AP variées en milieu scolaire s'ajoutant à l'ÉP, y compris la protection des récréations

et des programmes d'AP parascolaires ainsi que l'AP non structurée avant, pendant et après les heures d'école

- Des programmes sportifs et récréatifs communautaires accessibles, prévoyant l'ouverture des gymnases scolaires ou des installations locales avant et après les heures normales et des possibilités d'AP à tous les enfants et les adolescents, à faible coût ou sans frais
- Des installations récréatives, des parcs, des terrains de jeux, des pistes cyclables, des trottoirs et des passages piétonniers sécuritaires
- Le financement de recherches de qualité sur la promotion d'une vie saine et active

Remerciements

Le comité de nutrition et de gastroentérologie, le comité de la pédiatrie communautaire, le comité de la santé de l'adolescent et le comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis de la Société canadienne de pédiatrie ont révisé le présent document de principes, de même que le Collège des médecins de famille du Canada et le docteur Mark Tremblay, directeur du groupe de recherche sur les saines habitudes de vie et l'obésité (HALO) du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario.

Références

1. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, 1948;2:100.
2. Agence de la santé publique du Canada. Promotion de la santé. Modes de vie sains. <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/index-fra.php> (consulté le 19 juillet 2011)
3. Tremblay MS, Shields M, Laviolette M, Craig CL, Janssen I, Connor Gorber S. Fitness of Canadian children and youth: Results from the 2007-2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Rep* 2010;21(1):7-20.
4. Jeunes en forme Canada (2011). Ne laissons pas ces quelques pas être la source la plus importante d'activité physique de nos enfants après l'école. Le Bulletin 2011 de l'activité physique chez les jeunes de Jeunes en forme Canada. Toronto: Jeunes en forme Canada. <http://dvqdas9jty7g6.cloudfront.net/reportcard2011/ahkclongformreportcardfrench.pdf> (consulté le 26 mars 2012)
5. Shields M. Overweight and obesity among children and youth. *Health Rep* 2006;17(3):27-42.
6. Katzmarzyk PT. Obesity and physical activity among Aboriginal Canadians. *Obesity* 2008;16(1):184-90.
7. Fennoy I. Metabolic and respiratory comorbidities of childhood obesity. *Pediatric Ann* 2010;39(3):140-6.
8. Daniels SR, Jacobson MS, McCrindle BW, Eckel RH, McHugh Sanner B. American Heart Association Childhood Obesity Research Summit Report. *Circulation* 2009;119:e489-517.
9. The Henry J. Kaiser Family Foundation. Generation M2: Media in the lives of 8- to 18-year-olds. January 2010. <http://www.kff.org/entmedia/upload/8010.pdf> (consulté le 19 juillet 2011)
10. Colley RC, Garriguet D, Janssen I, Craig CL, Clarke J, Tremblay MS. Physical activity of Canadian children and youth: Accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Rep* 2011;22(1):15-23.
11. Gateshead Millennium Study Core Team; Basterfield L, Adamson AJ et coll. Longitudinal study of physical activity and sedentary behavior in children. *Pediatrics* 2011;127(1):e24-30.
12. Tremblay MS, LeBlanc AG, Kho ME et coll. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr and Phys Act* 2011;8:98.
13. Dennison BA, Erb TA, Jenkins PL. Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics* 2002;109(6):1028-35.
14. Carson V, Spence JC, Cutumisu N, Cargill L. Association between neighborhood socioeconomic status and screen time among pre-school children: A cross-sectional study. *BMC Public Health* 2010;10:367.
15. Tremblay MS, Colley RC, Saunders TJ, Healy GN, Owen N. Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Appl Physiol Nutr Metab* 2010;35(6):725-40.
16. Levine JA, Vander Weg MW, Hill JO, Klesges RC. Non-exercise activity thermogenesis: The crouching tiger hidden dragon of societal weight gain. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2006;26(4):729-36.
17. Council on Sports Medicine and Fitness; Council on School Health. Active healthy living: Prevention of childhood obesity through increased physical activity. *Pediatrics* 2006;117(5):1834-42.
18. Philpott J, Houghton K, Luke A; Société canadienne de pédiatrie, comité d'une vie active saine et de la médecine sportive, Académie canadienne de médecine du sport, comité de médecine du sport et de l'exercice en pédiatrie. Les recommandations en matière d'activité physique pour les enfants ayant une maladie chronique précise : l'arthrite juvénile idiopathique, l'hémophilie, l'asthme ou la fibrose kystique. *Paediatr Child Health* 2010;15(4):219-25 <http://www.cps.ca/francais/enonces/HAL/HAL10-01.htm> (consulté le 29 février 2012)

19. Committee on Environmental Health, Tester JM. The built environment: Designing communities to promote physical activity in children. *Pediatrics* 2009;123(6):1591-8.
20. Carson V, Spence JC. Seasonal variation in physical activity among children and adolescents: A review. *Pediatr Exerc Sci* 2010;22(1):81-92.
21. Timmons BW, LeBlanc AG, Carson V, Connor Gorber S, Dillman C, Janssen I, Kho ME, Spence JC, Stearns J, Tremblay MS. Systematic review of the relationship between physical activity and health indicators in the early years (ages 0-4 years). *Appl Physiol Nutr Metab* 2012 (sous presse)
22. LeBlanc AG, Spence JC, Carson V, Connor Gorber S, Dillman C, Janssen I, Kho ME, Stearns J, Timmons BW, Tremblay MS. Systematic review of the relationship between sedentary behaviours and health indicators in the early years (ages 0-4 years). *Appl Physiol Nutr Metab* 2012 (sous presse)
23. Castelli DM, Hillman CH, Buck SM, Erwin HE. Physical fitness and academic achievement in third-and fifth-grade students. *J Sport Exerc Psychol* 2007;29(2):239-52.
24. Davis CL, Tomporowski PD, McDowell JE et coll. Exercise improves executive function and achievement and alters brain activation in overweight children: A randomized, controlled trial. *Health Psychol* 2011;30(1):91-8.
25. Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. Étude de capacité de l'an 2006. http://72.10.49.94/fr/pub_page/273 (consulté le 31 décembre 2011)
26. Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. Sondage indicateur de l'activité physique en 2010. http://www.cflri.ca/fr/pub_page/252 (consulté le 31 décembre 2011)
27. Carpenter LJ, Acosta RV. Title IX. Champaign, IL: Human Kinetics, 2005.
28. Janssen I, Leblanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010;7:40.
29. Farpour-Lambert NJ, Aggoun Y, Marchand LM, Martin XE, Hermann FR, Beghetti M. Physical activity reduces systemic blood pressure and improves early markers of atherosclerosis in pre-pubertal obese children. *J Amer Coll Cardiol* 2009;54(2):2396-406.
30. Davis CL, Tkacz J, Gregoski M, Boyle CA, Lovrekovic G. Aerobic exercise and snoring in overweight children: A randomized controlled trial. *Obesity* 2006;14(11):1985-91.
31. Nobili V, Alisi A, Raponi M. Pediatric non-alcoholic fatty liver disease: Preventive and therapeutic value of lifestyle intervention. *World J Gastroenterol* 2009;15(48):6017-22.
32. Larun L, Nordheim LV, Ekland E, Hagen KB, Heian F. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD004691.
33. Ekland E, Heian F, Hagen KB, Abbott J, Nordheim L. Exercise to improve self-esteem in children and young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD003683.
34. American Institutes for Research. Effects of outdoor education programs for children in California. January 2005. <http://www.air.org/files/Outdoorschoolreport.pdf> (consulté le 19 juillet 2011)
35. Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. Les enfants en jeu! 2009. Bulletin 01 : Niveau d'activité des enfants et adolescents canadiens, y compris les données provinciales. <http://72.10.49.94/fr/node/518> (consulté le 19 juillet 2011)
36. Daley AJ. Can exergaming contribute to improving physical activity levels and health outcomes in children? *Pediatrics* 2009;124(2):763-71.
37. Rice SG; American Academy of Pediatrics Council on Sports Medicine and Fitness. Medical conditions affecting sports participation. *Pediatrics* 2008;121(4):841-8.
38. Murphy NA, Carbone PS; American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities. Promoting the participation of children with disabilities in sports, recreation and physical activities. *Pediatrics* 2008;121(5):1057-61.
39. Janz KF, Burns TL, Levy SM et coll. Everyday activity predicts bone geometry in children: The Iowa bone development study. *Med Sci Sports Exerc* 2004;36(7):1124-31.
40. American Academy of Pediatrics, Council on Sports Medicine and Fitness. Strength training by children and adolescents. *Pediatrics* 2008;121(4):835-40.
41. Lagarde F, LeBlanc CMA. Policy options to support physical activity in schools. *Can J Public Health* 2010;101 Suppl 2:S9-13.
42. LeBlanc CMA, Irving A, Tremblay MS. Individual approaches to the prevention of pediatric obesity using physical activity. In: 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. *CMAJ* 2007;176(8 Suppl):95-101.
43. Tremblay MS, LeBlanc AG, Carson V, Choquette L, Connor Gorber S, Dillman C et coll. 2012b. Directives canadiennes en matière d'activité physique pour la petite enfance (enfants âgés de 0 à 4 ans). *Appl Physiol Nutr Metab*. 2012;37:357-69.
44. Tremblay MS, LeBlanc AG, Carson V, Choquette L, Connor Gorber S, Dillman C et coll. 2012b. Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire pour la petite enfance (enfants âgés de 0 à 4 ans). *Appl Physiol Nutr Metab*. 2012;37:381-91.
45. Chapitre 2 : Des activités saines. In: Grenier D, Leduc D (éd.). *Le bien-être des enfants : un guide sur la santé en milieu de garde, 2e éd.* Ottawa: Société canadienne de pédiatrie, 2008:9-22.
46. Theme 6: Promoting Physical Activity. In: Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM (éd.). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents, 3e éd.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2008:147-54.
47. Chapter 2: Readiness to Participate in Sports. Chapter 4: Promoting Physical Activity. In: Anderson SJ, Harris SS (éd.). *Care of the Young Athlete, 2e éd.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2010.
48. Société canadienne de pédiatrie, comité de prévention des blessures. Les cours de natation pour les nourrissons et les tout-petits. *Paediatr Child Health* 2003;8:118-9. <http://www.cps.ca/francais/enonces/IP/IP03-01.htm> (consulté le 29 février 2012)
49. Société canadienne de pédiatrie, comité de la pédiatrie psychosociale. Les répercussions de l'usage des médias sur les enfants et les adolescents. *Paediatr Child Health* 2003;8(5):311-7. <http://www.cps.ca/francais/enonces/CP/pp03-01.htm> (consulté le 29 février 2012)
50. Tremblay MS, Leblanc AG, Janssen I et coll. Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab* 2011;36(1):59-64.

51. Tremblay MS, Warburton DE, Janssen I et coll. New Canadian physical activity guidelines. *Appl Physiol Nutr Metab* 2011;36(1):36-46.
52. Petrella RJ, Lattanzio CN, Overend TJ. Physical activity counseling and prescription among Canadian primary care physicians. *Arch Intern Med* 2007;167(16):1774-81.
53. Abramson S, Stein J, Schaufele M, Frates E, Rogan S. Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: A national survey. *Clin J Sport Med* 2000;10(1):40-8.
54. Petrella RJ, Wight D. An office-based instrument for exercise counseling and prescription in primary care. The Step Test Exercise Prescription (STEP). *Arch Fam Med* 2000;9(4):339-44.
55. Vaczy E, Seaman B, Peterson-Sweeney K, Hondorf C. Passport to health: An innovative tool to enhance healthy lifestyle choices. *J Pediatr Health Care* 2011;25(1):31-7.
56. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:91-111.
57. Irby M, Kaplan S, Garner-Edwards D, Kolbash S, Skelton JA. Motivational interviewing in a family-based pediatric obesity program: A case study. *Fam Syst Health* 2010;28(3):236-46.
58. Vélo Québec. Mon école à pied, à vélo. <http://www.velo.qc.ca/transport-actif/Mon-ecole-a-pied-a-velo> (consulté le 19 juillet 2011)
59. Ridgers ND, Fairclough SJ, Stratton G. Twelve-month effects of a playground intervention on children's morning and lunchtime recess physical activity levels. *J Phys Act Health* 2010;7(2):167-75.
60. Spence JC, Holt NL, Dutove JK, Carson V. Uptake and effectiveness of the Children's Fitness Tax Credit in Canada: The rich get richer. *BMC Public Health* 2010;10:356.

COMITÉ D'UNE VIE ACTIVE SAINE ET DE LA MÉDECINE SPORTIVE

Membres : Tracey L Bridger MD; Kristin Houghton MD; Claire MA LeBlanc MD (présidente); Stan Lipnowski MD (ancien membre); John F Philpott MD; Christina G Templeton MD (représentante du conseil); Thomas J Warshawski MD

Représentante : Laura K Purcell MD, section de la médecine du sport et de l'exercice en pédiatrie de la SCP

Auteurs principaux : Stan Lipnowski MD; Claire MA LeBlanc MD