

LA SANTÉ PHYSIQUE

Extrait du Portrait 2021



OBSERVATOIRE
des tout-petits

 Fondation Lucie
et André Chagnon

Pour développer tout leur potentiel, les tout-petits doivent pouvoir compter sur leur santé physique. Les problèmes de santé physique qui ne sont pas traités peuvent nuire aussi à son développement et à sa santé mentale. De plus, la plupart de ces problèmes sont partiellement évitables par des interventions préventives, diminuant ainsi grandement leurs conséquences sur les tout-petits.

Miser sur la prévention et intervenir rapidement sur la santé des enfants est donc essentiel pour diminuer les conséquences négatives sur leur santé, leur bien-être et leur développement. C'est pourquoi des environnements favorables au développement ainsi que l'accès aux soins de santé et à des services dans la communauté en temps opportun pour les jeunes enfants sont cruciaux. Les délais qui surviennent avant qu'un enfant ne reçoive des soins peuvent nuire à sa santé et à sa qualité de vie. Un accès inadéquat aux soins de santé est d'ailleurs associé à plus de douleur physique, de complications et de détresse émotionnelle¹.



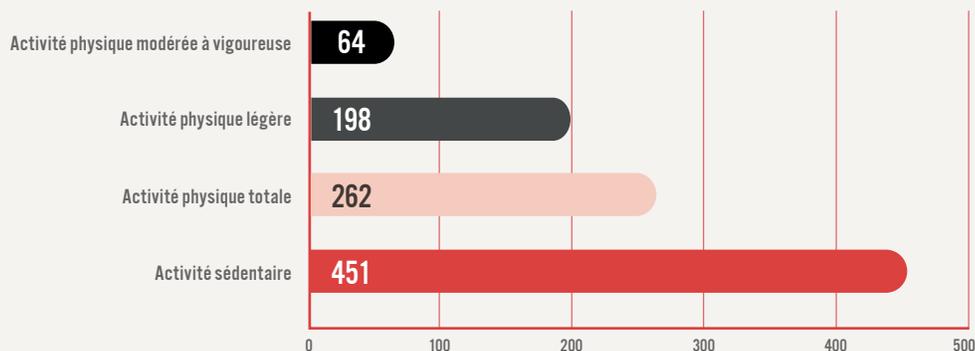
ACTIVITÉ PHYSIQUE



L'acquisition de saines habitudes de vie dès le plus jeune âge peut diminuer certains facteurs de risque de maladies chroniques. En plus de prévenir l'obésité, la pratique de l'activité physique chez les tout-petits favorise le développement des os et des muscles, mais aussi des habiletés motrices et sociales, du développement cognitif et du bien-être émotionnel².

En 2016-2019, les tout-petits de 36 à 60 mois (3 à 5 ans) consacraient en moyenne beaucoup plus de temps à des activités sédentaires qu'à de l'activité physique³.

Nombre moyen de minutes d'activité sédentaire ou physique pour les enfants de 3 à 5 ans, selon les données de 2016-2019



Source : Statistique Canada, *Enquête canadienne sur les mesures de la santé* (ECMS), cycles 5 (2016-2017) et 4 (2018-2019) combinés, adaptés par l'Institut de la statistique du Québec.

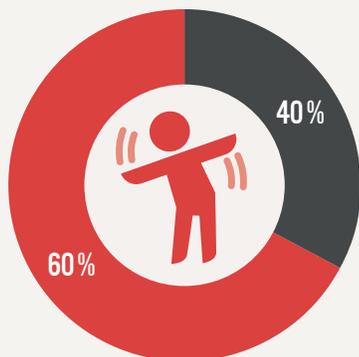
Note : Pour les enfants de 3 à 5 ans, une activité est considérée comme sédentaire si elle requiert moins de 100 mouvements par minute. Une activité physique légère exige 100 à 1 152 mouvements par minute et une activité physique modérée à vigoureuse nécessite 1 152 mouvements par minute ou plus.

Pour les enfants de 3 à 5 ans, une activité est considérée comme sédentaire si elle requiert moins de 100 mouvements par minute. Une activité physique légère exige 100 à 1 152 mouvements par minute et une activité physique modérée à vigoureuse nécessite 1 152 mouvements par minute ou plus.



Environ **60 %** des enfants âgés de 3 à 5 ans respectaient les directives en matière d'activité physique pour la période 2016-2019. C'est donc dire que 40 % des enfants âgés de 3 à 5 ans ne les respectaient pas, ce qui correspond à environ 71 000 enfants.

Pourcentage d'enfants âgés de 3 à 5 ans qui respectent les directives en matière de santé physique, selon les données de 2016-2019



Respectent les directives en matière d'activité physique



Ne respectent pas les directives en matière d'activité physique

Source : Statistique Canada, *Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)*, cycles 5 (2016-2017) et 6 (2018-2019) combinés, adaptés par l'Institut de la statistique du Québec.

DIRECTIVES CANADIENNES EN MATIÈRE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR 24 HEURES

Pour les enfants de moins de 1 an

Être physiquement actifs plusieurs fois de diverses manières.

Pour les enfants de 1 à 2 ans

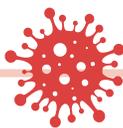
Au moins 180 minutes réparties au cours de la journée d'activités physiques de types et d'intensités variés comprenant du jeu énergétique.

Pour les enfants de 3 à 4 ans

Au moins 180 minutes d'activités physiques variées réparties au cours de la journée, dont au moins 60 minutes de jeu énergétique⁴.

Pour les enfants de 5 ans

Au moins 60 minutes par jour d'activités physiques d'intensité moyenne à élevée comprenant une variété d'activités aérobiques. Des activités physiques d'intensité élevée et des activités pour renforcer les muscles et les os devraient être intégrées au moins 3 jours par semaine⁵.



La pandémie de COVID-19 est associée à une diminution importante de la pratique d'activité physique chez les enfants de tous âges, ainsi qu'à une augmentation des activités sédentaires, notamment le temps passé devant les écrans. Ces changements sont particulièrement prononcés pour les enfants vivant dans des milieux défavorisés⁶.

Temps d'écran



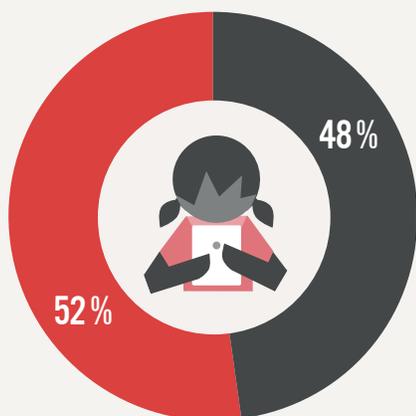
Une grande exposition aux écrans en bas âge serait associée à :

- > une **moins bonne motricité** à l'entrée à l'école ;
- > à de **faibles habiletés sociales** en raison d'un manque d'interactions ;
- > à des **capacités cognitives moins élevées**, particulièrement en ce qui concerne la mémoire à court terme, le développement du langage et l'apprentissage de la lecture et des mathématiques ;
- > à un **mauvais contrôle des émotions** et des comportements ;
- > à des **difficultés d'attention** ;
- > à des **problèmes de sommeil** ;
- > à une **mauvaise estime de soi** ;
- > ainsi qu'à des **problèmes de santé** (surplus de poids, obésité, fatigue, maux de tête, myopie, problèmes de posture, mauvaise alimentation, hypertension, diabète de type 2, problèmes cardiovasculaires à long terme, etc.)⁷.



1/2 Un peu moins de la moitié des enfants de 3 à 5 ans respectait les directives en matière de temps consacré à un écran (48 %) en 2016-2019, alors que 52 % ne les respectaient pas. Cela correspondait à environ 92 000 enfants de ce groupe d'âge.

Pourcentage d'enfants âgés de 3 à 5 ans qui respectent les directives en matière de temps d'écran, selon les données de 2016-2019



 Ne respectent pas les directives en matière de temps passé devant un écran

 Respectent les directives en matière de temps passé devant un écran

Source : Statistique Canada, *Enquête canadienne sur les mesures de la santé* (ECMS), cycles 5 (2016-2017) et 6 (2018-2019) combinés, adaptés par l'Institut de la statistique du Québec.

DIRECTIVES CANADIENNES EN MATIÈRE DE TEMPS D'ÉCRAN SUR 24 HEURES

Pour les enfants de moins de 2 ans

Passer du temps devant un écran n'est pas recommandé.

Pour les enfants de 2 à 4 ans

Le temps sédentaire passé devant un écran devrait être limité à une heure⁸.

Pour les enfants de 5 ans

Le temps sédentaire passé devant un écran devrait être limité à deux heures⁹.



Les périodes de fermeture d'écoles et de confinement durant la pandémie de COVID-19 sont celles où l'on rapporte la plus grande augmentation du temps d'écran et des activités sédentaires chez les enfants¹⁰.

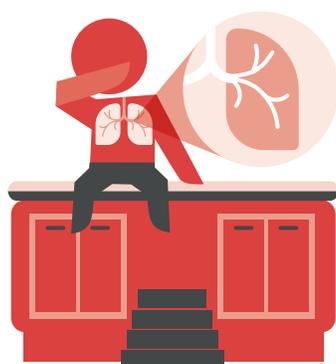
Maladies chroniques et conditions affectant sur le développement de l'enfant

Asthme



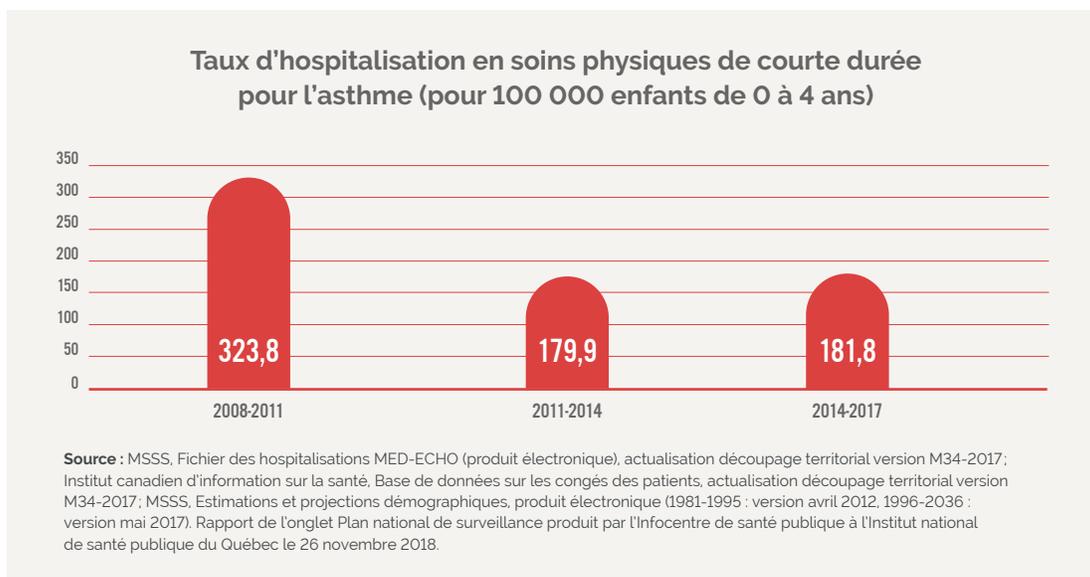
L'asthme constitue la maladie chronique la plus commune chez les jeunes enfants et il demeure l'une des principales causes d'hospitalisation chez les enfants et les jeunes¹¹. Il est toutefois sous-diagnostiqué et sous-traité chez les tout-petits. Lorsqu'il est mal contrôlé, l'asthme peut entraîner des hospitalisations fréquentes, particulièrement de l'âge de 0 à 4 ans¹².

Les enfants qui souffrent d'asthme sont plus nombreux, en proportion, à présenter des problèmes tels qu'un déficit d'attention avec ou sans hyperactivité, des symptômes dépressifs, de l'anxiété, des difficultés d'apprentissage, de faibles compétences sociales (ex. : difficulté à bien s'entendre avec les autres), des problèmes de sommeil et des problèmes de comportement. La prévalence de ces problèmes serait plus élevée chez les enfants souffrant d'asthme sévère. Elle serait aussi plus élevée chez les enfants asthmatiques vivant dans une famille défavorisée et dont la mère a un faible niveau de scolarité¹³.



Au Québec, le taux annuel moyen d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour un problème relatif à l'asthme chez les enfants de 0 à 4 ans a significativement diminué de 2008 à 2014, pour ensuite demeurer stable jusqu'en 2017. **De 2008 à 2017, le taux est passé de 324 à 182 hospitalisations pour 100 000 enfants âgés de 0 à 4 ans.**

Selon une analyse réalisée en 2018, les enfants de 0 à 4 ans présentent des taux d'hospitalisation liée à l'asthme plus élevés que les enfants plus âgés. Les taux d'hospitalisation liée à l'asthme sont également plus élevés pour les garçons que pour les filles chez les 0 à 14 ans¹⁴.



Épilepsie



L'épilepsie est l'une des conditions neurologiques les plus courantes et les plus invalidantes. L'épilepsie peut nuire autant à la santé physique globale de l'enfant qu'à sa santé mentale et à son développement. Cette condition est associée à un risque plus élevé de difficultés cognitives, de limitations motrices, de problèmes de comportement, de symptômes dépressifs, d'anxiété et de troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH/TDA). Les enfants épileptiques risquent également trois fois plus de souffrir de troubles de l'humeur (ex. : dépression, trouble bipolaire). Le risque de présenter des problèmes d'apprentissage augmente également chez les enfants souffrant d'épilepsie¹⁵.

Les parents d'enfants épileptiques peuvent aussi subir des conséquences de cette condition. En effet, ils sont plus susceptibles de présenter des symptômes dépressifs, un indice de stress parental élevé, un manque de sommeil ainsi que des effets négatifs sur la qualité des relations qu'ils tissent avec leur réseau social¹⁶.



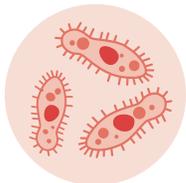
Au Québec, le taux annuel moyen d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'épilepsie chez les enfants de 0 à 4 ans est demeuré stable au cours des dix dernières années. **Pour la période 2014-2017, le taux annuel moyen se situait à 57,4 hospitalisations pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans.**

Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'épilepsie
(pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans)



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ECHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017; Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, actualisation découpage territorial version M34-2017; MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, mis à jour le 26 novembre 2018.

Maladies infectieuses

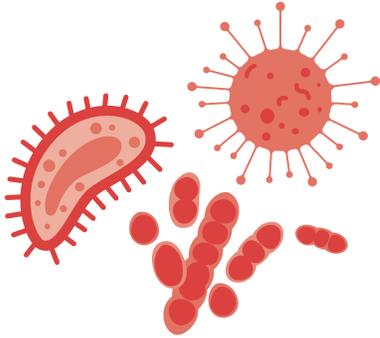


Les maladies infectieuses regroupent toutes les maladies provoquées par la transmission d'un agent pathogène tel que les bactéries, les virus, les parasites, les prions et les champignons¹⁷.



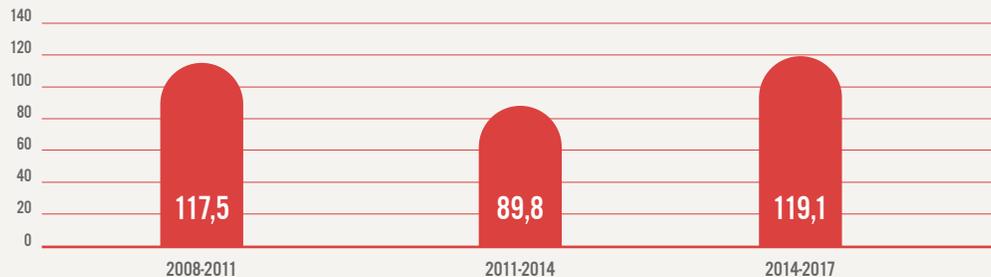
Les conséquences des maladies infectieuses chez l'enfant, bien que souvent minimales, peuvent dans certains cas être très sévères (dommages cérébraux, surdité, paralysie, atteintes au foie, difficultés respiratoires importantes, etc.). Ces problèmes de santé physique peuvent ensuite influencer plusieurs facettes du développement de l'enfant¹⁸.

Influenza (grippe)



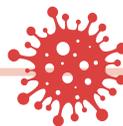
Au Québec, le taux annuel moyen d'hospitalisation pour l'influenza a diminué de façon significative entre les périodes 2008-2011 et 2011-2014 (passant de 118 à 90 hospitalisations pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans), **pour ensuite augmenter significativement pendant la période 2014-2017 et à un taux comparable à celui observé en 2008-2011 (119 hospitalisations pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans).**

Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'influenza (pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans)

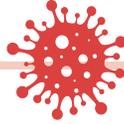


Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ECHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017; Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, actualisation découpage territorial version M34-2017; MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec le 28 novembre 2018.

SRAS-COV-2 (COVID-19)



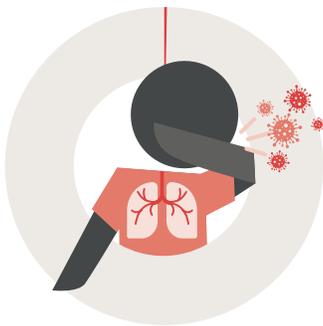
Entre le 23 août 2020 et le 20 mars 2021, l'incidence la plus faible des cas de COVID-19 était chez les enfants de moins de 5 ans et la plus élevée était parmi les enfants d'âge scolaire, en particulier ceux du secondaire¹⁹. Ainsi, 8 445 nouveaux cas de COVID-19 ont été déclarés chez des enfants de moins de 5 ans au Québec. Ce nombre s'élevait à 12 919 chez les 5 à 9 ans et à 15 556 chez les 10 à 14 ans²⁰.



SUITE

La majorité des enfants atteints de la COVID-19 présente peu ou pas de symptômes, et le risque de développer une forme grave de la maladie, ou d'en mourir, demeure très faible pour les enfants. Un lien important est observé entre l'âge des enfants et le risque d'avoir des symptômes graves de la COVID-19, c'est-à-dire que les plus jeunes enfants sont les moins atteints, tandis que les adolescents ont un risque qui ressemble à celui des jeunes adultes²¹.

Chez les enfants de 0 à 5 ans, les risques d'hospitalisation et de décès liés à la COVID-19 sont similaires ou plus faibles que ceux liés à l'influenza²² et ils sont nettement plus faibles que ceux liés au virus respiratoire syncytial (RSV)²³. À ce jour, aucun décès en raison de la COVID-19 n'a été recensé au Québec chez ce groupe d'âge, et un seul décès parmi les moins de 18 ans²⁴.



Le risque d'être hospitalisé en raison de la COVID-19 est d'environ 0,3 % chez les 0 à 17 ans, risque 2,5 fois plus élevé pour les enfants ayant une maladie chronique. Cela dit, même dans de tels cas, le risque demeure faible²⁵.

Certaines études rapportent des symptômes prolongés de la COVID-19 (« COVID longue ») chez des enfants à la suite de la maladie. Toutefois, ce risque demeure très faible comparativement au groupe contrôle et s'apparente globalement à ce qui est observé pour d'autres virus respiratoires de l'enfance (ex. : toux postinfectieuse qui perdure). Par exemple, une étude longitudinale prospective²⁶ a montré que 4 % des enfants ayant des anticorps contre la COVID-19 avaient présenté des symptômes durant plus de 2 mois, comparativement à 2 % des enfants n'ayant pas ces anticorps. Parmi les enfants ayant eu la COVID-19, 4,4 % avaient des symptômes pendant plus d'un mois, et 1,8 % avaient des symptômes pendant plus de 2 mois. La sévérité des symptômes était en moyenne faible et diminuait généralement avec le temps chez les enfants qui ont eu des symptômes pendant plus d'un mois²⁷.

Maladies évitables par la vaccination

Les maladies infectieuses évitables par la vaccination qui touchent le plus grand nombre de tout-petits sont la coqueluche et les infections invasives à pneumocoques.

Coqueluche	Pneumocoque
56 cas ont été déclarés en 2017 pour 100 000 enfants de 0 à 5 ans	15 cas ont été déclarés en 2017 pour 100 000 enfants de 0 à 5 ans

Les cas de Hib (Haemophilus influenzae de type b) viennent au troisième rang avec une faible incidence, soit moins de 1 cas pour 100 000 enfants de 0 à 5 ans (0,55). Suivent ensuite les cas d'oreillons (0,37). Enfin, aucun cas n'a été rapporté en 2017 pour les sept autres maladies, soit la diphtérie, le tétanos, l'hépatite B aiguë, le méningocoque de sérotype C, la rougeole, la rubéole et la rubéole congénitale.

Source : MSSS, Bureau de surveillance et de veille de la Direction générale adjointe de la protection de la santé publique (DGAPSP), à partir des rapports produits par l'Infocentre de l'INSPQ, extraction du fichier MADDO du 28 novembre 2018.

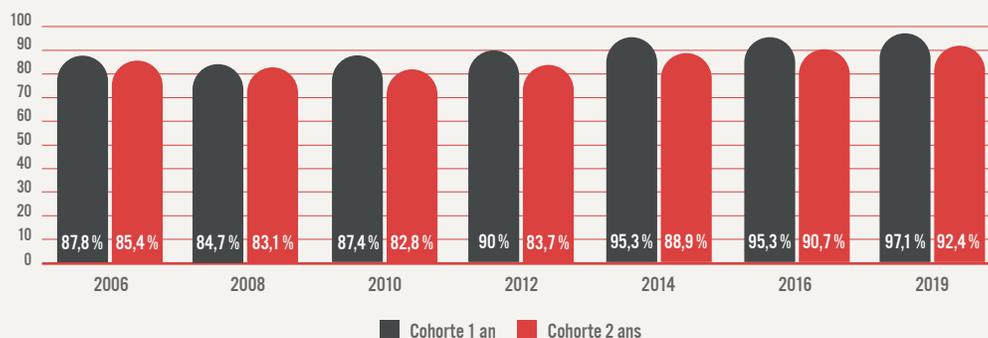
Immunsation



En 2019, presque tous les enfants de 1 an (97 %) avaient reçu tous les vaccins recommandés pour la première année de vie.

Chez les enfants de 2 ans, cette proportion était de 92 %. Dans les deux cas, il s'agit d'une augmentation significative de la proportion d'enfants ayant une couverture vaccinale complète comparativement à la proportion observée en 2006.

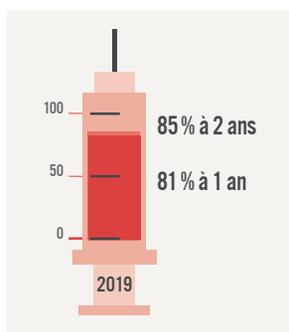
Proportion des enfants ayant reçu tous les vaccins recommandés*



* Sans le vaccin HB ni le vaccin Rota.

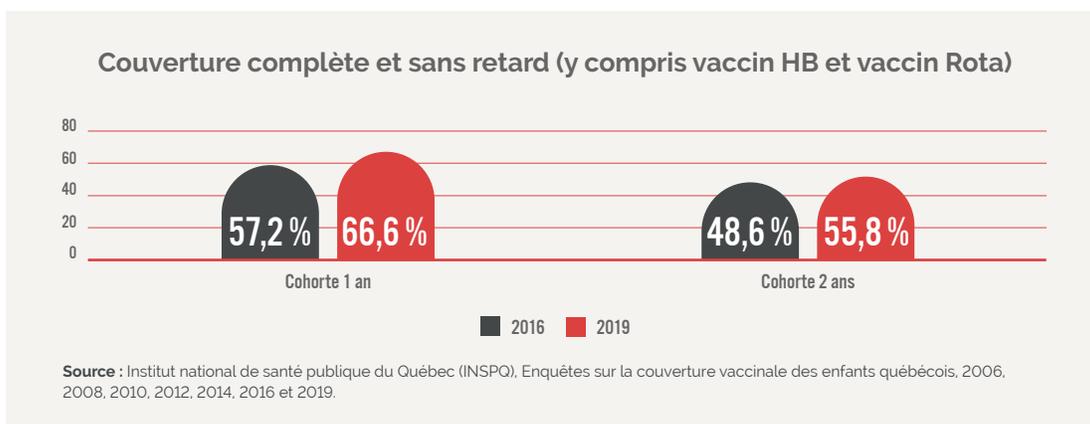
Source : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Enquêtes sur la couverture vaccinale des enfants québécois, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 et 2019.

Ces couvertures excluent toutefois le vaccin contre le rotavirus et contre l'hépatite B. Les données concernant ces vaccins ne sont disponibles qu'à partir de 2014 pour le rotavirus et de 2016 pour l'hépatite B.



Lorsque ces vaccins sont inclus, les proportions sont généralement un peu plus basses. Par exemple, en 2019, la couverture était alors de 85 % à 1 an et de 81 % à 2 ans. Selon les experts de l'INSPQ, cette différence reflète l'hésitation associée à l'introduction d'un nouveau vaccin.

Par ailleurs, la proportion de couvertures complètes et sans retard a augmenté de 2016 à 2019, même en incluant les vaccins contre le rotavirus et l'hépatite B. Cela signifie que les retards de vaccination ont diminué pendant cette période.



Pendant les premiers mois de la pandémie de COVID-19, une diminution importante de l'administration des vaccins de routine chez les jeunes enfants a été observée dans plusieurs pays, comparativement aux années précédant la pandémie. Cela a causé des retards importants dans le calendrier vaccinal des 0 à 5 ans et les expose à un plus grand risque de maladies évitables par la vaccination. Chaque période de confinement est ainsi susceptible d'avoir causé des retards dans la vaccination des jeunes enfants²⁸.

Par ailleurs, bien que la vaccination des tout-petits contre la COVID-19 n'ait pas encore débuté, des essais cliniques sont en cours chez des milliers d'enfants américains et canadiens pour déterminer si les vaccins sont adéquats en pédiatrie et pour établir la dose optimale.

Le fabricant américain de médicaments Pfizer a d'ailleurs soumis en octobre les données d'un essai clinique impliquant des enfants de 5 à 11 ans et a fait la demande officielle d'autorisation pour ce groupe d'âge aux États-Unis ainsi qu'au Canada.

Au moment de mettre sous presse, les États-Unis avaient autorisé le vaccin Pfizer contre la COVID-19 pour les enfants de 5 à 11 ans.

Blessures non intentionnelles



Les traumatismes physiques non intentionnels sont la cause principale de décès chez les enfants de 1 à 4 ans²⁹. Une portion importante de ces traumatismes présente un niveau de sévérité suffisamment élevé pour justifier une hospitalisation. Les blessures causant la mort ou nécessitant une hospitalisation peuvent résulter d'un événement involontaire tel qu'une chute, des entraves à la respiration, une collision impliquant un véhicule motorisé, une intoxication médicamenteuse, un incendie ou une noyade³⁰. Les blessures non intentionnelles peuvent nuire au fonctionnement moteur et causer des incapacités permanentes³¹. Le taux d'hospitalisation est plus grand chez les enfants de milieux défavorisés³².



Au Québec, le taux annuel moyen d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels est demeuré stable entre les trois périodes d'observation. En 2014-2017, il se situe à 288 hospitalisations pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans.

Taux d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels
(pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans)

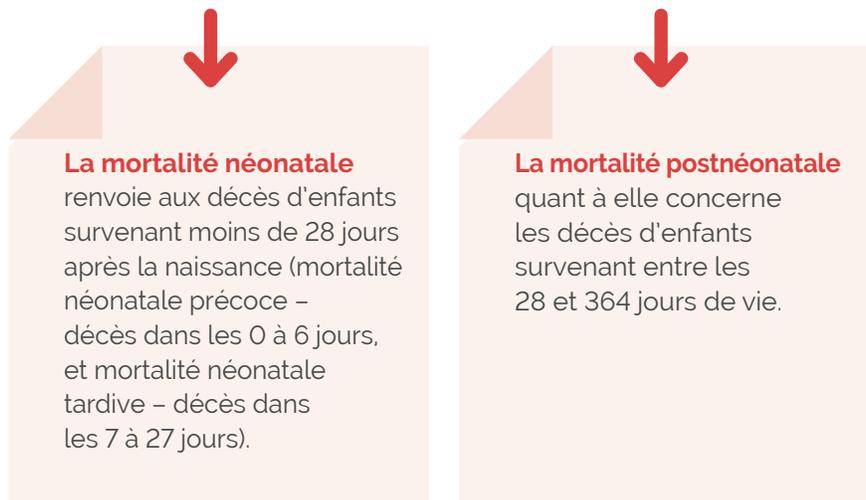


Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ECHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017; Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, actualisation découpage territorial version M34-2017; MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec le 23 novembre 2018.

Mortalité

Mortalité infantile

La mortalité infantile a trait aux décès d'enfants, nés vivants, de moins d'un an. Elle comprend la **mortalité néonatale** et la **mortalité postnéonatale**.



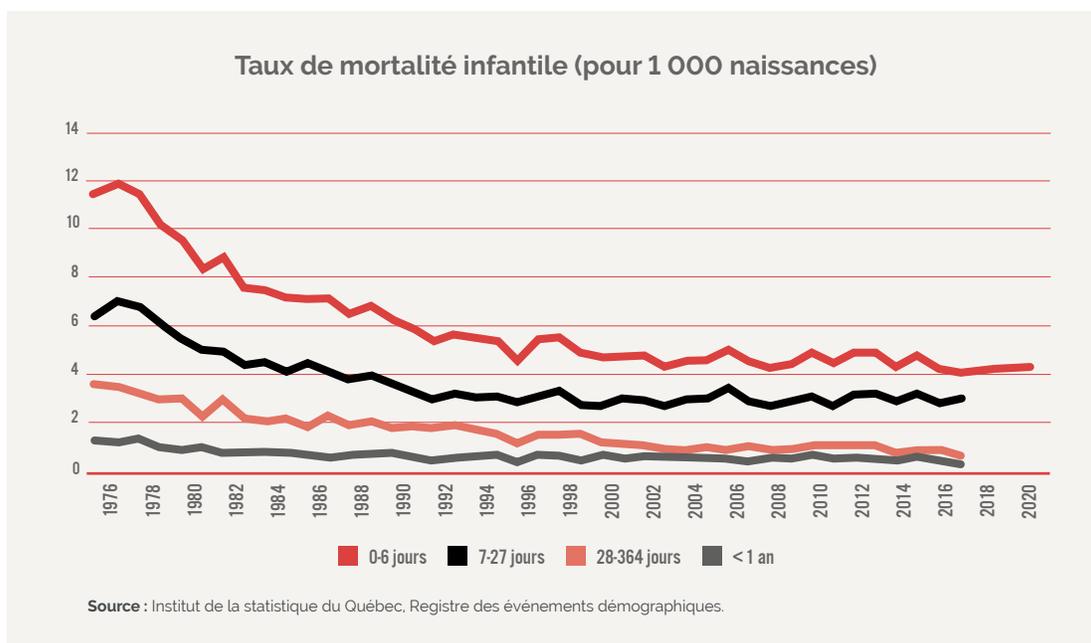
Il existe plusieurs causes de décès infantiles, dont la septicémie (infection généralisée de l'organisme), les problèmes neurologiques (paralysie cérébrale), respiratoires (pneumonie, grippe) ou cardiovasculaires, les infections, les cancers, la mort subite du nourrisson, etc.³³.



Au Québec, en 2020, le taux de mortalité infantile avant le premier anniversaire de l'enfant était de 4,26 enfants pour 1 000*.

Du milieu des années 1970 au milieu des années 1990, tous les types de mortalité infantile ont reculé environ de moitié. Depuis, le taux de mortalité néonatale (tant précoce que tardive) est demeuré relativement stable, tandis que la mortalité postnéonatale a continué de reculer du milieu des années 1990 au milieu des années 2000. Malgré des fluctuations annuelles, tous les indicateurs apparaissent relativement stables depuis quelques années.

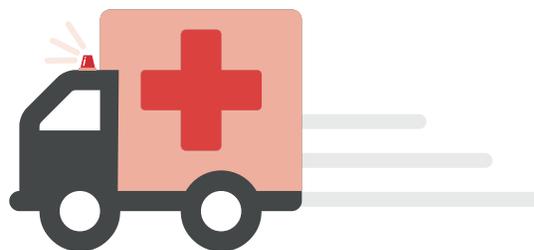
* Données provisoires pour 2020.



Mortalité juvénile

La mortalité juvénile renvoie aux décès d'enfants âgés de 1 à 4 ans. Les principales causes naturelles de mortalité juvénile dans les pays industrialisés sont les malformations congénitales, les cancers, les troubles neurologiques (méningite, paralysie cérébrale), respiratoires (pneumonie, grippe) ou cardiovasculaires, et les infections. Les accidents de transport et les noyades sont les principales causes de décès accidentels chez les jeunes enfants³⁴.

Au Québec, en 2020, le taux de mortalité juvénile était de 0,15 enfant sur 1 000*.



Au Québec, du milieu des années 1970 au début des années 1990, la mortalité juvénile (entre le 1^{er} et le 5^e anniversaire) a reculé environ de moitié, puis a continué de reculer jusqu'au milieu des années 2000. Depuis 2006, le taux est demeuré relativement stable, malgré des fluctuations annuelles, et se situe à moins de 0,2 décès pour 1 000 enfants (2 décès pour 10 000).

* Données provisoires pour 2020.

Taux de mortalité juvénile (pour 1 000 enfants)



Source : Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.

Accès aux soins de santé



L'accès aux services de santé pendant la grossesse peut réduire les risques de naissances de faible poids et de mortalité infantile. Le suivi médical permet aussi de prévenir les maladies, les handicaps et les blessures chez les tout-petits³⁵. Le médecin peut alors évaluer la croissance, la motricité et les habitudes de vie. Il peut aussi faire des tests pour dépister différents problèmes de santé. Les rendez-vous de suivi sont aussi l'occasion de vacciner l'enfant et d'informer les parents sur son développement³⁶. Les enfants sans suivi médical ou avec un suivi incomplet ou inadéquat se présentent plus souvent aux urgences et sont plus souvent hospitalisés³⁷.



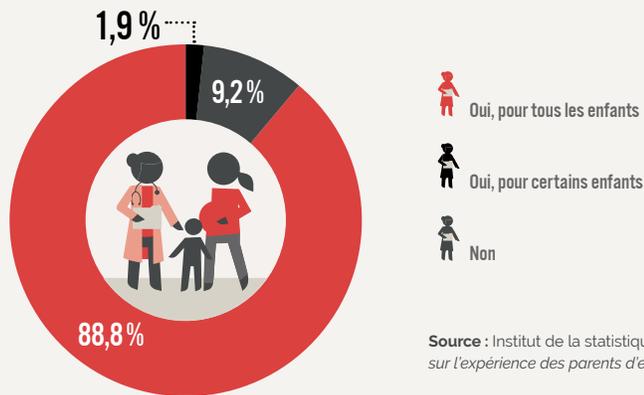
Une diminution importante du recours aux soins de santé en pédiatrie a été observée durant les premiers mois de la pandémie, et ce, tant pour les visites à l'urgence, les hospitalisations et les suivis médicaux que les suivis en consultations externes. Cette réduction du recours aux soins de santé est observée principalement pendant les périodes de confinement au cours desquelles les parents évitaient de se rendre à l'hôpital³⁸. Par ailleurs, les répercussions négatives sur l'accès aux soins périnataux durant la pandémie de COVID-19 ont été plus importantes dans les milieux défavorisés que dans les milieux mieux nantis³⁹.

Médecin de famille ou pédiatre



En 2015, environ 89% des familles avaient un médecin de famille ou un pédiatre pour tous leurs enfants de 0 à 5 ans, alors que près de 2% des familles indiquaient en avoir pour certains de leurs enfants de moins de 5 ans seulement. C'est donc près de **1 famille sur 10 (9%) qui a déclaré ne pas avoir de médecin de famille ou de pédiatre** pour ses enfants de 0 à 5 ans.

Répartition des familles du Québec ayant des enfants âgés de 0 à 5 ans selon qu'ils ont un médecin de famille ou un pédiatre pour leurs enfants, 2015



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans, 2015.*

La vérificatrice générale du Québec constate d'ailleurs, dans le tome d'octobre 2020 de son rapport 2020-2021, **que parmi les 597 484 personnes en attente d'avoir un médecin de famille, 185 237 étaient considérées comme vulnérables, une catégorie qui inclut les femmes enceintes et les enfants de 0 à 2 ans.**

Le nombre de personnes considérées comme vulnérables est passé de 106 820 à 185 237 de 2017 à 2019, soit **une augmentation de 73%**. Le délai d'attente pour les personnes considérées comme vulnérables est passé de 237 à 367 jours. Pour ces usagers, le délai souhaité est d'au maximum 3 semaines⁴⁰. Cependant, une étude révèle que les enfants de 0 à 17 ans auraient 61% plus de chance de se voir attribuer un médecin plus rapidement qu'un adulte en santé⁴¹.



Soins dentaires



La carie peut nuire à la croissance

La petite enfance est une période essentielle à l'acquisition de bonnes habitudes de vie, aussi bien sur le plan de l'alimentation que de l'hygiène buccodentaire⁴². La carie dentaire, en perturbant l'alimentation et le sommeil des jeunes enfants, peut ainsi nuire à leur croissance et à leur gain de poids⁴³. La carie dentaire a des répercussions sur la santé physique puisqu'elle peut causer de la douleur et la perte prématurée de certaines dents⁴⁴.

Un effet sur le langage et la confiance en soi

La carie dentaire peut également avoir des effets sur d'autres sphères du développement. Entre autres, elle peut nuire au positionnement des dents et à la prononciation. De plus, les répercussions de la carie dentaire sur l'apparence peuvent susciter des problèmes de confiance en soi au cours de la vie⁴⁵.



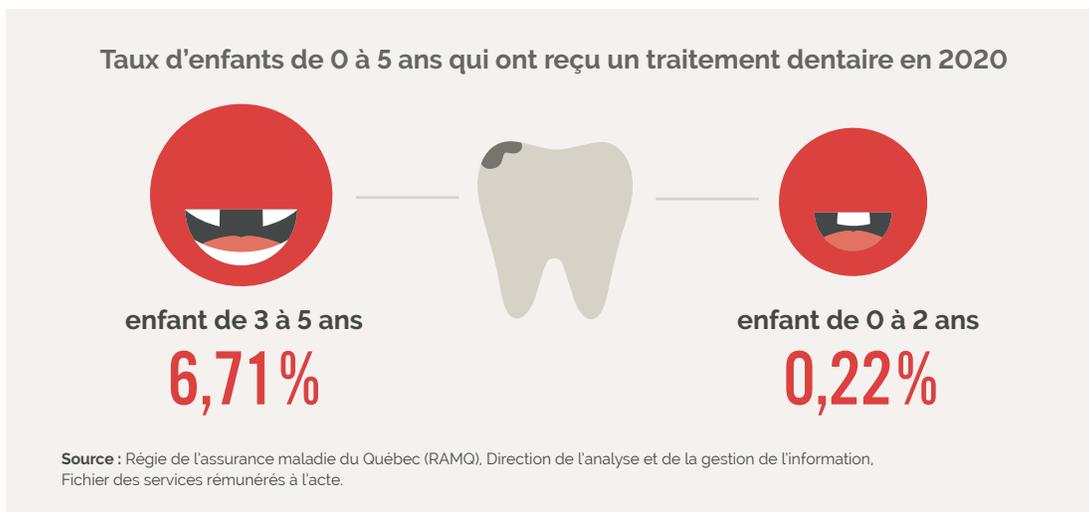
Au Québec, en 2020, 126 099 enfants âgés de 0 à 5 ans ont consulté un dentiste pour un examen dans le cadre du programme de soins dentaires de la RAMQ, ce qui correspond à moins du $\frac{1}{4}$ des enfants de 0 à 5 ans (24,2%).

Ce taux est plus bas que ceux de 2016 et de 2006 (respectivement 30,6% et 28,3% des enfants de 0 à 5 ans).

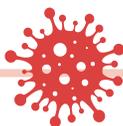
En 2020, parmi les enfants de 0 à 5 ans ayant consulté un dentiste pour un examen, les plus âgés (3 à 5 ans) étaient plus nombreux comparativement aux plus jeunes (0 à 2 ans) (respectivement 89% et 11%).

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Direction de l'analyse et de la gestion de l'information, Fichier des services rémunérés à l'acte 2020.

En 2020, les enfants plus âgés (3 à 5 ans) étaient aussi plus nombreux en proportion à avoir reçu un traitement dentaire (par exemple pour réparer ou extraire une dent) que les enfants de 2 ans ou moins.



Selon l'Association dentaire canadienne, la première visite chez le dentiste devrait avoir lieu dans les 6 mois suivant l'éruption de la première dent ou à l'âge d'un an.



La pandémie de COVID-19 est associée à une augmentation de la consommation d'aliments à faible valeur nutritive chez les enfants (ex. : les collations sucrées et la malbouffe), ainsi qu'à une augmentation de l'insécurité alimentaire chez les personnes défavorisées matériellement, les ménages avec enfants et les jeunes adultes⁴⁶.

En contraste, certains changements favorables sur le plan alimentaire ont été observés dans les milieux mieux nantis, notamment une augmentation du temps moyen passé à cuisiner à la maison⁴⁷.

LA SANTÉ PHYSIQUE EN BREF

Les tout-petits se portent mieux qu'il y a 10 ans pour certains aspects de leur santé physique.



— **En 2019, presque tous les enfants de 1 an (97%) avaient reçu tous les vaccins recommandés pour la première année de vie.** Chez les enfants de 2 ans, cette proportion était de 92%. Dans les deux cas, il s'agit d'une augmentation significative de la proportion d'enfants ayant une couverture vaccinale complète comparativement à celle observée en 2006.



— **Les hospitalisations pour asthme ont diminué** significativement de 2008 à 2014 chez les enfants de 0 à 4 ans pour ensuite demeurer stables jusqu'en 2017.



— **Le nombre le plus faible de cas de COVID-19 est chez les enfants de moins de 5 ans comparativement aux autres groupes d'âge.**

Le risque d'être hospitalisé en raison de la COVID-19 chez les enfants est d'environ 0,3% chez les 0 à 18 ans et probablement encore plus faible chez les 0 à 5 ans.

À ce jour, **aucun décès en raison de la COVID-19** n'a été recensé au Québec chez les enfants de 0 à 5 ans.

Certains éléments demeurent préoccupants.



— **Un peu plus de la moitié (52%)** des enfants de 3 à 5 ans ne respectait pas les directives en matière de **temps consacré aux écrans** durant la période de 2016 à 2019.



— **40%** des enfants âgés de 3 à 5 ans **ne respectaient pas les directives en matière d'activité physique** durant la période de 2016 à 2019.



— **La pandémie de COVID-19 est associée à une diminution importante de l'activité physique des enfants** de tous âges, ainsi qu'à une augmentation des activités sédentaires, notamment le temps passé devant les écrans. Ces changements sont particulièrement prononcés chez les enfants vivant dans des milieux défavorisés.



La pandémie de COVID-19 est associée à la détérioration de la qualité de l'alimentation chez les enfants (ex. : les collations sucrées et la malbouffe), ainsi qu'à une augmentation de l'insécurité alimentaire, tout particulièrement dans les ménages à faible revenu. En contraste, certains changements favorables sur le plan alimentaire ont été observés au sein des familles mieux nanties, notamment une augmentation du temps moyen passé à cuisiner à la maison.



En 2020, moins du quart des enfants âgés de 0 à 5 ans ont consulté un dentiste pour un examen dans le cadre du programme de soins dentaires de la RAMQ (24,2%), alors que cette proportion s'élevait à 30,6% en 2016.



Selon le rapport de la vérificatrice générale du Québec publié en 2020, parmi les 597 484 personnes en **attente pour avoir accès à un médecin de famille**, 185 237 étaient considérées comme vulnérables, une catégorie qui inclut les femmes enceintes et les enfants de 0 à 2 ans.

SANTÉ PHYSIQUE

Il est possible d'agir

Nous disposons de leviers collectifs pour agir sur la santé physique des tout-petits, qui ont été démontrés efficaces ou se sont avérés prometteurs par la pratique sur le terrain ou la recherche scientifique au Québec ou à l'international. Voici quelques pistes, à titre d'exemples :



L'adoption de politiques publiques ou de mesures collectives comme la taxation des boissons sucrées⁴⁸ et les aménagements sécuritaires et propices à l'activité physique dans les municipalités⁴⁹ favorisent la création d'environnements favorables à la saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif.



Le cadre de référence Gazelle et Potiron a été développé pour soutenir la création d'environnements favorables à la saine alimentation, au jeu actif et au développement moteur dans les services de garde éducatifs à l'enfance⁵⁰.



Le modèle de pédiatrie sociale en communauté est une approche de santé globale qui vise à dépister, à réduire ou à éliminer les « stressseurs » qui compromettent le développement et le bien-être de l'enfant⁵¹. La collaboration entre les différentes disciplines de la santé et entre les professionnels est aussi une approche qui permet de faciliter l'accès à un suivi médical pour les tout-petits⁵².



Il serait important d'intégrer la prévention aux stratégies de santé infantile pour réduire les blessures non intentionnelles⁵³ comme des campagnes de promotion du port du casque à vélo, par exemple.



Le programme EMMIE (Entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants) vise à renforcer les attitudes positives à l'égard de la vaccination et serait efficace pour augmenter l'intention de faire vacciner son enfant et réduire l'hésitation à l'égard de la vaccination⁵⁴. Il est toutefois essentiel de s'assurer que la vaccination est accessible à tous et que les services offerts permettent de respecter le calendrier habituel⁵⁵.



Les pays qui offrent une couverture universelle des soins dentaires aux enfants obtiennent de meilleurs résultats dans leur lutte contre la carie dentaire⁵⁶. Malheureusement, bien que le programme de couverture des services dentaires de la RAMQ destiné aux enfants de moins de 10 ans comprenne un examen complet annuel et des soins pour traiter la carie et les autres problèmes dentaires, aucun service préventif n'y est offert⁵⁷. Pourtant, les soins préventifs jouent un rôle important dans la prévention des maladies buccodentaires⁵⁸. Depuis septembre 2020⁵⁹, les hygiénistes dentaires peuvent désormais travailler sans la présence d'un dentiste, que ce soit pour l'évaluation de la santé buccodentaire ou pour les soins préventifs. Toutefois, la loi ne permet pas à l'hygiéniste dentaire de facturer la RAMQ⁶⁰, ce qui en fait un frein à l'accessibilité. Reconnaître ce changement dans la loi pourrait permettre d'augmenter la fréquentation chez les moins de 5 ans.



Un programme de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré, dans les services de garde éducatifs à l'enfance et les écoles primaires, est en cours d'implantation. Le ministère de la Santé et des Services sociaux souhaite que le programme soit offert par 65% des établissements d'ici 2025⁶¹.

Certaines de ces mesures sont déjà en place au Québec. Elles devraient être maintenues et consolidées pour préserver les progrès qui ont été faits dans ce domaine.

Comment l'application de ces mesures pourrait-elle être améliorée? D'autres mesures seraient-elles à envisager? Nous espérons que ce portrait de la situation contribuera à la réflexion entourant ces questions.

Références

- 1 AIZER, A. et CURRIE, J. «The intergenerational transmission of inequality : Maternal disadvantage and health at birth», *Science*, vol. 344, n° 6186, 2014, p. 856-861; GLOBERMAN, STEVEN. *Reducing Wait Times for Health Care : What Canada Can Learn from Theory and International Experience*, Fraser Institute, 2013; Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente*, Ottawa, ICIS, 2012; MAHARAJ, V., et autres. «Tackling child health inequalities due to deprivation : Using health equity audit to improve and monitor access to a community paediatric service», *Child : Care, Health and Development*, vol. 40, n° 2, 2014, p. 223-230; National Child and Youth Health Coalition. *Children wait too. National Paediatric Surgical Wait Times Strategy*, Final Report, 2006.
- 2 HAGER, E. R. et autres. "Toddler physical activity study: Laboratory and community studies to evaluate accelerometer validity and correlates", *BMC Public Health*, vol. 16, n° 1, 2016, p.1-10.
- 3 En raison de l'arrondissement des données, il est possible que le nombre total de minutes pour l'activité physique ne soit pas égal à la somme du nombre de minutes pour l'activité physique légère et pour l'activité physique modérée à vigoureuse.
- 4 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants de 0 à 4 ans*, [En ligne]. [<https://csepguidelines.ca/fr/early-years-0-4/>].
- 5 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes*, [En ligne]. [<https://csepguidelines.ca/fr/children-and-youth-5-17/>].
- 6 GAUVIN, L., et autres. «Quarantots, quarankids, and quaranteens : How research can contribute to mitigating the deleterious impacts of the COVID-19 pandemic on health behaviours and social inequalities while achieving sustainable change», *Canadian Journal of Public Health*, accepté pour publication (juillet 2021); TEN VELDE, G., et autres. «Physical activity behaviour and screen time in Dutch children during the COVID-19 pandemic : Pre-, during- and post-school closures», *Pediatric Obesity*, 2021, e12779; RAJMIL, L., et autres. «Impact of lockdown and school closure on children's health and well-being during the first wave of COVID-19 : A narrative review», *BMJ Paediatrics Open*, vol. 5, 2021.
- 7 NAÏTRE ET GRANDIR. *Les écrans et les enfants*, [En ligne]. [https://naitreetgrandir.com/fr/etape/1_3_ans/jeux/fiche.aspx?doc=ecrans-jeunes-enfants-television-ordinateur-tablette#_Toc11331820].
- 8 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants de 0 à 4 ans*, [En ligne]. [<https://csepguidelines.ca/fr/early-years-0-4/>].
- 9 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes*, [En ligne]. [<https://csepguidelines.ca/fr/children-and-youth-5-17/>].
- 10 GAUVIN, L., et autres. «Quarantots, quarankids, and quaranteens: How research can contribute to mitigating the deleterious impacts of the COVID-19 pandemic on health behaviours and social inequalities while achieving sustainable change», *Canadian Journal of Public Health*, accepté pour publication (juillet 2021); TEN VELDE, G., et autres. «Physical activity behaviour and screen time in Dutch children during the COVID-19 pandemic: Pre-, during- and post-school closures», *Pediatric Obesity*, 2021, e12779; RAJMIL, L., et autres. «Impact of lockdown and school closure on children's health and well-being during the first wave of COVID-19: A narrative review», *BMJ Paediatrics Open*, vol. 5, 2021.
- 11 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Hospitalisations liées à l'asthme chez les enfants et les jeunes au Canada : tendances et inégalités*, Ottawa, ICIS, 2018.
- 12 ZAHARAN, H.S., et autres. «Vital signs : Asthma in children—United States, 2001–2016», *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 67, n° 5, 2018, p. 149.

-
- 13 BLACKMAN, J.A. et M.J. GURKA. « Developmental and behavioral comorbidities of asthma in children », *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, vol. 28, n° 2, 2007, p. 92-99; BLACKMAN, J.A. et M.R. CONAWAY. « Changes over time in reducing developmental and behavioral comorbidities of asthma in children ». *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, vol. 33, n° 1, 2012, p. 24-31; CHEN, J.H. « Asthma and child behavioral skills : Does family socioeconomic status matter? », *Social Science & Medicine*, 115, 2014, p. 38-48; SCHIEVE, L.A., et autres. « Concurrent medical conditions and health care use and needs among children with learning and behavioral developmental disabilities, National Health Interview Survey, 2006-2010 », *Research in Developmental Disabilities*, vol. 33, n° 2, 2012, p. 467-476.
 - 14 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Hospitalisations liées à l'asthme chez les enfants et les jeunes au Canada : tendances et inégalités*, Ottawa, ICIS, 2018.
 - 15 STAFSTROM, CARL E. et LIONEL CARMANT. « Seizures and Epilepsy : An Overview for Neuroscientists », *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, vol. 5, n° 6, 2015.
 - 16 JENSEN, M.P., et autres. « Life impact of caregiving for severe childhood epilepsy : Results of expert panels and caregiver focus groups », *Epilepsy & Behavior*, vol. 74, 2017, p. 135-143.
 - 17 FONDATION POUR LA RECHERCHE MÉDICALE : www.frm.org (Paris, France).
 - 18 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La vaccination, la meilleure protection*, Feuilles d'information pour les personnes à vacciner.
 - 19 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de la COVID-19 parmi les enfants du Québec – Du 23 août 2020 au 20 mars 2021*, [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3134-portrait-enfants-covid19.pdf>].
 - 20 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de la COVID-19 parmi les enfants du Québec – Du 23 août 2020 au 20 mars 2021*, [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3134-portrait-enfants-covid19.pdf>].
 - 21 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Revue rapide de la littérature et données épidémiologiques provinciales de la COVID-19 parmi les jeunes âgés de moins de 18 ans* (mise à jour 21 décembre 2020), [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/3007-enfants-risques-infections-transmission-covid19.pdf>]; Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD). *Similarities and Differences between Flu and COVID-19*, [En ligne]. [<https://www.cdc.gov/flu/symptoms/flu-vs-covid19.htm>] (consulté le 29 juin 2021).
 - 22 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Revue rapide de la littérature et données épidémiologiques provinciales de la COVID-19 parmi les jeunes âgés de moins de 18 ans* (mise à jour 21 décembre 2020), [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/3007-enfants-risques-infections-transmission-covid19.pdf>]; Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD). *Similarities and Differences between Flu and COVID-19*, [En ligne]. [<https://www.cdc.gov/flu/symptoms/flu-vs-covid19.htm>] (consulté le 29 juin 2021).
 - 23 THOMPSON W.W., S. et autres. « Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States », *JAMA*, 2003, vol. 8, n° 289, p. 179-186.
 - 24 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de la COVID-19 parmi les enfants du Québec – Du 23 août 2020 au 20 mars 2021*, [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3134-portrait-enfants-covid19.pdf>].
 - 25 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de la COVID-19 parmi les enfants du Québec – Du 23 août 2020 au 20 mars 2021*, [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3134-portrait-enfants-covid19.pdf>].
 - 26 RADTKE, T., et autres. « Long-term symptoms after SARS-CoV-2 infection in school children : population-based cohort with 6-months follow-up », *medRxiv*, 2021.

-
- 27 RADTKE, T., et autres. « Long-term symptoms after SARS-CoV-2 infection in school children : population-based cohort with 6-months follow-up », *medRxiv*, 2021; MOLTENI, E., et autres. « Illness duration and symptom profile in a large cohort of symptomatic UK school-aged children tested for SARS-CoV-2 », *medRxiv*, 2021. Et <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthand-socialcare/conditionsanddiseases/articles/technicalarticleupdatedestimatesoftheprevalenceof-postacutesymptomsamongpeoplewithcoronaviruscovid19intheuk/26april2020to1august2021>
- 28 PATEL, B., et autres. « Impact of the COVID-19 Pandemic on Administration of Selected Routine Childhood and Adolescent Vaccinations – 10 U.S. Jurisdictions, March-September 2020 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 70, 2021, p. 840-845; RAJMIL, L., et autres. « Impact of lockdown and school closure on children's health and well-being during the first wave of COVID-19 : A narrative review », *BMJ Paediatrics Open*, vol. 5, 2021.
- 29 GAGNÉ, M. *Principales causes de décès au Québec, hommes et femmes confondus*, Fichier des décès du registre des événements démographiques (2014-2016), Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut de santé publique du Québec, Demande spéciale, 2019.
- 30 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Analysis of mortality data from Statistics Canada*, non publié.
- 31 DEAL, L.W., et autres. « Unintentional injuries in childhood : Analysis and recommandations », *The Future of Children*, vol. 10, n° 1, 2000, p. 4-22; GOLD, J.I., « The impact of unintentional pediatric trauma : A review of pain, acute stress, and posttraumatic stress », *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 23, n° 2, 2008, p. 81-91; Institut national de santé publique du Québec. *Les traumatismes chez les enfants et les jeunes québécois âgés de 18 ans et moins : état de situation*, Direction du développement des individus et des communautés, 2009, 129 p.; MARTIN-HERZ, S.P., et autres. « Health-related quality of life in children and adolescents following traumatic injury : A review », *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 15, n° 3, 2012, p. 192-214; GARCIA, D., et autres. « Topical review : Negative behavioral and cognitive outcomes following traumatic brain injury in early childhood », *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 40, n° 4, 2015, p. 391-397.
- 32 DEAL, L.W., et autres. « Unintentional injuries in childhood : Analysis and recommandations », *The Future of Children*, vol. 10, n° 1, 2000, p. 4-22; GOLD, J.I., « The impact of unintentional pediatric trauma : A review of pain, acute stress, and posttraumatic stress », *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 23, n° 2, 2008, p. 81-91; Institut national de santé publique du Québec. *Les traumatismes chez les enfants et les jeunes québécois âgés de 18 ans et moins : état de situation*, Direction du développement des individus et des communautés, 2009, 129 p.; MARTIN-HERZ, S.P., et autres. « Health-related quality of life in children and adolescents following traumatic injury : A review », *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 15, n° 3, 2012, p. 192-214; GARCIA, D., et autres. « Topical review : Negative behavioral and cognitive outcomes following traumatic brain injury in early childhood », *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 40, n° 4, 2015, p. 391-397.
- 33 AUNE, D., et autres. « Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death : A systematic review and meta-analysis », *JAMA*, vol. 311, n° 15, 2014, p. 1536-1546; BAKHUIZEN, S.E., et autres. « Meta-analysis shows that infants who have suffered neonatal sepsis face an increased risk of mortality and severe complications », *Acta Paediatrica*, vol. 103, n° 12, 2014, p. 1211-1218; FATTORE, G., et autres. « Variations and Determinants of Mortality and Length of Stay of Very Low Birth Weight and Very Low for Gestational Age Infants in Seven European Countries », *Health Economics*, vol. 24, n° 2, 2015, p. 65-87; MACDORMAN, M.F. et E.C. Gregory. « Fetal and Perinatal Mortality : United States, 2013 », *National Vital Statistics System*, vol. 64, n° 8, 2015, p. 1-24; SIDEBOTHAM, P., et autres. « Understanding why children die in high-income countries », *Lancet*, vol. 384, n° 9946, 2014, p. 915-927.
- 34 SIDEBOTHAM, P., et autres. « Patterns of child death in England and Wales », *Lancet*, vol. 384, n° 9946, 2014, p. 904-914; SIDEBOTHAM, P., et autres. « Understanding why children die in high-income countries », *Lancet*, vol. 384, n° 9946, 2014, p. 915-927; YU, Y., et autres. « Mortality in Children Aged 0-9 Years : A Nationwide Cohort Study from Three Nordic Countries », *PLoS One*, vol. 11, n° 1, 2016.
- 35 ZUCKERMAN, B., et autres. « Prevalence and correlates of high-quality basic pediatric preventive care », *Pediatrics*, vol. 114, n° 6, 2004, p. 1522-1529.
- 36 CENTRE DU SAVOIR DU CHU SAINTE-JUSTINE. *Documents utiles pour les parents : Abcdaire*, 2020.

-
- 37 HAKIM, R.B., et D.S. Ronsaville. « Effect of compliance with health supervision guidelines among us infants on emergency department visits », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 156, n° 10, 2002, p. 1015-1020.
- 38 KRUIZINGA, M.D., et autres. « The impact of lockdown on pediatric ED visits and hospital admissions during the COVID19 pandemic : A multicenter analysis and review of the literature », *European Journal of Pediatrics*, vol. 180, 2021, p. 2271-2279; RAJMIL, L., et autres. « Impact of lockdown and school closure on children's health and well-being during the first wave of COVID19 : A narrative review », *BMJ Paediatrics Open*, vol. 5, 2021.
- 39 CHMIELEWSKA, B., et autres. « Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes : A systematic review and meta-analysis », *The Lancet Global Health*, vol. 9, n° 6, 2021, p. 759-772.
- 40 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021*, [En ligne], 2020. [https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_automne-2020_web.pdf].
- 41 CACHEIRO-MILLETTE, R. *Les facteurs individuels influençant l'affiliation des patients sans médecin de famille par l'entremise des listes d'attente centralisées*, Mémoire de maîtrise, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 2019.
- 42 ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE. *L'état de la santé buccodentaire au Canada*, 2017.
- 43 COLAK, H., et autres. « Early childhood caries update : A review of causes, diagnoses, and treatments », *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*, vol. 4, n° 1, 2013, p. 29-38.
- 44 COLAK, H., et autres. « Early childhood caries update : A review of causes, diagnoses, and treatments », *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*, vol. 4, n° 1, 2013, p. 29-38.
- 45 COLAK, H., et autres. « Early childhood caries update : A review of causes, diagnoses, and treatments », *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*, vol. 4, n° 1, 2013, p. 29-38.
- 46 DUBÉ, ÈVE et autres. *COVID-19 : pandémie et insécurité alimentaire*, INSPQ, 2020.
- 47 GAUVIN, L., et autres. « Quarantots, quarankids, and quaranteens : How research can contribute to mitigating the deleterious impacts of the COVID-19 pandemic on health behaviours and social inequalities while achieving sustainable change », *Canadian Journal of Public Health*, accepté pour publication (juillet 2021); TEN VELDE, G., et autres. « Physical activity behaviour and screen time in Dutch children during the COVID-19 pandemic : Pre-, during- and post-school closures », *Pediatric Obesity*, 2021, e12779; RAJMIL, L., et autres. « Impact of lockdown and school closure on children's health and well-being during the first wave of COVID-19 : A narrative review », *BMJ Paediatrics Open*, vol. 5, 2021.
- 48 OMS. (2012) *Approches de la prévention de l'obésité de l'enfant dans la population*.
- 49 LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2016) *Politique gouvernementale de prévention en santé*.
- 50 MINISTÈRE DE LA FAMILLE (2014). Gazelle et Poirion. *Cadre de référence pour créer des environnements favorables à la saine alimentation, au jeu actif et au développement moteur en services de garde éducatifs à l'enfance*.
- 51 CLÉMENT, M. È., MOREAU, J., GENDRON, S., LAVERGNE, C., TURCOTTE, G., PICHÉ, A. M., & ST-AMAND, A. (2014). *Regard mixte sur certaines particularités et retombées de l'approche de la pédiatrie sociale telle qu'implantée au Québec et de son intégration dans le système actuel des services sociaux et de santé*. Québec : MSSS et Fonds de recherche du Québec-Société et culture.
- 52 GAMACHE, L., & POISSANT, J. (2016). *Avis scientifique sur les meilleures pratiques en matière de suivi postnatal à la suite du congé hospitalier*. Québec : Institut national de santé publique du Québec
- 53 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2020). *La prévention des blessures chez les enfants et les adolescents : une démarche de santé publique*. Repéré à <https://www.cps.ca/fr/documents/position/prevention-des-blessures-chez-les-enfants-et-les-adolescents>
-

-
- 54 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2017) Programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE).
- 55 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2021). *Maladies infectieuses*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/maladies-infectieuses>
- 56 SAEKEL, R. (2018). Evaluation of different oral care systems: Results for Germany and selected highly developed countries. An update of a formal study. *Dental, Oral and Craniofacial Research*, vol. 3, n° 4, p. 1-8.
- 57 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ) (MAI 2017). La couverture des services dentaires. Gouvernement du Québec.
- 58 ARPIN, S., WASSEF, N., VALLÉE, JG (2019). Meilleures pratiques en lien avec les services dentaires préventifs déployés en milieu scolaire. *Revue de la littérature scientifique*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- 59 ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC (24 septembre 2020). *Projet de loi 29 sur la santé buccodentaire adopté aujourd'hui : «Enfin, l'autonomie des hygiénistes dentaires reconnue»*. Cision. <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/projet-de-loi-29-sur-la-sante-buccodentaire-adopté-aujourd'hui-enfin-l-autonomie-des-hygiénistes-dentaires-reconnue-jean-francois-lortie-president-ohdq-821657393.html>
- 60 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (mai 2017). La couverture des services dentaires. Gouvernement du Québec.
- 61 WALSH, T, WORTHINGTON, HV, GLENNY, AM, MARINHO, VCC, JERONCIC, A. (2019). Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. n°CD007868.

tout-petits.org

OBSERVATOIRE des tout-petits

VEILLER POUR ÉVEILLER

L'Observatoire des tout-petits, un projet de la Fondation Lucie et André Chagnon, a pour mission de communiquer l'état des connaissances afin d'éclairer la prise de décision en matière de petite enfance au Québec, afin que chaque tout-petit ait accès aux conditions qui assurent le développement de son plein potentiel, peu importe le milieu où il naît et grandit.

Tout-petits.org