

Portrait 2021

COMMENT SE PORTENT LES TOUT-PETITS AU QUÉBEC?

ESTRIE



OBSERVATOIRE
des tout-petits

 Fondation Lucie
et André Chagnon

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'**Observatoire des tout-petits**, un projet de la Fondation Lucie et André Chagnon.

Ce document est accessible en ligne, dans la section Publications du site Internet de l'Observatoire au tout-petits.org/Portrait2021.

Équipe de projet

DIRECTION

Fannie Dagenais

RECHERCHE

Julie Poissant et Houria Bénard, Université du Québec à Montréal

Catherine Dea, Université de Montréal et Direction régionale de santé publique de Montréal

RÉDACTION

Mathieu Bégin, Marilou Denault, Sophie Audette-Chapdelaine, Kathleen Couillard, Valérie Perrault et Marie-Claude Gélinau

COORDINATION DE LA PRODUCTION

Marilou Denault, Kim Gagnon et Mathieu Bégin

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE

gbdesign-studio.com

ADAPTATION POUR LE WEB

Diane Gosselin, Valérie Boisvert, Tink, Antoine Bergeron, Flora Faullumel et Marilou Denault

DIFFUSION

Flora Faullumel, Geneviève Joseph et Marilou Denault

NOS PLUS SINCÈRES REMERCIEMENTS À TOUS CEUX QUI ONT PARTICIPÉ

À LA RÉVISION DE CE DOCUMENT :

Caroline Bouchard, professeure à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université Laval et chercheuse dans l'Équipe « Qualité des contextes éducatifs de la petite enfance »

Anne Binette Charbonneau, Institut de la statistique du Québec

Annie Brodeur-Doucet, Dispensaire diététique de Montréal

Julie Brousseau, Centre de réadaptation Marie Enfant du CHU Sainte-Justine

Emmanuel Bujold, Département d'obstétrique, de gynécologie et de reproduction, Faculté de médecine, Université Laval

Anne-Marie Cech, CHSSN – Réseau communautaire de santé et de services sociaux

Irma Clapperton, Direction de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dominique Cousineau, CHU Sainte-Justine – CIRENE

Mutsuko Émond-Nakamura, Clinique de psychiatrie périnatale et du jeune enfant du CHU Sainte-Justine, Université de Montréal

Dominic Julien, Institut de la statistique du Québec

Amélie Lavoie, Institut de la statistique du Québec

Andréane Melançon, Institut national de santé publique du Québec

Elizabeth Morin, Direction de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Virginie Nanhon Youkoujouo, Institut de la statistique du Québec

Julie Poissant, Département d'éducation et formation spécialisées, Université du Québec à Montréal

Yolande Racine, Direction de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Marie-Claude Roy, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que les auteurs et ne représentent pas nécessairement celles des personnes ou des organisations qui ont participé à la révision.

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Pour citer ce document :

Observatoire des tout-petits. *Comment se portent les tout-petits en Estrie? Portrait 2021*. Montréal, Québec, Fondation Lucie et André Chagnon, 2022.

Distribution

Observatoire des tout-petits

2001, avenue McGill College

Bureau 1000

Montréal (Québec) H3A 1G1

Téléphone : 514 380-2001

info@toutpetits.org

© Fondation Lucie et André Chagnon

Dépôt légal (PDF) – 2^e trimestre 2022

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-924875-79-7 (PDF)

TABLE DES MATIÈRES

MOT DE LA DIRECTRICE	7
----------------------	---

PRÉAMBULE	8
-----------	---

RÉGION DE L'ESTRIE EN BREF	10
----------------------------	----

QUI SONT LES 0 À 5 ANS?	Nombre d'enfants de 0 à 5 ans en Estrie	15
	Proportion d'enfants de 0 à 5 ans dans la population en Estrie	15
	Fratrie	16
	Structure familiale	17
	Situation économique	18
	Caractéristiques du milieu de résidence	19

GROSSESSE	Participation à des rencontres prénatales	22
	Facteurs associés à la participation à des rencontres prénatales	23
	Retard de croissance intra-utérin	24
	Mères ayant subi de la violence conjugale dans la grossesse ou les deux premières années de vie de l'enfant	26

NAISSANCE	Nombre de naissances	30
	Naissances assistées	32
	Césariennes	33
	Naissances multiples	34
	Naissances prématurées	35
	Faible poids à la naissance	37
	Âge de la mère à la naissance	39
	Bébés mort-nés	40

ALLAITEMENT

Initiation de l'allaitement	41
Durée de l'allaitement	42
Utilisation des services de soutien à l'allaitement	44

LA GROSSESSE, LA NAISSANCE ET L'ALLAITEMENT EN BREF	45
---	----

IL EST POSSIBLE D'AGIR	47
------------------------	----

LA SANTÉ PHYSIQUE

Activité physique	51
Temps d'écran	54
Maladies chroniques et conditions affectant le développement de l'enfant	56
Maladies infectieuses	58
Blessures non intentionnelles	63
Mortalité	64
Accès aux soins de santé	66

LA SANTÉ PHYSIQUE EN BREF	70
---------------------------	----

IL EST POSSIBLE D'AGIR	72
------------------------	----

LA SANTÉ MENTALE

Mise en contexte	75
Troubles anxiodépressifs	76
Utilisation des services de santé mentale	78

LA SANTÉ MENTALE EN BREF	79
--------------------------	----

IL EST POSSIBLE D'AGIR	80
------------------------	----

LE DÉVELOPPE- MENT

Vulnérabilité à la maternelle	84
Enfants avec des besoins particuliers	91
Services d'une professionnelle non enseignante à la maternelle	100

LE DÉVELOPPEMENT EN BREF	101
--------------------------	-----

IL EST POSSIBLE D'AGIR	102
------------------------	-----

TABLEAU SYNTHÈSE DES INDICATEURS	104
----------------------------------	-----

À PROPOS DES DONNÉES PRÉSENTÉES	109
---------------------------------	-----

OUTILS COMPLÉMENTAIRES	110
------------------------	-----

RÉFÉRENCES	111
------------	-----



MOT DE LA DIRECTRICE



Comment se portent les tout-petits au Québec ?

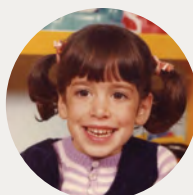
Lorsque nous avons commencé à travailler à la préparation de ce Portrait l'hiver dernier, nous n'étions pas convaincus d'être en mesure de répondre à la question. En effet, les données les plus récentes des enquêtes populationnelles et des recensements datent pour la plupart d'avant la pandémie. Or, comment répondre adéquatement à la question sans tenir compte de l'effet de la crise sanitaire sur les conditions de vie des tout-petits et de leur famille ?

Quels ont été les effets de la pandémie sur la qualité de l'alimentation des tout-petits ou sur le temps qu'ils passent devant un écran chaque jour ? Quels impacts ont eu les pertes d'emploi sur la situation financière de leur famille et la capacité de leurs parents à remplir le panier d'épicerie ? Et enfin, de quelle façon tous les bouleversements vécus ont-ils influencé leur santé mentale et leur développement ?

Au fil des discussions avec les membres de notre comité d'experts, nous en sommes venus à cette conclusion : s'il y a un moment où nous avons besoin de données sur l'état de nos tout-petits, c'est bien maintenant ! Ce Portrait sur l'état de santé et de bien-être des tout-petits sera donc un peu différent de celui que nous avons publié en 2017. D'abord, nous avons rassemblé les données les plus récentes dont nous disposons sur les conditions dans lesquelles les tout-petits viennent au monde, leur état de santé physique et mental et leur développement. À cet état de situation pré-pandémie, nous avons ajouté les résultats d'une recension des études publiées à ce jour sur les effets de la pandémie sur les tout-petits et leur famille.

Selon les experts en santé publique, les effets socioéconomiques de la pandémie auront des répercussions sur plusieurs années. Les choix que nous faisons maintenant et que nous continuerons de faire comme société au cours des prochaines années seront déterminants. Nous espérons que cet état de situation alimentera vos réflexions et favorisera la mise en place des mesures collectives les plus porteuses pour le développement des tout-petits, nos citoyens de demain !

Fannie Dagenais
Directrice



Moi à 5 ans tout ronds.

PRÉAMBULE

PORTRAIT 2021

ESTRIE

Mis sur pied en avril 2016, l'Observatoire des tout-petits a pour mission de communiquer l'état des connaissances afin d'éclairer la prise de décision en matière de petite enfance au Québec, de sorte 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. Les activités de l'Observatoire s'organisent autour de deux questions fondamentales :

1. Comment se portent les tout-petits au Québec ?

2. Dans quels environnements grandissent-ils ?

Le Portrait régional 2021 de l'Estrie revient sur la première question pour évaluer **comment la santé et le développement des enfants âgés de 0 à 5 ans de la région de l'Estrie ont évolué au cours des dernières années**. Il propose de faire un arrêt sur image, le temps de décrire dans quelles conditions les tout-petits viennent au monde, quel est leur état de santé physique, leur état de santé mentale et leur développement. Enfin, il présente des pistes de solution collectives dont l'efficacité a été montrée par la pratique sur le terrain et la recherche scientifique, au Québec et à l'international.

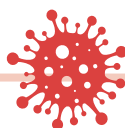


Ensemble du Québec

Ce portrait régional est adapté du document provincial *Comment se portent les tout-petits au Québec – Portrait 2021*. Ce portrait présente les données régionales disponibles. Lorsqu'elles ne le sont pas, **nous avons choisi de vous présenter les données provinciales** afin de vous permettre d'avoir de l'information sur l'ensemble des enjeux touchant les tout-petits au Québec. Ces données seront présentées dans un encadré comme **celui-ci**.

Les années de référence peuvent parfois varier, car les données utilisées proviennent de différentes sources. **Celles que nous vous présentons sont les plus récentes dont nous disposons.** Dans un souci de communiquer les données les plus à jour, certaines données présentées dans le portrait régional sont plus récentes que celles du portrait provincial, puisque la publication de ce dernier est antérieure à la version régionale. Une note indique les données mises à jour dans ce portrait.

Les données présentées proviennent de banques de données administratives, de recensements ou d'enquêtes populationnelles. Certains aspects de la santé et du bien-être des enfants n'ont malheureusement pas pu être couverts puisqu'ils ne sont pas mesurés dans les enquêtes ou consignés dans les banques de données administratives.



Bien que l'ampleur des effets de la pandémie de COVID-19 sur le développement des jeunes enfants soit encore méconnue, des encadrés comme celui-ci ont été disposés tout au long du rapport afin de rendre compte des **résultats des études réalisées à ce jour et qui témoignent des effets que la pandémie de COVID-19 a pu avoir ou aura sur l'état de santé et le développement des tout-petits.**

De nombreuses personnes ont participé à la production originale et régionale du Portrait, dont l'équipe de l'Institut de la statistique du Québec, les membres du comité scientifique de l'Observatoire, les experts consultés aux différentes étapes de réalisation et les professionnels de santé publique de la région concernée. À ces personnes dévouées, capables de donner une dimension humaine aux chiffres, l'Observatoire tient à adresser ses plus sincères remerciements.





RÉGION DE L'ESTRIE EN BREF

Les indicateurs mentionnés dans les sections « En bref » ont été choisis parce que la région se distinguait clairement de l'ensemble ou du reste du Québec pour les aspects concernés.

Note méthodologique : Les données présentées dans cette section sont celles de la région administrative, sauf indication contraire. De plus, il est important de souligner que des changements ont été apportés aux frontières géographiques de l'Estrie et de la Montérégie en avril 2015 au ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour cette raison, les résultats de ces deux régions antérieurs à 2015-2016 ne peuvent être comparés aux résultats ultérieurs.

En bref, la région se démarque par les données suivantes :

- Le nombre de naissances dans la région a connu une légère baisse, puis une relative stabilité. Depuis 2017, le nombre de naissances demeure inférieur aux nombres observés de 2007 à 2016.
- En 2015, la proportion de parents d'enfants de 0 à 5 ans ayant déjà participé à des rencontres prénatales était plus élevée en Estrie (66,2%) que dans le reste du Québec.
- Le taux de césariennes est inférieur à celui de l'ensemble du Québec.
- Le taux d'hospitalisation pour blessures non intentionnelles chez les enfants de 0 à 4 ans est moins élevé que dans l'ensemble du Québec.
- En 2015, la proportion de familles n'ayant pas de médecin de famille ou de pédiatre pour tous leurs enfants de 5 ans ou moins est plus élevée que dans le reste du Québec.
- La proportion d'enfants de 0 à 5 ans ayant consulté un dentiste pour un examen est supérieure à celle de l'ensemble du Québec.
- Les enfants de la région sont plus nombreux à être vulnérables en 2017 qu'en 2012 dans quatre des cinq domaines de développement, ainsi que dans au moins deux domaines de développement.
- La proportion d'enfants de la maternelle ayant reçu les services d'une hygiéniste dentaire, d'une infirmière ou d'une travailleuse sociale à l'école est plus élevée que dans le reste du Québec. Cependant, la proportion d'enfants de la maternelle ayant reçu les services d'une ergothérapeute, d'une orthopédagogue ou d'une orthophoniste est plus faible que dans le reste du Québec.





COMMENT SE PORTENT LES TOUT-PETITS EN GRANDISSANT?

QUI SONT LES 0 À 5 ANS?

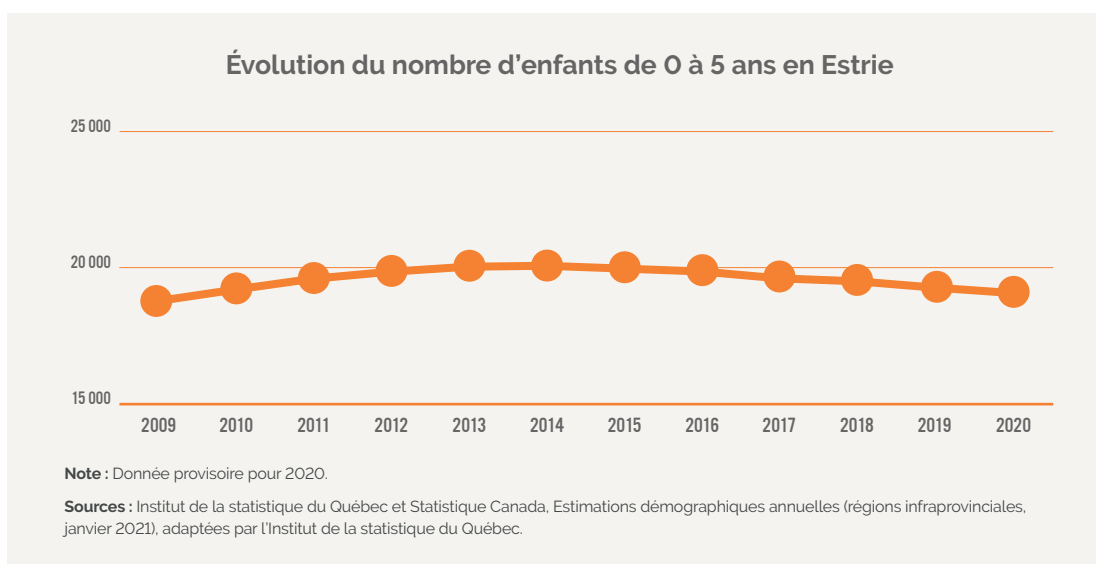


Nombre d'enfants de 0 à 5 ans en Estrie

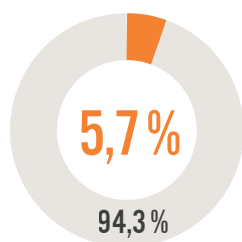


C'est le nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans qui vivaient en Estrie en 2020.

Le nombre de tout-petits a augmenté d'année en année de 2009 à 2016, pour ensuite baisser de 2017 à 2020.



Proportion d'enfants de 0 à 5 ans dans la population en Estrie



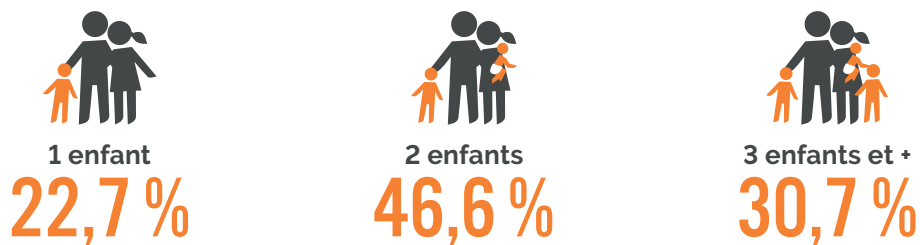
À eux seuls, les 19 078 tout-petits représentaient un peu moins de **6 %** (5,7 %) de la population de l'Estrie en 2020.

Sources : Institut de la statistique du Québec et Statistique Canada, Estimations démographiques annuelles (régions infraprovinciales, janvier 2021), adaptées par l'Institut de la statistique du Québec, Données provisoires pour 2020.

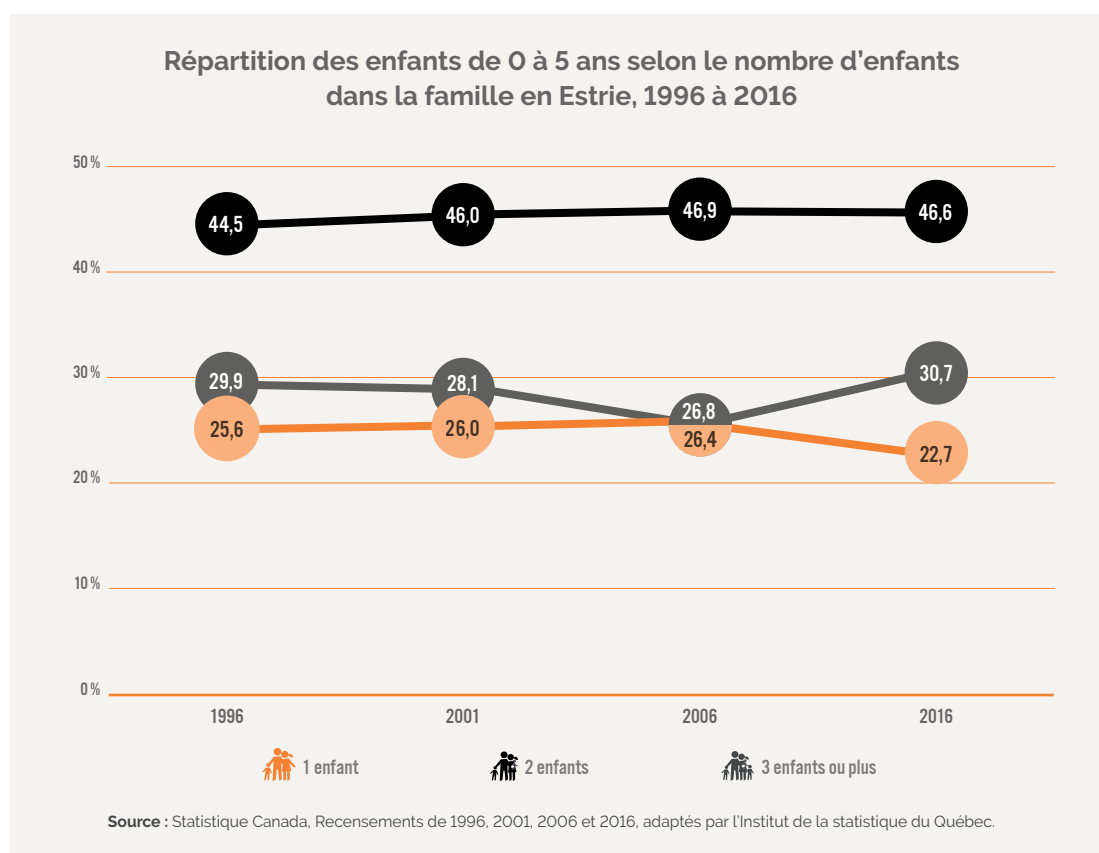
La proportion de tout-petits dans la population a augmenté de 2008 à 2014. Elle est ensuite restée stable de 2014 à 2017, puis a suivi une tendance à la baisse de 2018 à 2020.

Fratrie

En 2016, les tout-petits de l'Estrie vivaient dans des familles comptant :



De 1996 à 2006, la proportion d'enfants de 0 à 5 ans de la région vivant dans une **famille comptant un seul enfant a augmenté, pour ensuite diminuer de 2006 à 2016**. La tendance inverse a été observée pour les enfants vivant dans une famille de trois enfants ou plus.



Structure familiale

En 2016, la majorité des enfants de 0 à 5 ans en Estrie vivait dans une famille intacte.

Répartition des enfants de 0 à 5 ans selon le type de famille en Estrie en 2016

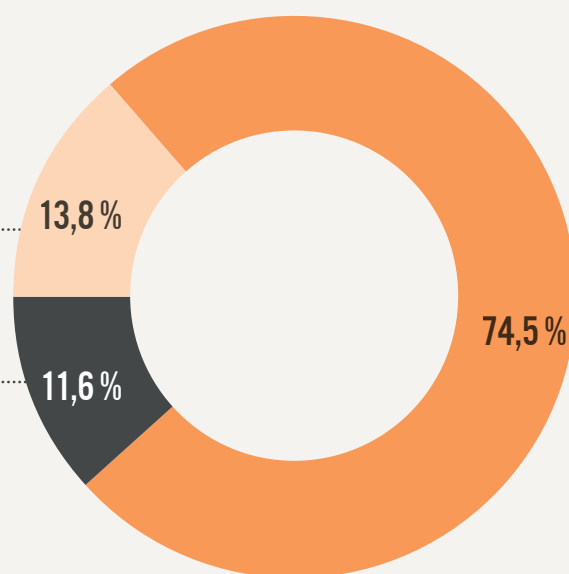
Famille monoparentale

Composée d'un parent seul (père ou mère) vivant avec un ou plusieurs enfants biologiques ou adoptés.



Famille intacte

Composée de deux parents et d'enfants biologiques ou adoptifs, tous issus de cette union.



Famille recomposée

Composée d'au moins un enfant qui n'est pas issu de l'union actuelle.

Source : Statistique Canada, Recensement 2016, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Note : En raison de l'arrondissement, la somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 %.



Ensemble du Québec

Les données de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ)* ont montré qu'environ 15% des enfants de 6 ans nés à la fin des années 1990 avaient déjà vécu au moins deux changements liés à l'histoire conjugale de leurs parents (par exemple : séparation et (re)mise en union).

Situation économique

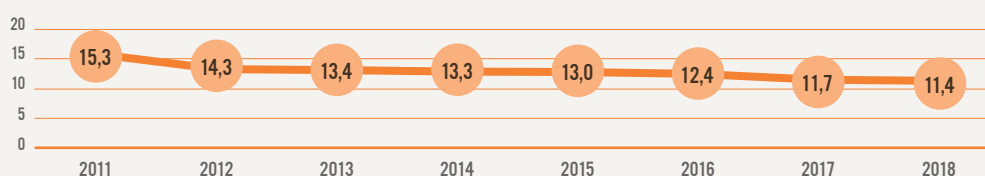
11,4 % des enfants de 0 à 5 ans de la région vivaient dans une famille à faible revenu en 2018 (selon la Mesure de faible revenu (MFR)). Cela représentait environ 2 230 tout-petits.

En Estrie, la proportion d'enfants de 0 à 5 ans vivant dans une famille à faible revenu* est passée de **13,0 % en 2015 à 11,4 % en 2018**.

* Après impôt.



Proportion d'enfants de 0 à 5 ans vivant dans une famille à faible revenu en Estrie



Source : Statistique Canada, Fichier sur les familles T1 (FFT1), adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

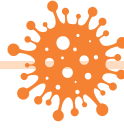


Grandir dans des conditions de vie difficiles peut priver les enfants d'expériences de stimulation et de certaines opportunités^{1,2}. Par exemple, l'absence de livres et de jouets pourrait expliquer jusqu'à 12 % de l'écart de développement (littératie et numératie) entre les enfants les plus pauvres et les enfants les plus riches à l'âge de 5 ans³. La privation d'expériences enrichissantes dans la petite enfance, associée à la défavorisation matérielle et sociale sévère, aurait un effet négatif sur les différentes sphères du développement, et ce, à moyen et à long terme⁴.

La pauvreté peut avoir des conséquences négatives sur les tout-petits, autant sur leur santé physique que sur leur développement social et émotif. Ces effets peuvent persister pendant toute leur vie⁵.

Les structures cérébrales des enfants vivant en contexte de pauvreté seraient généralement moins développées que celles des enfants plus favorisés⁶. De plus, des études révèlent que les enfants qui grandissent dans des ménages à faible revenu sont plus susceptibles d'être vulnérables dans un domaine de développement lors de leur entrée à l'école et qu'ils ont un rendement scolaire plus faible en moyenne en première année⁷.

La situation socioéconomique et les environnements dans lesquels grandissent les tout-petits québécois sont abordés plus en détail dans l'édition 2019 du Portrait des tout-petits au Québec ainsi que dans l'édition 2021 de notre Portrait sur les politiques publiques. Ces rapports peuvent être consultés à l'adresse tout-petits.org.



Des études ont démontré que les effets négatifs de la pandémie de COVID-19 sur le développement cognitif, socioémotionnel et langagier des jeunes enfants touchent davantage ceux issus de milieux défavorisés et pourraient avoir des effets à long terme sur leur santé et leur bien-être⁸.

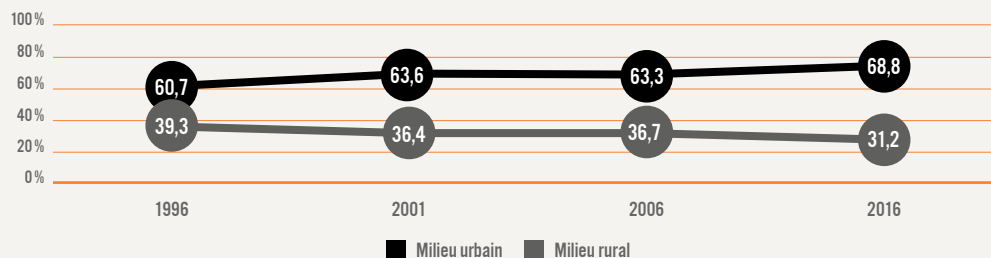
La pandémie a amplifié certains facteurs de risque pour le développement de l'enfant. En effet, elle est associée à une augmentation des problèmes de santé mentale des parents⁹, de la pauvreté et de l'insécurité alimentaire. Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021*, 26 % des Québécois de 15 ans ou plus ont vécu des répercussions financières liées à la crise de la COVID-19. Cette proportion monte à 29 % chez les couples avec enfants et à 35 % chez les familles monoparentales. Enfin, on observe une augmentation du risque de situations de maltraitance en raison de l'accumulation des sources de stress au sein des familles¹⁰.

Caractéristiques du milieu de résidence

68,8 % des tout-petits de l'Estrie vivaient en milieu urbain en 2016. Dans les 20 dernières années, cette proportion a augmenté significativement.



Proportion de tout-petits de l'Estrie vivant en milieu urbain



Source : Statistique Canada, Recensements de 1996, 2001, 2006 et 2016, adaptés par l'Institut de la statistique du Québec.

MILIEU URBAIN

Territoire formé d'une ou de plusieurs municipalités voisines les unes des autres et qui sont situées autour d'un grand centre urbain comptant 10 000 habitants ou plus.



MILIEU RURAL

Villes et municipalités situées à l'extérieur des grands centres urbains.



VS

COMMENT SE PORTENT LES TOUT-PETITS PENDANT LA GROSSESSE ET À LA NAISSANCE ?



La grossesse et la naissance constituent des étapes cruciales pour la santé et le développement de l'enfant. Ce qui se passe pendant cette période peut avoir des répercussions tout au long de la vie de l'enfant. Les interventions préventives avant et entourant la naissance entraînent des retombées positives sur le développement physique, cognitif, social et émotionnel de l'enfant¹¹. À long terme, ces interventions réduisent le risque de développer des maladies chroniques¹². À l'échelle de la société, elles contribuent à réduire les inégalités socioéconomiques, car elles favorisent le bon développement des enfants les plus vulnérables¹³.



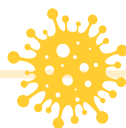
Au Québec, la périnatalité est généralement définie comme la période qui s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant (ou du moment de la conception si nous parlons d'une grossesse non planifiée), jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 1 an.



GROSSESSE



Les tout-petits sont particulièrement vulnérables aux facteurs de risque (stress maternel, conditions de vie difficiles pour les parents, etc.) au moment de leur conception, puis pendant la grossesse et leurs premières années de vie. Par exemple, le stress maternel chez la femme enceinte est considéré comme un facteur de risque pour le développement de son bébé¹⁴. Certains facteurs peuvent aussi augmenter le risque que l'enfant meure à la naissance : le poids de la mère, son jeune âge ou son âge avancé, ses problèmes de santé (ex. : infections, hypertension ou diabète), ses habitudes de vie (ex. : alimentation, tabagisme, consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments) ou les grossesses multiples¹⁵.



La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions sur la santé mentale des femmes enceintes et des nouvelles mamans, dont une augmentation globale de symptômes anxieux et dépressifs. Celles qui avaient une santé mentale fragile avant la pandémie ont été davantage touchées. Quelques facteurs semblent expliquer cette augmentation, dont les craintes liées à la possibilité d'avoir la COVID-19 ou d'autres problèmes de santé, les deuils, la diminution d'accès aux soins de santé en périnatalité, l'isolement social ainsi que les difficultés financières des familles¹⁶.

Les femmes enceintes infectées par la COVID-19 risquent plus de souffrir de complications liées à la maladie que les femmes du même âge qui ne sont pas enceintes. Elles risquent plus d'être hospitalisées aux soins intensifs et d'avoir des complications sévères de la maladie. L'infection à la COVID-19 chez la femme enceinte semble également être associée à une augmentation du risque de complications obstétricales telles que la prééclampsie, le travail avant terme et les naissances prématurées¹⁷.

Participation à des rencontres prénatales

Les rencontres prénatales de groupe sont une façon d'aider les futurs parents à se préparer à la naissance de leur enfant et d'encourager l'adoption de saines habitudes de vie chez la mère¹⁸. Il s'agit d'un bon moment pour intervenir puisque la femme enceinte et son partenaire sont plus motivés à changer leurs habitudes pendant la période prénatale afin de protéger la santé du bébé¹⁹. Ces rencontres ne peuvent pas, à elles seules, modifier l'état de santé de l'enfant, mais elles peuvent influencer certains déterminants de la santé sur lesquels la mère et le père peuvent agir²⁰. La littérature scientifique démontre aussi que les rencontres prénatales réduisent l'anxiété à la naissance et augmentent l'attachement parental²¹.



66,2 % des parents d'enfants de 0 à 5 ans avaient déjà participé à des rencontres prénatales en 2015.

Cette proportion est plus élevée dans la région que dans le reste du Québec.

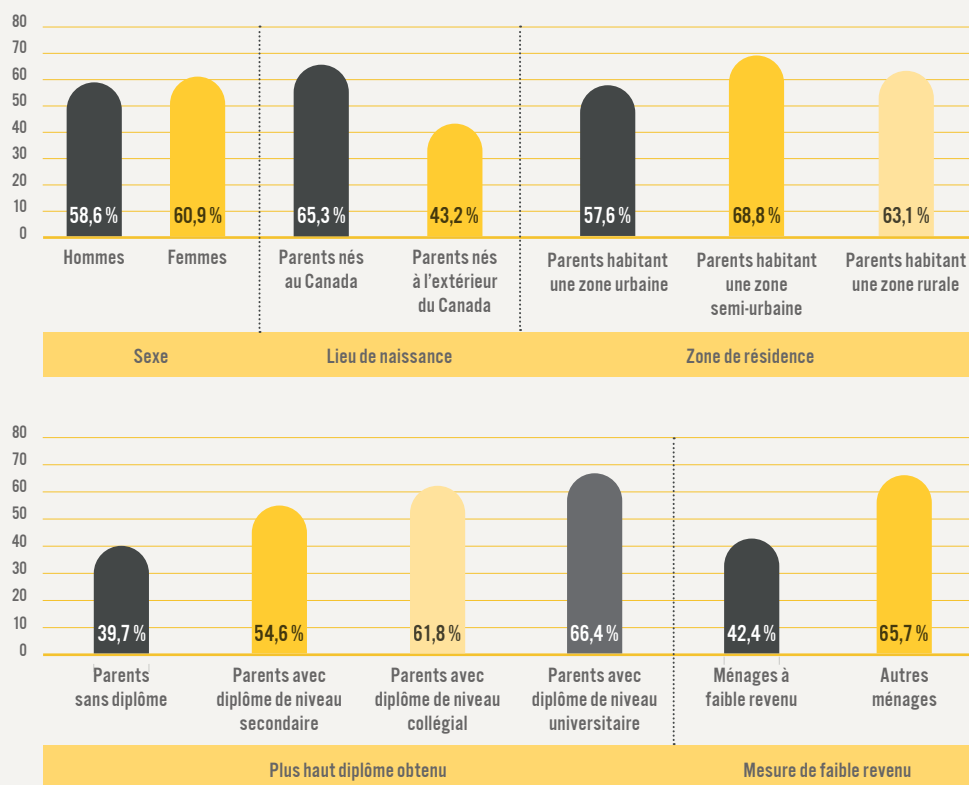


Facteurs associés à la participation à des rencontres prénatales

La proportion de parents ayant participé à des rencontres prénatales est toutefois plus faible chez les parents de milieux socioéconomiques moins favorisés (soit une participation de 42 %, comparativement à 66 % pour les milieux plus nantis). Cette proportion augmente également selon le plus haut diplôme obtenu, passant de 40 % chez les parents sans diplôme à 66 % chez ceux ayant un diplôme de niveau universitaire. Les résultats indiquent également qu'elle est plus élevée lorsque les parents :

- sont nés au Canada (65 %);
- résident dans une zone semi-urbaine (69 %).

Proportion de parents d'enfants de 0 à 5 ans ayant déjà suivi des cours prénataux selon certaines caractéristiques des parents et des familles, 2015



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

Retard de croissance intra-utérin

Lorsqu'un bébé vient au monde avec un poids sous le 10^e centile des courbes standards de poids pour le nombre de semaines de grossesse complétées (10 % des bébés les plus petits), on conclut à un bébé de petit poids pour l'âge gestationnel. La plupart des bébés de petit poids pour l'âge gestationnel sont « constitutionnels », c'est-à-dire qu'ils sont petits par hérédité. Toutefois, certains bébés sont petits parce qu'ils n'ont pas pu atteindre leur plein potentiel de croissance durant la grossesse. On parle alors de retard de croissance intra-utérin. La cause la plus fréquente de ce retard dans la croissance fœtale est un mauvais fonctionnement du placenta.



Les bébés ayant connu un retard de croissance durant la période intra-utérine risquent deux à trois fois plus de décéder peu après la naissance ou durant les premières années de vie. Ils pourraient aussi souffrir de déficits cognitifs, avoir de moins grandes capacités physiques et développer certaines maladies²². Les enfants ayant présenté un retard de croissance intra-utérin éprouvent plus fréquemment des difficultés sur le plan neurodéveloppemental que les autres enfants (retard de langage, difficultés d'apprentissage, TDAH, etc.).

Les nourrissons nés avec un petit poids pour leur âge gestationnel risquent aussi plus de présenter des problèmes de vision et d'ouïe. Parmi les enfants présentant un retard de croissance intra-utérin, les prématurés sont encore plus susceptibles de présenter ces différents problèmes²³.



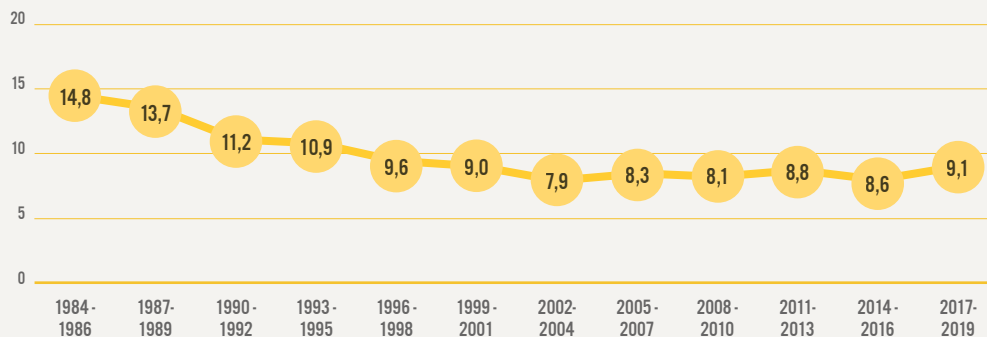
En Estrie,
9,1 % des bébés sont nés avec
un retard de croissance
intra-utérin de 2017 à 2019*.

Depuis le début des années 1980, la proportion de bébés nés avec un retard de croissance intra-utérin a diminué de façon importante. Elle était en effet de 14,8 % en 1984-1986.

* La proportion de bébés nés avec un retard de croissance intra-utérin dans les portraits régionaux est celle de la période 2017-2019, alors que le Portrait 2021 provincial rapporte la proportion pour la période 2013-2015.

Note : Cette donnée est celle de la région sociosanitaire.

Taux de retards de croissance intra-utérins en Estrie



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2021. 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 24 mars 2022.

QUE SAVONS-NOUS DU TROUBLE DU SPECTRE DE L'ALCOOLISATION FŒTALE ?

L'exposition prénatale à l'alcool est la principale cause évitable d'anomalies congénitales, de troubles du développement et de déficience intellectuelle chez les enfants. Ses effets sur l'enfant à naître sont variables et irréversibles²⁴. L'absence de données récentes ne nous permet pas de brosser un portrait représentatif de la consommation d'alcool chez les femmes québécoises enceintes. Il nous paraît toutefois important de présenter certaines données préoccupantes concernant le Trouble du spectre de l'alcoolisation foétale (TSAF), encore méconnu au Québec. Selon un récent sondage mené par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) et la firme Léger en 2020, dans près de 50 % des cas, la question de la consommation d'alcool durant la grossesse n'est pas abordée par les professionnels lors du suivi de grossesse²⁵. Dans ce même sondage, parmi les femmes enceintes qui ont indiqué consommer de l'alcool, 8 % d'entre elles ont augmenté leur consommation d'alcool au moment du premier confinement lié à la pandémie (mars 2020 à juin 2020). Il n'existe pas de données sur la prévalence du TSAF, mais une étude récente de l'OMS indique qu'il y aurait de 2 % à 3 % des enfants atteints du TSAF à Toronto²⁶. L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) réalise actuellement une recherche-action : *TSAF : en parler pour mieux agir* visant à documenter la situation au Québec. Pour plus d'informations, la page Web **Nos priorités : TSAF** de l'ASPQ peut être consultée.



Mères ayant subi de la violence durant la grossesse ou les deux premières années de vie de l'enfant



La violence conjugale se manifeste par une série d'actes répétitifs, qui s'intensifient avec le temps. Ces actes comprennent les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination économique. La violence conjugale ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue un moyen pour l'agresseur de dominer l'autre personne et d'affirmer son pouvoir sur la victime, souvent la femme²⁷.

La violence conjugale en période périnatale désigne la violence conjugale subie par la mère durant la grossesse ou durant les deux premières années de vie de l'enfant. Cette violence peut être perpétrée par le conjoint ou un ex-conjoint de la mère²⁸.

Cette violence a des conséquences pour la santé et le bien-être des femmes enceintes, telles que des blessures physiques, de la dépression, de l'anxiété, un état de stress post-traumatique, de l'isolement social, des problèmes de consommation et des idées suicidaires²⁹. Elle nuit également à l'expérience de la maternité³⁰ et à l'attachement mère-enfant³¹.

La violence conjugale se produit dans une période névralgique pour le développement du fœtus et du nourrisson. Elle peut causer des dommages au placenta et augmenter la probabilité de fausse couche, d'accouchement avant terme ou de faible poids à la naissance³². Elle est aussi susceptible de nuire au développement cognitif, moteur et socioaffectif du nourrisson et de l'enfant³³.

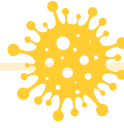


Ensemble du Québec



10,9 % C'était la proportion de mères biologiques d'enfants de 6 mois à 5 ans qui auraient été victimes de violence conjugale durant la période périnatale de leur enfant au Québec, selon des données de 2018³⁴.

Note : Dans cette section, les résultats sont rapportés en fonction d'un des enfants de la mère biologique, et non de l'ensemble de ses enfants, le cas échéant.

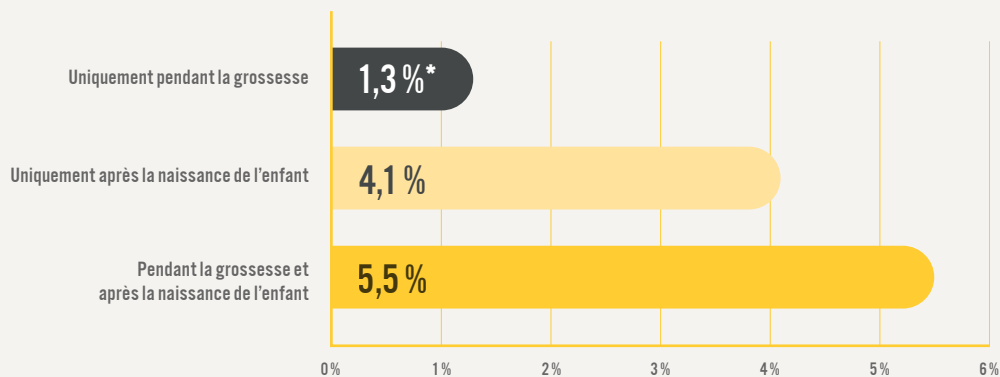


Pendant la pandémie de COVID-19, une augmentation substantielle de la violence conjugale a été observée dans plusieurs pays, ainsi qu'au Québec³⁵. En effet, selon des données recueillies par Statistique Canada entre la mi-mars et le début du mois de juillet, plusieurs services d'aide aux victimes ont déclaré une hausse du nombre de victimes de violence familiale ayant eu recours à leurs services³⁶. Pour l'instant, nous ne disposons pas de données sur les femmes enceintes en ayant subi.



Ensemble du Québec

Proportion de mères d'enfants de 6 mois à 5 ans victimes de violence conjugale durant la période périnatale, selon les données de 2018



* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018 : les attitudes parentales et les pratiques familiales*.

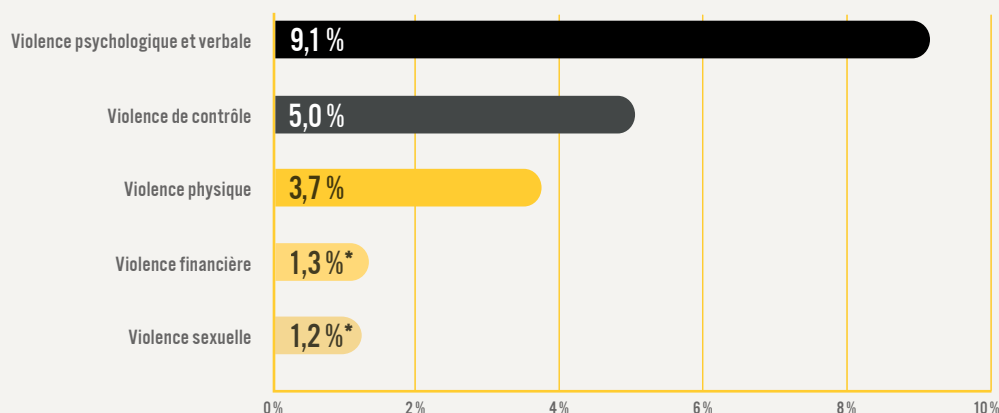


Ensemble du Québec

La violence conjugale en période périnatale peut prendre différentes formes :

- la violence **psychologique** et verbale (ex. : se faire injurier),
- la violence **de contrôle** (ex. : être limitée dans ses contacts avec sa famille ou son réseau d'amis),
- la violence **physique** (ex. : se faire gifler, frapper du pied ou mordre),
- la violence **financière** (ex. : être empêchée de travailler ou être privée d'argent) ou
- la violence **sexuelle** (ex. : être obligée d'avoir une relation sexuelle).

Proportion de mères d'enfants de 6 mois à 5 ans victimes de violence conjugale durant la période périnatale en fonction de la forme de violence, selon les données de 2018



* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018 : les attitudes parentales et les pratiques familiales*.



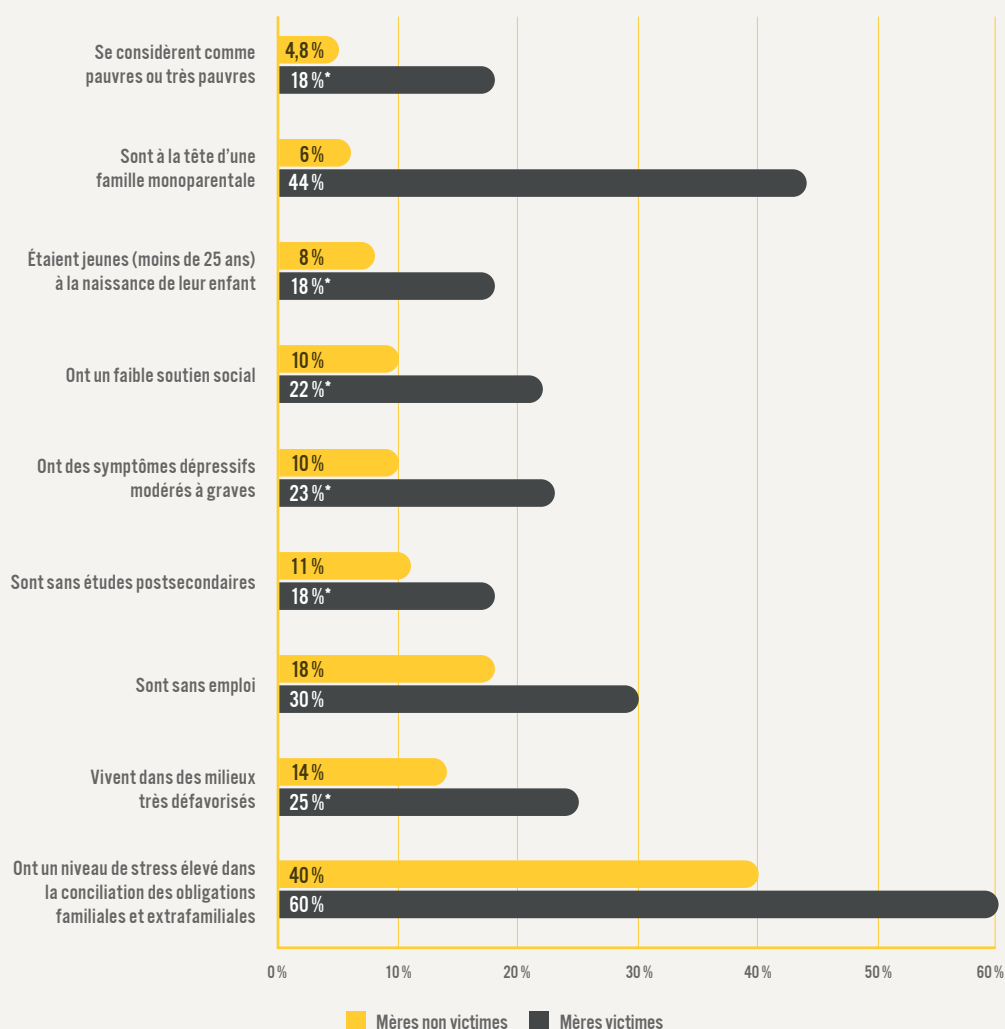
De plus,
5,8 % des mères
québécoises
d'enfants de 6 mois à 5 ans
auraient vécu plus d'une forme
de violence conjugale
durant la période périnatale.



Ensemble du Québec

Les mères d'enfants de 6 mois à 5 ans victimes de violence conjugale durant la période périnatale sont plus nombreuses à vivre dans des milieux plus précaires ou dans des conditions de vie plus difficiles que les mères qui ne sont pas victimes de cette violence.

Proportion de mères d'enfants de 6 mois à 5 ans victimes de violence conjugale durant la période périnatale selon certaines caractéristiques de leurs conditions de vie selon les données de 2018



* Donnée peu précise, à interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018 : les attitudes parentales et les pratiques familiales*.

NAISSANCE

Tout comme la grossesse, la première année de vie de l'enfant est une période où son cerveau est très sensible aux influences autant négatives que positives³⁷. Durant cette période, le cerveau de l'enfant change fonctionnellement et structurellement dans plusieurs zones cérébrales, et les différents stress cumulés durant la première année auront des conséquences physiologiques, comportementales et cognitives³⁸.

Par ailleurs, améliorer les modalités de naissance est également une façon de donner un bon départ aux tout-petits. Les césariennes, par exemple, bien qu'elles soient parfois nécessaires pour la sécurité d'un bébé ou de sa mère, ne sont pas sans risque³⁹. De plus, les complications à la naissance peuvent elles-mêmes nuire à la santé et au développement de l'enfant. La prématurité et le faible poids à la naissance sont notamment associés à des problèmes plus tard dans la vie de l'enfant⁴⁰.

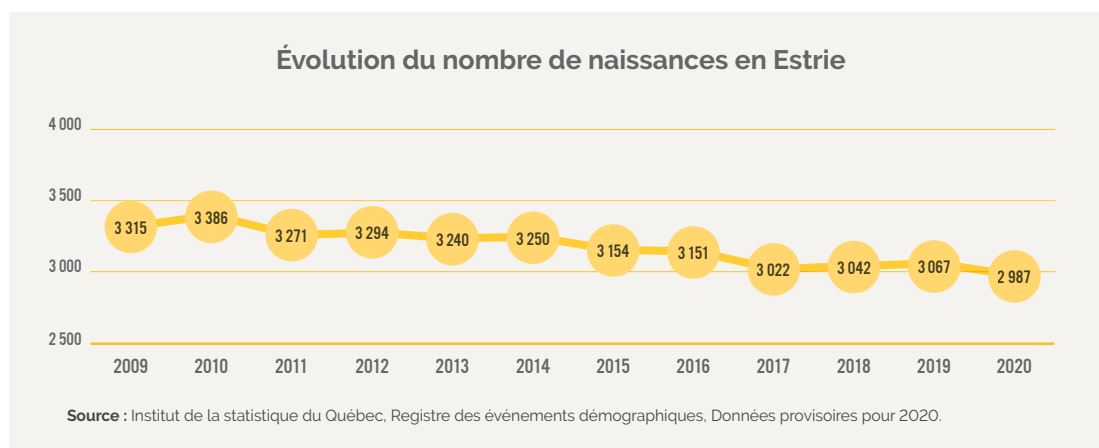
Nombre de naissances

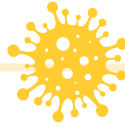


2 987

Le nombre de naissances en Estrie était de 2 987 en 2020.

En Estrie, le nombre annuel de naissances diminue depuis quelques années. Le nombre de naissances y a connu une évolution comparable à celle de l'ensemble du Québec et des autres régions, soit une diminution à la fin des années 1990, suivie d'une augmentation atteignant un sommet vers la fin de la décennie 2000. Au cours des années récentes, les naissances ont connu une légère baisse, puis une relative stabilité.





Le risque de transmission de l'infection à la COVID-19 de la femme enceinte qui serait contagieuse vers son nouveau-né est faible, soit entre 1,5 % et 5 %, ce qui inclut les nouveau-nés asymptomatiques ou qui n'ont que peu de symptômes. De plus, le risque n'est pas augmenté si la mère infectée cohabite avec son bébé dans la même chambre après l'accouchement, une pratique qui facilite l'allaitement exclusif du bébé⁴¹.

Une diminution des consultations à l'urgence pour des raisons obstétricales durant la première vague de la pandémie de COVID-19 a été observée^{42,43}. Des soins de santé de qualité auprès des nouveau-nés et de leurs parents sont néanmoins possibles dans le contexte de la pandémie.

L'important est d'appliquer adéquatement les mesures de prévention et de contrôle des infections, telles que le port du masque chez le personnel, la ventilation adéquate, la vaccination, etc.



Anesthésies épidurales

L'anesthésie épidurale, qui diminue la douleur et le stress lors de l'accouchement, comporte des effets négatifs, tels que la limitation de la mobilité des femmes lors de l'accouchement, mobilité qui permet entre autres une meilleure oxygénation fœtale et des contractions utérines plus efficaces⁴⁴. Toutefois, cette anesthésie aurait tendance à diminuer les risques de dépression post-partum chez la mère⁴⁵. En effet, la douleur et le stress lors de l'accouchement constituent des facteurs de risque pour le développement de la dépression post-partum⁴⁶. L'Organisation mondiale de la santé recommande d'ailleurs l'anesthésie épidurale chez les femmes enceintes qui sont en bonne santé et qui souhaitent obtenir un soulagement de la douleur durant le travail⁴⁷.



3/4

En Estrie, en 2019-2020, un peu plus de 2 accouchements vaginaux sur 3 (68,5 %) étaient des accouchements avec anesthésie épidurale. Ce taux est inférieur à celui de l'ensemble du Québec.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Hospitalisations et accouchements, 1995-1996 à 2019-2020 — statistiques supplémentaires, Ottawa, ICIS, 2021.

Note : Cette donnée est celle de la région sociosanitaire..

Naissances assistées

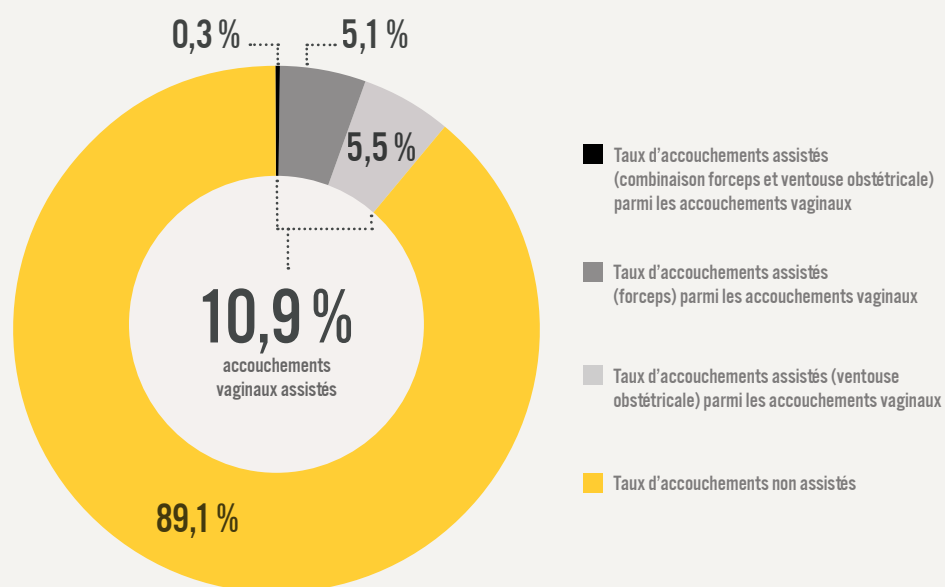


Bien que la ventouse ou les forceps impliquent certains risques pour la mère (épisiotomie, déchirement du plancher pelvien, entre autres⁴⁸) ou pour le bébé (lésions ou fractures⁴⁹), l'utilisation de ces outils est parfois nécessaire pour aider le bébé à sortir, lorsque les contractions diminuent ou que le bébé tolère mal les poussées.

En 2019-2020, en Estrie, le taux total d'accouchements vaginaux assistés (ventouse obstétricale ou forceps) était de 10,9 %. Ce taux ne se distingue pas de celui de l'ensemble du Québec.

Note : Cette donnée est celle de la région sociosanitaire.

Taux d'accouchements vaginaux assistés en Estrie en 2019-2020



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Hospitalisations et accouchements, 1995-1996 à 2019-2020 — statistiques supplémentaires, Ottawa, ICIS, 2021.

Césariennes



Bien que la césarienne soit parfois nécessaire pour assurer la sécurité d'un bébé ou de sa mère, elle n'est pas sans risque (ex. : infections, hémorragies, difficultés à commencer l'allaitement, difficultés respiratoires de l'enfant, etc.)⁵⁰. Malgré son utilité médicale, elle peut entraîner des complications temporaires, des incapacités permanentes et, bien que rares, des décès⁵¹.

De plus, aucune donnée ne montre que l'accouchement par césarienne a des effets positifs pour la mère ou le bébé lorsqu'elle n'est pas nécessaire médicalement. L'Organisation mondiale de la santé recommande d'ailleurs de s'assurer que le taux de césariennes demeure entre 10 et 15 % au sein d'une population⁵². La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) fait également la promotion des accouchements normaux, sans intervention technique lorsque possible⁵³.



22,8 % des accouchements ont eu lieu par césarienne en Estrie en 2019-2020*. Ce taux est inférieur à celui de l'ensemble de la province, qui était de 25,7 % en 2019-2020**.

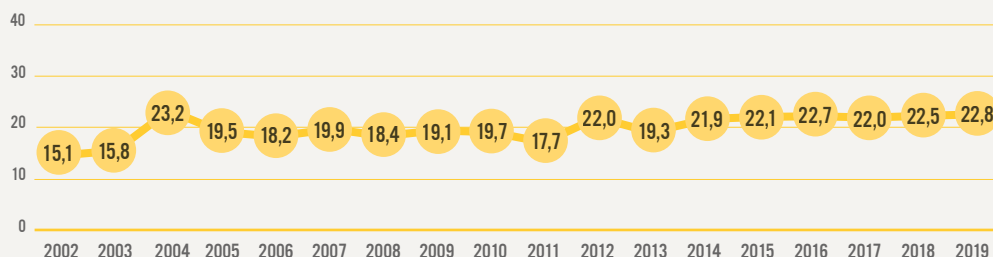
Dans la région, le taux d'accouchements par césarienne a augmenté de façon générale, avec quelques fluctuations dans le temps, passant de 15,1 % en 2002-2003 à 22,8 % en 2019-2020.

Note : Cette donnée est celle de la région sociosanitaire.

* Le pourcentage présenté pour cet indicateur fait référence à un taux de césariennes pour 100 accouchements.

** Le taux d'accouchements par césarienne dans les portraits régionaux est celui de 2019-2020, alors que le Portrait 2021 provincial rapporte le taux pour l'année 2018.

Taux d'accouchements par césarienne en Estrie



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Hospitalisations et accouchements, 1995-1996 à 2019-2020 — statistiques supplémentaires, Ottawa, ICIS, 2021.

Naissances multiples



Devenir parent comporte plus de défis lors d'une grossesse multiple que lors d'une grossesse unique⁵⁴. Pour le bébé, une naissance multiple est un facteur de risque associé aux bébés de petits poids. Pour la mère, ce type de naissance est lié à plus d'inconforts durant la grossesse et à une durée d'allaitement plus courte^{55,56}.



Ensemble du Québec

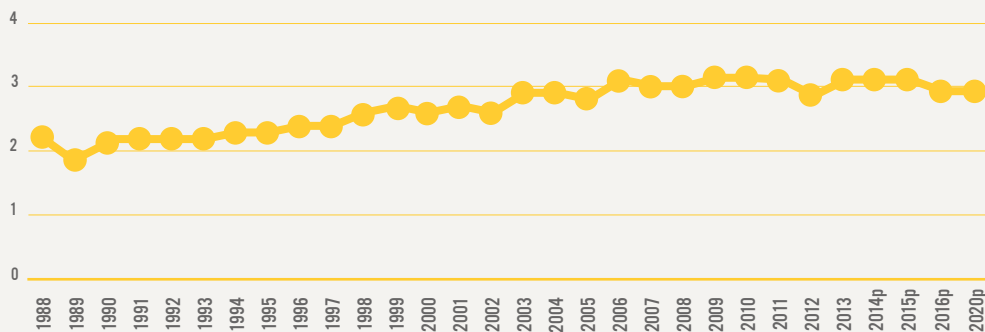


En 2020, les naissances multiples représentaient environ **3 %** de toutes les naissances. Il s'agissait presque exclusivement de jumeaux. En effet, les naissances de triplés (ou plus) représentaient près de 0,05 % de l'ensemble des naissances.

Source : Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques. Données provisoires pour 2020.

La proportion de naissances multiples a connu une tendance à la hausse au cours des 30 dernières années. Cette proportion est passée de 2,1 % en 1988 à 2,9 % en 2020. La proportion de naissances multiples est toutefois relativement stable depuis 2006.

Proportion de naissances multiples



Source : Institut de la statistique du Québec.

Note : Données provisoires pour 2014, 2015, 2016 et 2020.

Naissances prématurées

La « prématurité » désigne le fait qu'un bébé naît avant que sa mère n'ait complété 37 semaines de grossesse.



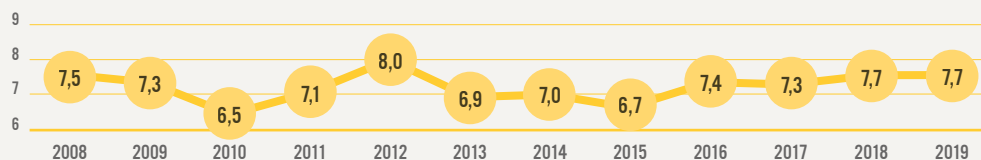
La prématurité, et plus particulièrement la prématurité extrême (moins de 28 semaines de gestation), est un facteur de risque important de mortalité infantile. Les naissances prématurées demeurent d'ailleurs la principale cause de mortalité durant la période néonatale, la petite enfance et l'enfance⁵⁷. Les bébés prématurés sont plus à risque d'avoir de la difficulté à s'adapter à la vie en dehors de l'utérus, d'éprouver de la détresse respiratoire et de contracter des infections bactériennes⁵⁸.

De plus, les naissances prématurées perturbent le développement de l'enfant puisqu'elles augmentent le risque de maladies chroniques, de handicaps et de troubles cognitifs^{59,60}. La prématurité est en effet associée à des conséquences négatives pour le développement global de l'enfant. Par exemple, les bébés nés prématurément sont plus à risque que les bébés non prématurés de présenter des difficultés quant à leur développement moteur et cognitif. Ils sont aussi plus susceptibles de présenter des problèmes de mémoire et d'attention, ainsi que des résultats scolaires plus faibles. La prématurité est aussi associée à des difficultés de langage (compréhension du vocabulaire, capacité à s'exprimer, etc.). Les conséquences développementales négatives associées à la prématurité s'accroissent dans l'enfance, en particulier de 3 à 12 ans. Les risques associés à la prématurité seraient plus grands en situation de prématurité extrême⁶¹.



En Estrie, la proportion de bébés nés avant d'avoir complété 37 semaines de grossesse fluctue autour de 7 % de 2009 à 2019.

Proportion de naissances prématurées en Estrie



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

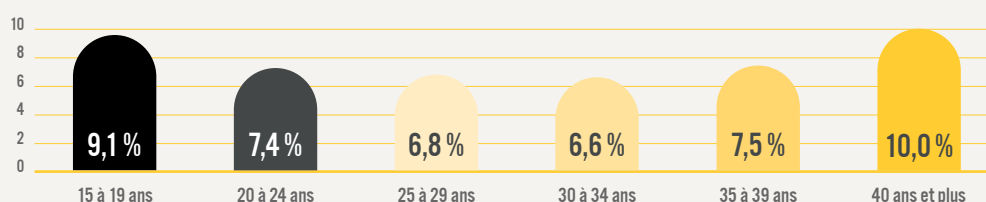


Ensemble du Québec

Le lien entre l'âge de la mère et la prématurité

Au Québec, de 2016 à 2018, la proportion la plus élevée de naissances prématurées était chez les femmes âgées de 40 ans et plus, avec 1 naissance sur 10 en moyenne. La proportion de naissances prématurées était aussi un peu plus élevée chez les mères de moins de 20 ans (9,1%).

Proportion de naissances prématurées selon le groupe d'âge de la mère, moyenne de 2016 à 2018



Source : Institut de la statistique du Québec.

Le lien entre le type de naissance et la prématurité



La proportion moyenne de naissances prématurées au Québec de 2016 à 2018 était de **5,6 % lors d'une naissance simple**. Les naissances prématurées sont beaucoup plus fréquentes **lors de naissances multiples**, avec généralement un peu plus de la moitié des jumeaux nés avant terme (54%).

Source : Institut de la statistique du Québec.

Faible poids à la naissance



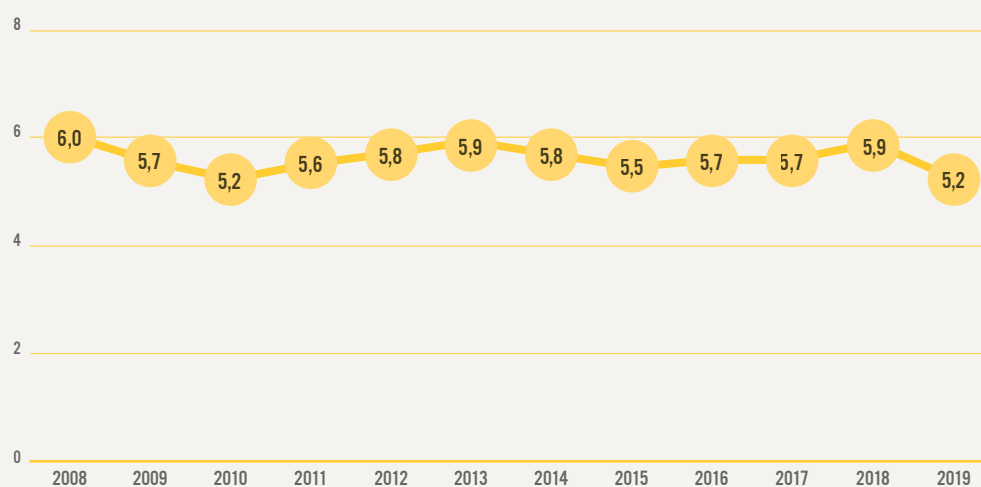
Le faible poids à la naissance est associé à une plus grande mortalité néonatale et périnatale, à des retards de croissance et à des difficultés motrices et cognitives⁶². Il est aussi associé à des infections graves peu avant ou peu après la naissance, ainsi qu'à une augmentation des risques de maladies du cœur, de tension artérielle élevée et du diabète de type II plus tard dans la vie^{63,64}. La prévalence de ce problème serait notamment plus élevée chez les enfants vivant dans une famille défavorisée⁶⁵.



5,2 % des bébés qui ont vu le jour en 2019 en Estrie pesaient moins de 2,5 kg (5,5 lb).

En Estrie, la proportion de naissances de faible poids a peu varié au cours des trois dernières décennies.

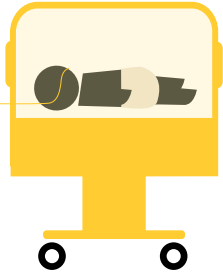
Proportion de naissances de faible poids en Estrie



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



Le lien entre le type de naissance et le faible poids à la naissance



La proportion de naissances de faible poids est d'un peu moins de **5 %** lors d'une naissance simple. Toutefois, les naissances de faible poids sont beaucoup plus fréquentes lors de naissances multiples, avec généralement un peu plus de la moitié des jumeaux ayant un faible poids.

Source : Institut de la statistique du Québec.

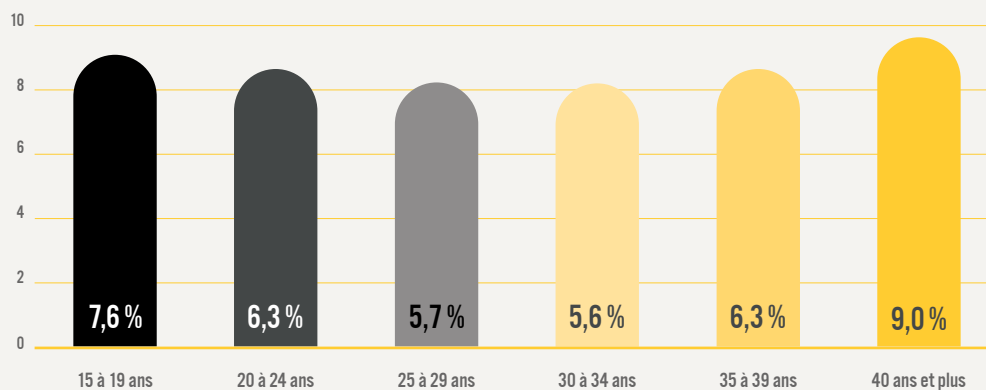
Note : Tous les enfants nés lors d'un même accouchement sont désignés « jumeaux », y compris les triplés, les quadruplés, etc. Dans la vaste majorité des cas, les jumeaux sont issus de grossesses impliquant deux bébés.

Le lien entre l'âge de la mère et le faible poids à la naissance



La proportion la plus élevée de naissances de faible poids est chez les femmes **âgées de 40 ans et plus**, soit autour de 9 % des naissances. La proportion est aussi un peu plus élevée chez les mères de moins de 20 ans.

Proportion de naissances de faible poids selon le groupe d'âge de la mère, moyenne de 2016 à 2018



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

Âge de la mère à la naissance

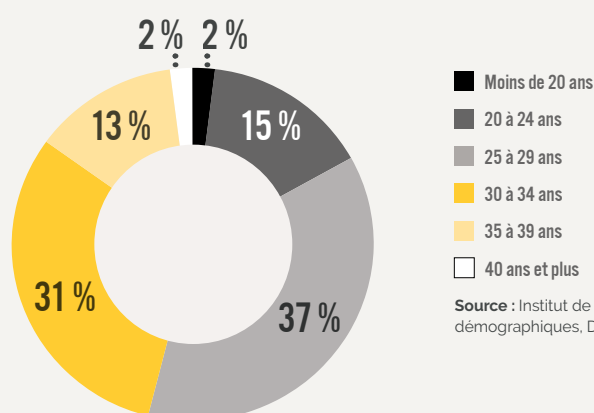


L'âge de la mère compte parmi les facteurs sociodémographiques les plus souvent associés à la prématurité. Le risque de naissances prématurées est en effet plus élevé chez les adolescentes de moins de 18 ans et chez les femmes de plus de 40 ans^{66,67}.

D'un point de vue physiologique, les jeunes mères risqueraient plus de vivre des complications durant la grossesse⁶⁸. D'un point de vue social, des recherches montrent que les mères adolescentes atteignent des niveaux de scolarité moins élevés que les adolescentes sans enfant. Elles sont aussi plus nombreuses en proportion à dépendre de l'aide financière de l'État pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants.

Les femmes enceintes plus âgées, quant à elles, risquent plus de vivre des anomalies congénitales et des problèmes de santé physique tels que l'hypertension et le diabète de grossesse⁶⁹.

Répartition des naissances selon l'âge de la mère en Estrie en 2020



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

Comment la situation a-t-elle évolué depuis 10 ans ?

En 2010, des 3 386 naissances enregistrées en Estrie, 3,5 % étaient issues de mères âgées de moins de 20 ans, 9,3 % de mères de 35 à 39 ans et 1,8 % de mères de 40 ans ou plus.

En 2020, des 2 987 bébés nés en Estrie* :

1,9 %
avaient une mère
âgée de moins
de 20 ans

12,9 %
avaient une mère
de 35 à 39 ans

2,4 %
avaient une mère
de 40 ans et plus



* Données provisoires.

Bébés mort-nés



La mortinatalité (bébés mort-nés) concerne les décès de fœtus ayant un poids à la naissance de 500 g ou plus ou un âge gestationnel de 20 semaines ou plus. Il existe de nombreuses causes à la mortinatalité, bien que la moitié des décès demeure inexpliquée. L'absence de suivi ou un suivi médical inadéquat pendant la grossesse augmenteraient les risques de mortinatalité⁷⁰.



2,8 / 1 000

**Pour la période 2015-2019*,
le taux de bébés mort-nés dans
la région était d'un peu moins
de 3 pour 1 000 naissances.**

En Estrie, entre 2008-2012 et 2015-2019, le taux de mortinatalité** est demeuré relativement stable, fluctuant entre 2,6 et 3,6 pour 1 000 naissances.

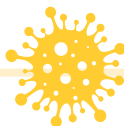
Source : Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.

* Les données régionales les plus récentes sont celles de 2015-2019. Les données 2020 provisoires sont seulement disponibles à l'échelle provinciale.

** Le taux de mortinatalité est le nombre de mortinaissances divisé par le total des naissances et des mortinaissances multiplié par 1 000.

Au Québec, jusqu'en octobre 2019, seuls les décès intra-utérins de fœtus de 500 grammes ou plus étaient enregistrés comme une mortinaissance.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, tous les pays devraient se fixer comme objectif de diminuer le taux de mortinatalité à moins de **10 décès pour 1 000 naissances** d'ici 2035⁷¹. Le Québec fait donc bonne figure sur cet aspect.



Un lien a été établi entre la pandémie de COVID-19 et l'augmentation des risques de bébés mort-nés. Une association a aussi été établie entre la hausse des risques de mortalité maternelle et de rupture de grossesses ectopiques (lorsque l'implantation du fœtus a lieu en dehors de l'utérus, ce qui risque de causer de graves hémorragies, parfois même mortelles)⁷². Parmi les facteurs explicatifs possibles, en plus des effets directs du virus, les études soulignent la diminution des consultations à l'urgence pour des raisons obstétricales ainsi que la diminution des visites prénatales de routine. Les politiques de confinement ainsi que l'anxiété liée aux craintes d'être infectées par la COVID-19 à l'hôpital peuvent expliquer pourquoi les femmes enceintes ont eu moins recours aux urgences et aux suivis de routine durant la pandémie⁷³.

ALLAITEMENT

Initiation de l'allaitement



L'allaitement constitue un facteur de protection important pour la santé du bébé et celle de l'adulte qu'il deviendra. Le lait maternel permet, en effet, de fournir tous les éléments nutritifs dont le bébé a besoin pour bien se développer. Il le protège également contre plusieurs types d'infections (ex. : otites, pneumonies, gastroentérites)⁷⁴.

De plus, les études démontrent que l'allaitement diminue le risque de mort subite du nourrisson et de certaines maladies chroniques (maladie coéliquue, maladies inflammatoires de l'intestin, obésité et diabète)⁷⁵.

Chez la mère, l'allaitement aide l'utérus à reprendre sa taille initiale, diminue les saignements, retarde le retour des menstruations et favorise la perte de poids. Il diminue aussi les risques de cancer du sein, des ovaires et de l'endomètre⁷⁶.



Selon les données de 2017-2018, environ **90,1 %** des mères en Estrie* ont allaité ou tenté d'allaiter leur dernier enfant. Cette proportion était de 84,1% en 2000-2001.

* Il s'agit des femmes de 15 à 55 ans ayant donné naissance à un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête.

Note : Cette donnée est celle de la région sociosanitaire.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2017-2018, fichier de partage, adapté par l'Institut de la statistique du Québec. Cela ne constitue pas une approbation de ce produit par Statistique Canada.

Notes méthodologiques

En raison de changements méthodologiques résultant du remaniement de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, il n'est pas conseillé de comparer les données de 2015-2016 et de 2017-2018 aux données des cycles antérieurs de cette enquête.

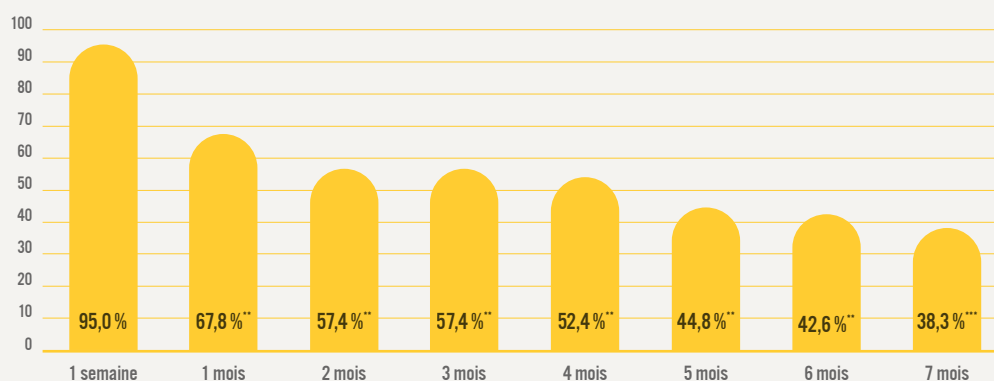
Durée de l'allaitement



Cependant, selon les données de 2017-2018, la proportion de mères qui allaitent leur bébé diminue pendant la première année de vie de l'enfant.

Malgré le fait qu'une proportion importante de mères ont allaité ou tenté d'allaiter leur dernier enfant en Estrie, plusieurs d'entre elles cessent l'allaitement dans les premiers mois. En effet, 95,0 % des mères qui ont entrepris l'allaitement allaitaient leur enfant à 1 semaine de vie, mais cette proportion baissait à 67,8 % à 1 mois et à 42,6 % à 6 mois.

Proportion de mères¹ qui allaitaient à différents âges de l'enfant, parmi celles qui ont allaité ou tenté d'allaiter en Estrie en 2017-2018*



¹ Il s'agit des femmes de 15 à 55 ans ayant donné naissance à un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête.

* Parmi les mères qui avaient cessé d'allaiter leur enfant au moment de l'enquête.

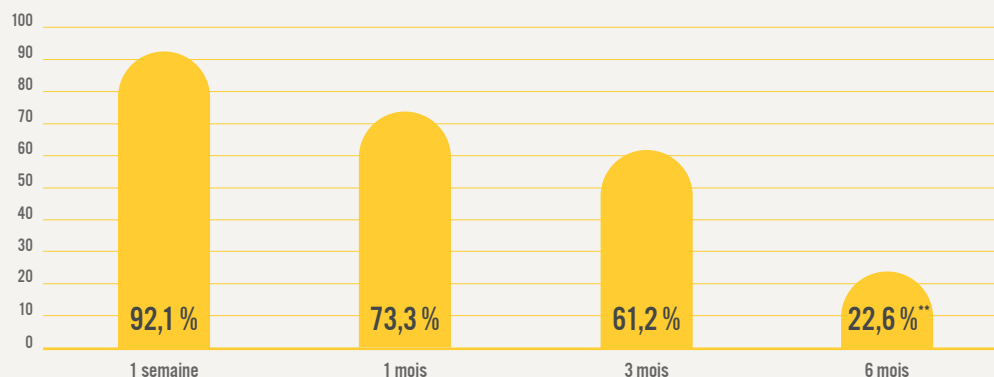
** Coefficient de variation compris entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

*** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Note : Ces données sont celles de la région sociosanitaire.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2017-2018, fichier de partage, adapté par l'Institut de la statistique du Québec. Cela ne constitue pas une approbation de ce produit par Statistique Canada.

Proportion de mères¹ qui ont allaité exclusivement à différents âges de l'enfant, parmi celles qui ont allaité ou tenté d'allaiter* en Estrie en 2017-2018



¹ Il s'agit des femmes de 15 à 55 ans ayant donné naissance à un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête.

* Parmi les mères qui, au moment de l'enquête, avaient ajouté d'autres liquides ou des aliments solides.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

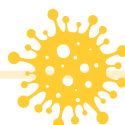
Note : Ces données sont celles de la région sociosanitaire.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2017-2018, fichier de partage, adapté par l'Institut de la statistique du Québec. Cela ne constitue pas une approbation de ce produit par Statistique Canada.



En 2017-2018, parmi les mères qui avaient allaité et qui avaient introduit d'autres liquides ou des aliments solides dans l'alimentation de leur enfant, 77,4 % l'avaient fait avant 6 mois.

L'Organisation mondiale de la santé recommande de nourrir les bébés exclusivement avec du lait maternel pendant les 6 premiers mois de leur vie. La Société canadienne de pédiatrie rappelle toutefois que d'autres facteurs que l'âge sont également importants (tels que les signes de maturité du nourrisson) afin de déterminer le bon moment pour introduire d'autres aliments⁷⁷. Après l'introduction des aliments solides, l'allaitement peut ensuite se poursuivre jusqu'à 2 ans et au-delà⁷⁸.

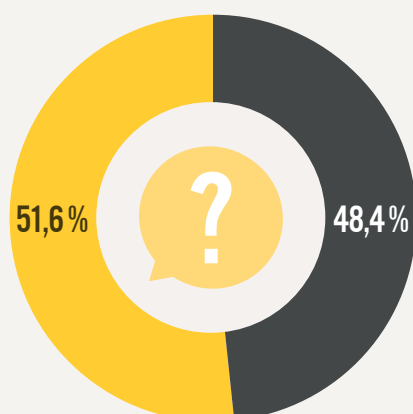


Aucun virus viable de la COVID-19 (donc posant un risque de contagion) n'a été détecté dans le lait maternel. Les anticorps de la mère contre le virus se retrouvent dans le lait maternel et peuvent ainsi protéger le bébé de la COVID-19⁷⁹.

Utilisation des services de soutien à l'allaitement

Dans la région, comme ailleurs au Québec, en plus des mesures mises en place dans les établissements qui ont la certification « Amis des bébés », divers services de soutien à l'allaitement sont offerts aux mères : groupes d'entraide en allaitement, cliniques d'allaitement, haltes-allaitement et consultantes en lactation.

Pourcentage de mères* ayant utilisé des services de soutien à l'allaitement en Estrie, 2015



A utilisé des services de soutien à l'allaitement



N'a pas utilisé des services de soutien à l'allaitement

* Plus précisément, il s'agit de l'ensemble des mères d'enfants de 0 à 5 ans à l'exception de celles ayant expliqué n'avoir pas eu recours à des services de soutien à l'allaitement parce qu'elles n'avaient pas allaité.

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



Ensemble du Québec

Les mères ayant allaité et vivant dans un ménage à faible revenu sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas avoir utilisé de services de soutien à l'allaitement, soit 40 % comparativement à 56 % dans les autres ménages. Par ailleurs, les statistiques indiquent que plus les mères qui allaitent sont scolarisées, plus elles sont susceptibles d'avoir utilisé des services de soutien à l'allaitement⁸⁰.



63 % des mères n'ont pas utilisé de services de soutien à l'allaitement parce qu'elles n'en ont pas eu besoin et environ **10 %** parce qu'elles ne les connaissaient pas⁸¹.

LA GROSSESSE, LA NAISSANCE ET L'ALLAITEMENT EN BREF

En Estrie, certains éléments de la situation des tout-petits sont demeurés stables ou se sont améliorés.



— **Le taux de retards de croissance intra-utérins a diminué** depuis le début des années 1980.



— **Le taux de mortinatalité est demeuré relativement stable, entre 2008-2012 et 2015-2019**, fluctuant entre 2,6 et 3,6 pour 1 000 naissances. La région fait bonne figure sur cet aspect puisque le taux (2,8 pour 1 000 naissances) est bien inférieur à la cible fixée par l'OMS (10 pour 1 000 naissances).



— En 2017-2018, la grande majorité des mères (environ 9 mères sur 10) ont allaité ou tenté d'allaiter leur enfant.



— En 2015, 66,2% des parents d'enfants de 0 à 5 ans ont participé à des rencontres prénatales, ce qui est supérieur au reste du Québec.

Les données internationales dont nous disposons indiquent également que le virus de la COVID-19 touche peu les nouveau-nés.



— Le risque de transmission de la COVID-19 de la femme enceinte vers le nouveau-né est faible, soit entre 1,5% et 5%. Cette proportion inclut les nouveau-nés asymptomatiques ou qui ont peu de symptômes.



— Aucun virus de la COVID-19 pouvant transmettre la maladie n'a été détecté dans le lait maternel.

Certains éléments demeurent préoccupants pour l'ensemble du Québec :



En 2018, pour l'ensemble du Québec, **10,9 % des mères d'enfants de 6 mois à 5 ans avaient été victimes de violence conjugale** durant la période périnatale.



Pendant la pandémie de COVID-19, une **augmentation substantielle de la violence conjugale** a été observée dans plusieurs pays, ainsi qu'au Québec. Pour l'instant, nous ne disposons toutefois pas de données sur les femmes enceintes en ayant subi.

Certains éléments sont préoccupants pour la région :



De 1997 à 2019, le **taux de prématurité** (bébés nés avant 37 semaines de grossesse) **fluctue autour de 7 %**. La proportion de naissances prématurées est de 7,7 % en 2019.



Le **taux d'accouchements par césarienne a augmenté de façon générale, malgré quelques fluctuations dans le temps, passant de 15,1 % en 2002-2003 à 22,8 % en 2019-2020**. Bien qu'inférieur à celui de l'ensemble du Québec, ce taux est supérieur au taux idéal recommandé par l'OMS (10 à 15 %).



Malgré le fait qu'une proportion importante de mères ont allaité ou tenté d'allaiter leur dernier enfant, **plusieurs d'entre elles cessent l'allaitement dans les premiers mois**. En effet, 95,0 % des mères qui ont entrepris l'allaitement allaient leur enfant à 1 semaine de vie, mais cette proportion baissait à 67,8 % à 1 mois et à 42,6 % à 6 mois.

GROSSESSE, NAISSANCE, ET ALLAITEMENT

Il est possible d'agir

Nous disposons de leviers collectifs pour agir sur les conditions dans lesquelles se déroulent la grossesse et la naissance 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 exemples :

- > Les mesures visant à améliorer les conditions de vie des femmes enceintes issues de milieux socioéconomiques défavorisés et à leur offrir du soutien (ex. : suivi Olo⁸², modèle en périnatalité sociale de la Maison Bleue⁸³, programme SIPPE⁸⁴, suivi du Dispensaire diététique de Montréal⁸⁵) ont bien démontré leurs effets positifs sur la santé du bébé à naître, tant sur le poids à la naissance que sur les taux de prématurité et d'allaitement. Après la naissance de l'enfant, des programmes comme L'Envol⁸⁶ permettent d'offrir un logement subventionné à de jeunes mères vivant seules avec leurs enfants et qui entreprennent ou poursuivent un projet scolaire ou professionnel.
- > Pour mieux rejoindre les tout-petits vulnérables, il est important d'entrer en contact avec leur famille dès la grossesse. La mise en place d'un avis de grossesse permet au médecin traitant ou à la sage-femme d'orienter systématiquement une femme enceinte vers l'établissement de santé de son territoire où elle pourra avoir accès à certains services prénataux⁸⁷. L'avis de grossesse a eu un effet positif sur le nombre de femmes rejointes par les suivis Olo et SIPPE permettant ainsi d'assurer un suivi personnalisé à chaque enfant jusqu'à l'entrée à l'école, en intensifiant l'accompagnement pour les familles vulnérables. **L'avis de grossesse vient d'être généralisé à l'ensemble de la province, avec le déploiement en mars 2022 du programme Ma grossesse. Les femmes enceintes peuvent maintenant compléter un formulaire d'avis de grossesse pour accéder à l'information et aux professionnels dont elles ont besoin durant leur grossesse⁸⁸.**
- > L'étude QUARISMA réalisée dans 32 hôpitaux québécois entre 2008 et 2011 a démontré que la formation des professionnels qui pratiquent des accouchements et l'autoévaluation de la pratique clinique étaient efficaces pour réduire les taux de césariennes de façon sécuritaire⁸⁹. Par ailleurs, selon un rapport produit par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), un accompagnement individuel de la mère pendant le travail et l'accouchement constitue un levier pour réduire efficacement les interventions obstétricales dans leur ensemble, ce qui contribue aussi à une meilleure réussite de l'allaitement⁹⁰.

- La possibilité d'avoir un suivi avec une sage-femme permet aux femmes ayant une grossesse évoluant normalement d'être soutenues dans le vécu d'un accouchement physiologique, ce qui permettrait de diminuer le nombre et le type d'interventions⁹¹. **La Maison de naissance de l'Estrie, située à Sherbrooke, a été l'une des premières maisons de naissance au Québec, dans le cadre des projets pilotes qui ont encadré la légalisation de la profession en 1994. Un point de service a été ajouté à Granby en 2016⁹².**
- Faire en sorte que les femmes se sentent à l'aise d'allaiter dans l'espace public est une bonne façon de les soutenir⁹³. Les municipalités peuvent y contribuer en prenant une résolution en ce sens⁹⁴. La valorisation et le soutien des groupes d'entraide en allaitement sur un territoire contribuent également à faire connaître l'ampleur des ressources communautaires en allaitement. Enfin, mettre en place une route du lait où un ensemble de commerçants et d'organismes encouragent et appuient l'allaitement dans les lieux publics contribue à normaliser le geste dans la population⁹⁵. **La région de l'Estrie a d'ailleurs sa propre route du lait⁹⁶.**
- Un soutien approprié peut prévenir un grand nombre des difficultés liées à l'allaitement, permet d'agir rapidement (par exemple avant que la douleur ne s'installe) et contribue à rendre l'expérience d'allaitement positive⁹⁷. Parmi leurs recommandations, les mères québécoises ont souligné l'importance d'uniformiser l'information transmise par les professionnels rencontrés au lieu de naissance⁹⁸. Le rehaussement et l'harmonisation de la formation initiale en allaitement contribuent au renforcement des compétences des professionnels et permettent un meilleur soutien des femmes qui veulent allaiter⁹⁹.

Certaines de ces mesures sont déjà en place en Estrie et 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.

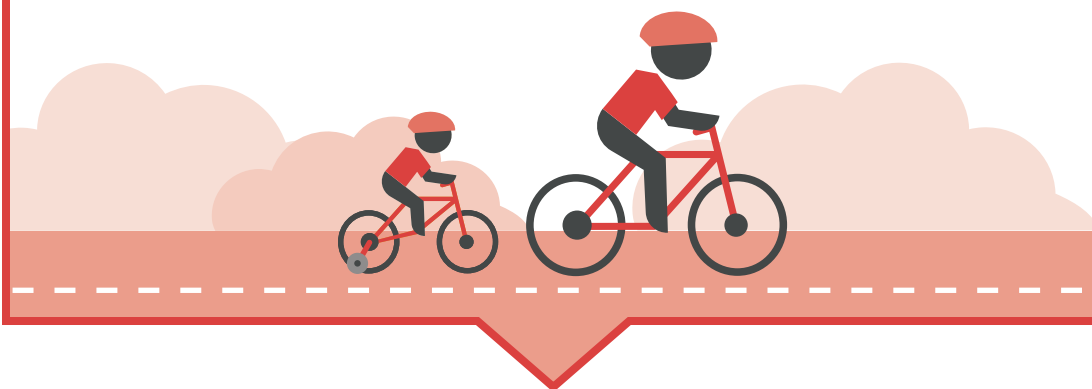


LA SANTÉ PHYSIQUE



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 leur développement et à leur 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 émotionnelle¹⁰⁰.



Activité physique



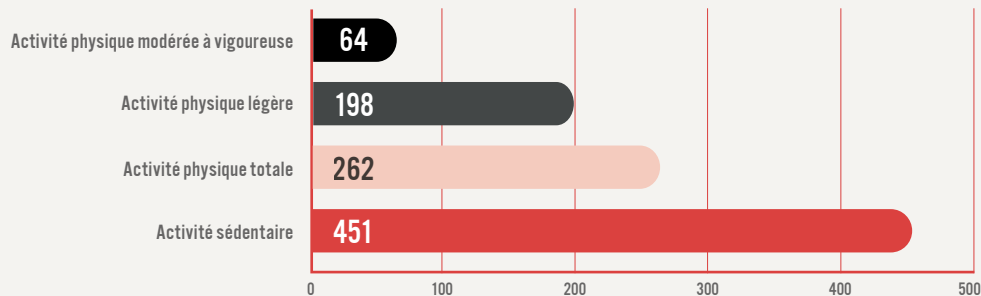
L'acquisition de saines habitudes de vie dès le plus jeune âge peut diminuer certains facteurs de risque de maladies chroniques. En plus de prévenir l'obésité, la pratique de l'activité physique chez les tout-petits favorise le développement des os et des muscles, mais aussi des habiletés motrices et sociales, le développement cognitif et le bien-être émotionnel¹⁰¹.



Ensemble du Québec

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 physique¹⁰².

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.

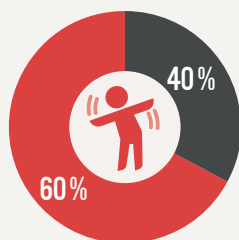
Environ 60 % des enfants âgés de 3 à 5 ans respectaient les directives en matière d'activité physique pour la période 2016-2019. C'est donc dire que 40 % des enfants âgés de 3 à 5 ans ne les respectaient pas, ce qui correspond à environ 71 000 enfants.





Ensemble du Québec

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

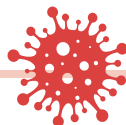
Au moins 180 minutes réparties au cours de la journée d'activités physiques de types et d'intensités variés comprenant du jeu énergétique.

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 énergétique¹⁰³.

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 semaine¹⁰⁴.



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 défavorisés¹⁰⁵.

Temps d'écran



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

- > une **moins bonne motricité** à l'entrée à l'école ;
- > de **faibles habiletés sociales** en raison d'un manque d'interactions ;
- > 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 ;
- > un **mauvais contrôle des émotions** et des comportements ;
- > des **difficultés d'attention** ;
- > des **problèmes de sommeil** ;
- > une **mauvaise estime de soi** ;
- > 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.)¹⁰⁶.



Ensemble du Québec

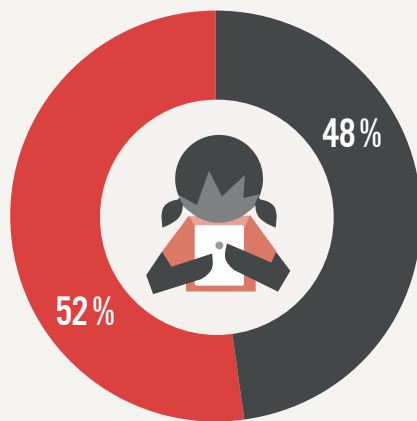


1/2 Un peu moins de la moitié des enfants de 3 à 5 ans respectait les directives en matière de temps consacré à un écran (48 %) en 2016-2019, alors que 52 % ne les respectaient pas. Cela correspondait à environ 92 000 enfants de ce groupe d'âge.



Ensemble du Québec

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

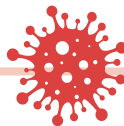
Passer du temps devant un écran n'est pas recommandé.

Pour les enfants de 2 à 4 ans

Le temps sédentaire passé devant un écran devrait être limité à une heure¹⁰⁷.

Pour les enfants de 5 ans

Le temps sédentaire passé devant un écran devrait être limité à deux heures¹⁰⁸.



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 enfants¹⁰⁹.

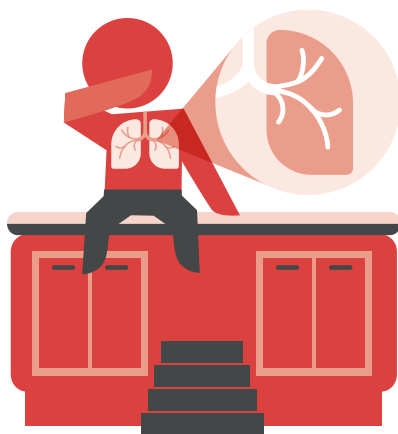
Maladies chroniques et conditions affectant le développement de l'enfant

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 jeunes¹¹⁰. 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 ans¹¹¹.

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 scolarité¹¹².

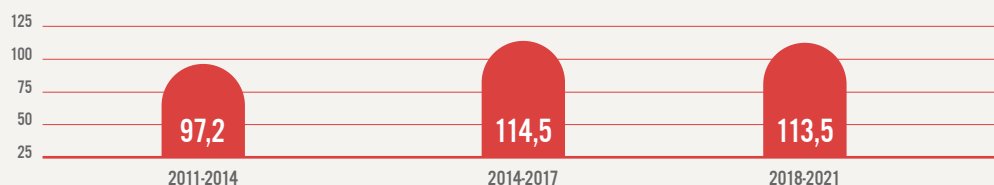


En Estrie, le taux annuel moyen d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour un problème relatif à l'asthme chez les enfants de 0 à 4 ans est resté stable pendant la période d'observation de 2011 à 2021.

De 2011 à 2021, le taux est passé de 97,2 à 113,5 hospitalisations pour 100 000 enfants âgés de 0 à 4 ans. Ce dernier taux est similaire à celui pour l'ensemble du Québec.

Note : Cette donnée est celle de la région sociosanitaire.

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



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ECHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2021; Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, actualisation découpage territorial version M34-2021; Ministère de la Santé et des Services sociaux, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2041 : version septembre 2021), 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 24 mars 2022.



Ensemble du Québec

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 ans¹¹³.

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'épilepsie¹¹⁴.

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 social¹¹⁵.

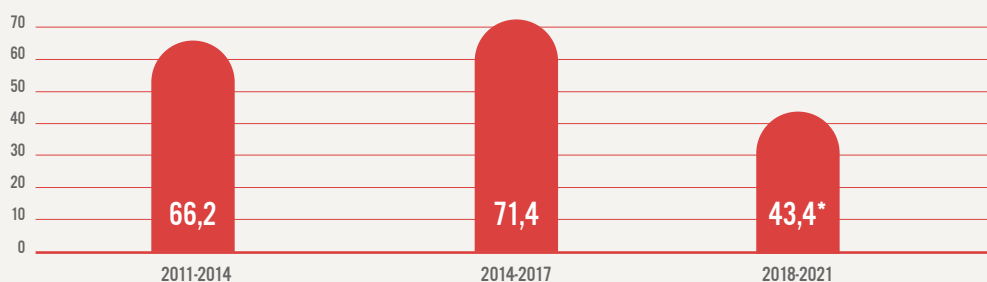


En Estrie, le taux annuel moyen d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'épilepsie chez les enfants de 0 à 4 ans est demeuré stable au cours de la période d'observation de 2011 à 2021.

Pour la période de 2018-2021, le taux annuel moyen se situait à 43,4 hospitalisations pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans.

Note : Cette donnée est celle de la région sociosanitaire.

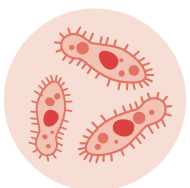
Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'épilepsie en Estrie (pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans)



* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ECHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2021; Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, actualisation découpage territorial version M34-2021; Ministère de la Santé et des Services sociaux, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2041 : version septembre 2021), 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 24 mars 2022.

Maladies infectieuses

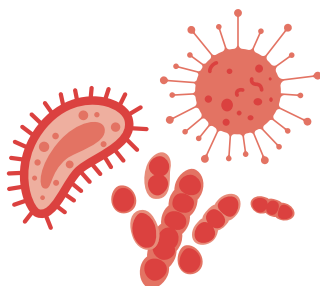


Les maladies infectieuses regroupent toutes les maladies provoquées par la transmission d'un agent pathogène tel que les bactéries, les virus, les parasites, les prions et les champignons¹¹⁶.



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'enfant¹¹⁷.

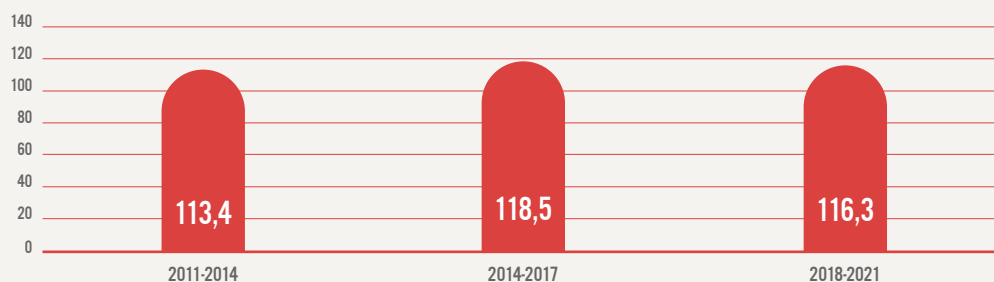
Influenza



En Estrie, le taux annuel moyen d'hospitalisation pour l'influenza (grippe) est resté stable lors des trois dernières périodes d'observation. En effet, il était de 113,4 hospitalisations pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans pendant la période 2011-2014 et de **116,3 hospitalisations pendant la période 2018-2021**. Le taux annuel moyen d'hospitalisation dans la dernière période est similaire à celui pour l'ensemble du Québec.

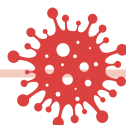
Note : Cette donnée est celle de la région sociosanitaire.

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

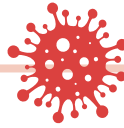


Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ECHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2021; Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, actualisation découpage territorial version M34-2021; Ministère de la Santé et des Services sociaux, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2041 : version septembre 2021), 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 24 mars 2022.

COVID-19



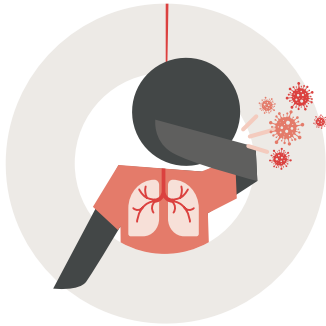
Bien que l'incidence cumulative chez les jeunes soit en constante augmentation, les risques d'hospitalisation ou de décès restent très faibles parmi les jeunes de moins de 18 ans atteints de la COVID-19¹¹⁸.



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 adultes¹¹⁹.

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'influenza¹²⁰ et ils sont nettement plus faibles que ceux liés au virus respiratoire syncytial (VRS)¹²¹. En date de la mi-mars 2022, deux décès* en raison de la COVID-19 ont été recensés au Québec chez ce groupe d'âge, avec un total de quatre décès parmi les moins de 18 ans^{122,123}.



**Les 0 à 19 ans représentent
3,5 % des hospitalisations
liées à la COVID-19
au Québec, ce qui en fait le
groupe d'âge avec le plus faible
taux d'hospitalisation¹²⁴.**

Le syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant (SIME) est une maladie rare, mais grave, qui serait associée à une récente infection par le virus de la COVID-19. Elle toucherait de 0,5 % à 3,1 % des enfants atteints d'une infection diagnostiquée¹²⁵. 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 prospective¹²⁶ 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 mois¹²⁷.

* Une différence entre cette donnée et celle inscrite dans la base de données de l'Institut national de santé publique serait due au fait que les hôpitaux n'auraient pas encore codifié la cause de décès comme étant la COVID-19.



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 séro groupe C, la rougeole, la rubéole et la rubéole congénitale.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Bureau de surveillance et de vigilance de la Direction générale adjointe de la protection de la santé publique (DGAPSP), à partir des rapports produits par l'Infocentre de l'Institut national de santé publique du Québec, extraction du fichier MADO du 28 novembre 2018.

Immunisation

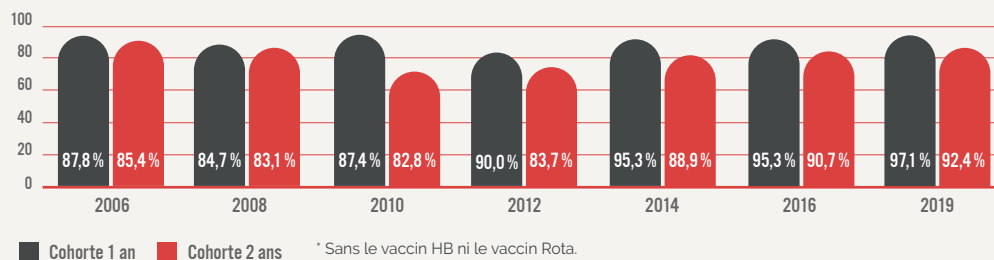
En 2019, presque tous les enfants de 1 an (97 %) avaient reçu tous les vaccins recommandés pour la première année de vie.



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.

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.

Proportion des enfants ayant reçu tous les vaccins recommandés*



* Sans le vaccin HB ni le vaccin Rota.

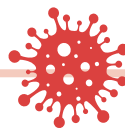
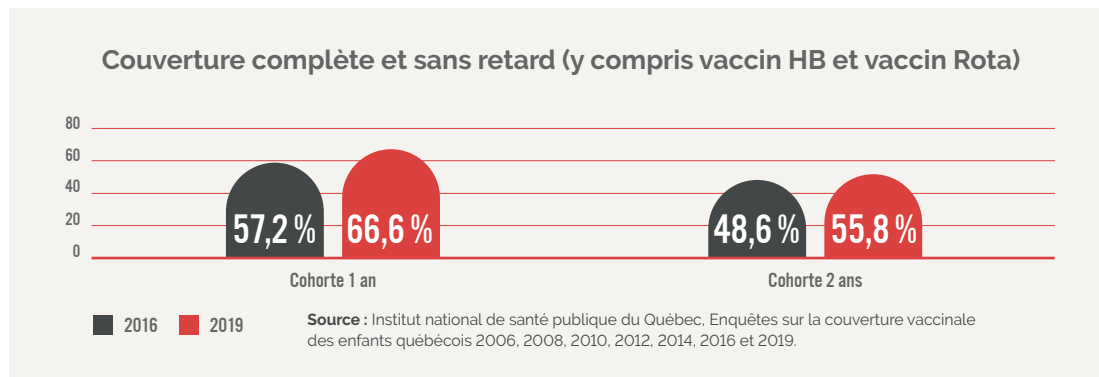
Source : Institut national de santé publique du Québec, Enquêtes sur la couverture vaccinale des enfants québécois 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 et 2019.



Ensemble du Québec

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 enfants¹²⁸.

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. Le fabricant américain de médicaments Pfizer fait des essais cliniques chez les enfants de 6 mois à 5 ans, alors que le fabricant de médicaments Moderna se penche sur les enfants de 6 mois à 6 ans. La vaccination pour ce groupe d'âge pourrait débuter au printemps 2022, à la suite de son approbation par Santé Canada et par le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ)^{129,130}.

Le 19 novembre, Santé Canada a autorisé le vaccin Pfizer contre la COVID-19 pour les enfants de 5 à 11 ans, dans une formulation pédiatrique. Le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) recommande que la vaccination soit offerte aux enfants de ce groupe d'âge, en prenant en compte les avantages et les risques individuels. La campagne de vaccination pour les enfants de 5 à 11 ans a commencé le 24 novembre 2021. En date du 21 février, 61,7 % des enfants de 5 à 11 ans avaient reçu une première dose du vaccin, alors que 41,0 % étaient considérés comme adéquatement vaccinés¹³¹.

Blessures non intentionnelles

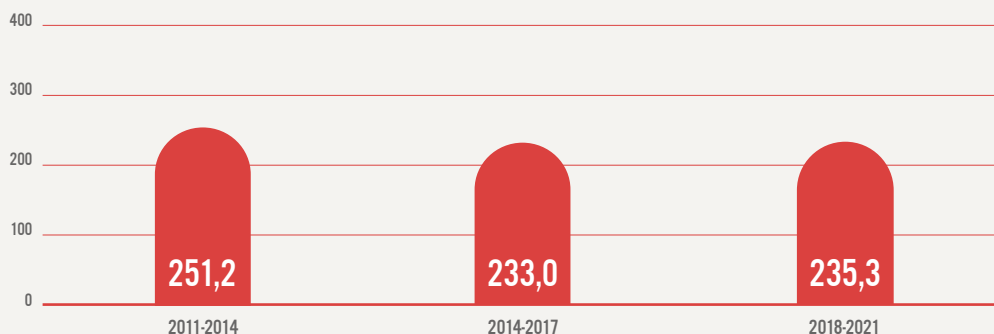


Les traumatismes physiques non intentionnels sont la cause principale de décès chez les enfants de 1 à 4 ans¹³². Une portion importante de ces traumatismes présente un niveau de sévérité suffisamment élevé pour justifier une hospitalisation. Les blessures causant la mort ou nécessitant une hospitalisation 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 noyade¹³³. Les blessures non intentionnelles peuvent nuire au fonctionnement moteur et causer des incapacités permanentes¹³⁴. Le taux d'hospitalisation est plus grand chez les enfants de milieux défavorisés¹³⁵.

En Estrie, le taux annuel moyen d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels a peu varié lors des trois dernières périodes d'observation. **En 2018-2021, il se situe à 235,3 hospitalisations pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans, ce qui est inférieur au taux pour l'ensemble du Québec.**

Note : Cette donnée est celle de la région sociosanitaire.

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

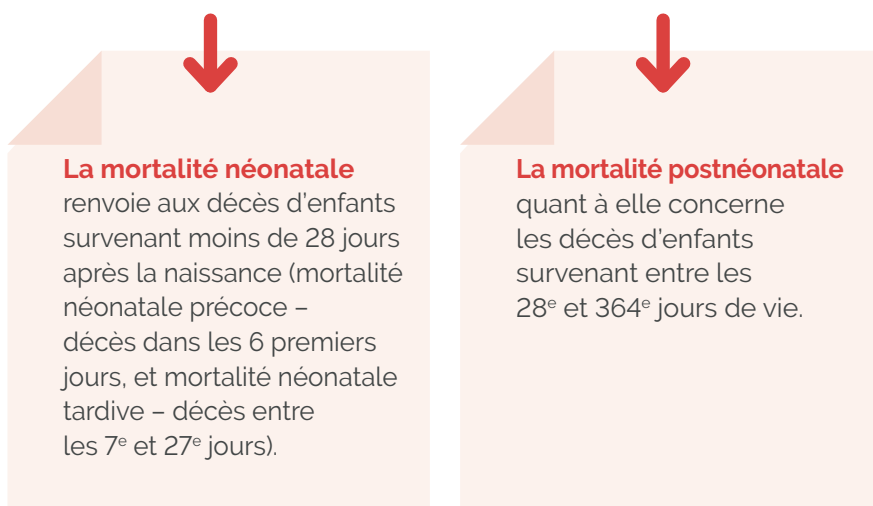


Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ECHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2021; Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, actualisation découpage territorial version M34-2021; Ministère de la Santé et des Services sociaux, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2041 : version septembre 2021), 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 24 mars 2022.

Mortalité

Mortalité infantile

La mortalité infantile a trait aux décès d'enfants, nés vivants, de moins de 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.¹³⁶.



En Estrie, pour la période 2014-2018*, le taux de mortalité infantile avant le premier anniversaire de l'enfant était de 4,4 % enfants pour 1 000 naissances vivantes.

De 1996-2000 à 2001-2005, on note une légère fluctuation à la hausse du taux de mortalité infantile suivie d'une légère tendance à la baisse jusqu'en 2007-2011. Puis le taux est demeuré relativement stable depuis 2008-2012, fluctuant autour de 4 décès pour 1 000 enfants.

* Les données régionales les plus récentes sont celles de 2014-2018. Les données 2020 sont seulement disponibles à l'échelle provinciale.

Taux de mortalité infantile en Estrie (pour 1 000 naissances)

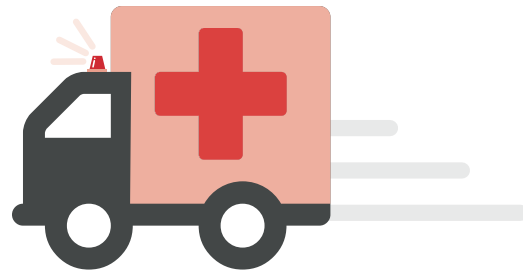


Source : Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.

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 enfants¹³⁷.

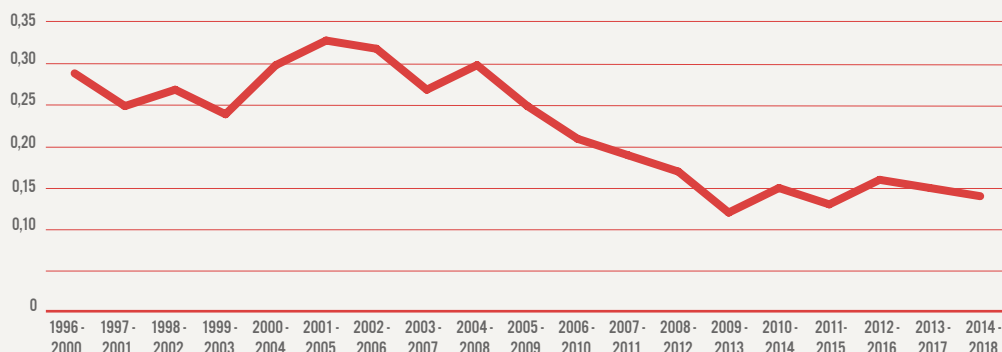
En Estrie, pour la période 2014-2018*, le taux de mortalité juvénile était de 0,1 enfant sur 1 000*.



De 1997-2001 à 2005-2009, le taux de mortalité juvénile est demeuré globalement en dessous de 0,3 décès pour 1000 enfants. Depuis 2006-2010, le taux est relativement stable, et se situe autour de 0,3 décès pour 1 000 enfants (2 décès pour 10 000).

* Les données régionales les plus récentes sont celles de 2014-2018. Les données 2020 sont seulement disponibles à l'échelle provinciale.

Taux de mortalité juvénile en Estrie (pour 1 000 enfants)

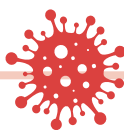


Source : Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.

Accès aux soins de santé

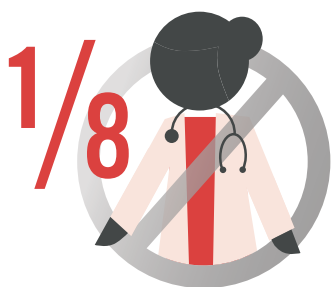


L'accès aux services de santé pendant la grossesse peut réduire les risques de naissances de faible poids et de mortalité infantile. Le suivi médical permet aussi de prévenir les maladies, les handicaps et les blessures chez les tout-petits¹³⁸. Le médecin peut alors évaluer la croissance, la motricité et les habitudes de vie. Il peut aussi faire des tests pour dépister différents problèmes de santé. Les rendez-vous de suivi sont également l'occasion de vacciner l'enfant et d'informer les parents sur son développement¹³⁹. Les enfants sans suivi médical ou avec un suivi incomplet ou inadéquat se présentent plus souvent aux urgences et sont plus souvent hospitalisés¹⁴⁰.



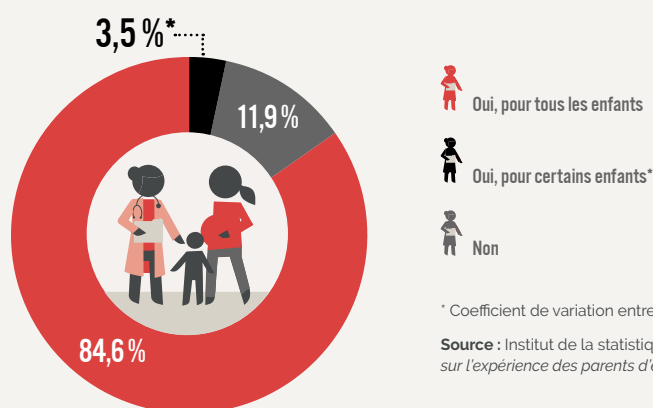
Une diminution importante du recours aux soins de santé en pédiatrie a été observée durant les premiers mois de la pandémie, et ce, tant pour les visites à l'urgence, les hospitalisations et les suivis médicaux que les suivis en consultations externes. Cette réduction du recours aux soins de santé est observée principalement pendant les périodes de confinement, au cours desquelles les parents évitaient de se rendre à l'hôpital¹⁴¹. 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 nantis¹⁴².

Médecin de famille ou pédiatre



En 2015, environ 84,6 % des familles de la région avaient un médecin de famille ou un pédiatre pour tous leurs enfants de 0 à 5 ans, alors qu'environ 3,5 % des familles indiquaient en avoir pour certains de leurs enfants de moins de 5 ans seulement. Dans la région, près de **1 famille sur 8 (11,9 %) a déclaré ne pas avoir de médecin de famille ou de pédiatre** pour ses enfants de 0 à 5 ans. Cette proportion est plus élevée que dans le reste du Québec.

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



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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



Ensemble du Québec

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 semaines¹⁴³. 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 santé¹⁴⁴.



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 buccodentaire¹⁴⁵. La carie dentaire, en perturbant l'alimentation et le sommeil des jeunes enfants, peut ainsi nuire à leur croissance et à leur gain de poids¹⁴⁶. La carie dentaire a des répercussions sur la santé physique puisqu'elle peut causer de la douleur et la perte prématurée de certaines dents¹⁴⁷.

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 vie¹⁴⁸.



En Estrie, en 2020, 6 806 enfants âgés de 0 à 5 ans ont consulté un dentiste pour un examen dans le cadre du programme de soins dentaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), ce qui correspond à un peu plus de **1/3 des enfants de 0 à 5 ans (35,7%).**

Note : Cette donnée est celle de la région sociosanitaire.

Ce taux est supérieur à ceux de 2016 et de 2006 (respectivement de 30,1% et de 26,8% des enfants de 0 à 5 ans). Il est également supérieur à celui de l'ensemble du Québec.

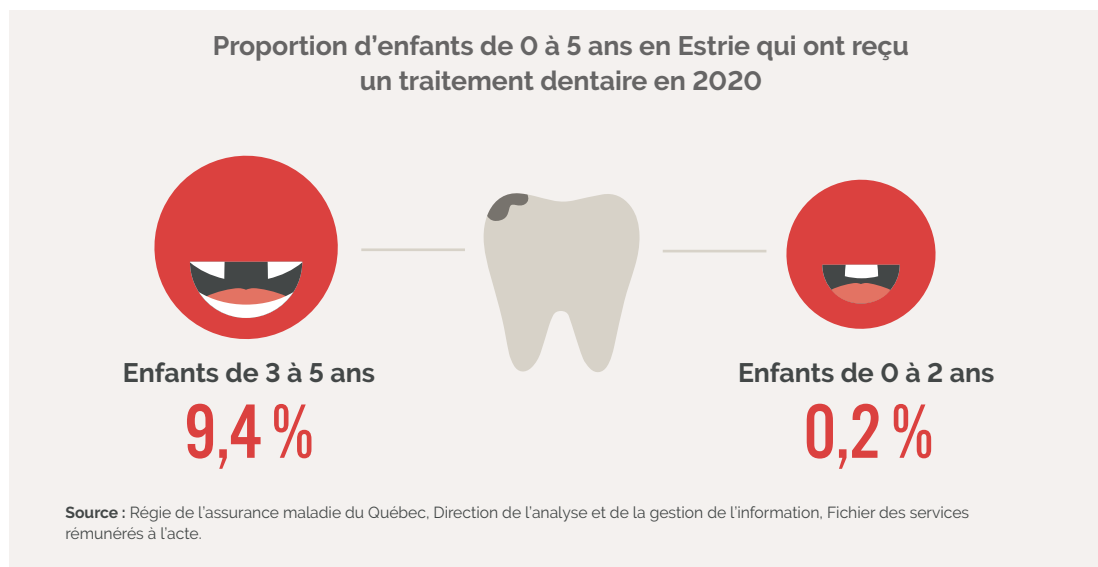
En 2020, parmi les enfants de 0 à 5 ans ayant consulté un dentiste pour un examen, les plus âgés (3 à 5 ans) étaient plus nombreux comparativement aux plus jeunes (0 à 2 ans) (respectivement 92,3% et 7,7%).

*** Note méthodologique :** Cette interprétation n'est pas basée sur la méthode des intervalles de confiance, mais estimée à partir d'un critère arbitraire de 3%.

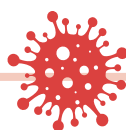
Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, Direction de l'analyse et de la gestion de l'information, Fichier des services rémunérés à l'acte 2020.

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. La région de l'Estrie a des taux de traitements dentaires chez les enfants de 0 à 5 ans plus élevés que dans l'ensemble du Québec*.

* **Note méthodologique** : Cette interprétation n'est pas basée sur la méthode des intervalles de confiance, mais estimée à partir d'un critère arbitraire de 0,6%.



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 de 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 adultes¹⁴⁹.

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 maison¹⁵⁰.

LA SANTÉ PHYSIQUE EN BREF

Les tout-petits de l'ensemble du Québec 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.

La COVID-19 semblerait entraîner des conséquences moins graves pour les enfants et les jeunes que pour les autres groupes d'âge.



Les 0 à 19 ans représentent 3,5 % des hospitalisations en raison de la COVID-19, ce qui en fait le groupe d'âge avec le plus faible taux d'hospitalisation.

En date de mars 2022, deux décès en raison de la COVID-19 ont été recensés au Québec chez les enfants de 0 à 5 ans.

Il y a également de bonnes nouvelles régionales.



Le taux annuel moyen d'hospitalisation pour blessures non intentionnelles chez les enfants de 0 à 4 ans est moins élevé que dans l'ensemble du Québec.



La proportion d'enfants de 0 à 5 ans ayant consulté un dentiste pour un examen dans le cadre du programme de soins dentaires de la RAMQ est plus élevée que celle de l'ensemble du Québec.

Certains éléments demeurent préoccupants pour l'ensemble du Québec.



Pour l'ensemble du Québec, un peu plus de la moitié (52 %) des enfants de 3 à 5 ans ne respectait pas les recommandations 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 recommandations en matière d'activité physique durant la période de 2016 à 2019 pour l'ensemble de la province.



— **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.

Et certains éléments sont préoccupants pour la région.



— Comparativement au reste du Québec, en 2015, la région a une proportion plus élevée de familles qui ont déclaré ne pas avoir de médecin de famille ou de pédiatre pour leurs enfants de 0 à 5 ans, avec près de **1 famille sur 8 (11,9%) qui a déclaré ne pas en avoir.**

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 sucrées¹⁵¹ et les aménagements sécuritaires et propices à l'activité physique dans les municipalités¹⁵² favorisent la création d'environnements favorables à la saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif. Plusieurs projets ont été développés par la Table intersectorielle régionale de l'Estrie, le Comité estrien pour des saines habitudes de vie¹⁵³. **La région compte également cinq municipalités qui font partie du réseau Municipalités amies des enfants (MAE) : Austin, Cowansville, Bromont, Granby et Sainte-Cécile-de-Milton¹⁵⁴.**
- 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'enfance¹⁵⁵. La Table intersectorielle régionale est impliquée dans le développement d'une formation sur Gazelle et Potiron pour les responsables d'un service de garde en milieu familial. **La Table soutient également des projets pour développer la motricité chez les tout-petits, ainsi que des projets pour encourager une saine alimentation, tels que Du jardin à mon bedon et Bacs et jardins.**
- 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'enfant¹⁵⁶. 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-petits¹⁵⁷. **La région a plusieurs centres de pédiatrie sociale, tels que le Centre de la Haute-Yamaska, Main dans la Main, le Tandem (Magog et Stanstead)^{158, 159, 160}.**

- Il serait important d'intégrer la prévention aux stratégies de santé infantile pour réduire les blessures non intentionnelles¹⁶¹, comme des campagnes de promotion du port du casque à vélo, par exemple. **Les instances de santé publique de la région de l'Estrie sensibilisent les parents au sujet de l'installation sécuritaire des sièges d'auto pour enfants¹⁶².** De plus, les familles participant au programme SIPPE reçoivent une trousse de prévention des blessures et un accompagnement pour réduire leurs risques. Ce type d'intervention mériterait d'être également proposé à d'autres familles participant à des programmes offerts dans les CLSC de la région.
- 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 vaccination¹⁶³. Il est toutefois essentiel de s'assurer que la vaccination est accessible à tous et que les services offerts permettent de respecter le calendrier habituel¹⁶⁴.
- Les pays qui offrent une couverture universelle des soins dentaires aux enfants obtiennent de meilleurs résultats dans leur lutte contre la carie dentaire¹⁶⁵. 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 offert¹⁶⁶. Pourtant, les soins préventifs jouent un rôle important dans la prévention des maladies buccodentaires¹⁶⁷. Depuis septembre 2020¹⁶⁸, 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 RAMQ¹⁶⁹, 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 2025¹⁷⁰.

Certaines de ces mesures sont déjà en place en Estrie et 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.

LA SANTÉ MENTALE



Mise en contexte

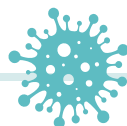
Il est difficile d'estimer le nombre d'enfants qui vivent avec un problème de santé mentale. En effet, les problèmes de santé mentale sont difficiles à détecter chez les tout-petits et peuvent évoluer différemment d'un enfant à l'autre. Les professionnels préfèrent donc être prudents et suivent attentivement l'évolution de la situation avant de poser un diagnostic.

Les problèmes de santé mentale chez les tout-petits sont plus fréquents qu'on ne pourrait le croire. Bien qu'on dispose de peu de données à ce sujet chez les enfants de 5 ans et moins, on estime que leur fréquence serait similaire à celle qu'on observe chez les enfants d'âge scolaire¹⁷¹.

Lorsqu'ils ne sont pas traités, 50 % des problèmes de santé mentale touchant les tout-petits vont perdurer plus tard dans l'enfance¹⁷². Il est donc important de déceler ces problèmes tôt pour pouvoir intervenir rapidement et précocement.

Les interventions pendant la petite enfance seraient d'ailleurs beaucoup plus efficaces que chez les enfants d'âge scolaire, les adolescents et les adultes en raison de la grande plasticité du cerveau des tout-petits¹⁷³.





De manière générale, les enfants sont parmi ceux dont la santé mentale s'est le plus détériorée pendant la pandémie de COVID-19¹⁷⁴. Bien que les données ne soient pas propres aux tout-petits, le contexte pandémique a permis d'observer, selon des études réalisées dans plusieurs pays, une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs, une augmentation des troubles de comportement et des troubles psychosomatiques (c'est-à-dire des troubles physiques dont les causes seraient psychologiques), une diminution des capacités d'attention ainsi qu'une diminution tant de la quantité que de la qualité du sommeil¹⁷⁵. Les études qui ont examiné les effets de la pandémie chez les enfants de 2 à 12 ans rapportent généralement une augmentation des problèmes comportementaux ou émotionnels, tels que l'anxiété, la dépression et les troubles de la conduite¹⁷⁶.

Les jeunes enfants sont susceptibles de vivre des effets négatifs de la pandémie de COVID-19, car ils sont extrêmement sensibles aux éléments stressants de leur environnement. Les effets de la pandémie ont exacerbé le stress et les enjeux de santé mentale des parents, ainsi que la pauvreté, la violence familiale, la toxicomanie, etc.¹⁷⁷. Par exemple, selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021*, parmi les personnes qui se situent au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique, 30 % attribuent complètement ces sentiments à la pandémie. Cette proportion monte à 35 % chez les couples avec des enfants¹⁷⁸.

Plusieurs facteurs semblent avoir contribué à une augmentation du risque de problèmes de santé mentale chez les enfants durant la pandémie, notamment l'isolement social des familles, le stress lié à la pandémie (y compris les pertes d'emploi et les difficultés financières des parents) ainsi que les problèmes d'accès aux ressources en santé mentale¹⁷⁹.

De manière générale, les enfants et les adolescents qui avaient un problème de santé mentale avant la pandémie de COVID-19, tel qu'un trouble psychotique, ont vu leurs symptômes se détériorer pendant la pandémie¹⁸⁰.



Ensemble du Québec

Troubles anxiodépressifs

Alors qu'on croyait que les troubles anxiodépressifs n'existaient pas chez les tout-petits, les études menées dans les dix dernières années démontrent que les jeunes enfants peuvent être touchés notamment par la phobie sociale, l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée et la dépression. Ces conditions sont toutefois difficiles à détecter puisque les jeunes enfants ne maîtrisent pas encore pleinement le langage pour exprimer leurs émotions. Certains facteurs peuvent augmenter le risque qu'un enfant souffre d'un trouble anxiodépressif : un environnement familial difficile, des relations problématiques avec les pairs et le fait de vivre un événement stressant¹⁸¹.

Les principaux troubles anxiodépressifs touchant les tout-petits sont la phobie sociale, l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée et la dépression.



Les troubles anxieux et dépressifs sont associés, plus tard dans la vie de l'enfant, à une grande utilisation des services de santé, à un taux d'absentéisme scolaire plus élevé, au risque de décrochage scolaire et à la présence d'idéation suicidaire. Ces troubles ont aussi des répercussions dans la vie quotidienne, comme des difficultés à aller à la garderie, à socialiser ou à dormir¹⁸².

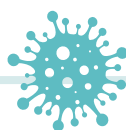


55 enfants de 1 à 4 ans avaient reçu un diagnostic de trouble anxieux ou de symptômes dépressifs en 2019-2020, ce qui représentait 0,3 % de ces tout-petits.

Source : Institut national de santé publique du Québec, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2019-2020.

Note 1 : En 2016, la RAMQ a procédé à la modernisation de son système de facturation des services médicaux rémunérés à l'acte. Le nouveau système a entraîné une diminution de la saisie des codes de diagnostic dans le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte. Par conséquent, les résultats de cet indicateur doivent être interprétés avec prudence à partir de l'année financière 2016-2017. En comparaison avec la tendance historique, une sous-estimation est observée à partir de l'année financière 2016-2017 puisque la prévalence annuelle reflète davantage l'utilisation des services de santé associés à la maladie.

Note 2 : Cette donnée est celle de la région sociosanitaire.



Il est trop tôt pour connaître l'ampleur des effets à court et à long terme de la pandémie de COVID-19 sur les différentes dimensions du développement des jeunes enfants¹⁸³.

Or, les effets négatifs de l'isolement social sur la santé mentale des enfants et des adolescents étaient connus bien avant la pandémie de COVID-19. Des études longitudinales ont démontré que l'isolement social des enfants et des parents est associé à un risque accru de dépressions et de troubles anxieux durant la période où l'enfant est isolé, mais parfois également des années plus tard. La *durée* de l'isolement social semble ici avoir plus d'incidence négative que l'*intensité* de l'isolement social¹⁸⁴.



Utilisation des services de santé mentale

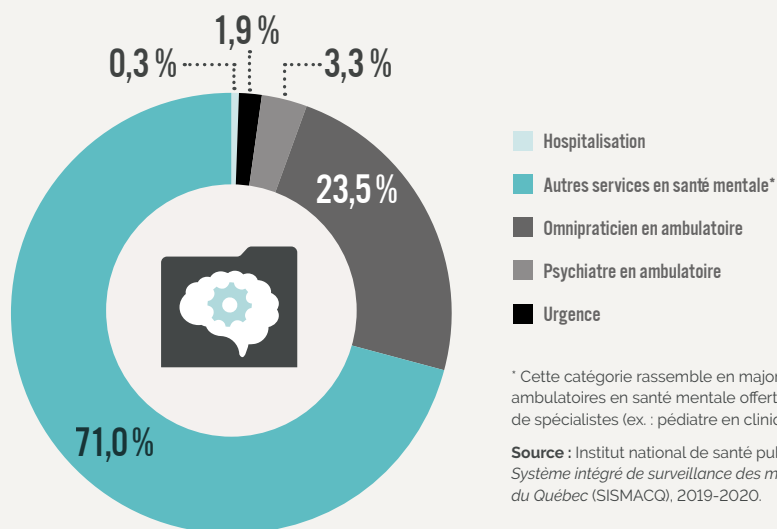
En 2019-2020, les services de santé mentale les plus fréquemment utilisés par les enfants âgés de 1 à 5 ans atteints de troubles mentaux sont, notamment :



- les services rendus par un **psychiatre** en ambulatoire (4%);
- les services rendus par un **omnipraticien** en ambulatoire (23,5%);
- les **autres services en santé mentale** incluant les services rendus par des **pédiatres** (71%).

On observait le même portrait dans les années antérieures.

Répartition du profil d'utilisation des services de santé mentale chez les enfants de 1 à 5 ans atteints de troubles mentaux en 2019-2020



* Cette catégorie rassemble en majorité (76%) des services ambulatoires en santé mentale offerts par d'autres types de spécialistes (ex. : pédiatre en clinique externe).

Source : Institut national de santé publique du Québec, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2019-2020.

LA SANTÉ MENTALE EN BREF

La santé mentale des tout-petits est à surveiller, pour la région de l'Estrie.



En 2019-2020, 55 enfants de 1 à 4 ans avaient reçu un diagnostic de trouble anxieux ou de symptômes dépressifs. Les principaux troubles anxiodépressifs touchant les tout-petits sont la phobie sociale, l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée et la dépression.

Elle est également à surveiller, pour l'ensemble du Québec.



Les enfants sont parmi ceux dont la santé mentale s'est le plus détériorée durant la pandémie de COVID-19. On observe depuis le début de la pandémie une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs, une augmentation des troubles de comportement, une diminution des capacités d'attention ainsi qu'une diminution de la quantité et de la qualité du sommeil.

Plusieurs facteurs semblent avoir contribué à une **augmentation du risque de problèmes de santé mentale chez les enfants durant la pandémie**, notamment l'isolement social des familles, les stress financiers liés à la pandémie ainsi que les problèmes d'accès aux ressources en santé mentale.



L'isolement social est associé à un risque accru de dépressions et de troubles anxieux durant la période où l'enfant est isolé, mais parfois également des années plus tard. La durée de l'isolement social semble avoir plus de répercussions négatives que l'intensité de l'isolement social.



Par ailleurs, très peu de données sont disponibles pour évaluer la santé mentale des tout-petits. En effet, les problèmes de santé mentale sont difficiles à détecter chez les tout-petits et peuvent évoluer différemment d'un enfant à l'autre. Les professionnels préfèrent donc être prudents et suivent attentivement l'évolution de la situation avant de poser un diagnostic.

SANTÉ MENTALE

Il est possible d'agir

Nous disposons de leviers collectifs pour agir sur la santé mentale 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 :

Soutenir la santé mentale des tout-petits peut se faire en agissant sur leur environnement familial ou éducatif.

- Les programmes de soutien financier ou les mesures pour assurer l'accès à un logement abordable aident les familles à combler leurs besoins de base et permettent ainsi de diminuer le stress des familles¹⁸⁵.
- Des mesures accessibles de conciliation travail-famille¹⁸⁶ peuvent contribuer à diminuer le stress des parents et améliorer ainsi l'environnement familial dans lequel grandissent les tout-petits¹⁸⁷.
- Les programmes qui offrent de l'aide aux parents et qui leur fournissent les outils nécessaires pour offrir un environnement favorable aux saines habitudes de vie pourraient avoir des conséquences positives sur la santé mentale des tout-petits^{188,189}.
- **Le programme Y'a personne de parfait (Y'APP) a été développé par l'Agence de la santé publique du Canada en partenariat avec quatre provinces de l'Atlantique, puis offert depuis 1987 à l'échelle nationale¹⁹⁰. Ses buts sont, notamment, d'améliorer les compétences parentales et de diminuer l'isolement chez les familles vulnérables. Il est offert en milieu communautaire par des animateurs à des parents d'enfants âgés de 5 ans ou moins. Ce programme novateur d'éducation parentale fondé sur des données probantes est considéré comme une référence mondiale. Il est offert par plusieurs organismes communautaires de la région de l'Estrie¹⁹¹.**
- La qualité du service éducatif fréquenté par l'enfant peut influencer son niveau de stress¹⁹². De plus, la formation des éducatrices¹⁹³ et la présence de services spécialisés dans les services éducatifs à l'enfance permettent d'intervenir rapidement dans le quotidien des tout-petits.

Il est aussi possible de faciliter la détection, le diagnostic et le traitement des troubles mentaux chez les tout-petits.

- Les listes d'attente en santé mentale et la difficulté d'accès aux professionnels constituent des enjeux importants. L'accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux pourrait donc être priorisée¹⁹⁴.
- Plusieurs mesures pourraient réduire les barrières d'accès aux services rencontrées par les familles en situation de vulnérabilité. Par exemple, il serait possible de s'assurer que toutes les familles reçoivent les informations nécessaires concernant les services, de prévoir des interprètes lorsque la langue est un obstacle, de former les intervenants pour réduire les attitudes négatives envers les familles et de prévoir assez de temps pour créer des liens de confiance avec les familles¹⁹⁵.

**Certaines de ces mesures sont déjà en place en Estrie et au Québec.
Elles devraient être maintenues et consolidées.**

**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.**

LE DÉVELOPPEMENT



Le développement global a trait aux habiletés et aux aptitudes que l'enfant acquiert dans différents domaines (moteur, social, affectif, cognitif, langagier). Ces domaines sont tous importants et interreliés. Par exemple, un enfant qui éprouve une facilité à gérer ses émotions (développement affectif) aura peut-être des relations plus harmonieuses avec les autres (développement social)¹⁹⁶.

Pendant la petite enfance, les apprentissages et les expériences vécues par l'enfant façonnent son développement global, qui est largement tributaire de l'environnement dans lequel il vit (famille, services éducatifs, communauté, société, etc.), c'est-à-dire de ses interactions et expériences¹⁹⁷. En effet, en plus des considérations biologiques, ce sont les expériences précoces vécues par l'enfant de même que le soutien et la stimulation qu'il a reçus dans ses différents milieux de vie qui influencent son développement¹⁹⁸. Enfin, bien que les grandes étapes du développement soient similaires d'un enfant à l'autre, chaque enfant se développe à son propre rythme.

La situation socioéconomique et les environnements dans lesquels grandissent les tout-petits au Québec sont abordés plus en détail dans l'édition 2019 du *Portrait des tout-petits au Québec*, dans le *Portrait 2021* des politiques publiques de même que dans le rapport thématique *Comment favoriser le développement des tout-petits avant leur entrée à l'école? L'importance de la qualité, de la stabilité et de la continuité des environnements*. Ces rapports peuvent être consultés à l'adresse tout-petits.org.

Cette section aborde également le nombre de tout-petits avec des handicaps ou encore le nombre d'enfants qui ont un diagnostic de troubles du neurodéveloppement, comme le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou encore le trouble du spectre de l'autisme. Il est difficile d'estimer le nombre d'enfants qui vivent avec un trouble du neurodéveloppement. En effet, ces troubles sont difficiles à détecter chez les tout-petits et peuvent évoluer différemment d'un enfant à l'autre. Les professionnels préfèrent donc être prudents et attendent souvent de voir l'évolution de la situation avant de poser un diagnostic. De plus, très peu de données sont disponibles pour évaluer ce type de troubles chez les tout-petits. Voici toutefois les données dont nous disposons à ce sujet.

Vulnérabilité à la maternelle

Certains enfants font leur entrée à l'école avec la santé, les capacités et les habiletés nécessaires pour profiter pleinement de l'école comme milieu de vie et d'apprentissage. Par contre, d'autres ont plus de difficulté à faire leur entrée dans le monde scolaire. L'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* (EQDEM) décrit le niveau de développement des enfants alors qu'ils franchissent cette étape importante de leur vie.



QUE VEUT-ON DIRE PAR « ENFANT VULNÉRABLE » ?

Dans le cadre de l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* (EQDEM) réalisée en 2012 et en 2017 et de l'*Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle* (EQPPEM), les enfants sont évalués par leur enseignant de maternelle. Un enfant est considéré comme vulnérable dans un domaine s'il fait partie des 10 % d'enfants québécois ayant les résultats les plus faibles dans ce domaine.

QUELS ASPECTS SONT ÉTUDIÉS DANS CHACUN DES DOMAINES ?



Santé physique et bien-être

L'enseignant évalue le développement physique général, la motricité, l'alimentation et l'habillement, la propreté, la ponctualité et l'état d'éveil.



Compétences sociales

L'enseignant évalue les habiletés sociales, la confiance en soi, le sens des responsabilités, le respect des pairs, des adultes, des règles et des routines, les habitudes de travail, l'autonomie ainsi que la curiosité.



Maturité affective

L'enseignant évalue le comportement de l'enfant envers les autres, sa capacité d'entraide, la crainte et l'anxiété, le comportement agressif, l'hyperactivité et l'inattention ainsi que l'expression des émotions.



Développement cognitif et langagier

L'enseignant évalue l'intérêt et les habiletés en lecture, en écriture et en mathématiques ainsi que l'utilisation adéquate du langage.



Habiletés de communication et connaissances générales

L'enseignant évalue la capacité à communiquer de façon à être compris, la capacité à comprendre les autres, l'articulation claire et les connaissances générales.



Le niveau de développement d'un enfant à la maternelle est associé à son adaptation sociale et à sa réussite scolaire ultérieures. Un enfant qui a les habiletés et les aptitudes nécessaires à son entrée à l'école pourra profiter pleinement des activités éducatives qui lui seront offertes. Cela lui permettra de s'épanouir et d'atteindre tout son potentiel. Des études ont d'ailleurs démontré que les enfants de la maternelle qui sont vulnérables en ce qui concerne leur développement risquent plus d'éprouver de la difficulté à l'école plus tard. La réussite scolaire au primaire peut ensuite influencer le plus haut diplôme obtenu à l'âge adulte et les perspectives d'emploi¹⁹⁹. Les recherches démontrent toutefois que des interventions peuvent modifier le parcours de vie des enfants qui n'ont pas eu les mêmes chances²⁰⁰. Il est d'ailleurs reconnu que les enfants les plus à risque sur le plan de leur développement sont les plus réceptifs aux interventions ou aux influences bénéfiques des environnements favorables et stimulants²⁰¹.

Vulnérabilité dans au moins un domaine de développement



En Estrie, environ 1 enfant de maternelle sur 4 (28,6 %) était vulnérable dans au moins un domaine de développement en 2017.

La proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement était similaire en 2017 à celle de 2012, où elle était de 26,3 %. Cette proportion est également **similaire à celle du reste du Québec**. La proportion pour l'ensemble du Québec était de 27,7 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017.

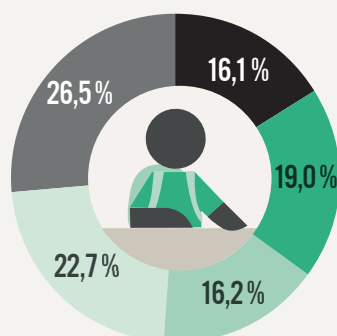
Vulnérabilité dans un seul domaine de développement



En Estrie, en 2017, parmi les enfants de maternelle considérés comme vulnérables dans au moins un domaine de développement, près de la moitié (47,2%) présentait une vulnérabilité dans un seul domaine.

Parmi ces enfants de maternelle vulnérables dans un seul domaine de développement, environ un sur six l'était dans celui des «Compétences sociales» (16,2%) ou des «Habilités de communication et connaissances générales» (16,1%). Environ un sur cinq présentait une vulnérabilité dans le domaine «Santé physique et bien-être» (19,0%) ou dans le domaine «Maturité affective» (22,7%). En outre, un peu plus du quart des enfants de maternelle vulnérables dans un seul domaine de développement l'étaient dans le domaine «Développement cognitif et langagier» (26,5%). Cette dernière proportion était supérieure à celle du reste du Québec.

Répartition des enfants de la maternelle vulnérables dans un seul domaine selon le domaine de vulnérabilité en Estrie, 2017

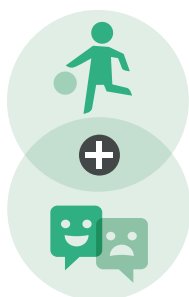


- Santé physique et bien-être
- Compétences sociales
- Maturité affective
- Développement cognitif et langagier
- Habiletés de communication et connaissances générales

Note : En raison de l'arrondissement, la somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100%.

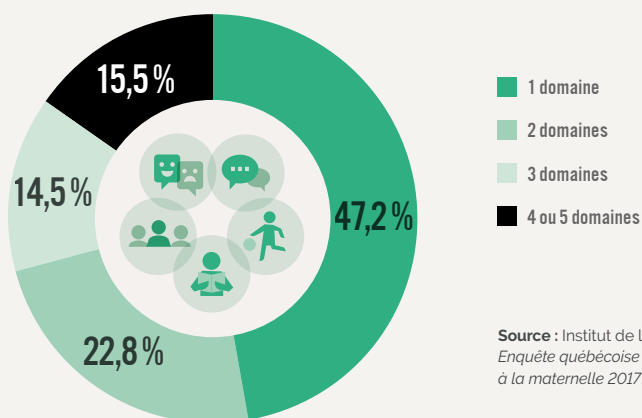
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017*.

Vulnérabilité dans plusieurs domaines de développement



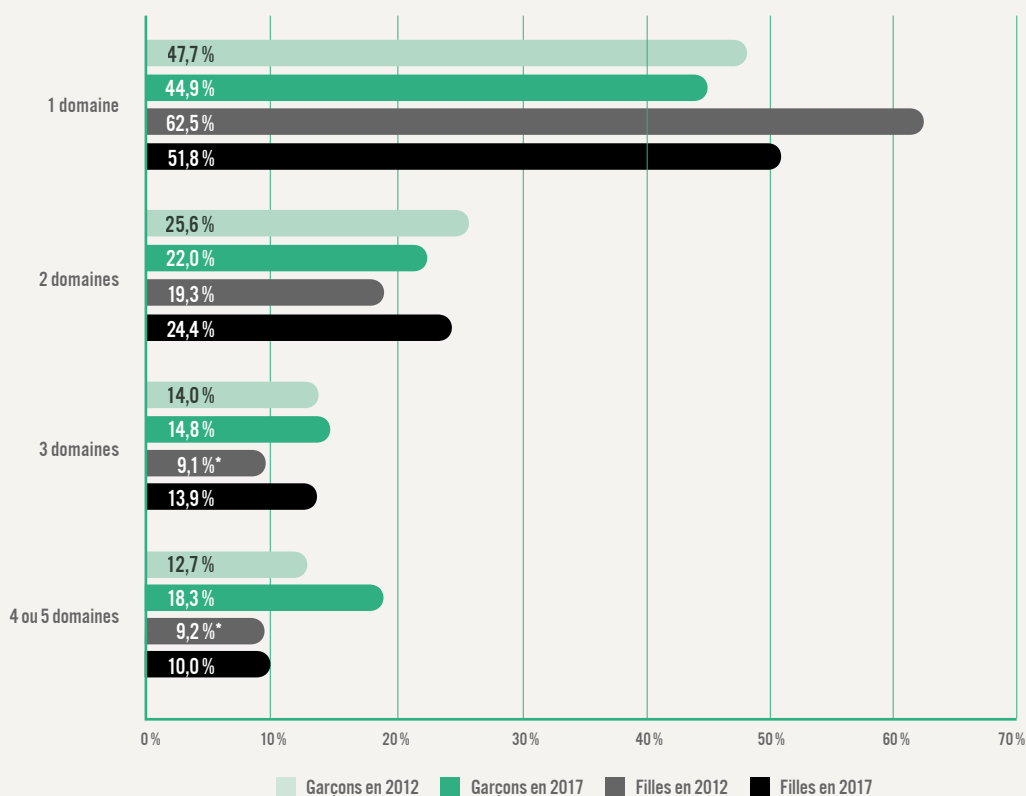
En Estrie, en 2017, environ 23% des enfants de maternelle sont considérés comme étant vulnérables dans deux domaines de développement, près de 15% dans trois domaines et près de 16% dans quatre ou cinq domaines.

Répartition des enfants de maternelle 5 ans qui sont vulnérables selon le nombre de domaines de vulnérabilité en Estrie, 2017



Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017.

Répartition des enfants de maternelle 5 ans qui sont vulnérables selon le nombre de domaines de vulnérabilité et le sexe en Estrie, 2012 et 2017



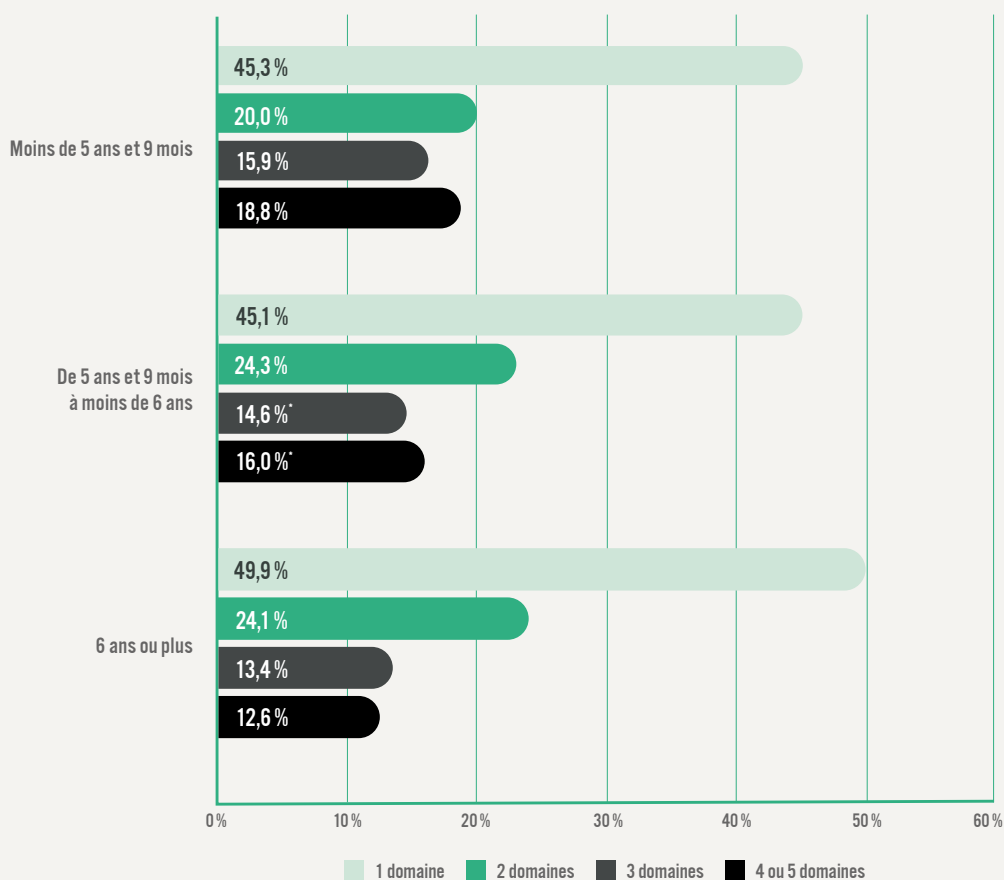
* Coefficient de variation compris entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle, 2012 et 2017.



Par ailleurs, les enfants les plus jeunes (moins de 5 ans et 9 mois) étaient plus susceptibles que les enfants de 6 ans ou plus d'être **vulnérables dans quatre ou cinq domaines**.

Répartition des enfants de maternelle 5 ans qui sont vulnérables selon le nombre de domaines de vulnérabilité et le groupe d'âge en Estrie, 2017



* Coefficient de variation compris entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017*.



Combinaisons de domaines de vulnérabilité

En 2017, les enfants vulnérables dans le domaine « Maturité affective » étaient plus susceptibles de l'être aussi dans le domaine « Compétences sociales » lorsqu'ils présentaient une deuxième vulnérabilité, et vice versa.

De même, les domaines « Habiletés de communication et connaissances générales » et « Développement cognitif et langagier » étaient aussi liés entre eux.

Un constat similaire a été fait en 2012.

Des tout-petits plus vulnérables que d'autres

Proportion d'enfants à la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement selon le sexe en Estrie, 2017



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017*.

De manière générale, certains enfants²⁰² risquent davantage d'être vulnérables dans au moins un domaine de leur développement :



Les garçons



Les enfants provenant de milieux défavorisés



Les enfants les plus jeunes de la cohorte (nés en juillet, en août ou en septembre)



Les enfants dont les parents sont plus faiblement scolarisés (sans diplôme ou avec un diplôme d'études secondaires comme plus haut diplôme)



Les enfants nés à l'extérieur du Canada

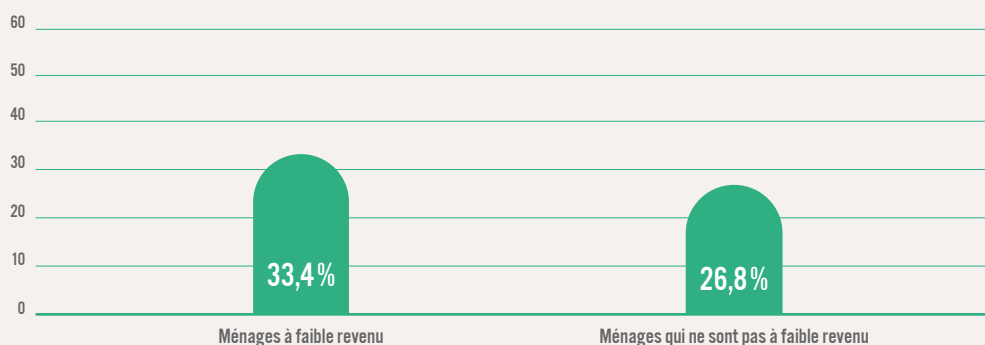


Les enfants qui ont une autre langue que le français ou l'anglais comme langue maternelle

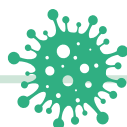
De plus, les enfants de langue maternelle anglaise sont plus susceptibles d'être vulnérables (45,3%) dans au moins un domaine de développement lorsqu'on les compare aux enfants de langue maternelle française (26,4%).

Selon l'EQPPEM, la proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement est plus grande chez les enfants dont le ménage est considéré comme étant à faible revenu (33,4%), comparativement aux enfants résidant dans des ménages qui ne sont pas à faible revenu (26,8%).

Proportion d'enfants de maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement selon l'indicateur de revenu en Estrie, 2017



Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2017



Le contexte de la pandémie de COVID-19 soulève des inquiétudes relatives au développement de l'enfant. Entre autres, le port du masque chez les petits, ainsi que par les adultes qui les entourent, pourrait nuire au développement du langage et au développement socioaffectif (vu l'impossibilité d'observer les lèvres bouger, les sourires et les expressions faciales). Les enfants ont aussi été moins exposés à des contacts sociaux et à des environnements stimulants, tels que les services de garde éducatifs de qualité et les classes maternelles, en raison des fermetures prolongées et des périodes de confinement. La diminution d'accès à des lieux de la société qui sont favorables aux saines habitudes de vie (tels que les écoles, les parcs et les infrastructures municipales) et l'augmentation notamment du temps d'écran sont également des sources d'inquiétude²⁰³.

L'ampleur des effets de la pandémie de COVID-19 sur le développement des jeunes enfants est encore méconnue, mais des hypothèses sont issues d'études ayant évalué les répercussions des anciennes pandémies sur la santé et le bien-être des enfants.

Par exemple, lors de la crise du SRAS en 2003, le risque de retard sur le plan de certaines étapes développementales a été établi à trois à cinq fois supérieur pour les 15 000 enfants, environ, qui avaient vécu la pandémie de SRAS. Une étude en cours de révision propose des conclusions préoccupantes selon lesquelles le développement verbal, moteur et cognitif des enfants nés durant la pandémie est perturbé, comparativement aux enfants nés avant la pandémie. Ces effets sont plus prononcés chez les enfants issus de ménages à faible revenu²⁰⁴.

Enfants avec des besoins particuliers

Incapacités

L'incapacité fait référence aux enfants qui présentent des limitations d'activités ou une restriction de participation liées à un état, à une condition ou à un problème de santé physique ou mentale. Une incapacité peut devenir un handicap selon les obstacles que l'on trouve dans l'environnement de l'enfant présentant cette incapacité. Les trajectoires développementales liées à une incapacité varient toutefois selon le type de limitation présentée par l'enfant. Selon le type d'incapacité, certaines facettes du développement peuvent être compromises. Les tout-petits touchés par une incapacité risquent, malheureusement, de vivre de la discrimination et de l'exclusion²⁰⁵.



8,2 % des enfants de 0 à 5 ans dans la région vivaient avec une incapacité en 2016. Cela représentait environ 2 435 enfants.

Source : Statistique Canada, Recensement de 2016, Tableau des données géocodées 07 pour le Québec, les RSS, les RLS et les CLSC : Population dans les ménages privés selon le groupe d'âge (25), le sexe (3), l'état du logement (4), la langue parlée le plus souvent à la maison (8) et la limitation d'activités de la vie quotidienne (6). Données-échantillon (25 %), octobre 2018. 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 24 mars 2022.

Notes : L'Enquête canadienne sur l'incapacité de 2017 (ECI), qui mène une enquête de suivi après le recensement, est la source principale de données sur les incapacités au Canada. La population couverte par cette enquête comprend tous les adultes qui ont répondu « Parfois », « Souvent » ou « Toujours » à n'importe lequel des éléments de la question sur les activités de la vie quotidienne dans le recensement. Par contre, ces données doivent être interprétées avec prudence, car elles peuvent comporter des faux positifs, notamment en raison d'absence d'information sur la durée de l'incapacité.

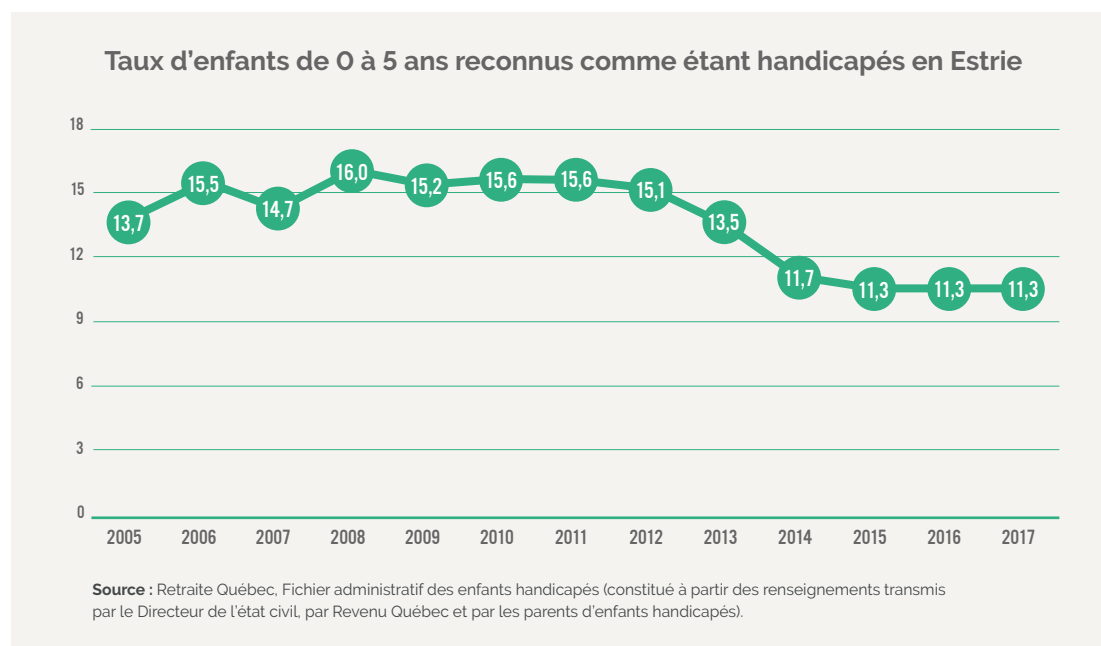
Cette donnée est celle de la région sociosanitaire.

Tout-petits reconnus comme étant handicapés

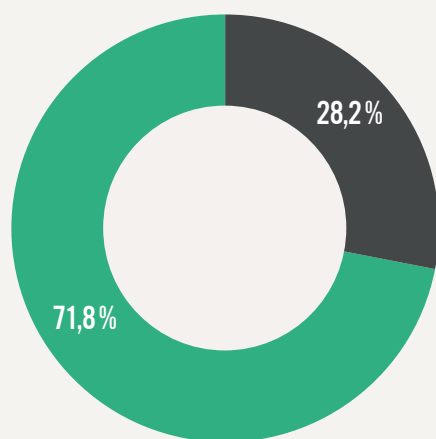


En Estrie, en 2017, 11,3 enfants pour 1 000 enfants âgés de 0 à 5 ans étaient considérés comme handicapés en vertu du programme de supplément pour enfant handicapé (SEH) offert par Retraite Québec. Cela constitue un taux similaire à celui de l'ensemble du Québec.

Le taux d'enfants considérés comme handicapés a connu une légère augmentation de 2005 à 2009, pour ensuite demeurer stable.



Ensemble du Québec



En 2017, près de **72 %** de ces enfants souffraient d'une déficience et **28 %** d'un trouble du développement.

- Déficiences
- Troubles du développement

Source : Retraite Québec, Fichier administratif des enfants handicapés (constitué à partir des renseignements transmis par le Directeur de l'état civil, par Revenu Québec et par les parents d'enfants handicapés).

Pour être reconnu comme étant handicapé, un enfant doit présenter une déficience ou un trouble du développement qui limite de façon importante les activités de sa vie quotidienne.

Les déficiences comprennent, entre autres :



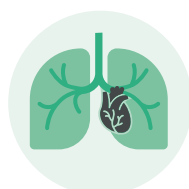
Les déficiences de l'alimentation et de la digestion



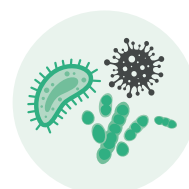
Les déficiences auditives ou visuelles



Les anomalies métaboliques



Les dysfonctions cardiovasculaires, rénales ou respiratoires



Les anomalies du système immunitaire ou du système nerveux

Les troubles du développement incluent entre autres :



La déficience intellectuelle



Le trouble du spectre de l'autisme



Le retard global du développement



Les troubles du langage



Les troubles graves du comportement

Familles ayant un tout-petit bénéficiaire du supplément pour enfant handicapé

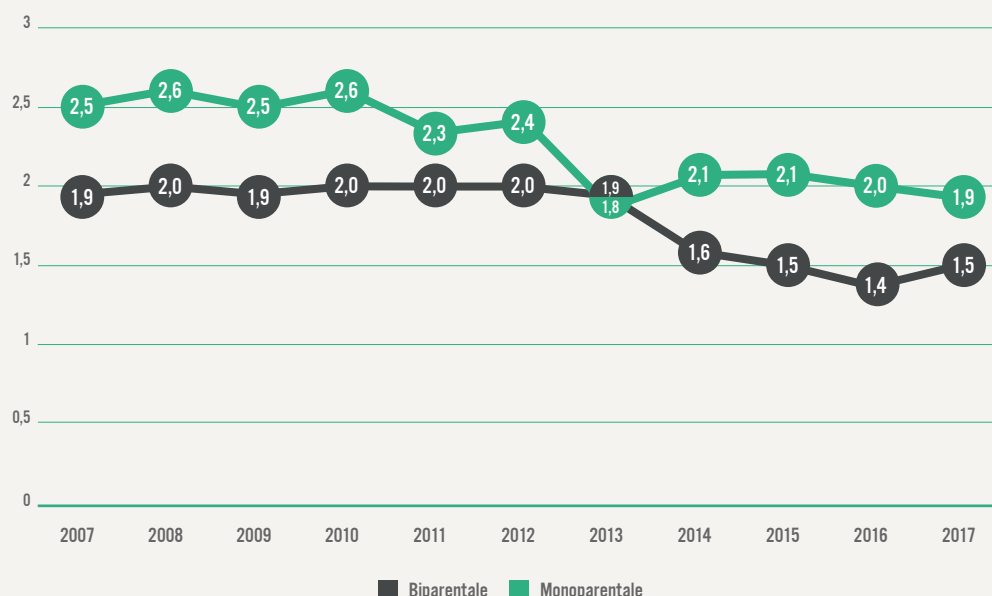


En 2017, **1,5 %** des familles de la région ayant au moins un enfant de 0 à 5 ans ont bénéficié du supplément pour enfant handicapé (SEH)*.

Ce taux est inférieur à celui de 2007 (2,0 %). En 2017, le taux de familles monoparentales ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans bénéficiaires du SEH était similaire (1,9 %) à celui de l'ensemble du Québec (1,9 %).

* Il s'agit, en fait, du pourcentage de familles québécoises bénéficiaires du paiement de Soutien aux enfants (PSE) ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans. Ce taux est toutefois un reflet assez précis de l'ensemble des familles québécoises ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans puisque de 96 % à 97 % des familles québécoises reçoivent le PSE.

Taux de familles ayant au moins un enfant de 0 à 5 ans bénéficiaires du supplément pour enfant handicapé (SEH), selon la structure familiale en Estrie



Source : Retraite Québec, Fichier administratif du programme de Soutien aux enfants (constitué à partir des renseignements transmis par le Directeur de l'état civil, par Revenu Québec et par les parents d'enfants).

Enfants de la maternelle avec un handicap ou en difficulté d'adaptation

Les données de l'EQDEM excluent les enfants handicapés ou en difficulté d'adaptation.



Pour l'année scolaire 2016-2017,
176 élèves de maternelle 5 ans étaient handicapés ou en difficulté d'adaptation (EHDA), selon les critères du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Cela représente **5,3 %** des enfants à la maternelle 5 ans dans le réseau public.

Cette proportion est demeurée stable des années 2011-2012 à 2016-2017 et est comparable à celle observée dans l'ensemble du Québec, qui est de 5,8 %.

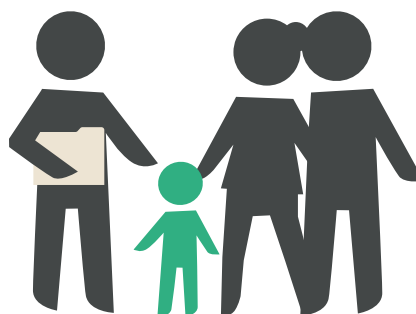
Les données du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur font en fait référence aux enfants handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA). Cependant, les difficultés d'apprentissage ne s'appliquent pas aux enfants de la maternelle 5 ans, alors l'acronyme EHDA est employé dans ce cas-ci. De plus, les données concernent les élèves à la maternelle 5 ans qui fréquentent le réseau d'enseignement public. Elles n'incluent pas les données du réseau gouvernemental ou privé.

Troubles du neurodéveloppement

TROUBLES DU DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ

Pour recevoir un diagnostic de trouble du déficit de l'attention (TDA), un enfant doit présenter six symptômes d'inattention. S'il présente aussi six symptômes d'hyperactivité ou d'impulsivité, on parle alors de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)²⁰⁶.

Comme il est normal qu'un tout-petit présente un certain niveau d'inattention ou d'hyperactivité, les symptômes doivent être sévères, inhabituels pour l'âge de l'enfant, persistants et perturber son fonctionnement. D'ailleurs, le diagnostic de TDAH/TDA avant l'âge de 6 ans est difficile, et les cliniciens sont habituellement très prudents avant de le poser en jeune âge.





Chez les enfants de 0 à 5 ans, le diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH/TDA) est souvent accompagné d'un trouble anxieux ou oppositionnel avec provocation²⁰⁷. Ces tout-petits aux besoins particuliers risquent donc plus d'éprouver des difficultés socioémotionnelles (par exemple une grande impulsivité ou une difficulté à retrouver leur bien-être émotif lors d'émotions difficiles), tant durant l'enfance qu'à l'adolescence²⁰⁸.

Bien que cela ne soit pas automatique, en grandissant, le TDAH serait aussi associé à des difficultés scolaires, à des difficultés sociales, à des comportements sexuels à risque ou à l'abus de substances^{209,210}. La majorité des enfants avec un TDAH risque de continuer à ressentir certains symptômes jusqu'à l'âge adulte²¹¹.



En Estrie, en 2019-2020,
70 enfants âgés de 1 à 4 ans avaient reçu
un diagnostic de trouble du déficit
de l'attention avec ou sans hyperactivité
(TDAH), ce qui représentait 0,4 % des tout-
petits de cette tranche d'âge.



Ensemble du Québec

Pour ce qui est de l'ensemble du Québec, bien que la proportion d'enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH soit faible chez les 1 à 5 ans, elle a connu une augmentation significative de 2000-2001 à 2015-2016, passant de 0,4%* à 0,8%** . La modernisation du système de facturation de la RAMQ réalisée en 2016 a donné lieu à la sous-estimation de la prévalence du TDAH à partir de l'année financière 2016-2017. À partir de cette année, la prévalence estimée du TDAH reflète davantage l'utilisation des services de santé associés à la maladie.

* Intervalle de confiance 99 % : 0,38-0,43

** Intervalle de confiance 99 % : 0,75-0,82

Source : Institut national de santé publique du Québec, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), fichier Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ECHO), fichier des services médicaux rémunérés à l'acte et fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA).



Ensemble du Québec

UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES ENFANTS DE 1 À 5 ANS ATTEINTS DU TDAH

En 2019-2020, les services de santé mentale les plus fréquemment utilisés par les enfants âgés de 1 à 5 ans atteints d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité sont, en ordre d'importance :



Les services de pédiatrie ambulatoires (56,2%)

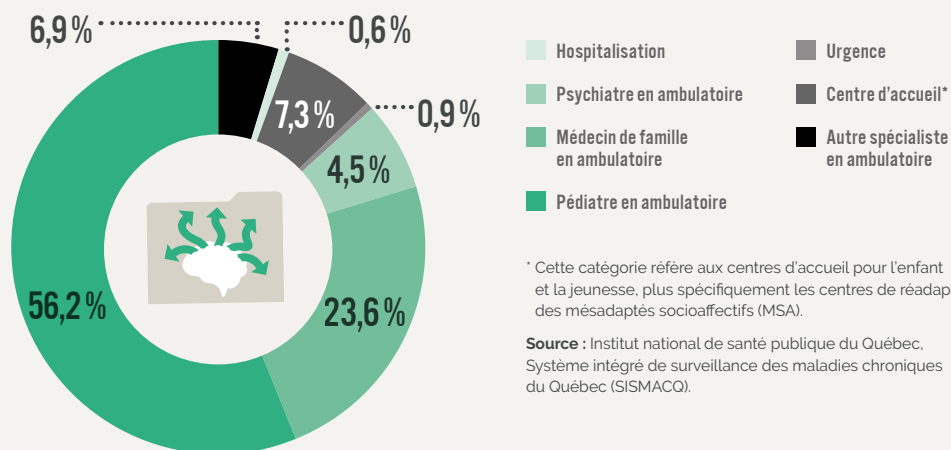


Les services rendus par un médecin de famille en ambulatorio (23,6%)



Les services de psychiatrie ambulatoires (4,5%)

Répartition du profil d'utilisation des services de santé mentale chez les enfants de 1 à 5 ans atteints du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) en 2019-2020



TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME



Le trouble du spectre de l'autisme est une condition qui touche de manière variable plusieurs aspects du développement de l'enfant. Il touche plus particulièrement la communication sociale et les habiletés motrices, le processus par lequel le cerveau reçoit et traite l'information captée par les cinq sens (c'est-à-dire l'intégration, la modulation et la régulation sensorielle), la régulation de l'attention et des émotions ainsi que le sommeil. Il peut être associé à d'autres troubles du neurodéveloppement comme le trouble du langage, le trouble développemental de la coordination (TDC) et le TDAH²¹².



En Estrie, en 2019-2020,

130 enfants âgés de 1 à 4 ans avaient reçu un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme, ce qui représentait 0,7 % de ces tout-petits.



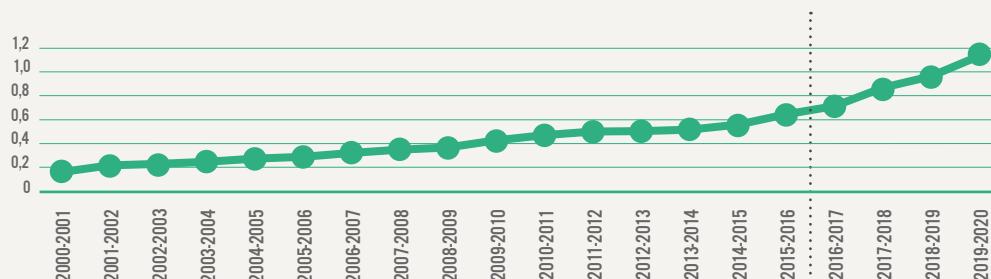
Ensemble du Québec

La proportion d'enfants âgés de 1 à 5 ans qui ont reçu un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme a connu une augmentation significative depuis les années 2000, passant de 0,2 %* en 2000-2001 à 1,1 %** en 2019-2020.

* Intervalle de confiance 99 % : 0,14-0,18

** Intervalle de confiance 99 % : 1,06-1,14

Prévalence des diagnostics de trouble du spectre de l'autisme (TSA) (%)



En 2016, la RAMQ a procédé à la modernisation de son système de facturation des services médicaux rémunérés à l'acte. Le nouveau système a entraîné une diminution de la saisie des codes de diagnostic dans le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte. Par conséquent, les résultats de cet indicateur doivent être interprétés avec prudence à partir de l'année financière 2016-2017. En comparaison avec la tendance historique, une sous-estimation est observée à partir de l'année financière 2016-2017 puisque la prévalence annuelle reflète davantage l'utilisation des services de santé associés à la maladie.

Source : Institut national de santé publique du Québec, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), fichier Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ECHO), fichier des services médicaux rémunérés à l'acte et fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA).

Services d'une professionnelle non enseignante à la maternelle



L'accès aux services d'une professionnelle non enseignante (ex. : psychoéducatrices, psychologues, travailleuses sociales, infirmières, hygiénistes dentaires, orthopédagogues, orthophonistes, ergothérapeutes, etc.) est bénéfique pour les enfants vulnérables sur le plan de leur développement. Ces professionnelles peuvent soutenir l'enseignante ou l'éducatrice en petite enfance en ciblant les besoins particuliers de l'enfant et en participant à l'élaboration d'un plan d'intervention. Elles jouent ainsi un rôle important dans la prévention, l'intervention précoce et le dépistage^{213, 214}.

* Les professionnelles œuvrant dans les écoles étant majoritairement des femmes, le féminin a été privilégié pour faciliter la lecture.



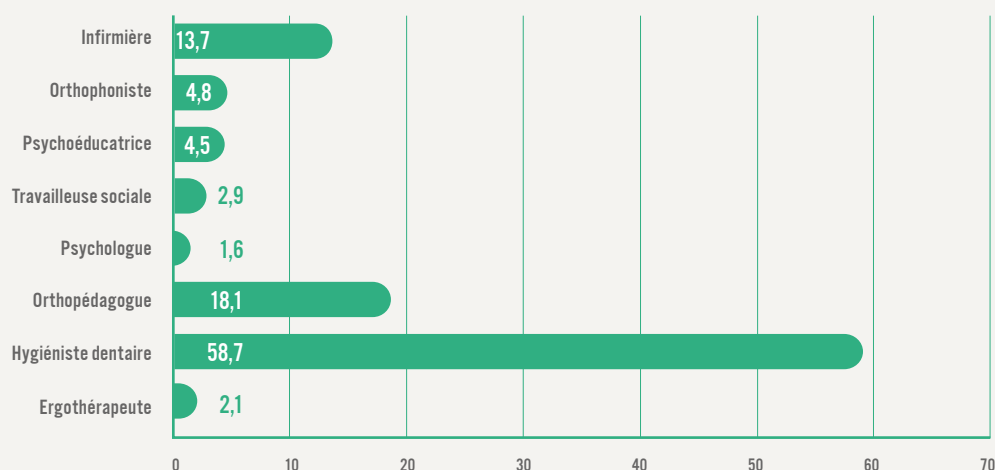
En 2017, environ **58,7 %** des enfants à la maternelle avaient reçu à l'école des services d'hygiénistes dentaires, ce qui représente une proportion supérieure à celle du reste du Québec.

Par ailleurs, la proportion d'enfants ayant reçu des services d'orthopédagogues est inférieure par rapport au reste du Québec et était de

18,1 %.



Proportion d'enfants de maternelle ayant reçu des services de professionnelles non enseignantes selon le type de professionnelle en Estrie, 2017



Noter que pour ce tableau, les données de 2017 ne sont pas comparables à celles de 2012. Pour plus d'information, consulter le rapport de l'Enquête de 2017.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017*.

LE DÉVELOPPEMENT EN BREF

Certains aspects du développement des enfants sont préoccupants pour l'ensemble du Québec.



La proportion d'enfants âgés de 1 à 5 ans qui ont reçu un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme a connu une augmentation significative depuis les années 2000, passant de 0,2 % en 2000-2001 à 1,1 % en 2019-2020.



Il est difficile d'estimer le nombre d'enfants qui vivent avec un trouble du neurodéveloppement. En effet, ces troubles peuvent être difficiles à détecter chez les tout-petits et peuvent évoluer différemment d'un enfant à l'autre. Les professionnels préfèrent donc être prudents et attendent souvent de voir l'évolution de la situation avant de poser un diagnostic de TDAH, par exemple. De plus, très peu de données sont disponibles pour évaluer ce type de trouble chez les tout-petits.

Certains éléments sont préoccupants pour la région.



Environ 1 enfant de maternelle sur 4 (28,6 %) était vulnérable dans au moins un domaine de développement en 2017. Les enfants de la région sont plus nombreux à être vulnérables en 2017 qu'en 2012 dans quatre des cinq domaines de développement, ainsi que dans au moins deux domaines de développement.



Certains enfants risquent davantage d'être vulnérables dans au moins un domaine de développement, comme les garçons, les enfants plus jeunes, ceux dont la langue maternelle est l'anglais, les enfants nés à l'extérieur du Canada, ceux provenant de milieux défavorisés et ceux dont les parents sont faiblement scolarisés.

En 2017, la proportion d'enfants de la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement était **plus élevée chez les enfants dont le ménage est considéré comme étant à faible revenu (33,4 %)**, comparativement aux enfants de ménages qui ne sont pas à faible revenu (26,8 %).



Dans la région, en 2016-2017, 176 élèves de maternelle 5 ans dans le réseau public étaient handicapés ou en difficulté d'adaptation (EHDA). Cela représentait 5,3 % de ces tout-petits.



Beaucoup de familles de la région font face à des défis de logement²¹⁵. De plus, de nombreuses familles vivent de l'insécurité alimentaire.

LE DÉVELOPPEMENT

Il est possible d'agir

Nous disposons de leviers collectifs pour favoriser le développement 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 :

- Le milieu socioéconomique dans lequel l'enfant grandit influence son développement²¹⁶. Améliorer les conditions de vie des enfants issus de milieux défavorisés et soutenir les parents en difficulté sont des pistes d'action possibles pour améliorer le développement des tout-petits²¹⁷.
- Les interventions visant les tout-petits sont plus efficaces que celles visant les enfants plus vieux ou les adolescents. Le programme Agir tôt²¹⁸ du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vise donc à détecter les vulnérabilités et les retards de développement chez les enfants le plus tôt possible afin de leur offrir une réponse rapide et coordonnée.
- La détection précoce des difficultés vécues par un enfant est une responsabilité partagée entre plusieurs intervenants de la petite enfance et la famille de l'enfant²¹⁹. Des outils de surveillance pour les parents de l'enfant ou les autres adultes qui interagissent avec lui sont disponibles. Ils bénéficieraient d'être davantage utilisés.
- Ces instruments misent sur l'observation de l'enfant. Ils ne peuvent pas établir le niveau de retard de développement, mais permettent de cibler les enfants pour lesquels une démarche plus approfondie est nécessaire²²⁰.
- L'approche Bright Beginnings propose un modèle de développement des communautés minoritaires qui vise à améliorer le bien-être et la réussite scolaire des enfants et des jeunes d'expression anglaise du Québec. En raison du succès qu'elles ont eu à établir de nombreux partenariats, les organisations soutenues par le programme Bright Beginnings ont créé 57 nouveaux programmes et services spécialement conçus pour les enfants d'expression anglaise et leurs parents²²¹.
- Au Québec, le personnel des services éducatifs à la petite enfance joue un rôle dans la détection des difficultés de développement²²². De plus, des services éducatifs préscolaires de qualité offrent aux tout-petits la stimulation et l'encadrement nécessaires pour faciliter la transition vers le milieu scolaire.
- Il est important de prioriser l'accès aux services sociaux et de santé, ainsi qu'aux services de garde éducatifs pour différentes clientèles vulnérables, dont les familles autochtones, immigrantes ou racisées, celles avec des personnes vivant avec un handicap, ainsi que les familles monoparentales, défavorisées ou isolées. **Les places réservées pour les familles vulnérables dans les centres de la petite enfance (CPE) de la région sont un exemple**

d'un moyen qui peut être mis en place pour faire en sorte que les enfants les plus vulnérables soient mieux préparés lors de leur entrée à la maternelle²²³.

-  La première transition scolaire occupe une place déterminante dans le parcours de l'enfant. C'est un enjeu qui préoccupe les acteurs estriens gravitant autour de la réussite éducative des enfants. Un exemple d'un programme innovateur pour faciliter cette transition est le Programme Passe-Partout, offert dans les différents centres de services scolaire de la région. Ce programme d'intervention auprès des familles ayant des enfants de 4 ans sur le territoire a pour but de favoriser la réussite éducative des enfants, en leur permettant d'approivoiser le monde scolaire de façon progressive et positive²²⁴.
-  L'accès aux services d'une professionnelle non enseignante est bénéfique pour les enfants vulnérables en ce qui a trait à leur développement. Ces professionnelles peuvent soutenir l'enseignante ou l'éducatrice en petite enfance en ciblant les besoins particuliers de l'enfant et en participant à l'élaboration d'un plan d'intervention²²⁵.
-  Des interventions psychosociales qui visent la réduction des symptômes du TDAH et l'amélioration du fonctionnement social, scolaire et familial des enfants devraient être priorisées²²⁶. Il est aussi possible d'aider les enfants avec un trouble du spectre de l'autisme à relever les défis qui peuvent se présenter à eux. Par exemple, certaines méthodes éducatives débutées en bas âge peuvent améliorer le langage et les habiletés sociales de ces enfants²²⁷.
-  L'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants (ICIDJE)²²⁸ est un projet qui a été développé par plusieurs partenaires, soit le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le ministère de la Famille, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), Avenir d'enfants et l'Institut de la statistique du Québec. Cette initiative comporte deux volets, soit un volet enquête et un volet intervention, et elle vise à soutenir le développement des tout-petits et à les préparer à l'entrée au premier cycle du primaire. **C'est d'ailleurs à la suite de la diffusion des résultats de la première édition de l'EQDEM que l'instance régionale de concertation en petite enfance est née, Voir plus grand pour nos tout-petits. Cette instance mobilise, concerté et influence les acteurs régionaux et locaux en faveur du développement global et optimal des tout-petits, du soutien à leurs parents et des conditions dans lesquelles vivent les familles²²⁹.**
-  Les organismes communautaires Famille de la région²³⁰, dont les maisons de la famille et les haltes-garderies communautaires, jouent un rôle de premier plan pour soutenir et outiller les parents. Les haltes-garderies offrent des milieux de garde éducatifs à plusieurs tout-petits qui n'y auraient pas accès autrement. Les maisons de la famille permettent aux tout-petits et à leurs parents de socialiser et de participer à diverses activités culturelles et éducatives²³¹.

Certaines de ces mesures sont déjà en place en Estrie et au Québec. Elles devraient être maintenues et consolidées.

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.

TABLEAU SYNTHÈSE DES INDICATEURS

 Il faut être prudent dans l'interprétation de ces données. Certaines différences entre la région et l'ensemble du Québec pourraient ne pas être significatives ou être dues à des fluctuations aléatoires.				
Indicateurs		Estrie	Ensemble du Québec	
QUI SONT LES 0 À 5 ANS?	Nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans en 2020*	19 078	521 952	
	Proportion d'enfants âgés de 0 à 5 ans en 2020*	5,7%	6,1%	
	Nombre d'enfants 0-5 ans par famille en 2016	1 enfant : 22,7% 2 enfants : 46,6% 3 enfants ou + : 30,7%	1 enfant : 26,3% 2 enfants : 46,2% 3 enfants ou + : 27,6%	
	Proportion d'enfants 0-5 ans vivant dans une famille intacte en 2016	74,5%	76,3%	
	Proportion d'enfants 0-5 ans vivant dans une famille à faible revenu, selon la Mesure de faible revenu après impôt, en 2018	11,4%	12,6%	
	Proportion d'enfants 0-5 ans vivant en milieu urbain en 2016	68,8%	82,1%	
LA GROSSESSE ET LA NAISSANCE	Proportion de parents d'enfants de 0 à 5 ans ayant déjà participé à des rencontres prénatales en 2015	66,2%	59,8%	
	Proportion de naissances avec un retard de croissance intra-utérin en 2017-2019**	9,1%	9,0%	
	Proportion de naissances prématurées (<37 semaines complètes de gestation) en 2019	7,7%	7,4%	
	Proportion de naissances de faible poids (< 2 500 g) en 2019	5,2%	6,3%	

LA GROSSESSE ET LA NAISSANCE	Nombre de naissances en 2020*	2 987	81 850
	Proportion de naissances issues de mères âgées de 35 ans et plus en 2020*	15,3%	22,4%
	Proportion d'accouchements vaginaux avec anesthésie épidurale en 2019-2020**	68,5%	74,3%
	Proportion d'accouchements vaginaux assistés (forceps et ventouse) en 2019-2020**	10,9%	11,5%
	Taux de césariennes en 2019-2020**	22,8%	25,7%
	Taux annuel moyen de mortinatalité en 2015-2019	2,8 décès pour 1 000 naissances	4,3 décès pour 1 000 naissances
	Proportion de femmes âgées de 15 à 55 ans ayant donné naissance à un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête de 2017-2018 qui ont allaité ou essayé d'allaiter leur dernier enfant**	90,1%	88,9%
	Proportion de mères d'enfants âgés de 0 à 5 ans qui ont allaité*** et ayant utilisé des services en 2015	51,6%	51,6%
LA SANTÉ PHYSIQUE	Taux annuel moyen d'hospitalisation pour asthme chez les enfants âgés de 0 à 4 ans en 2018-2021**	113,5 hospitalisations pour 100 000 enfants	163,3 hospitalisations pour 100 000 enfants
	Taux annuel moyen d'hospitalisation pour épilepsie**** chez les enfants âgés de 0 à 4 ans en 2018-2021**	43,4 hospitalisations pour 100 000 enfants	51,0 hospitalisations pour 100 000 enfants
	Taux annuel moyen d'hospitalisation pour influenza chez les enfants âgés de 0 à 4 ans en 2018-2021**	116,3 hospitalisations pour 100 000 enfants	148,5 hospitalisations pour 100 000 enfants
	Taux annuel moyen d'hospitalisation pour blessure non intentionnelle chez les enfants âgés de 0 à 4 ans en 2018-2021**	235,3 hospitalisations pour 100 000 enfants	301,9 hospitalisations pour 100 000 enfants
	Taux annuel moyen de mortalité infantile (avant 1 an) en 2014-2018	4,4 décès pour 1 000 naissances vivantes	4,4 décès pour 1 000 naissances vivantes

LA SANTÉ PHYSIQUE	Taux annuel moyen de mortalité juvénile (entre 1 et 4 ans) en 2014-2018	0,1 décès pour 1 000	0,2 décès pour 1 000
	Proportion de familles ayant un médecin de famille ou un pédiatre pour tous leurs enfants de 0 à 5 ans en 2015	84,6%	88,8%
	Proportion d'enfants de 0 à 5 ans ayant consulté un dentiste en 2020**	35,7%	24,2%
	Proportion d'enfants de 0 à 5 ans ayant reçu un traitement dentaire en 2020**	5,0%	3,6%
LA SANTÉ MENTALE	Proportion d'enfants de 1 à 5 ans atteints de troubles mentaux ayant utilisé des services de santé mentale rendus par un omnipraticien en ambulatoire en 2019-2020	Non disponible	23,5%
	Proportion d'enfants de 1 à 4 ans ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux ou de symptômes dépressifs en 2019-2020**	0,3%	0,3%
LE DÉVELOPPEMENT	Proportion d'enfants de 0 à 5 ans vivant avec une incapacité en 2016**	8,2%	7,2%
	Proportion d'enfants âgés de 0 à 5 ans reconnus comme étant handicapés en 2017	11,3 enfants handicapés pour 1 000 enfants	12,5 enfants handicapés pour 1 000 enfants
	Proportion des familles ayant au moins un enfant de 0 à 5 ans ayant bénéficié du supplément pour enfant handicapé (SEH) en 2017	1,5%	1,7%
	Proportion d'enfants à la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement en 2017	28,6%	27,7%
	Proportion de garçons à la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement en 2017	36,9%	35,0%
	Proportion d'enfants à la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement parmi les ménages à faible revenu en 2017	33,4%	41,4%
	Proportion d'enfants à la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement ayant l'anglais comme langue maternelle (avec ou sans autres langues, sauf français) en 2017	45,3%	36,7%

LE DÉVELOPPEMENT	Proportion d'enfants à la maternelle vulnérables qui sont vulnérables dans un seul domaine en 2017	47,2%	48,6%
	Proportion d'enfants à la maternelle vulnérables dans un seul domaine présentant une vulnérabilité dans le domaine « Développement cognitif et langagier » en 2017	26,5%	21,6%
	Proportion d'enfants à la maternelle qui sont vulnérables dans au moins deux domaines en 2017	15,1%	14,2%
	Proportion de garçons à la maternelle vulnérables qui sont vulnérables dans deux domaines en 2017	22,0%	25,6%
	Proportion d'enfants à la maternelle vulnérables âgés de moins de 5 ans et 9 mois qui sont vulnérables dans trois, quatre ou cinq domaines en 2017	34,7%	30,7%
	Proportion d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation (EHDA) à la maternelle 5 ans en 2016-2017	5,3%	5,8%
	Proportion d'enfants de la maternelle ayant reçu les services d'une hygiéniste dentaire à l'école en 2017	58,7%	47,5%
	Proportion d'enfants de la maternelle ayant reçu les services d'une orthopédagogue à l'école en 2017	18,1%	21,4%
	Proportion d'enfants de 1 à 4 ans ayant reçu un diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) en 2019-2020**	0,4%	0,4%
	Proportion d'enfants de 1 à 4 ans ayant reçu un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) en 2019-2020**	0,7%	0,9%

Note : Les données présentées dans cette section sont celles de la région administrative, sauf indication contraire. De plus, il est important de souligner que des changements ont été apportés aux frontières géographiques de l'Estrie et de la Montérégie en avril 2015 au ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour cette raison, les résultats de ces deux régions antérieurs à 2015-2016 ne peuvent être comparés aux résultats ultérieurs.

* Données provisoires pour 2020.

** Cette donnée est celle de la région sociosanitaire.

*** Il s'agit, en fait, de l'ensemble des mères d'enfants de 0 à 5 ans à l'exclusion de celles ayant mentionné n'avoir pas eu recours à des services de soutien à l'allaitement parce qu'elles n'avaient pas allaité.

**** Coefficient de variation supérieur à 16,66% ou égal à 33,33%. La valeur doit être interprétée avec prudence.



À PROPOS DES DONNÉES PRÉSENTÉES

Les indicateurs utilisés pour ce portrait ont été choisis sur la base de quatre principaux critères : la récurrence des données, leur solidité statistique, leur disponibilité à l'échelle régionale et le fait qu'ils présentent un point de référence récent. Le lien pouvant être établi avec le développement des tout-petits a aussi été pris en considération.

Les réserves nécessaires à l'interprétation des données ont été avancées dans le texte. Les notes méthodologiques détaillées en lien avec chacun des indicateurs sont accessibles sur le site Internet de l'Observatoire au tout-petits.org/donnees.

L'Observatoire des tout-petits a produit des outils pour accompagner ce Portrait 2021 :



Des portraits
régionaux pour
chacune des
17 régions
du Québec



Des visuels pour
vos présentations ou
vos réseaux sociaux

Ces outils sont disponibles sur notre site à l'adresse
tout-petits.org/portrait2021

Il est également possible de consulter :

le Portrait 2019 : *Dans quels
environnements grandissent
les tout-petits au Québec ?*



Ce rapport ainsi que les documents
qui lui sont associés sont disponibles
sur notre site à l'adresse
tout-petits.org/portrait2019

et

le Portrait 2021 des politiques
publiques *Que faisons-nous
au Québec pour nos tout-petits
et leur famille ?*



Ce rapport ainsi que les documents
qui lui sont associés sont disponibles
sur notre site à l'adresse
tout-petits.org/politiques2021

Références

- 1 BOIVIN, M., et autres. *Early childhood development*, Ontario, The Royal Society of Canada & The Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel, 2012, p. 1 155.
- 2 NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. *The science of early child development: Closing the gap between what we know and what we do*, Boston, Center for the Developing Child at Harvard University, 2007.
- 3 MELLHUISH, et autres, 2008, dans Fox, et autres. *Better systems, better chances: A review of research and practice for prevention and early intervention*, Canberra, Australian Research Alliance for Children and Youth, 2015.
- 4 DELOITTE CENTER FOR HEALTH SOLUTIONS. *Breaking the dependency cycle: Tackling health*, 2017.
- 5 AAP COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS. « Poverty and Child Health in the United States », *Pediatrics*, vol. 137, n° 4, 2016, e20160339.
- 6 HAIR, N.L., et autres. « Association of child poverty, brain development, and academic achievement », *JAMA Pediatrics*, vol. 169, n° 9, 2015, p. 822-829.
- 7 LEMELIN, J.-P., et M. BOIVIN. « Mieux réussir dès la première année : l'importance de la préparation à l'école », Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2010), [En ligne], vol. 4, fascicule 2, décembre 2007, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 1-12. [\[www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/publications/Fasc2Vol4.pdf\]](http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/publications/Fasc2Vol4.pdf).
- 8 YOSHIKAWA, H., et autres. « Effects of the Global Coronavirus Disease-2019 Pandemic on Early Childhood Development: Short- and Long-Term Risks and Mitigating Program and Policy Actions », *The Journal of Pediatrics*, vol. 223, 2020, p. 188-193.
- 9 FAN, Y., et autres. « SARS pandemic exposure impaired early childhood development in China », *Scientific Reports*, vol. 11, n° 8694, 2021.
- 10 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)*, 2020-2021.
- 11 EARLY CHILDHOOD LEARNING & KNOWLEDGE CENTER. *Early Head Start Benefits Children and Families*, [En ligne], 2020. [\[https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/programs/article/early-head-start-benefits-children-families\]](https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/programs/article/early-head-start-benefits-children-families).
- 12 LUU, T.M., et autres. « Long-Term Impact of Preterm Birth: Neurodevelopmental and Physical Health Outcomes », 2017.
- 13 BLACK, S.E., et autres. « From the Cradle to the Labor Market ? The Effect of Birth Weight on Adult Outcomes », 2007.
- 14 DRISSE, B. « Environnements précoces, origines précoces de la santé et des maladies », *médecine/sciences*, vol. 32, n° 1, 2016, p. 9-10.
- 15 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, p. 1536-1546; FLENADY, V., et autres. « Major risk factors for stillbirth in high-income countries: A systematic review and meta-analysis », *Lancet*, vol. 377, n° 9774, 2011, p. 1331-1340; HUANG, L., et autres. « Maternal age and risk of stillbirth: A systematic review », *CMAJ*, vol. 178, n° 2, 2008, p. 165-172; LIU, L.C., et autres. « Major risk factors for stillbirth in different trimesters of pregnancy: A systematic review », *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 53, n° 2, 2014, p. 141-145; MARUFU, T.C., et autres. « Maternal smoking and the risk of stillbirth: Systematic review and meta-analysis », *BMC Public Health*, vol. 15, n° 239, 2015; SIDEBOTHAM, P., et autres. « Understanding why children die in high-income countries », *Lancet*, vol. 384, n° 9946, 2014, p. 915-927.

- 16 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; LIU, C.H., et autres. « Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 Pandemic », *Psychiatry Research*, vol. 295, 2021; SUWALSKA, J., et autres. « Perinatal Mental Health during COVID-19 Pandemic: An Integrative Review and Implications for Clinical Practice », *Journal of Clinical Medicine*, vol. 10, n° 11, 2021, p. 2406; KOTLAR, B., et autres. « The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: A scoping review », *Reproductive Health*, vol. 18, n° 1, 2021, p. 10.
- 17 HUDAK, M.L. « Consequences of the SARS-CoV-2 pandemic in the perinatal period », *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 33, n° 2, 2021, p. 181-187; KOTLAR, B., et autres. « The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: A scoping review », *Reproductive Health*, vol. 18, n° 1, 2021, p. 10.
- 18 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Politique de périnatalité 2008-2018*, 2008.
- 19 TU, M.T., et J. POISSANT. *Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe*, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 140 p.
- 20 TU, M.T., et J. POISSANT. *Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe*, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 140 p.
- 21 SERÇEKUŞ, P., et H. BAŞKALE. « Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment », *Midwifery*, vol. 34, 2016, p. 166-172.
- 22 MOYAMBE, et autres. « Étude des facteurs de risque du retard de croissance intra-utérin à Lubumbashi », *Pan African Medical Journal*, vol. 14, n° 1, 2013; ARCANGELI, T., et autres. « Neurodevelopmental delay in small babies at term: A systematic review », *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, vol. 40, n° 3, 2012, p. 267-275; LEVINE, T.A., et autres. « Early childhood neurodevelopment after intrauterine growth restriction: A systematic review », *Pediatrics*, vol. 135, n° 1, 2015, p. 126-141; MURRAY, E., et autres. « Differential effect of intrauterine growth restriction on childhood neurodevelopment: A systematic review », *BJOG*, vol. 122, n° 8, 2015, p. 1062-1072.
- 23 SUCKSDORFF, M., et autres. « Preterm Birth and Poor Fetal Growth as Risk Factors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder », *Pediatrics*, vol. 136, n° 3, 2015, e599-608.
- 24 BERNES, G., et autres. « Profils neurocomportementaux spécifiques à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale », *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 2020.
- 25 ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et LÉGER. *Consommation d'alcool, grossesse et TSAF. Sondage auprès de femmes enceintes ou ayant récemment accouché, d'adolescentes et de Québécois.e.s.*, 2020.
- 26 POPOVA, S. *Étude internationale de l'Organisation mondiale de la Santé sur la prévalence du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) : volet canadien*, World Health Organization, Centre for Addiction and Mental Health, 2018.
- 27 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale*, 1995.
- 28 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *La violence conjugale en période périnatale au Québec en 2018*, 2019.
- 29 BAILEY, B.A. « Partner violence during pregnancy: Prevalence, effects, screening, and management », *International Journal of Women's Health*, vol. 2, 2010, p. 183-197; BROWNRIDGE, D.A., et autres. « Pregnancy and Intimate Partner Violence: Risk Factors, Severity, and Health Effects », *Violence Against Women*, [En ligne], vol. 17, n° 7, 2011, p. 858-881. doi : 10.1177/1077801211412547; TAILLIEU, T.L., et D.A. BROWNRIDGE. « Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 15, n° 1, 2010, p. 1435.
- 30 HOOKER, L., et autres. « Intimate partner violence and the experience of early motherhood: A cross-sectional analysis of factors associated with a poor experience of motherhood », *Midwifery*, [En ligne], vol. 34, 2016, p. 88-94. doi : 10.1016/j.midw.2015.12.011; BARLOW, J., et A. UNDERDOWN. « Child maltreatment during infancy: Atypical parent-infant relationships », *Paediatrics and Child Health*, [En ligne], vol. 28, n° 3, 2018, p. 114-119. doi : 10.1016/j.paed.2017.11.001.

- 31 BUCHANAN, F., C. POWER et F. VERITY. « The Effects of Domestic Violence on the Formation of Relationships Between Women and Their Babies: I Was Too Busy Protecting My Baby to Attach », *Journal of Family Violence*, vol. 29, n° 7, 2014, p. 713-724.
- 32 BAILEY, B.A. « Partner violence during pregnancy: Prevalence, effects, screening, and management », *International Journal of Women's Health*, vol. 2, 2010, p. 183-197; TAILLIEU, T.L., et D.A. BROWNRIDGE. « Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 15, n° 1, 2010, p. 14-35; SHAH, P.S., et J. SHAH. « Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: A systematic review and meta-analyses », *Journal of Women's Health*, [En ligne], vol. 19, n° 11, 2010, p. 2017-2031. doi : 10.1089/jwh.2010.2051.
- 33 MONK, C., J. SPICER et F.A. CHAMPAGNE. « Linking prenatal maternal adversity to developmental outcomes in infants: The role of epigenetic pathways », *Development and Psychopathology*, [En ligne], vol. 24, n° 4, 2012, p. 1361-1376. doi : 10.1017/S0954579412000764.
- 34 LÉVESQUE, S., et D. JULIEN. « Violence conjugale en période périnatale », dans CLÉMENT, M.É., et autres. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4^e édition de l'enquête* (chap. 4, p. 103-122). Québec, Institut de la statistique du Québec.
- 35 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; LIU, C.H., et autres. « Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 Pandemic », *Psychiatry Research*, vol. 295, 2021; SUWALSKA, J., et autres. « Perinatal Mental Health during COVID-19 Pandemic: An Integrative Review and Implications for Clinical Practice », *Journal of Clinical Medicine*, vol. 10, n° 11, 2021, p. 2406; KOTLAR, B., et autres. « The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: A scoping review », *Reproductive Health*, vol. 18, n° 1, 2021, p. 10.
- 36 STATISTIQUE CANADA. *Les répercussions sociales et économiques de la COVID-19 : le point après six mois*, [En ligne], 2020. [<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2020004-fra.html>].
- 37 LANG, T., et autres. « A health equity impact assessment umbrella program (AAPRISS) to tackle social inequalities in health: Program description », *Global Health Promotion*, vol. 23, n° 3, 2016, p. 54-62.
- 38 MCGOWAN, P.O., et M. SZYF. « The epigenetics of social adversity in early life: Implications for mental health outcomes », *Neurobiology of Disease*, vol. 39, n° 1, 2010, p. 66-72; NOBLE, K., et autres. « Socioeconomic disparities in neurocognitive development in the first two years of life », *Developmental Psychobiology*, vol. 57, n° 5, 2015, p. 535-551; SHONKOFF, J.P., et autres. « The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress », *Pediatrics*, vol. 129, n° 1, 2012, e232-e246.
- 39 LAVENDER, T., et autres. « Caesarean section for non-medical reasons at term », *The Cochrane database of systematic reviews*, n° 3, 2012, CD004660-CD004660; Kapellou, O. « Effect of caesarean section on brain maturation », *Acta Paediatrica*, vol. 100, n° 11, 2011, p. 1416-1422; CHIEN, L.N., et autres. « Risk of autism associated with general anesthesia during cesarean delivery: A population-based birth-cohort analysis », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 45, n° 4, 2015, p. 932-942.
- 40 GAUDINEAU, A. « Prévalence, facteurs de risque et morbi-mortalité materno-foetale des troubles de la croissance foetale », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42, n° 8, 2013, p. 895-910.
- 41 DEL CIAMPO, L.A., et I.R.L. DEL CIAMPO. « Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health », *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia/RBGO Gynecology and Obstetrics*, vol. 40, n° 6, 2011, p. 354-359.
- 42 HUDAK, M.L. « Consequences of the SARS-CoV-2 pandemic in the perinatal period », *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 33, n° 2, 2021, p. 181-187; KOTLAR, B., et autres. « The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: A scoping review », *Reproductive Health*, vol. 18, n° 1, 2021, p. 10.

- 43 MOR, M., et autres. «Impact of the COVID-19 Pandemic on Excess Perinatal Mortality and Morbidity in Israel», *American Journal of Perinatology*, vol. 38, n° 4, 2021, p. 398-403; KOTLAR, B., et autres. «The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: A scoping review», *Reproductive Health*, vol. 18, n° 1, 2021, p. 10.
- 44 GAGNON, R., E. HÉBERT et H. LANGLOIS. *Le travail et l'accouchement : la préparation, l'accompagnement et les méthodes pour composer avec la douleur*, [En ligne], 2013. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/travail-et-accouchement.pdf>].
- 45 SUN, J., et autres. «Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of the Edinburgh postnatal depression scale in trial of labor after cesarean: A multicenter, prospective cohort study», *BioMed Research International*, 2020.
- 46 SUN, J., et autres. «Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of the Edinburgh postnatal depression scale in trial of labor after cesarean: A multicenter, prospective cohort study», *BioMed Research International*, 2020.
- 47 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*, [En ligne], 2021. [<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339794/9789290313366fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>].
- 48 LEBRAUD, M., et autres. «Comparison of maternal and neonatal outcomes after forceps or spatulas-assisted delivery», *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 258, 2021, p. 126-131.
- 49 INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. *Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital : traumatisme à la naissance*, [En ligne]. [https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Hospital-Harm-Measure/Documents/Resource-Library/HHIR%20Birth%20Trauma_FR.pdf].
- 50 LAVENDER, T., et autres. «Caesarean section for non-medical reasons at term», *The Cochrane database of systematic reviews*, n° 3, 2012, CD004660-CD004660; KAPELLOU, O. «Effect of caesarean section on brain maturation», *Acta Paediatrica*, vol. 100, n° 11, 2011, p. 1416-1422; CHIEN, L.N., et autres. «Risk of autism associated with general anesthesia during caesarean delivery: A population-based birth-cohort analysis», *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 45, n° 4, 2015, p. 932-942; MORAITIS, A.A., et autres. «Previous caesarean delivery and the risk of unexplained stillbirth: Retrospective cohort study and meta-analysis», *BJOG*, vol. 122, n° 11, 2015, p. 1467-1474; O'NEILL, S.M., et autres. «Caesarean delivery and subsequent stillbirth or miscarriage: Systematic review and meta-analysis», *PLoS One*, vol. 8, n° 1, 2013, e54588.
- 51 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*, [En ligne], 2014. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=77C464500AAA189820794DF1821B9CF9?sequence=1].
- 52 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*, [En ligne], 2014. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=77C464500AAA189820794DF1821B9CF9?sequence=1].
- 53 SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. «Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal», *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, décembre 2008.
- 54 LEONARD, L.G., et J. DENTON. «Preparation for parenting multiple birth children», *Early Human Development*, vol. 82, n° 6, 2006, p. 371-378.
- 55 GAUDINEAU, A. «Prévalence, facteurs de risque et morbi-mortalité materno-fœtale des troubles de la croissance fœtale», *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42, n° 8, 2013, p. 895-910.
- 56 LEONARD, L.G., et J. DENTON. «Preparation for parenting multiple birth children», *Early Human Development*, vol. 82, n° 6, 2006, p. 371-378.
- 57 BHUTTA et BLACK, 2013, dans ARTESE, C., et autres. «Barriers and Facilitators to Conducting Kangaroo Mother Care in Italian Neonatal Intensive Care Units», *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 57, 2021, e68e73.

-
- 58 CHAVY, C., et autres. « Biologie du nouveau-né : attentes du pédiatre néonatalogiste », *Revue Francophone des Laboratoires*, vol. 2018, n° 500, 2018, p. 24-29.
- 59 MARRET, et autres. « Brain injury in very preterm children and neurosensory and cognitive disabilities during childhood: The EPIPAGE cohort study », *PloS One*, vol. 8, n° 5, 2013, e62683.
- 60 DEL CIAMPO, L.A., et I.R.L. DEL CIAMPO. « Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health », *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia/RBGO Gynecology and Obstetrics*, vol. 40, n° 6, 2011, p. 354-359.
- 61 DONG, Y., et autres. « A systematic review and meta-analysis of long-term development of early term infants », *Neonatology*, vol. 102, n° 3, p. 212-221; MOORE, G.P., et autres. « Neurodevelopmental outcomes at 4 to 8 years of children born at 22 to 25 weeks' gestational age: A meta-analysis », *JAMA Pediatrics*, vol. 167, n° 10, 2013, p. 967-974; MOREIRA, R.S., et autres. « Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: A systematic review », *Jornal de Pediatria*, vol. 90, n° 2, 2014, p. 119-134; VAN NOORT-VAN DER SPEK, I.L., et autres. « Language functions in preterm-born children: A systematic review and meta-analysis », *Pediatrics*, vol. 129, n° 4, 2012, p. 745-754; VIEIRA, M.E., et M.B. LINHARES. « Developmental outcomes and quality of life in children born preterm at preschool- and school-age », *Jornal de Pediatria*, vol. 87, n° 4, 2011, p. 281-291.
- 62 PETROU, S., et autres. « The longterm costs of preterm birth and low birth weight: Results of a systematic Review », *Child: care, health and development*, vol. 27, n° 2, 2001, p. 97-115; CASEY, P.H. « Growth of low birth weight preterm children », *Seminars in perinatology*, vol. 32, n° 1, 2008, p. 20-27; FRANZ, A., et autres. « Attention-deficit/hyperactivity disorder and very preterm/very low birth weight: A meta-analysis », *Pediatrics*, vol. 141, n° 1, 2018; MATHEWSON, K.J., et autres. « Mental health of extremely low birth weight survivors: A systematic review and meta-analysis », *Psychological Bulletin*, vol. 143, n° 4, 2018, p. 347; UPADHYAY, R.P., et autres. « Cognitive and motor outcomes in children born low birth weight: A systematic review and meta-analysis of studies from South Asia », *BMC pediatrics*, vol. 19, n° 1, 2019, p. 1-15.
- 63 CHAVY, C., et autres. « Biologie du nouveau-né : attentes du pédiatre néonatalogiste », *Revue Francophone des Laboratoires*, vol. 2018, n° 500, 2018, p. 24-29.
- 64 GAUDINEAU, A. « Prévalence, facteurs de risque et morbi-mortalité materno-fœtale des troubles de la croissance fœtale », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42, n° 8, 2013, p. 895-910.
- 65 INSTITUTE OF HEALTH ECONOMICS. *Determinants and prevention of low birth weight: A synopsis of the evidence*, Alberta, Institute of health economics, 2008.
- 66 BLOMBERG, M., et autres. « Impact of maternal age on obstetric and neonatal outcome with emphasis on primiparous adolescents and older women: A Swedish Medical Birth Register Study », *BMJ Open*, vol. 4, n° 11, 2014, e005840.
- 67 LAOPAIBOON, M., et autres. « Advanced maternal age and pregnancy outcomes: A multicountry assessment », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 121, n° 1, 2014, p. 49-56.
- 68 KOZUKI, N., et autres. « The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: A meta-analysis », *BMC Public Health*, vol. 13, n° 3, 2013, p. 1-10.
- 69 KOZUKI, N., et autres. « The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: A meta-analysis », *BMC Public Health*, vol. 13, n° 3, 2013, p. 1-10.
-

-
- 70 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. 15361546; FLENADY, V., et autres. « Major risk factors for stillbirth in high-income countries: A systematic review and meta-analysis », *Lancet*, vol. 377, n° 9774, 2011, p. 1331-1340; HUANG, L., et autres. « Maternal age and risk of stillbirth: A systematic review », *CMAJ*, vol. 178, n° 2, 2008, p. 165-172; LIU, L.C., et autres. « Major risk factors for stillbirth in different trimesters of pregnancy: A systematic review », *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 53, n° 2, 2014, p. 141-145; MARUFU, T.C., et autres. « Maternal smoking and the risk of stillbirth: Systematic review and meta-analysis », *BMC Public Health*, vol. 15, n° 239, 2015; SIDEBOTHAM, P., et autres. « Understanding why children die in high-income countries », *Lancet*, vol. 384, n° 9946, 2014, p. 915-927.
- 71 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Every newborn, an action plan to end preventable deaths*, 2014.
- 72 CHMIELEWSKA, B., et autres. « Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis », *Lancet Global Health*, vol. 9, n° 6, 2021, p. 759-772.
- 73 MOR, M., et autres. « Impact of the COVID-19 Pandemic on Excess Perinatal Mortality and Morbidity in Israel », *American Journal of Perinatology*, vol. 38, n° 4, 2021, p. 398-403; KOTLAR, B., et autres. « The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: A scoping review », *Reproductive Health*, vol. 18, n° 1, 2021, p. 10.
- 74 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Politique de périnatalité 2008-2018*, 2008.
- 75 COMITÉ DE NUTRITION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE, et autres. « Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère », *Archives de Pédiatrie*, vol. 20, n° 2, 2013, S29-48; EIDELMAN, A., et autres. « Breastfeeding and the use of human milk », *Pediatrics*, vol. 129, n° 3, 2012, e827-841; ANDERSON, J.W., et autres. « Breast-feeding and cognitive development: A meta-analysis », *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 70, n° 4, 1999, p. 525-535; MAHURIN SMITH, J. « Breastfeeding and language outcomes: A review of the literature », *Journal of Communication Disorders*, vol. 57, 2015, p. 2940; DELGADO, C., et A. MATIJASEVICH. « Breastfeeding up to two years of age or beyond and its influence on child growth and development: A systematic review », *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 29, n° 2, 2013, p. 243-256.
- 76 DEL CIAMPO, L.A., et I.R.L. DEL CIAMPO. « Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health », *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia/RBGO Gynecology and Obstetrics*, vol. 40, n° 6, 2018, p. 354-359.
- 77 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé, de la naissance à six mois : un aperçu*, [En ligne], 2013. [<https://www.cps.ca/fr/documents/position/nutrition-nourrisson-ne-a-terme-en-sante-aperçu>].
- 78 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, 2017.
- 79 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *FAQs : Management of Infants Born to Mothers with Suspected or Confirmed COVID-19*, [En ligne]. [<https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/faqs-management-of-infants-born-to-covid-19-mothers/>].
- 80 LAVOIE, A., et C. FONTAINE. *Mieux connaître la parentalité au Québec : un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*, [En ligne], Institut de la statistique du Québec, 2016, p. 173. [<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/mieux-connaître-la-parentalite-au-quebec-un-portrait-a-partir-de-enquete-quebecoise-sur-l'experience-des-parents-denfants-de-0-a-5-ans-2015.pdf>].
- 81 LAVOIE, A., et C. FONTAINE. *Mieux connaître la parentalité au Québec : un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*, [En ligne], Institut de la statistique du Québec, 2016, p. 172. [<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/mieux-connaître-la-parentalite-au-quebec-un-portrait-a-partir-de-enquete-quebecoise-sur-l'experience-des-parents-denfants-de-0-a-5-ans-2015.pdf>].
- 82 HAECK, C., et P. LEFEBVRE. « A simple recipe: The effect of a prenatal nutrition program on child health at birth », *Labour Economics*, vol. 41, 2016, p. 77-89.

-
- 83 DUBOIS, N., et autres. *Évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique de La Maison Bleue*, Direction de santé publique de Montréal, 2015, 148 p.
- 84 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : cadre de référence*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Gouvernement du Québec, 2019.
- 85 DISPENSAIRE DIÉTÉTIQUE DE MONTRÉAL. *Rapport à la communauté : une année d'adaptation et de solidarité – 2020-2021*, 2021, p. 10-12.
- 86 L'ENVOL PROGRAMME D'AIDE AUX JEUNES MÈRES. *Nos programmes et services*, [En ligne], 2016. [<https://lenvol.org/programmes-services/>].
- 87 DAGENAIS, F., et J.-P. HOTTE. *Rapport préliminaire du comité-conseil Agir pour que chaque tout-petit développe son plein potentiel*, Montréal, Québec, 2019, p. 54.
- 88 CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE. *Grossesse*, [En ligne], 2022. [<https://www.santeestrie.qc.ca/soins-services/theme/grossesse-accouchement/etre-enceinte>].
- 89 CHAILLET, N., et autres. « A Cluster-Randomized Trial to Reduce Cesarean Delivery Rates in Quebec », *The New England Journal of Medicine*, vol. 372, 2015, p. 1710-1721.
- 90 ROSSIGNOL, M., et autres. *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque*, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), ETMIS, vol. 8, n° 14, 2012, p. 1-134.
- 91 REGROUPEMENT LES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC. *Statistiques*, [En ligne], 2021. [<https://www.rsfg.qc.ca/statistiques/>].
- 92 CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE. *Accouchement*, [En ligne], 2022. [<https://www.santeestrie.qc.ca/soins-services/theme/grossesse-accouchement/accoucher>].
- 93 MOUVEMENT ALLAITEMENT DU QUÉBEC. *Le Mouvement allaitement du Québec*, [En ligne], 2022. [<https://mouvementallaitement.org/>].
- 94 MOUVEMENT ALLAITEMENT DU QUÉBEC. *Bibliothèque virtuelle*, [En ligne], 2022. [<https://allaiterauquebec.org/bibliothequevirtuelle/items/show/1716>].
- 95 ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et MOUVEMENT ALLAITEMENT DU QUÉBEC. *Rendre votre municipalité plus favorable à l'allaitement*, Montréal, Québec, 2016.
- 96 MOUVEMENT ALLAITEMENT DU QUÉBEC. *Routes du lait*, [En ligne], 2020 [<https://mouvementallaitement.org/environnements-favorables/routes-du-lait/>].
- 97 MCFADDEN, A., et autres. « Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017. [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001141.pub5/full>].
- 98 SEMENIC, S. *Présentation faite au groupe stratégique basée sur Haiek L., et S. Semenic. Étude sur les besoins et les services de première ligne en matière de soutien à l'allaitement au Québec*. Webinaires parrainés par le MSSS présentés au réseau de la santé au Québec, juin et septembre 2016.
- 99 THE LANCET JOURNALS. « Breastfeeding », [En ligne], *The Lancet*, 2016. [<https://www.thelancet.com/series/breastfeeding>]; MOUVEMENT ALLAITEMENT DU QUÉBEC. *Une meilleure formation des professionnels pour mieux soutenir les femmes dans leur expérience d'allaitement : guide pour les établissements de formation et les ordres professionnels*, 2020. [<https://allaiterauquebec.org/bibliothequevirtuelle/items/show/1734>].

-
- 100 AIZER, A., et J. CURRIE. «The intergenerational transmission of inequality: Maternal disadvantage and health at birth», *Science*, vol. 344, n° 6186, 2014, p. 856-861; GLOBERMAN, S. *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.
- 101 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.
- 102 STATISTIQUE CANADA. *Activité physique et comportement sédentaire des enfants canadiens de trois à cinq ans. Rapports sur la santé*, vol. 27, n° 9, 2014, 2016, p. 15-25.
- 103 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], 2021. [\[https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/petit-enfances/\]](https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/petit-enfances/).
- 104 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes*, [En ligne], 2021. [\[https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/enfants-et-jeunes-2/\]](https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/enfants-et-jeunes-2/).
- 105 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.
- 106 NAÏTRE ET GRANDIR. *Les écrans et les enfants*, [En ligne], 2019. [\[https://naitreetgrandir.com/fr/etape/1_3_ans/jeux/fiche.aspx?doc=ecrans-jeunes-enfants-television-ordinateur-tablette\]](https://naitreetgrandir.com/fr/etape/1_3_ans/jeux/fiche.aspx?doc=ecrans-jeunes-enfants-television-ordinateur-tablette).
- 107 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], 2021. [\[https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/petit-enfances/\]](https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/petit-enfances/).
- 108 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes*, [En ligne], 2021. [\[https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/enfants-et-jeunes-2/\]](https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/enfants-et-jeunes-2/).
- 109 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.
- 110 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.
- 111 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.

- 112 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*, vol. 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.
- 113 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.
- 114 STAFSTROM, C.E., et L. CARMANT. « Seizures and Epilepsy : An Overview for Neuroscientists », *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, vol. 5, n° 6, 2015.
- 115 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.
- 116 FONDATION POUR LA RECHERCHE MÉDICALE. *Combattre les maladies infectieuses*, [En ligne], 2022. [<https://www.frm.org/recherches-maladies-infectieuses>].
- 117 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La vaccination, la meilleure protection*, Feuilles d'information pour les personnes à vacciner.
- 118 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Revue rapide de la littérature scientifique : la COVID-19 parmi les jeunes âgés de moins de 18 ans* (mise à jour le 13 décembre 2021), [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/3007-enfants-risques-infections-transmission-covid19.pdf>].
- 119 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, NATIONAL CENTER FOR IMMUNIZATION AND RESPIRATORY DISEASES. *Similarities and Differences between Flu and COVID-19*, [En ligne], 2022. [<https://www.cdc.gov/flu/symptoms/flu-vs-covid19.htm>].
- 120 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, NATIONAL CENTER FOR IMMUNIZATION AND RESPIRATORY DISEASES (NCIRD). *Similarities and Differences between Flu and COVID-19*, [En ligne], 2022. [<https://www.cdc.gov/flu/symptoms/flu-vs-covid19.htm>].
- 121 THOMPSON, W.W., et autres. « Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States », *JAMA*, 2003, vol. 8, n° 289, p. 179-186.
- 122 LAPLANTE, C. « Un bébé de moins de 2 mois meurt de la COVID-19 », [En ligne], *La Presse*, 17 décembre 2021. [<https://www.lapresse.ca/covid-19/2021-12-17/chu-sainte-justine/un-bebe-de-moins-de-deux-mois-meurt-de-la-covid-19.php>].
- 123 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Données COVID-19 par âge et sexe – Évolution des décès*, [En ligne], 2022. [<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/age-sexe/evolution-deces>].
- 124 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Données COVID-19 par vague selon l'âge et sexe au Québec*, [En ligne], 2022. [<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/age-sexe>].
- 125 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. *Document de principes : les vaccins contre la COVID-19 pour les enfants et les adolescents*, [En ligne], 2022. [<https://cps.ca/fr/documents/position/vaccins-contre-la-covid-19-pour-les-enfants-et-les-adolescents>].
- 126 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.
- 127 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 », [En ligne], *medRxiv*, 2021. [<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthand-socialcare/conditionsanddiseases/articles/technicalarticleupdatedestimatesoftheprevalenceof-postacute-symptomsamongpeoplewithcoronaviruscovid19intheuk/26april2020to1august2021>].

- 128 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.
- 129 BLOUIN, L. « Vaccination des moins de 5 ans : feu vert au début de 2022, espère D^{re} Tam », [En ligne], *Radio-Canada*, 25 novembre 2021. [<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1842393/vaccinationmoins-5-ans-feu-vert-2022-theresa-tam>].
- 130 VAN, B.A.V. *Découverte – Vacciner les enfants*, [En ligne], 16 janvier 2022. [<https://ici.radio-canada.ca/tele/decouverte/site/segments/reportage/387439/vaccination-enfant-covid-risque-decouverte>].
- 131 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Vigie des activités de vaccination contre la COVID-19 et de suivi des couvertures vaccinales au Québec*, [En ligne], 22 février 2022. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/vaccination/vigie-vaccination-20220222.pdf>].
- 132 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 national de santé publique du Québec, Demande spéciale, 2019.
- 133 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Analysis of mortality data from Statistics Canada*, non publié.
- 134 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.
- 135 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.
- 136 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.
- 137 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.
- 138 ZUCKERMAN, B., et autres. « Prevalence and correlates of high-quality basic pediatric preventive care », *Pediatrics*, vol. 114, n° 6, 2004, p. 1522-1529.

-
- 139 CENTRE DU SAVOIR DU CHU SAINTE-JUSTINE. *Documents utiles pour les parents : ABCdaire*, 2020.
- 140 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.
- 141 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.
- 142 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.
- 143 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].
- 144 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.
- 145 ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE. *L'état de la santé buccodentaire au Canada*, 2017.
- 146 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.
- 147 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.
- 148 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.
- 149 DUBÉ, É., et autres. *COVID-19 : pandémie et insécurité alimentaire*, Institut national de santé publique du Québec, 2020.
- 150 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.
- 151 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Approches de la prévention de l'obésité de l'enfant dans la population*, 2012.
- 152 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique gouvernementale de prévention en santé*, Direction des communications, 2016.
- 153 COLLECTIF TABLE INTERSECTORIELLE RÉGIONALE-SAINES HABITUDES DE VIE. *Nous joindre*, [En ligne], 2022. [<https://collectiftir-shv.ca/nous-joindre/#estrie>].
- 154 ESPACE MUNI. *Programmes : Enfance et jeunesse* [En ligne], 2021. [<https://espacemuni.org/programmes/enfance-et-jeunesse/>].
- 155 MINISTÈRE DE LA FAMILLE. *Gazelle et Potiron : 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*, 2014.
- 156 CLÉMENT, M.É., et autres. *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*, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Fonds de recherche du Québec – Société et culture, 2014.
-

-
- 157 GAMACHE, L., et J. POISSANT. *Avis scientifique sur les meilleures pratiques en matière de suivi postnatal à la suite du congé hospitalier*, Institut national de santé publique du Québec, 2016.
- 158 FONDATION DR JULIEN. Centres, [En ligne]. [<https://fondationdrjulien.org/centres/centre-de-la-haute-yamaska/>].
- 159 CENTRE DE PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ MAIN DANS LA MAIN. À propos, [En ligne], 2022. [<https://cpscmaindanslamain.org/a-propos/>].
- 160 LE TANDEM CENTRE DE PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ. [En ligne], 2021. [<https://letandem.org/le-tandem/>].
- 161 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. *La prévention des blessures chez l'enfant et les adolescents : une démarche de santé publique*, [En ligne], 2020. [<https://www.cps.ca/fr/documents/position/prevention-des-blessures-chez-les-enfants-et-les-adolescents>].
- 162 SANTÉ ESTRIE. *Blessures et sécurité*, [En ligne], 2022. [<https://www.santeestrie.qc.ca/soins-services/conseils-sante/environnement-sains-securitaires/blessure-securite>].
- 163 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE)*, 2017.
- 164 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Maladies infectieuses*, [En ligne], 2022. [<https://www.inspq.qc.ca/maladies-infectieuses>].
- 165 SAEKEL, R. « 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, 2018, p. 1-8.
- 166 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *La couverture des services dentaires*, Gouvernement du Québec, 2017.
- 167 ARPIN, S., N. WASSEF et J.G. VALLÉE. *Meilleures pratiques en lien avec les services dentaires préventifs déployés en milieu scolaire. Revue de la littérature scientifique*, Institut national de santé publique du Québec, 2019.
- 168 ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC. « Projet de loi 29 sur la santé buccodentaire adopté aujourd'hui : "Enfin, l'autonomie des hygiénistes dentaires reconnue" », *Cision*, 24 septembre 2020. [<https://www.newswire.ca/fr/news-releases/projet-de-loi-29-sur-la-sante-buccodentaire-adopte-aujourd-hui-enfin-l-autonomie-des-hygienistes-dentaires-reconnue-jean-francois-lortie-president-ohdq-821657393.html>].
- 169 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *La couverture des services dentaires*, Gouvernement du Québec, 2017.
- 170 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré en service de garde éducatif à l'enfance et à l'école primaire : cadre de référence à l'intention des gestionnaires et des intervenants de santé dentaire publique*, 2019.
- 171 GIANNAKOPOULOS, G., et autres. « Early childhood educators' perceptions of preschoolers' mental health problems: A qualitative analysis », *Annals of General Psychiatry*, vol. 13, n° 1, 2014.
- 172 GIANNAKOPOULOS, G., et autres. « Early childhood educators' perceptions of preschoolers' mental health problems: A qualitative analysis », *Annals of General Psychiatry*, vol. 13, n° 1, 2014; DOUGHERTY, L.R., et autres. « Advances and Directions in Preschool Mental Health Research », *Child Development Perspectives*, vol. 9, n° 1, 2015, p. 14-19.
- 173 GIANNAKOPOULOS, G., et autres. « Early childhood educators' perceptions of preschoolers' mental health problems: A qualitative analysis », *Annals of General Psychiatry*, vol. 13, n° 1, 2014; DOUGHERTY, L.R., et autres. « Advances and Directions in Preschool Mental Health Research », *Child Development Perspectives*, vol. 9, n° 1, 2015, p. 14-19.
- 174 DESMARAIS, M., et autres. *COVID-19 : santé mentale des enfants et des adolescents*, [En ligne], 2021. [https://www.oiiq.org/sante-mentale-enfants-adolescents?c_rid=680h14xg019WzEMgaeg-526615287%7C52575070&utm_campaign=683025&utm_medium=email&utm_source=oiiq&utm_content=DW&syamid=269720887].

-
- 175 DESMARAIS, M., et autres. *COVID-19 : santé mentale des enfants et des adolescents*, [En ligne], 2021. [https://www.oiiq.org/sante-mentale-enfants-adolescents?c_rid=680h14xg019WzEMgaeg-526615287%7C52575070&utm_campaign=683025&utm_medium=email&utm_source=oiiq&utm_content=DW&symid=269720887].
- 176 MELANÇON, A. *COVID-19 : impacts de la pandémie sur le développement des enfants de 2 à 12 ans*, [En ligne], 2021. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3157-impacts-pandemie-developpement-enfants-2-12-ans.pdf>].
- 177 YOSHIKAWA, H., et autres. « Effects of the Global Coronavirus Disease-2019 Pandemic on Early Childhood Development : Short- and Long-Term Risks and Mitigating Program and Policy Actions », *The Journal of Pediatrics*, vol. 223, 2020, p. 188-193.
- 178 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)*, 2020-2021.
- 179 DESMARAIS, M., et autres. *COVID-19 : santé mentale des enfants et des adolescents*, [En ligne], 2021. [https://www.oiiq.org/sante-mentale-enfants-adolescents?c_rid=680h14xg019WzEMgaeg-526615287%7C52575070&utm_campaign=683025&utm_medium=email&utm_source=oiiq&utm_content=DW&symid=269720887].
- 180 DESMARAIS, M., et autres. *COVID-19 : santé mentale des enfants et des adolescents*, [En ligne], 2021. [https://www.oiiq.org/sante-mentale-enfants-adolescents?c_rid=680h14xg019WzEMgaeg-526615287%7C52575070&utm_campaign=683025&utm_medium=email&utm_source=oiiq&utm_content=DW&symid=269720887].
- 181 WHALEN, D.J., et autres. « Depression and Anxiety in Preschoolers: A Review of the Past 7 Years », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 26, n° 3, 2017, p. 503-522.
- 182 COURNOYER, M., et autres, 2016, dans PICHÉ, G., et autres. « Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois », *Santé mentale au Québec*, vol. 42, n° 1, 2017, p. 19-42.
- 183 FAN, Y., et autres. « SARS pandemic exposure impaired early childhood development in China », *Scientific Reports*, vol. 11, n° 8694, 2021.
- 184 LOADES, M.E., et autres. « Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19 », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 59, n° 11, 2020, p. 1218-1239.
- 185 VANDIVERE, S., et autres. *How Housing Affects Child Well-Being*, 2006, 35 p.; COHEN, R. « The impacts of Affordable Housing on Health: A Research Summary », [En ligne], 2011. [<https://www.homelesshub.ca/resource/impacts-affordable-housing-health-research-summary>]; COLEY, R.L., et autres. « Relations Between Housing Characteristics and the Well-Being of Low-Income Children and Adolescents », *Developmental Psychology*, vol. 49, n° 9, 2013, p. 1775-1789; FULLER-THOMSON, E., J.D. HULCHANSKI et S. HWANG. « The Housing/Health Relationship: What Do We Know? », *Reviews on Environmental Health*, [En ligne], vol. 15, n°s 1-2, 2011, p. 109-134. [<https://www.degruyter.com/view/j/reveh.2000.15.1-2/reveh.2000.15.1-2.109/reveh.2000.15.1-2.109.xml>]; INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2017 (EQPPEM)*, [En ligne], 2019. [<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-le-parcours-prescolaire-des-enfants-de-maternelle-2017-sommaire-des-resultats.pdf>]; TAYLOR, L.A. « Housing And Health: An Overview of the Literature », *Health Affairs*, [En ligne], 2018. [<https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hpb20180313.396577/full/>].
- 186 LAVOIE, A. *Les défis de la conciliation travail-famille chez les parents salariés : un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*, Institut de la statistique du Québec, 2016, 59 p.
- 187 BOWERS, A. P., et autres. *An Equal Start: Improving outcomes in Children's Centres, The Evidence Review*, UCL Institute of Health Equity, 2012.
- 188 TOUCHETTE, É., et autres. « Short nighttime sleep duration and hyperactivity trajectories in early childhood », *Pediatrics*, vol. 124, n° 5, 2009, p. e985-93.

-
- 189 MELCHIOR, M., et autres. « Food Insecurity and Children's Mental Health: A Prospective Birth Cohort Study », *PLoS One*, vol. 7, n° 12, 2012, p. e52615.
- 190 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Y'a personne de parfait*, [En ligne], 2019. [<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/parent/personne-parfait.html>].
- 191 PARENT ESTRIE, *Préscolaire*, [En ligne]. [<http://www.parentestrie.com/ordre/prescolaire/page/15/>].
- 192 GEOFFROY, M.-C., et autres. « Daycare Attendance, Stress, and Mental HEALTH », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, n° 9, 2006, p. 607-615.
- 193 JENSEN, B., P. JENSEN et A.W. RASMUSSEN. « Does Professional Development of Preschool Teachers Improve Child Socio- Emotional Outcomes? », *IZA Discussion Paper*, n° 8957, 2015.
- 194 PICHÉ, G., et autres. « Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois », *Santé mentale au Québec*, vol. 42, n° 1, 2017, p. 19-42.
- 195 DAGENAIS, F., et J.-P. HOTTE. *Rapport préliminaire du comité-conseil Agir pour que chaque tout-petit développe son plein potentiel*, Montréal, Québec, 2019.
- 196 KERSHAW, P., et autres. « Les coûts économiques de la vulnérabilité précoce au Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 101, n° 3, 2010, p. 8-13; MOISAN, M. *Garder le cap sur le développement global des jeunes enfants : l'importance des mots utilisés pour parler de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle*, Québec, Direction du développement des enfants, Direction générale des politiques, Ministère de la Famille, Gouvernement du Québec, 2013; PAGANI, L.S., et autres. *Prédire la réussite scolaire des enfants en quatrième année à partir de leurs habiletés cognitives, comportementales et motrices, Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2010)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 6, fascicule 1, 2011; SIMARD, M., et autres. *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2013; WILLIAMS, R., et autres. « La promesse de la petite enfance : pendant combien de temps les enfants devraient-ils attendre ? », *Société canadienne de pédiatrie*, vol. 17, n° 10, 2012, p. 537-538.
- 197 KERSHAW, P., et autres. « Les coûts économiques de la vulnérabilité précoce au Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 101, n° 3, 2010, p. 8-13; MOISAN, M. *Garder le cap sur le développement global des jeunes enfants : l'importance des mots utilisés pour parler de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle*, Québec, Direction du développement des enfants, Direction générale des politiques, Ministère de la Famille, Gouvernement du Québec, 2013; PAGANI, L.S., et autres. *Prédire la réussite scolaire des enfants en quatrième année à partir de leurs habiletés cognitives, comportementales et motrices, Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2010)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 6, fascicule 1, 2011; WILLIAMS, R., et autres. « La promesse de la petite enfance : pendant combien de temps les enfants devraient-ils attendre ? », *Société canadienne de pédiatrie*, vol. 17, n° 10, 2012, p. 537-538.
- 198 IRWIN, L.G., A. SIDDIQI et C. HERTZMAN. *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur*, Rapport final, Commission des déterminants sociaux de la santé, Organisation mondiale de la santé, 2007, p. 1-82.
- 199 DESROSIERS, H., et K. TÉTREULT. « Les facteurs liés à la réussite aux épreuves obligatoires de français en sixième année du primaire : un tour d'horizon », *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2010) – De la naissance à 12 ans*, Institut de la statistique du Québec, vol. 7, fascicule 1, 2012, 40 p.; TÉTREULT, K., et H. DESROSIERS. « Les facteurs liés à la réussite aux épreuves obligatoires de mathématiques en sixième année du primaire : un tour d'horizon », *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2010) – De la naissance à 12 ans*, Institut de la statistique du Québec, vol. 7, fascicule 4, 2013, 27 p.
- 200 IRWIN, L.G., A. SIDDIQI et C. HERTZMAN. *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur*, Rapport final, Commission des déterminants sociaux de la santé, Organisation mondiale de la santé, 2007, p. 1-82; DUNCAN, G.J., et A.J. SOJOURNER. « Can Intensive Early Childhood Intervention Programs Eliminate Income-Based Cognitive and Achievement Gaps? », *Journal of Human Resources*, [En ligne], vol. 48, n° 4, 2013, p. 945-968.
- 201 BOIVIN, M., et autres. *Early Childhood Development*, Ontario, The Royal Society of Canada & The Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel, 2012.
-

- 202 LAVOIE, A., L. GINGRAS et N. AUDET. *Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2017 : portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, tome 1, 2019, 154 p. [<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-le-parcours-prescolaire-des-enfants-de-maternelle-2017-tome-1-portrait-statistique-pour-le-quebec-et-ses-regions-administratives.pdf>].
- 203 FAN, Y., et autres. « SARS pandemic exposure impaired early childhood development in China », *Scientific Reports*, vol. 11, n° 8694, 2021.
- 204 DEONI, S.C.L. *Impact of the COVID-19 Pandemic on Early Child Cognitive Development: Initial Findings in a Longitudinal Observational Study of Child Health*, août 2021. [<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.10.21261846v1.full>].
- 205 ALLERTON, L.A., et autres. « Health inequalities experienced by children and young people with intellectual disabilities: A review of literature from the United Kingdom », *Journal of Intellectual Disabilities*, vol. 15, n° 4, 2011, p. 269-278 ; FAMILIES SPECIAL INTEREST RESEARCH GROUP OF IASSIDD. « Families supporting a child with intellectual or developmental disabilities: The current state of knowledge », *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol. 27, n° 5, 2014, p. 420-430 ; HAUSER-CRAM, P., et autres. « Children with disabilities: A longitudinal study of child development and parent well-being », *Monographs of the Society for Research in Child Development, Serial n° 266*, vol. 66, n° 3, 135 p. ; OESEBURG, B., et autres. « Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: A systematic literature review », *Intellectual and Developmental Disabilities*, vol. 49, n° 2, 2011, p. 59-85 ; UNICEF. « Promoting the rights of the children with disabilities », *Innocenti Digest n° 13*, Innocenti Research Center, 2007.
- 206 FELDMAN, H.M., et M.I. REIFF. « Attention Deficit–Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents », *The New England Journal of Medicine*, vol. 370, 2014, p. 838-846.
- 207 DEAULT, L.C., 2010, dans LANGLOIS, V., et autres. « Le rôle spécifique de la sensibilité maternelle comme facteur associé au risque de diagnostics cooccurrents chez l'enfant d'âge préscolaire », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2021.
- 208 YOSHIMASU, K., et autres, 2021, dans LANGLOIS, V., et autres. « Le rôle spécifique de la sensibilité maternelle comme facteur associé au risque de diagnostics cooccurrents chez l'enfant d'âge préscolaire », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2021.
- 209 O'NEILL, S., et autres. « Preschool predictors of ADHD symptoms and impairment during childhood and adolescence », *Current Psychiatry Reports*, vol. 19, n° 12, 2017, p. 1-15.
- 210 CHILDREN AND ADULTS WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER. *About ADHD – Overview*, [En ligne], 2021. [<https://chadd.org/about-adhd/overview/>].
- 211 CHILDREN AND ADULTS WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER. *About ADHD – Overview*, [En ligne], 2021. [<https://chadd.org/about-adhd/overview/>].
- 212 MICAH O.M., et autres, « Course and predictors of sleep and co-occurring problems in children with autism spectrum disorder », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2019.
- 213 CENTRE DE SERVICES SCOLAIRES DE LA RÉGION DE SHERBROOKE. *Maternelle 4 ans temps plein, passe-partout*, [En ligne], 2022. [<https://www.csrq.qc.ca/fr/parent/inscription/admission-et-inscription/maternelle-4-ans/index.html>].
- 214 SIMARD, M., et autres. *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2013, 99 p.
- 215 OFFICE MUNICIPAL D'HABITATION DE SHERBROOKE. *Les besoins de logement abordable à Sherbrooke*, [En ligne]. [<https://omhshebrooke.qc.ca/information/le-logement-social-a-shebrooke/les-besoins-de-logement-abordable-a-shebrooke/>].
- 216 DESROSIERS, H., K. TÊTREAU et M. BOIVIN. « Caractéristiques démographiques, socioéconomiques et résidentielles des enfants vulnérables à l'entrée à l'école », *Portraits et trajectoires*, Institut de la statistique du Québec, n° 14, 2012, 12 p.
- 217 BOWERS, A.P., et autres. *An Equal Start: Improving outcomes in Children's Centres, The Evidence Review*, UCL Institute of Health Equity, 2012.

-
- 218 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Développement des enfants, [En ligne], 2022. [<https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/>]; GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Programme Agir tôt*, [En ligne], 2022. [<https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/programme-agir-tot-depister-tot-pour-mieux-repondre-aux-besoins-des-enfants>].
- 219 MACY, M., K. MARKS et A. TOWLE. « Missed, misused, or mismanaged: Improving early detection systems to optimize child outcomes », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 34, n° 2, 2014, p. 94-105.
- 220 SQUIRES, J., et autres. *ASQ-3: User's guide* (3^e éd.), Baltimore, Brookes Publishing, 2009.
- 221 VOCISANO, D. *Bright Beginnings Program Year-End Report for January to December 2020*, 2021.
- 222 PROJET ENSEMBLE POUR DES MILIEUX DE GARDE INCLUSIFS. *Enquête provinciale sur l'inclusion en milieu de garde. Intervention précoce en milieu de garde : modèle intersectoriel de soutien aux enfants en CPE inclusifs*, Université du Québec à Trois-Rivières, 2019.
- 223 MINISTÈRE DE LA FAMILLE. *Intégration des enfants vulnérables adressés par les CISSS-CIUSSS*, [En ligne], 2017. [<https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/cpe-garderies/gestion-sg/Pages/integration-enfants-vulnerables.aspx>]
- 224 CENTRE DE SERVICES SCOLAIRES DE LA RÉGION DE SHERBROOKE. *Maternelle 4 ans temps plein, passe-partout*, [En ligne], 2022. [<https://www.csrsc.qc.ca/fr/parent/inscription/admission-et-inscription/maternelle-4-ans/index.html>].
- 225 SIMARD, M., et autres. *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2013, 99 p.
- 226 INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *Évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées*, 2018. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_RS-TDAH.pdf].
- 227 PASSEPORT SANTÉ. *L'autisme : qu'est-ce que c'est ?*, [En ligne], 2013. [<https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=autisme>].
- 228 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants*, [En ligne], 2019. [<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/jeunesse/initiative-concertee-d-intervention-pour-le-developpement-des-jeunes-enfants/volet-intervention/>].
- 229 SANTÉ ESTRIE. *Voir plus grand pour nos tout-petits*, [En ligne], 2022. [<https://www.santeestrie.qc.ca/nouvelle/voir-plus-grand-pour-nos-tout-petits/>].
- 230 MINISTÈRE DE LA FAMILLE. *Répertoire des organismes communautaires dédiés aux familles*, [En ligne], 2022. [<https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Famille/partenaires/organismes-communautaires-famille/ocf/Pages/recherche.aspx?recherche=1&NomOCF=&AdresseOCF=&VilleOCF=&NoTelOCF=&MissionOCF=&ActivitesServicesOCF=&TerritoiresOCF=&FraisOCF=&LangueOCF=&RegionAdministrativeOCF=16&PersonnesViseesOCF=&CodePostalOCF=&RechercheSimplifiee=estrie>].
- 231 FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES FAMILLE. *Qu'est-ce qu'un OCF ?*, [En ligne], 2022. [<https://fqocf.org/parents/quest-ce-quun-ocf/>].

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



Fondation Lucie
et André Chagnon