



COMMENT
SE PORTENT
LES TOUT-PETITS QUÉBÉCOIS ?

Portrait 2017

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/portrait2017.

Équipe de projet

DIRECTION

Fannie Dagenais

RECHERCHE ET RÉDACTION

Kathleen Couillard

RÉVISION LINGUISTIQUE

Claire Neveux et Marilou Denault

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE

GB Design Studio

GESTIONNAIRE / PRODUCTION GRAPHIQUE ET NUMÉRIQUE

Alexandre Gosselin

NOS PLUS SINCÈRES REMERCIEMENTS À TOUS CEUX QUI ONT PARTICIPÉ À L'ANALYSE DES DONNÉES OU À LA RÉVISION DE CE DOCUMENT :

Sophie Bonneville

Direction générale de la santé publique,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Caroline Bouchard

Professeure, Département d'études
sur l'enseignement et l'apprentissage,
Université Laval

Julie Brousseau

Psychologue, CHU Sainte-Justine

Catherine Chouinard

Avenir d'enfants

Catherine Dea

Médecin-conseil, Direction régionale
de la santé publique de Montréal

Marie-Josée Demers

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Hélène Desrosiers

Institut de la statistique du Québec

François Fortin

Retraite Québec

Christa Japel

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

Marie-Claude Larrivée

Consultante, MC Larrivée
recherche-intervention

Isabelle Lizée

Carrefour action municipale et famille

Joanie Migneault

Ministère de la Famille

Virginie Nanhou

Institut de la statistique du Québec

Simon Ouellet

Ministère de l'Éducation
et de l'Enseignement supérieur

Éric Pelletier

Institut national de santé publique du Québec

Julie Poissant

Institut national de santé publique du Québec

Julie Raymond

Psychologue pour enfant, spécialiste
du développement et du comportement
des tout-petits

Marie Rhéaume

Réseau pour un Québec Famille

Julie Soucy

Direction générale de la santé publique,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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 (2017). *Comment se portent les tout-petits québécois? Portrait 2017*. Montréal, Québec, Fondation Lucie et André Chagnon.

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 (version imprimée) – 4^e trimestre 2017

Dépôt légal (PDF) – 4^e trimestre 2017

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-9814756-5-7 (Version imprimée)

ISBN : 978-2-9814756-6-4 (PDF)

TABLE DES MATIÈRES

4
FAITS
SAILLANTS

5
LE PORTRAIT
DES TOUT-PETITS
QUÉBÉCOIS

La situation au Québec : Comment se portent les tout-petits ?

9
QUI SONT
LES 0-5 ANS ?

12
PENDANT LA
GROSSESSE ET
À LA NAISSANCE

25
LEUR SANTÉ
PHYSIQUE

39
LEUR SANTÉ
MENTALE

47
LEUR
DÉVELOPPEMENT

58
CONCLUSION

60
À PROPOS
DES DONNÉES
PRÉSENTÉES

63
RÉFÉRENCES
ET NOTES

FAITS SAILLANTS

L'état de santé des enfants québécois à la naissance s'améliore. Les retards de croissance intra-utérins, les bébés de petit poids et les décès à la naissance sont des phénomènes en diminution depuis la fin des années 1970. La proportion de mères qui allaitent ou qui tentent de le faire est également plus élevée qu'au début des années 2000. Cependant, plusieurs d'entre elles cessent l'allaitement dans les premiers mois de vie de leur enfant.

Il est préoccupant de constater que le taux de césariennes est passé de 20,9 % en 2002 à 24,9 % en 2015. De plus, malgré une légère diminution dans les dernières années, le taux de prématurité demeure supérieur à celui mesuré au début des années 1980. Cela pourrait s'expliquer par la proportion plus élevée d'enfants nés d'une mère plus âgée et par l'augmentation des naissances multiples.

Du point de vue de leur santé physique, les tout-petits se portent mieux en 2017 qu'il y a 10 ans. Les hospitalisations pour asthme chez les enfants de 0 à 4 ans ont diminué entre 2007-2010 et 2013-2016, tout comme les hospitalisations pour blessures non intentionnelles.

Plusieurs maladies infectieuses évitables par la vaccination sont également en baisse. Des éclosons de rougeole sont toutefois observées à l'occasion, ce qui rappelle l'importance de continuer à vacciner les tout-petits. Par ailleurs, l'obésité demeure une préoccupation importante. En 2015, le tiers des tout-petits étaient à risque de surpoids, en surpoids ou obèses. De plus, seulement le quart des enfants de 3 à 5 ans respectaient les recommandations pour le temps passé devant un écran.

Il est également important d'être vigilant en ce qui concerne la santé mentale des tout-petits. En 2015-2016, 22 010 enfants âgés de 1 à 5 ans avaient un diagnostic de trouble mental. La proportion de tout-petits diagnostiqués est passée de 3,5 % en 2000-2001 à 4,8 % en 2015-2016. La proportion d'enfants avec un diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH/TDA) ou de trouble du spectre de l'autisme est peu élevée chez les 1 à 5 ans. Elle a toutefois augmenté entre 2000-2001 et 2015-2016. Très peu de données sont cependant disponibles pour évaluer la santé mentale des tout-petits. L'ampleur du problème pourrait donc être sous-estimée.

Par ailleurs, en 2012, un enfant de maternelle sur quatre était vulnérable dans au moins un domaine de son développement. Certains groupes d'enfants étaient plus nombreux en proportion à être vulnérables comparativement aux autres : les garçons, les enfants plus jeunes, les enfants ayant une langue maternelle autre que le français ou l'anglais, les enfants nés à l'extérieur du Canada, ceux n'ayant pas fréquenté régulièrement un service de garde éducatifs avant l'entrée à la maternelle et ceux résidant dans un milieu défavorisé sur le plan matériel ou social.

Enfin, la question de l'accessibilité aux services pour les tout-petits est inquiétante. Près d'une famille sur 10 ayant des enfants de 0 à 5 ans déclarait en 2015 ne pas avoir de médecin de famille ou de pédiatre. Il est également inquiétant de constater qu'en 2012, certains enfants vulnérables ne bénéficiaient pas des services d'un professionnel non enseignant à la maternelle.

LE PORTRAIT DES TOUT-PETITS QUÉBÉCOIS

Mis sur pied en avril 2016, l'Observatoire des tout-petits est un projet de la Fondation Lucie et André Chagnon qui a pour mission de contribuer à placer le bien-être et le développement des tout-petits au cœur des priorités de la société québécoise.

Pour y parvenir, l'Observatoire regroupe les données les plus rigoureuses concernant les enfants âgés de 0 à 5 ans, les communique et suscite le dialogue autour des actions collectives nécessaires en petite enfance. Les activités de l'Observatoire s'organisent autour de deux questions fondamentales :

COMMENT SE PORTENT LES TOUT-PETITS QUÉBÉCOIS ?

ET

DANS QUELS ENVIRONNEMENTS GRANDISSENT-ILS ?

Le premier portrait, paru en 2016, répondait à la deuxième question. Celui-ci s'attarde à la première. Il propose de faire un arrêt sur image, le temps de décrire la santé et le développement des enfants âgés de 0 à 5 ans au Québec. Il fait état des conditions dans lesquelles ils viennent au monde, de leur état de santé physique, de leur état de santé mentale et de leur développement.

Les données présentées dans ce portrait proviennent de données administratives, de recensements ou encore 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 tous mesurés dans les enquêtes ou consignés dans les banques de données administratives. Cependant, les données dont nous disposons sont représentatives de l'ensemble des tout-petits québécois.

Ces données dressent le portrait actuel des tout-petits québécois, mais aussi, lorsque cela est possible, présentent l'évolution de la situation au cours des dernières années. Parce que les données utilisées proviennent de différentes sources, les années de référence évoquées peuvent parfois varier. Celles que nous vous présentons sont les plus récentes dont nous disposons.

La réalisation de ce portrait a été rendue possible grâce à la contribution de nombreuses personnes. C'est le cas notamment de l'équipe de l'Institut de la statistique du Québec. Il en va de même également des membres des comités scientifique et consultatif de l'Observatoire ainsi que des experts consultés aux différentes étapes de réalisation de ce portrait. À tous ces professionnels dévoués, capables de donner une dimension humaine aux chiffres, l'Observatoire tient à adresser ses plus sincères remerciements.

Leurs efforts concertés permettent aujourd'hui de mieux savoir comment se portent les enfants âgés de 0 à 5 ans au Québec et de poser, par le fait même, un regard unique sur leur réalité.

LA SITUATION AU QUÉBEC

Des portraits régionaux ont également été produits
et sont disponibles à l'adresse tout-petits.org/portrait2017.



QUI SONT LES 0-5 ANS ?



Le nombre de tout-petits a augmenté d'année en année entre 2006 et 2014, pour baisser légèrement en 2015 et en 2016.



À eux seuls, les tout-petits représentent **6,4 %** de la population québécoise.

En 2006, ils représentaient **5,9%** de la population.

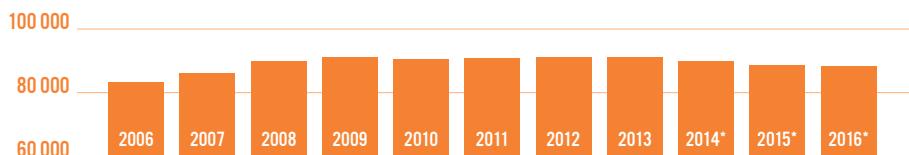
Source : Institut de la statistique du Québec et Statistique Canada, Estimation de population, adapté par l'Institut de la statistique du Québec. Données provisoires de 2016.



Le nombre de naissances dans l'ensemble du Québec est, quant à lui, passé de

81 962 en 2006 à **86 400** en 2016

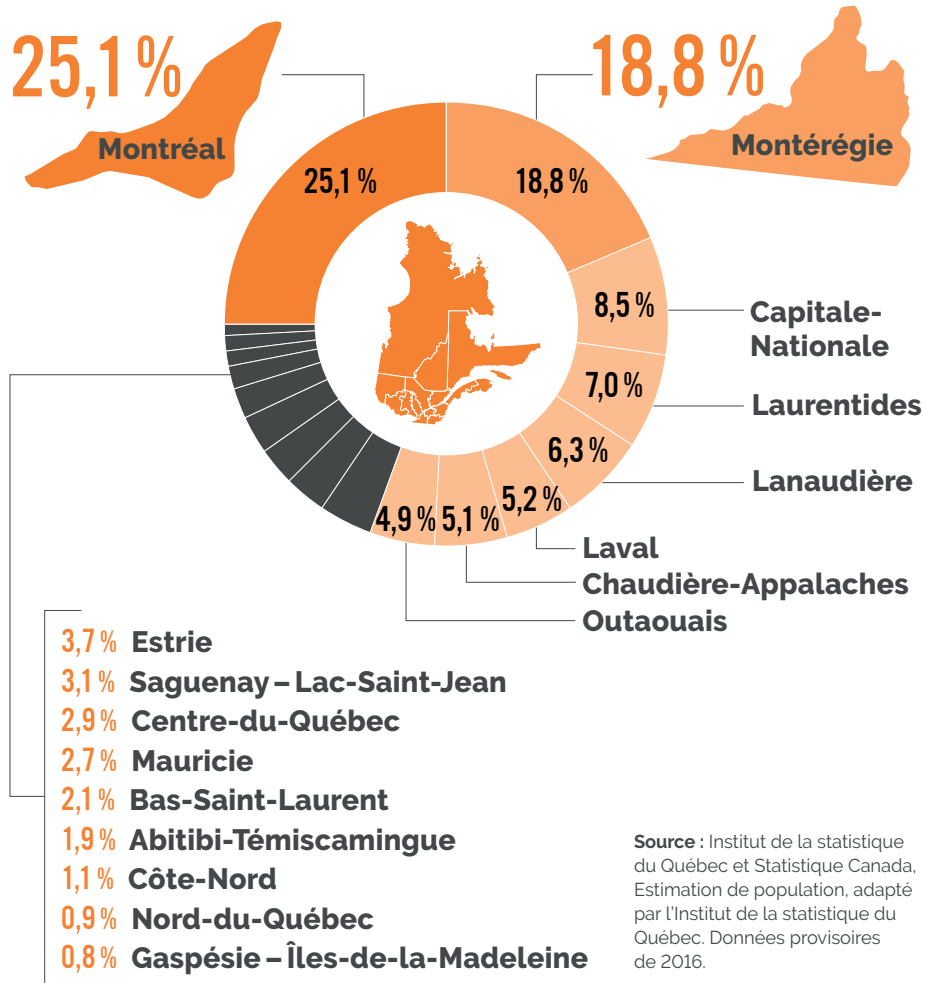
Toutefois, le nombre annuel de naissances diminue depuis quelques années et demeure inférieur au nombre observé entre 2009 et 2013, alors qu'il dépassait les 88 000 naissances par année.



* Données provisoires pour 2014 à 2016

Source : Institut de la statistique du Québec, *Registre des événements démographiques*. Données provisoires de 2014 à 2016.

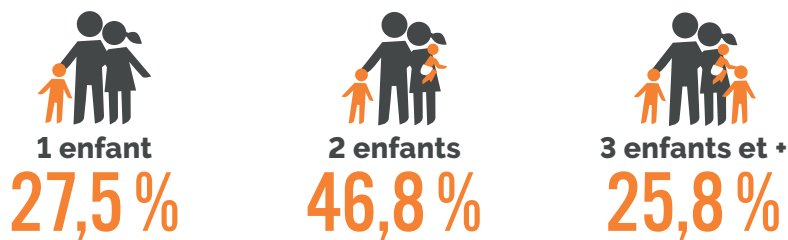
RÉPARTITION DE LA POPULATION DES TOUT-PETITS SELON LES RÉGIONS



La répartition entre les régions a généralement peu changé de 2006 à 2016.

FRATRIE

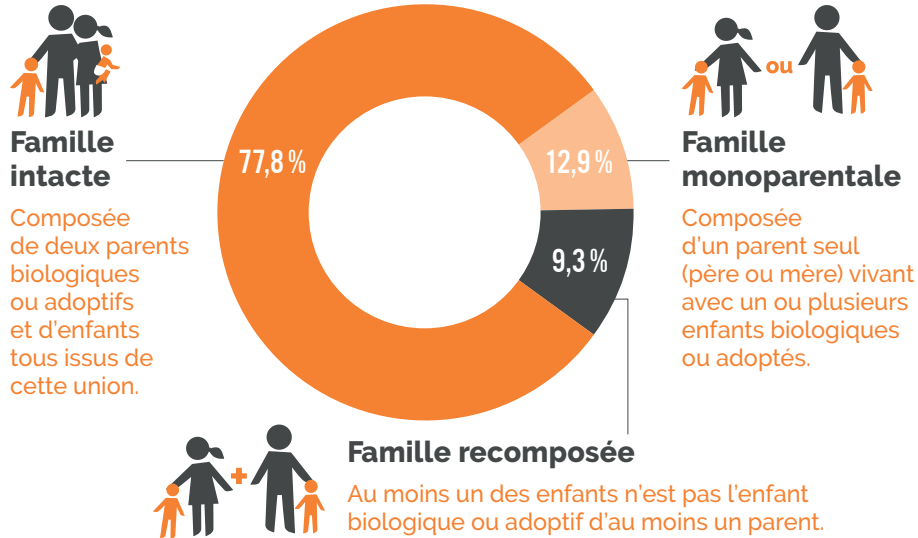
Selon les données les plus récentes, les tout-petits québécois vivent dans des familles comptant :



Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur les ménages de 2011, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

STRUCTURE FAMILIALE

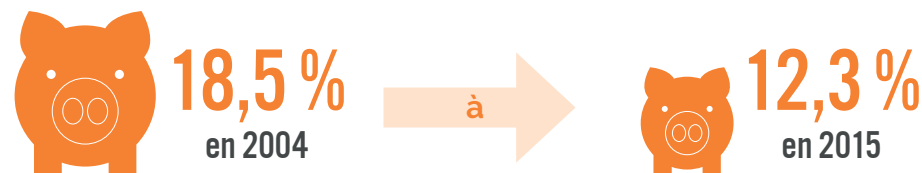
En 2011, la majorité des tout-petits québécois vivent dans une famille intacte.



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale auprès des ménages*, 2011, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

SITUATION ÉCONOMIQUE

Entre 2004 et 2015, la proportion d'enfants de 0 à 5 ans vivant dans une famille à faible revenu* est passée de



* Après impôt

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

La pauvreté peut avoir des conséquences négatives sur les tout-petits, autant sur leur santé physique que sur leur développement social et émotif ou leur réussite éducative. Ces impacts peuvent persister pendant toute leur vie.¹

La situation socioéconomique et les environnements dans lesquels grandissent les tout-petits québécois sont abordés plus en détail dans l'édition 2016 du Portrait des tout-petits québécois. Ce rapport peut être consulté à l'adresse tout-petits.org/portrait2016.



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 aura possiblement des répercussions tout au long de sa vie.

Le contexte dans lequel se déroule la grossesse influence la santé du bébé. Par exemple, certains facteurs peuvent 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 multiples**.² Ces facteurs augmentent également le risque d'anomalies congénitales, de **retard de croissance intra-utérin** et de **naissance prématurée**, ou d'avoir un **bébé de faible poids**. Il est toutefois possible d'agir sur ces facteurs durant la grossesse et à la naissance. Par exemple, les **rencontres prénatales** de groupe sont une façon d'informer les futurs parents et d'encourager l'adoption de saines habitudes de vie chez la mère.³ Ces rencontres ne peuvent pas, à elles seules, modifier l'état de santé, mais elles peuvent influencer certains déterminants de la santé sur lesquels la mère et le père peuvent agir.⁴

Améliorer les modalités de naissance est également une façon de donner un bon départ aux tout-petits. Bien que la **césarienne** soit parfois nécessaire pour la sécurité d'un bébé ou de sa mère, elle n'est pas sans risque (ex. : infections, hémorragie, difficultés à commencer l'allaitement).⁵ 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 %.⁶

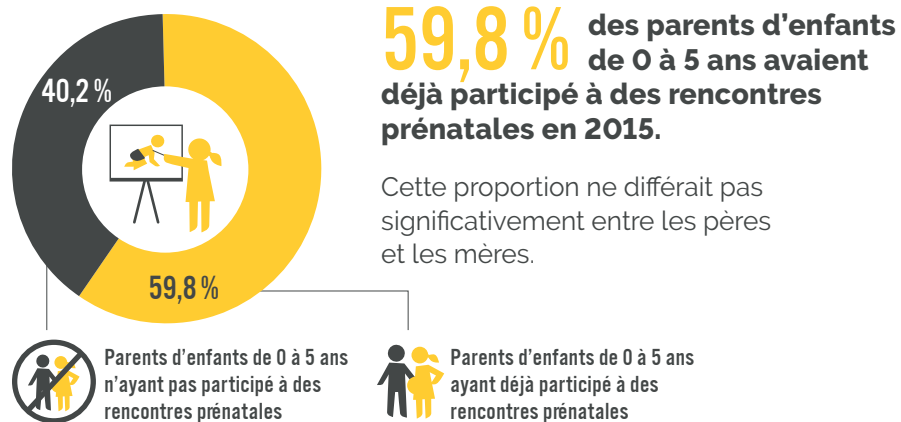
Par ailleurs, les complications à la naissance peuvent elles-mêmes nuire à la santé et au développement de l'enfant. Le **retard de croissance intra-utérin**, la **prématurité** et le **faible poids à la naissance** sont notamment associés à des problèmes respiratoires, à des difficultés neurologiques, à la cécité, à la surdité de même qu'à des problèmes de comportement et d'apprentissage plus tard dans la vie de l'enfant.⁷

Enfin, 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).⁸ De plus, les études démontrent que l'allaitement diminue le risque de mort subite du nourrisson et de certaines maladies chroniques (maladie cœliaque, maladies inflammatoires de l'intestin, obésité et diabète).⁹ Les **services de soutien en allaitement**, offerts par des professionnels (médecins, sages-femmes, infirmières, consultantes en lactation) ou des bénévoles de groupes d'entraide, peuvent contribuer à soutenir les mères allaitantes.¹⁰



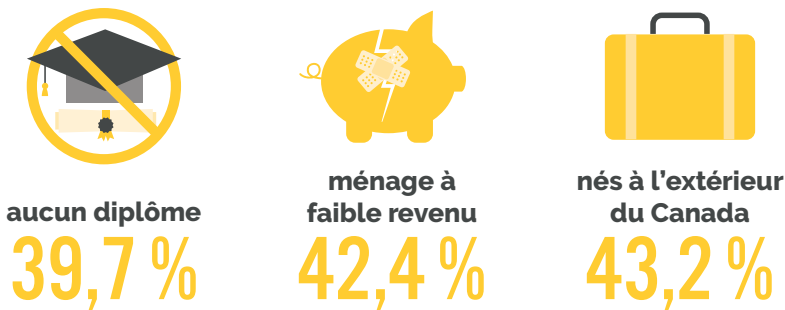
LA GROSSESSE

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, alors que ces parents ont souvent un plus grand besoin de soutien durant la période prénatale.

Proportion de parents ayant participé à des rencontres prénatales



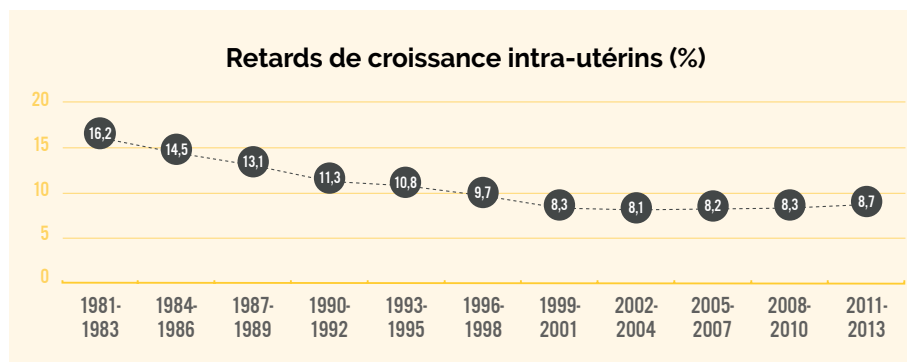
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans, 2015.*

RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN

Lorsqu'un bébé vient au monde avec un poids sous le 10^e percentile des courbes standards de poids pour le nombre de semaines de grossesse complétées, on conclut à un retard de croissance intra-utérin.



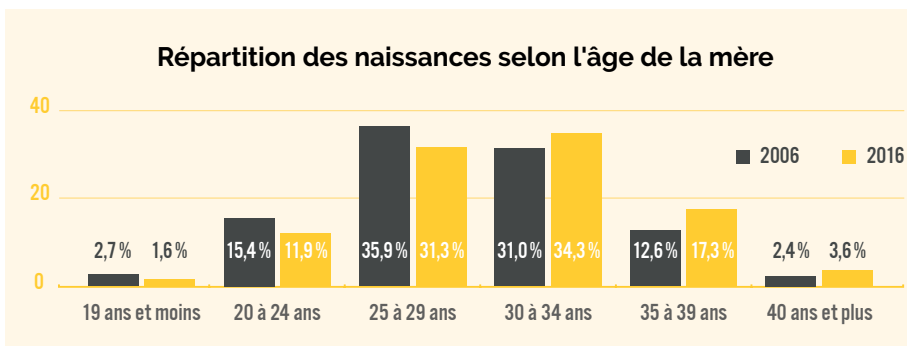
Le taux de retards de croissance intra-utérins de 2011-2013 est significativement plus élevé que celui de 2002-2004 (8,1%), période où il était le plus bas. Cependant, depuis le début des années 1980, la proportion a diminué de façon importante. Elle était en effet de 16,2% en 1981-1983.



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances (produit électronique). 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 29 mai 2017.

LA NAISSANCE

ÂGE DE LA MÈRE À LA NAISSANCE



Entre 2006 et 2016, la proportion d'enfants dont la mère avait 35 ans et plus à leur naissance a augmenté. Elle est passée de 15% à 21% pendant cette période. La proportion d'enfants nés d'une mère de 19 ans et moins a pour sa part diminué pendant la même période.

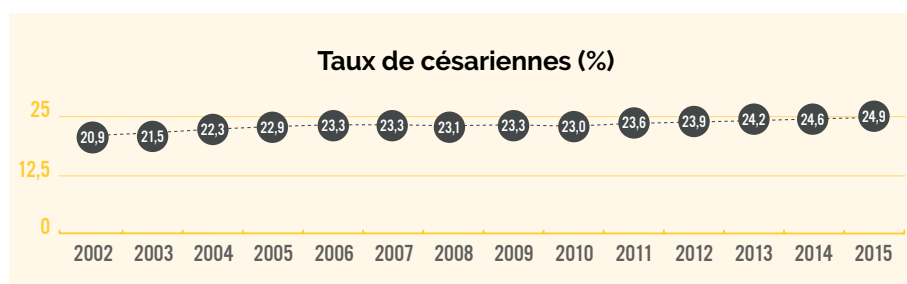
Source : Institut de la statistique du Québec.

CÉSARIENNES



24,9 % des accouchements ont eu lieu par césarienne au Québec en 2015.*

En 2002, le taux était de 20,9%.
Il s'agit d'une augmentation de 19%.



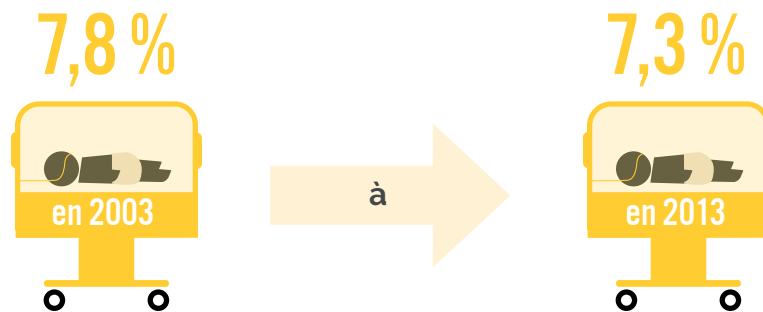
Selon l'OMS, un taux de césariennes supérieur à 10% n'est pas associé à une réduction de la mortalité pour la mère ou le bébé. La communauté internationale considère donc que la proportion idéale de césariennes se situe entre 10 et 15%.¹¹

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

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux.

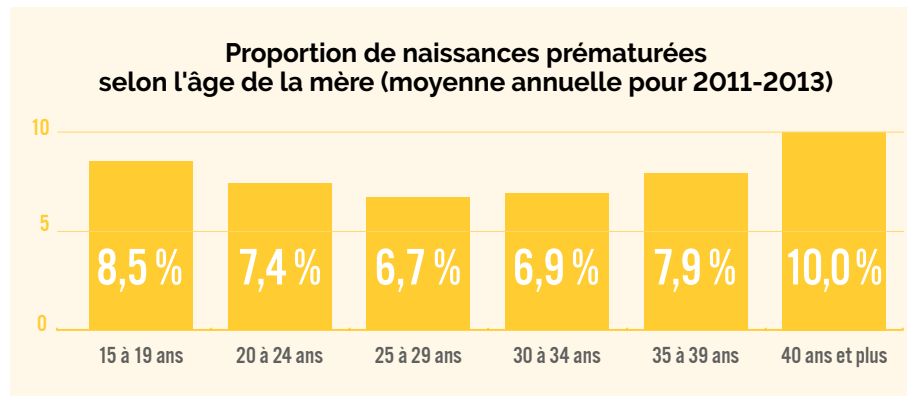
NAISSANCES PRÉMATURÉES

En 10 ans, la proportion de bébés nés avant d'avoir complété 37 semaines de grossesse est passée de



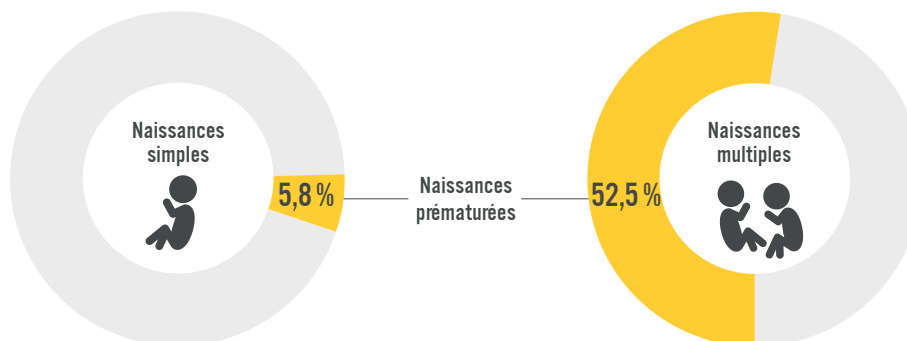
Malgré cette légère diminution, le taux de prématurité demeure supérieur à celui mesuré au début des années 1980. En 1980, il était de 5,6%.

Les naissances prématurées sont plus fréquentes si la mère a 40 ans et plus ou si elle a 19 ans et moins.



Les naissances prématurées sont également plus fréquentes dans le cas de naissances multiples.

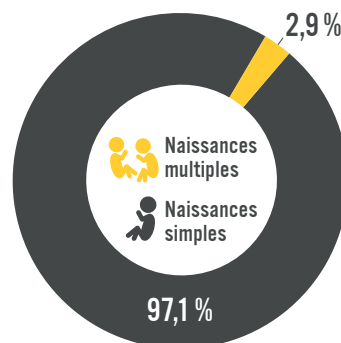
Proportion de naissances prématurées selon le type de naissance (moyenne annuelle pour 2011-2013)



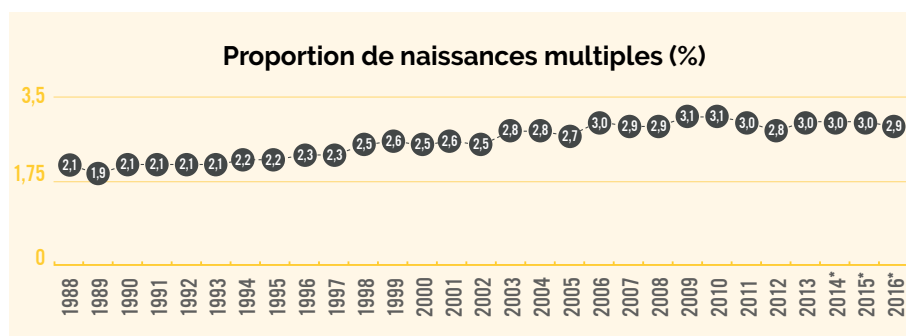
Source : Institut de la statistique du Québec, *Registre des événements démographiques*.

NAISSANCES MULTIPLES

En 2016, les naissances multiples représentaient **2,9%** de toutes les naissances. Il s'agissait presque exclusivement de jumeaux. En effet, les naissances de **triplés** (ou plus) représentaient à peine **0,05%** de l'ensemble des naissances.



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 2016. La proportion de naissances multiples est toutefois relativement stable depuis 2006.



* Données provisoires pour 2014 à 2016

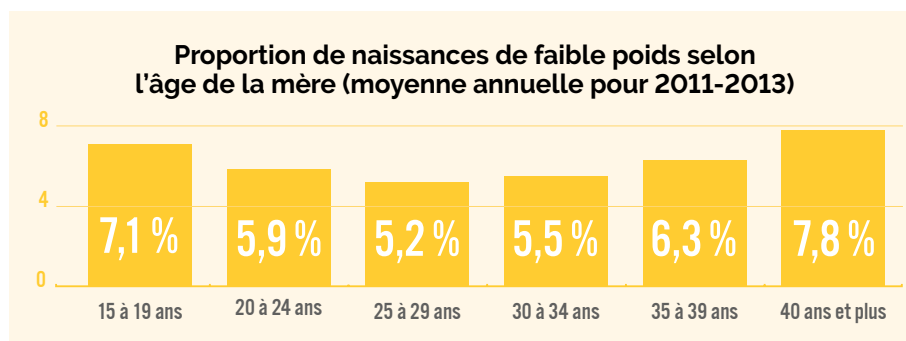
Source : Institut de la statistique du Québec, *Registre des événements démographiques*.

FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE



5,9% des bébés qui ont vu le jour en 2013 pesaient moins de 2,5 kg (5,5 lb). Cette proportion se situait à 6,5% en 1980 et se maintient sous la barre des 6% depuis 1999.

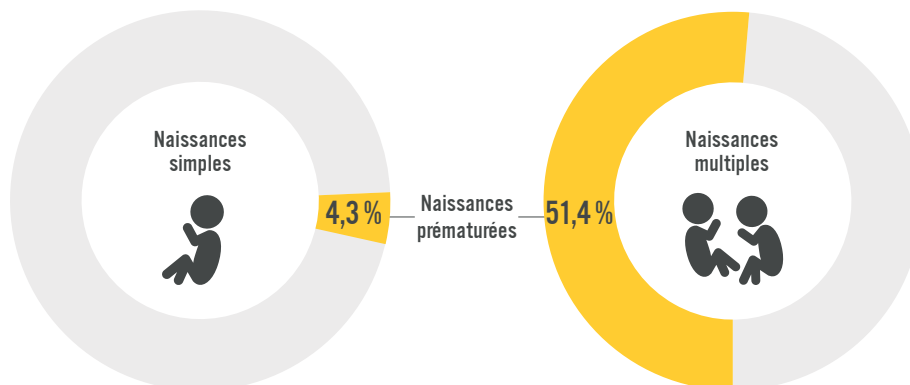
Les naissances de bébés de petit poids sont plus fréquentes chez les femmes de 40 ans et plus ou de 19 ans et moins.



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

Elles sont aussi plus fréquentes lors de naissances multiples.

Proportion de bébés de faible poids selon le type de naissance (moyenne annuelle pour 2011-2013)



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

BÉBÉS MORT-NÉS (MORTINATALITÉ)

4,4
1 000

En 2015, le taux de bébés mort-nés était de **4,4 pour 1 000 naissances**.

Ce taux est demeuré stable dans les dernières années après avoir connu une baisse importante entre la fin des années 1970 et le milieu des années 1990. En 1976, le taux de bébés mort-nés était de 7,8 pour 1 000 naissances.

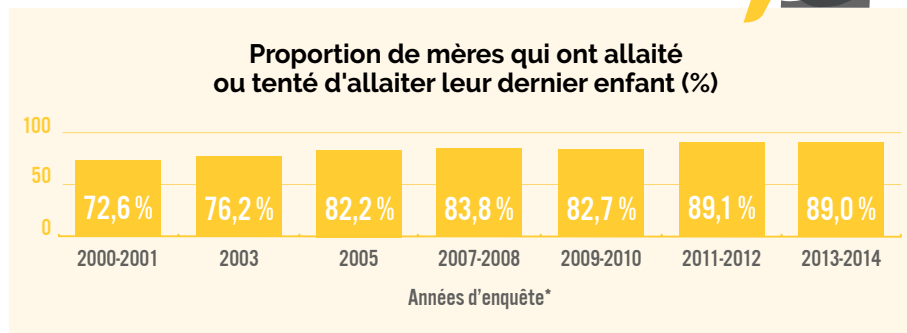
Selon l'Organisation mondiale de la santé, tous les pays devraient se fixer comme objectif de **diminuer le taux de mortinatalité à moins de 10 décès pour 1 000 naissances d'ici 2035**.¹² Le Québec fait donc bonne figure sur cet aspect.

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

ALLAITEMENT

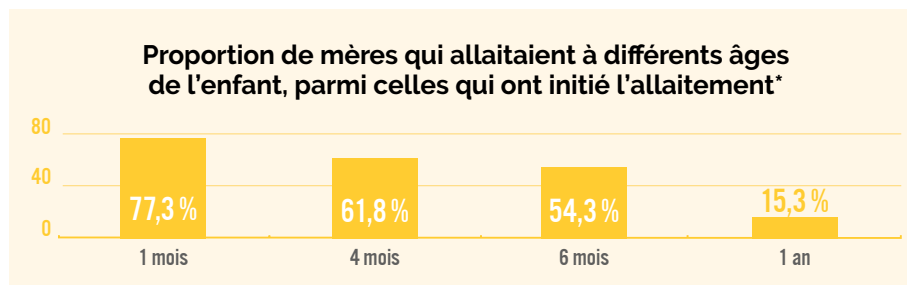
Selon les données de 2013-2014, environ **89,0 %** des mères ont allaité ou tenté d'allaiter leur dernier enfant*.

Cette proportion est plus élevée que celle observée en 2000-2001 qui était alors de 72,6 %.



* Parmi les femmes de 15 à 55 ans qui ont donné naissance au cours des cinq années précédentes. À partir de 2003, les proportions pourraient être surestimées en raison de la non-réponse partielle élevée.

Cependant, selon les données de 2013-2014, la proportion de mères qui allaitent leur bébé diminue pendant la première année de vie de l'enfant.



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

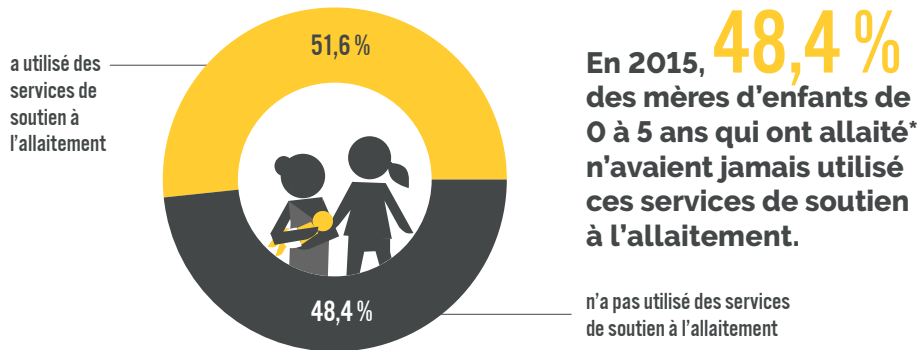
De plus, parmi les mères qui avaient introduit d'autres liquides ou des aliments solides dans l'alimentation de leur enfant, 73,8 % l'avaient fait avant 6 mois.

L'Organisation mondiale de la santé recommande de nourrir les bébés exclusivement avec du lait maternel pendant les 6 premiers mois de leur vie. Après l'introduction des aliments solides, l'allaitement peut ensuite se poursuivre jusqu'à 2 ans et au-delà.¹³

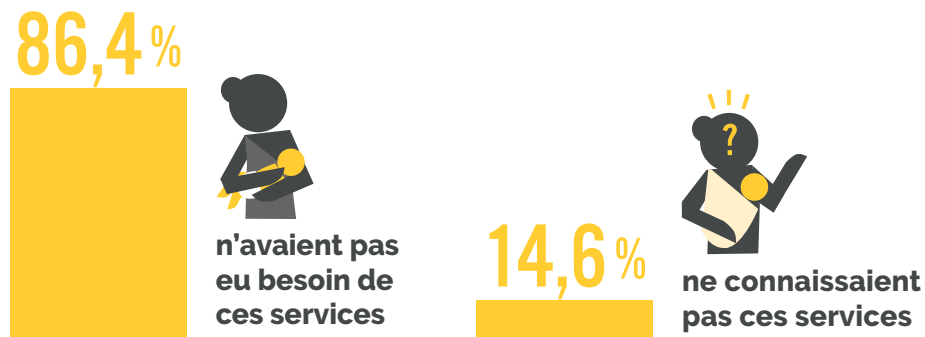
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, 2000-2001, 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012 et 2013-2014, fichiers de partage, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

SERVICES DE SOUTIEN À L'ALLAITEMENT

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 consultant en lactation.



Parmi ces mères qui n'avaient pas utilisé de 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*.

La grossesse et la naissance en bref

De façon générale, l'état de santé dans lequel les tout-petits québécois viennent au monde s'améliore.

- ▶ Le taux de retards de croissance intra-utérins a diminué depuis le début des années 1980.
- ▶ La proportion de bébés de petit poids à la naissance est plus faible en 2013 qu'au début des années 1980.
- ▶ Le taux de décès à la naissance a reculé d'environ la moitié, du milieu des années 1970 au milieu des années 1990, et est demeuré relativement stable par la suite. Le Québec fait donc bonne figure sur cet aspect puisque le taux est bien inférieur à la cible fixée par l'OMS.
- ▶ La proportion de mères qui allaitent ou qui tentent de le faire a augmenté par rapport au début des années 2000.

Certains éléments demeurent préoccupants.

- ▶ Malgré une légère diminution dans les dernières années, le taux de prématurité demeure plus élevé en 2013 qu'en 1980.
- ▶ Le taux de césariennes était de 24,9 % en 2015. Il s'agit d'une augmentation de 19 % depuis 2002. Ce taux est également supérieur au taux idéal recommandé par l'OMS (10 à 15 %).
- ▶ Malgré l'augmentation de la proportion de mères qui ont allaité ou tenté d'allaiter leur dernier enfant, plusieurs d'entre elles cessent l'allaitement dans les premiers mois. De plus, peu de mères allaitent toujours exclusivement à 6 mois.

IL EST POSSIBLE D'AGIR

La littérature scientifique indique que nous disposons de leviers collectifs pour agir sur les conditions dans lesquelles se déroulent la grossesse et la naissance des tout-petits. Voici quelques pistes, à titre d'exemple :



Vivre dans un milieu socioéconomique défavorisé est associé à une fréquence plus élevée de bébés prématurés ou de faible poids à la naissance ainsi qu'à des taux d'allaitement plus faibles.¹⁴ Les mesures visant à **améliorer les conditions de vie des femmes enceintes** issues de ces milieux et à leur offrir du soutien (ex. : intervention nutritionnelle OLO¹⁵, modèle de la Maison Bleue¹⁶, programme SIPPE, soutien financier¹⁷) peuvent donc avoir des conséquences positives sur la santé du bébé à naître, tant sur le poids à la naissance que sur les taux de prématurité et d'allaitement.



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 sécuritaire¹⁸. 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'allaitement¹⁹.



La certification Initiative Amis des Bébé s'est avérée efficace pour améliorer les taux d'allaitement²⁰. Certaines conditions pourraient aussi contribuer à soutenir l'allaitement, notamment la création d'environnements favorables à l'allaitement²¹ (ex. : campagne de marketing social pour favoriser des attitudes positives par rapport à l'allaitement, création de salles d'allaitement, appui au droit des femmes d'allaiter dans les lieux publics).²² Enfin, une meilleure formation des professionnels²³ et la présence de groupes de soutien²⁴ peuvent appuyer les mères dans leur décision d'allaiter.

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

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



COMMENT SE PORTENT LES TOUT-PETITS EN GRANDISSANT ?

LA SANTÉ PHYSIQUE

Pour atteindre leur plein potentiel, les tout-petits doivent pouvoir compter sur une bonne santé physique. Les problèmes de santé physique qui ne sont pas traités peuvent, en effet, nuire autant à la santé physique globale de l'enfant qu'à sa santé mentale et à son développement. De plus, la grande majorité de ces problèmes sont au moins partiellement évitables par des interventions préventives, diminuant ainsi grandement leurs conséquences sur les tout-petits.

Les séquelles des maladies de la petite enfance peuvent être nombreuses. Ainsi, les **maladies infectieuses** peuvent, par exemple, causer une paralysie, des dommages au cerveau, des difficultés respiratoires, des atteintes au foie ou une surdité.²⁵ Les **blessures non-intentionnelles** peuvent nuire au fonctionnement moteur et causer des incapacités permanentes.²⁶ Par ailleurs, le **surplus de poids** et l'**obésité** sont associés, plus tard dans la vie de l'enfant, à l'hypertension, au diabète de type 2, aux maladies cardiovasculaires, à l'asthme et à l'apnée du sommeil.²⁷

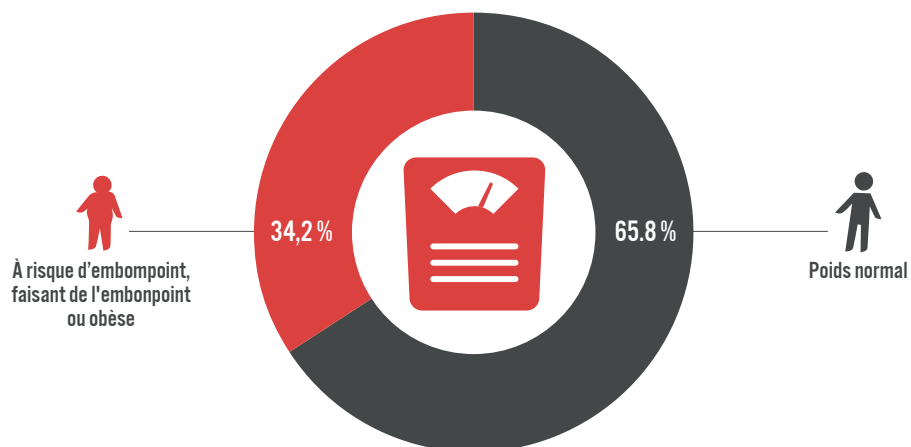
Les conséquences d'une mauvaise condition physique peuvent aussi être observées sur le plan de la santé mentale des tout-petits à court et à long terme. Ainsi, l'**asthme** et l'**épilepsie** sont associés à un risque plus élevé de symptômes dépressifs, d'anxiété et de troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH/TDA). Les **enfants épileptiques** sont également trois fois plus à risque de souffrir de troubles de l'humeur (ex. : dépression, trouble bipolaire).²⁸ Par ailleurs, les enfants obèses ont une moins bonne image corporelle et une plus faible estime d'eux-mêmes.²⁹

Les problèmes de santé physique des tout-petits influenceront également plusieurs facettes de leur développement. Par exemple, l'**obésité** est associée à de moins bonnes relations avec les autres enfants, ce qui peut affecter le développement social.³⁰ Certaines **blessures non-intentionnelles** peuvent nuire au développement moteur et au fonctionnement cognitif. Enfin, le risque de présenter des problèmes d'apprentissage augmente chez les enfants souffrant d'**asthme**, d'**épilepsie** ou d'un **retard de croissance**.³¹

Miser sur la prévention et intervenir rapidement est donc essentiel pour diminuer les conséquences sur la santé, le bien-être et le développement de l'enfant. C'est pourquoi l'accès aux soins de santé et à des services dans la communauté en temps opportun pour les jeunes enfants est crucial. Les délais qui surviennent avant qu'un enfant 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, de complications et de détresse émotionnelle.³²

POIDS

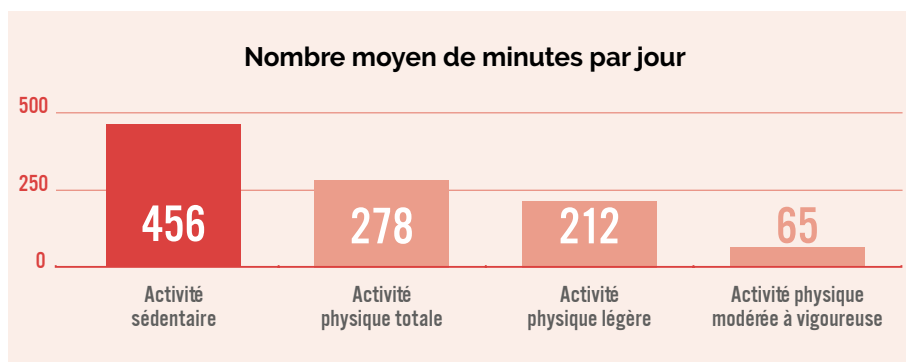
1/3 En 2012-2015, un enfant de 36 à 60 mois sur trois était à risque d'embonpoint, faisait de l'embonpoint ou était obèse. Cela représentait environ 58 000 enfants.



Source : Statistique Canada, *Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)*, cycles 3 (2012-2013) et 4 (2014-2015) combinés, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

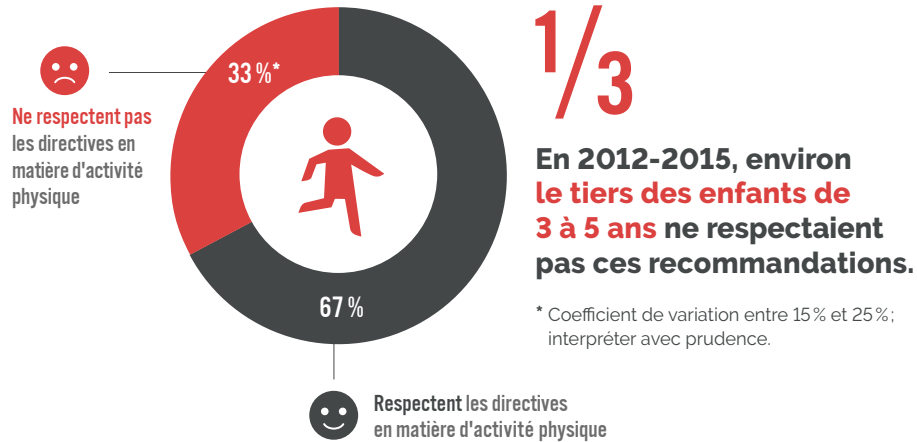
En 2012-2015, les tout-petits de 36 à 60 mois consacraient en moyenne beaucoup plus de temps à des activités sédentaires qu'à de l'activité physique.³³



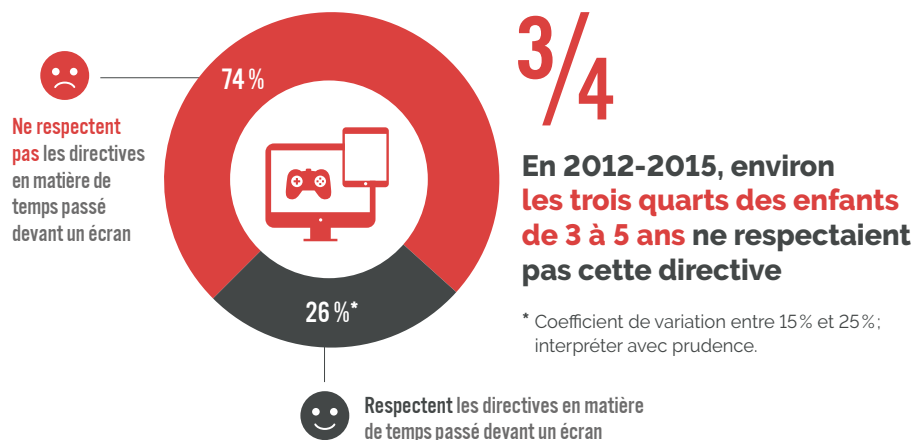
Pour les enfants de 3 à 5 ans, une activité est considérée comme sédentaire si elle requiert moins de 100 mouvements par minute. Une activité physique légère exige 100 à 1 152 mouvements par minute et une activité physique modérée à vigoureuse nécessite 1 152 mouvements par minute ou plus.

Source : Statistique Canada, *Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)*, cycles 3 (2012-2013) et 4 (2014-2015) combinés, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Selon les *Directives canadiennes en matière d'activité physique*, les enfants de 3 à 4 ans devraient faire au moins 180 minutes d'activité physique, peu importe l'intensité, réparties au cours de la journée. Les enfants de 5 ans devraient, pour leur part, faire chaque jour au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée (ex. : vélo, jouer au parc) à élevée (ex. : natation, course).³⁴



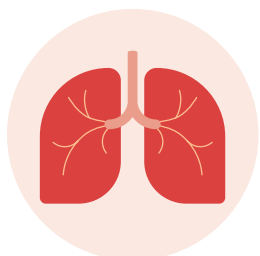
Selon les *Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire*, le temps passé devant un écran devrait être limité à moins d'une heure par jour chez les enfants de 3 à 4 ans et à 2 heures par jour chez les enfants âgés de 5 ans.³⁵



Source : Statistique Canada, *Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)*, cycles 3 (2012-2013) et 4 (2014-2015) combinés, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

MALADIES CHRONIQUES ET CONDITIONS AFFECTANT LE DÉVELOPPEMENT

ASTHME

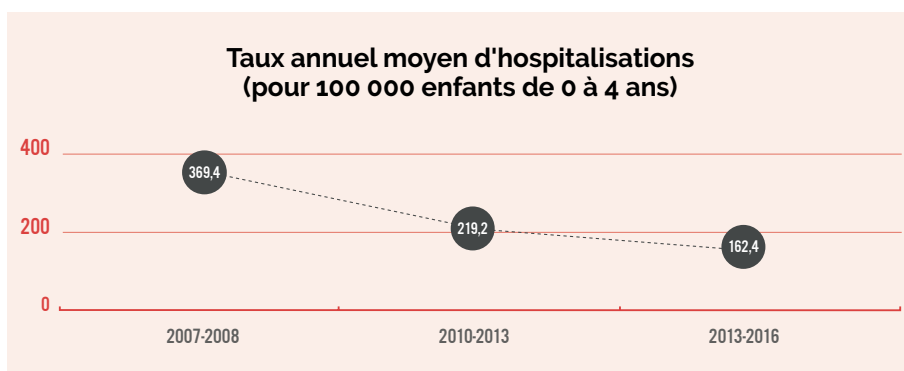


162,4 enfants de 0 à 4 ans

100 000

C'est le taux annuel moyen d'hospitalisations pour asthme entre 2013 et 2016.

Le taux annuel moyen d'hospitalisations pour asthme a diminué significativement depuis 2007-2010. Il était alors de 369,4 hospitalisations pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans. Il s'agit d'une diminution de 56 %.



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique). 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 5 avril 2017.

ÉPILEPSIE



57,1 enfants de 0 à 4 ans

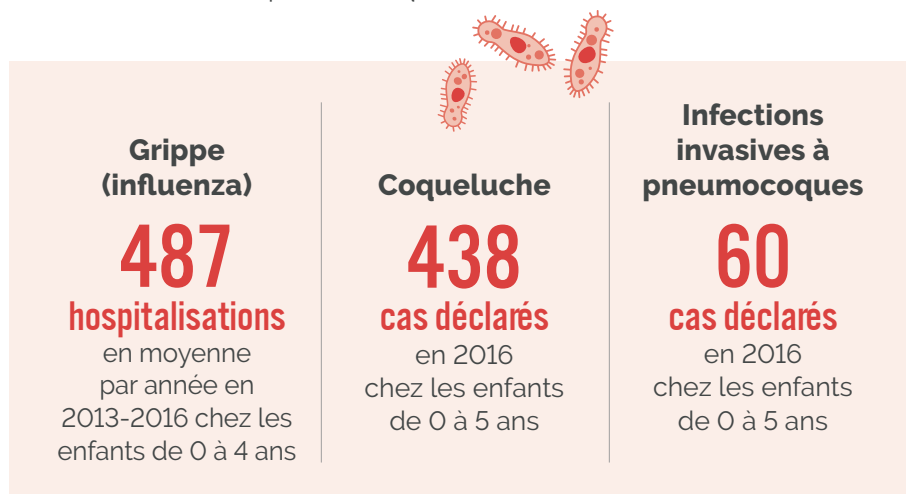
100 000

C'est le taux annuel moyen d'hospitalisations pour épilepsie entre 2013 et 2016. Ce taux est stable depuis 2007-2010.

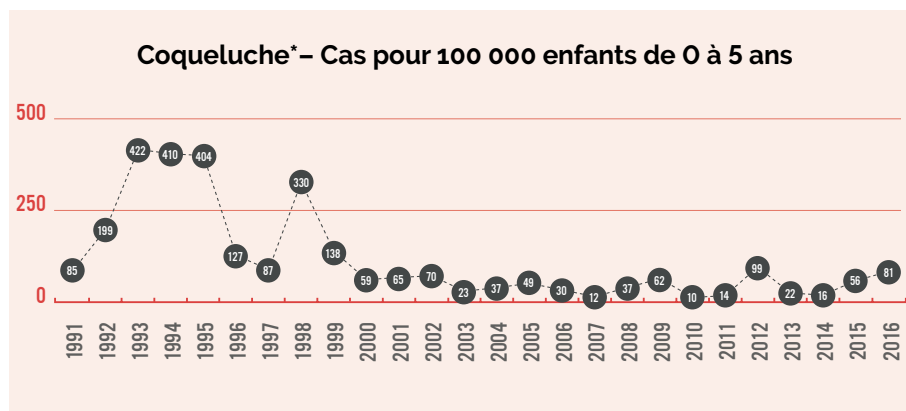
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 5 avril 2017.

MALADIES INFECTIEUSES

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



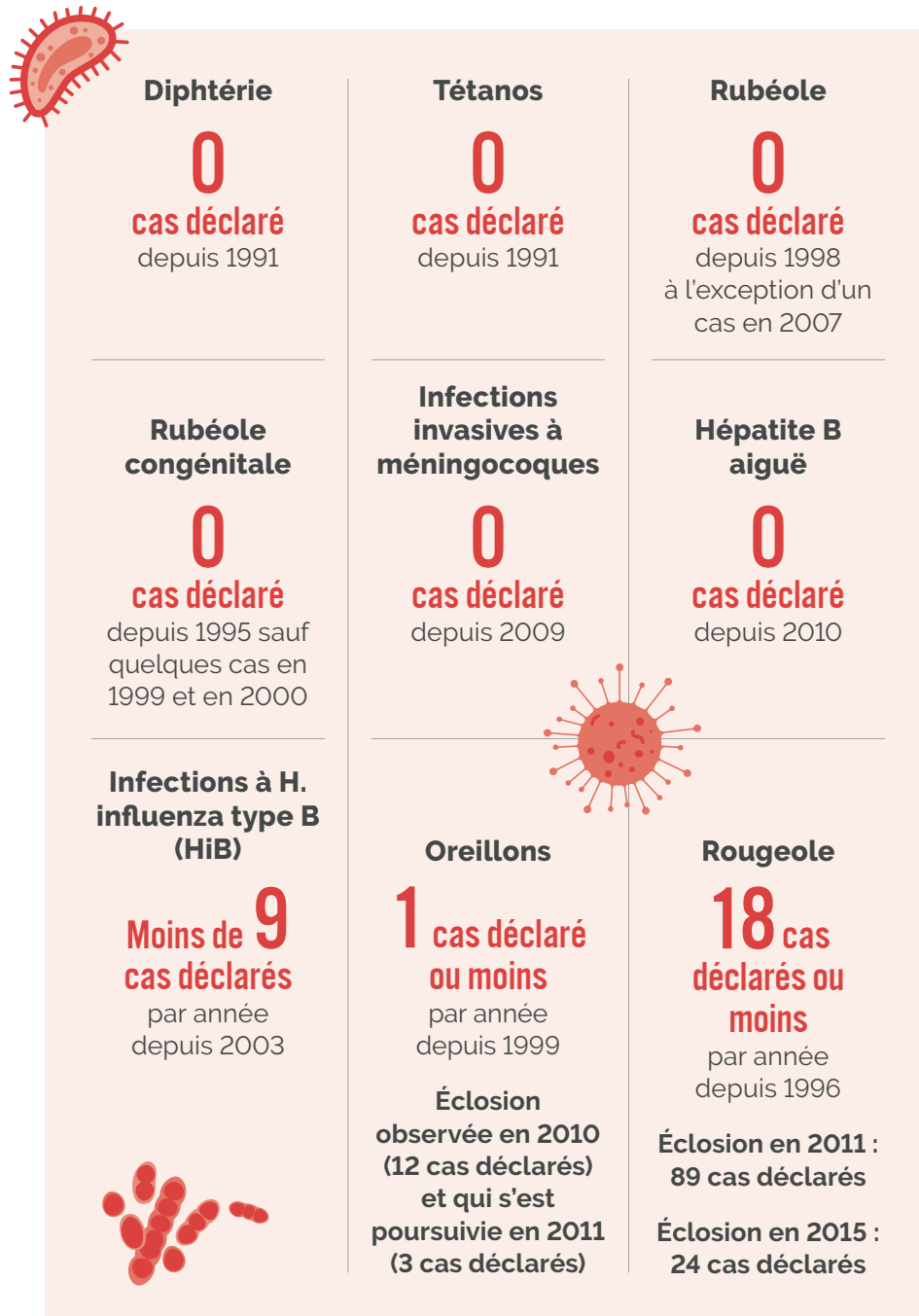
Les cas de coqueluche ont diminué considérablement entre 1998 et 2000.



* Maladie se caractérisant par une activité cyclique avec des pics aux 3-4 ans.

Une diminution a aussi été observée pour les infections invasives à pneumocoques entre 2003 et 2006.

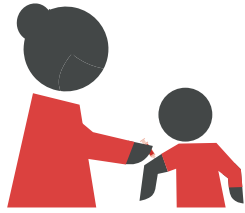
En fait, une diminution importante a été observée pour la plupart des maladies infectieuses depuis le début des années 1990 chez les enfants de 0 à 5 ans.



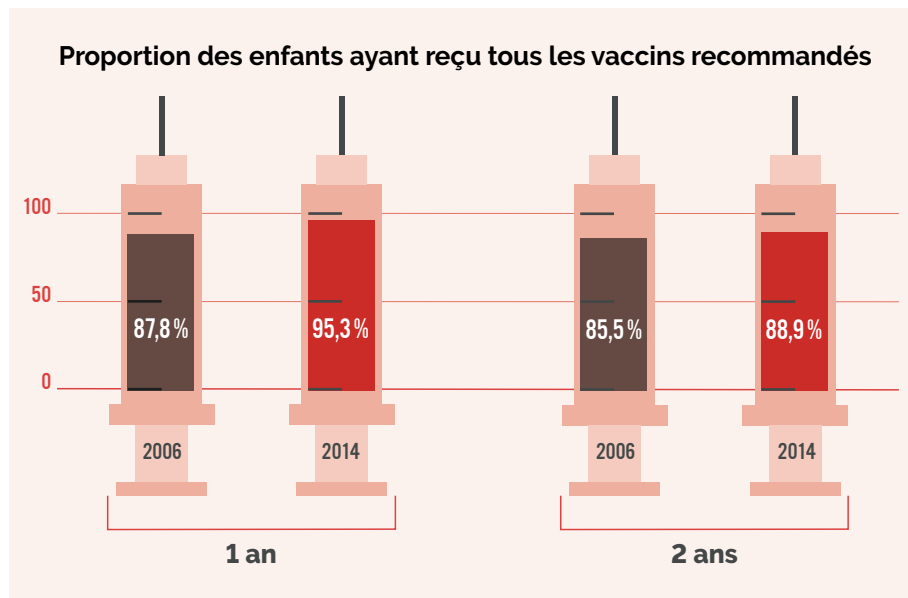
Source : Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique, DGSP, Ministère de la Santé et des Services sociaux à partir des rapports produits par l'Infocentre de l'INSPQ, extraction du fichier MAD0 du 17 juillet 2017.

On parle d'une éclosion lorsque le nombre de cas confirmés d'une maladie dépasse le nombre prévu pour une période donnée.

Ces maladies infectieuses sont toutes évitables par la vaccination. Les éclosons d'oreillons et de rougeole observées depuis 2010 démontrent d'ailleurs qu'il est toujours aussi important de vacciner les tout-petits.



En 2014, **95 %** des enfants de 1 an avaient reçu tous les vaccins recommandés. C'était aussi le cas de 89 % des enfants de 2 ans.



La proportion d'enfants vaccinés selon les recommandations à l'âge d'un an a augmenté significativement depuis 2006. Bien qu'on observe également une tendance à la hausse à l'âge de 2 ans, cette augmentation n'est toutefois pas statistiquement significative.

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

BLESSURES NON INTENTIONNELLES

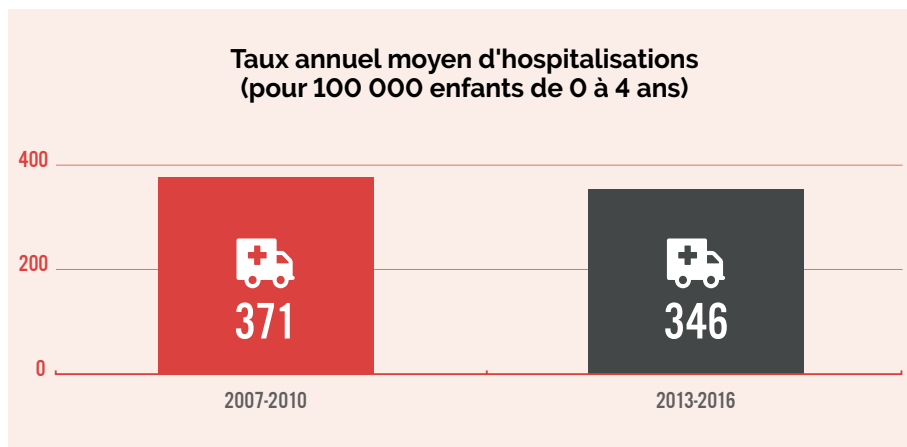


346 enfants de 0 à 4 ans

100 000

C'est le taux annuel moyen d'hospitalisations pour une blessure non intentionnelle entre 2013 et 2016.³⁶

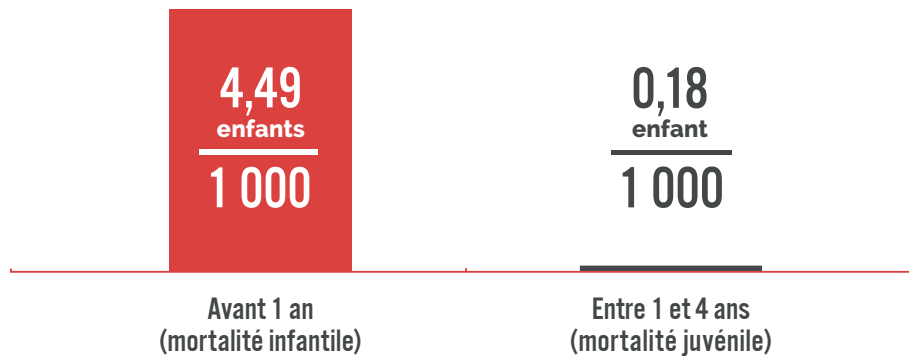
Ces blessures peuvent résulter d'un événement involontaire tel qu'une chute, une collision impliquant un véhicule motorisé, une intoxication médicamenteuse, un incendie ou une noyade.



Le taux d'hospitalisations pour une blessure non intentionnelle a diminué de façon significative entre 2007-2010 et 2013-2016.

Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), 2014-2015, actualisation découpage territorial version M34- 2014 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.

MORTALITÉ



4,49 enfants pour 1 000 sont décédés avant leur premier anniversaire en 2016. En 1990, ce taux était de 6,32 décès pour 1 000 naissances.

Ce taux est demeuré stable dans les dernières années après avoir connu une baisse importante entre la fin des années 1970 et le milieu des années 1990.

Le taux de mortalité d'enfants âgés de 1 à 4 ans est beaucoup plus faible.

En 2016, ce taux était de **0,18 décès pour 1 000 enfants de 1 à 4 ans**. En 1990, il se situait à 0,38 décès pour 1 000 enfants de ce groupe d'âge.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Registre des événements démographiques*. Données provisoires pour 2016.

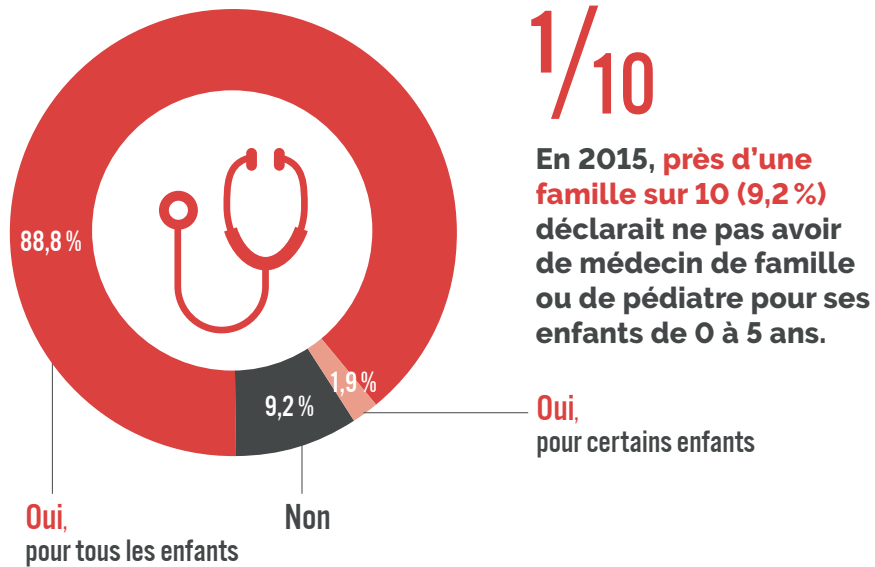
Dans ses objectifs du Millénaire pour le développement, l'Organisation des Nations Unies enjoignait tous les pays du monde à prendre les mesures nécessaires pour réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2015.

Les principales causes de mortalité infantile (avant l'âge d'un an) sont les problèmes neurologiques (ex. : paralysie cérébrale), les problèmes respiratoires (ex. : pneumonie, grippe), les problèmes cardiovasculaires, les infections et les cancers.

Les principales causes de mortalité juvénile (entre 1 et 4 ans) sont les blessures non intentionnelles.

ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

MÉDECIN DE FAMILLE ET PÉDIATRE

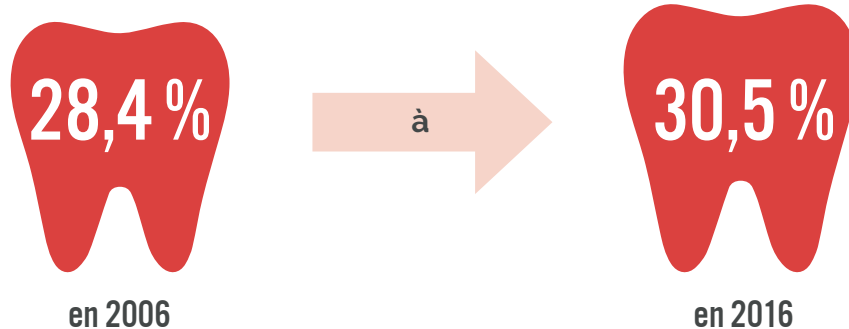


Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*.

SOINS DENTAIRES

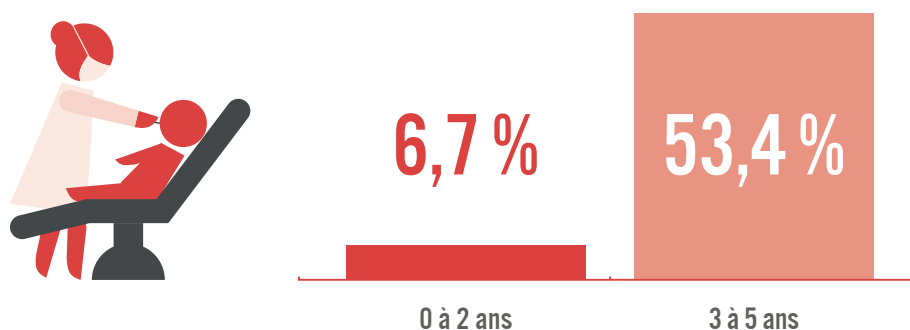
En 2016, **163 016** enfants âgés de 0 à 5 ans ont consulté un dentiste pour un examen dans le cadre du programme de soins dentaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Cela correspond à moins du tiers des tout-petits.

La situation s'est toutefois légèrement améliorée dans les dernières années. Le taux d'enfants ayant consulté un dentiste est passé de :



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

En 2016, les enfants de 3 à 5 ans étaient plus nombreux en proportion à avoir consulté un dentiste que les enfants de 2 ans ou moins.



Les enfants de 3 à 5 ans étaient aussi plus nombreux en proportion à avoir reçu un traitement dentaire, par exemple pour soigner une carie ou extraire une dent.



Cela représente 28 112 enfants de 3 à 5 ans ayant reçu une telle intervention en 2016.

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

La santé physique en bref

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

- ▶ La plupart des maladies infectieuses évitables par la vaccination sont en diminution.
- ▶ Les hospitalisations pour asthme sont aussi à la baisse chez les enfants de 0 à 4 ans.
- ▶ Le taux d'hospitalisations pour des blessures non intentionnelles diminue.
- ▶ Les taux de mortalité infantile et juvénile sont en baisse.

Certains éléments demeurent préoccupants.

- ▶ Quelques éclosions d'oreillons et de rougeole ont été observées depuis 2010.
- ▶ En 2012-2015, le tiers des tout-petits étaient à risque d'embonpoint, faisaient de l'embonpoint ou étaient obèses.
- ▶ Seulement le quart des enfants de 3 à 5 ans respectaient les recommandations en matière de temps passé devant un écran et près du tiers ne suivaient pas les recommandations en matière d'activité physique.
- ▶ En 2015, près d'une famille sur 10 déclarait ne pas avoir de médecin de famille ou de pédiatre pour ses enfants de 0 à 5 ans.

IL EST POSSIBLE D'AGIR

La littérature scientifique indique que nous disposons de leviers collectifs pour agir sur la santé physique des tout-petits. Voici quelques pistes, à titre d'exemple :



L'acquisition de saines habitudes de vie dès le plus jeune âge peut diminuer certains facteurs de risque de maladies chroniques comme l'obésité³⁷. L'adoption de politiques publiques ou de mesures collectives (ex. : taxation des boissons sucrées, cibles nutritionnelles visant la teneur en sucre dans les aliments³⁸, aménagements sécuritaires et propices à l'activité physique dans les municipalités³⁹) peut d'ailleurs contribuer à créer des environnements favorables à la saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif.



Il est également possible d'agir dans les services éducatifs à l'enfance. Par exemple, 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 en services de garde éducatifs à l'enfance⁴⁰. Ce cadre de référence n'est toutefois pas appliqué de façon optimale dans tous les services préscolaires.



Les pistes de solution pour promouvoir la saine alimentation peuvent aussi aider à prévenir la carie dentaire. Par exemple, faciliter l'accès à l'eau potable gratuite dans les lieux publics⁴¹ (ex. : parcs et terrains de jeux) peut contribuer à diminuer la consommation de boissons sucrées, nocive pour la santé à plusieurs égards. La fluoruration de l'eau est une autre mesure efficace et sécuritaire pour lutter contre la carie dentaire⁴².



Bien que la majorité des parents fasse vacciner leurs enfants, certains ont des préoccupations à ce sujet⁴³. **Le programme EMMIE** (Entretien Motivationnel en Maternité pour l'Immunisation des Enfants) **visé à renforcer les attitudes positives à l'égard de la vaccination** chez les nouveaux parents. Il prend place pendant le séjour à l'hôpital des femmes qui viennent d'accoucher. Selon une étude réalisée dans quatre centres hospitaliers du Québec, ce programme est efficace pour augmenter l'intention de faire vacciner son enfant et réduire l'hésitation face à la vaccination.⁴⁴ Cependant, il est également essentiel de s'assurer que la vaccination est accessible à tous les enfants québécois et que les services offerts permettent de respecter le calendrier régulier.

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

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



COMMENT SE PORTENT LES TOUT-PETITS EN GRANDISSANT ?

LA SANTÉ MENTALE

Les troubles mentaux chez les tout-petits sont plus fréquents qu'on 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 scolaire. Chez les tout-petits, les **troubles mentaux** les plus courants sont principalement les problèmes comportementaux et émotionnels.⁴⁵ Ils incluent notamment les troubles de comportement, **l'anxiété et la dépression, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH/TDA) et le trouble du spectre de l'autisme (TSA).**⁴⁶

Alors qu'on croyait que les **troubles anxio-dépressifs** 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 ont de la difficulté à verbaliser leurs émotions. Certains facteurs peuvent augmenter le risque qu'un enfant souffre d'un trouble anxio-dépressif : un environnement familial difficile, des relations problématiques avec les pairs et le fait de vivre un événement stressant.⁴⁷

Le **TDAH** est caractérisé par des symptômes d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité. Cette condition est généralement diagnostiquée lorsqu'un enfant fréquente l'école primaire. Cependant, les symptômes font souvent leur apparition bien avant. Bien que le diagnostic de TDAH soit difficile à établir en bas âge, une panoplie de traitements (médicaments et interventions comportementales) s'adresse à ces enfants. Intervenir tôt est d'ailleurs important puisque le TDAH est associé à un plus grand risque de décrochage, à un taux plus bas d'études postsecondaires complétées et à des relations plus difficiles avec les autres enfants.⁴⁸

Lorsqu'ils ne sont pas traités, 50 % des **troubles mentaux** touchant les tout-petits vont perdurer plus tard dans l'enfance. Il est donc important de déceler ces problèmes tôt pour pouvoir intervenir rapidement. Les interventions pendant la petite enfance seraient d'ailleurs beaucoup plus efficaces en raison de la grande plasticité du cerveau des tout-petits. Les interventions seraient donc plus efficaces chez les tout-petits que chez les enfants d'âge scolaire, les adolescents et les adultes.⁴⁹

LES TROUBLES MENTAUX

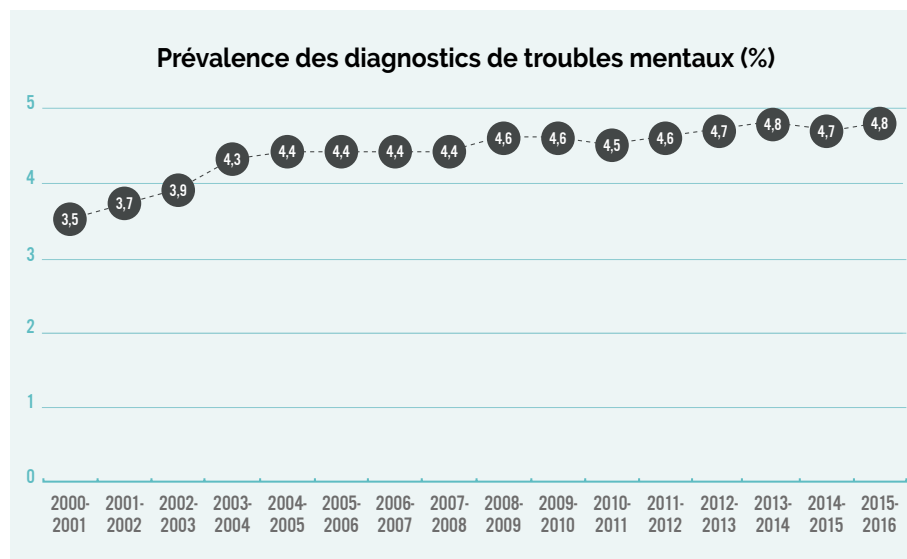


22 010 enfants âgés de 1 à 5 ans
avaient un diagnostic
de trouble mental en 2015-2016.

La majorité des diagnostics correspondaient à des retards spécifiques du développement et à des troubles du comportement.

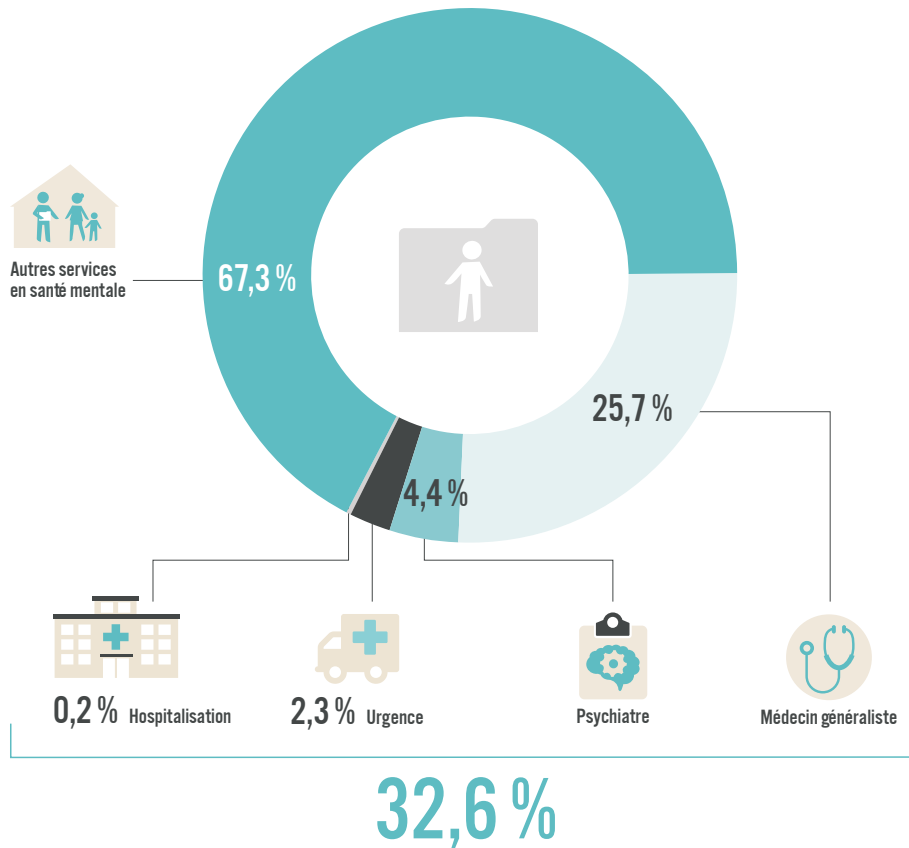
Les retards spécifiques du développement comprennent notamment les troubles du développement de la parole et du langage et le retard spécifique de la motricité. Les troubles du comportement font référence par exemple au bégaiement, aux tics et aux troubles du sommeil. Par ailleurs, la catégorie des troubles mentaux comprend plusieurs diagnostics, dont l'autisme, l'anxiété, la dépression et le TDAH.

Depuis 2000-2001, la proportion de tout-petits avec un diagnostic de trouble mental a augmenté de manière significative, passant de 3,5% à 4,8%.



UTILISATION DES SERVICES

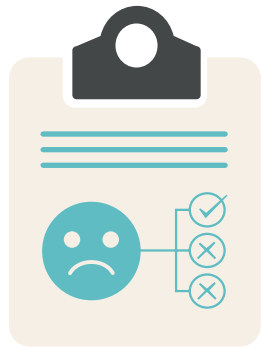
Chez les tout-petits qui reçoivent un diagnostic de trouble mental, 32,6 % ont été hospitalisés, vus à l'urgence, ont rencontré un psychiatre ou consulté un médecin généraliste en bureau.



Parmi les enfants qui ont eu recours à d'autres services en santé mentale, une forte proportion d'entre eux a consulté un pédiatre.

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

ANXIÉTÉ ET SYMPTÔMES DÉPRESSIFS



1 794 enfants de 1 à 5 ans avaient un diagnostic de trouble anxieux ou de symptômes dépressifs en 2015-2016.

La proportion d'enfants touchés est demeurée stable depuis le début des années 2000, autour de 0,4%.

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

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

LE TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH/TDA)



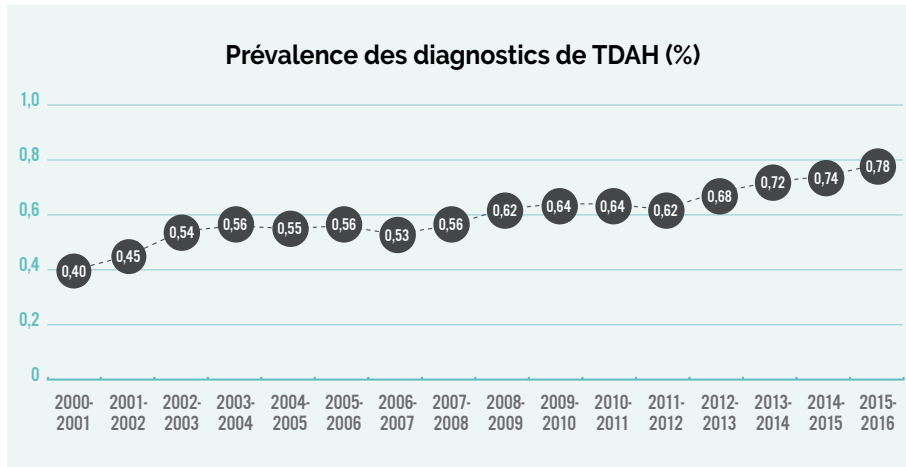
3 555 enfants âgés de 1 à 5 ans avaient un diagnostic de TDAH en 2015-2016.

Depuis le début des années 2000, la proportion d'enfants avec ce diagnostic a augmenté significativement, passant de 0,4% en 2000-2001 à 0,8% en 2015-2016.

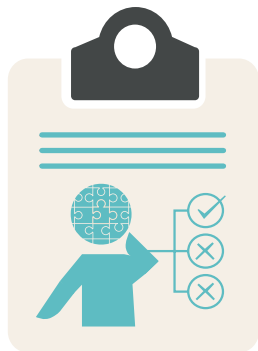
Pour recevoir un diagnostic de trouble du déficit de l'attention, un enfant doit présenter 6 symptômes d'inattention. S'il présente aussi 6 symptômes d'hyperactivité ou d'impulsivité, on parle alors de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité.⁵⁰

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 affecter 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.

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

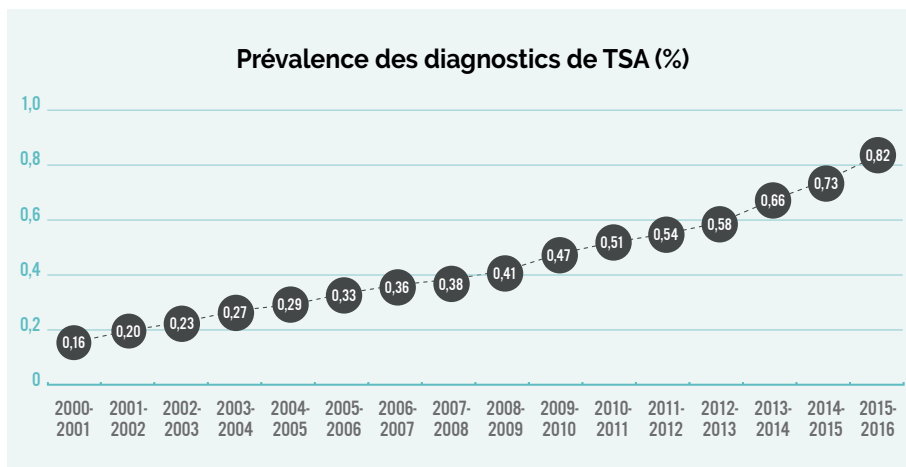


LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)



3 716 enfants âgés de 1 à 5 ans
avaient un diagnostic
de trouble du spectre de l'autisme
en 2015-2016.

Depuis le début des années 2000, la proportion d'enfants avec ce diagnostic a augmenté significativement, passant de 0,16 % en 2000-2001 à 0,82 % en 2015-2016.



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

La santé mentale en bref

La santé mentale des tout-petits est à surveiller.

- ▶ En 2015-2016, 22 010 enfants âgés de 1 à 5 ans avaient un diagnostic de trouble mental. Cela représente 4,8% des enfants âgés de 1 à 5 ans.
- ▶ Depuis 2000-2001, la proportion de tout-petits touchés par un trouble mental a augmenté, passant de 3,5% à 4,8%.
- ▶ La proportion d'enfants touchés par l'anxiété et les symptômes dépressifs est stable depuis le début des années 2000, autour de 0,4%.
- ▶ 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 entre 2000-2001 et 2015-2016.
- ▶ La proportion d'enfants qui avaient un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme est passée de 0,16 % en 2000-2001 à 0,82% en 2015-2016.
- ▶ Par ailleurs, très peu de données sont disponibles pour évaluer la santé mentale des tout-petits. L'ampleur du problème pourrait donc être sous-estimée.

IL EST POSSIBLE D'AGIR

La littérature scientifique indique que nous disposons de leviers collectifs pour agir sur la santé mentale des tout-petits. Voici quelques pistes, à titre d'exemple :

Soutenir la santé mentale des tout-petits peut se faire de plusieurs façons.



Les parents salariés dont le niveau de conflit travail-famille est élevé risquent davantage de crier, de se mettre en colère ou de perdre patience avec leur enfant.⁵¹ **Offrir des mesures accessibles de conciliation travail-famille aux parents** pourrait contribuer à diminuer leur stress et à améliorer l'environnement familial dans lequel grandissent les tout-petits.⁵² Certains organismes et certains programmes peuvent aussi offrir un soutien aux pratiques parentales.⁵³



Proposer de l'aide aux parents et les soutenir pour qu'ils puissent offrir un environnement favorable aux saines habitudes de vie pourrait avoir des conséquences positives sur la santé mentale des tout-petits. En effet, certaines études ont démontré que le fait de vivre en situation d'insécurité alimentaire⁵⁴ ou de connaître des problèmes de sommeil⁵⁵ augmente le risque de certains problèmes de santé mentale chez l'enfant. L'activité physique aurait aussi une influence bénéfique sur la santé mentale des enfants.⁵⁶



La qualité des services éducatifs fréquentés par l'enfant peut influencer son niveau de stress.⁵⁷ La formation des éducatrices⁵⁸ et la présence de services spécialisés dans les services éducatifs à l'enfance permettraient également d'intervenir rapidement dans le quotidien des tout-petits.

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



Les parents peuvent **être sensibilisés aux causes de détresse chez leurs enfants**, incluant les troubles mentaux, les troubles d'apprentissage et les problèmes d'adaptation.



Un **meilleur accès aux services en santé mentale** serait efficace pour assurer le diagnostic et le traitement des enfants touchés.⁵⁹

Certaines de ces mesures sont déjà en place 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.



COMMENT SE PORTENT LES TOUT-PETITS EN GRANDISSANT ?

LE DÉVELOPPEMENT

Le développement d'un enfant est caractérisé par l'ensemble de ses habiletés et de ses aptitudes dans différents domaines. L'étude du développement se penche généralement sur les domaines suivants : physique et moteur, social, affectif, cognitif et langagier. Tous ces aspects sont liés les uns aux autres et s'influencent mutuellement. Par exemple, un enfant qui éprouve des difficultés à gérer ses émotions (développement affectif) aura peut-être des relations moins harmonieuses avec les autres (développement social).

Bien que les grandes étapes du développement soient similaires d'un enfant à l'autre, chaque enfant se développe à son propre rythme. Le développement est façonné par les différents apprentissages et les expériences auxquels l'enfant est exposé. L'environnement dans lequel il grandit a donc un impact certain.⁶⁰

Par ailleurs, certaines conditions physiques et mentales peuvent limiter les activités d'un tout-petit. On parle alors d'une incapacité (ex. : déficience intellectuelle, troubles graves du comportement, troubles du spectre de l'autisme, déficiences auditives ou visuelles, dysfonctions cardiovasculaires, déficiences de l'alimentation et de la digestion, anomalies du système immunitaire ou du système nerveux). Selon le type d'incapacité, certaines facettes du développement peuvent être affectées. Les tout-petits touchés par une incapacité risquent, malheureusement, de vivre de la discrimination et de l'exclusion.⁶¹

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 son plein potentiel. Des études ont d'ailleurs démontré que les enfants de la maternelle qui sont vulnérables en ce qui concerne leur développement sont plus à risque d'éprouver de la difficulté à l'école plus tard. Ainsi, les enfants de la maternelle vulnérables dans l'un ou l'autre des domaines de leur développement risquent davantage d'échouer aux épreuves ministérielles de français ou de mathématiques en 6^e année du primaire.⁶² La réussite scolaire au primaire peut ensuite influencer le plus haut diplôme obtenu à l'âge adulte et les perspectives d'emploi.

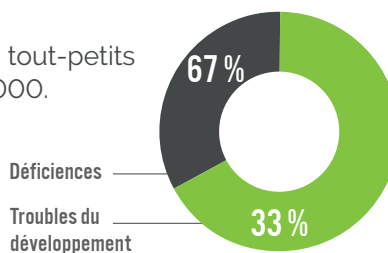
INCAPACITÉS



6 598 enfants de 0 à 5 ans étaient reconnus handicapés en vertu du programme de supplément pour enfant handicapé administré par Retraite Québec en 2015.

Cela représente 12 tout-petits québécois pour 1 000.

Les **2/3** de ces enfants souffraient d'une déficience et l'autre tiers, d'un trouble du développement.

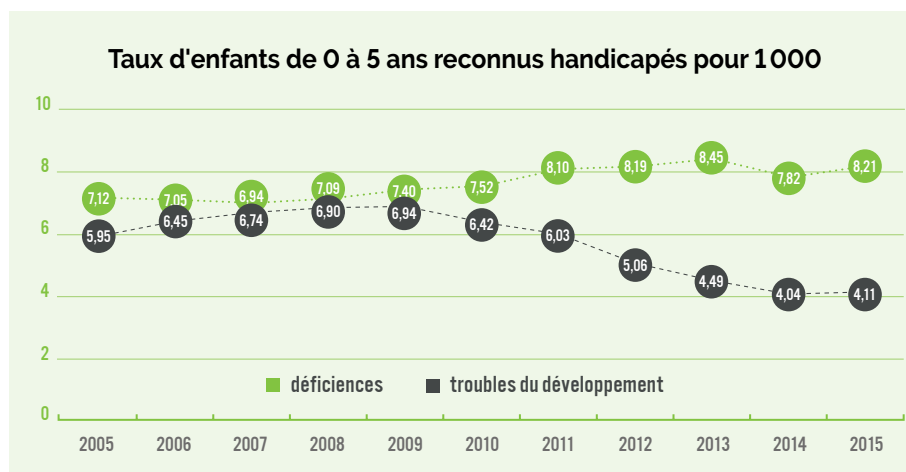


Pour être **reconnu handicapé**, un enfant doit présenter une déficience ou un trouble du développement qui limite de façon importante les activités de sa vie quotidienne.

Les **déficiences** comprennent, entre autres, les déficiences de l'alimentation et de la digestion, les anomalies métaboliques, les anomalies du système immunitaire ou du système nerveux, les déficiences auditives ou visuelles et les dysfonctions cardiovasculaire, rénale ou respiratoire.

Les **troubles du développement** incluent la déficience intellectuelle, le retard global du développement, les troubles graves du comportement, les troubles du spectre de l'autisme et les troubles du langage.

Après avoir connu une légère augmentation entre 2005 et 2009, le taux d'enfants reconnus handicapés a diminué pour atteindre un taux inférieur à celui de 2005 où il était de 13 pour 1 000. Cette diminution est principalement attribuable à la diminution du nombre d'enfants avec un trouble du développement limitant les activités de la vie quotidienne.



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).



En 2015,
6 471 familles québécoises ayant
au moins un enfant âgé entre
0 et 5 ans bénéficiaient du supplément
pour enfant handicapé (SEH).

Cela représente 1,67% des familles québécoises
ayant au moins un enfant de 0 à 5 ans.*

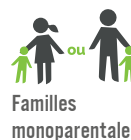
Les familles monoparentales étaient plus nombreuses en proportion
à recevoir ce supplément.

1,63 %



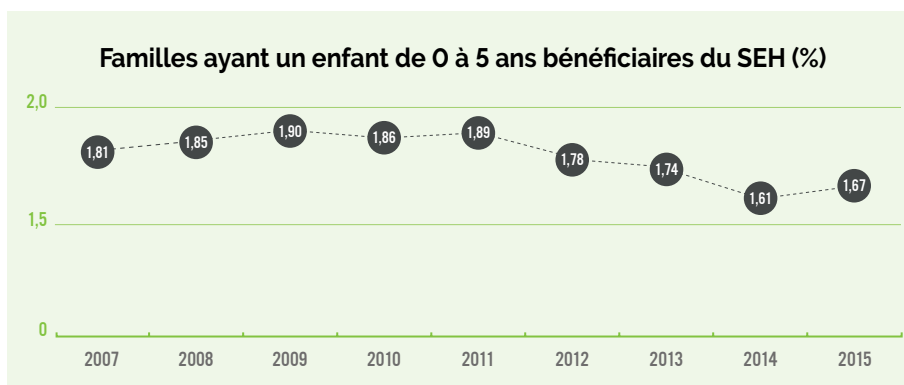
Familles
biparentales

1,84 %



Familles
monoparentales

Le pourcentage de familles ayant un enfant de 0 à 5 ans et qui reçoivent
le supplément pour enfant handicapé a diminué entre 2007 et 2015.



* 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 puisqu'entre 96% et 97% des familles québécoises reçoivent le PSE.

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).

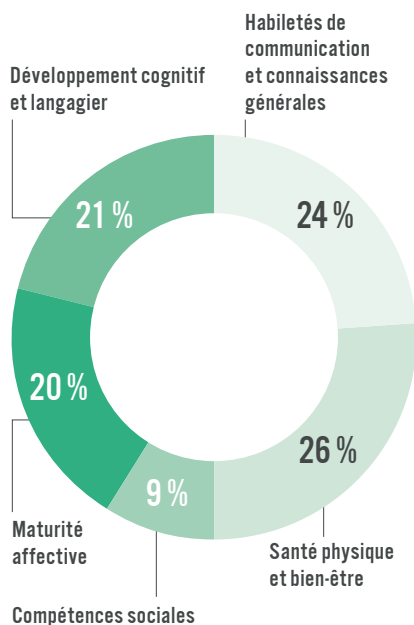
VULNÉRABILITÉ À LA MATERNELLE

26 % des tout-petits à la maternelle étaient vulnérables dans au moins un domaine de développement en 2012 au Québec.



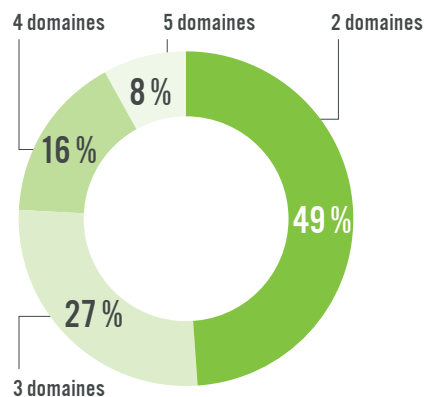
De ce nombre, **la moitié** était vulnérable dans **seulement un domaine** de développement.

Parmi les tout-petits vulnérables dans un seul domaine de développement, le domaine de la **santé physique et bien-être** et celui des **habiletés de communication et connaissances générales** étaient les plus souvent en cause.



L'autre moitié était vulnérable dans **plus d'un domaine** de développement.

Parmi les tout-petits **vulnérables dans au moins 2 domaines** de développement, plus de la moitié l'était dans au moins 3 domaines.



Les combinaisons suivantes de domaines de vulnérabilité étaient particulièrement fréquentes :

- Compétences sociales **et** maturité affective
- Développement cognitif et langagier **et** habiletés de communication et connaissances générales

Par exemple, un enfant qui gère difficilement ses émotions est plus susceptible d'avoir des relations moins harmonieuses avec les autres.

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

QUE VEUT-ON DIRE PAR « ENFANT VULNÉRABLE » ?

Dans le cadre de l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* (EQDEM), les enfants étaient évalués par leur enseignant de maternelle. Un enfant était considéré comme vulnérable dans un domaine s'il faisait 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 et l'autonomie, et 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, et l'expression des émotions.



Développement cognitif et langagier

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

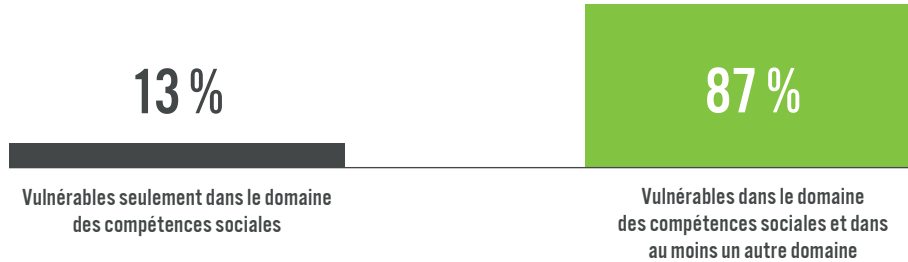


Habiletés de communication et connaissances générales

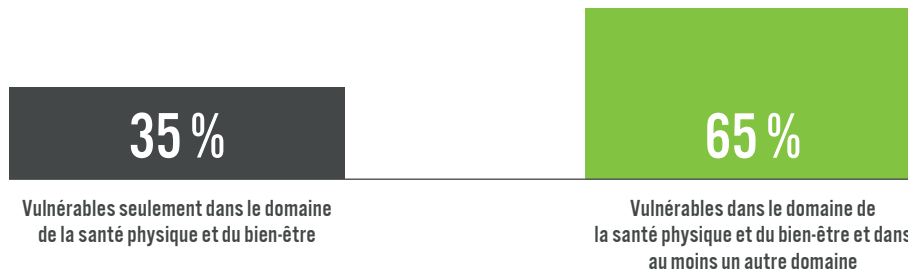
L'enseignant évalue la capacité à communiquer de façon à être compris, la capacité à comprendre les autres, l'articulation claire et les connaissances générales.



La grande majorité des tout-petits vulnérables dans le domaine des **compétences sociales** à la maternelle sont aussi vulnérables dans **au moins un autre domaine**. C'était le cas de 87% d'entre eux.



Ce risque est moins important pour les tout-petits vulnérables dans le domaine de la **santé physique et du bien-être**. En effet, plus du tiers d'entre eux étaient vulnérables uniquement pour cette dimension.

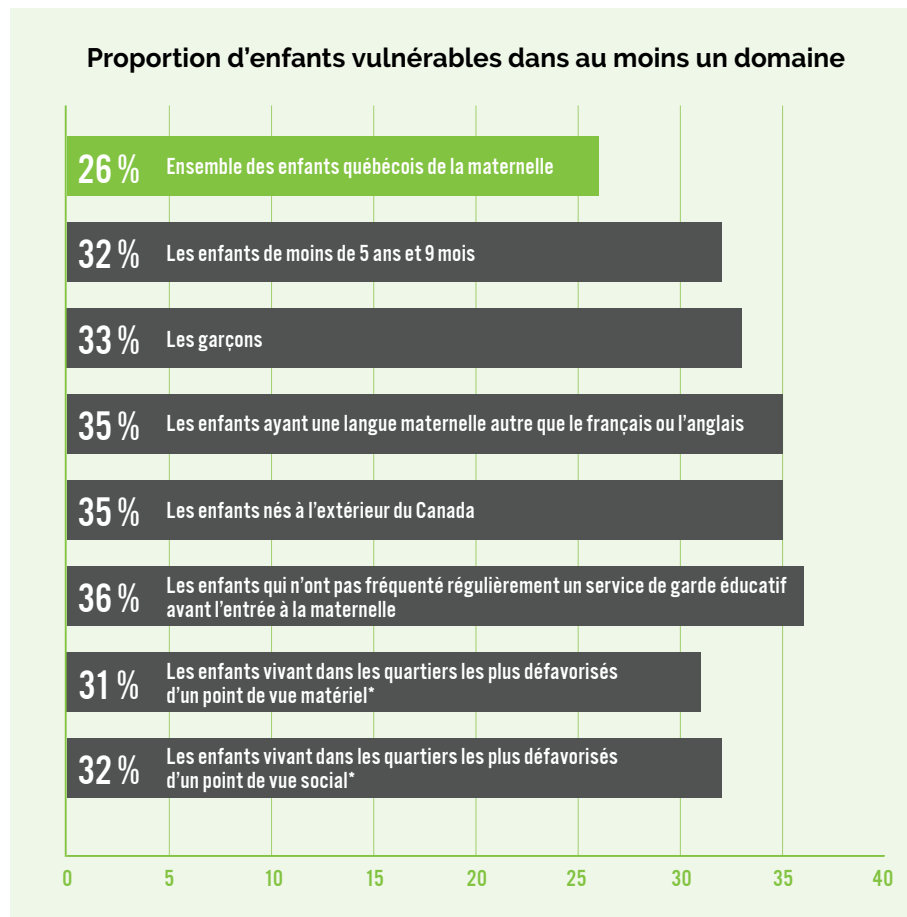


Certains domaines seraient donc plus critiques que d'autres pour le développement global de l'enfant.

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

QUI SONT LES ENFANTS DE LA MATERNELLE LES PLUS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE VULNÉRABLES?

Certains groupes d'enfants sont plus susceptibles d'être vulnérables dans au moins un domaine de développement.



* L'indice de défavorisation de la zone de résidence comprend une composante matérielle (revenu moyen, scolarité et emploi) et une composante sociale (personnes séparées, divorcées ou veuves, personnes vivant seules et familles monoparentales).⁶³

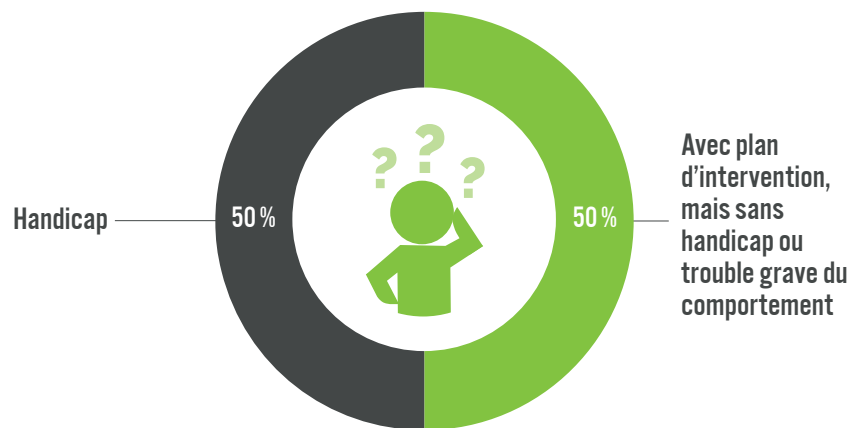
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*.

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 2015-2016, 4 688 enfants de la maternelle 5 ans étaient handicapés ou éprouvaient des difficultés d'adaptation selon les critères du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Cela représente 5,6 % des enfants à la maternelle 5 ans.

La moitié de ces enfants présentaient un handicap. Les autres faisaient l'objet d'un plan d'intervention, mais sans avoir un code de difficulté correspondant à un handicap ou à un trouble grave du comportement.



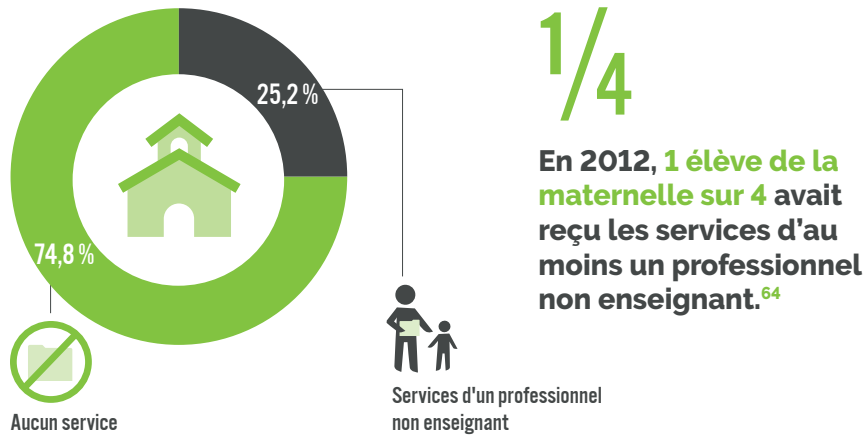
La proportion d'enfants handicapés ou en difficulté d'adaptation est demeurée stable dans les dernières années.

Les handicaps incluent les déficiences de diverses natures : intellectuelle, langagière, motrice grave, visuelle, etc.

* 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 (EHDAA). Cependant, les difficultés d'apprentissage ne s'appliquent pas aux enfants de la maternelle 5 ans. 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.

Source : Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), Territoires, statistiques et enquêtes (TSE), Direction générale des Statistiques, des Études et de la Géomatique (DGSEG), Direction des Indicateurs et des Statistiques (DIS), Portail informationnel, Système Charlemagne.

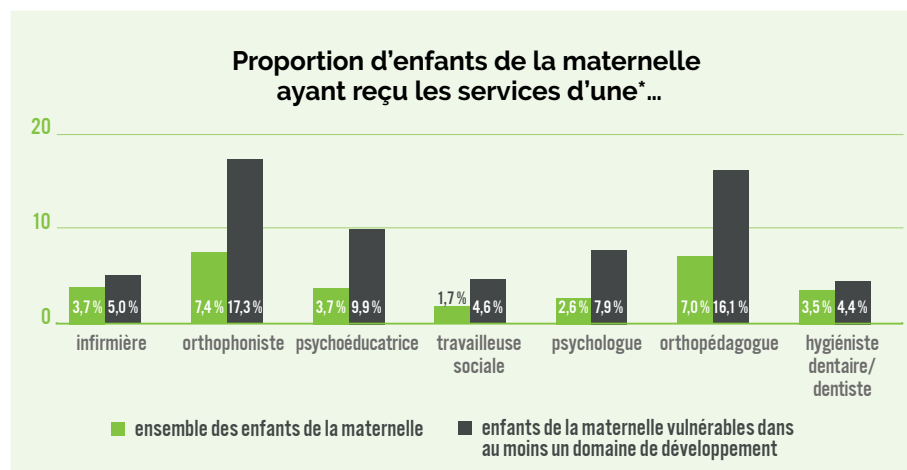
SERVICES D'UN PROFESSIONNEL NON ENSEIGNANT À LA MATERNELLE



Chez les enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement, cette proportion monte à 50%.

1/2 **1 enfant vulnérable sur 2 n'avait donc pas pu bénéficier des services d'un professionnel non enseignant entre le début de l'année scolaire et le moment de l'enquête.**

Les services professionnels les plus fréquemment utilisés par les enfants de la maternelle 5 ans, vulnérables ou non, étaient ceux offerts par les **orthopédagogues** et les **orthophonistes**.



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

Certains types de professionnels ont été mentionnés fréquemment par les enseignants dans la catégorie « Autres ». Il s'agit notamment de l'orthopédagogue et du professionnel de la santé dentaire. Deux catégories ont donc été ajoutées à l'indicateur à partir des données recueillies. Toutefois, il est important de noter qu'il pourrait y avoir une sous-estimation pour ces deux types de professionnels étant donné qu'ils n'étaient pas mentionnés d'emblée parmi les choix de réponse à la question.

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

Le développement en bref

Selon des données de 2012, certains aspects du développement des enfants sont préoccupants.

- ▶ Un enfant de la maternelle sur quatre est vulnérable dans au moins un domaine de développement.
- ▶ Les enfants vulnérables sur le plan des compétences sociales sont particulièrement susceptibles d'être vulnérables dans un autre domaine.
- ▶ Certains enfants risquent davantage d'être vulnérables dans au moins un domaine de développement :
 - Les garçons,
 - Les enfants plus jeunes,
 - Les enfants qui ont une autre langue que le français ou l'anglais comme langue maternelle,
 - Les enfants nés à l'extérieur du Canada,
 - Les enfants qui n'ont pas fréquenté régulièrement un service de garde avant l'entrée à la maternelle,
 - Les enfants provenant de milieux défavorisés.
- ▶ Certains enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement n'ont pas bénéficié des services d'un professionnel non enseignant à la maternelle.

IL EST POSSIBLE D'AGIR

La littérature scientifique indique que nous disposons de leviers collectifs pour agir sur le développement des tout-petits. Voici quelques pistes, à titre d'exemple :



Le milieu socioéconomique dans lequel l'enfant grandit influence son développement.⁶⁵ Améliorer les conditions de vie des enfants issus de milieux défavorisés (ex. : les logements) et soutenir les parents en difficulté sont au nombre des pistes d'action possibles pour améliorer le développement des tout-petits.⁶⁶



L'accès aux services d'un professionnel non enseignant (ex. : orthophoniste, travailleuse sociale, psychologue, orthopédagogue) **est bénéfique** pour les enfants vulnérables en ce qui a trait à leur développement. Ces professionnels peuvent soutenir l'enseignant ou l'éducateur en petite enfance en identifiant les besoins particuliers de l'enfant et en participant à l'élaboration d'un plan d'intervention.⁶⁷ Ils jouent ainsi un rôle important dans la prévention, l'intervention et le dépistage.



Les enfants issus de milieux défavorisés, ceux qui ont une langue maternelle autre que le français et l'anglais et ceux dont les parents sont nés à l'extérieur du Canada sont plus susceptibles d'être vulnérables en ce qui concerne leur développement lors de leur arrivée à l'école. **Des services éducatifs préscolaires de qualité** (ex. : services de garde éducatifs, maternelle 4 ans et programme Passe-Partout) peuvent leur offrir la stimulation et l'encadrement nécessaires pour faciliter la transition vers le milieu scolaire.⁶⁸ Certains organismes communautaires offrent également des ateliers de stimulation pour les tout-petits.



Une intervention rapide est essentielle pour les tout-petits ayant des besoins particuliers, comme ceux ayant des handicaps ou des troubles de développement. Par exemple, le déploiement du Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés (PQDSN) permet le dépistage précoce de la surdité, ce qui peut contribuer à prévenir certains retards de langage.⁶⁹

Certaines de ces mesures sont déjà en place 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.

CONCLUSION

Ce portrait met en lumière l'état de santé et de développement des tout-petits québécois. Il permet d'en savoir un peu plus sur le bien-être des enfants de 0 à 5 ans.

La situation décrite présente à la fois des points positifs et négatifs. En général, les tout-petits viennent au monde dans de meilleures conditions. Leur santé physique s'est aussi améliorée en ce qui concerne l'asthme, les blessures non intentionnelles et les maladies infectieuses. Certaines mesures collectives mises en place dans les dernières années pourraient avoir contribué à ces améliorations (ex. : programme OLO, programme SIPPE, programme EMMIE).

Cependant, certains éléments demeurent préoccupants. C'est notamment le cas du taux de césariennes, des éclosions de rougeole, de l'embonpoint et de l'obésité, de la santé mentale et du développement des tout-petits. Par ailleurs, le portrait révèle que l'accès à un médecin de famille ou à un pédiatre, de même qu'à un professionnel non enseignant, est difficile pour certains enfants.

Il est toutefois possible d'agir. La littérature scientifique indique que nous disposons de levier collectifs pour agir sur la santé, le bien-être et le développement des tout-petits, que ce soit par une amélioration de l'environnement socioéconomique des tout-petits, un meilleur accès aux services de santé ou à des services de garde éducatifs de qualité, une meilleure formation des professionnels, des campagnes de sensibilisation ou un meilleur soutien aux parents.

Le Portrait 2017 s'accompagne aussi de portraits régionaux qui font état de la situation des tout-petits dans les différentes régions du Québec. Si certaines régions suivent les tendances provinciales, d'autres se démarquent en ce qui concerne la grossesse et la naissance, la santé physique ou le développement. Les données dont nous disposons sur la santé mentale des tout-petits ne nous permettent toutefois pas de savoir ce qui se passe à l'échelle régionale.

Les données présentées dans ce portrait et leur évolution rappellent, plus que jamais, la pertinence de faire du développement et du bien-être des tout-petits une priorité pour notre société.

L'Observatoire des tout-petits a produit des outils pour accompagner ce *Portrait 2017* :



Une brochure regroupant les « faits saillants »



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/portrait2017

Il est également possible de consulter le Portrait 2016 : *Dans quels environnements grandissent les tout-petits québécois?*



Ce rapport ainsi que les documents qui lui sont associés sont disponibles sur notre site à l'adresse tout-petits.org/portrait2016

À PROPOS DES DONNÉES PRÉSENTÉES

Les indicateurs utilisés pour ce portrait ont été choisis sur la base de cinq 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.

RÉFÉRENCES ET NOTES

- ¹ AAP COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS. Poverty and Child Health in the United States. *Pediatrics*. 2016; 137(4):e20160339
- ² Aune, D., Saugstad, O. D. et al. (2014). Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 311(15), 1536-1546. Flenady, V., Koopmans, L. et al. (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 377(9774), 1331-1340. Huang, L., Sauve, R. et al. (2008). Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. *CMAJ*, 178(2), 165-172. Liu, L. C., Wang, Y. C. et al. (2014). Major risk factors for stillbirth in different trimesters of pregnancy-a systematic review. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 53(2), 141-145. Marufu, T. C., Ahankari, A. et al. (2015). Maternal smoking and the risk of stillbirth: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15, 239. Sidebotham, P., Fraser, J. et al. (2014). Understanding why children die in high-income countries. *Lancet*, 384(9946), 915-927.
- ³ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008) Politique de périnatalité 2008-2018.
- ⁴ Tu, M.T & Poissant, J. (2015). Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe. Institut national de santé publique du Québec, 140 p.
- ⁵ Lavender, T., Hofmeyr, G. J. et al. (2012). Caesarean section for non-medical reasons at term. *The Cochrane database of systematic reviews*; CD004660-CD004660. Kapellou, O. (2011). Effect of caesarean section on brain maturation. *Acta Paediatr*, 100(11), 1416-1422. Chien, L. N., Lin H. C. et al. (2015). Risk of autism associated with general anesthesia during caesarean delivery: a population-based birth-cohort analysis. *J Autism Dev Disord*, 45(4), 932-942. Moraitis, A. A., Oliver-Williams, C. et al. (2015). Previous caesarean delivery and the risk of unexplained stillbirth: retrospective cohort study and meta-analysis. *BJOG*, 122(11), 1467-1474. O'Neill, S. M., Kearney, P. M. et al. (2013). Caesarean delivery and subsequent stillbirth or miscarriage: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 8(1): e54588.
- ⁶ Organisation mondiale de la santé. (2014) Déclaration de l'OMS sur les taux de césariennes.
- ⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008) Politique de périnatalité 2008-2018.
- ⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008) Politique de périnatalité 2008-2018.
- ⁹ Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie, D. Turck, et al. (2013). Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Arch Pédiatr*, 20(2), S29-48. Section on breastfeeding (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827-841. Anderson, J. W., Johnstone, B. M. et al. (1999). Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*, 70(4), 525-535. Mahurin Smith, J. (2015). Breastfeeding and language outcomes: A review of the literature. *J Commun Disord*, 57, 29-40. Delgado, C. et Matijasevich, A. (2013). Breastfeeding up to two years of age or beyond and its influence on child growth and development: a systematic review. *Cad Saude Publica*, 29(2), 243-256.
- ¹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008) Politique de périnatalité 2008-2018.
- ¹¹ Organisation mondiale de la santé. (2014) Déclaration de l'OMS sur les taux de césariennes.
- ¹² OMS. (2014) Every newborn, an action plan to end preventable deaths.
- ¹³ OMS. (2017) Alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
- ¹⁴ Institute of health economics. (2008). Alberta, Canada. Determinants and prevention of low birth weight: a synopsis of the evidence. Alberta : Institute of health economics.
- ¹⁵ Haeck, C. et P. Lefebvre. (2016) A simple recipe : The effect of a prenatal nutrition program on child health at birth. *Labour Economics*, 41, 77-89.

-
- ¹⁶ Dubois, Nathalie et al. (2014) Évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique de La Maison Bleue. Évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique de La Maison Bleue.
- ¹⁷ Brownell, Marni D. et al. (2016) Unconditional Prenatal Income Supplement and Birth Outcomes. *Pediatrics*, 137 (6).
- ¹⁸ Chaillat, Nils et al. (2015) A Cluster-Randomized Trial to Reduce Cesarean Delivery Rates in Quebec. *N Engl J Med*, 372:1710-21.
- ¹⁹ Rossignol, Micher, Boughrassa, Faiza et Jean-Marie Moutquin. (2012) 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, 8(14):1-134
- ²⁰ Société canadienne de pédiatrie. (2017) L'Initiative Amis des bébés : protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement. Document de principes.
- ²¹ Association pour la santé publique du Québec et Mouvement allaitement du Québec. Rendre votre municipalité plus favorable à l'allaitement.
- ²² Semenic S, Groleau D, Gray-Donald K, Rodrigue C, Collaborators : Haiek L, Sibeko L. L'évaluation de la mise en oeuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec. Rapport de recherche. Montréal, Université McGill, 2012.
- ²³ Holmes, Alison Volpe et al. (2012) Physician Breastfeeding Education Leads to Practice Changes and Improved Clinical Outcomes. *Breastfeeding Medicine*, 7(6) : 403-408..
- ²⁴ Société canadienne de pédiatrie. (2017) L'Initiative Amis des bébés : protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement. Document de principes.
- ²⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La vaccination, la meilleure protection. Feuilles d'information pour les personnes à vacciner. (http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/feuilletts_complets.pdf)
- ²⁶ Deal et al. (2000). Unintentional injuries in childhood: analysis and recommandations. *The Future of Children*, 10(1), 4-22. Gold, JI. (2008). The impact of unintentional pediatric trauma: a review of pain, acute stress, and posttraumatic stress. *J Pediatr Nurs.*, 23(2), 81-91. Institut national de santé publique du Québec (2009). 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, 129 p. Martin-Herz, SP et al. (2012). Health-related quality of life in children and adolescents following traumatic injury: a review. *Clin Child Fam Psychol Rev.*, 15(3), 192-214. Garcia, D., Hungerford, G. M. et al. (2015). Topical review: negative behavioral and cognitive outcomes following traumatic brain injury in early childhood. *J Pediatr Psychol*, 40(4), 391-397.
- ²⁷ Neslihan Koyuncuoğlu Güngör. Overweight and Obesity in Children and Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2014 Sep; 6(3) : 129-143.
- ²⁸ Blackman, J. A. et Gurka, M. J. (2007). Developmental and behavioral comorbidities of asthma in children. *J Dev Behav Pediatr*, 28(2), 92-99. Blackman, J. A. et Conaway, M.R. (2012). Changes over time in reducing developmental and behavioral comorbidities of asthma in children. *J Dev Behav Pediatr*, 33(1), 24-31. Chen, J. H. (2014). Asthma and child behavioral skills: does family socioeconomic status matter? *Soc Sci Med*, 115, 38-48. Schieve, L. A., Gonzalez, V. et al. (2012). Concurrent medical conditions and health care use and needs among children with learning and behavioral developmental disabilities, National Health Interview Survey, 2006-2010. *Res Dev Disabil*, 33(2), 467-476. Carl E. Stafstrom and Lionel Carmant. Seizures and Epilepsy: An Overview for Neuroscientists. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2015 Jun 1; 5(6).
- ²⁹ Neslihan Koyuncuoğlu Güngör. Overweight and Obesity in Children and Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2014 Sep; 6(3) : 129-143.
- ³⁰ Desrosiers, Hélène, Dumitriu, Valeriu et Lise Dubois. (2009). Le surplus de poids chez les enfants de 4 à 7 ans : des cibles pour l'action. *Je suis, je serai*, vol. 4, fascicule 3, Institut de la statistique du Québec.
- ³¹ Cole, Sarah Z., Failure to Thrive : An Update. *Am Fam Physician*. 2011 Apr 1; 83(7) : 829-834.
- ³² Aizer, A. et Currie, J. (2014). The intergenerational transmission of inequality: maternal disadvantage and health at birth. *Science*, 344(6186), 856-861. Globerman, Steven (2013). Reducing Wait Times for Health Care: What Canada Can Learn from Theory and International Experience. Fraser Institute. Institut canadien d'information sur la santé (2012). Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente. Ottawa,
-

-
- ON: ICIS. Maharaj, V., Rahman, F. et al. (2014). Tackling child health inequalities due to deprivation: using health equity audit to improve and monitor access to a community paediatric service. *Child Care Health Dev.* 40(2), 223-230. National Child and Youth Health Coalition (2006). Children wait too. National Paediatric Surgical Wait Times Strategy. Final Report.
- ³³ En raison de l'arrondissement des données, il est possible que le nombre total de minutes pour l'activité physique ne soit pas égal à la somme du nombre de minutes pour l'activité physique légère et pour l'activité physique modérée à vigoureuse.
- ³⁴ Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE) (2012). Directives canadiennes en matière d'activité physique, Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire - Votre plan pour une vie active au quotidien, 29 p.
- ³⁵ Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE) (2012). Directives canadiennes en matière d'activité physique, Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire - Votre plan pour une vie active au quotidien, 29 p.
- ³⁶ Le libellé exact pour cet indicateur est traumatisme non intentionnel.
- ³⁷ Liu, Y.H., et Stein, M.T. (2005). Comportement alimentaire des nourrissons et des jeunes enfants et impact sur le développement psychosocial et affectif. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, San Diego, University of California, p. 7. Boreham, C. et Riddoch, C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *Journal of Sports Science*, 19(12),
- ³⁸ OMS. (2012) Approches de la prévention de l'obésité de l'enfant dans la population.
- ³⁹ La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016) Politique gouvernementale de prévention en santé.
- ⁴⁰ Ministère de la Famille (2014). 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*.
- ⁴¹ Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (s.d.). Fontaine, je boirai de ton eau!
- ⁴² Ran T, Chattopadhyay S, Community Preventive Services Task Force. Economic evaluation of community water fluoridation: a Community Guide systematic review. *Am J Prev Med.* 2016; 50(6) : 790–6.
- ⁴³ Dubé, Ève et Maryse Guay. (2014) Hésitation à la vaccination : qu'est-ce que c'est et quel est le rôle de la santé publique? Présentation dans le cadre des Journées annuelles de santé publique.
- ⁴⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017) Programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE).
- ⁴⁵ Giannakopoulos et al. (2014) et al. Early childhood educators' perceptions of preschoolers' mental health problems: a qualitative analysis. *Annals of General Psychiatry* 2014, 13:1
- ⁴⁶ Dougherty, L. R. et al. Advances and Directions in Preschool Mental Health Research. *Child development perspectives*. Volume 9, Number 1, 2015, Pages 14–19.
- ⁴⁷ Whalen, D. J. et al. Depression and Anxiety in Preschoolers - A Review of the Past 7 Years. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 26 (2017) 503–522.
- ⁴⁸ Feldman, H. M. et M. I. Reiff. (2014) Attention Deficit–Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *N Engl J Med.* 370:838–46. Riddle, M. A. et al. (2013) The Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Treatment Study (PATS) 6-Year Follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 52(3): 264–278.e2. Janosz, Michel, Pascal, Sophie, Belleau, Luc, Archambault, Isabelle, Parent, Sophie et Linda Pagani. (2013) Les élèves du primaire à risque de décrocher au secondaire : caractéristiques à 12 ans et prédicteurs à 7 ans. *Je suis, je serai*, Volume 7, fascicule 2, Institut de la statistique du Québec.
- ⁴⁹ Giannakopoulos et al. (2014) Early childhood educators' perceptions of preschoolers' mental health problems : a qualitative analysis. *Annals of General Psychiatry*, 13:1. Dougherty, L. R. et al. (2015) Advances and Directions in Preschool Mental Health Research. *Child development perspectives*, 9 (1), 14–19.2.
- ⁵⁰ Feldman, H. M. et M. I. Reiff. (2014) Attention Deficit–Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *N Engl J Med.* 370:838–46.
-

-
- ⁵¹ Lavoie, Amélie (2016). 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. Québec, Institut de la statistique du Québec, 59 p.
- ⁵² Bowers, Anne Pordes et al. (2012). An Equal Start : Improving outcomes in Children's Centres, The Evidence Review. UCL Institute of Health Equity.
- ⁵³ Nowak, C. et N. Heinrichs. (2008) A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: effectiveness and moderating variables. *Clin Child Fam Psychol Rev.*, 11(3) : 114-44.
- ⁵⁴ Melchior, Maria et al. (2012). «Food Insecurity and Children's Mental Health: A Prospective Birth Cohort Study», *PLOS ONE*, vol. 7, n° 12, p. e52615-.
- ⁵⁵ Touchette, Évelyne et al. (2009). «Short nighttime sleep duration and hyperactivity trajectories in early childhood», *Pediatrics*, vol. 124, n° 5, p. e985-93.
- ⁵⁶ Biddle, S. J. H. et Avis Asare. (2011) Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 45: 886-895.
- ⁵⁷ Geoffroy, Marie-Claude et al. Daycare Attendance, Stress, and Mental Health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51 (9): 607-615.
- ⁵⁸ Jensen, Bente et al. (2015) Does Professional Development of Preschool Teachers Improve Child Socio-Emotional Outcomes? IZA Discussion Paper N°: 8957.
- ⁵⁹ Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2012) Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2012 : Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec.
- ⁶⁰ Kershaw, P., et autres (2010). Les coûts économiques de la vulnérabilité précoce au Canada, *Revue canadienne de santé publique*, 101(3), 8-13. Moisan, M. (2013). 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. Pagani, L. S., et autres (2011). 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 (ÉLDEQ 1998-2010). Québec : Institut de la statistique du Québec, vol. 6, fascicule 1. Simard, M., Tremblay, M-E., Lavoie, A. et Audet, N. (2013). Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012. Québec : Institut de la statistique du Québec. Williams, R., et autres (2012). La promesse de la petite enfance : Pendant combien de temps les enfants devraient-ils attendre ? *Société canadienne de pédiatrie*, 17(10), 537-538.
- ⁶¹ Allerton, L. A., Welch, V. et al. (2011). Health inequalities experienced by children and young people with intellectual disabilities: a review of literature from the United Kingdom. *J Intellect Disabil*, 15(4), 269-278. Families Special Interest Research Group of I. (2014). Families supporting a child with intellectual or developmental disabilities: the current state of knowledge. *J Appl Res Intellect Disabil*, 27(5), 420-430. Hauser-Cram et al. (2001). Children with disabilities: A longitudinal study of child development and parent well-being. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Serial no. 266, 66(3), 135 p. Oeseburg, B., G. J. Dijkstra, et al. (2011). Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: a systematic literature review. *Intellect Dev Disabil*, 49(2), 59-85. UNICEF (2007). Promoting the rights of the children with disabilities. *Innocenti Digest* no. 13, Innocenti Research Center.
- ⁶² Desrosiers, H., et K. Tétreault (2012). «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 (ÉLDEQ 1998-2010) – De la naissance à 12 ans, Institut de la statistique du Québec vol. 7, fascicule 1, 40 p. Tétreault, K., et H. Desrosiers (2013). «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 (ÉLDEQ 1998-2010) – De la naissance à 12 ans, Institut de la statistique du Québec vol. 7, fascicule 4, 27 p.
- ⁶³ Gamache, P, Pampalon, R et Hamel, D. (2010), Guide méthodologique : «L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref», Québec, Institut national de santé publique du Québec, septembre.
-

⁶⁴ Il est impossible de savoir si le service reçu par les enfants est de type individuel ou collectif. Par ailleurs, les enfants reconnus comme étant des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA) au moment de l'enquête sont exclus des calculs.

⁶⁵ Desrosiers, H., K. Tétreault et M. Boivin (2012). « Caractéristiques démographiques, socioéconomiques et résidentielles des enfants vulnérables à l'entrée à l'école », Portraits et trajectoires. Série Étude longitudinale du développement des enfants du Québec - ÉLDEQ, Institut de la statistique du Québec, n° 14, mai, 12 p.

⁶⁶ Bowers, Anne Pordes et al. (2012). An Equal Start : Improving outcomes in Children's Centres, The Evidence Review. UCL Institute of Health Equity.

⁶⁷ Simard, Micha, Marie-Eve Tremblay, Amélie Lavoie et Nathalie Audet (2013). Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012, Québec, Institut de la statistique du Québec. 99 p.

⁶⁸ Japel, C., & Dihman, P. (2013). Les services à la petite enfance : la qualité et son impact sur le développement des enfants. Dans G. Tarabulsky et M. Provost (Éds.) Développement social et émotionnel des enfants et adolescents, Tome 2, (pp. 155-192). Presses de l'Université du Québec.

⁶⁹ Société canadienne de pédiatrie. (2016) Le dépistage universel des troubles de l'audition chez les nouveau-nés. Document de principes.



NOTES

Lined area for notes with horizontal lines.



OBSERVATOIRE des tout-petits

VEILLER POUR ÉVEILLER

L'Observatoire des tout-petits a pour mission de contribuer à placer le développement et le bien-être des tout-petits au cœur des priorités de la société québécoise. Pour y parvenir, l'Observatoire regroupe les données les plus rigoureuses concernant les 0-5 ans, les communique et suscite le dialogue autour des actions collectives nécessaires dans ce domaine.

Tout-petits.org



Fondation Lucie
et André Chagnon