COMMENT

SE PORTENT

LES TOUT-PETITS QUÉBÉCOIS ?

Portrait 2017

NORD-DU-QUÉBEC

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.

Ce document est un extrait du rapport *Comment se portent les tout-petits québécois ? Portrait 2017.*

Pour citer le rapport complet :

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 (PDF) – 4e trimestre 2017
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-924875-07-0 (PDF)

TABLE DES MATIÈRES

4 LE PORTRAIT DES TOUT-PETITS QUÉBÉCOIS

5 LA RÉGION DU NORD-DU-QUÉBEC EN BREF

Comment se portent les tout-petits du Nord-du-Québec ?

7 QUI SONT LES 0-5 ANS ?

9 PENDANT LA GROSSESSE ET À LA NAISSANCE

15 LEUR DÉVELOPPEMENT

21 LEUR SANTÉ PHYSIQUE

25 LA RÉGION EN UN COUP D'ŒIL

26 CONCLUSION

27 À PROPOS DES DONNÉES PRÉSENTÉES

29 RÉFÉRENCES ET NOTES

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.

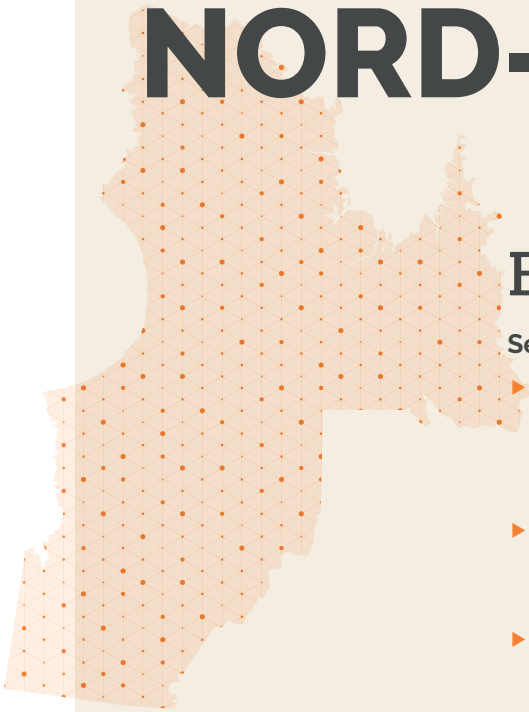
Les données présentées dans ce portrait proviennent de données administratives, de recensements ou encore d'enquêtes populationnelles. Certains aspects de la santé et du bien-être des enfants n'ont malheureusement pas pu être couverts puisqu'ils ne sont pas tous mesurés dans les enquêtes ou consignés dans les banques de données administratives. Cependant, les données dont nous disposons sont représentatives de l'ensemble des tout-petits québécois.

Les données présentées dans ce document dressent le portrait actuel des tout-petits du Nord-du-Québec, 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 de mieux savoir comment se portent les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le Nord-du-Québec et de poser, par le fait même, un regard unique sur leur réalité.

RÉGION DU NORD-DU-QUÉBEC



En bref

Selon les données les plus récentes :

- Le nombre de naissances a augmenté de 2,1 % dans la région entre 2006 et 2016. Dans l'ensemble du Québec, le nombre de naissances a plutôt augmenté de 5,4 % pendant cette période.
- La proportion de tout-petits vivant dans une famille à faible revenu après impôt est plus élevée dans le Nord-du-Québec que dans le reste du Québec.
- La proportion de naissances prématurées et de bébés de petit poids est généralement plus élevée dans le Nord-du-Québec que dans le reste du Québec.
- Le taux de mortalité infantile du Nord-du-Québec est environ 3 fois plus élevé que celui du reste du Québec. Le taux de mortalité juvénile est également plus élevé que dans le reste du Québec.
- Le taux d'enfants âgés de 0 à 5 ans ayant consulté un dentiste pour un examen est moins élevé dans la région que dans l'ensemble du Québec.
- Le taux d'enfants de 0 à 5 ans reconnus handicapés est moins élevé dans le Nord-du-Québec que dans l'ensemble du Québec.
- Le taux de familles ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans bénéficiaire du supplément pour enfant handicapé est moins élevé dans la région que dans l'ensemble du Québec.
- La proportion d'enfants de la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement est moins élevée dans le Nord-du-Québec que dans le reste du Québec.
- Le taux d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage à la maternelle est moins élevé dans le Nord-du-Québec que dans l'ensemble du Québec.

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

QUI SONT LES 0-5 ANS ?

La région du Nord-du-Québec compte 4 815 enfants âgés de 0 à 5 ans. Ils représentent 10,7 % de la population totale de la région.

En 2006, ils étaient 4 731 et représentaient 11,7 % de la population totale de la région.

En 2016, 856 naissances ont été enregistrées.

C'est une augmentation de 2,1 % par rapport à 2006, alors que 838 enfants avaient vu le jour dans la région.

DANS QUEL TYPE DE FAMILLE GRANDISSAIENT-ILS EN 2011 ?*

1 enfant
18,3 %

2 enfants
30,7 %

3 enfants et +
51,0 %

Intacte
58,2 %

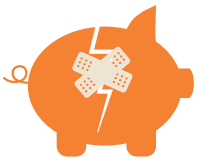
Recomposée
14,2 %

Monoparentale
27,7 %

* En raison de l'arrondissement, la somme des proportions peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %.

QUELLES SONT LEURS CONDITIONS DE VIE ?

26,0 % des tout-petits de la région vivaient dans une famille à faible revenu après impôt en 2015.



Ce taux s'établissait à 26,4 % en 2004.

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]

Sources : Institut de la statistique du Québec et Statistique Canada, Estimations de population, adapté par l'Institut de la statistique du Québec. Données provisoires de 2016 ; Statistique Canada, *Enquête nationale auprès des ménages de 2011*, adapté par l'Institut de la statistique du Québec, et Statistique Canada, *Fichier sur les familles T1* (FFT1), adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

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.

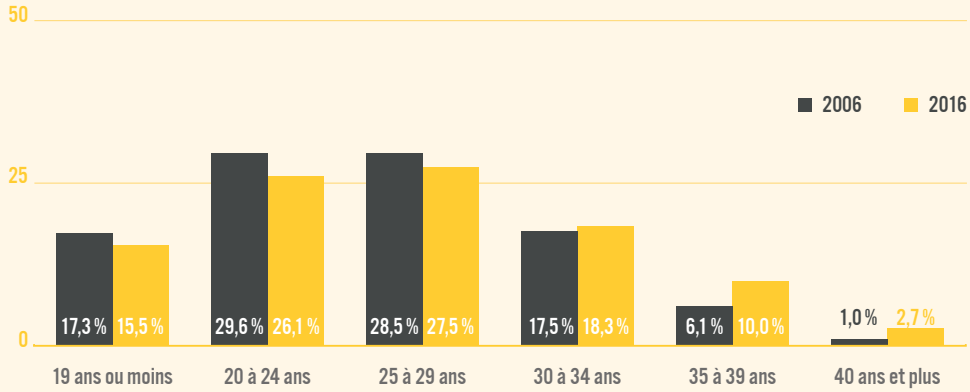
Le contexte dans lequel se déroule la grossesse influence la santé du bébé. Par exemple, certains facteurs peuvent augmenter le risque que l'enfant meure à la naissance : le poids de la mère, **son jeune âge ou son âge avancé**, ses problèmes de santé (ex. : infections, hypertension ou diabète), ses 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]

QUEL ÉTAIT L'ÂGE DE LEUR MÈRE À LA NAISSANCE ?



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

RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN

11,1 % des bébés sont nés avec un retard de croissance intra-utérin en 2011-2013, c'est-à-dire avec un poids sous le 10e percentile des courbes standards de poids pour le nombre de semaines de grossesse complétées.

Cette proportion était de 18,7% en 1981-1983 et de 8,7% en 2002-2004.

CÉSARIENNES

25,0 % des accouchements qui ont eu lieu dans la région étaient des césariennes en 2015.*

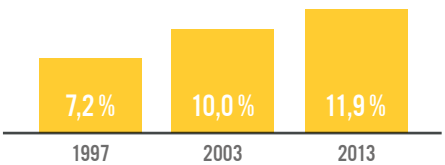
En 2002, le taux de césariennes dans la région était de 29,8%.

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

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]

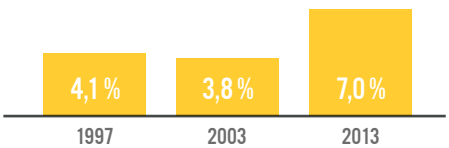
NAISSANCES PRÉMATURÉES

11,9 % des naissances étaient prématurées en 2013.



BÉBÉS DE FAIBLE POIDS

7,0 % des bébés qui ont vu le jour en 2013 dans le Nord-du-Québec étaient de faible poids (moins de 2,5 kg ou 5,5 lb).



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

BÉBÉS MORT-NÉS

4,1 / 1 000

En 2009-2013, le taux annuel moyen de bébés mort-nés était de 4,1 pour 1 000.

Ce taux était de 5,5 naissances pour 1 000 en 2001-2005.

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]

ALLAITEMENT

78,6 % **des mères ont allaité ou essayé d'allaiter leur dernier enfant* selon les données de 2013-2014.**

Cette proportion était de 75,0 % en 2000-2001.

* Parmi les femmes de 15 à 55 ans qui ont donné naissance au cours des cinq années précédentes. (Taux de non-réponse partielle élevée en 2013-2014, attention au biais possible.)

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 pendant 2 ans et au-delà.[13]

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

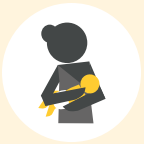
Sources : Institut de la statistique du Québec, *Registre des événements démographiques ;* Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), 2000-2001 et 2013-2014, fichiers de partage, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

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 OLO[15], modèle de la Maison Bleue[16], programme SIPPE, soutien financier[17]) 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 sécuritaire[18]. 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'allaitement[19].



La certification Initiative Amis des Bébés s'est avérée efficace pour améliorer les taux d'allaitement[20]. Certaines conditions pourraient aussi contribuer à soutenir l'allaitement, notamment la création d'environnements favorables à l'allaitement[21] (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 professionnels[23] et la présence de groupes de soutien[24] 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 ?

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.[25]

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.[26]

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 6e année du primaire.[27] La réussite scolaire au primaire peut ensuite influencer le plus haut diplôme obtenu à l'âge adulte et les perspectives d'emploi.

HANDICAPS ET INCAPACITÉS

7,8 enfants de 0 à 5 ans sur 1 000 étaient reconnus handicapés en vertu du programme de supplément pour enfant handicapé administré par Retraite Québec en 2015.

En 2005, ce taux était de 8,1 pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans.

1,2 % des familles de la région ayant au moins un enfant de 0 à 5 ans étaient bénéficiaires du supplément pour enfant handicapé en 2015.

Cette proportion était de 1,1 % en 2007.

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.

HANDICAP OU DIFFICULTÉ D'ADAPTATION À LA MATERNELLE*

1,4 % des enfants de la maternelle souffraient d'un handicap ou d'une difficulté d'adaptation en 2015-2016, selon les critères du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur.

Cette proportion était de 1,3 % des enfants de la maternelle en 2011-2012

* 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.

Sources : 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) ; 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.

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.

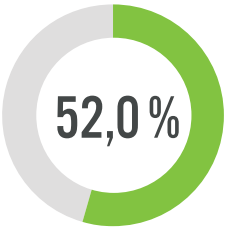
Développement cognitif et langagier
L'enseignant évalue l'intérêt et les habiletés en lecture, en écriture et en mathématiques, et l'utilisation adéquate du langage.

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.

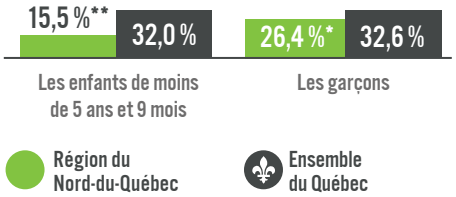
VULNÉRABILITÉ À LA MATERNELLE

17,9 % des enfants à la maternelle de Nord-du-Québec étaient vulnérables dans au moins un domaine de développement en 2012.

Parmi ces enfants vulnérables, **52,0 % étaient vulnérables dans 2 domaines ou plus.**



Au niveau provincial, certains groupes d'enfants sont plus susceptibles d'être vulnérables. **Voici la proportion d'entre eux dans la région qui sont vulnérables dans au moins 1 domaine de développement :**



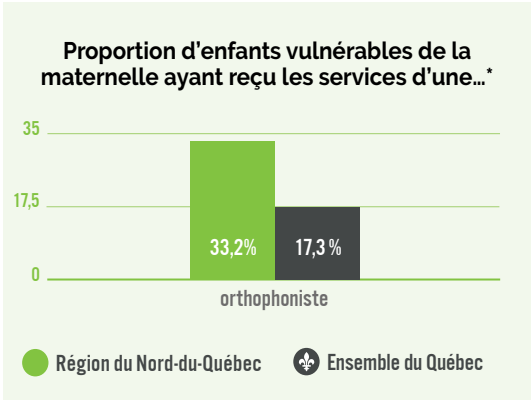
L'indice de défavorisation de la zone de résidence comprend une composante matérielle (revenu moyen, scolarité et emploi) et une composante sociale (personnes veuves, séparées, divorcées, vivant seules et familles monoparentales).[28]

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

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

UTILISATION DES SERVICES D'UN PROFESSIONNEL NON ENSEIGNANT PAR LES ENFANTS VULNÉRABLES DANS AU MOINS UN DOMAINE DE DÉVELOPPEMENT

59,2 % des enfants vulnérables de la maternelle de la région ont reçu les services d'un professionnel non enseignant à l'école en 2012.



* orthophoniste : coefficient de variation compris entre 15 % et 25 % pour les données de la région; interpréter avec prudence.

Seules les données concernant l'utilisation des services d'une orthophoniste sont disponibles pour la région du Nord-du-Québec.

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

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.[29] 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.[30]

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.[31] 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.[32] 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.[33]

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 ?

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.[34] Les **blessures non-intentionnelles** peuvent nuire au fonctionnement moteur et causer des incapacités permanentes.[35] 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.[36]

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).[37] Par ailleurs, les enfants obèses ont une moins bonne image corporelle et une plus faible estime d'eux-mêmes.[38]

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.[39] 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**.[40]

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.[41]

BLESSURES NON INTENTIONNELLES*

401,9 hospitalisations pour 100 000 enfants de 4 ans et moins en 2013-2016.

En 2007-2010, ce taux était de 398,1 pour 100 000 enfants de 4 ans et moins.

* Le libellé exact pour cet indicateur est traumatisme non intentionnel.

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.

MORTALITÉ

17,1 enfants pour 1 000. C'est le taux annuel moyen de tout-petits qui sont décédés avant leur premier anniversaire en 2009-2013.

En 1999-2003, ce taux était de 9,1 enfants pour 1 000.

0,24 enfants pour 1 000. C'est le taux annuel moyen de tout-petits qui sont décédés entre l'âge d'un an et 4 ans en 2009-2013.

En 1999-2003, ce taux était de 1,46 enfants pour 1 000.

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.

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

EXAMENS DENTAIRES

18,5 % des enfants de 3 à 5 ans et

2,6 % des enfants de 0 à 2 ans avaient consulté un dentiste pour un examen dentaire en 2016.

En 2006, ces taux étaient respectivement de 14,6 % et 3,0 %.

TRAITEMENTS DENTAIRES (ex.: traitement de carie)

7,7 % des enfants de 3 à 5 ans avaient reçu un traitement dentaire en 2016.

Chez les 0 à 2 ans, ce taux était de 0,4 %

En 2006, ces taux étaient respectivement de 3,9 % et de 0,0 %.

* Les données concernant les soins dentaires pour le Nord-du-Québec comprennent également des données du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

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.

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.

OBÉSITÉ ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Nous ne disposons pas de données sur l'obésité et le niveau d'activité physique chez les tout-petits à l'échelle régionale. Nous savons toutefois qu'au Québec, en 2015, le tiers des tout-petits étaient à risque de surpoids, en surpoids ou obèses. De plus, environ les trois quarts des enfants de 3 à 5 ans ne respectaient pas les recommandations en matière de temps passé devant un écran et près du tiers ne suivaient pas les recommandations en matière d'activité physique.

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.

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'obésité[42]. L'adoption de politiques publiques ou de mesures collectives (ex. : taxation des boissons sucrées, cibles nutritionnelles visant la teneur en sucre dans les aliments[43], aménagements sécuritaires et propices à l'activité physique dans les municipalités[44]) 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'enfance[45]. 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 publics[46] (ex. : parcs et terrains de jeux) peut contribuer à diminuer la consommation de boissons sucrées, nocive pour la santé à plusieurs égards. La fluoration de l'eau est une autre mesure efficace et sécuritaire pour lutter contre la carie dentaire[47].

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.

LA RÉGION EN UN COUP D'ŒIL

Il faut être prudent dans l'interprétation de ces données. Certaines différences entre la région et l'ensemble du Québec pourraient ne pas être significatives ou être dues à des fluctuations aléatoires.

	INDICATEURS	Nord-du-Québec 10	Ensemble du Québec
QUI SONT LES 0 À 5 ANS ?	Nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans en 2016	**4 815**	534 939
	Proportion d'enfants âgés de 0 à 5 ans en 2016	**10,7 %**	6,4 %
	Nombre de nouveau-nés en 2016	**856**	86 400
LA GROSSESSE ET LA NAISSANCE	Proportion de naissances avec un retard de croissance intra-utérin en 2011-2013	**11,1 %**	8,7 %
	Proportion de naissances prématurées (< 37 semaines complètes de gestation) en 2013	**11,9 %**	7,3 %
	Proportion de naissances de faible poids (<2 500 g) en 2013	**7,0 %**	5,9 %
	Taux de césariennes en 2015	**25,0 %**	24,9 %
	Taux annuel moyen de mortinatalité en 2009-2013	**4,1 décès pour 1 000 naissances**	4,2 décès pour 1 000 naissances
	Proportion de femmes âgées de 15 à 55 ans ayant donné naissance à un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête de 2013-2014 qui ont allaité ou essayé d'allaiter leur dernier enfant	**78,6 %**	89,0 %
LA SANTÉ PHYSIQUE	Taux annuel moyen d'hospitalisations pour blessure non intentionnelle chez les enfants âgés de 0 à 4 ans en 2013-2016	**401,9 hospitalisations pour 100 000 enfants***	346,3 hospitalisations pour 100 000 enfants
	Taux annuel moyen de mortalité juvénile (entre 1 et 4 ans) en 2009-2013	**17,1 décès pour 1 000 naissances**	4,8 décès pour 1 000 naissances
	Proportion de familles ayant un médecin de famille ou un pédiatre pour tous leurs enfants de 0 à 5 ans en 2015	**0,24 décès pour 1 000 naissances**	0,15 décès pour 1 000 naissances
	Taux d'enfants de 0 à 5 ans ayant consulté un dentiste en 2016**	**10,6 %**	30,5 %
	Taux d'enfants de 0 à 5 ans ayant reçu un traitement dentaire en 2016**	**4,1 %**	5,4 %
LE DÉVELOPPEMENT	Taux d'enfants de 0 à 5 ans reconnus handicapés en 2015	**7,8 enfants handicapés pour 1 000 enfants**	12,3 enfants handicapés pour 1 000 enfants
	Proportion d'enfants à la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement en 2012	**17,9 %***	25,6 %
	Proportion d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA) à la maternelle 5 ans en 2015-2016	**1,4 %**	5,6 %
	Proportion d'enfants de la maternelle vulnérables pour leur développement ayant reçu les services d'au moins un professionnel non enseignant à l'école en 2012	**59,2 %***	49,7 %

* Coefficient de variation entre 15 et 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Les données concernant les soins dentaires pour le Nord-du-Québec comprennent également des données du Nunavik et des Terre-Cries-de-la-Baie-James.

CONCLUSION

Ce portrait met en lumière l'état de santé et de développement des tout-petits du Nord-du-Québec. 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.

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

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.

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**.

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

Un rapport complet de 236 pages présentant les données à l'échelle provinciale et pour chacune des 17 régions du Québec

Une brochure regroupant les « faits saillants »

Les portraits régionaux pour chacune des 16 autres régions

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**

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 reviews3:* 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 Pediatr,* 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] Chaillet, 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, Rodriquez 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] 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.

[26] 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 disabitities. *Innocenti Digest* no. 13, Innocenti Research Center.

[27] 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 du 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

[28] 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.

[29] 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.

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

[31] 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.

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

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

[34] 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/feuillets_complets.pdf)

[35] 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.

[36] Neslihan Koyuncuoğlu Güngör. Overweight and Obesity in Children and Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2014 Sep ; 6(3) : 129–143.

[37] 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).

[38] Neslihan Koyuncuoğlu Güngör. Overweight and Obesity in Children and Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2014 Sep ; 6(3) : 129–143.

[39] 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.

[40] Cole, Sarah Z., Failure to Thrive : An Update. *Am Fam Physician.* 2011 Apr 1 ; 83(7) : 829-834.

[41] 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.

[42] 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),

[43] OMS. (2012) Approches de la prévention de l'obésité de l'enfant dans la population.

[44] La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016) Politique gouvernementale de prévention en santé.

[45] 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.*

[46] 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 !

[47] 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.

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.

Fondation Lucie
et André Chagnon

© Fondation Lucie et André Chagnon, 2017