

La santé, l'alimentation et le sommeil des bébés

Un portrait à partir de l'étude
Grandir au Québec



Étude longitudinale du développement
des enfants du Québec, 2^e édition

INSTITUT
DE LA
STATISTIQUE
DU QUÉBEC

25
ans

Québec 

Pour tout renseignement concernant l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et les données statistiques dont il dispose, s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1R 5T4

Téléphone :
418 691-2401
1 800 463-4090 (Canada et États-Unis)

Site Web : statistique.quebec.ca

Ce document est disponible seulement en version électronique.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
4^e trimestre 2024
ISBN 978-2-550-99149-6 (en ligne)

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2024

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
statistique.quebec.ca/fr/institut/nous-joindre/droits-auteur-permission-reproduction

Novembre 2024

Avant-propos

L'Institut de la statistique du Québec collabore depuis plusieurs années avec des ministères et organismes pour réaliser des enquêtes sur divers aspects du développement des enfants et des jeunes, de la petite enfance au début de l'âge adulte. Les données des enquêtes populationnelles sont une source d'information utile pour la sphère politique, le milieu de la recherche et les parties prenantes. Elles décrivent de manière probante la situation des enfants, et peuvent ainsi contribuer à leur offrir des services adéquats et les aider à avoir un bon départ dans la vie. Si on s'intéresse tant au bien-être des enfants, c'est notamment parce que le fait d'investir dans leur développement comporte de nombreux avantages, tant pour les enfants eux-mêmes et leur famille que pour la société en général.

La deuxième édition de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, aussi appelée *Grandir au Québec*, s'inscrit dans cette série d'enquêtes visant à mieux cerner les différents aspects de la vie des enfants nés au Québec. Grâce à son devis longitudinal, *Grandir au Québec* suivra des enfants nés en 2020-2021 de leur première année de vie jusqu'à l'âge adulte. C'est d'ailleurs la force de cette étude d'envergure : elle permet de recueillir des renseignements sur les enfants, leurs parents et leur famille à différents moments de la vie, et sur une multitude d'aspects comme l'état de santé, l'utilisation des écrans, les habitudes de vie, la fréquentation d'un milieu de garde, les pratiques parentales, les congés parentaux, la conciliation travail-famille, la réussite scolaire et les relations sociales. Au fil des années, cette étude d'une grande richesse nous aidera à mieux cerner les facteurs qui peuvent exercer une influence sur le bien-être des enfants au Québec, et permettra une meilleure compréhension de l'évolution des contextes de vie, du développement de certains comportements et des différentes transitions vécues dans les différentes phases de la vie.

Les premières données de l'étude ont été recueillies en 2021-2022, soit lorsque les bébés étaient âgés d'environ cinq mois. Les premières publications réalisées à partir du premier passage de l'étude viennent ainsi concrétiser le fruit du travail de l'équipe de projet et permettent d'amorcer le récit de la vie des enfants nés au tournant des années 2020. Le présent rapport est le dernier d'une série de quatre. Il s'intéresse à la santé, à l'alimentation et au sommeil des bébés d'environ 5 mois.

L'étude *Grandir au Québec* est réalisée grâce à un partenariat constitué de la Fondation Lucie et André Chagnon, du ministère de la Famille, du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de l'Éducation, du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, du Conseil de gestion de l'assurance parentale ainsi que de l'ISQ. Ces partenaires ont reçu du soutien de la part de ministères et d'organismes qui leur ont fourni des données administratives (Revenu Québec, Retraite Québec, le Directeur de l'État civil, la Régie de l'assurance maladie du Québec), de même que de la part de nombreux collaborateurs des milieux universitaires. Je tiens à souligner l'engagement de ces partenaires et collaborateurs, ainsi que celui des familles participantes, sans qui cette grande étude n'aurait pas été possible. Merci également à l'équipe de l'ISQ, qui s'est investie pleinement dans la réalisation de ce projet pour en faire un succès durable. Longue vie à *Grandir au Québec* !

Le statisticien en chef,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Simon Bergeron'.

Simon Bergeron

Publication réalisée à l'Institut de la statistique du Québec par :	Améyo Xoxoabu Djeha, Christine Doucet et Amélie Lavoie
Sous la direction de :	Nancy Illick
Révision et édition :	Direction de la diffusion et des communications
Comité de lecture interne :	Karine Tétreault, Catherine Fontaine, Nancy Illick et Bertrand Perron
Comité de lecture externe :	Mariana De Moraes Pontual, Laura Haiek, Marie-Pierre Harvey et Peggy Bedon, ministère de la Santé et des Services sociaux Andraea Van Hulst, Université McGill
Étude sous la responsabilité de :	Direction des études longitudinales (DEL) Institut de la statistique du Québec
Enquête financée par :	Fondation Lucie et André Chagnon Ministère de la Famille Ministère de la Santé et des Services sociaux Ministère de l'Éducation Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale Conseil de gestion de l'assurance parentale Institut de la statistique du Québec
Photo en couverture :	Odua Images / Adobe Stock
Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :	Direction des études longitudinales Institut de la statistique du Québec 1200, avenue McGill College, 5 ^e étage, Montréal (Québec) H3B 4J8 Téléphone : 418 691-2401 1 800 463-4090 (Canada et États-Unis) Site Web : statistique.quebec.ca

Notice bibliographique suggérée

DJEHA, Améyo Xoxoabu, Christine DOUCET et Amélie LAVOIE (2024). *La santé, l'alimentation et le sommeil des bébés. Un portrait à partir de l'étude Grandir au Québec*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 117 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/sante-alimentation-sommeil-bebes-portrait-grandir-au-quebec.pdf].

Notice suggérée pour la source des données

Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Avertissements

Les proportions estimées présentées dans ce rapport sont arrondies à la décimale près dans les tableaux et figures et à l'unité près dans le texte, à l'exception des données qui ne sont pas présentées dans un tableau ou une figure et des proportions inférieures à 5 %, pour lesquelles une décimale a été conservée. Les proportions dont la décimale est ,5 sont arrondies à l'unité inférieure ou supérieure selon la seconde décimale. En raison de l'arrondissement, la somme des proportions peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %. L'absence d'astérisque dans les tableaux ou figures signifie que toutes les estimations ont une bonne précision (coefficient de variation [CV] ≤ 15 %).

Signes conventionnels

%	Pourcentage
*	Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
**	Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
a-b-c...	Écart significatif entre les catégories de la variable de croisement affichant une même lettre.
...	N'ayant pas lieu de figurer.

Liste de sigles et d'acronymes

CLSC	Centres locaux de services communautaires
CV	Coefficient de variation
ELDEQ 1	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, 1 ^{re} édition
ELDEQ 2	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, 2 ^e édition
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MFR	Mesure de faible revenu
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PSE	Pauvreté socioéconomique
QAA	Questionnaire autoadministré
QM-FM	Questionnaire de la mère ou de la figure maternelle
QP-FP	Questionnaire du père ou de la figure paternelle
QAPI	Questionnaire administré par l'intervieweur
QORI	Questionnaire d'observation rempli par l'intervieweur
RED	Registre des événements démographiques du Québec
RSS	Région sociosanitaire

Table des matières

L'étude <i>Grandir au Québec</i> en bref	7
Faits saillants	8
Introduction	11
Méthodologie en bref	14
1 La santé des enfants à la naissance et à 5 mois	20
1.1 La santé des bébés à la naissance	23
1.2 La santé des bébés à environ 5 mois	35
2 L'alimentation du bébé	48
2.1 Intention d'allaiter	50
2.2 Taux d'allaitement et durée de l'allaitement	56
2.3 Facteurs associés à l'allaitement	64
2.4 Soutien à l'allaitement	69
2.5 Introduction des préparations commerciales pour nourrissons	71
2.6 Introduction des aliments complémentaires	73
2.7 Supplément de vitamine D	79
3 Le sommeil du bébé	82
3.1 Les conditions de mise au lit du bébé	85
3.2 Les caractéristiques du sommeil du bébé	87
3.3 La consolidation du sommeil du bébé	93
Conclusion	99
Annexe 1 – Quelques définitions	104
Bibliographie	107

L'étude *Grandir au Québec* en bref

L'étude *Grandir au Québec* a vu le jour afin de répondre aux besoins de connaissances concernant le développement des enfants nés au Québec au début des années 2020. L'étude est réalisée par l'Institut de la statistique du Québec avec la collaboration de différents partenaires. Elle est financée par la Fondation Lucie et André Chagnon, le ministère de la Famille, le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Éducation, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le Conseil de gestion de l'assurance parentale et l'Institut de la statistique du Québec.

L'objectif principal de l'étude est de mieux connaître les facteurs qui peuvent influencer le développement et le bien-être des enfants du Québec. Une telle étude longitudinale, conçue pour suivre les mêmes enfants jusqu'à l'âge adulte, permettra notamment de mettre en relation les événements qu'ils auront vécus à différents moments de leur vie. Les renseignements ainsi recueillis permettront une meilleure compréhension de l'évolution de certains comportements qui tiendront compte des contextes de vie et des différentes transitions vécues. De plus, l'étude permettra d'en apprendre davantage sur les facteurs prédictifs de certains phénomènes. Les facteurs de risque ou de protection identifiés pourront éventuellement servir de leviers d'intervention.

Grandir au Québec est la deuxième édition de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ 2) et suivra de la première année de vie jusqu'à l'âge adulte une cohorte d'enfants nés au Québec entre le 1^{er} octobre 2020 et le 30 septembre 2021. La première édition de l'étude (ELDEQ 1) suit quant à elle une cohorte d'enfants nés au Québec en 1997-1998.

La première collecte de données a eu lieu au moment où la majorité des enfants étaient âgés d'environ 5 mois. À cet âge, la plupart des enfants avaient atteint un niveau de développement suffisant pour que l'on puisse recueillir plusieurs des données centrales de l'étude. Ces enfants feront l'objet d'un suivi annuel jusqu'à l'âge de 7 ans, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'ils soient en deuxième année du primaire. Par la suite, les collectes devraient avoir lieu tous les deux ans, ainsi qu'à certains moments clés (p. ex. lors du passage du primaire au secondaire). Le projet est divisé en quatre phases, qui suivent les grandes étapes de développement des enfants.



Faits saillants

Les résultats présentés dans ce rapport sont tirés du premier passage de l'étude *Grandir au Québec* qui vise à mieux connaître les facteurs qui peuvent influencer le développement et le bien-être des enfants nés au tournant des années 2020. La population visée par l'étude correspond aux enfants nés entre le 1^{er} octobre 2020 et le 30 septembre 2021 de mères résidant au Québec. La première collecte de l'étude s'est déroulée de mai 2021 à mars 2022 auprès de 4 703 familles alors que les bébés avaient environ 5 mois. Ce sont ces enfants qui feront l'objet d'un suivi longitudinal jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge adulte.

Que révèlent les principaux résultats du premier passage de l'étude sur la santé, l'alimentation et le sommeil des enfants à l'âge de 5 mois ?

La santé des bébés à environ 5 mois

- ▶ Environ 9 bébés sur 10 étaient considérés en excellente (71 %) ou en très bonne santé (21 %) par leurs parents. Près de 6 % des bébés avaient une santé jugée comme bonne, tandis que la santé de 0,7 %* des bébés était considérée comme passable ou mauvaise par leurs parents.
- ▶ Environ 1 bébé sur 10 (10 %) n'avait pas de médecin de famille ou de pédiatre.
- ▶ Environ la moitié (49 %) des bébés ont vu un ou une médecin pour un problème de santé ou une maladie après leur naissance (les examens de routine et les rendez-vous de vaccination sont exclus). Plus précisément, environ 23 % ont vu un ou une médecin une seule fois, 12 % en ont vu un 2 fois, 6 %, 3 fois et 8 %, quatre fois ou plus.
- ▶ La majorité (86 %) des bébés n'ont pris aucun antibiotique entre leur naissance et le moment de l'enquête ; environ 12 % en ont pris une fois, 1,5 %, deux fois et 0,8 %*, trois fois ou plus.
- ▶ 6 enfants sur 10 (61 %) ont subi un test de dépistage auditif entre leur naissance et le moment de l'enquête. À la suite de ce test, un problème a été détecté chez une faible proportion d'entre eux (0,9 %*).

L'alimentation des bébés

Allaitement

- ▶ Les mères de la vaste majorité (88 %) des bébés avaient l'intention d'allaiter avant la naissance de ceux-ci.
- ▶ Environ 9 bébés sur 10 (91 %) ont reçu du lait maternel au moins une fois.
- ▶ Parmi les bébés nés à l'hôpital ou en maison de naissance (soit 99,3 % des bébés), environ 9 sur 10 (89 %) ont reçu du lait maternel au lieu de naissance et 44 % y ont reçu des préparations commerciales pour nourrissons.
- ▶ La proportion de bébés allaités diminue au fur et à mesure que l'enfant vieillit : elle se situe à 85 % durant la première semaine de vie, à 75 % durant les 2 premiers mois et à 66 % durant les 4 premiers mois.

- Environ 82 % des bébés ayant reçu du lait maternel ont une mère qui a consulté au moins un type de professionnels de la santé ou une marraine d'allaitement pour obtenir de l'information, des conseils ou de l'aide en lien avec l'allaitement.

Allaitement exclusif

- Avant la naissance de leur enfant, les mères de la vaste majorité (87 %) des bébés avaient l'intention d'allaiter de façon exclusive, c'est-à-dire nourrir leur bébé uniquement avec du lait maternel, sans le combiner avec d'autres aliments solides ou liquides.
- Environ la moitié (52 %) des bébés nés à l'hôpital ou en maison de naissance ont été allaités de façon exclusive au lieu de naissance.
- Parmi l'ensemble des bébés, un peu moins de la moitié (47 %) ont été allaités de façon exclusive durant leur première semaine de vie. Environ 37 % des bébés ont été allaités de façon exclusive durant les 2 premiers mois et 29 % l'ont été durant les 4 premiers mois.

Introduction d'aliments complémentaires

- Environ 6 % des bébés ont commencé à consommer des céréales avant l'âge de 4 mois. L'introduction hâtive d'autres types d'aliments solides, comme les fruits, les légumes, la viande, les autres produits laitiers (yogourt, fromage, etc.), les œufs ou le beurre d'arachide touche de très faibles proportions de bébés (proportions variant d'environ 0,1 %** à 1,1 %).
- De très faibles proportions de bébés ont reçu d'autres types de liquide comme du lait de vache, des boissons végétales ou du jus de fruits avant l'âge de 4 mois (proportions variant d'environ 0,2 %** à 0,6 %*).
- La vaste majorité (95 %) des bébés ont reçu des suppléments de vitamines D à un moment ou un autre après leur naissance.

Le sommeil des bébés à environ 5 mois

- Les trois quarts (75 %) des bébés dorment un total de 12 à 16 heures par jour, tel que le recommande la Société canadienne de pédiatrie.
- Environ la moitié (49 %) des bébés âgés d'au moins 5 mois au moment de l'enquête font leurs nuits, c'est-à-dire qu'ils dorment au moins six heures d'affilée la nuit.
- La majorité (68 %) des bébés font trois siestes ou plus par jour, environ 3 sur 10 (29 %) en font deux, 2,1 % font une seule sieste par jour et seulement 0,4 %** des bébés ne font pas de sieste.
- Au cours du mois précédant l'enquête, environ 13 % des bébés âgés d'au moins 5 mois ne s'éveillaient jamais durant la nuit, 52 % le faisaient une ou deux fois et 35 % le faisaient trois fois ou plus.
- Les parents d'environ 62 % des bébés perçoivent les éveils nocturnes de l'enfant comme n'étant pas du tout problématiques, tandis qu'ils sont considérés comme légèrement problématiques pour 33 % d'entre eux et comme étant vraiment problématiques pour environ 5 % d'entre eux.
- La majorité (59 %) des bébés sont endormis par leur parent avant d'être mis au lit, environ 29 % sont couchés alors qu'ils sont toujours éveillés et s'endorment seuls, tandis que 12 % sont couchés alors qu'ils sont toujours éveillés, tout en ayant leur parent près d'eux jusqu'à ce qu'ils s'endorment.

- Environ 4 bébés sur 10 (40 %) dorment seuls dans leur chambre, le tiers (31 %) dorment dans la chambre de leurs parents, mais pas dans leur lit, 11 % dorment dans la chambre de leurs parents et dans leur lit, 13 % dorment dans leur propre lit une partie de la nuit et dans le lit de leurs parents une autre partie de la nuit, 4,8 % partagent leur chambre avec une autre personne de la famille et 0,6 %* dorment dans d'autres conditions.

La santé et l'alimentation des bébés : plus d'une vingtaine d'années plus tard

Grandir au Québec est la deuxième édition de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ 2). La première édition (ELDEQ 1) suit une cohorte d'enfants nés au Québec en 1997-1998. De quelle façon la santé et l'alimentation des bébés ont-elles évolué entre les deux éditions de l'étude ?

Améliorations à souligner

Les bébés nés en 2020-2021 étaient proportionnellement plus nombreux que ceux nés en 1997-1998 :

- à avoir reçu du lait maternel au moins une fois (91 % c. 72 %) ;
- à avoir été allaités durant leur première semaine de vie (85 % c. 67 %), le premier mois (80 % c. 60 %), les deux premiers mois (75 % c. 53 %), les 3 premiers mois (70 % c. 47 %) et les 4 premiers mois de vie (66 % c. 41 %) ;
- à avoir été allaités de façon exclusive durant les 3 premiers mois (33 % c. 18 %) et les 4 premiers mois de vie (29 % c. 6 %).

Ils étaient par ailleurs moins nombreux :

- à avoir un poids élevé (4 000 grammes ou plus) à la naissance (7 % c. 12 %) ;
- à avoir commencé à consommer de façon hâtive, soit avant l'âge de 4 mois, des céréales (6 % c. 58 %), des légumes (1,1 % c. 26 %), des fruits (1,1 % c. 19 %) ou du jus de fruits (0,6 %* c. 11 %).

Toutefois...

Les bébés nés en 2020-2021 étaient proportionnellement moins nombreux que les bébés nés en 1997-1998 à :

- être déclarés en excellente santé par leur mère biologique à l'âge d'environ 5 mois (72 % c. 76 %) ;
- avoir été allaités de façon exclusive durant leur première semaine de vie (47 % c. 56 %).

Introduction

L'importance des premiers mois de vie

La petite enfance, et plus particulièrement les premiers mois de vie, constitue une période fondamentale au cours de laquelle les expériences vécues par les tout-petits posent les bases essentielles au bon développement physique et psychologique des enfants et des adultes en devenir (Ministère des Solidarités et de la Santé 2020 ; Moore et autres 2017 ; Indrio et autres 2023). C'est une période de développement rapide et intense pendant laquelle l'enfant grandit, développe ses capacités sensorielles et cognitives et forge son système immunitaire.

En effet, durant la première année après la naissance, le bébé voit sa taille augmenter de 50 %, son poids multiplier par trois et son cerveau doubler de volume (Graber 2023). Cette période de grande croissance en fait également une période de grande vulnérabilité, puisque les enfants sont particulièrement sensibles à la qualité de leur environnement. Ainsi, divers facteurs physiques, biologiques, environnementaux, familiaux et sociaux peuvent exercer une influence positive ou négative sur la santé des tout-petits, et ainsi orienter leur trajectoire développementale et leur bien-être futur.

Parmi ces facteurs de risque et de protection, on compte notamment certaines caractéristiques des bébés à la naissance, leur état de santé dans les premiers mois de leur vie ou encore les soins médicaux qu'ils reçoivent. En effet, les conditions de santé des bébés à la naissance (p. ex. prématurité, faible poids de naissance, souffrance néonatale, malformation congénitale, etc.), en plus de constituer des causes importantes de morbidité et de mortalité infantile, exerceraient aussi une influence sur l'état de santé jusqu'à l'âge adulte (Colella et autres 2018 ; Gascoin et Flamant 2013 ; Torchin et Foix-L'Hélias 2019).

L'alimentation des bébés compte aussi parmi les facteurs à prendre en compte. En effet, l'allaitement maternel, notamment l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie, comme le recommandent l'OMS et l'UNICEF (Organisation Mondiale de la santé 2024 ; UNICEF 2022), serait un important facteur de protection grâce à ses nombreux bénéfices pour la santé de l'enfant (p. ex. diminution des infections ou de certains problèmes de santé) (Turck et autres 2013). C'est la raison pour laquelle plusieurs organisations, dont le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), privilégient l'établissement de cibles à atteindre en matière de taux d'allaitement et de taux d'allaitement exclusif, ainsi que la mise en place de diverses stratégies pour y parvenir. L'Initiative des amis des bébés¹, le soutien à l'allaitement offerts aux parents et le suivi et l'évaluation des mesures mises en œuvre pour favoriser l'allaitement font partie des stratégies retenues par le MSSS pour augmenter les taux d'allaitement depuis le début des années 2000².

Le sommeil fait également partie des facteurs à étudier lorsqu'on s'intéresse au développement des enfants. En effet, on reconnaît qu'il est indispensable à la maturation du cerveau des bébés, à leur santé physique et psychologique et à leur croissance. À terme, un bon sommeil favoriserait les diverses fonctions mentales des enfants comme la mémoire, le langage et les émotions et aiderait au bon développement de

-
1. Pour plus d'information sur cette initiative, consulter la page Web suivante : [Initiative des amis des bébés – Allaitement et alimentation MSSS](https://www.gouv.qc.ca/initiative-amis-des-bebes) (gouv.qc.ca).
 2. Pour plus d'information, consulter le document suivant : [L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices – Septembre 2001](https://www.gouv.qc.ca/publications/lallaitement-maternel-au-quebec) (gouv.qc.ca).

l'enfant et à ses apprentissages (Mazza et autres 2024 ; Naître et grandir 2022). Selon les recommandations de l'OMS, les enfants devraient bénéficier de 14 à 17 heures par jour d'un sommeil de bonne qualité les trois premiers mois de vie et de 12 à 16 heures de 4 à 11 mois, siestes comprises (Organisation mondiale de la santé 2020). Un sommeil de mauvaise qualité, ou encore un sommeil de durée insuffisante pourraient entraîner des répercussions délétères dans toutes les sphères de développement de l'enfant notamment physique, cognitif, langagier et affectif (Petit et Montplaisir 2020).



anoushkatoronto / Adobe Stock

Évidemment, lorsqu'on s'intéresse à la santé des enfants, à leur alimentation et à leur sommeil, différents facteurs tels que l'état de santé des parents, l'environnement familial dans lequel évoluent les enfants, les conditions de vie ou encore la situation économique des familles sont à prendre en compte. Il est notamment reconnu que le statut socioéconomique influence directement d'autres conditions de vie (p. ex. logement, sécurité alimentaire, habitudes de vie, etc.), qui peuvent à leur tour entraîner des répercussions sur la santé (Mantoura et Morrison 2016). On fait alors référence aux inégalités sociales de santé, puisque les écarts de santé peuvent être attribués à des facteurs sociaux touchant des groupes plus vulnérables (ASPC 2018 ; Bernier 2021). Les inégalités sociales de santé sont présentes avant même la naissance des bébés et les habitudes de vie, les facteurs culturels, la défavorisation socioéconomique, de même que l'environnement auquel sont exposés les bébés sont tous les facteurs pouvant contribuer à creuser les écarts durant la petite enfance et même au-delà (Gaini et autres 2020).

En somme, durant les premiers mois de vie des bébés, il n'est pas étonnant de constater que leur état de santé, leur alimentation et leur sommeil, puisqu'ils sont indispensables à leur bon développement, sont au cœur des priorités des parents et feraient partie des problèmes les plus communs de consultations en pédiatrie clinique (Indrio et autres 2023). Cette période est d'ailleurs l'occasion idéale de mettre en place des changements, car la précocité des interventions, mêmes mineures, est souvent proportionnelle à leur efficacité (Ministère des Solidarités et de la Santé 2020). Au Québec, de nombreux programmes visant à promouvoir et soutenir le développement des enfants durant cette période sont d'ailleurs établis dans le

cadre des politiques de santé publique. C'est notamment le cas du suivi Olo³ et des Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)⁴, des programmes qui permettent d'offrir une aide alimentaire et du soutien à domicile aux femmes enceintes et aux familles ayant de jeunes enfants qui vivent en contexte de défavorisation socioéconomique⁵. Pensons également au programme Agir tôt⁶ qui vise à identifier le plus tôt possible les difficultés dans le développement des tout-petits de 0 à 5 ans et de les orienter vers les bons services.

Un premier portrait de la santé, de l'alimentation et du sommeil des bébés

Comment se portent les bébés nés en 2020-2021 au Québec ? Quelles sont leurs conditions de santé à leur naissance ? Sont-ils, vers l'âge de 5 mois, en bonne santé ? Quels sont les taux d'allaitement durant les premiers mois de leur vie ? Qu'en est-il de leurs habitudes de sommeil ? Le présent rapport fournit des éléments de réponse à ces questions en brossant un premier portrait de l'état de santé, de l'alimentation et du sommeil des bébés durant les cinq premiers mois de leur vie à partir des données collectées lors du premier passage de la deuxième édition de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, aussi appelée *Grandir au Québec*. Au fil du temps, grâce à son caractère longitudinal, l'étude permettra d'examiner les relations entre la santé et les habitudes de vie de ces enfants durant leur petite enfance, ainsi que leur état de santé et leur développement ultérieur.

Ce rapport se subdivise en trois chapitres. Le premier chapitre porte sur la santé des bébés à la naissance et à l'âge d'environ 5 mois. On y décrit leurs caractéristiques à la naissance, leurs conditions de santé, la perception qu'ont leurs parents de leur état de santé physique et leur recours aux soins et services de santé. Le deuxième chapitre s'intéresse à l'alimentation des bébés, et plus particulièrement aux taux d'allaitement à différents âges, à l'introduction d'aliments complémentaires et à l'utilisation de suppléments de vitamine D. Enfin, le troisième chapitre traite des habitudes de sommeil des bébés. On porte une attention particulière aux conditions de mise au lit des bébés, aux caractéristiques du sommeil des bébés et à la consolidation de leur sommeil. Afin d'évaluer si des changements se sont produits au fil du temps en matière de santé et d'alimentation des bébés, des comparaisons entre les résultats de la première édition de l'ELDEQ menée en 1998 et ceux de la deuxième édition sont également présentées lorsque les données s'y prêtent.

-
3. Pour en savoir plus sur le suivi Olo, consulter le site Web suivant : [Avoir accès au suivi Olo – Fondation Olo](#).
 4. Pour en savoir plus sur le programme SIPPE, consulter le site Web suivant : [Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – MSSS](#) (gouv.qc.ca).
 5. Des résultats sur l'utilisation de ces programmes sont présentés dans la publication suivante : [L'expérience périnatale des parents. Un portrait à partir de l'étude Grandir au Québec](#).
 6. Pour en savoir plus sur le programme Agir tôt, consulter le site Web suivant : [Programme Agir tôt](#) (quebec.ca).

Méthodologie en bref¹

Population visée

La population visée par l'étude *Grandir au Québec* correspond aux enfants qui sont nés entre le 1^{er} octobre 2020 et le 30 septembre 2021² de mères résidant au Québec au moment de la naissance de leur enfant (naissances simples ou gémellaires). Les enfants de mères résidant dans une réserve indienne ou dans les régions sociosanitaires (RSS) 10 (Nord-du-Québec), 17 (territoire cri) et 18 (territoire inuit) ont été exclus pour des raisons opérationnelles. Ces exclusions représentent 1,9 % de toutes les naissances vivantes survenues entre le 1^{er} octobre 2020 et le 30 septembre 2021 de mères résidant au Québec. La population visée est donc composée de 81 982 enfants.

Base de sondage

La base de sondage initiale a été créée à partir d'une liste de naissances figurant au Registre des événements démographiques du Québec (RED). Une liste des naissances répondant aux critères définissant la population échantillonnée a été créée afin de former une base de sondage comptant 42 216 enfants.

Échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée en tenant compte du taux d'admissibilité à l'enquête, du taux de réponse global visé (et du taux d'attrition attendu) ainsi que de la complexité du plan de sondage. L'échantillon du premier passage se doit aussi d'assurer un potentiel analytique suffisant jusqu'à la fin du suivi longitudinal prévu, soit jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge adulte. La taille totale de l'échantillon a été fixée à 8 391 enfants en vue d'atteindre la cible de 4 500 enfants d'environ 5 mois pour ce passage.

Le tirage de l'échantillon probabiliste s'est fait par bloc de collecte pour contrôler et respecter l'âge gestationnel souhaité au moment de la collecte de données³. Globalement, le plan de sondage complexe, qui comprend des degrés d'échantillonnage et de la stratification, vise à optimiser les activités de collecte en personne tout en minimisant l'effet dû au plan de sondage. Un indicateur de pauvreté socioéconomique (PSE) a été créé par l'ISQ et a été utilisé comme variable de stratification dans les MRC ou dans les RSS.

-
1. Pour plus de détails sur les aspects méthodologiques, consulter le [rapport méthodologique](#) de l'étude.
 2. Cette période de naissances a été choisie en fonction d'une entrée à la maternelle lors d'une même année scolaire pour l'ensemble des enfants de l'étude.
 3. L'âge gestationnel est défini ici comme étant la somme de la durée de gestation (de la grossesse) et de l'âge chronologique du bébé.

Collecte de données

La collecte de données du premier passage de l'étude a eu lieu du 3 mai 2021 au 25 mars 2022. Jusqu'à quatre questionnaires peuvent être remplis pour chaque enfant : le questionnaire administré par l'intervieweur ou l'intervieweuse (QAPI) – qui doit être rempli pour que l'enfant soit considéré comme participant à l'étude –, le questionnaire de la mère ou de la figure maternelle (QM-FM), le questionnaire du père ou de la figure paternelle (QP-FP) et le questionnaire d'observation rempli par l'intervieweur ou l'intervieweuse (QORI). En raison des mesures sanitaires liées à la pandémie de COVID-19, le QAPI a exceptionnellement été administré à distance (au téléphone ou par visioconférence), plutôt qu'en personne, comme le prévoyait initialement le protocole.

Taux de réponse

Au total, 4 703 enfants ont participé au premier passage de l'étude *Grandir au Québec*, ce qui correspond à un taux de réponse initial pondéré de 58,2 %. Ces enfants sont ceux qui feront l'objet d'un suivi longitudinal. Dans la très vaste majorité des cas (96,8 %), le parent ayant répondu au questionnaire administré par l'intervieweur ou l'intervieweuse, soit le répondant principal ou la répondante principale, est la mère biologique de l'enfant.

Un QM-FM a été rempli pour 4 056 des 4 703 enfants participants, ce qui correspond à un taux de réponse pondéré de 49,8 %. Près de 100 % des questionnaires de la mère ou de la figure maternelle remplis l'ont été par la mère biologique de l'enfant.

Un QP-FP a été rempli pour 3 284 des enfants participants, ce qui correspond à un taux de réponse pondéré de 42,2 %. Environ 99,0 % des questionnaires du père ou de la figure paternelle remplis l'ont été par le père biologique.

Pondération

Pour que les résultats puissent être inférés à l'ensemble des enfants nés en 2020-2021 de mères résidant au Québec et toujours admissibles à l'enquête à environ 5 mois⁴, toutes les estimations présentées dans ce rapport ont été pondérées. La pondération tient compte, d'une part, du fait que certains enfants avaient plus de chances d'être sélectionnés que d'autres et, d'autre part, du taux de non-réponse particulièrement important observé chez certains groupes d'individus. Pour que le plan de sondage complexe et les ajustements apportés à la pondération soient pris en considération, des poids d'autoamorçage ont été utilisés pour l'estimation de la précision des résultats et pour la réalisation de tests statistiques.

4. Soit ne pas être décédé ou ne pas avoir déménagé définitivement hors du Québec.

Tests statistiques

Dans ce rapport, lors de croisements entre deux variables (analyses bivariées), un test d'indépendance du khi deux est effectué afin de détecter si une association existe entre la variable d'analyse et la variable de croisement. Si ce test global est significatif, des tests de comparaison de proportions sont menés afin de déterminer quelles sont les proportions qui diffèrent significativement l'une de l'autre. Le seuil de signification a été fixé à 5 %.

Présentation des résultats

Les estimations de proportions (%) présentées dans ce rapport sont arrondies à la décimale près dans les tableaux et figures et à l'unité près dans le texte, à l'exception des données qui ne sont pas présentées dans un tableau ou une figure et des proportions inférieures à 5 %, pour lesquelles une décimale a été conservée. Les proportions dont la décimale est ,5 sont arrondies à l'unité inférieure ou supérieure selon la seconde décimale. En raison de l'arrondissement, la somme des proportions peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %.

De plus, la présentation des résultats rend compte du fait que les statistiques fournies sont des estimations et non des valeurs exactes. Certaines expressions comme « environ » et « près de » rappellent qu'il s'agit d'estimations basées sur un échantillon d'enfants. Les estimations dont le coefficient de variation (CV) est inférieur ou égal à 15 %, donc qui sont suffisamment précises, sont présentées sans indication à cet effet. Les estimations dont le CV est supérieur à 15 %, mais inférieur ou égal à 25 % sont marquées d'un astérisque (*) dans les tableaux et figures ainsi que dans le texte, ce qui indique que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Les estimations dont le CV est supérieur à 25 % sont quant à elles marquées d'un double astérisque (**) dans les tableaux et figures pour signaler leur faible précision et noter qu'elles doivent être utilisées avec circonspection. Elles ne sont généralement pas interprétées dans le texte.

Dans les tableaux et figures présentant des analyses bivariées, en présence d'un résultat global significatif (selon le test du khi deux), des lettres en exposant ajoutées aux statistiques présentées indiquent quelles sont les paires de catégories d'une variable de croisement pour lesquelles la variable d'analyse diffère significativement au seuil de 5 %. Une même lettre révèle un écart significatif de proportions entre deux catégories. Notons que dans les tableaux, certains croisements peuvent être non significatifs au seuil de 5 % et sont présentés à titre indicatif seulement. Il peut aussi arriver que deux proportions semblent différentes ne le soient pas d'un point de vue statistique, par exemple lorsque l'estimation repose sur des données se rapportant à un petit nombre d'individus. On dit, dans ce cas, qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative ou que l'enquête ne permet pas de détecter de différence entre ces proportions.

Comment lire un titre de figure ou de tableau ?

En général, le titre d'une figure ou d'un tableau est composé des éléments suivants :

1. Le sujet sur lequel portent les résultats : lorsqu'il s'agit d'une répartition, on nomme uniquement le nom de la variable d'analyse (exemple 1) ; lorsqu'on ne présente qu'une catégorie de la variable d'analyse, on parle alors de « proportion » (exemple 2) ;
2. La ou les variables de croisement (s'il y a lieu) ;
3. Le dénominateur, c'est-à-dire la population sur laquelle portent les analyses ;
4. Le territoire visé ;
5. L'année de la collecte des données.

Exemple 1 :

Figure 1.2 **1** **3** **4** **5**
Poids de naissance, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

Exemple 2 :

Tableau 5.1 **1**
Proportion de bébés nés prématurément selon certaines caractéristiques des enfants,
des mères et des familles, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022
2 **3** **4** **5**

Comparabilité entre les éditions de l'ELDEQ

Bien que la plupart des choix méthodologiques aient été faits pour faciliter la comparaison entre la nouvelle étude et les résultats de l'ELDEQ 1, des différences subsistent entre les deux éditions, notamment en ce qui a trait à certains éléments liés à la population visée, au taux de réponse ou au mode de collecte⁵. Des analyses ont été réalisées a posteriori pour vérifier si la comparabilité était tout de même maintenue. Seules les comparaisons qui sont peu ou pas du tout affectées par ces changements sont présentées dans ce rapport.

Les estimations de la première édition portent sur les 2 120 participants initiaux (le suréchantillon de la Montérégie est exclu). Il est donc possible que certaines différences soient observées entre les résultats des analyses comparatives et les résultats officiels des deux éditions de l'ELDEQ. Les résultats des analyses comparatives ne constituent donc pas des estimations officielles et visent uniquement à vérifier si un écart

5. Consulter le [rapport méthodologique de l'étude](#) pour en savoir plus sur les critères de comparabilité entre les deux éditions de l'ELDEQ.

statistiquement significatif est détecté entre les deux éditions de l'ELDEQ. Pour réaliser le test d'association entre les deux éditions, la variance d'échantillonnage est estimée à l'aide de la méthode de linéarisation de Taylor. Lorsque ce test global est significatif au seuil de 5 %⁶, des tests d'égalité de proportions entre les deux éditions de l'ELDEQ sont réalisés à l'aide de la statistique de Wald⁷. La variance d'échantillonnage pour l'ELDEQ 2 est alors estimée à l'aide de la méthode d'autoamorçage, de la même manière que dans les estimations officielles.

Il est à noter que certaines comparaisons portant sur la santé de l'enfant à sa naissance n'ont pas été effectuées à l'aide des données d'enquête des deux éditions. Pour améliorer la qualité de la comparaison, des caractéristiques (poids de naissance, durée de la grossesse et âge gestationnel) provenant du Registre des événements démographiques de 1997-1998 et de 2020-2021 ont été utilisées pour le sous-ensemble de participants au premier passage de chaque édition de l'étude.

Portée et limites de l'étude

Tout a été mis en place pour maximiser la qualité et la représentativité des résultats de l'étude *Grandir au Québec*. L'échantillon de 8 391 enfants a été réparti en sept blocs de collecte afin d'assurer une représentation adéquate des enfants nés à toutes les périodes de l'année et des enfants nés en contexte socioéconomique défavorable. La validation des données et les procédures inférentielles telles que la pondération ont aussi fait l'objet d'une attention particulière.

Les analyses présentées dans ce rapport s'appuient majoritairement sur des méthodes bivariées, lesquelles ne permettent pas d'assurer un contrôle des facteurs de confusion potentiels, ou de faire l'examen d'interactions entre certains facteurs. Les analyses effectuées permettent de déceler des liens entre deux variables, de même que des différences entre des sous-groupes de la population étudiée. Toutefois, elles ne permettent pas d'établir de lien de causalité entre les caractéristiques étudiées. Ces analyses permettent néanmoins de fournir des mesures fiables au sujet des enfants du Québec nés en 2020-2021.

Enfin, malgré toutes les précautions prises pour minimiser les biais, l'exactitude des réponses fournies par les personnes répondantes ne peut être garantie de manière absolue. Par exemple, pour certaines questions, on ne peut pas exclure la présence possible d'un biais de désirabilité sociale dans les réponses obtenues.

Autres précisions méthodologiques

Les termes « parent », « mère » et « père » sont généralement utilisés pour alléger le texte. Par mère, on entend la mère biologique ou tout autre figure maternelle (mère adoptive, conjointe du père, tutrice, mère de famille d'accueil) qui vivait dans le ménage rencontré au moment de l'enquête, sauf lorsque précisé autrement (p. ex. les données portant sur la santé des bébés à la naissance ou sur l'allaitement concernent les mères biologiques). Notons que près de la totalité (99,8 %) des enfants visés vivaient avec leur mère biologique à cet âge. Par père, on entend le père biologique ou légal (93,9 % des bébés) ou toute autre figure paternelle (conjoint de la mère, tuteur, père de famille d'accueil) (0,4 % des bébés) qui vivait dans le ménage rencontré au moment de l'enquête, sauf lorsque précisé autrement. Ainsi, les variables de

6. Certains résultats près du seuil de signification peuvent également faire l'objet de test d'égalité de deux proportions.

7. Basée sur la différence des transformations *logit* des proportions estimées.

croisement concernant les mères et les pères qui sont utilisées dans cette publication portent seulement sur les bébés dont la mère ou le père, le cas échéant, vivaient dans le ménage rencontré au moment de l'enquête et non sur l'ensemble des bébés.

Précisons que dans le cas des enfants dont les parents n'habitaient pas ensemble, les caractéristiques des parents et des familles (p. ex. type de famille, niveau de revenu du ménage, etc.)⁸ qui sont présentées dans ce rapport sont celles du ménage rencontré. Par conséquent, pour certains enfants vivant dans une famille recomposée, il ne s'agit pas des caractéristiques de leurs deux parents biologiques, légaux ou adoptifs, mais plutôt de celles du répondant principal ou de la répondante principale à l'enquête, et de son conjoint ou sa conjointe, le cas échéant.

Mentionnons enfin que les résultats présentés dans ce rapport proviennent principalement des données tirées du questionnaire administré par l'intervieweur ou l'intervieweuse (QAPI), à l'exception de quelques variables de croisement qui proviennent du questionnaire de la mère ou de la figure maternelle ou du questionnaire du père ou de la figure paternelle. Les variables liées au poids des bébés à la naissance, à la durée de grossesse et à l'âge gestationnel sont tirées du Registre des événements démographiques.

Enfin, précisons que certains indicateurs portant sur l'allaitement (p. ex. intentions d'allaiter ou soutien à l'allaitement) utilisés dans cette publication ont un taux de non-réponse partielle pondéré d'au moins 3,4 %. Cette non-réponse partielle est attribuable au fait que pour 151 enfants parmi les 4 703, le répondant principal ayant répondu au questionnaire autoadministré par l'interviewer n'était pas la mère biologique. Enfin, précisons qu'un indicateur (le score Apgar) est tiré des informations présentes dans le carnet de santé lors de l'entrevue et a un taux de non-réponse partielle pondéré de 7,4 %. Une partie de cette non-réponse partielle découle du fait que pour 164 enfants parmi les 4 703 (3,7 %), les parents n'avaient pas le carnet de santé au moment de l'entrevue.

8. Ces caractéristiques sont décrites dans les trois premières publications disponibles sur le [site Web de l'ISQ](#), ainsi qu'à l'annexe 1.



1

La santé des enfants à la naissance et à 5 mois

1.1 La santé des bébés à la naissance

1.2 La santé des bébés à environ 5 mois



Il est essentiel de mieux comprendre l'état de santé des enfants pendant la petite enfance, car celui-ci peut entraîner des répercussions importantes sur leur développement, leur bien-être ultérieur et leur qualité de vie (Case et autres 2005). Il serait même associé au statut économique à l'âge adulte (Case et Paxson 2010). Les caractéristiques de l'enfant à la naissance, comme l'âge gestationnel ou le poids, sont des indicateurs clés dont il importe de tenir compte (Agence de la santé publique du Canada 2017), puisqu'ils sont des prédicteurs importants de l'état de santé tout au long de la vie (Barker 1998 ; Spencer 2003).

En effet, une naissance prématurée, c'est-à-dire une naissance qui survient avant 37 semaines de gestation, par ses complications, demeure la principale cause de mortalité et de morbidité périnatales (Perin et autres 2022). De même, un faible poids de naissance (inférieur à 2 500 grammes) ou un petit poids pour l'âge gestationnel¹ (poids à la naissance inférieur au 10^e percentile sur une courbe de référence correspondante) sont également associés à un risque accru de mortalité néonatale et à une moins bonne santé de l'enfant (Gaudineau 2013 ; Sharma et autres 2016).

Les bébés qui sont nés prématurément ou qui ont un faible poids de naissance sont ainsi plus à risque de souffrir de divers problèmes de santé : retard de croissance, problèmes respiratoires, problèmes neurologiques, susceptibilité accrue aux infections, retard de développement, déficience visuelle, perte auditive, problèmes de comportement et difficultés d'apprentissage (McKenzie-Sampson et autres 2020 ; Ministère de la Santé et des Services Sociaux 2008 ; Ramaswamy et autres 2021 ; Sarda et autres 2021 ; Sharma et autres 2016 ; Torchin et autres 2015). Les risques associés à la prématurité et au faible poids de naissance augmentent de pair avec la sévérité du cas.

Un poids élevé à la naissance (supérieur à 4 000 grammes) serait pour sa part associé à un risque plus élevé de surpoids et d'obésité dans l'enfance et à l'âge adulte (Baird et autres 2005 ; Danielzik et autres 2004). Les bébés nés après le terme présenteraient une morbidité et un taux de mortalité plus élevés que les enfants nés à terme, et plus tard, une incidence accrue de paralysie cérébrale, de déficiences sensorielles et de problèmes de comportement (Allen 2002 ; Beltrand et autres 2012 ; El Marroun et autres 2012).

S'il est important de prendre en compte l'état de santé des bébés à la naissance, il est tout aussi important de le faire durant les premiers mois de leur vie. En effet, les bébés sont particulièrement sensibles aux virus et aux bactéries, leur système immunitaire n'étant pas pleinement développé (Durandy 2000 ; Posfay-Barbe et autres 2008). D'ailleurs, la prise d'antibiotique durant la petite enfance et plus particulièrement son utilisation inadéquate ou excessive est devenue un important enjeu de santé publique. Des études ont montré que l'exposition précoce aux antibiotiques est associée à un risque accru de survenue d'affections chroniques comme l'asthme, la rhinite allergique, la dermatite atopique, la maladie cœliaque, des problèmes de surpoids et d'obésité, et de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (Aversa et autres 2021 ; Azad et autres 2014 ; Duong et autres 2022 ; Hirsch et autres 2017 ; Kronman et autres 2012 ; Risnes et autres 2011).

Le manque d'accès à des soins de santé n'est d'ailleurs pas sans conséquence sur la santé des enfants, notamment chez ceux qui présentent certains problèmes de santé en bas âge. En 2015 au Québec, près de 1 parent sur 10 déclarait ne pas avoir de médecin de famille ou de pédiatre pour ses enfants de 0 à 5 ans. Cette situation touche davantage les parents nés à l'étranger, ceux qui n'ont pas de diplôme, ceux qui résident en zone urbaine et ceux qui vivent dans un ménage à faible revenu (Lavoie et Fontaine 2016).

1. L'âge gestationnel correspond ici à la durée de gestation (de la grossesse), c'est-à-dire le nombre de semaines entre le premier jour de la dernière période menstruelle de la mère et le jour de l'accouchement.

La relation entre la défavorisation économique et la santé est d'ailleurs établie dans la recherche scientifique. Les résultats de la première édition de l'ELDEQ ont notamment révélé que déjà à 5 mois, les bébés de familles ayant un revenu modérément insuffisant ou très insuffisant ont plus de problèmes de santé que les bébés de familles ayant un revenu suffisant, quelles que soient leurs conditions de santé à la naissance (Séguin et autres 2001).

Compte tenu des liens entre le développement ultérieur des enfants et les différents facteurs évoqués précédemment (prématurité, poids de naissance, état de santé durant la petite enfance, accès aux soins de santé, etc.), il convient de brosser un premier portrait de la santé des bébés nés en 2020-2021, et ce, de leur naissance jusqu'à l'âge d'environ 5 mois. Dans la première partie de ce chapitre, on présente d'abord des résultats liés à la santé des bébés à la naissance, soit l'âge gestationnel des bébés, leur poids à la naissance et leur score d'Apgar à 5 minutes de vie. Dans la deuxième partie, on s'intéresse à la santé des bébés au moment de l'enquête, soit quand ils ont environ 5 mois. On y traite de la perception qu'ont les parents de l'état de santé de leur bébé et de leur recours aux services de santé, comme l'accès à un ou une médecin ou pédiatre, le nombre de consultations médicales effectuées depuis la naissance, ainsi que les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les rendez-vous de suivi. D'autres questions liées à la santé telles que la prise d'antibiotique durant la petite enfance de même que le dépistage auditif et l'ouïe des bébés y sont également abordées.



amorn / Adobe Stock

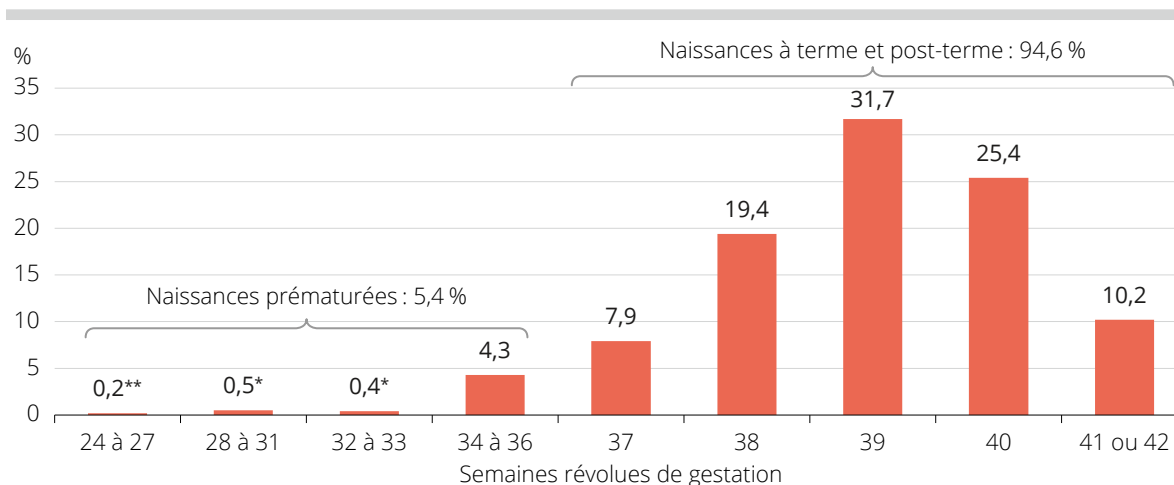
1.1 La santé des bébés à la naissance

Âge gestationnel à la naissance

Selon les données de l'enquête, la majorité (95 %) des bébés sont nés entre 37 et 42 semaines révolues (figure 1.1)². Par ailleurs, près de 5 % des bébés sont nés prématurément (de 24 à 36 semaines de gestation), dont environ 0,2 %** sont de très grands prématurés (de 24 à 27 semaines), 0,5 %* de grands prématurés (de 28 à 31 semaines), 0,4 %* de prématurité modérée (de 32 à 33 semaines) et 4,3 % de prématurité tardive (de 34 à 36 semaines).

Figure 1.1

Âge gestationnel à la naissance, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



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

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

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

La proportion d'enfants nés prématurément est plus élevée chez les bébés dont la mère est née à l'étranger que chez ceux dont la mère est née au Canada (7 % c. 5 %) (tableau 1.1). Elle est également plus élevée chez les bébés qui sont les premiers-nés de leur mère comparativement à ceux dont la mère a d'autres enfants (6 % c. 4,7 %).

Par ailleurs, cette proportion est plus élevée chez les bébés dont la mère est âgée de 35 ans ou plus (8 %) que chez ceux dont la mère est âgée de moins de 35 ans (proportion variant d'environ 3,6 %** à 5 %).

2. Les bébés dont la durée de gestation est de moins de 24 semaines ou de plus de 42 semaines ont été exclus de l'étude.

Tableau 1.1

Proportion de bébés nés prématurément selon certaines caractéristiques des enfants, des mères¹ et des familles², enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%	
Total	5,4	
Sexe du bébé		
Masculin	4,9	
Féminin	6,0	
Premier enfant de la mère		
Oui	6,3	a
Non	4,7	a
Âge de la mère à la naissance de l'enfant		
Moins de 25 ans	3,6**	a
25 à 29 ans	5,1	b
30 à 34 ans	4,4	c
35 ans ou plus	8,1	a,b,c
Lieu de naissance de la mère		
Canada	5,0	a
Extérieur du Canada	6,6	a
Plus haut diplôme obtenu par la mère		
Aucun diplôme	6,3*	
Diplôme de niveau secondaire	4,8	
Diplôme de niveau collégial	5,5	
Diplôme de niveau universitaire	5,5	
La mère a fumé la cigarette durant la grossesse		
Oui	7,6*	
Non	5,1	
Type de famille		
Intacte	5,2	
Recomposée	6,8*	
Monoparentale	6,9*	
Niveau de revenu du ménage		
Faible revenu	6,6	
Revenu moyen-faible	5,6	
Revenu moyen-élevé ou élevé	4,6	

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

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

a-c Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Mère biologique vivant dans le ménage rencontré au moment de l'enquête.

2. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques du ménage rencontré.

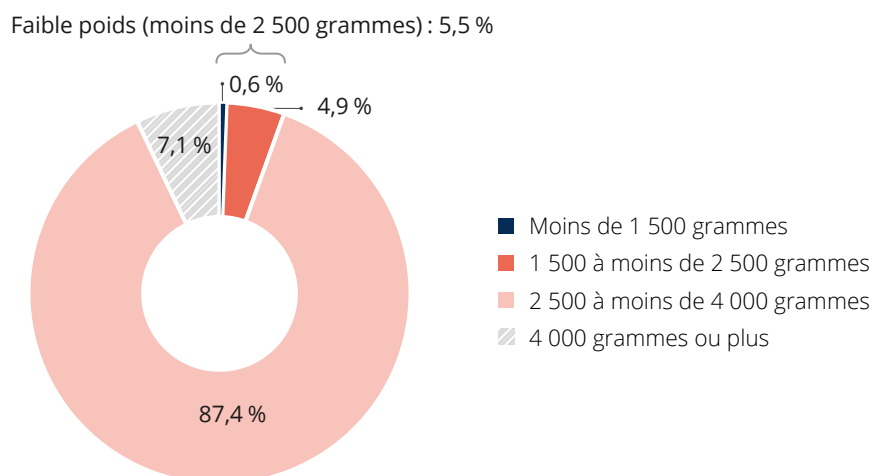
Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022
Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.

Poids à la naissance

Près de 87 % des bébés avaient un poids considéré comme normal à la naissance, c'est-à-dire qu'ils pesaient de 2 500 à moins de 4 000 grammes. Environ 7 % des bébés avaient un poids de naissance élevé (4 000 grammes ou plus) et 6 % avaient un faible poids de naissance (moins de 2 500 grammes), dont moins de 1 % (0,6 %) un très faible poids de naissance (moins de 1 500 grammes) (figure 1.2).

Figure 1.2

Poids de naissance, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



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

La proportion de bébés de faible poids de naissance est plus élevée chez ceux qui sont nés prématurément (63 %) que chez ceux qui sont nés à terme (2,2 %). Elle est également plus élevée chez les bébés :

- de sexe féminin (7 %) ;
- qui sont le premier enfant de leur mère (7 %) ;
- dont la mère est née à l'extérieur du Canada (7 %) (tableau 1.2).

Cette proportion est par ailleurs plus élevée chez les bébés dont la mère est âgée de 35 ans ou plus (8 %) que chez ceux dont la mère est âgée de 25 à 29 ans (4,3 %) ou de 30 à 34 ans (4,8 %). Elle est aussi plus élevée chez les bébés dont la mère n'a aucun diplôme (10 %*) que chez ceux dont la mère possède un diplôme de niveau secondaire (4,5 %*) ou tout au plus un diplôme de niveau collégial (4,3 %*) ou un diplôme de niveau universitaire (6 %).

La proportion de bébés de 4 000 grammes ou plus est quant à elle plus élevée chez les garçons que chez les filles (8,7 % c. 5,4 %) et chez les bébés dont la mère a d'autres enfants que chez les premiers-nés (8,4 % c. 5,4 %) (données non présentées).

Tableau 1.2

Proportion de bébés de faible poids de naissance (moins de 2 500 grammes) selon certaines caractéristiques des enfants, des mères¹ et des familles², enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%	
Total	5,5	
Sexe du bébé		
Masculin	4,0	a
Féminin	7,1	a
Bébé né prématurément		
Oui	63,3	a
Non	2,2	a
Premier enfant de la mère		
Oui	7,2	a
Non	4,2	a
Âge de la mère à la naissance de l'enfant		
Moins de 25 ans	6,4*	
25 à 29 ans	4,3	a
30 à 34 ans	4,8	b
35 ans ou plus	7,7	a,b
Lieu de naissance de la mère		
Canada	5,0	a
Extérieur du Canada	6,7	a
Plus haut diplôme obtenu par la mère		
Aucun diplôme	9,7*	a,b,c
Diplôme de niveau secondaire	4,5*	a
Diplôme de niveau collégial	4,3*	b
Diplôme de niveau universitaire	5,8	c
La mère a fumé la cigarette durant la grossesse		
Oui	6,9*	
Non	5,0	
Type de famille		
Intacte	5,4	
Recomposée	6,1*	
Monoparentale	6,9**	
Niveau de revenu du ménage		
Faible revenu	6,7	
Revenu moyen-faible	5,4	
Revenu moyen-élevé ou élevé	5,0	

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

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

a-c Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Mère biologique vivant dans le ménage rencontré au moment de l'enquête

2. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques du ménage rencontré.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022
Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.



Fly View Productions / iStock

Avant de poursuivre l'exploration des données liées au poids de naissance, soulignons qu'il est intéressant d'analyser le poids en fonction de la durée de gestation puisqu'il existe une association entre eux. En effet, la littérature montre que le poids est lié à l'âge gestationnel : plus un bébé naît prématurément, plus il est petit (Kramer et autres 2001 ; Leroy et autres 2018). Il est également important de comparer les bébés de même sexe, car les filles ont tendance à être un peu plus petites (en poids de naissance) que les garçons. Utilisé seul, l'indicateur de faible poids de naissance ne tient pas compte de ces paramètres, car il regroupe tous les enfants nés avec un poids inférieur à 2 500 grammes, quel que soit leur âge gestationnel ou leur sexe. Ce groupe n'est donc pas homogène, car le faible poids peut être dû à une naissance prématurée, à un retard de croissance intra-utérin ou à une combinaison de ces deux facteurs. Or, il existe des différences sur le plan des résultats de santé et des facteurs de risque associés à ces deux conditions. Il importe donc de les distinguer. Par ailleurs, l'indicateur de faible poids de naissance ne rend pas compte des risques de mortalité et de morbidité périnatales associés à une naissance prématurée et à la petitesse pour l'âge gestationnel chez les nouveau-nés pesant plus de 2 500 grammes à la naissance (Institut canadien d'information sur la santé 2009).

L'indicateur utilisé dans cette publication a été créé à partir de la référence canadienne sur le poids de naissance selon l'âge gestationnel élaboré par le Système canadien de surveillance périnatale. On considère qu'un bébé est de faible poids lorsque son poids de naissance est inférieur au 10^e percentile dans une population de référence (soit l'ensemble des bébés nés d'un accouchement simple au Canada entre 1994 et 1996, de 22 semaines à 43 semaines de gestation) par sexe et âge gestationnel³.

Que révèlent les résultats de l'ELDEQ 2 quand on tient compte de l'âge gestationnel et du sexe des bébés dans l'analyse du poids à la naissance ? La proportion de nouveau-nés de petit poids pour l'âge gestationnel s'élève à 9 % (tableau 1.3). Cette proportion est plus élevée chez les bébés :

- qui sont le premier enfant de leur mère (12 %) ;
- dont la mère est née à l'extérieur du Canada (10 %) ;
- dont la mère a fumé la cigarette durant sa grossesse (13 %*).

3. Pour en savoir plus, consulter la page Web suivante : [Poids à la naissance pour l'âge gestationnel](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2016001/article/00003-eng.htm) (Canada.ca).

Tableau 1.3

Proportion de bébés de petit poids pour l'âge gestationnel¹ selon certaines caractéristiques des enfants, des mères² et des familles³, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%	
Total	8,7	
Sexe du bébé		
Masculin	9,1	
Féminin	8,3	
Bébé né prématurément		
Oui	10,9*	
Non	8,6	
Premier enfant de la mère		
Oui	12,2	^a
Non	6,0	^a
Âge de la mère à la naissance de l'enfant		
Moins de 25 ans	11,1*	
25 à 29 ans	7,8	
30 à 34 ans	8,3	
35 ans ou plus	9,7	
Lieu de naissance de la mère		
Canada	8,2	^a
Extérieur du Canada	10,4	^a
Plus haut diplôme obtenu par la mère		
Aucun diplôme	11,4*	
Diplôme de niveau secondaire	7,9	
Diplôme de niveau collégial	8,3	
Diplôme de niveau universitaire	8,9	
La mère a fumé la cigarette durant la grossesse		
Oui	12,9*	^a
Non	8,4	^a
Type de famille		
Intacte	8,9	
Recomposée	9,0*	
Monoparentale	6,3**	
Niveau de revenu du ménage		
Faible revenu	8,9	
Revenu moyen-faible	8,8	
Revenu moyen-élevé ou élevé	8,5	

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

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

^a Pour une caractéristique donnée, exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Les enfants nés d'un accouchement multiple sont exclus.

2. Mère biologique vivant dans le ménage rencontré au moment de l'enquête.

3. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques du ménage rencontré.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022
Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.

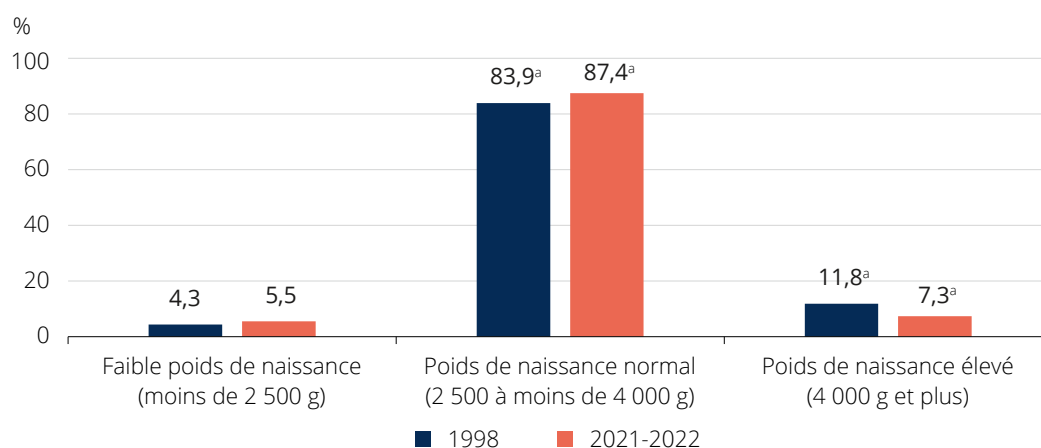
Encadré 1.1

Poids du bébé à la naissance : un regard dans le temps

La proportion de bébés nés avec un poids élevé (4 000 g ou plus) est plus faible en 2021-2022 qu'en 1998 (7 % c. 12 %), tandis que la proportion de bébés de poids de naissance normal (de 2 500 à moins de 4 000 g) est plus élevée en 2021-2022 qu'en 1998 (87 % c. 84 %) (figure 1.3). Quant aux bébés de faible poids de naissance (moins de 2 500 g), leur proportion est similaire entre les deux éditions de l'ELDEQ (4,3 % en 1998 et 5,5 % en 2021-2022). Il en va de même pour les bébés de petit poids pour l'âge gestationnel (9,3 % en 1998 et 9,1 % en 2021-2022) (données non présentées).

Figure 1.3

Poids du bébé à la naissance, ensemble des bébés d'environ 5 mois, Québec, 1998, 2021-2022



a Pour une catégorie donnée, exprime une différence significative entre les deux éditions de l'ELDEQ au seuil de 0,05.

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

Score d'Apgar à 5 minutes de vie

En ce qui concerne le score d'Apgar réalisé à 5 minutes de vie (voir encadré 1.2), environ 96 % des bébés présentaient un score normal (entre 7 et 10), 3,3 % un score intermédiaire (entre 4 et 6) et 0,5 %* un score bas (entre 0 et 3) (figure 1.4).

Encadré 1.2

Le score d'Apgar

Le test d'Apgar est une méthode rapide pour évaluer un nouveau-né immédiatement après la naissance. Il est effectué à 1 et à 5 minutes de vie de l'enfant (à 10 minutes aussi, selon la pratique courante) et permet d'évaluer cinq éléments spécifiques, soit la fréquence cardiaque, la respiration, le tonus musculaire, les réactions aux stimulations et la coloration. Chaque paramètre peut être noté sur une échelle de 0 à 2 selon les conditions observées (tableau 1.4). Les résultats sont ensuite additionnés pour donner une note sur 10. À 5 minutes, un score de 7 à 10 est considéré comme normal, un score de 4 à 6 est intermédiaire et un score de 0 à 3 est bas.

Tableau 1.4

Score d'Apgar

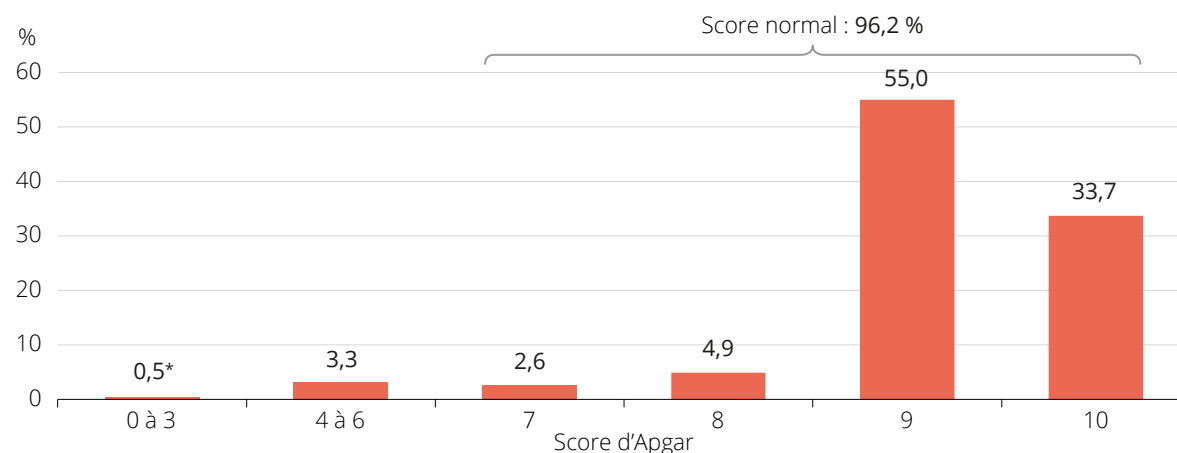
Paramètres	Score		
	0	1	2
Couleur de la peau	Entièrement bleu, pâle	Corps rose, extrémités bleues	Entièrement rose
Rythme cardiaque	Absence de pouls	Moins de 100 battements/minute	Plus de 100 battements/minute
Réponse réflexe à une stimulation nasale (au toucher ou au cathéter)	Absence de réponse à la stimulation	Grimace	Éternuement, toux
Tonus musculaire	Flasque, absence de mouvement	Flexion des bras et des jambes	Mouvement actif
Respiration	Absence de respiration	Irrégulière, lente	Pleurs

Source : Manuel Merck.

Les études ont montré que le score établi à 5 minutes est plus pertinent et est un meilleur prédicteur de la survie néonatale que celui établi à 1 minute de vie (Razaz et autres 2019 ; Simon et autres 2023). Chez les enfants nés à terme, un faible score d'Apgar à 5 minutes (inférieur à 4), est associé à un risque accru de mortalité néonatale, de mortalité infantile et de troubles neurologiques à court et à long terme (Casey et autres 2001 ; Hong et autres 2024).

Figure 1.4

Score d'Apgar à 5 minutes de vie, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



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

Note : Le taux de non-réponse partielle du score Apgar à 5 minutes de vie est de 7,4 %. On s'attend à ce que la proportion de bébés ayant eu un score de 7 ou plus soit légèrement surestimée à la suite d'une analyse des caractéristiques des non-répondants partiels.

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

Peu de caractéristiques de l'enfant, de la mère ou de la famille sont associées au score d'Apgar à 5 minutes de vie en dessous de la normale (inférieur à 7). Toutefois, on remarque que les bébés qui sont les premiers-nés de leur mère sont proportionnellement plus nombreux à présenter un score d'Apgar sous la normale que ceux dont les mères ont d'autres enfants (5 % c. 2,6 %) (tableau 1.5). Il en va de même pour les bébés dont la mère a reçu un diagnostic de dépression au cours des 3 mois précédant la grossesse ou durant la grossesse ; ils sont proportionnellement plus nombreux que ceux dont la mère n'a reçu aucun diagnostic (9 %** c. 3,6 %). Le constat est similaire pour les bébés :

- nés prématurément (14 %*) ;
- de faible poids de naissance (12 %*).

Tableau 1.5

Proportion de bébés ayant un score d'Apgar à 5 minutes de vie en dessous de la normale¹ selon certaines caractéristiques des enfants, des mères² et des familles³, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%
Total	3,8
Sexe du bébé	
Masculin	3,8
Féminin	3,7
Bébé né prématurément	
Oui	13,5* a
Non	3,2 a
Bébé de faible poids de naissance⁴	
Oui	11,8* a
Non	3,3 a
Premier enfant de la mère	
Oui	5,3 a
Non	2,6 a
Âge de la mère à la naissance de l'enfant	
Moins de 25 ans	4,6*
25 à 29 ans	4,1
30 à 34 ans	3,3
35 ans ou plus	3,6*
Lieu de naissance de la mère	
Canada	3,9
Extérieur du Canada	3,4*
Plus haut diplôme obtenu par la mère	
Aucun diplôme	3,8**
Diplôme de niveau secondaire	5,0
Diplôme de niveau collégial	3,3*
Diplôme de niveau universitaire	3,4
La mère a fumé la cigarette durant la grossesse	
Oui	4,2**
Non	3,7
Diagnostic de dépression chez la mère au cours des 3 mois précédant la grossesse ou durant la grossesse	
Oui	9,3** a
Non	3,6 a

Suite à la page 33

Tableau 1.5 (suite)

Proportion de bébés ayant un score d'Apgar à 5 minutes de vie en dessous de la normale¹ selon certaines caractéristiques des enfants, des mères² et des familles³, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%
Type de famille	
Intacte	3,6
Recomposée	4,4 *
Monoparentale	6,2 **
Niveau de revenu du ménage	
Faible revenu	3,5 *
Revenu moyen-faible	4,2
Revenu moyen-élevé ou élevé	3,4

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

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

a Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Le taux de non-réponse partielle du score Apgar à 5 minutes de vie est de 7,4 %. On s'attend à ce que la proportion de bébés ayant eu un score de 7 ou plus soit légèrement surestimée à la suite d'une analyse des caractéristiques des non-répondants partiels.
2. Mère biologique vivant dans le ménage rencontré au moment de l'enquête.
3. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques du ménage rencontré.
4. Il existe un risque de biais dû à la non-réponse partielle, mais il n'a pas été possible de conclure sur le sens de celui-ci avec les analyses effectuées.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

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



FatCamera / iStock

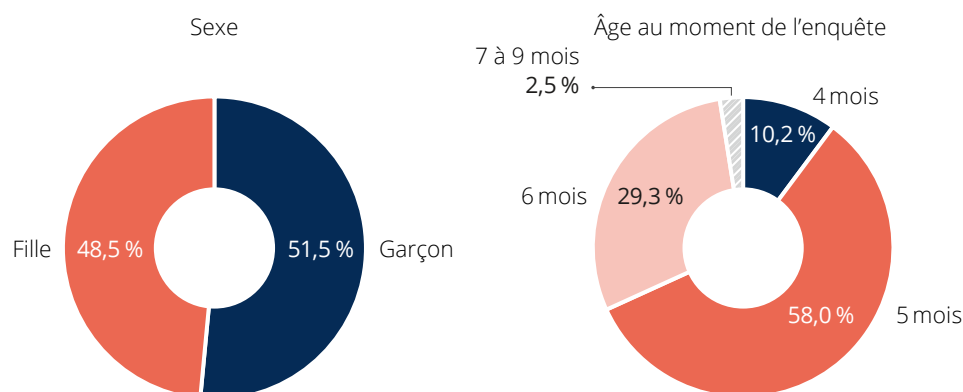
Encadré 1.3

Sexe et âge des bébés

Les bébés visés par l'enquête sont répartis ainsi : 49 % de filles et 51 % de garçons (51 %) (figure 1.5). Au moment de l'enquête⁴, environ 10 % des bébés avaient 4 mois, 58 % avaient 5 mois, 29 % avaient 6 mois et 2,5 % avaient entre 7 et 9 mois. Notons également que 44,1 % des enfants étaient le premier-né de leur mère (donnée non présentée).

Figure 1.5

Sexe des bébés à la naissance et âge des enfants au moment de l'enquête, enfant d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

4. Prendre note que les bébés avaient sensiblement le même âge au début de chaque bloc de collecte (soit entre 59,0 semaines et 62,9 semaines à compter du premier jour de la dernière période menstruelle de la mère). Le fait que plusieurs bébés sont plus âgés que 5 mois s'explique par le choix du moment de l'entrevue. Pour plus d'information, consulter le rapport méthodologique de l'enquête : [Grandir au Québec dans les années 2020 : Méthodologie de la deuxième édition de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec](#).

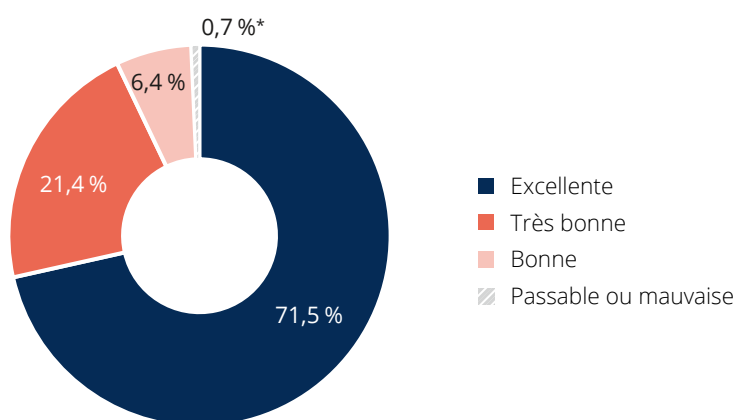
1.2 La santé des bébés à environ 5 mois

Perception de la santé du bébé

Il a été demandé aux parents⁵ d'évaluer la santé de leur bébé d'environ 5 mois. Approximativement 9 enfants sur 10 étaient en excellente (71 %) ou en très bonne santé (21 %), selon la perception des parents (figure 1.6). Les parents d'un peu plus de 6 % des bébés trouvaient que ceux-ci étaient en bonne santé. Les parents d'environ 0,7 %* des bébés jugeaient la santé de ces derniers passable ou mauvaise.

Figure 1.6

État de santé du bébé perçu par le parent¹, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



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

1. Selon la perception du répondant principal ou de la répondante principale à l'enquête. Dans la majorité (96,8 %) des cas, il s'agit de la mère biologique.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

La proportion de bébés dont les parents considèrent la santé comme bonne, passable ou mauvaise est plus élevée chez les enfants :

- nés prématurément (18 %*) ;
- de faible poids de naissance (15 %*) ;
- qui ne sont pas le premier enfant de leur mère (9 %) ;
- dont les deux parents (ou le parent seul) sont nés à l'extérieur du Canada (12 %) ;
- de famille monoparentale (12 %*) ;
- vivant dans un ménage à faible revenu (10 %) (tableau 1.6).

5. Il s'agit ici de la perception du répondant principal ou de la répondante principale à l'enquête. Dans la majorité (96,8 %) des cas, il s'agit de la mère biologique.

Tableau 1.6

État de santé du bébé perçu par le parent¹ selon certaines caractéristiques des bébés, des parents et des familles², enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	Excellente	Très bonne	Bonne, passable ou mauvaise
	%		
Total	71,5	21,4	7,1
Sexe du bébé			
Masculin	69,6 ^a	23,0 ^a	7,5
Féminin	73,5 ^a	19,8 ^a	6,7
Bébé né prématurément			
Oui	54,6 ^a	27,1 ^a	18,3* ^a
Non	72,4 ^a	21,1 ^a	6,5 ^a
Bébé de faible poids de naissance			
Oui	59,8 ^a	24,9	15,3* ^a
Non	72,2 ^a	21,2	6,6 ^a
Premier enfant de la mère			
Oui	75,4 ^a	19,6 ^a	5,1 ^a
Non	68,5 ^a	22,8 ^a	8,7 ^a
Lieu de naissance des parents (ou du parent seul)			
Les deux parents (ou le parent seul) sont nés au Canada	73,5 ^a	20,9	5,6 ^a
Un des deux parents est né à l'extérieur du Canada	73,0 ^b	19,8	7,2* ^b
Les deux parents (ou le parent seul) sont nés à l'extérieur du Canada	64,7 ^{a,b}	23,5	11,8 ^{a,b}
Plus haut diplôme obtenu par l'un ou l'autre des parents			
Aucun diplôme	71,3	21,8*	6,9**
Diplôme de niveau secondaire	72,4	20,1	7,5
Diplôme de niveau collégial	71,3	22,0	6,7
Diplôme de niveau universitaire	71,2	21,8	7,1
Type de famille			
Intacte	71,9 ^a	21,1 ^a	7,0 ^a
Recomposée	73,8 ^b	21,4	4,8* ^b
Monoparentale	61,5 ^{a,b}	26,6 ^a	11,9* ^{a,b}
Niveau de revenu du ménage			
Faible revenu	67,5 ^a	22,6	9,9 ^a
Revenu moyen-faible	70,3 ^b	22,4	7,4 ^a
Revenu moyen-élevé ou élevé	74,9 ^{a,b}	19,8	5,3 ^a

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

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

a-b Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,05.

1. Selon la perception du répondant principal ou de la répondante principale à l'enquête. Dans la majorité (96,8 %) des cas, il s'agit de la mère biologique.

2. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques du ménage rencontré.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022
Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.

Que révèlent les résultats de l'enquête lorsqu'on examine la perception de l'état de santé de l'enfant selon l'état de santé autodéclaré par les mères ? On constate que la perception qu'a la mère de l'état de santé de l'enfant est associée à la perception de la mère de son propre état de santé au moment de l'enquête. Ainsi, la proportion de bébés dont l'état de santé est jugé excellent par la mère passe de 57 % lorsque la mère considère son propre état de santé général bon, passable ou mauvais à 85 % lorsqu'elle le juge excellent (tableau 1.7). Cette proportion passe de 66 % à 79 % quand il s'agit de la santé mentale de la mère.

Tableau 1.7

État de santé du bébé perçu par la mère¹ selon l'état de santé autodéclaré par les mères, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	Excellente	Très bonne	Bonne, passable ou mauvaise
	%		
Total	71,5	21,4	7,1
Perception de l'état de santé générale de la mère			
Excellente	84,9 ^a	11,5 ^{a,b}	3,5 ^a
Très bonne	68,4 ^a	26,2 ^a	5,4 ^a
Bonne, passable ou mauvaise	57,5 ^a	28,5 ^b	14,0 ^a
Perception de l'état de santé mentale de la mère			
Excellente	79,4 ^a	14,9 ^{a,b}	5,7 ^a
Très bonne	70,8 ^a	22,5 ^a	6,6 ^b
Bonne, passable ou mauvaise	65,8 ^a	25,4 ^b	8,8 ^{a,b}

a-b Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,05.

1. Mère biologique vivant dans le ménage rencontré au moment de l'enquête.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.



fizkes / Adobe Stock

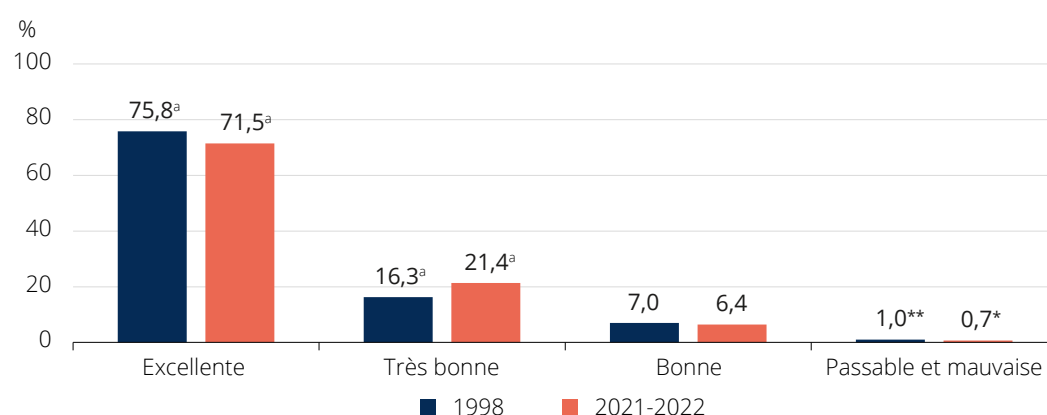
Encadré 1.4

Perception de la santé du bébé : un regard dans le temps

Des analyses comparatives entre les deux éditions de l'étude indiquent qu'à l'âge d'environ 5 mois, les bébés nés en 2020-2021 étaient proportionnellement moins nombreux que ceux nés en 1997-1998 à être déclarés en excellente santé par leur mère biologique (72 % c. 76 %). À l'inverse, la proportion de bébés considérés en très bonne santé par leur mère biologique est plus élevée chez les bébés nés en 2020-2021 que chez ceux nés en 1997-1998 (21 % c. 16 %) (figure 1.7).

Figure 1.7

État de santé du bébé perçu par la mère biologique, ensemble des bébés qui habitent avec leur mère biologique à environ 5 mois, Québec, 1998, 2021-2022



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

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

a Pour une catégorie donnée, exprime une différence significative entre les deux éditions de l'ELDEQ au seuil de 0,05.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 1^{re} édition, 1998 ; 2^e édition, 2021-2022.

Utilisation des services de santé pour l'enfant

Au moment de l'enquête, environ 1 bébé sur 10 (10 %) n'avait pas de médecin de famille ou de pédiatre (tableau 1.8). Cette situation touche une proportion plus élevée d'enfants :

- dont les deux parents (ou le parent seul) sont nés à l'extérieur du Canada (21 %) ;
- dont les deux parents (ou le parent seul) n'ont aucun diplôme (16 %*) ou ont tout au plus un diplôme de niveau secondaire (13 %) ;
- de famille monoparentale (21 %) ;
- vivant dans un ménage à faible revenu (20 %) ;
- résidant dans une zone urbaine (11 %).

Tableau 1.8

Proportion de bébés n'ayant pas de médecin de famille ou de pédiatre selon certaines caractéristiques des bébés, des parents et des familles¹, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%
Total	10,4
Bébé né prématurément	
Oui	8,1 *
Non	10,6
Bébé de faible poids de naissance	
Oui	8,6 *
Non	10,6
Premier enfant de la mère	
Oui	10,0
Non	10,8
Lieu de naissance des parents (ou du parent seul)	
Les deux parents (ou le parent seul) sont nés au Canada	7,2 ^a
Un des deux parents est né à l'extérieur du Canada	10,1 ^a
Les deux parents (ou le parent seul) sont nés à l'extérieur du Canada	20,9 ^a
Plus haut diplôme obtenu par l'un ou l'autre des parents	
Aucun diplôme	15,9* ^{a,b}
Diplôme de niveau secondaire	13,4 ^{c,d}
Diplôme de niveau collégial	9,3 ^{a,c}
Diplôme de niveau universitaire	9,3 ^{b,d}
Type de famille	
Intacte	9,5 ^a
Recomposée	12,9 ^a
Monoparentale	20,8 ^a
Niveau de revenu du ménage	
Faible revenu	19,8 ^a
Revenu moyen-faible	10,7 ^a
Revenu moyen-élevé ou élevé	5,1 ^a
Zone de résidence	
Zone urbaine	11,5 ^{a,b}
Zone semi-urbaine	8,0* ^a
Zone rurale	7,0 ^b

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

a-d Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques du ménage rencontré.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

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

Encadré 1.5

Répercussion de la pandémie de COVID-19 sur les rendez-vous de suivi

Tous les enfants de la cohorte sont nés durant la pandémie de COVID-19. L'état d'urgence sanitaire en cours durant cette période et les mesures restrictives qui en ont découlées ont affecté l'offre de services et ont ainsi entraîné des répercussions sur le suivi médical des bébés. En effet, parmi les bébés ayant un ou une médecin de famille ou pédiatre (90 %), environ 8 % ont eu des annulations de rendez-vous de suivi (examen de routine) chez leur médecin de famille, tandis que 15 % des bébés ont eu des rendez-vous au téléphone ou par visioconférence en raison des mesures liées à la pandémie de COVID-19 (tableau 1.9).

Précisons qu'environ le quart (26,8 %) des bébés sont nés durant la deuxième vague de la pandémie, un peu moins de la moitié (42,6 %) des bébés sont nés durant la troisième vague et le reste (30,6 %) durant la quatrième vague (données non présentées). Les bébés nés durant la deuxième vague ont été plus affectés que ceux nés durant la troisième vague. Les résultats montrent en effet qu'ils ont été plus nombreux en proportion à avoir des rendez-vous annulés (9 % c. 6 %) ou des rendez-vous au téléphone ou par visioconférence (22 % c. 12 %). Les enfants nés durant la quatrième vague ont également été proportionnellement plus nombreux à avoir des rendez-vous annulés que ceux de la troisième vague (10 % c. 6 %).

Il en va de même pour les bébés nés dans un ménage à faible revenu qui ont eu plus d'annulations de rendez-vous que ceux issus d'un ménage à revenu moyen-élevé ou élevé (11 % c. 7 %). Quant aux bébés ayant eu des rendez-vous au téléphonique ou par visioconférence, leur proportion est plus élevée chez les enfants dont l'état de santé est jugé bon, passable ou mauvais par leur parent (26 %) que chez ceux dont la santé est considérée comme très bonne (17 %) ou excellente (13 %).

Suite à la page 41

Tableau 1.9

Proportion de bébés ayant eu des rendez-vous de suivi annulés ou des rendez-vous au téléphone ou par visioconférence en raison des mesures liées à la pandémie de COVID-19 selon certaines caractéristiques des bébés et des familles¹, enfants d'environ 5 mois ayant un ou une médecin de famille ou pédiatre, Québec, 2021-2022

	Rendez-vous annulés	Rendez-vous téléphoniques ou visioconférence
	%	
Total	8,0	14,7
Phase de la pandémie lors de la naissance de l'enfant		
Deuxième vague (23 août 2020 au 20 mars 2021)	9,0 ^a	22,1 ^{a,b}
Troisième vague (21 mars 2021 au 17 juillet 2021)	5,8 ^{a,b}	12,0 ^a
Quatrième vague (18 juillet 2021 au 4 décembre 2021)	10,4 ^b	11,8 ^b
Perception du parent de la santé du bébé		
Excellente	7,5	12,7 ^a
Très bonne	9,3	17,4 ^a
Bonne ou passable ou mauvaise	9,7 [*]	26,0 ^a
Niveau de revenu du ménage		
Faible revenu	10,8 ^a	16,7
Revenu moyen-faible	8,3	14,9
Revenu moyen-élevé ou élevé	6,5 ^a	13,5

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

a-b Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,05.

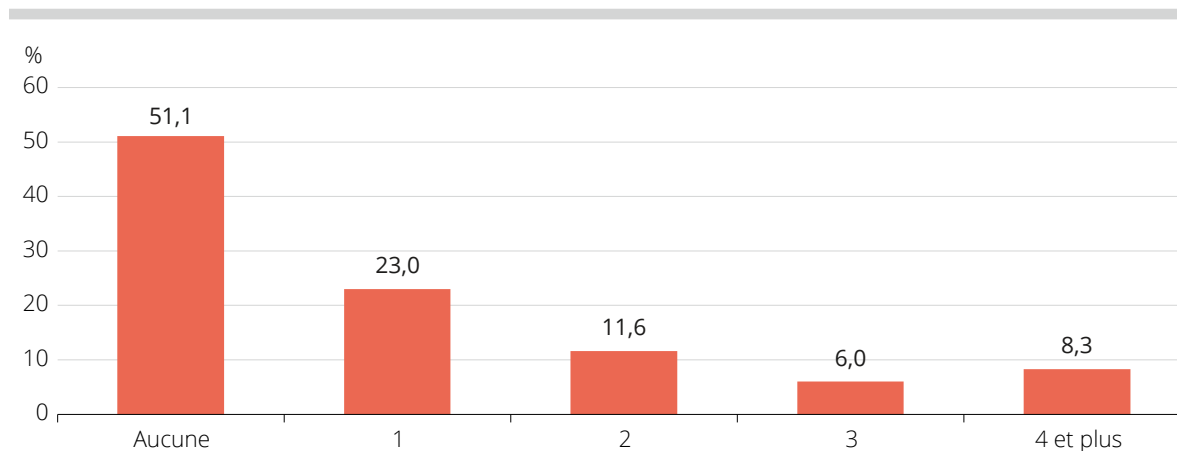
1. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques de la famille du ménage rencontré.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Depuis leur naissance, environ la moitié (49 %) des bébés ont vu un ou une médecin pour un problème de santé ou une maladie après leur naissance, soit environ 23 % une seule fois, 12 % 2 fois, 6 % 3 fois et 8 % au moins quatre fois (figure 1.8)⁶.

Figure 1.8

Nombre de fois que les bébés ont vu un ou une médecin pour un problème de santé ou une maladie après la naissance, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

La proportion de bébés ayant vu un ou une médecin trois fois ou plus pour un problème de santé ou une maladie est plus élevée chez les bébés :

- qui ont un ou une médecin de famille ou pédiatre (15 %) ;
- qui sont nés prématurément (22 %) ;
- de faible poids de naissance (24 %) (tableau 1.10).

Elle est également plus élevée chez les bébés qui vivent dans un ménage à revenu moyen-faible (16 %) ou à revenu moyen-élevé ou élevé (15 %) que chez les bébés issus d'un ménage à faible revenu (11 %). Il en va de même pour les bébés dont les deux parents (ou le parent seul) sont nés au Canada, qui ont été plus nombreux en proportion à avoir fait l'objet de trois consultations ou plus (15 %) que les bébés dont les deux parents (ou le parent seul) sont nés à l'extérieur du Canada (12 %).

6. Prendre note que les visites dans le cadre d'exams de routine ou de rendez-vous de vaccination sont exclues, mais que les visites du bébé à l'urgence d'un hôpital et les hospitalisations sont incluses. Si l'enfant a été vu par plusieurs médecins au cours d'une même visite ou d'une même hospitalisation, cette situation a été comptabilisée une seule fois. Les consultations ont eu lieu entre la naissance et le moment de l'enquête et peuvent avoir été effectuées auprès des personnes suivantes : médecin de famille, pédiatre, autre médecin ou infirmière praticienne spécialisée.

Tableau 1.10

Nombre de fois que les bébés ont vu un ou une médecin pour un problème de santé ou une maladie après la naissance selon certaines caractéristiques des bébés, des parents et des familles¹, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	Aucune	1 ou 2	3 ou plus
	%		
Total	51,1	34,6	14,3
Le bébé a un ou une médecin de famille ou pédiatre			
Oui	50,1 ^a	34,9	15,0 ^a
Non	58,8 ^a	32,6	8,7* ^a
Bébé né prématurément			
Oui	45,0	33,2	21,9 ^a
Non	51,4	34,7	13,9 ^a
Bébé de faible poids de naissance			
Oui	50,9	25,6 ^a	23,6 ^a
Non	51,1	35,2 ^a	13,7 ^a
Premier enfant de la mère			
Oui	53,1	33,0	13,9
Non	49,4	36,0	14,6
Lieu de naissance des parents (ou du parent seul)			
Les deux parents (ou le parent seul) sont nés au Canada	48,5 ^{a,b}	36,2 ^a	15,3 ^a
Un des deux parents est né à l'extérieur du Canada	54,8 ^a	31,6	13,6
Les deux parents (ou le parent seul) sont nés à l'extérieur du Canada	57,5 ^b	30,8 ^a	11,7 ^a
Plus haut diplôme obtenu par l'un ou l'autre des parents			
Aucun diplôme	61,2 ^{a,b}	26,0* ^{a,b}	12,8*
Diplôme de niveau secondaire	56,9 ^{c,d}	30,6 ^c	12,6
Diplôme de niveau collégial	49,7 ^{a,c}	35,5 ^a	14,8
Diplôme de niveau universitaire	48,3 ^{b,d}	36,7 ^{b,c}	15,0
Type de famille			
Intacte	50,6	35,2	14,2
Recomposée	56,6	30,3	13,1
Monoparentale	48,4	34,0	17,6
Niveau de revenu du ménage			
Faible revenu	59,6 ^{a,b}	29,3 ^a	11,1 ^{a,b}
Revenu moyen-faible	50,1 ^a	34,3 ^a	15,6 ^a
Revenu moyen-élevé ou élevé	47,5 ^b	37,9 ^a	14,7 ^b
Zone de résidence			
Zone urbaine	51,1	34,4	14,5
Zone semi-urbaine	53,4	33,8	12,8
Zone rurale	49,5	36,1	14,4

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

a-d Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,05.

1. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques de la famille du ménage rencontré.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

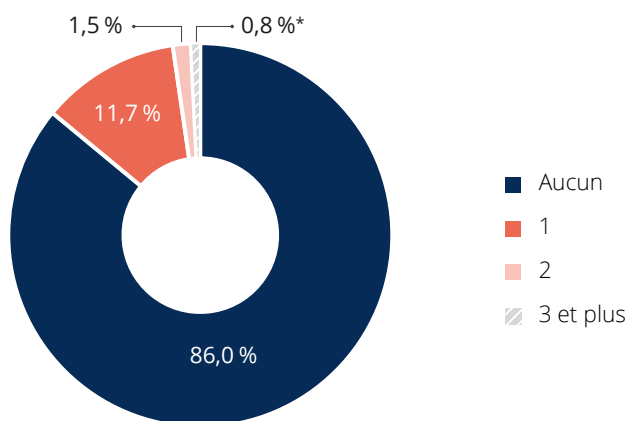
Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.

Traitement antibiotique

Selon les données recueillies sur l'usage des antibiotiques entre la naissance et le moment de l'enquête, la majorité (86 %) des bébés n'ont pris aucun antibiotique, 12 % en ont pris une fois, environ 1,5 % deux fois et près de 1 % (0,8 %*) au moins trois fois (3 fois ou plus) (figure 1.9).

Figure 1.9

Nombre de traitements aux antibiotiques pris par les bébés après leur naissance, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

En somme, 14 % des bébés d'environ 5 mois ont pris au moins une fois des antibiotiques depuis leur naissance (tableau 1.11). Cette proportion est plus élevée chez les bébés :

- nés prématurément (20 %) ;
- dont la mère a d'autres enfants (16 %) ;
- dont l'état de santé est jugé passable ou mauvais par ses parents (65 %) ;
- dont les deux parents (ou le parent seul) sont nés au Canada (15 %).

Tableau 1.11

Proportion de bébés ayant pris au moins une fois des antibiotiques depuis la naissance selon certaines caractéristiques des bébés et des parents, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%
Total	14,0
Perception du parent de la santé du bébé	
Excellente	10,4 ^a
Très bonne	19,8 ^a
Bonne	28,6 ^a
Passable ou mauvaise	65,4 ^a
Bébé né prématurément	
Oui	20,1 ^a
Non	13,6 ^a
Bébé de faible poids de naissance	
Oui	15,9*
Non	13,8
Premier enfant de la mère	
Oui	10,9 ^a
Non	16,3 ^a
Lieu de naissance des parents (ou du parent seul)	
Les deux parents (ou le parent seul) sont nés au Canada	15,1 ^{a,b}
Un des deux parents est né à l'extérieur du Canada	10,2 ^a
Les deux parents (ou le parent seul) sont nés à l'extérieur du Canada	12,2 ^b
Plus haut diplôme obtenu par l'un ou l'autre des parents	
Aucun diplôme	11,3*
Diplôme de niveau secondaire	14,4
Diplôme de niveau collégial	14,3
Diplôme de niveau universitaire	14,0
Type de famille	
Intacte	13,8
Recomposée	13,3
Monoparentale	17,1
Niveau de revenu du ménage	
Faible revenu	12,4
Revenu moyen-faible	15,3
Revenu moyen-élevé ou élevé	13,3
Zone de résidence	
Zone urbaine	13,9
Zone semi-urbaine	13,0
Zone rurale	15,0

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

a-b Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Développement sensoriel et perceptif : l'audition

Au moment de l'enquête, les parents d'environ 2,1 % des bébés ont déclaré être préoccupés au sujet de l'ouïe de leur enfant. Toujours selon les parents, une faible proportion d'enfants ne réagissaient pas aux sons (0,3 %**) ou ne se calmaient pas lorsqu'ils entendaient la voix du parent (1,6 %) (données non présentées).

Toutefois, tous les bébés de l'enquête n'ont pas subi de test de dépistage de la surdité à leur naissance conformément aux recommandations du programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés⁷. Ce programme vise à détecter précocement la surdité présente à la naissance, puis à entreprendre les interventions thérapeutiques et de réadaptation nécessaires avant l'âge de 6 mois. Il est destiné à tous les nouveau-nés admissibles au régime d'assurance maladie qui naissent au Québec. Son déploiement est progressif et il n'est actuellement pas encore offert dans toutes les installations où des accouchements ont lieu au Québec. En 2021, 16 établissements offraient ce programme.

L'enquête révèle que 6 enfants sur 10 (61 %) ont subi un test de dépistage auditif depuis leur naissance (tableau 1.12). À la suite de ce test, un problème a été détecté chez une faible proportion d'entre eux (0,9 %*) (donnée non présentée). La proportion de bébés ayant bénéficié de ce test est plus élevée chez les bébés nés à l'hôpital que chez les bébés nés en maison de naissance, à domicile ou ailleurs (62 % c. 29 %). Cette proportion est également plus élevée chez les bébés :

- prématurés (76 %) ;
- de faible poids de naissance (77 %) ;
- premiers-nés de leur mère (65 %).



peakSTOCK / iStock

7. Pour plus d'informations sur ce programme, consulter le document suivant : [Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés – Cadre de référence – janvier 2019](https://gouv.qc.ca/programmes/programmes-de-sant%C3%A9/programmes-de-d%C3%A9pistage-de-la-surdit%C3%A9-chez-les-nouveaux-n%C3%A9s) (gouv.qc.ca).

Tableau 1.12

Proportion de bébés ayant subi un test de dépistage auditif après la naissance¹ selon certaines caractéristiques des bébés, des parents et des familles², enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%
Total	61,1
Lieu de l'accouchement	
À l'hôpital	62,3 ^a
Dans une maison de naissance, à domicile ou dans un autre lieu	28,6 ^a
Bébé né prématurément	
Oui	75,5 ^a
Non	60,3 ^a
Bébé de faible poids de naissance	
Oui	77,0 ^a
Non	60,5 ^a
Premier enfant de la mère	
Oui	64,6 ^a
Non	58,4 ^a
Lieu de naissance des parents (ou du parent seul)	
Les deux parents (ou le parent seul) sont nés au Canada	60,5
Un des deux parents est né à l'extérieur du Canada	61,1
Les deux parents (ou le parent seul) sont nés à l'extérieur du Canada	63,2
Plus haut diplôme obtenu par l'un ou l'autre des parents	
Aucun diplôme	59,8
Diplôme de niveau secondaire	55,1 ^{a,b}
Diplôme de niveau collégial	61,6 ^a
Diplôme de niveau universitaire	63,3 ^b
Type de famille	
Intacte	61,4
Recomposée	59,3
Monoparentale	59,1
Niveau de revenu du ménage	
Faible revenu	58,3
Revenu moyen-faible	60,6
Revenu moyen-élevé ou élevé	63,2
Zone de résidence	
Région métropolitaine de Montréal	57,2 ^a
Autres régions métropolitaines	70,9 ^{a,b}
Zone semi-urbaine	64,8 ^{a,b}
Zone rurale	57,4 ^b

a-b Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Les tests de dépistage auditif ont eu lieu entre la naissance et l'âge d'environ 5 mois au moment de l'enquête.

2. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques de la famille du ménage rencontré.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022
Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.



2

L'alimentation du bébé

- 2.1 Intention d'allaiter
- 2.2 Taux d'allaitement et durée de l'allaitement
- 2.3 Facteurs associés à l'allaitement
- 2.4 Soutien à l'allaitement
- 2.5 Introduction des préparations commerciales pour nourrissons
- 2.6 Introduction des aliments complémentaires
- 2.7 Supplément de vitamine D



Il est généralement reconnu que l'allaitement maternel est le meilleur mode d'alimentation pour les bébés. En effet, le lait maternel comporte de nombreux avantages pour l'enfant allaité. Tout en lui fournissant les éléments nutritifs dont il a besoin, le lait maternel lui procure également diverses substances protectrices contre les infections et certaines maladies (CHU Sainte-Justine 2022 ; Binns et autres 2016). Les avantages de l'allaitement seraient d'ailleurs liés à sa durée de même qu'à son exclusivité. Par exemple, les effets bénéfiques du lait maternel sur la diminution des infections (p. ex. infection respiratoire, otite, gastroentérite, etc.) seraient d'autant plus importants lorsque les bébés sont allaités exclusivement au lait maternel et que l'allaitement se prolonge dans le temps (Duijts et autres 2009 ; Oddy 2001). Plusieurs études ont aussi établi des liens positifs entre la durée de l'allaitement et certains aspects du développement de l'enfant, notamment en ce qui concerne l'asthme (Wilson et autres 2022), le risque de développer certains types de cancer comme la leucémie (Güngör et autres 2019 ; Su et autres 2021), le risque de surpoids ou d'obésité (Harder et autres 2005 ; Liu et autres 2022) ou encore le développement cognitif (Boucher et autres 2017). À cela s'ajoute le fait que l'allaitement favoriserait l'attachement mère-enfant, grâce entre autres à la sécrétion d'hormones comme l'ocytocine ou la prolactine et au moment privilégié de réconfort et d'échange qu'il permet (Woodward et Liberty 2017).

L'allaitement procure aussi divers bienfaits aux mères qui allaitent. Après l'accouchement, il favorise la contraction de l'utérus, diminue les risques d'hémorragie et favorise une perte de poids plus rapide (CHU Sainte-Justine 2022). Quant aux avantages à long terme, des études ont notamment montré des liens entre l'allaitement et la réduction du taux de certains cancers, du diabète, des maladies cardiaques ou de l'obésité chez les mères (Binns et autres 2016). Le lait maternel comporte aussi des avantages économiques, écologiques et pratiques, puisqu'il ne nécessite aucun achat, ne génère pas de déchet, est toujours prêt, ne demande aucune préparation et s'adapte aux bébés selon leur âge et leurs besoins.

De nombreux organismes nationaux et internationaux, comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), recommandent d'ailleurs que les bébés soient allaités de façon exclusive lors des six premiers mois de leur vie. L'OMS vise notamment à ce que le taux d'allaitement exclusif pendant les six premiers mois soit d'au moins 50 % d'ici 2025¹. Par la suite, après l'introduction d'aliments complémentaires, il est recommandé de poursuivre l'allaitement jusqu'à 2 ans ou aussi longtemps que la mère et l'enfant le souhaitent.

Au Québec, l'allaitement maternel est apparu pour la première fois dans les Priorités nationales de santé publique 1997-2002². L'objectif alors fixé était qu'en 2002, le taux d'allaitement atteigne 80 % à l'hôpital, 60 % chez les enfants de 3 mois et 30 % chez les enfants de 6 mois. Ces objectifs ont été révisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2001 en vue d'atteindre en 2007 un taux d'allaitement de 85 % à la sortie de l'hôpital, de 70 %, durant les 2 premiers mois, de 60 % durant les 4 premiers mois et de 50 %, durant les 6 premiers mois³. En matière d'allaitement exclusif, la cible fixée par le MSSS dans le cadre de l'Initiative des amis des bébés est de 75 % à la sortie de l'hôpital. Bien que ces différentes cibles n'aient pas toutes fait l'objet d'une mise à jour, soulignons que la mise en place de services de santé publique visant à favoriser l'allaitement dans les établissements de santé fait toujours partie des priorités énoncées dans le Programme national de santé publique 2015-2025⁴.

1. Pour plus d'information, consulter le document suivant : [Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant](#) (who.int).
2. Pour plus d'information, consulter le document suivant : [Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – Vers l'atteinte des résultats attendus : 5^e bilan](#) (gouv.qc.ca).
3. Pour plus d'information, consulter le document suivant : [L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices – Septembre 2001](#) (gouv.qc.ca).
4. Pour plus d'information, consulter le document suivant : [Programme national de santé publique – 2015-2025](#) (gouv.qc.ca).

La première édition de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ 1) est la première enquête d'envergure ayant brossé un portrait de l'allaitement au Québec : 72 % des bébés québécois nés en 1997-1998 avaient reçu du lait maternel au moins une fois (Dubois et autres 2000). La dernière enquête populationnelle québécoise disponible sur le sujet, soit l'*Enquête sur l'allaitement maternel au Québec*, a été réalisée en 2005-2006. Les résultats ont alors montré une progression du taux d'allaitement, puisque 85 % des enfants nés dans un centre hospitalier ou dans une maison de naissance avaient reçu du lait maternel au moins une fois pendant leur séjour. Le taux d'allaitement est ensuite passé à 67 % durant les 2 premiers mois, puis à 56 % durant les 4 premiers mois et à 47 % durant les 6 premiers mois (Haiek et Neill 2006).

Bien que la diminution du taux d'allaitement dans les premiers mois serait davantage associée à des difficultés d'allaitement, notamment la mise au sein, la quantité de lait produit et le fait qu'un bébé refuse de prendre le sein ou peine à le faire (Doré et Le Hénaff 2024), le retour au travail des mères serait l'un des principaux obstacles auxquels sont confrontées les mères qui souhaitent poursuivre l'allaitement plus longtemps (MSSS 2008).

Le soutien que reçoivent les mères n'est d'ailleurs pas à négliger lorsqu'on s'intéresse aux taux d'allaitement. En effet, celles qui bénéficient d'un soutien adéquat auraient plus de chances d'allaiter (Beake et autres 2012 ; Groupe de travail américain sur les services préventifs 2016). Le soutien à l'allaitement peut provenir du réseau formel, notamment les professionnels de la santé (p. ex. médecins, sages-femmes, infirmières, consultant en lactation), du réseau semi-formel (p. ex. marraines d'allaitement œuvrant au sein d'organismes communautaires) ou informel (p. ex. autres mères qui ont allaité, père, famille).

Dans le présent chapitre, on s'intéresse aux résultats de l'ELDEQ 2 portant sur l'alimentation des bébés, notamment l'allaitement, et plus particulièrement à l'intention d'allaiter des mères⁵, au taux d'allaitement des bébés à différents âges de même qu'au taux d'allaitement exclusif. Quelques données sur les principales raisons de l'arrêt de l'allaitement et sur les sources de soutien consultées par les mères sont également présentées. Enfin, on examine quelques résultats liés à l'introduction des aliments complémentaires dans l'alimentation des bébés, de même que l'utilisation de suppléments de vitamine D.

2.1 Intention d'allaiter

Avant la naissance de leur enfant, les mères de la vaste majorité (88 %) des bébés avaient l'intention d'allaiter⁶ (tableau 2.1). Plus l'âge maternel à la naissance est élevé, plus cette proportion est élevée : elle passe de 80 % chez les bébés nés d'une mère de moins de 25 ans à 93 % chez les bébés nés d'une mère de 35 ans ou plus. Également, plus la mère est scolarisée, plus cette proportion augmente, passant de 73 % chez les bébés dont la mère n'a aucun diplôme à 93 % chez ceux dont la mère a un diplôme de niveau universitaire. Cette proportion est aussi plus élevée chez les bébés vivant dans un ménage à revenu moyen-élevé ou élevé (90 %) que chez les autres, ainsi que chez les bébés dont la mère :

- est née à l'extérieur du Canada (95 %) ;
- n'a pas fumé durant la grossesse (89 %) ;
- n'a reçu aucun diagnostic de dépression durant la grossesse (88 %).

5. Dans ce chapitre, on entend par « mère » la mère biologique qui vivait dans le ménage rencontré au moment de l'enquête. Presque tous (99,8 %) les enfants visés vivaient avec leur mère biologique à cet âge.

6. Rappelons que la première collecte de données de l'ELDEQ 2 s'est déroulée lorsque les bébés avaient environ 5 mois. Il s'agit donc d'une information qui a été recueillie de manière rétrospective et non avant la naissance de l'enfant.

Soulignons enfin que les bébés de familles intactes sont plus susceptibles que les bébés de familles monoparentales d'avoir une mère ayant eu l'intention d'allaiter (89 % c. 83 %).

Tableau 2.1

Proportion de bébés dont la mère avait l'intention d'allaiter avant la naissance de l'enfant selon certaines caractéristiques des mères et des familles¹, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%
Total	88,2
Âge de la mère à la naissance de l'enfant	
Moins de 25 ans	80,1 ^a
25 à 29 ans	85,4 ^a
30 à 34 ans	89,7 ^a
35 ans ou plus	93,4 ^a
Lieu de naissance de la mère	
Canada	86,1 ^a
Extérieur du Canada	94,7 ^a
Plus haut diplôme obtenu par la mère	
Aucun diplôme	73,1 ^a
Diplôme de niveau secondaire	81,5 ^a
Diplôme de niveau collégial	87,9 ^a
Diplôme de niveau universitaire	93,4 ^a
Premier enfant de la mère	
Oui	89,3
Non	87,4
La mère a fumé la cigarette durant la grossesse	
Oui	72,9 ^a
Non	89,4 ^a
Diagnostic de dépression chez la mère durant la grossesse	
Oui	71,4 ^a
Non	88,3 ^a
Type de famille	
Intacte	88,8 ^a
Recomposée	85,8
Monoparentale	83,0 ^a
Niveau de revenu du ménage	
Faible revenu	86,0 ^a
Revenu moyen-faible	87,2 ^b
Revenu moyen-élevé ou élevé	90,4 ^{a,b}

a-b Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

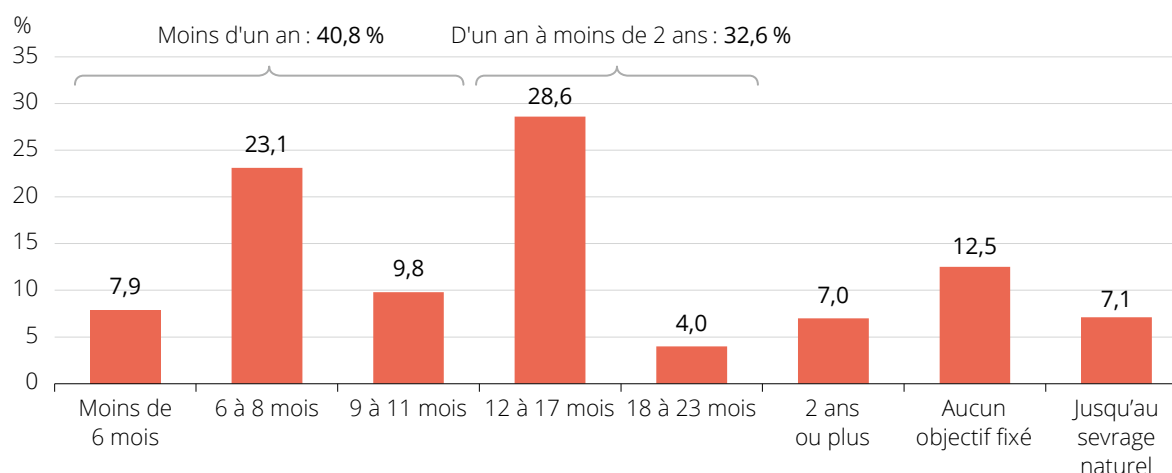
1. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques du ménage rencontré.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Voici, parmi les bébés dont la mère avait l'intention d'allaiter avant leur naissance, la période durant laquelle elle souhaitait le faire : moins d'un an pour environ 41 % d'entre eux, moins de 6 mois pour 8 % d'entre eux, un an à moins de 2 ans pour 33 % d'entre eux et au moins deux ans pour 7 % d'entre eux (figure 2.1). Toujours parmi ces bébés, environ 12 % d'entre eux ont une mère qui ne s'était fixé aucun objectif et 7 %, une mère qui souhaitait allaiter jusqu'au sevrage naturel de l'enfant.

Figure 2.1

Période durant laquelle la mère avait l'intention d'allaiter, enfants d'environ 5 mois dont la mère avait l'intention d'allaiter avant la naissance de l'enfant, Québec, 2021-2022



Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Que révèlent les résultats de l'enquête à propos de la proportion de bébés dont la mère avait l'intention d'allaiter au moins deux ans, comme le recommande l'OMS ? On constate que cette proportion est notamment plus élevée chez les bébés dont la mère :

- était âgée de 35 ans ou plus à la naissance de l'enfant (11 %) ;
- est née à l'extérieur du Canada (14 %) ;
- a d'autres enfants (9 %) (tableau 2.2).

Cette proportion est aussi plus élevée chez les bébés vivant dans un ménage à faible revenu (13 %) que chez ceux vivant dans un ménage à revenu moyen-faible (7 %) ou à revenu moyen-élevé ou élevé (3,9 %).

Tableau 2.2

Proportion de bébés dont la mère avait l'intention d'allaiter au moins deux ans selon certaines caractéristiques des mères et des familles¹, enfants d'environ 5 mois dont la mère avait l'intention d'allaiter avant la naissance de l'enfant, Québec, 2021-2022

	%
Total	7,0
Âge de la mère à la naissance de l'enfant	
Moins de 25 ans	4,8** a
25 à 29 ans	4,9 b
30 à 34 ans	6,6 c
35 ans ou plus	10,9 a,b,c
Lieu de naissance de la mère	
Canada	4,6 a
Extérieur du Canada	13,8 a
Plus haut diplôme obtenu par la mère	
Aucun diplôme	6,3**
Diplôme de niveau secondaire	5,5 a
Diplôme de niveau collégial	6,1 *
Diplôme de niveau universitaire	8,0 a
Premier enfant de la mère	
Oui	5,0 a
Non	8,6 a
Niveau de revenu du ménage	
Faible revenu	12,6 a
Revenu moyen-faible	7,3 a
Revenu moyen-élevé ou élevé	3,9 a

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

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

a-c Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques du ménage rencontré.

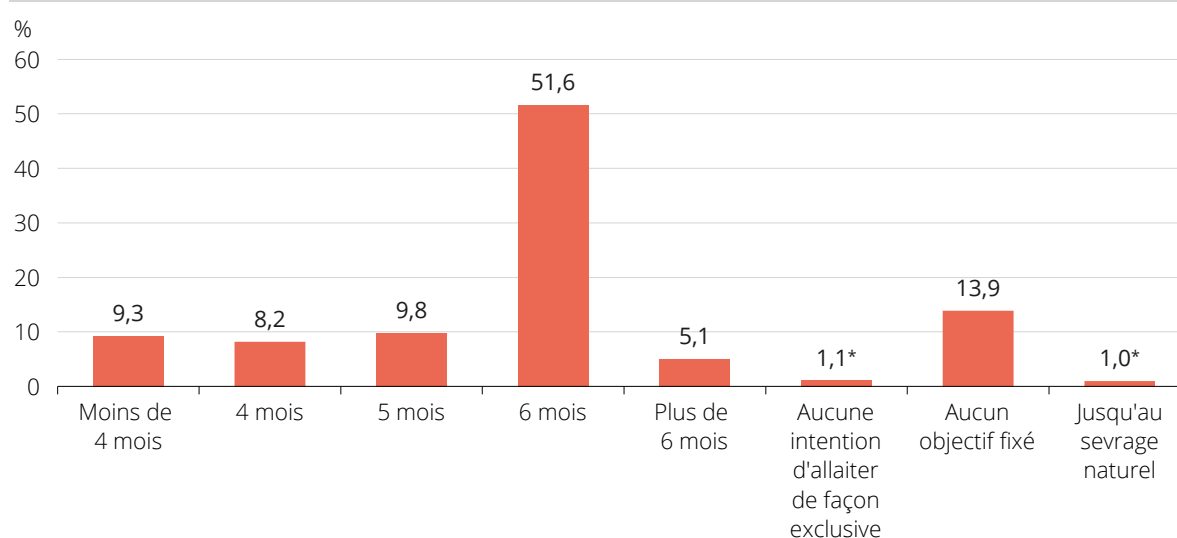
Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Qu'en est-il maintenant de l'intention des mères en matière d'allaitement exclusif, c'est-à-dire de nourrir leur bébé uniquement avec du lait maternel, sans offrir d'autres aliments solides ou liquides ? Les résultats de l'enquête montrent d'abord que 87,1 % des bébés ont une mère qui avait l'intention d'allaiter de façon exclusive (donnée non présentée). Ainsi, presque toutes les mères qui avaient l'intention d'allaiter leur bébé souhaitaient le faire de façon exclusive. En effet, parmi les bébés dont la mère avait l'intention d'allaiter, seulement 1,1 %* ont une mère qui n'avait aucune intention de le faire de façon exclusive (figure 2.2).

Toujours parmi ces bébés, 52 % d'entre eux ont une mère qui voulait allaiter de façon exclusive durant les 6 premiers mois, alors que pour environ un sur dix, elle souhaitait le faire moins de 4 mois (9 %), 4 mois (8 %) ou 5 mois (10 %). Environ 14 % de ces bébés ont une mère qui ne s'était fixé aucun objectif concernant la durée de l'allaitement exclusif.

Figure 2.2

Période durant laquelle la mère avait l'intention d'allaiter de façon exclusive, enfants d'environ 5 mois dont la mère avait l'intention d'allaiter avant la naissance de l'enfant, Québec, 2021-2022



Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

La proportion de bébés dont la mère avait l'intention d'allaiter de façon exclusive durant les 6 premiers mois, comme le recommande l'OMS, est notamment plus élevée chez les bébés dont la mère :

- était âgée de 30 à 34 ans (53 %) ou de 35 ans ou plus (56 %) à la naissance de l'enfant ;
- est née à l'extérieur du Canada (58 %) ;
- possède un diplôme de niveau universitaire (57 %) ;
- n'a pas d'autres enfants (54 %) (tableau 2.3).



Prostock-studio / Adobe Stock

Tableau 2.3

Proportion de bébés dont la mère avait l'intention d'allaiter de façon exclusive durant les 6 premiers mois selon certaines caractéristiques des mères et des familles¹, enfants d'environ 5 mois dont la mère avait l'intention d'allaiter avant la naissance de l'enfant, Québec, 2021-2022

	%
Total	51,6
Âge de la mère à la naissance de l'enfant	
Moins de 25 ans	44,7 ^{a,b}
25 à 29 ans	47,9 ^{c,d}
30 à 34 ans	53,5 ^{a,c}
35 ans ou plus	55,8 ^{b,d}
Lieu de naissance de la mère	
Canada	49,3 ^a
Extérieur du Canada	58,0 ^a
Plus haut diplôme obtenu par la mère	
Aucun diplôme	32,5 ^a
Diplôme de niveau secondaire	43,3 ^a
Diplôme de niveau collégial	50,3 ^a
Diplôme de niveau universitaire	57,3 ^a
Premier enfant de la mère	
Oui	54,4 ^a
Non	49,2 ^a
Niveau de revenu du ménage	
Faible revenu	49,1
Revenu moyen-faible	50,6
Revenu moyen-élevé ou élevé	53,8

a-d Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques du ménage rencontré.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

2.2 Taux d'allaitement et durée de l'allaitement

Avant d'explorer les résultats de l'enquête sur les taux d'allaitement à différents âges, jetons d'abord un regard sur la proportion de bébés ayant reçu certains types de liquide durant leur séjour à l'hôpital ou en maison de naissance. Soulignons d'entrée de jeu que presque tous (99,3 %) les bébés sont nés à l'hôpital (96,5 %) ou en maison de naissance (2,8 %) (données non présentées). Parmi ces bébés, environ 9 sur 10 (89 %) ont reçu du lait maternel au lieu de naissance, 44 % y ont reçu des préparations commerciales pour nourrissons et 9 % y ont reçu de l'eau, de l'eau sucrée⁷ ou de la tisane (tableau 2.4).

Soulignons que la proportion de bébés ayant reçu des préparations commerciales pour nourrissons et la proportion de bébés ayant reçu de l'eau, de l'eau sucrée ou de la tisane au lieu de naissance sont toutes deux plus élevées chez les bébés :

- de faible poids à la naissance ;
- nés prématurément.

L'enquête ne permet toutefois pas de détecter de différence significative quant à la proportion de bébés ayant reçu du lait maternel au lieu de naissance selon ces deux caractéristiques des bébés.

Tableau 2.4

Proportion de bébés ayant reçu certains types de liquide au lieu de naissance selon certaines caractéristiques des bébés, enfants d'environ 5 mois nés à l'hôpital ou en maison de naissance, Québec, 2021-2022

	Lait maternel	Préparations commerciales pour nourrissons	Eau, eau sucrée ou tisane
	%		
Total	88,9	44,1	9,3
Bébé de faible poids à la naissance			
Oui	90,0	77,7 ^a	21,9 ^a
Non	88,8	42,1 ^a	8,4 ^a
Bébé est né prématurément			
Oui	92,1	76,2 ^a	23,4 ^a
Non	88,7	42,3 ^a	8,4 ^a

a Pour une caractéristique donnée, exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,05.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.
Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.

7. L'eau sucrée est parfois donnée aux nouveau-nés qui subissent de courtes interventions dans le but d'atténuer la douleur (Harrison et autres 2017).

Encadré 2.1

Allaitement et allaitement exclusif

Allaitement : L'allaitement signifie que l'enfant reçoit du lait maternel avec ou sans autres liquides ou aliments solides. Par exemple, le taux d'allaitement à 4 mois signifie que l'enfant a reçu du lait maternel durant ses 4 premiers mois de vie, peu importe qu'il ait reçu ou non d'autres types de liquide ou de solide.

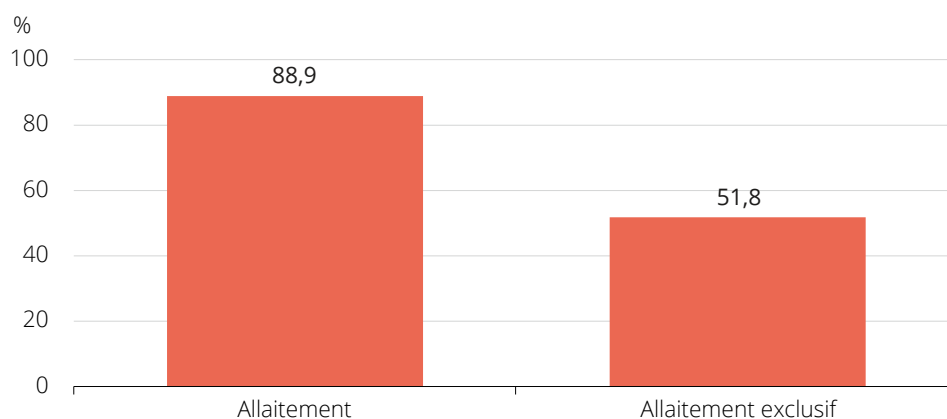
Allaitement exclusif : L'allaitement exclusif signifie que l'enfant est nourri avec du lait maternel uniquement (y compris du lait maternel exprimé ou provenant d'une banque de lait). Il ne reçoit donc aucun autre liquide ou solide à l'exception de gouttes ou sirops de vitamines, de minéraux ou de médicaments. Par exemple, le taux d'allaitement exclusif à 2 mois signifie que l'enfant n'a reçu que du lait maternel durant ses 2 premiers mois de vie.

Ces différentes durées ont été calculées à partir de l'âge en semaine (p. ex. 1 mois = 4,33 semaines et 4 mois = 17,32 semaines) qu'avait l'enfant lorsqu'il a cessé de recevoir du lait maternel (allaitement) ou lorsque le premier aliment complémentaire liquide ou solide a été introduit (allaitement exclusif).

Ainsi, si parmi les bébés nés à l'hôpital ou en maison de naissance, 89 % ont été allaités au lieu de naissance, environ la moitié (52 %) l'ont été de façon exclusive⁸ (figure 2.3) (voir l'encadré 2.1).

Figure 2.3

Proportion de bébés allaités et proportion de bébés allaités de façon exclusive au lieu de naissance, enfants d'environ 5 mois nés à l'hôpital ou en maison de naissance, Québec, 2021-2022



Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

8. Selon les normes établies dans le cadre de l'[Initiative des amis des bébés](#), il est possible d'inclure dans le calcul du taux d'allaitement exclusif au lieu de naissance les bébés qui ont reçu d'autres types de liquides (p. ex. des préparations commerciales pour nourrissons) en raison d'indications médicales. Or, les données recueillies dans l'enquête ne permettent pas de connaître la proportion de bébés qui ont reçu d'autres liquides que du lait maternel pour de telles raisons. Ces bébés ne sont donc pas considérés dans l'enquête comme ayant été allaités de façon exclusive au lieu de naissance.

Lorsqu'on s'intéresse à l'ensemble des bébés, qu'ils soient nés à l'hôpital, en maison de naissance, à domicile ou dans un autre lieu, les résultats révèlent qu'environ 91,2 % ont reçu du lait maternel au moins une fois (donnée non présentée).

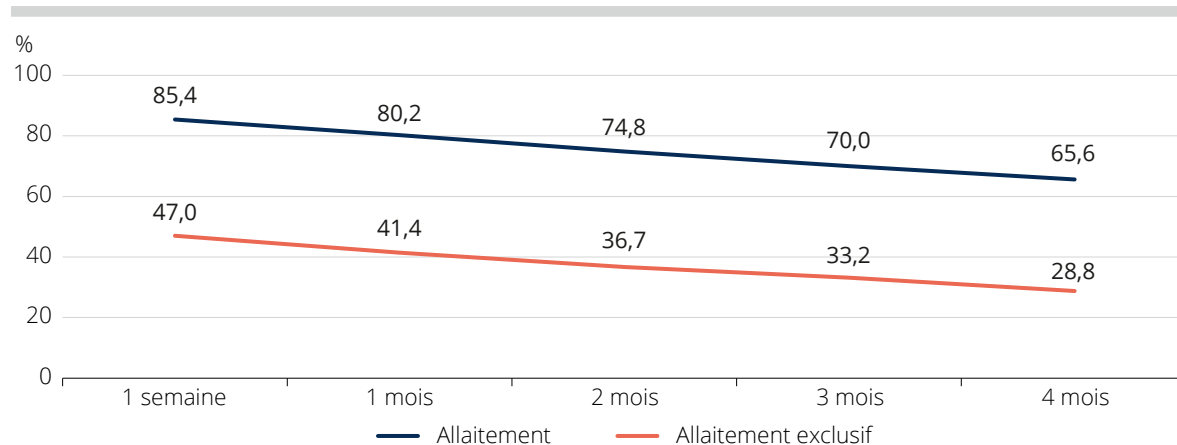
On constate également que la proportion de bébés allaités diminue au fur et à mesure que l'enfant vieillit. En effet, le taux d'allaitement durant la première semaine de vie de l'enfant se situe à 85 % et à 75 % durant les 2 premiers mois de vie (figure 2.4). Environ 66 % des bébés ont été allaités durant les 4 premiers mois.

Lorsqu'on examine les résultats portant sur l'allaitement exclusif, on constate qu'un peu moins de la moitié (47 %) des bébés ont été allaités de façon exclusive durant leur première semaine de vie, une proportion qui diminue à 37 % pour les 2 premiers mois et à 29 % pour les 4 premiers mois.

Mentionnons enfin que parmi les bébés qui avaient au moins 5 mois au moment de l'enquête, 62 % ont été allaités durant les 5 premiers mois de vie et 20 % l'ont été de façon exclusive (figure 2.5).

Figure 2.4

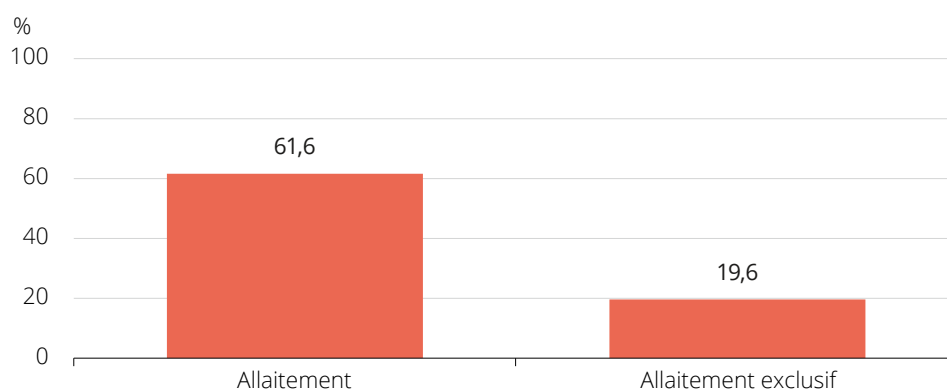
Proportion de bébés allaités et proportion de bébés allaités de façon exclusive au cours des premiers mois de vie, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Figure 2.5

Proportion de bébés allaités et proportion de bébés allaités de façon exclusive au cours des 5 premiers mois, enfants âgés d'au moins 5 mois au moment de l'enquête¹, Québec, 2021-2022



1. Environ 90 % des bébés sont âgés d'au moins 5 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Encadré 2.2

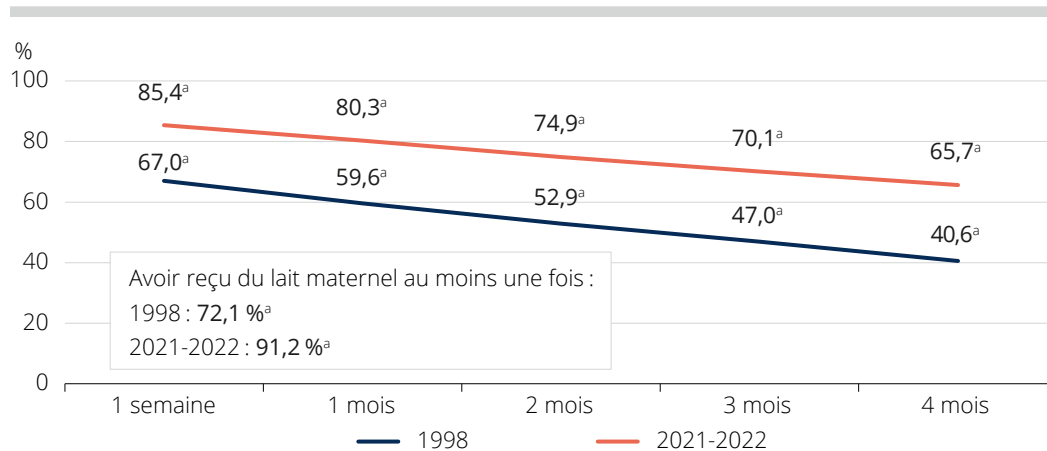
Le taux d'allaitement : un regard dans le temps

Lorsqu'on compare les taux d'allaitement au début des années 2020 à ceux obtenus à la fin des années 1990, on remarque une importante progression de l'allaitement maternel. En effet, parmi les enfants nés au Québec en 1997-1998, environ 72 % avaient reçu du lait maternel au moins une fois alors que cette proportion atteint 91 % chez les bébés nés en 2020-2021 (figure 2.6). Cette progression s'inscrit également dans la durée, puisque la proportion de bébés allaités est plus élevée en 2021-2022 qu'en 1998, que ce soit pour la première semaine de vie de l'enfant (85 % c. 67 %), pour le premier mois (80 % c. 60 %), les 2 premiers mois (75 % c. 53 %), les 3 premiers mois (70 % c. 47 %) ou pour les 4 premiers mois (66 % c. 41 %).

Suite à la page 60

Figure 2.6

Proportion de bébés allaités au cours des premiers mois de vie, enfants d'environ 5 mois habitant avec leur mère biologique, Québec, 1998, 2021-2022



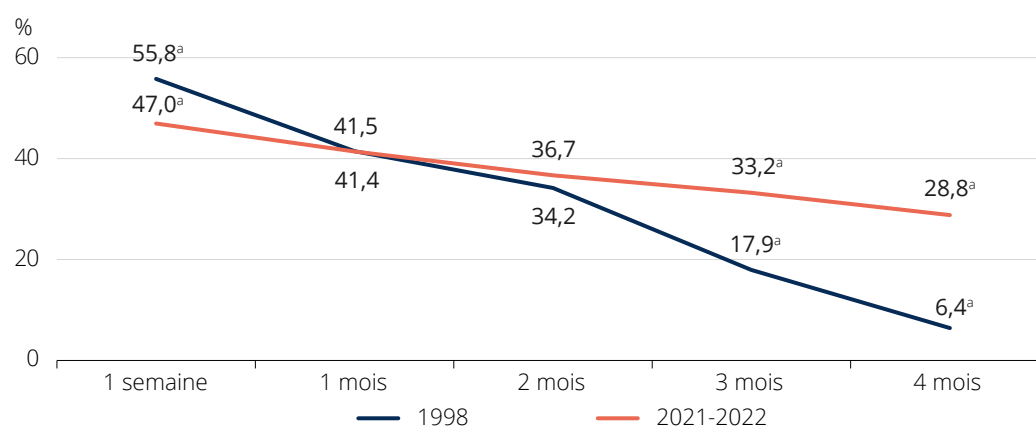
a Exprime une différence significative entre les deux éditions de l'ELDEQ au seuil de 0,05.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 1^{re} édition, 1998 ; 2^e édition, 2021-2022.

En ce qui a trait à l'allaitement exclusif, on note des résultats un peu différents de ceux portant sur le taux d'allaitement. En effet, la proportion de bébés allaités de façon exclusive au cours de la première semaine de vie est plus faible chez les bébés nés en 2020-2021 que chez ceux nés en 1997-1998 (47 % c. 56 %), alors qu'aucune différence significative n'est relevée pour le premier mois ou les 2 premiers mois (figure 2.7). Les proportions de bébés allaités de façon exclusive au cours des 3 premiers mois et des 4 premiers mois sont quant à elles plus élevées au début des années 2020 qu'à la fin des années 1990 (respectivement 33 % c. 18 % et 29 % c. 6 %).

Figure 2.7

Proportion de bébés allaités de façon exclusive au cours des premiers mois de vie, enfants d'environ 5 mois habitant avec leur mère biologique, Québec, 1998, 2021-2022



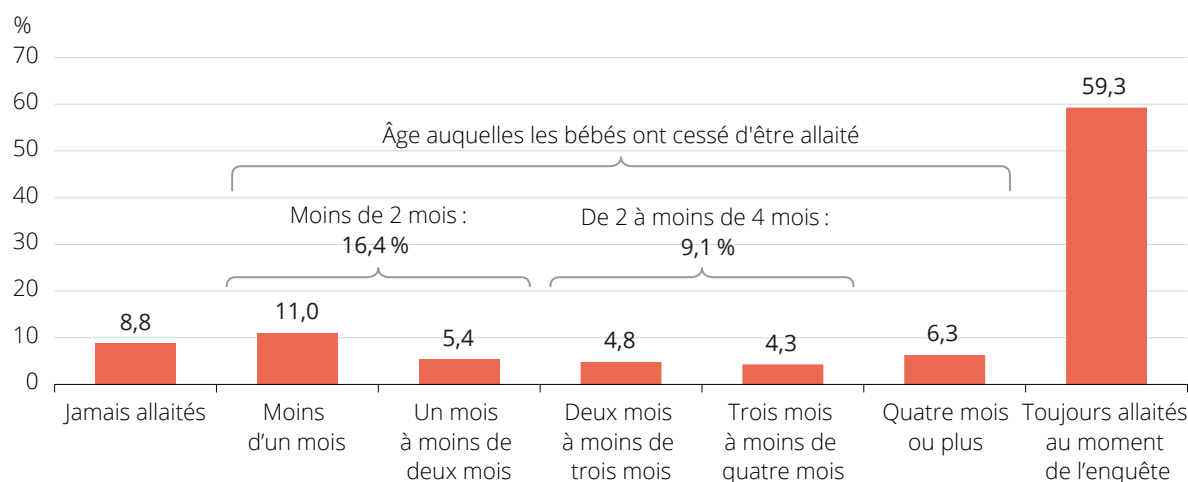
a Exprime une différence significative entre les deux éditions de l'ELDEQ au seuil de 0,05.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 1^{re} édition, 1998 ; 2^e édition, 2021-2022.

Au total, environ 9 % des bébés nés en 2020-2021 n'ont pas été allaités (voir l'encadré 2.3), alors que la majorité des bébés (59 %) étaient toujours allaités au moment de l'enquête (figure 2.8). Environ 16 % des bébés ont été allaités, mais ont cessé de recevoir du lait maternel avant l'âge de 2 mois, alors que 9 % ont cessé d'être allaités entre 2 mois et moins de 4 mois. Enfin, 6 % des bébés ont cessé de recevoir du lait maternel à partir de l'âge de 4 mois.

Figure 2.8

Durée de l'allaitement, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.



Prosotck-studio / Adobe Stock

Encadré 2.3

Principale raison pour laquelle certaines mères n'ont pas allaité leur bébé ou pour laquelle certaines mères ont cessé l'allaitement

Parmi les bébés qui n'ont jamais été allaités, environ 10 % ne l'ont pas été en raison de problèmes antérieurs qu'a eus leur mère avec l'allaitement, alors que le tiers (31 %) ont une mère qui n'avait pas de motivation ou d'intérêt pour l'allaitement (tableau 2.5). Environ 7 %* n'ont pas été allaités pour donner la possibilité au père ou au conjoint de participer ou d'aider et une proportion similaire (7 %*), en raison de l'état de santé de la mère (p. ex. prise de médicaments incompatibles avec l'allaitement). Parmi les autres raisons mentionnées par les mères pour ne pas avoir allaité, mentionnons entre autres le manque de lait, un choix personnel et la volonté d'éviter un stress supplémentaire.

Suite à la page 63

Tableau 2.5

Principale raison pour laquelle les mères n'ont jamais allaité leur bébé, enfants d'environ 5 mois qui n'ont jamais reçu de lait maternel, Québec, 2021-2022

	%
État de santé du bébé (incluant la prématurité)	1,8 **
Allaitement difficile pour le bébé (prise du sein, succion, etc.)	3,6 **
Problèmes antérieurs de la mère avec l'allaitement	10,4
Impossibilité d'allaiter pour des raisons médicales liées aux seins (intervention chirurgicale antérieure, canaux trop petits, etc.)	3,5 **
Fatigue physique ou psychologique de la mère	1,6 **
État de santé de la mère (p. ex. prise de médicaments incompatibles avec l'allaitement, recommandations d'un professionnel de la santé)	6,9 *
La mère n'avait pas d'intérêt ou de motivation à allaiter	31,2
Malaise à allaiter	8,0 *
Manque de temps de la mère	2,3 **
Possibilité pour le père ou le conjoint de participer ou d'aider	7,2 *
Volonté d'avoir plus de liberté (pour voyager, consommer du tabac ou de l'alcool, etc.)	1,7 **
Autre	21,8

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Parmi les bébés qui n'étaient plus allaités au moment de l'enquête, mais dont l'allaitement avait été initié, environ 9 % ont cessé d'être allaités en raison de leur intolérance ou de leur allergie aux protéines bovines ou au lactose, 8 %, parce qu'ils refusaient le sein et 11 %, parce que la mère avait de la difficulté à allaiter (p. ex. prise du sein ardue, gerçures, douleur, etc.) (tableau 2.6). Le tiers (35 %) ont cessé d'être allaités en raison du manque de lait de la mère. Parmi les autres raisons évoquées par les mères pour avoir cessé d'allaiter leur bébé, soulignons notamment le fait de commencer une nouvelle grossesse, un choix personnel ou encore le fait d'avoir des jumeaux.

Tableau 2.6

Principale raison pour laquelle les mères ont cessé d'allaiter leur bébé, enfants d'environ 5 mois qui ont été allaités, mais qui ne l'étaient plus au moment de l'enquête, Québec, 2021-2022

	%
Intolérance ou allergie du bébé aux protéines bovines ou au lactose	9,3
Le bébé refusait le sein	8,2
Le bébé mordait le sein	0,4**
Le bébé avait trop faim	2,1*
Prise de poids insuffisante du bébé	1,9*
État de santé du bébé (incluant la prématurité)	2,3*
Difficulté à allaiter (prise du sein, douleur, gerçures, etc.)	11,2
Manque de lait	35,1
État de santé de la mère (p. ex. prise de médicaments incompatibles avec l'allaitement)	4,5
Fatigue physique ou psychologique de la mère (trop lourd, trop exigeant)	8,0
La mère n'avait plus d'intérêt ou de motivation à allaiter	3,1*
La mère n'a pas aimé l'expérience	2,9*
Manque de temps de la mère	1,7*
Possibilité pour le père ou le conjoint de participer ou d'aider	0,7**
Retour au travail ou aux études	1,2**
Volonté d'avoir plus de liberté (pour voyager, consommer du tabac ou de l'alcool, etc.)	0,3**
Autre	7,2

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

2.3 Facteurs associés à l'allaitement

Que révèle le premier passage de l'ELDEQ 2 concernant les différents facteurs associés aux taux d'allaitement des bébés nés en 2020-2021? Mentionnons d'entrée de jeu que les résultats présentés concernent trois variables liées à l'allaitement, soit la proportion de bébés ayant reçu du lait maternel au moins une fois, la proportion de bébés allaités durant les 4 premiers mois de vie et la proportion de bébés allaités de façon exclusive durant les 4 premiers mois.

Les caractéristiques des mères

On constate d'abord que la proportion de bébés ayant reçu du lait maternel et la proportion de bébés allaités durant les 4 premiers mois sont plus élevées lorsque la mère :

- était âgée de 35 ans ou plus à la naissance de l'enfant (respectivement 95 % et 74 %);
- est née à l'extérieur du Canada (respectivement 97 % et 81 %);
- possède un diplôme de niveau universitaire (respectivement 96 % et 77 %) (tableau 2.7).

Du côté de la proportion de bébés allaités de façon exclusive durant les 4 premiers mois, les résultats montrent que cette proportion est plus élevée chez ceux dont la mère :

- était âgée de 30 à 34 ans à la naissance de l'enfant (34 %);
- possède un diplôme de niveau universitaire (36 %).

Par ailleurs, le fait que les mères ont d'autres enfants est associé à une plus forte proportion de bébés allaités durant les 4 premiers mois, que ce soit le taux d'allaitement (69 %) ou le taux d'allaitement exclusif (34 %). Il en va de même pour la perception qu'ont les mères de leur état de santé : la proportion de bébés allaités durant les 4 premiers mois et la proportion de bébés allaités de façon exclusive durant les 4 premiers mois sont plus élevées chez les bébés dont la mère se perçoit en excellente santé (respectivement 71 % et 36 %) que chez les autres bébés. Relevons également que les mères qui ont reçu un diagnostic de dépression durant la grossesse sont moins susceptibles que les autres d'avoir donné du lait maternel au moins une fois à leur bébé (72 % c. 91 %) et d'avoir allaité leur bébé durant les 4 premiers mois (46 %* c. 67 %).

Quant à l'intention des mères d'allaiter avant la naissance de l'enfant, les résultats vont dans le même sens pour les trois indicateurs présentés au tableau 2.7 : le taux d'allaitement est nettement plus élevé lorsque la mère avait l'intention d'allaiter avant la naissance de l'enfant que lorsque la mère n'avait pas l'intention de le faire.

En ce qui a trait à certaines habitudes de vie des mères, on remarque que celles qui fumaient la cigarette tous les jours au moment de l'enquête et celles qui ont consommé du cannabis entre la naissance de l'enfant et le moment de l'enquête sont moins susceptibles que les autres d'avoir donné du lait maternel au moins une fois à leur bébé, de l'avoir allaité durant les 4 premiers mois et de l'avoir allaité de façon exclusive durant les 4 premiers mois. Soulignons enfin que la proportion de bébés allaités durant les 4 premiers mois est aussi plus faible chez les bébés dont la mère consommait de l'alcool au moins une fois par semaine au moment de l'enquête que chez les autres bébés (61 % c. 69 %).

Tableau 2.7

Proportion de bébés ayant reçu du lait maternel au moins une fois, proportion de bébés allaités au cours des 4 premiers mois et proportion de bébés allaités de façon exclusive au cours des 4 premiers mois selon certaines caractéristiques des mères, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	Bébés ayant reçu du lait maternel	Bébés allaités au cours des 4 premiers mois	Bébés allaités exclusivement au cours des 4 premiers mois
	%		
Total	91,2	65,6	28,8
Âge de la mère à la naissance de l'enfant			
Moins de 25 ans	85,0 ^a	43,9 ^a	17,6 ^{a,b}
25 à 29 ans	89,2 ^a	62,7 ^a	27,1 ^a
30 à 34 ans	92,2 ^a	69,4 ^a	33,7 ^{a,b}
35 ans ou plus	95,0 ^a	73,9 ^a	28,3 ^b
Lieu de naissance de la mère			
Canada	89,0 ^a	60,4 ^a	29,0
Extérieur du Canada	97,4 ^a	80,9 ^a	28,2
Plus haut diplôme obtenu par la mère			
Aucun diplôme	79,5 ^a	39,2 ^a	14,8* ^{a,b}
Diplôme de niveau secondaire	85,0 ^a	53,4 ^a	21,4 ^a
Diplôme de niveau collégial	90,7 ^a	60,2 ^a	25,0 ^b
Diplôme de niveau universitaire	95,8 ^a	77,4 ^a	35,6 ^{a,b}
Premier enfant de la mère			
Oui	92,1	61,0 ^a	22,1 ^a
Non	90,5	69,3 ^a	34,0 ^a
Perception de l'état de santé générale de la mère			
Excellente	92,0	71,1 ^{a,b}	36,4 ^{a,b}
Très bonne	90,7	63,1 ^a	26,5 ^{a,b}
Bonne	90,7	63,1 ^b	22,5 ^a
Passable ou mauvaise	87,3	53,3 ^{a,b}	15,9* ^b
Perception de l'état de santé mentale de la mère			
Excellente	93,0	71,7 ^a	29,8 ^a
Très bonne	91,3	67,3 ^a	31,4 ^b
Bonne, passable ou mauvaise	90,0	62,0 ^a	25,3 ^{a,b}
Diagnostic de dépression chez la mère durant la grossesse			
Oui	72,3 ^a	45,9* ^a	17,2**
Non	91,3 ^a	66,6 ^a	28,9
La mère avait l'intention d'allaiter			
Oui	98,4 ^a	73,2 ^a	32,4 ^a
Non	36,1 ^a	11,3 ^a	3,2* ^a

Suite à la page 66

Tableau 2.7 (suite)

Proportion de bébés ayant reçu du lait maternel au moins une fois, proportion de bébés allaités au cours des 4 premiers mois et proportion de bébés allaités de façon exclusive au cours des 4 premiers mois selon certaines caractéristiques des mères, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	Bébés ayant reçu du lait maternel	Bébés allaités au cours des 4 premiers mois	Bébés allaités exclusivement au cours des 4 premiers mois
	%		
Fréquence à laquelle la mère fumait la cigarette au moment de l'enquête			
Tous les jours	75,6 ^{a,b}	33,8 ^a	11,1 ^{* a}
À l'occasion	87,7 ^a	56,9 ^a	19,2 ^{* a}
Jamais	92,2 ^b	68,7 ^a	30,3 ^a
La mère consommait de l'alcool au moins une fois par semaine au moment de l'enquête			
Oui	89,4 ^a	60,7 ^a	29,2
Non	91,9 ^a	68,5 ^a	28,8
La mère a consommé du cannabis depuis la naissance de l'enfant			
Oui	83,6 ^a	37,3 ^a	12,1 ^{* a}
Non	91,6 ^a	68,3 ^a	30,0 ^a

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

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

a-b Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.



Cavan Images / Adobe Stock

Les caractéristiques des bébés

Qu'en est-il maintenant des caractéristiques des bébés associées aux différents taux d'allaitement ? Si l'enquête permet de détecter peu de caractéristiques présentant des différences significatives du côté de la proportion de bébés ayant reçu du lait maternel au moins une fois, il en va autrement pour ce qui est de la proportion de bébés allaités durant les 4 premiers mois, que ce soit pour l'allaitement ou pour l'allaitement exclusif (tableau 2.8). En effet, ces deux proportions sont plus faibles chez les bébés :

- de faible poids à la naissance (respectivement 57 % et 9 %*);
- qui sont nés prématurément (respectivement 56 % et 10 %*).

Notons enfin que les bébés dont la santé est perçue comme bonne, passable ou mauvaise par leurs parents (19 %) sont moins nombreux en proportion à avoir été allaités de façon exclusive durant les 4 premiers mois que chez ceux qui sont perçus en très bonne santé (25 %) ou en excellente santé (31 %).

Tableau 2.8

Proportion de bébés ayant reçu du lait maternel au moins une fois, proportion de bébés allaités au cours des 4 premiers mois et proportion de bébés allaités de façon exclusive au cours des 4 premiers mois selon certaines caractéristiques des bébés, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	Bébés ayant reçu du lait maternel	Bébés allaités au cours des 4 premiers mois	Bébés allaités exclusivement au cours des 4 premiers mois
	%		
Total	91,2	65,6	28,8
Bébé de faible poids à la naissance			
Oui	92,9	57,4 ^a	9,2* ^a
Non	91,1	66,1 ^a	29,9 ^a
Bébé est né prématurément			
Oui	94,2	56,2 ^a	10,0* ^a
Non	91,0	66,2 ^a	29,8 ^a
A reçu des préparations commerciales pour nourrissons à l'hôpital ou à la maison de naissance¹			
Oui	80,2 ^a	42,7 ^a	...
Non	99,8 ^a	83,4 ^a	...
Perception du parent de la santé de bébé²			
Excellente	91,1	66,8 ^a	30,7 ^a
Très bonne	91,1	62,1 ^a	25,5 ^a
Bonne, passable ou mauvaise	92,5	64,8	18,8 ^a

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

^a Pour une caractéristique donnée, exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,05.

1. Bébés nés à l'hôpital ou en maison de naissance. Les bébés nés à domicile ou dans un autre lieu sont exclus.

2. Selon la perception du répondant principal ou de la répondante principale à l'enquête. Dans la majorité (96,8 %) des cas, il s'agit de la mère biologique.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.
Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.

Les caractéristiques des familles

L'enquête montre que le type de famille, le nombre d'enfants dans le ménage et le niveau de revenu sont trois caractéristiques associées aux différents taux d'allaitement présentés au tableau 2.9. En effet, la proportion de bébés ayant reçu du lait maternel au moins une fois est notamment plus élevée chez les bébés de familles intactes (92 %) que chez ceux de familles recomposées (88 %) ou monoparentales (87 %).

Des liens similaires sont relevés du côté de la proportion de bébés allaités durant les 4 premiers mois (famille intacte : 68 % c. 55 % [famille recomposée] et 48 % [famille monoparentale]). Cette proportion est aussi plus élevée chez les bébés vivant dans un ménage :

- comptant au moins trois enfants (71 %);
- à revenu moyen-élevé ou élevé (70 %).

Quant à la proportion de bébés allaités de façon exclusive durant les 4 premiers mois, on constate qu'elle est plus élevée chez les bébés :

- de familles intactes (30 %) ou recomposées (27 %);
- vivant avec un autre ou au moins deux autres enfants (respectivement 33 %);
- vivant dans un ménage à revenu moyen-élevé ou élevé (32 %).

Tableau 2.9

Proportion de bébés allaités à la naissance, proportion de bébés allaités au cours des 4 premiers mois et proportion de bébés allaités de façon exclusive au cours des 4 premiers mois selon certaines caractéristiques des familles¹, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	Bébés ayant reçu du lait maternel	Bébés allaités au cours des 4 premiers mois	Bébés allaités exclusivement au cours des 4 premiers mois
	%		
Total	91,2	65,6	28,8
Type de famille			
Intacte	91,8 ^{a,b}	67,9 ^{a,b}	29,8 ^a
Recomposée	87,8 ^a	55,0 ^a	26,8 ^b
Monoparentale	87,4 ^b	47,8 ^b	14,4 ^{a,b}
Nombre d'enfants de 0 à 17 ans			
Un enfant	92,4 ^a	62,3 ^a	22,7 ^{a,b}
Deux enfants	89,7 ^a	66,0 ^a	32,9 ^a
Trois enfants ou plus	91,2	71,1 ^a	33,2 ^b
Niveau de revenu du ménage			
Faible revenu	90,5	65,4 ^a	25,2 ^a
Revenu moyen-faible	90,0 ^a	62,0 ^b	27,9 ^b
Revenu moyen-élevé ou élevé	92,9 ^a	69,6 ^{a,b}	31,6 ^{a,b}

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

a-b Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,05.

1. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques du ménage rencontré.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

2.4 Soutien à l'allaitement

Le soutien à l'allaitement peut prendre plusieurs formes et provenir de différentes sources. Il peut notamment être offert par des professionnels de la santé (p. ex. médecin, infirmière, consultante en lactation) ou des marraines d'allaitement, soit des mères œuvrant au sein d'organismes communautaires, qui ont allaité et qui ont suivi une formation sur l'allaitement. Les résultats de l'enquête montrent que parmi les bébés qui ont été allaités, environ 6 sur 10 ont une mère qui a consulté des infirmières au lieu de naissance (59 %) ou des infirmières du CLSC après leur naissance (p. ex. lors de la visite postnatale, d'une halte-allaitement ou d'un rendez-vous de vaccination) (56 %) pour obtenir de l'information, des conseils ou de l'aide en lien avec l'allaitement (tableau 2.10). Environ 29 % ont une mère ayant consulté la personne (médecin ou sage-femme) qui a suivi leur grossesse et environ le quart, une mère ayant consulté le ou la médecin de famille ou pédiatre de leur enfant (25 %), une consultante en lactation (22 %) ou une marraine d'allaitement (21 %).

Tableau 2.10

Type de professionnels de la santé ou de spécialistes de l'allaitement que les mères ont consulté pour obtenir de l'information, des conseils ou de l'aide en lien avec l'allaitement, enfants d'environ 5 mois qui ont reçu du lait maternel, Québec, 2021-2022

	%
Médecin ou sage-femme (ou infirmière praticienne spécialisée) qui a suivi la grossesse	29,3
Infirmières du lieu de naissance	59,1
Infirmières du CLSC (après la naissance – lors de la visite postnatale, d'une halte-allaitement, d'un rendez-vous de vaccination, etc.)	56,3
Médecin de famille ou pédiatre de l'enfant	24,7
Consultante en lactation (IBCLC : International Board Certified Lactation Consultants)	22,1
Marraine d'allaitement, monitrice de la Ligue La Leche ou autre personne d'un groupe d'entraide (organisme de soutien, organisme communautaire)	21,2

Note : Le total n'égale pas 100 % puisque les mères ont pu consulter plus d'un type de personnes.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Au total, environ 82 % des bébés ayant reçu du lait maternel ont une mère qui a consulté au moins un type de professionnels de la santé ou une marraine d'allaitement pour obtenir de l'information, des conseils ou de l'aide en lien avec l'allaitement (tableau 2.11). Cette proportion est notamment plus élevée chez les bébés dont la mère :

- possède un diplôme de niveau universitaire (86 %) ;
- n'a pas d'autres enfants (93 %) ;
- avait l'intention d'allaiter avant la naissance de l'enfant (82 %).

Cette proportion est aussi plus élevée chez les bébés nés prématurément que chez les autres (90 % c. 81 %) et chez les bébés de familles intactes (82 %) que chez ceux de familles recomposées (76 %). Elle augmente par ailleurs avec le niveau de revenu du ménage, passant de 76 % chez les bébés vivant dans un ménage à faible revenu à 86 % chez les bébés vivant dans un ménage à revenu moyen-élevé ou élevé.

Soulignons enfin que parmi les bébés dont la mère a consulté au moins un type de professionnels de la santé ou de spécialistes de l'allaitement, 79,7 % ont une mère ayant mentionné avoir reçu les services dont elle avait besoin, 13,9 %, une mère ayant indiqué les avoir reçus en partie et 6,4 %, une mère ayant mentionné ne pas avoir reçu les services dont elle avait besoin (données non présentées).

Tableau 2.11

Proportion de bébés dont la mère a consulté au moins un professionnel de la santé ou une marraine d'allaitement pour obtenir de l'information, des conseils ou de l'aide en lien avec l'allaitement selon certaines caractéristiques des mères, des bébés et des familles¹, enfant d'environ 5 mois qui ont reçu du lait maternel, Québec, 2021-2022

	%
Total	81,7
Âge de la mère à la naissance de l'enfant	
Moins de 25 ans	80,0
25 à 29 ans	82,5
30 à 34 ans	81,7
35 ans ou plus	81,3
Lieu de naissance de la mère	
Canada	81,6
Extérieur du Canada	82,1
Plus haut diplôme obtenu par la mère	
Aucun diplôme	73,5 ^a
Diplôme de niveau secondaire	77,0 ^b
Diplôme de niveau collégial	79,2 ^c
Diplôme de niveau universitaire	85,6 ^{a,b,c}
Premier enfant de la mère	
Oui	93,0 ^a
Non	72,6 ^a
La mère avait l'intention d'allaiter	
Oui	82,4 ^a
Non	65,2 ^a
Bébé de faible poids à la naissance	
Oui	84,8
Non	81,4
Bébé né prématurément	
Oui	90,2 ^a
Non	81,2 ^a
Type de famille	
Intacte	82,5 ^a
Recomposée	76,4 ^a
Monoparentale	78,3
Niveau de revenu du ménage	
Faible revenu	76,1 ^a
Revenu moyen-faible	80,6 ^a
Revenu moyen-élevé ou élevé	85,6 ^a

a-c Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques du ménage rencontré.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

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

En ce qui concerne les sources de soutien informel qu'ont pu consulter les mères pour obtenir de l'information, des conseils ou de l'aide en lien avec l'allaitement, l'enquête montre que parmi les bébés qui ont été allaités, environ 6 sur 10 (61 %) ont une mère qui a consulté des personnes de son entourage (partenaire, mère, membres de la famille, amis, etc.) et plus ou moins la moitié ont une mère qui a consulté des livres (43 %), des réseaux sociaux, des forums de discussion (46 %) ou des sites Web (55 %) (tableau 2.12).

Tableau 2.12

Autres sources de soutien que les mères ont consulté pour obtenir de l'information, des conseils ou de l'aide en lien avec l'allaitement, enfant d'environ 5 mois qui ont reçu du lait maternel, Québec, 2021-2022

	%
Personnes de l'entourage (partenaire, mère, membres de la famille, amies, etc.)	60,7
Livres	43,2
Réseaux sociaux ou forums de discussion	46,2
Sites Web	55,3

Note : Le total n'égale pas 100 % puisque les mères ont pu consulter plus d'une source.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

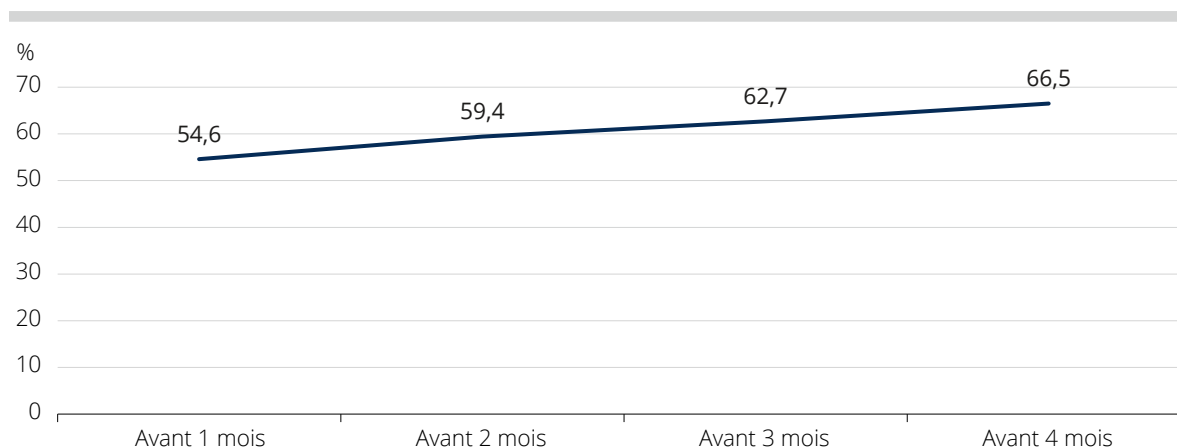
2.5 Introduction des préparations commerciales pour nourrissons

Rappelons d'abord que 44 % des bébés nés à l'hôpital ou en maison de naissance ont reçu des préparations commerciales pour nourrissons au lieu de naissance (voir le tableau 2.4). Lorsqu'on s'intéresse à l'ensemble des bébés, peu importe le lieu de l'accouchement, les résultats indiquent que la proportion de ceux qui ont reçu des préparations commerciales pour nourrissons tend à augmenter au fur et à mesure que l'enfant vieillit (figure 2.9). Environ 55 % des bébés en ont reçu avant l'âge d'un mois et 66 % en ont reçu avant l'âge de 4 mois.

Relevons par ailleurs qu'environ 70,3 % des bébés qui avaient au moins 5 mois au moment de l'enquête avaient reçu une préparation commerciale avant l'âge de 5 mois (donnée non présentée).

Figure 2.9

Proportion de bébés ayant reçu une préparation commerciale à différents âges, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

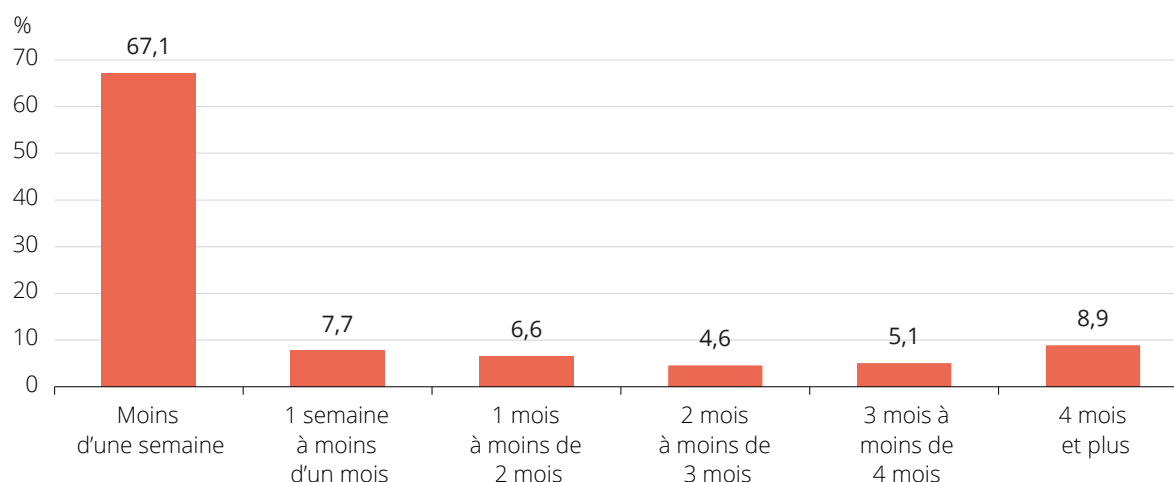


Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Au total, près des trois quarts des bébés (73,0 %) ont reçu des préparations commerciales pour nourrissons entre leur naissance et le moment de l'enquête (donnée non présentée). Parmi ces bébés, plus de 6 sur 10 (67 %) en ont reçu pour la première fois durant leur première semaine de vie et 8 % entre l'âge d'une semaine et moins d'un mois (figure 2.10). Environ 9 % des bébés ayant reçu des préparations commerciales pour nourrissons en ont reçu pour la première fois à partir de l'âge de 4 mois.

Figure 2.10

Âge auquel les bébés ont reçu une préparation commerciale pour nourrisson pour la première fois, enfants d'environ 5 mois ayant reçu une préparation commerciale, Québec, 2021-2022



Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.



showcake / Adobe Stock

2.6 Introduction des aliments complémentaires

Il est généralement recommandé d'introduire les aliments complémentaires autour de l'âge de 6 mois, âge à partir duquel les bébés ont besoin davantage d'énergie et de nutriments pour se développer et où ils sont physiquement prêts à recevoir autre chose que du lait maternel ou des préparations commerciales pour nourrissons (Doré et Le Hénaff 2024). Soulignons également qu'avant l'âge de 4 mois, le système digestif des bébés n'est pas suffisamment développé pour recevoir des alimentaires complémentaires liquides ou solides (Doré et Le Hénaff 2024). À ce propos, que nous apprennent les résultats de l'enquête ?

En ce qui concerne d'abord l'introduction d'autres types de liquide, on note qu'environ la moitié (52 %) des bébés ont reçu de l'eau, de l'eau sucrée ou de la tisane entre la naissance et le moment de l'enquête. Une faible proportion de bébés avaient reçu du jus de fruits (4,4 %), du lait de vache (1,2 %) ou d'autres types de lait ou boissons végétales (1,3 %) au moment de l'enquête (tableau 2.13). Sans surprise, ces proportions sont plus élevées chez les bébés qui avaient au moins 6 mois au moment de l'enquête que chez ceux qui étaient âgés de 4 ou 5 mois.

Tableau 2.13

Proportion de bébés ayant reçu certains types de liquide au moment de l'enquête selon l'âge des bébés au moment de l'enquête, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	Total	Bébés âgés de 4 ou 5 mois	Bébés âgés de 6 mois ou plus
		%	
Lait de vache	1,2	0,4 ** a	2,8 * a
Autres types de lait ou boissons végétales	1,3	0,9 * a	2,2 * a
Eau, eau sucrée ou tisane	51,7	44,2 a	68,4 a
Jus de fruits	4,4	3,3 a	6,6 a

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

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

a Pour un type de liquide donné, exprime une différence significative entre les bébés âgés de 4 ou 5 mois au moment de l'enquête et ceux âgés de 6 mois ou plus au seuil de 0,05.

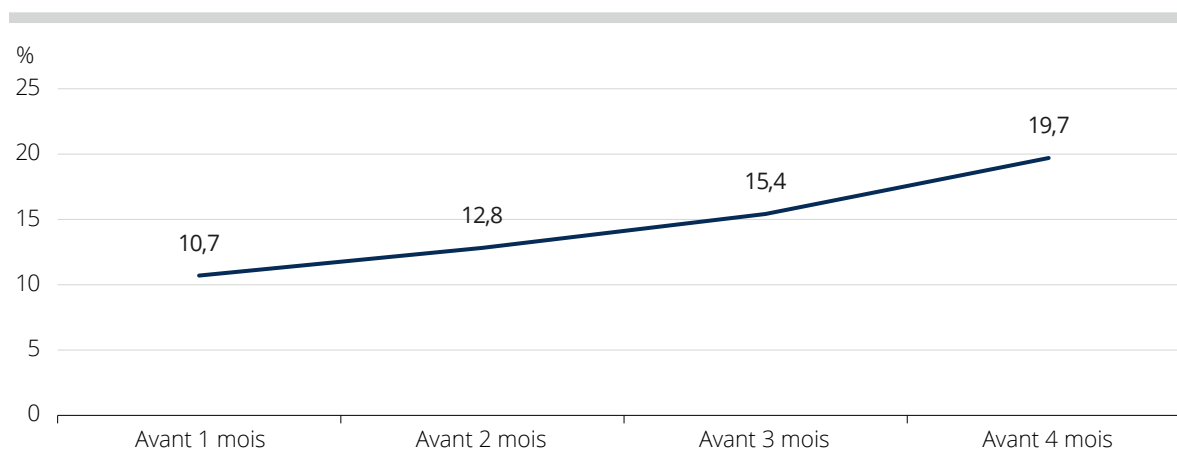
Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Lorsqu'on considère l'âge d'introduction de ces différents liquides, on remarque qu'une très faible proportion de bébés ont reçu du lait de vache (0,2 %**), d'autres types de lait ou de boissons végétales (0,4 %**) ou de jus de fruits (0,6 %*) avant l'âge de 4 mois (données non présentées).

Quant à l'eau, l'eau sucrée ou la tisane, on note qu'environ 11 % des bébés en ont reçu au moins une fois avant l'âge d'un mois et 20 % en ont reçu avant l'âge de 4 mois (figure 2.11).

Figure 2.11

Proportion de bébés ayant reçu de l'eau, de l'eau sucrée ou de la tisane à différents âges, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

En ce qui a trait à l'introduction des aliments solides, les résultats de l'enquête montrent que les trois-quarts (75 %) des bébés avaient reçu des céréales au moment de l'enquête et un peu plus de la moitié avaient consommé des légumes (56 %) et des fruits (56 %) au moins une fois (tableau 2.14). La viande, la volaille, le poisson ou les fruits de mer ont été introduits chez environ 3 bébés sur 10 (31 %). Notons enfin qu'au moment de l'enquête, 17 % des bébés avaient déjà consommé des œufs, 11 %, d'autres produits laitiers tels que du fromage et du yogourt, 15 %, du beurre d'arachide et 3,8 %, du beurre d'amande ou d'autres noix. Encore une fois, ces proportions sont plus élevées chez les bébés qui avaient au moins 6 mois au moment de l'enquête que chez ceux qui étaient âgés de 4 ou 5 mois.

Tableau 2.14

Proportion de bébés ayant reçu certains types d'aliments solides au moins une fois au moment de l'enquête selon leur âge, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	Total	Bébés de 4 ou 5 mois	Bébés de 6 mois ou plus
		%	
Céréales	74,7	66,2 ^a	92,9 ^a
Légumes	55,9	43,1 ^a	83,1 ^a
Fruits	56,1	43,8 ^a	82,5 ^a
Autres produits laitiers (p. ex. fromage, yogourt)	11,1	5,3 ^a	23,5 ^a
Viande, volaille, poisson ou fruits de mer	31,2	19,7 ^a	55,9 ^a
Œufs	17,0	8,2 ^a	35,9 ^a
Beurre d'arachide	14,9	8,0 ^a	29,7 ^a
Beurre d'amande ou d'autres noix	3,8	2,1 ^a	7,4 ^a

^a Pour un type d'aliment donné, exprime une différence significative entre les bébés de 4 ou 5 mois au moment de l'enquête et ceux de 6 mois ou plus au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Que disent maintenant les résultats de l'ELDEQ 2 concernant la proportion de bébés ayant reçu ces différents types d'aliments complémentaires solides avant l'âge de 4 mois ? Environ 6 % des bébés ont commencé à consommer des céréales avant l'âge de 4 mois (tableau 2.15). L'introduction hâtive des autres types d'aliments solides touche de très faibles proportions de bébés (proportions variant d'environ 0,1 %** à 1,1 %).

Tableau 2.15

Proportion de bébés ayant reçu différents types d'aliments solides avant l'âge de 4 mois, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%
Céréales	6,0
Légumes	1,1
Fruits	1,1
Autres produits laitiers (p. ex. fromage, yogourt)	0,1 **
Viande, volaille, poisson ou fruits de mer	0,2 **
Œufs	0,1 **
Beurre d'arachide	0,2 **

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.



Syda Productions / Adobe Stock

Encadré 2.4

L'introduction des aliments solides complémentaires : un regard dans le temps

Les résultats des analyses comparatives entre les deux éditions de l'ELDEQ montrent que la proportion de bébés ayant reçu différents types d'aliments complémentaires avant l'âge de 4 mois a chuté entre les deux éditions de l'ELDEQ. En effet, 58 % des bébés nés en 1997-1998 avaient reçu des céréales avant l'âge de 4 mois, une proportion qui a diminué à 6 % chez les bébés nés en 2020-2021 (tableau 2.16). De la même manière, on observe une diminution de la proportion de bébés qui, avant l'âge de 4 mois, avaient commencé à consommer des légumes (26 % en 1998 c. 1,1 % en 2021-2022), des fruits (19 % en 1998 c. 1,1 % en 2021-2022) ou du jus de fruits (11 % en 1998 c. 0,6 %* en 2021-2022).

Tableau 2.16

Proportion de bébés ayant reçu différents types d'aliments complémentaires avant l'âge de 4 mois, enfants d'environ 5 mois habitant avec leur mère biologique, Québec, 1998, 2021-2022

	1998	2021-2022
	%	
Céréales	58,0 ^a	6,0 ^a
Légumes	26,5 ^a	1,1 ^a
Fruits	18,8 ^a	1,1 ^a
Jus de fruits	10,6 ^a	0,6* ^a

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

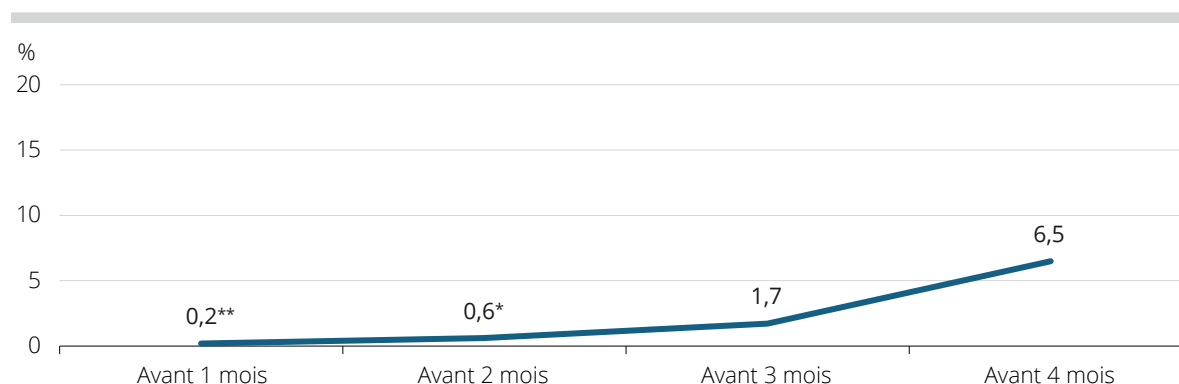
^a Pour un type d'aliment donné, exprime une différence significative entre les deux éditions de l'ELDEQ au seuil de 0,05.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 1^{re} édition, 1998 ; 2^e édition, 2021-2022.

Lorsqu'on considère l'introduction de l'ensemble des aliments solides mesurés dans l'enquête, on constate que 6 % des bébés en ont reçu au moins un avant l'âge de 4 mois (figure 2.12). Soulignons par ailleurs que parmi les bébés qui avaient au moins 5 mois au moment de l'enquête, environ 39,6 % avaient reçu au moins un aliment solide avant l'âge de 5 mois (donnée non présentée).

Figure 2.12

Proportion de bébés ayant reçu au moins un type d'aliment solide à différents âges, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Certaines caractéristiques des parents et des familles sont associées à l'introduction hâtive des aliments solides, soit avant l'âge de 4 mois. On constate d'abord que les jeunes mères sont plus susceptibles que leurs aînées d'introduire des aliments solides dans l'alimentation de leur enfant avant l'âge de 4 mois. En effet, plus l'âge de la mère à la naissance de l'enfant est élevé, plus la proportion de bébés ayant reçu au moins un aliment solide avant l'âge de 4 mois diminue : elle passe de 13 % chez les bébés nés d'une mère âgée de moins de 25 ans à 3,0 %* chez les bébés nés d'une mère âgée de 35 ans ou plus (tableau 2.17).

La proportion de bébés ayant reçu au moins un aliment solide avant l'âge de 4 mois tend également à diminuer avec le niveau de scolarité des parents (ou du parent seul). Cette proportion est notamment plus faible chez les bébés ayant au moins un parent diplômé universitaire (3,4 %) que chez les autres (proportions variant d'environ 9 % à 15 %*).

Enfin, relevons que la proportion de bébés ayant reçu au moins un aliment solide avant l'âge de 4 mois est plus élevée chez les bébés :

- dont les deux parents (ou le parent seul) sont nés au Canada (8 %) ;
- vivant dans une famille recomposée (12 %) ou monoparentale (14 %*) ;
- vivant dans un ménage à faible revenu (9 %).

Tableau 2.17

Proportion de bébés ayant reçu au moins un type d'aliment solide avant l'âge de 4 mois selon certaines caractéristiques des parents et des familles¹, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%
Total	6,5
Âge de la mère à la naissance de l'enfant	
Moins de 25 ans	13,0 ^a
25 à 29 ans	9,1 ^a
30 à 34 ans	4,6 ^a
35 ans ou plus	3,0 ^{* a}
Lieu de naissance des parents (ou du parent seul)	
Les deux parents (ou le parent seul) sont nés au Canada	8,0 ^a
Au moins un des parents (ou le parent seul) est né à l'extérieur du Canada	3,2 ^{* a}
Plus haut diplôme obtenu par l'un ou l'autre des parents	
Aucun diplôme	14,6 ^{* a,b}
Diplôme de niveau secondaire	11,1 ^c
Diplôme de niveau collégial	8,6 ^{a,d}
Diplôme de niveau universitaire	3,4 ^{b,c,d}
Premier enfant de la mère	
Oui	7,4 ^a
Non	5,8 ^a
Type de famille	
Intacte	5,5 ^{a,b}
Recomposée	11,6 ^a
Monoparentale	13,5 ^{* b}
Niveau de revenu du ménage	
Faible revenu	9,5 ^a
Revenu moyen-faible	6,6 ^a
Revenu moyen-élevé ou élevé	4,7 ^a

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

a-d Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques du ménage rencontré.

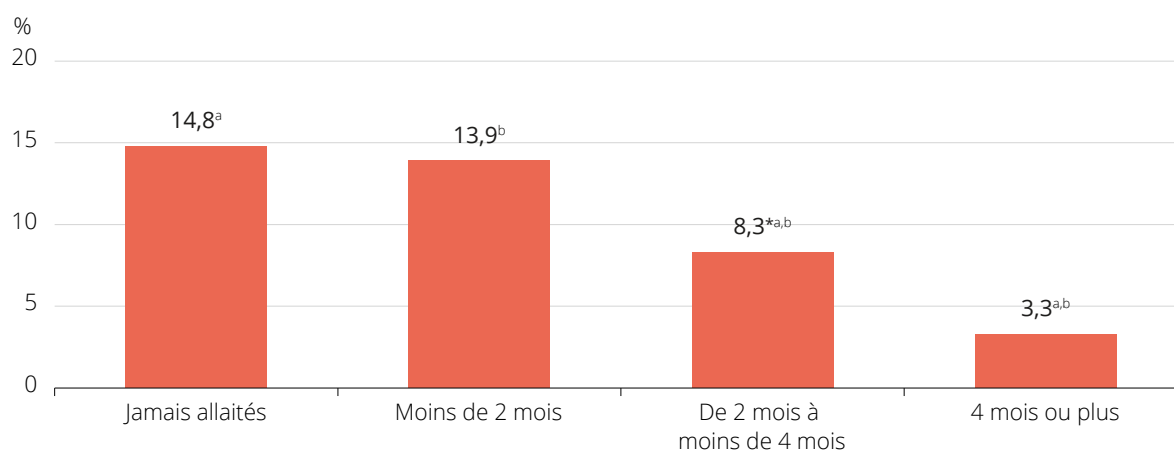
Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Par ailleurs, l'introduction hâtive des aliments solides est une pratique qui varie selon la durée de l'allaitement. En effet, la proportion de bébés qui ont reçu au moins un type d'aliment solide complémentaire avant l'âge de 4 mois est plus élevée chez les bébés qui n'ont jamais été allaités (15 %) ou chez ceux qui ont été allaités moins de 2 mois (14 %) que chez ceux qui ont été allaités de 2 mois à moins de 4 mois (8 %*) et ceux qui étaient allaités à 4 mois (3,3 %) (figure 2.13).

Soulignons enfin que les bébés qui ont reçu une préparation commerciale pour nourrissons avant l'âge de 4 mois sont aussi plus susceptibles que les autres d'avoir reçu des aliments solides complémentaires avant l'âge de 4 mois (8,4 % c. 2,6 %*) (données non présentées).

Figure 2.13

Proportion de bébés ayant reçu au moins un type d'aliment solide complémentaire avant l'âge de 4 mois selon la durée de l'allaitement, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



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

a-b Le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

2.7 Supplément de vitamine D

Il est recommandé que les bébés allaités prennent quotidiennement un supplément de 10 µg (400 UI) de vitamine D dès la naissance⁹. À ce propos, les données de l'enquête montrent que la vaste majorité (95 %) des bébés ont reçu des suppléments de vitamines D à un moment ou un autre après leur naissance, une proportion plus élevée chez les bébés qui ont reçu du lait maternel que chez ceux n'ayant pas été allaités (96 % c. 84 %) (figure 2.14).

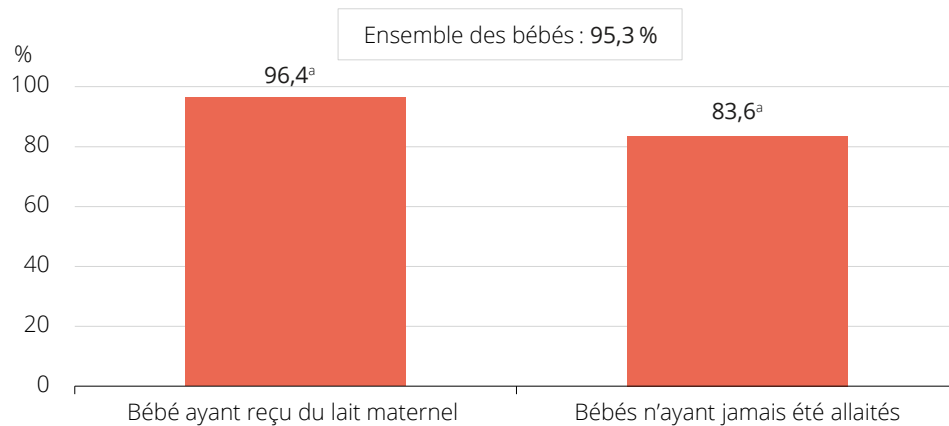
Parmi les bébés qui ont reçu un supplément de vitamine D, environ 3 sur 10 (29,7 %) ont commencé à en recevoir dès leur premier jour de vie, 19,4 % en ont reçu à partir du deuxième jour, 22,4 %, à compter du 3^e jour et 12,5 % entre le 4^e et le 6^e jour (données non présentées). Environ 15,9 % en ont reçu à partir de l'âge d'une semaine ou plus (donnée non présentée).

9. Voir notamment l'[Énoncé conjoint de Santé Canada, de la Société canadienne de pédiatrie, des Diététistes du Canada et du Comité canadien pour l'allaitement](#).

À titre indicatif, dans l'ELDEQ 1, environ 4 bébés nés en 1997-1998 sur 10 (39 %) avaient pris des suppléments de vitamines ou de minéraux entre leur naissance et le moment de l'enquête. Dans la presque totalité des cas (98 %), il s'agissait d'un supplément contenant de la vitamine D (Dubois et autres 2000).

Figure 2.14

Proportion de bébés ayant reçu un supplément de vitamine D au moins une fois selon qu'ils ont reçu ou non du lait maternel, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



a Exprime une différence significative entre les bébés qui ont été allaités et ceux qui ne l'ont pas été au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Relevons enfin que la proportion de bébés qui n'ont pas reçu de suppléments de vitamine D est plus élevée chez les bébés :

- nés d'une mère âgée de moins de 25 ans (10 %*) ;
- dont les deux parents (ou le parent seul) n'ont aucun diplôme (12 %*) ou ont tout au plus un diplôme de niveau secondaire (8 %) ;
- dont la mère a d'autres enfants (6 %) ;
- de familles monoparentales (9 %*) ou recomposées (8 %*) ;
- vivant dans un ménage à faible revenu (7 %) (tableau 2.18).

Tableau 2.18

Proportion de bébés n'ayant pas reçu des suppléments de vitamine D selon certaines caractéristiques de la mère et des familles¹, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%
Total	4,7
Âge de la mère à la naissance de l'enfant	
Moins de 25 ans	9,7* a,b,c
25 à 29 ans	4,9 a
30 à 34 ans	3,8 b
35 ans ou plus	3,5* c
Lieu de naissance des parents (ou du parent seul)	
Les deux parents (ou le parent seul) sont nés au Canada	4,9
Au moins un des deux parents (ou le parent seul) est né à l'extérieur du Canada	4,0
Plus haut diplôme obtenu par l'un ou l'autre des parents	
Aucun diplôme	12,3* a
Diplôme de niveau secondaire	8,4 b
Diplôme de niveau collégial	5,3* a,b
Diplôme de niveau universitaire	2,5 a,b
Premier enfant de la mère	
Oui	2,8 a
Non	6,2 a
Type de famille	
Intacte	4,1 a,b
Recomposée	7,8* a
Monoparentale	8,8* b
Niveau de revenu du ménage	
Faible revenu	7,4 a
Revenu moyen-faible	5,1 a
Revenu moyen-élevé ou élevé	2,8 a

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

a-c Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Dans le cas des enfants dont les parents n'habitent pas ensemble, il s'agit des caractéristiques du ménage rencontré.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.



3

Le sommeil du bébé

- 3.1 Les conditions de mise au lit du bébé
- 3.2 Les caractéristiques du sommeil du bébé
- 3.3 La consolidation du sommeil du bébé



Le sommeil joue un rôle important dans le développement des tout-petits. Il est positivement lié au développement du langage (Hupbach et autres 2009 ; Horváth et autres 2015), au développement cognitif (Scher 2005 ; Gibson et autres 2012) et à la mémoire (Lukowski et Milojevich 2013). Sa consolidation permet aux enfants de profiter de ses nombreux bienfaits sur le développement et le fonctionnement (Gregory et Sadeh 2016). Le sommeil des tout-petits constitue également une préoccupation importante pour bon nombre de parents, peut engendrer du stress chez eux et affecter leur bien-être (Sadeh et autres 2010 ; Mindell et autres 2009). Les problèmes de sommeil des enfants sont d'ailleurs l'une des difficultés les plus souvent abordées par les parents avec les pédiatres (Owens 2001). Durant la petite enfance, ce sont les difficultés à s'endormir et les éveils nocturnes fréquents des enfants que leurs parents trouvent les plus souvent problématiques (Sadeh et autres 2009 ; Williamson et autres 2019).

Il peut être difficile pour les parents de s'y retrouver lorsqu'il s'agit du sommeil de leur bébé, notamment en raison de l'évolution rapide et importante de plusieurs dimensions durant les deux premières années de vie. Chez le nouveau-né, le rythme circadien n'est pas encore établi, de sorte que son sommeil est réparti tout au long de la journée et de la nuit (Mirmiran et autres 2003) et chaque période de sommeil est courte en raison de la fréquence des repas (Davis et autres 2004). Vers l'âge de 10 à 12 semaines, le rythme circadien commence à s'établir (Mirmiran et autres 2003 ; Paavonen et autres 2020). La consolidation du sommeil émerge alors et le bébé en vient graduellement à dormir davantage la nuit et moins le jour (Mirmiran et autres 2003 ; Paavonen et autres 2020). Ces changements ne se produisent toutefois pas au même rythme chez tous les bébés, de sorte que les caractéristiques du sommeil des bébés sont très variables d'un individu à l'autre durant les premières années de vie (Paavonen et autres 2020 ; Sadeh et autres 2009).

De plus, si tous les bébés vivent des changements physiologiques qui modifient leur sommeil durant les cinq premières années de la vie, les patrons de sommeil sont influencés par une multitude de facteurs sur le plan de l'environnement, de la culture et des comportements propres aux enfants et à leur famille (Mindell et autres 1999 ; Blunden et Galland 2014 ; Galland et autres 2012 ; voir aussi la synthèse de Barry 2020). Il est important de se pencher sur ces facteurs tôt dans la vie, car c'est à ce moment que les habitudes de sommeil sont établies. Selon les recherches, les problèmes de sommeil sont plus susceptibles de perdurer et d'empirer s'ils ne sont pas traités durant la petite enfance (Touchette et autres 2005).

La Société canadienne de pédiatrie (2018) et l'American Academy of Sleep Medicine (Paruthi et autres 2016) recommandent de 12 à 16 heures de sommeil par période de 24 heures chez les enfants de 4 à 12 mois. Dormir un nombre suffisant d'heures serait associé à plusieurs bienfaits sur le plan du comportement, de l'attention, de la mémoire, de la régulation émotionnelle et de la santé physique et mentale (Dahl 1996 ; Sadeh 2007 ; Touchette et autres 2009). Le sommeil constitue donc un élément essentiel des interactions de l'enfant avec son environnement, favorisant par exemple sa concentration, sa créativité ainsi que sa capacité à créer et à maintenir des relations avec les autres (Naître et grandir 2022).

Des facteurs génétiques et environnementaux ont une incidence sur la durée du sommeil et leur influence relative dépend de l'aspect du sommeil qui est pris en compte (Touchette et autres 2013). Parmi les nombreux facteurs associés à une plus faible durée du sommeil total, on retrouve des caractéristiques de l'enfant (sexe masculin, faible poids de naissance ; McDonald et autres 2014 ; Nevarez et autres 2010), des parents (préférences circadiennes vespérales chez la mère, faible niveau d'éducation de la mère, dépression maternelle prénatale, origine ethnique des parents ; Morales-Muñoz et autres 2019 ; McDonald et

autres 2014 ; Nevarez et autres 2010), du ménage (présence d'enfants plus vieux dans la famille ; McDonald et autres 2014) ainsi que d'autres aspects de la vie de l'enfant tels que l'introduction des solides avant 4 mois et la fréquentation d'un service de garde (Nevarez et autres 2010).

En ce qui a trait à la consolidation du sommeil, c'est-à-dire le fait de dormir au moins cinq ou six heures d'affilée la nuit, notons tout d'abord qu'en bas âge, il existe des fluctuations d'un jour à l'autre chez un même enfant (Pennestri et autres 2020). On observe également de grandes variations parmi les enfants en ce qui a trait à l'âge auquel la consolidation du sommeil est atteinte (Sadeh et autres 2009). Ces variations reflètent des différences interindividuelles dans le rythme de maturation physiologique des enfants, mais aussi plusieurs autres facteurs qui relèvent notamment des caractéristiques de l'enfant, de son environnement de sommeil, de son alimentation de même que des pratiques et des caractéristiques parentales. Notons également que bien que la consolidation du sommeil constitue une préoccupation importante chez les parents des tout-petits, il n'existe actuellement pas de consensus scientifique concernant l'importance pour les enfants de faire leurs nuits en bas âge en lien avec leur développement. Certaines études font état d'associations entre un sommeil fragmenté et le développement cognitif des tout-petits (Scher 2005), tandis que d'autres n'ont décelé aucune relation avec le développement cognitif, moteur et social (Mindell et Lee 2015 ; Pennestri et autres 2018). Il s'avère donc nécessaire de mener d'autres recherches afin d'améliorer les connaissances sur les liens entre la consolidation du sommeil chez les tout-petits et leur développement.

Ce chapitre vise à brosser le portrait des diverses dimensions du sommeil des bébés nés en 2020-2021. On y aborde l'environnement de sommeil des bébés, les pratiques et perceptions parentales qui y sont liées de même que ses caractéristiques, c'est-à-dire les siestes, la durée du sommeil, les éveils nocturnes et la consolidation du sommeil. Certains facteurs associés au respect du nombre d'heures recommandé par jour et à la consolidation de leur sommeil sont également présentés.



anoushkatoronto / Adobe Stock

3.1 Les conditions de mise au lit du bébé

Comment décrire les conditions dans lesquelles les bébés sont mis au lit ? On observe tout d'abord que la majorité (59 %) sont endormis par leur parent avant d'être mis au lit, environ 12 % sont couchés alors qu'ils sont toujours éveillés, avec leur parent près d'eux jusqu'à ce qu'ils s'endorment, tandis qu'environ 29 % sont couchés alors qu'ils sont toujours éveillés et s'endorment seuls (tableau 3.1). On retrouve une proportion plus faible de bébés qui s'endorment seuls parmi ceux :

- dont la mère est âgée de 40 ans ou plus (19,2 %) ;
- dont la mère est née à l'extérieur du Canada (18,2 %) ;
- vivant dans un ménage composé d'au moins 3 enfants âgés de 0 à 17 ans (24,1 %) ;
- vivant dans un ménage à faible revenu (22,1 %) (données non présentées).

Tableau 3.1

Comportement du parent¹ lors de la mise au lit du bébé, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%
Total	100,0
Endort le bébé avant de le mettre au lit	59,5
Couche le bébé éveillé dans son lit et reste près de lui jusqu'à ce qu'il s'endorme	12,0
Couche le bébé éveillé et le laisse s'endormir seul	28,5

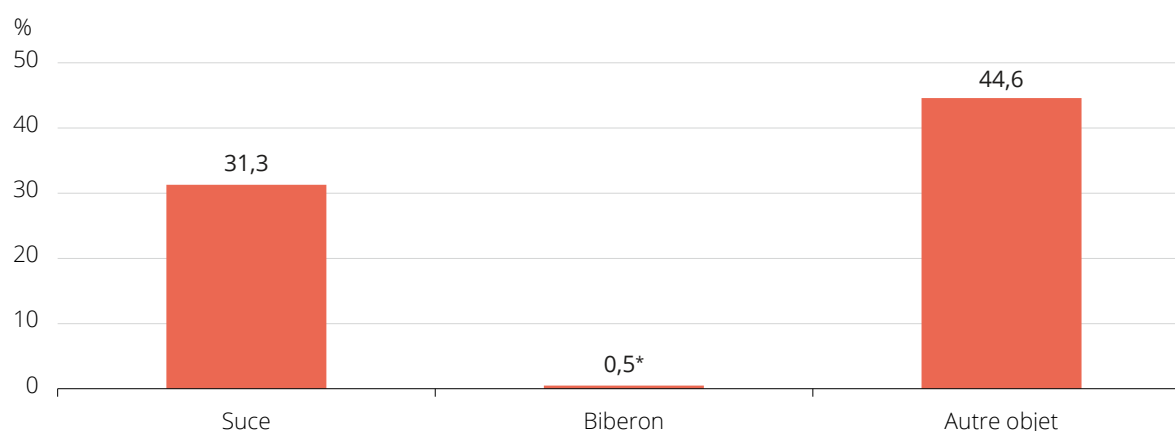
1. Comportement du répondant ou de la répondante principale à l'enquête. Dans la majorité (96,8 %) des cas, il s'agit de la mère biologique.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Santé Canada et la Société canadienne de pédiatrie recommandent de coucher le bébé dans son propre lit d'enfant, berceau ou moïse, dans la chambre de ses parents durant les 6 premiers mois de vie pour un sommeil sécuritaire (Santé Canada 2024). De plus, le bébé doit être couché sur le dos et son lit doit être exempt d'objets, à l'exception du matelas et d'un drap-housse. Qu'en est-il de l'environnement de sommeil des bébés nés au Québec en 2020-2021 ? Selon les données, la majorité (78,3 %) des enfants sont placés sur le dos lorsqu'ils sont mis au lit, tandis qu'environ 13,3 % sont couchés sur le côté et 8,4 % sont placés sur le ventre (données non présentées). On estime à 62,5 % la proportion de bébés ayant un objet de transition pour les aider à s'endormir lorsqu'ils sont dans leur lit (donnée non présentée). C'est donc dire que la recommandation de ne placer aucun objet dans le lit de l'enfant (Santé Canada 2024) est suivie dans le cas d'un peu moins de 4 bébés sur 10 (37,5 % – donnée non présentée). Environ 31 % des bébés ont une suce, moins de 1 % (0,5 %*) ont un biberon et environ 45 % ont un autre objet (p. ex. toutou, couverture ou mobile) pour les aider à s'endormir (figure 3.1). À titre indicatif, chez les bébés nés au Québec en 1997-1998, environ 71,2 % avaient un objet pour les aider à s'endormir lorsqu'ils étaient dans leur lit. La moitié (49,5 %) avaient une suce, 4,6 % avaient un biberon et 18,5 % avaient un autre objet (données non présentées)¹.

1. Le mode de collecte des données portant sur le sommeil a changé entre les deux éditions de l'étude, passant d'un questionnaire autoadministré dans l'ELDEQ 1 à un questionnaire administré par un intervieweur ou une intervieweuse dans l'ELDEQ 2. Étant donné ce changement, des analyses supplémentaires sont nécessaires afin de statuer sur la possibilité d'effectuer des comparaisons statistiques entre les données portant sur le sommeil des deux éditions de l'étude. Ces analyses dépassant le cadre de la présente publication, les données de l'ELDEQ 1 sont présentées à titre indicatif seulement.

Figure 3.1

Objet de transition utilisé pour endormir le bébé¹, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



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

1. Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives, de sorte que plusieurs objets ont pu être identifiés pour un même bébé.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

En ce qui a trait au lieu de sommeil des bébés la nuit, environ 4 sur 10 (40 %) dorment seuls dans leur chambre (tableau 3.2). Le tiers (31 %) des bébés dorment dans la chambre de leurs parents, mais pas dans leur lit, 11 % dorment dans la chambre de leurs parents et dans leur lit et environ 13 % dorment dans leur propre lit une partie de la nuit et dans le lit de leurs parents une autre partie de la nuit. Le reste des bébés partagent leur chambre avec une autre personne de la famille (4,8 %) ou dorment dans d'autres conditions (0,6 %*).

Tableau 3.2

Pièce dans laquelle dort l'enfant la nuit, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%
Total	100,0
Seul dans une chambre	39,7
Dans la chambre des parents, mais PAS dans leur lit	31,4
Dans la chambre des parents ET dans leur lit	10,8
Dans son propre lit une partie de la nuit et dans le lit des parents une autre partie de la nuit	12,6
Dans une chambre partagée avec une autre personne (frère, sœur, etc.)	4,8
Autres conditions	0,6*

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

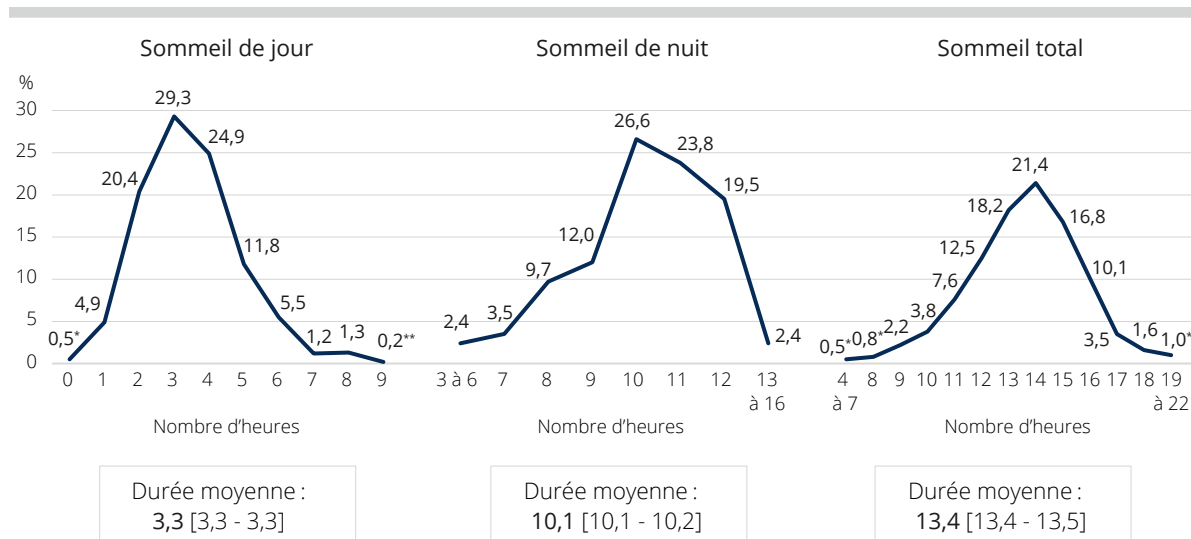
3.2 Les caractéristiques du sommeil du bébé

La majorité des bébés d'environ 5 mois (68,4 %) font trois siestes ou plus par jour, tandis que 3 sur 10 (29,1 %) en font deux et environ 2,1 % font une seule sieste par jour (données non présentées). Une très faible proportion de bébés (0,4 %**) ne fait pas de sieste.

Les bébés dorment en moyenne 3,3 heures durant la journée, 10,1 heures durant la nuit, soit 13,4 heures au total sur 24 heures (figure 3.2). Ce nombre d'heures de sommeil (de jour, de nuit et total) est toutefois très variable. En général, la durée du sommeil de jour varie entre 0 et 9 heures, la majorité des bébés (80 %) dormant de 2 à 5 heures. La durée moyenne du sommeil de nuit des bébés varie quant à elle entre 3 et 16 heures, avec environ 9 bébés sur 10 (91 %) dormant de 8 à 12 heures. En ce qui a trait à la durée totale du sommeil des bébés sur 24 heures, elle varie généralement entre 4 et 22 heures. Les trois quarts des bébés (75 %) dorment un total de 12 à 16 heures par jour, tel que le recommande la Société canadienne de pédiatrie (2018), tandis que 19 % dorment moins de 12 heures et 6 %, plus de 16 heures.

Figure 3.2

Durée du sommeil (de jour, de nuit et total) des bébés, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

La proportion de bébés dormant le nombre d'heures recommandé par jour est plus élevée chez ceux qui sont mis au lit alors qu'ils sont toujours éveillés et s'endorment seuls (82 %) que chez ceux qui sont endormis avant d'être mis au lit (72 %) ou qui sont mis au lit alors qu'ils sont éveillés, tout en ayant un parent qui reste près d'eux jusqu'à ce qu'ils s'endorment (72 %) (tableau 3.3).

Tableau 3.3

Proportion de bébés qui dorment le nombre d'heures recommandé par jour selon le comportement du parent¹ lors de leur mise au lit, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%
Total	75,0
Comportement du parent lors de la mise au lit du bébé	
Endort le bébé avant de le mettre au lit	72,5 ^a
Couche le bébé éveillé dans son lit et reste près de lui jusqu'à ce qu'il s'endorme	72,0 ^b
Couche le bébé éveillé et le laisse s'endormir seul	81,5 ^{a,b}

a-b Le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Comportement du répondant ou de la répondante principale à l'enquête. Dans la majorité des cas (96,8 %), il s'agit de la mère biologique.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

En ce qui a trait à la proportion de bébés qui dorment le nombre d'heures recommandé par jour, l'enquête révèle également des variations selon certaines caractéristiques des parents et des familles. En effet, ces bébés sont proportionnellement plus nombreux parmi ceux dont les deux parents (ou le parent seul) sont nés au Canada (77 %) que chez les autres (tableau 3.4). Ils sont toutefois moins nombreux, en proportion, chez ceux :

- dont la mère (65 %) ou le père (69 %) fume au quotidien ;
- vivant dans un ménage comportant trois enfants ou plus (70 %) ;
- vivant dans un ménage à faible revenu (65 %) ;
- vivant dans un secteur très défavorisé sur le plan matériel et social² (68 %) ;
- vivant dans un logement surpeuplé³ (65 %).

La proportion de bébés qui dorment le nombre d'heures recommandé par jour est également plus faible chez ceux pour qui le plus haut diplôme obtenu par l'un ou l'autre des parents est de niveau secondaire (69 %) que chez ceux pour qui ce diplôme est de niveau collégial ou universitaire (respectivement 77 %).

2. La définition de cet indicateur est présentée à l'annexe 1.

3. *Idem*.

Tableau 3.4

Proportion de bébés qui dorment le nombre d'heures recommandé par jour selon certaines caractéristiques des parents (mère¹ ou père²) et de la famille, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022

	%
Total	75,0
Lieu de naissance des parents (ou du parent seul)	
Les deux parents (ou le parent seul) sont nés au Canada	77,5 ^{a,b}
Un des deux parents est né à l'extérieur du Canada	72,9 ^a
Les deux parents (ou le parent seul) sont nés à l'extérieur du Canada	68,0 ^b
Plus haut diplôme obtenu par l'un ou l'autre des parents	
Aucun diplôme	70,6
Diplôme de niveau secondaire	69,1 ^{a,b}
Diplôme de niveau collégial	77,1 ^a
Diplôme de niveau universitaire	77,1 ^b
La mère fumait la cigarette tous les jours au moment de l'enquête	
Oui	64,5 ^a
Non	76,2 ^a
Le père fumait la cigarette tous les jours au moment de l'enquête	
Oui	69,0 ^a
Non	76,1 ^a
Nombre d'enfants de 0 à 17 ans	
Un enfant	76,8 ^a
Deux enfants	76,2 ^b
Trois enfants ou plus	69,9 ^{a,b}
Niveau de revenu du ménage	
Faible revenu	64,6 ^a
Revenu moyen-faible	74,5 ^a
Revenu moyen-élevé ou élevé	81,0 ^a
Indice de défavorisation matérielle et sociale	
Quintile 1 – Très favorisé	78,0 ^{a,b}
Quintile 2	79,3 ^{c,d}
Quintile 3	76,6 ^e
Quintile 4	72,8 ^{a,c,f}
Quintile 5 – Très défavorisé	67,9 ^{b,d,e,f}
Le logement est considéré comme surpeuplé	
Oui	65,1 ^a
Non	76,1 ^a

a-f Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Mère biologique ou autre figure maternelle vivant dans le ménage rencontré au moment de l'enquête.

2. Père biologique ou autre figure paternelle vivant dans le ménage rencontré au moment de l'enquête.

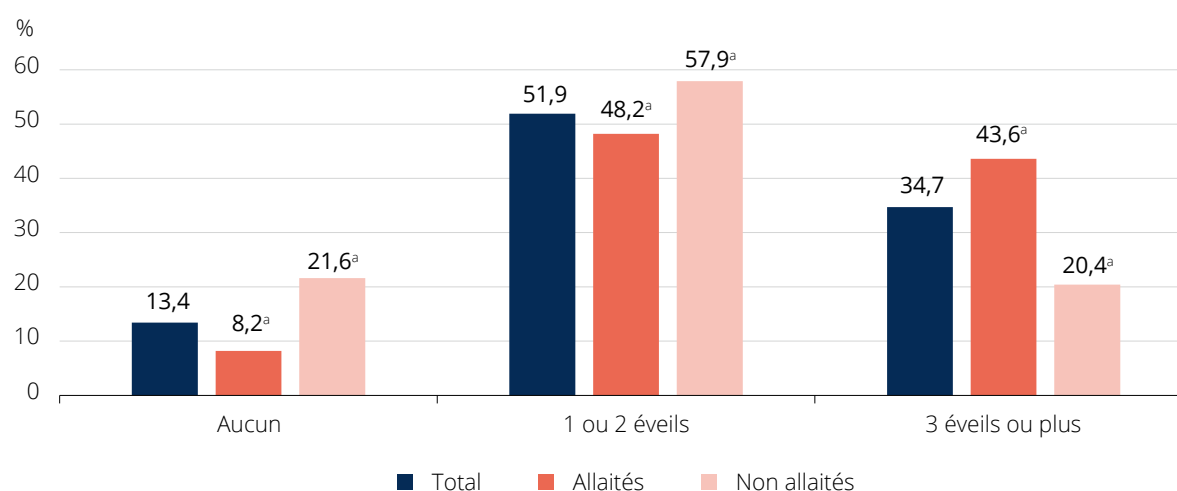
Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Environ 13 % des bébés âgés d'au moins 5 mois avaient un sommeil de nuit continu au cours du mois précédant l'enquête, c'est-à-dire qu'ils n'ont eu aucun éveil de nuit (figure 3.3). Cette proportion est plus élevée chez ceux qui n'étaient pas allaités à 5 mois que chez les bébés qui l'étaient (22 % c. 8 %). Un peu plus de la moitié des bébés (52 %) se réveillaient une ou deux fois par nuit, une proportion aussi plus élevée chez les bébés qui n'étaient pas allaités à 5 mois que chez ceux qui l'étaient (58 % c. 48 %). Le tiers (35 %) des bébés se réveillaient trois fois ou plus et cette proportion est cette fois plus élevée chez les bébés qui étaient allaités que chez ceux qui ne l'étaient pas (44 % c. 20 %). À titre indicatif, chez les bébés nés au Québec en 1997-1998, environ 1 bébé sur 5 (21,3 %) ne se réveillait jamais la nuit, tandis qu'environ 47,5 % s'éveillaient une ou deux fois et 31,2 % trois fois ou plus (données non présentées).

Chez les bébés qui s'éveillaient la nuit au cours du mois précédant l'enquête, les éveils nocturnes duraient généralement en moyenne 15 minutes ou moins au total chez 35,3 % des bébés, 30 minutes chez 21,7 % des bébés, 45 ou 60 minutes chez environ le quart (26,8 %) des bébés et plus d'une heure chez environ 16,2 % des bébés (données non présentées).

Figure 3.3

Nombre d'éveils nocturnes des bébés en moyenne au cours du dernier mois selon le statut d'allaitement, enfants âgés d'au moins 5 mois au moment de l'enquête¹, Québec, 2021-2022



a Pour une catégorie donnée, exprime une différence significative entre les enfants allaités et non allaités à 5 mois au seuil de 0,05.

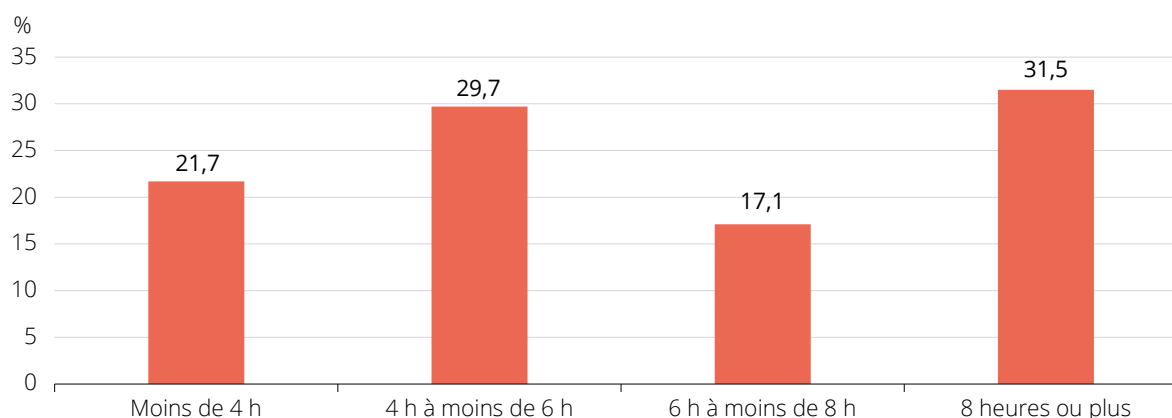
1. Environ 90 % des bébés sont âgés d'au moins 5 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

En ce qui a trait à la durée du sommeil de nuit ininterrompu des bébés d'au moins 5 mois, environ 1 bébé sur cinq (22 %) dormait généralement moins de 4 heures d'affilée la nuit, 30 % de 4 heures à moins de 6 heures, 17 % de 6 heures à moins de 8 heures et le tiers (32 %), huit heures ou plus (figure 3.4). À titre indicatif, selon les données de la première édition de l'étude, chez les bébés nés au Québec en 1997-1998 et âgés d'au moins 5 mois au moment de l'enquête, environ 5,1 % dormaient généralement moins de 4 heures d'affilée la nuit, 16,9 % de 4 heures à moins de 6 heures, 26,2 % de 6 heures à moins de 8 heures et la moitié (51,8 %), huit heures ou plus (données non présentées).

Figure 3.4

Durée du sommeil de nuit ininterrompu des bébés, enfants âgés d'au moins 5 mois au moment de l'enquête¹, Québec, 2021-2022



1. Environ 90 % des bébés sont âgés d'au moins 5 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Comment les parents réagissent-ils le plus souvent lorsque l'enfant s'éveille la nuit et qu'il n'est pas malade ? L'enquête révèle que pour la majorité des bébés (71 %), leur parent leur offre à boire, environ 15 % des bébés sont réconfortés dans leur lit, 8 % se font prendre et/ou bercer et 4 % sont couchés avec leurs parents (tableau 3.5). Les parents d'environ 1,3 %* des bébés utilisent une méthode d'attente progressive de type 5-10-15, qui consiste à attendre de plus en plus longtemps avant de retourner voir l'enfant s'il pleure⁴, tandis que les parents d'environ 0,6 %* des bébés le laissent pleurer.

Tableau 3.5

Comportement du parent¹ lors des éveils nocturnes de l'enfant lorsque ce dernier n'est pas malade, enfants d'environ 5 mois qui s'éveillent la nuit, Québec, 2021-2022

	%
Total	100,0
Laisse pleurer le bébé	0,6 *
Technique de type « 5-10-15 »	1,3 *
Réconforte le bébé sans le sortir de son lit	14,8
Prend et/ou berce le bébé	8,2
Donne à boire au bébé	71,3
Couche le bébé avec lui	3,9

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

1. Comportement du répondant ou de la répondante principale à l'enquête. Dans la majorité des cas (96,8 %), il s'agit de la mère biologique.

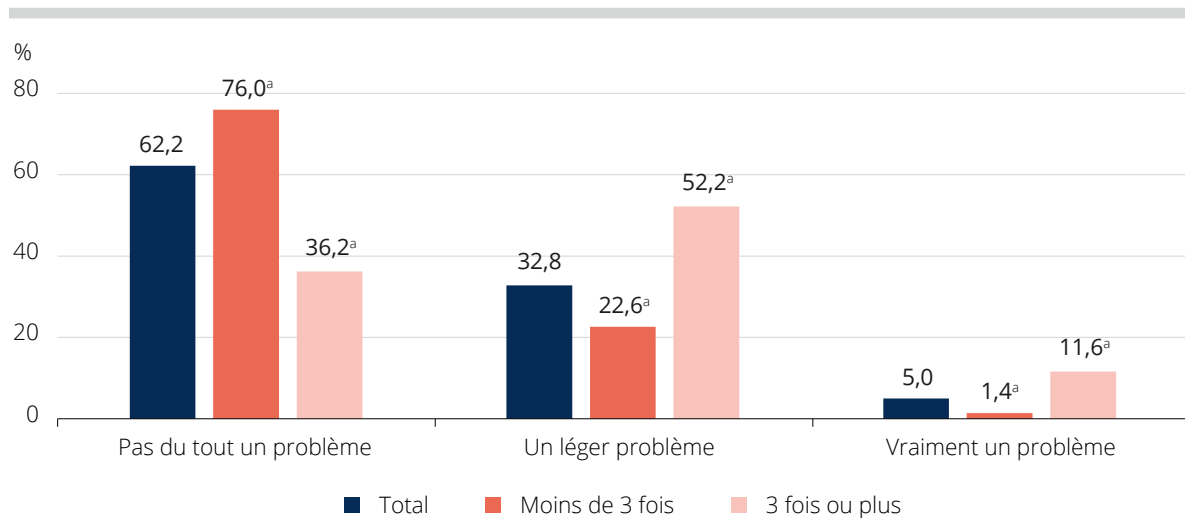
Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

4. Le parent doit s'être assuré la première fois que l'enfant n'est pas malade ou en mauvaise posture. Lorsque c'est fait, le parent attend, par exemple 5 minutes (les temps d'attente peuvent être plus courts), et retourne voir l'enfant. Si les pleurs continuent, le parent attend alors plus longtemps que la première fois avant de retourner le voir, et ainsi de suite. À chaque fois, le parent console l'enfant, par exemple en le caressant sans le sortir du lit et en lui disant que c'est le temps de dormir.

La proportion de bébés dont les parents perçoivent les éveils nocturnes de l'enfant comme n'étant pas du tout un problème pour eux est estimée à environ 62 % (figure 3.5). Ces éveils constituent un léger problème pour les parents d'environ 33 % des bébés, tandis que les parents d'environ 5 % des bébés les perçoivent comme étant vraiment problématiques. Sans surprise, la proportion de bébés dont les parents perçoivent les éveils comme étant vraiment problématiques est plus élevée lorsque le bébé se réveille trois fois ou plus par nuit (12 %) que lorsqu'il se réveille moins de trois fois par nuit (1,4 %). On observe également que plus la durée totale moyenne des éveils nocturnes est longue, plus cette proportion est élevée. Elle passe ainsi de 1,7 %* lorsque la durée totale moyenne des éveils est de 15 minutes ou moins à 16,1 % lorsque cette durée est de plus d'une heure (données non présentées).

Figure 3.5

Perception du parent¹ des éveils nocturnes du bébé selon leur nombre en moyenne au cours du dernier mois, enfants d'environ 5 mois, Québec, 2021-2022



a Pour une catégorie donnée, exprime une différence significative entre les enfants qui s'éveillent en moyenne moins de 3 fois et ceux qui s'éveillent 3 fois ou plus par nuit au seuil de 0,05.

1. Selon la perception du répondant principal ou de la répondante principale à l'enquête. Dans la majorité des cas (96,8 %), il s'agit de la mère biologique.

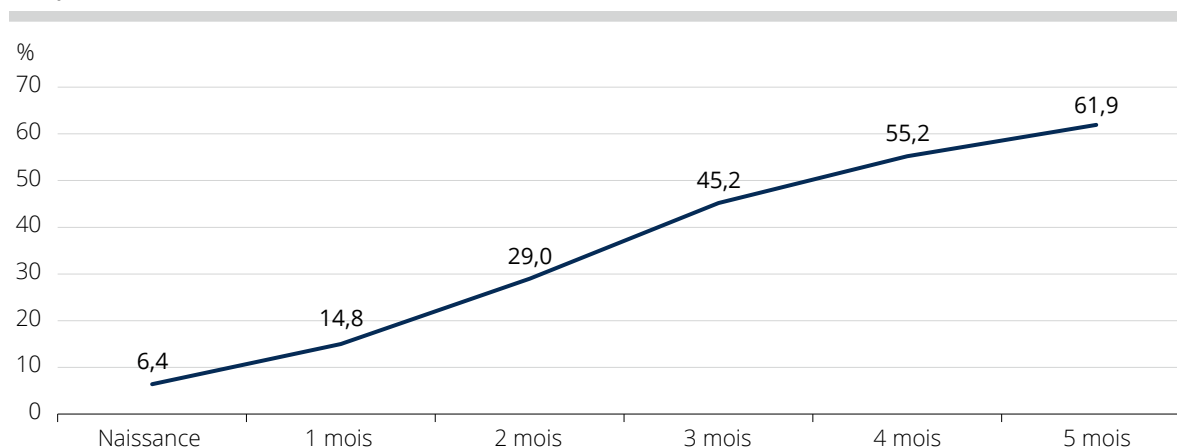
Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

3.3 La consolidation du sommeil du bébé

Environ 6 % des bébés âgés d'au moins 5 mois au moment de l'enquête faisaient leurs nuits dès leur naissance selon leur parent, une proportion qui augmente graduellement au fil des mois pour atteindre 62 % à 5 mois (figure 3.6)⁵. Il s'agit toutefois ici de la perception des parents et les résultats donnent à penser que l'interprétation que ceux-ci font de la notion de « faire ses nuits » varie d'un parent à l'autre⁶. En effet, la proportion de bébés qui font leur nuit selon leur parent est estimée à environ 13,0 % lorsque le bébé dort moins de 4 heures d'affilée par nuit, à 51,0 % lorsqu'il dort de 4 heures à moins de 6 heures, à 80,8 % lorsqu'il dort de 6 heures à moins de 8 heures et à 95,0 % lorsqu'il dort 8 heures ou plus (données non présentées). Les parents semblent donc avoir une perception plutôt variable du nombre d'heures de sommeil d'affilée nécessaire pour considérer qu'un bébé fait ses nuits.

Figure 3.6

Proportion de bébés qui font leurs nuits¹ à différents âges, enfants âgés d'au moins 5 mois au moment de l'enquête², Québec, 2021-2022



1. Selon la perception du répondant principal ou de la répondante principale à l'enquête. Dans la majorité des cas (96,8 %), il s'agit de la mère biologique.

2. Environ 90 % des bébés sont âgés d'au moins 5 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Qu'en est-il donc de la proportion de bébés dont le sommeil peut être considéré comme consolidé à 5 mois ? À ce sujet, l'enquête révèle qu'environ la moitié des bébés âgés d'au moins 5 mois (49 %) dorment au moins six heures d'affilée la nuit à 5 mois (tableau 3.6). Cette proportion est plus élevée parmi ceux :

- qui sont couchés dans leur lit alors qu'ils sont encore éveillés et qui s'endorment seuls (63 %) ;
- pour qui les éveils nocturnes ne constituent pas un problème pour le parent (63 %).

5. À noter que des tendances similaires sont observées lorsque l'on considère l'ensemble des enfants, qui sont tous âgés d'au moins 4 mois.

6. Une précision a été fournie aux parents sur le sens de l'expression « faire ses nuits » seulement si ceux-ci le demandaient. Le cas échéant, l'intervieweur ou l'intervieweuse précisait : « Dormir 5 ou 6 heures de suite ».

Cette proportion est également plus élevée chez les bébés dont le parent n'intervient pas (laisser pleurer le bébé, 75 %) ou intervient de façon passive (technique de type « 5-10-15 », 62 % ; réconforter le bébé sans le sortir de son lit, 64 %) lors des éveils nocturnes de l'enfant que chez ceux dont le parent intervient plus activement en le prenant ou en le berçant (39 %), en lui donnant à boire (36 %) ou en le couchant avec lui (33 %). Notons toutefois que les liens entre la consolidation du sommeil de l'enfant et les comportements de ses parents sont vraisemblablement bidirectionnels, c'est-à-dire que non seulement les comportements des parents peuvent influencer la consolidation du sommeil des enfants, mais les enfants qui s'éveillent plus souvent la nuit peuvent aussi avoir besoin de davantage de soins de leurs parents.

Tableau 3.6

Proportion de bébés qui dorment au moins six heures d'affilée la nuit à 5 mois selon certaines attitudes et certains comportements du parent¹, enfants âgés d'au moins 5 mois au moment de l'enquête², Québec, 2021-2022

	%
Total	48,6
Comportement de mise au lit du parent	
Endort le bébé avant de le mettre au lit	42,9 ^a
Couche le bébé éveillé dans son lit et reste près de lui jusqu'à ce qu'il s'endorme	42,5 ^b
Couche le bébé éveillé et le laisse s'endormir seul	63,2 ^{a,b}
Comportement du parent lors des éveils nocturnes³	
Laisse pleurer le bébé	75,5 ^{a,b,c}
Technique de type « 5-10-15 »	62,5 ^{d,e,f}
Réconforte le bébé sans le sortir de son lit	64,2 ^{g,h,i}
Prend et/ou berce le bébé	38,7 ^{a,d,g}
Donne à boire au bébé	36,1 ^{b,e,h}
Couche le bébé avec lui	32,7 ^{c,f,i}
Perception du parent des éveils nocturnes	
Pas du tout un problème	62,9 ^a
Un léger problème	28,0 ^a
Vraiment un problème	7,7 ^{* a}

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

a-i Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Comportement du répondant ou de la répondante principale à l'enquête. Dans la majorité des cas (96,8 %), il s'agit de la mère biologique.

2. Environ 90 % des bébés sont âgés d'au moins 5 mois.

3. Les bébés qui ne s'éveillent pas durant la nuit sont exclus.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

On observe également que la proportion de bébés qui dorment au moins six heures d'affilée la nuit à 5 mois est plus élevée parmi ceux :

- de sexe féminin (52 %) ;
- qui sont le premier né de leur mère biologique (54 %) ;
- qui étaient de faible poids de naissance (59 %) ;
- qui sont perçus comme étant en excellente santé par leurs parents (50 %) (tableau 3.7).

Cette proportion est toutefois plus faible chez les bébés qui, à 5 mois, sont allaités (37 % c. 67 %) et n'ont encore reçu aucun aliment solide (45 % c. 55 %).

Tableau 3.7

Proportion de bébés qui dorment au moins six heures d'affilée la nuit à 5 mois selon certaines caractéristiques du bébé, enfants âgés d'au moins 5 mois au moment de l'enquête¹, Québec, 2021-2022

	%
Total	48,6
Sexe du bébé	
Garçon	45,3 ^a
Fille	52,2 ^a
Premier enfant de la mère	
Oui	54,1 ^a
Non	44,4 ^a
Bébé de faible poids de naissance²	
Oui	59,1 ^a
Non	48,0 ^a
Bébé né prématurément³	
Oui	54,6
Non	48,3
Perception du parent de la santé du bébé	
Excellente	50,3 ^{a,b}
Très bonne	46,1 ^a
Bonne, passable ou mauvaise	39,8 ^b
Bébé allaité à 5 mois	
Oui	37,3 ^a
Non	66,7 ^a
Bébé n'a reçu aucun aliment solide à 5 mois	
Aucun aliment solide reçu	45,3 ^a
A reçu un aliment solide au moins une fois	54,5 ^a

a-b Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Environ 90 % des bébés sont âgés d'au moins 5 mois.

2. Poids de naissance de moins de 2 500 grammes.

3. Bien que la relation entre le fait de dormir au moins six heures d'affilée la nuit et la prématurité ne soit pas significative au seuil de 0,05, on observe une tendance à cet effet (seuil observé de 0,09).

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

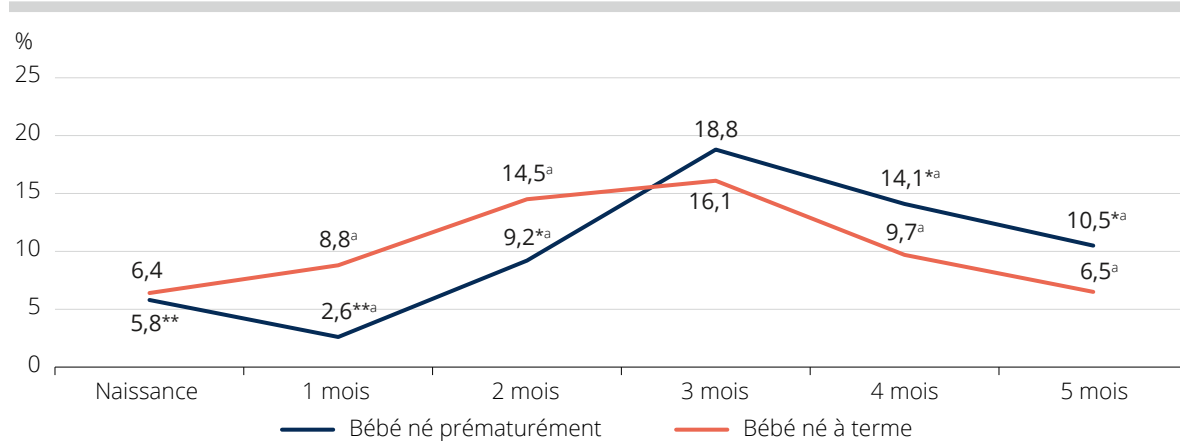
Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.

Parmi la proportion de bébés âgés d'au moins 5 mois, on ne détecte pas de différence significative au seuil de 0,05 chez ceux qui dorment au moins six heures d'affilée la nuit à 5 mois selon qu'ils soient ou non nés prématurément. On observe toutefois une tendance à cet effet (seuil observé de 0,09). De plus, lorsque l'on compare l'âge auquel les bébés ont commencé à faire leurs nuits selon leur parent en fonction du statut de prématurité, on observe un décalage chez les prématurés. En effet, les proportions de bébés qui, selon leur parent, ont fait leurs nuits à partir de 1 mois et de 2 mois sont plus faibles chez les prématurés (2,6 %** et 9 %* respectivement) que chez les bébés nés à terme (9 % et 14 % respectivement) (figure 3.7).

Inversement, ces proportions sont plus élevées à 4 et à 5 mois chez les bébés prématurés (14 %* et 11 %* respectivement) que chez ceux qui sont nés à terme (10 % et 6 % respectivement). Les mêmes tendances sont observées en ce qui a trait à l'âge auquel les bébés d'au moins 5 mois ont commencé à faire leurs nuits selon leur parent en fonction du statut de faible poids de naissance (figure 3.8).

Figure 3.7

Âge auquel les bébés font leurs nuits¹ selon la prématurité, enfants âgés d'au moins 5 mois au moment de l'enquête², Québec, 2021-2022



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

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

a Pour une catégorie donnée, exprime une différence significative entre les enfants prématurés et ceux nés à terme au seuil de 0,05.

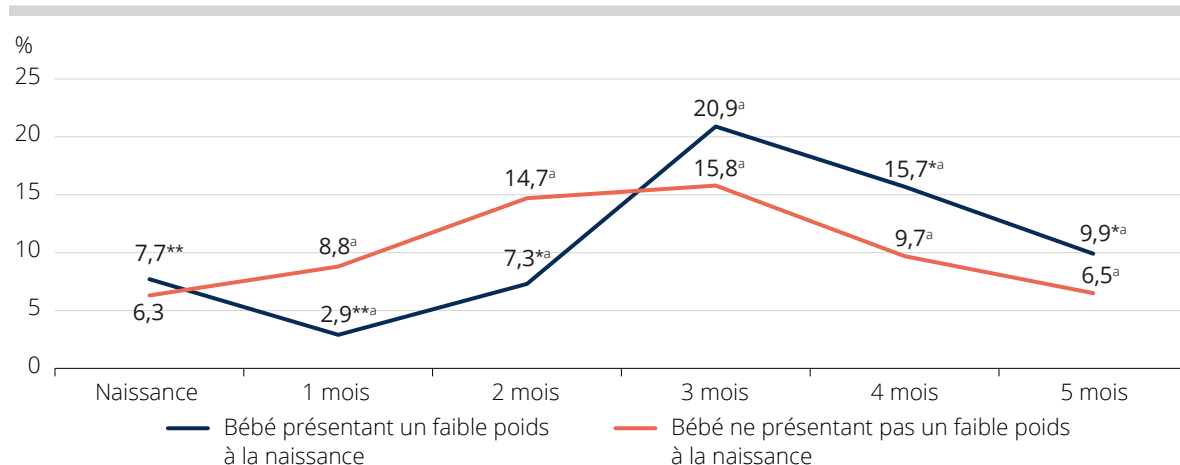
1. Selon la perception du répondant principal ou de la répondante principale à l'enquête. Dans la majorité des cas (96,8 %), il s'agit de la mère biologique.

2. Environ 90 % des bébés sont âgés d'au moins 5 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Figure 3.8

Âge auquel les bébés font leurs nuits¹ selon le faible poids de naissance, enfants âgés d'au moins 5 mois au moment de l'enquête², Québec, 2021-2022



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

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

a Pour une catégorie donnée, exprime une différence significative entre les enfants qui présentent un faible poids de naissance et ceux qui ne présentent pas cette caractéristique au seuil de 0,05.

1. Selon la perception du répondant principal ou de la répondante principale à l'enquête. Dans la majorité des cas (96,8 %), il s'agit de la mère biologique.

2. Environ 90 % des bébés sont âgés d'au moins 5 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Certaines caractéristiques des parents et de la famille sont liées à la consolidation du sommeil de l'enfant à 5 mois. On retrouve en effet une plus grande proportion de bébés qui dorment au moins six heures d'affilée la nuit chez ceux :

- dont la mère est née au Canada (53 %) ;
- dont les parents (ou le parent seul) ne possèdent aucun diplôme (67 %) ;
- vivant dans une famille comprenant un seul enfant (54 %) (tableau 3.8).

Cette proportion est plus faible chez ceux :

- vivant dans une famille intacte (47 %) ;
- vivant dans un logement surpeuplé (42 %) ;
- dont le parent dit être incommodé ou dérangé par les bruits provenant des autres logements ou des espaces communs du bâtiment ou par le bruit extérieur⁷ (44 %) ;
- vivant dans la région métropolitaine de Montréal⁸ (43 %).



Кирилл Рыжов / Adobe Stock

-
7. Pour plus de renseignements sur l'indicateur portant sur la perception du parent d'être dérangé ou incommodé par le bruit parvenant à son logement, consulter le rapport [Le milieu de vie des bébés](#).
8. Pour plus de renseignements sur l'indicateur de zone de résidence, consulter le rapport [Le milieu de vie des bébés](#).

Tableau 3.8

Proportion de bébés qui dorment au moins six heures d'affilée la nuit à 5 mois selon certaines caractéristiques des parents (mère¹ ou père²) et de la famille, enfants âgés d'au moins 5 mois au moment de l'enquête³, Québec, 2021-2022

	%
Total	48,6
Lieu de naissance de la mère	
Canada	52,6 ^a
Extérieur du Canada	35,7 ^a
Plus haut diplôme obtenu par l'un ou l'autre des parents	
Aucun diplôme	67,3 ^{a,b}
Diplôme de niveau secondaire	54,1 ^a
Diplôme de niveau collégial	52,1 ^b
Diplôme de niveau universitaire	44,2 ^{a,b}
Type de famille	
Intacte	47,3 ^{a,b}
Recomposée	55,0 ^a
Monoparentale	58,3 ^b
Nombre d'enfants de 0 à 17 ans	
Un enfant	54,0 ^{a,b}
Deux enfants	45,3 ^a
Trois enfants ou plus	44,5 ^b
Niveau de revenu du ménage	
Faible revenu	45,0
Revenu moyen-faible	49,8
Revenu moyen-élevé ou élevé	49,4
Le logement est considéré comme surpeuplé	
Oui	42,3 ^a
Non	49,3 ^a
Le parent⁴ se dit incommodé ou dérangé par les bruits provenant des autres logements ou des espaces communs du bâtiment ou par le bruit extérieur	
Oui	43,6 ^a
Non	49,5 ^a
Zone de résidence	
Région métropolitaine de Montréal	43,5 ^{a,b,c}
Autres régions métropolitaines	51,6 ^{a,d}
Zone semi-urbaine	53,1 ^b
Zone rurale	58,6 ^{c,d}

a-d Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Mère biologique ou autre figure maternelle vivant dans le ménage rencontré au moment de l'enquête.

2. Père biologique ou autre figure paternelle vivant dans le ménage rencontré au moment de l'enquête.

3. Environ 90 % des bébés sont âgés d'au moins 5 mois.

4. Comportement du répondant ou de la répondante principale à l'enquête. Dans la majorité (96,8 %) des cas, il s'agit de la mère biologique.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Conclusion

Les résultats présentés dans cette publication, réalisée à partir des données du premier passage de l'étude longitudinale *Grandir au Québec*, ont permis de brosser un premier portrait de la santé, de l'alimentation et du sommeil des bébés nés en 2020-2021 alors qu'ils étaient âgés d'environ 5 mois. En guise de conclusion, revenons sur les principaux résultats.

Il y a des inégalités de santé dès la naissance

Les premiers résultats de l'ELDEQ 2 ont révélé la présence de certaines inégalités de santé dès la naissance des bébés. En effet, la proportion de bébés nés prématurément est plus élevée chez ceux nés d'une mère âgée de 35 ans ou plus et chez ceux dont la mère est née à l'extérieur du Canada que chez les autres. Également, les bébés sont plus susceptibles que les autres d'avoir un faible poids de naissance lorsque leur mère a 35 ans ou plus, lorsqu'elle est née à l'étranger et lorsqu'elle n'a aucun diplôme.

Notons que d'autres études ont fait état de ces liens, notamment dans le cadre de l'*Enquête longitudinale française depuis l'enfance* (ELFE), dont les données indiquent que moins une femme est diplômée, plus elle risque de donner naissance à un enfant de petit poids. Plus précisément, le risque pour les femmes sans diplôme d'avoir un enfant de faible poids de naissance est le double de celui des plus diplômées de cette cohorte (Panico et autres 2015). L'association entre le niveau de scolarité et les conditions socioéconomiques d'une part et le faible poids de naissance de l'autre peut s'expliquer par de nombreux facteurs. L'environnement dans lequel la mère a vécu durant la grossesse, son alimentation et sa consommation de tabac pendant cette période, les infections génitales, la fréquence et la qualité des soins prénataux, l'exposition à des substances toxiques, le stress vécu par la mère ainsi que d'autres facteurs psychosociaux peuvent influencer sur le bon déroulement de la grossesse (Kramer et autre 2000). Soulignons que dans l'ELDEQ 2, la proportion de bébés dont la mère a déclaré avoir fumé la cigarette durant la grossesse est plus élevée chez les bébés dont la mère n'a aucun diplôme (Lavoie et Daly 2024).

Par ailleurs, la prématurité et le faible poids de naissance sont associés à un risque ultérieur de mauvaise santé pendant l'enfance et même lors de la vie adulte. En effet, des travaux ont notamment mis en évidence des liens entre un faible poids de naissance et un risque plus élevé de pathologies cardiovasculaires et métaboliques à l'âge adulte (Colella et autres 2018 ; Gascoin et Flamant 2013). Voilà pourquoi il est important d'examiner les inégalités de santé qui sont présentes dès la naissance et de suivre l'état de santé des enfants de façon longitudinale.

Il y a aussi des inégalités de santé à environ 5 mois

La vaste majorité des bébés sont considérés comme étant en excellente santé (71 %) ou en très bonne santé (21 %) par leurs parents. Toutefois, on note que la proportion de bébés perçus comme étant en moins bonne santé, c'est-à-dire dont la santé est jugée bonne, passable ou mauvaise (7 %), est plus élevée chez ceux vivant dans une famille monoparentale, chez ceux ayant deux parents (ou un parent seul) nés à l'extérieur du Canada et chez ceux vivant dans un ménage à faible revenu. Des liens similaires ont été

faits dans la première édition de l'ELDEQ, qui a révélé que l'augmentation du niveau socioéconomique de la famille se traduit par un meilleur état de santé perçu des bébés (Paquet et autres 2001). De plus, le fait d'avoir un revenu insuffisant ou de vivre en situation de monoparentalité est associé à une moins bonne perception de la santé des bébés (Séguin et autres 2001).

Les résultats révèlent par ailleurs que les bébés nés en 2020-2021 sont moins nombreux en proportion que ceux nés en 1997-1998 à être déclarés en excellente santé par leur mère biologique (72 % c. 76 %). Il convient de souligner que la proportion de bébés dont la mère perçoit sa propre santé générale comme étant très bonne ou excellente a également diminué entre les deux éditions de l'ELDEQ, passant d'environ 77 % en 1998 à 73 % en 2021-2022 (Doucet 2024). Sachant que la perception qu'a la mère de l'état de santé de l'enfant est associée à la perception qu'elle a de son propre état de santé, il serait intéressant de poursuivre les analyses pour mieux comprendre ce lien et d'en suivre l'évolution dans le temps, grâce au devis longitudinal de l'étude.

Relevons enfin qu'en matière d'inégalités sociales de santé, les résultats de l'enquête indiquent que les bébés dont les deux parents (ou le parent seul) sont nés à l'étranger, ceux dont les parents n'ont aucun diplôme ou ont tout au plus un diplôme de niveau secondaire, ceux qui vivent au sein de familles monoparentales et ceux qui vivent dans un ménage à faible revenu sont proportionnellement plus nombreux que les autres à ne pas avoir de médecin de famille ou de pédiatre. Il est important de rappeler que certains de ces groupes d'enfants sont aussi plus susceptibles d'être perçus comme étant en moins bonne santé ou d'avoir un petit poids de naissance et d'ainsi nécessiter plus de soins de santé que les autres.

L'allaitement au Québec : des cibles atteintes et des taux en progression

Les données sur l'allaitement maternel recueillies dans l'ELDEQ 2 étaient fort attendues, le Québec disposant de peu de données populationnelles récentes sur le sujet. L'enquête révèle ainsi que la vaste majorité (89 %) des bébés nés à l'hôpital ou en maison de naissance ont été allaités au lieu de naissance. Cette proportion semble surpasser légèrement l'objectif fixé par le MSSS en 2001 à cet égard, soit que l'allaitement maternel à l'hôpital atteigne 85 %. Les cibles fixées par le MSSS en 2001 semblent également atteintes en ce qui concerne les taux d'allaitement au cours des 2 (70 %) et 4 (60 %) premiers mois de vie de l'enfant, ces taux s'établissant respectivement à 75 % et 66 % chez les bébés nés au Québec en 2020-2021.

L'examen de ces résultats, à la lumière des données de la première édition de l'ELDEQ, révèle d'ailleurs une forte progression de l'allaitement maternel depuis la fin des années 1990. En effet, la proportion de bébés ayant reçu du lait maternel au moins une fois est plus élevée chez les bébés nés en 2020-2021 que chez ceux nés en 1997-1998 (91 % c. 72 %). Cette progression s'inscrit également dans la durée, puisque la proportion de bébés allaités est plus élevée en 2021-2022 qu'en 1998, que ce soit durant le premier mois (80 % c. 60 %), les 2 premiers mois (75 % c. 53 %) ou les 4 premiers mois (66 % c. 41 %). L'allaitement maternel au Québec semble aussi avoir connu une progression au cours des quinze dernières années, comme en témoignent les résultats de *l'Enquête sur l'allaitement maternel au Québec* réalisée en 2005-2006, où les taux d'allaitement étaient de 67 % chez les bébés de 2 mois et de 56 % chez les bébés de 4 mois (Haiek et Neill 2006). Les prochains passages de l'ELDEQ 2 nous permettront d'ailleurs de suivre cette cohorte de bébés nés au Québec en 2020-2021 et de déterminer la proportion de bébés allaités à différents âges jusqu'à 2 ans, conformément à ce que recommande l'OMS.

L'allaitement exclusif : loin des cibles fixées, mais une pratique qui persiste davantage dans la durée

Les résultats sont plus mitigés en ce qui a trait à l'allaitement exclusif, soit le fait de nourrir son bébé uniquement avec du lait maternel, sans le combiner avec d'autres aliments solides ou liquides. En effet, alors que le MSSS, dans le cadre de l'Initiative des amis des bébés, fixe à 75 % la cible à atteindre concernant le taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital, les résultats de l'ELDEQ 2 montrent que ce taux est de 52 % chez les bébés nés en 2020-2021. Cette proportion semble similaire à celle relevée en 2005-2006 dans l'*Enquête sur l'allaitement maternel au Québec* (52 %) (Haiek et Neill 2006).

On peut d'ailleurs penser que le contexte pandémique a entraîné des répercussions sur l'allaitement de cette cohorte de bébés nés en pleine pandémie. En effet, il est possible que certaines mères aient eu des difficultés à obtenir les services périnataux dont elles avaient besoin, se sont inquiétées du risque de transmission du virus à leur nourrisson, ou encore, se sont senties isolées en raison des nombreuses mesures de confinement alors en vigueur (Brown et Shenker 2021 ; Koleilat et autres 2022).

Bien qu'à la lumière des résultats, il soit impossible d'atteindre la cible fixée par l'OMS, à savoir un taux d'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois d'au moins 50 % d'ici 2025, le taux d'allaitement exclusif obtenu pour les 4 premiers mois indique tout de même une progression au cours des dernières années. En effet, la proportion de bébés allaités de façon exclusive durant les 4 premiers mois est plus élevée au début des années 2020 qu'à la fin des années 1990 (29 % c. 6 %). Il semble y avoir également une progression par rapport aux résultats obtenus en 2005-2006, alors qu'un bébé sur cinq (20 %) était allaité de façon exclusive durant les 4 premiers mois (Haiek et Neill 2006). Ces résultats nous amènent à penser qu'une fois l'allaitement exclusif engagé, les mères auraient tendance à le poursuivre plus longtemps que les mères ayant donné naissance à un enfant en 1997-1998 ou en 2005-2006.

Cela pourrait s'expliquer aussi par la mise en place de mesures visant à promouvoir l'allaitement et l'allaitement exclusif depuis le début des années 2000, de même que par l'évolution des recommandations en matière d'intégration des aliments complémentaires liquides et solides. En effet, la proportion de bébés ayant reçu hâtivement (avant l'âge de 4 mois) différents types d'aliments complémentaires a chuté entre les deux éditions de l'ELDEQ. Par exemple, 58 % des bébés nés en 1997-1998 avaient reçu des céréales avant l'âge de 4 mois, une proportion qui a diminué à 6 % chez les bébés nés en 2020-2021. Ainsi, seulement 6 % des bébés avaient reçu au moins un type d'aliment solide complémentaire avant l'âge de 4 mois.

Il y a également des inégalités en matière d'allaitement

Certains bébés sont moins susceptibles que d'autres d'avoir reçu du lait maternel et d'avoir été allaités durant les 4 premiers mois de leur vie. C'est entre autres le cas des bébés dont la mère présente certaines caractéristiques : être relativement jeune (notamment avoir moins de 25 ans), être née au Canada, ne pas avoir de diplôme, avoir reçu un diagnostic de dépression pendant la grossesse ou encore fumer quotidiennement la cigarette. Plusieurs de ces associations ont aussi été relevées dans l'ELDEQ 1 (Dubois et autres 2000), ainsi que dans l'*Enquête sur l'allaitement maternel au Québec* (Neill et autres 2006).

Il sera intéressant dans les années à venir de poursuivre les analyses sur le sujet afin de tenter de mieux comprendre les interrelations entre ces facteurs, ce qui nous permettrait de potentiellement faire ressortir ceux qui sont les plus propices aux interventions. Soulignons qu'une nouvelle enquête québécoise sur l'allaitement maternel devrait avoir lieu en 2025-2026. Grâce à cette enquête populationnelle et à l'ELDEQ 2, le Québec disposera dans les prochaines années de données probantes et actuelles sur l'allaitement.

La majorité des bébés dorment suffisamment

Les trois quarts (75 %) des bébés nés au Québec en 2020-2021 dorment le nombre d'heures recommandé, c'est-à-dire de 12 à 16 heures par période de 24 heures. Cette proportion varie selon les pratiques parentales et les caractéristiques des parents et des ménages. Par exemple, les bébés qui sont couchés alors qu'ils sont toujours éveillés et qui s'endorment seuls sont les plus susceptibles de dormir suffisamment. Ceux dont la mère ou le père fume la cigarette tous les jours sont toutefois moins nombreux, en proportion, à dormir le nombre d'heures recommandé par jour. Les bébés de familles où l'un des deux parents ou les deux parents (ou le parent seul) sont nés à l'extérieur du Canada sont également proportionnellement moins nombreux à dormir le nombre d'heures recommandé que ceux de familles où les deux parents (ou le parent seul) sont nés au Canada. Cela laisse supposer qu'il y a des différences culturelles en matière de durée du sommeil, un résultat également signalé dans plusieurs autres recherches (voir la revue systématique de Jeon et autres 2021). Cette proportion est aussi plus faible lorsque le plus haut diplôme obtenu par l'un ou l'autre des parents est de niveau secondaire que lorsqu'il est de niveau collégial ou universitaire, de même que chez les bébés vivant dans une famille à faible revenu, dans un logement surpeuplé ou dans un quartier très défavorisé. D'autres recherches permettent d'ailleurs d'établir des liens entre un faible statut socioéconomique et une durée totale du sommeil réduite, notamment chez les enfants de 1 à 12 ans (voir la revue systématique de Sosso et autres 2021).

De nombreux facteurs participent à la consolidation du sommeil

Les résultats de l'ELDEQ 2 révèlent qu'environ la moitié (49 %) des bébés âgés d'au moins 5 mois dorment généralement six heures ou plus d'affilée durant la nuit. Au cours du mois précédant l'enquête, environ 13 % des bébés de cet âge ne s'éveillaient jamais durant la nuit, 52 % le faisaient une ou deux fois et 35 % le faisaient trois fois ou plus. Notons par ailleurs que la majorité (95 %) de leurs parents perçoivent ces éveils comme n'étant pas du tout ou légèrement problématiques.

Les comportements du parent lors de la mise au lit et des éveils nocturnes de l'enfant sont liés à la consolidation du sommeil du bébé. Une analyse des données de l'ELDEQ 1 a d'ailleurs montré que le comportement du parent à la suite d'un éveil nocturne de l'enfant était, parmi l'ensemble des facteurs analysés, le plus fortement lié à un sommeil continu de moins de 6 heures à 5 mois (Touchette et autres 2005). Rappelons cependant que les associations entre les comportements des parents et la consolidation du sommeil de l'enfant sont vraisemblablement bidirectionnelles : les comportements des parents peuvent influencer la consolidation du sommeil des enfants et les enfants qui s'éveillent plus souvent la nuit peuvent nécessiter davantage de soins de la part de leurs parents.

À environ 5 mois, les bébés allaités sont moins susceptibles que les autres de dormir au moins six heures d'affilée la nuit, et ce, tant chez ceux nés au Québec en 1997-1998 (Touchette et autres 2005) qu'en 2020-2021. De plus, on observe des relations entre l'allaitement et un plus grand nombre d'éveils nocturnes

chez les bébés dans la présente analyse et dans plusieurs autres recherches (Eaton-Evans et Dugdale 1988 ; Elias et autres 1986 ; Galbally et autres 2013 ; Mindell et autres 2012 ; Ramamurthy et autres 2012 ; cependant, voir Adair et autres 1990 et Kahn et autres 1989, qui ne relèvent pas ces relations). Cela reflète toutefois vraisemblablement l'incidence d'un plus court délai entre la demande de l'enfant et la réponse de son parent chez les bébés allaités que chez ceux qui sont nourris à la bouteille (étant donné le temps de préparation de la bouteille) plutôt qu'un effet de l'allaitement en soi (Pinilla et Birch 1993). Autrement dit, l'écart réduit entre la demande et la réponse chez les bébés allaités, et non l'allaitement, serait en cause dans cette association (Touchette et autres 2005).

Parmi les nombreux autres facteurs liés à la consolidation du sommeil des enfants dans la présente analyse, on retrouve aussi des caractéristiques de l'enfant (p. ex. sexe du bébé, être le premier enfant de la mère, état de santé perçu par le parent, statut d'allaitement, introduction des aliments solides), de ses parents (p. ex. lieu de naissance, plus haut diplôme obtenu) et du ménage (p. ex. type de famille, nombre d'enfants de 0 à 17 ans, surpeuplement du logement, présence de bruits dérangeants parvenant au logement, zone de résidence). Des analyses multivariées qui incluent des données tirées des prochains passages de l'étude permettront de mieux comprendre les liens entre ces divers facteurs et le sommeil des bébés à mesure que ces derniers grandissent.

Suivre l'évolution de la santé, de l'allaitement et du sommeil des bébés

Si les analyses présentées dans ce rapport demeurent utiles pour tracer un premier portrait de la santé, de l'alimentation et du sommeil des bébés à environ 5 mois, d'autres données et d'autres analyses seront toutefois nécessaires pour mieux comprendre les phénomènes en action et pour identifier les facteurs susceptibles de protéger les enfants qui sont davantage affectés par certaines inégalités sociales, économiques et de santé tôt dans leur vie.

Des données sur la santé, l'alimentation et le sommeil des bébés seront d'ailleurs recueillies tout au long de la petite enfance, ce qui nous permettra de suivre leur évolution au fil du temps. Dans quelques années, grâce à son caractère longitudinal, l'étude *Grandir au Québec* nous permettra ainsi de vérifier de quelles façons différents indicateurs liés à la santé, à l'alimentation, dont l'allaitement, et au sommeil des bébés durant la petite enfance sont associés à certains aspects du développement des enfants. Au fil des années, les facteurs de risque ou de protection identifiés favoriseront la réflexion sur les pratiques et les mesures à mettre en place dès la petite enfance afin que les enfants se développent à leur plein potentiel, tant sur le plan de la santé, que sur les plans scolaire et social.

Quelques définitions¹

Sentiment d'être incommodé ou dérangé par les bruits provenant des autres logements ou des espaces communs du bâtiment ou par le bruit extérieur

Deux questions ont été posées aux parents visant à savoir à quel point le bruit provenant des autres logements ou des espaces communs et le bruit provenant de l'extérieur (voitures, avions, travaux de construction, etc.) les incommodaient ou les dérangeaient. On considère qu'un parent est incommodé ou dérangé par ces types de bruit lorsqu'il a indiqué être moyennement, beaucoup ou extrêmement dérangé par l'une ou l'autre de ces deux sources de bruits.

Famille intacte

Famille composée d'un couple et d'enfants biologiques, légaux ou adoptés tous issus de l'union des membres du couple.

Famille monoparentale

Famille composée d'un seul parent, mère ou père, et d'au moins un enfant.

Famille recomposée

Famille formée d'un couple dont les membres cohabitent et vivent avec au moins un enfant issu d'une union antérieure. Le couple peut avoir ou non des enfants issus de leur union actuelle.

Indice de défavorisation matérielle et sociale

L'indice de défavorisation matérielle et sociale (IDMS), élaboré à partir de données recueillies lors des recensements, est une mesure géographique et relative de la défavorisation. Il comprend deux dimensions. La première, la dimension matérielle, porte sur les conditions économiques (proportion de personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires, revenu individuel moyen et proportion de personnes de 15 ans et plus ayant un emploi). La deuxième, la dimension sociale, reflète principalement les conditions sociales du milieu (proportion de personnes vivant seules, proportion de personnes de 15 ans et plus séparées, divorcées ou veuves et proportion de familles monoparentales). Chaque aire de diffusion reçoit une note de défavorisation pour ces deux dimensions. La distribution des notes de toutes les aires de diffusion est ensuite divisée en quintiles représentant chacun environ 20 % de la population. Dans l'enquête, on a assigné à chaque enfant l'indice de défavorisation de l'aire de diffusion correspondant à son code postal. Cet indice a été produit à partir du recensement de 2021.

1. Pour un portrait détaillé des caractéristiques des parents et du milieu de vie des bébés, consulter la publication suivante : statistique.quebec.ca/fr/fichier/milieu-vie-bebes-portrait-grandir-au-quebec.pdf. Les indicateurs portant sur les pratiques parentales et la santé des parents sont décrits de façon détaillée dans la publication suivante : [Pratiques et attitudes parentales, relations, santé et bien-être des mères et des pères. Un portrait à partir de l'étude Grandir au Québec.](#)

Logement considéré comme surpeuplé

L'indicateur de « surpeuplement » du logement créé à partir des données de l'enquête tient compte à la fois du nombre de chambres à coucher, du nombre de personnes dans le ménage, ainsi que de certaines caractéristiques de ces personnes (âge, sexe, lien entre elles). La Norme nationale d'occupation de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) a été retenue pour construire cet indicateur. Un logement est considéré comme surpeuplé s'il n'y a pas suffisamment de chambres.

Niveau de revenu du ménage

L'indicateur de revenu utilisé dans cette publication est un indicateur basé sur la mesure de faible revenu (MFR), une mesure relative qui est déterminée à l'aide du revenu avant impôt de tous les membres d'un ménage et du nombre de personnes qui composent ce ménage. La MFR correspond à un pourcentage fixe (50 %) du revenu ménager médian qui est ajusté en fonction du nombre de personnes dans le ménage.

L'indicateur de revenu du ménage utilisé dans cette publication est généralement divisé en trois catégories :

1. ménage à faible revenu : le revenu est sous le seuil de la mesure de faible revenu ;
2. ménage à revenu moyen-faible : le revenu est égal ou supérieur au seuil de la mesure de faible revenu, mais inférieur à deux fois le seuil ;
3. ménage à revenu moyen-élevé (le revenu est égal ou supérieur au double du seuil, mais inférieur à trois fois le seuil) ou à revenu élevé (le revenu est égal ou supérieur à trois fois le seuil).

Plus haut diplôme obtenu

Les parents ont été interrogés sur le plus haut diplôme qu'ils ont obtenu. Les différents types de diplôme ont été classés en quatre catégories de la façon suivante :

1. aucun diplôme ;
2. diplôme de niveau secondaire : inclut le diplôme d'études secondaires (DES), le certificat ou le diplôme d'une école de métiers ou d'un centre de formation professionnelle ;
3. diplôme de niveau collégial : inclut le diplôme d'études collégiales (DEC), l'attestation d'études collégiales (AEC) et le certificat d'études collégiales (CEC) ;
4. diplôme de niveau universitaire : inclut le baccalauréat, la maîtrise, le doctorat, les attestations, les certificats et les diplômes de premier cycle et des cycles supérieurs.

Zone de résidence

La zone de résidence donne une idée du niveau d'urbanisation du secteur dans lequel résidaient les bébés et leur famille au moment de l'enquête. Elle est déterminée à partir de la correspondance du code postal de la résidence des parents et les limites géographiques des régions métropolitaines de recensement (RMR) (100 000 habitants ou plus), des agglomérations de recensement (AR) (entre 10 000 et moins de 100 000 habitants) et des subdivisions de recensement (SDR) hors RMR-AR (de moins de 10 000 habitants) du Recensement canadien de 2021². Dans cette publication, l'indicateur est généralement divisé en quatre catégories :

1. région métropolitaine de Montréal (100 000 habitants ou plus) ;
2. autre région métropolitaine (100 000 habitants ou plus) ;
3. zone semi-urbaine (entre 10 000 et moins de 100 000 habitants) ;
4. zone rurale (moins de 10 000 habitants).

2. Pour plus d'information sur cet indicateur, consulter le site Web de Statistique Canada : www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-195-x/2021001/geo/cma-rmr/cma-rmr-fra.htm.

Bibliographie

ADAIR, R., et autres (1991). "Night waking during infancy: role of parental presence at bedtime", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 87, n° 4, avril, p. 500-504. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2011427/] (Consulté le 3 octobre 2024).

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2017, mise à jour le 15 mars 2021). *Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2017 : un rapport du Système canadien de surveillance périnatale*, [En ligne]. [www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-blessures/division-surveillance-sante-epidemiologie/sante-maternelle-infantile/indicateurs-sante-perinatale-2017.html] (Consulté le 5 juillet 2024).

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada. Un portrait national*, [En ligne], Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 470 p. [www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/hir-full-report-fra.pdf] (Consulté le 3 octobre 2024).

ALLEN, M. C. (2002). "Preterm outcomes research : A critical component of neonatal intensive care", *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, [En ligne], vol. 8, n° 4, novembre, p. 221-233. doi : [10.1002/mrdd.10044](https://doi.org/10.1002/mrdd.10044). (Consulté le 5 juillet 2024).

AVERSA, Z., et autres (2021). "Association of Infant Antibiotic Exposure With Childhood Health Outcomes", *Mayo Clinic Proceedings*, [En ligne], vol. 96, n° 1, janvier, p. 66-77. doi : [10.1016/j.mayocp.2020.07.019](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.07.019). (Consulté le 7 juillet 2024).

AZAD, M. B., et autres (2014). "Infant antibiotic exposure and the development of childhood overweight and central adiposity", *International Journal of Obesity*, [En ligne], vol. 38, n° 10, octobre, p. 1290-1298. doi : [10.1038/ijo.2014.119](https://doi.org/10.1038/ijo.2014.119). (Consulté le 7 juillet 2024).

BAIRD, J., et autres (2005). "Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity", *British Medical Journal*, [En ligne], vol. 331, n° 7522, octobre. doi : [10.1136/bmj.38586.411273.E0](https://doi.org/10.1136/bmj.38586.411273.E0). (Consulté le 7 juillet 2024).

BARKER, D. J. (1990). "The fetal and infant origins of adult disease", *British Medical Journal*, [En ligne], vol. 301, n° 6761, novembre, p. 1111-1111. doi : [10.1136/bmj.301.6761.1111](https://doi.org/10.1136/bmj.301.6761.1111). (Consulté le 16 septembre 2024).

BARKER, D. J. P. (1998). *Mothers, babies and health in later life*, 2^e édition, Edinburgh, Churchill Livingstone Edinburgh, 217 p.

BARKER, D. J. P., et autres (1989). "Weight in infancy and death from ischaemic heart disease", *The Lancet*, [En ligne], vol. 334, n° 8663, septembre, p. 577-580. doi : [10.1016/s0140-6736\(89\)90710-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(89)90710-1). (Consulté le 16 septembre 2024).

BARRY, E. S. (2021). "What Is "Normal" Infant Sleep? Why We Still Do Not Know", *Psychological reports*, [En ligne], vol. 124, n° 2, avril, p. 651-692. doi : [10.1177/0033294120909447](https://doi.org/10.1177/0033294120909447). (Consulté le 12 août 2024).

- BEAKE, S., et autres (2012). "A systematic review of structured compared with non-structured breast-feeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings", *Maternal & Child Nutrition*, [En ligne], vol. 8, n° 2, avril, p. 141-161. doi : [10.1111/j.1740-8709.2011.00381.x](https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00381.x). (Consulté le 5 juillet 2024).
- BELTRAND, J., et autres (2012). "Post-Term Birth is Associated with Greater Risk of Obesity in Adolescent Males", *The Journal of Pediatrics*, [En ligne], vol. 160, n° 5, mai, p. 769-773. doi : [10.1016/j.jpeds.2011.10.030](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.10.030). (Consulté le 7 juillet 2024).
- BERNIER, N. F. (2021). *Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales : tous ensemble pour la santé et le bien-être*, [En ligne], Québec, Institut national de santé publique du Québec, 64 p. [www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2781-reduire-vulnerabilite-inegalites-sociales.pdf] (Consulté le 3 octobre 2024).
- BINNS, C., M. LEE et W. Y. LOW (2016). "The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding", *Asia Pacific Journal of Public Health*, [En ligne], vol. 28, n° 1, janvier, p. 7-14. doi : [10.1177/1010539515624964](https://doi.org/10.1177/1010539515624964). (Consulté le 3 octobre 2024).
- BLUNDEN, S., et B. GALLAND (2014). "The complexities of defining optimal sleep: empirical and theoretical considerations with a special emphasis on children", *Sleep medicine reviews* [En ligne], vol. 18, n° 5, octobre, p. 371-378. doi : [10.1016/j.smrv.2014.01.002](https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.01.002). (Consulté le 12 août 2024).
- BOUCHER, O., et autres (2017). "Association between breastfeeding duration and cognitive development, autistic traits and ADHD symptoms : a multicenter study in Spain", *Pediatric Research*, [En ligne], vol. 81, n° 3, mars, p. 434-442. doi : [10.1038/pr.2016.238](https://doi.org/10.1038/pr.2016.238). (Consulté le 5 juillet 2024).
- BROWN, A., et N. SHENKER (2021). "Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support", *Maternal & Child Nutrition*, [En ligne], vol. 17, n° 1, janvier, p. e 13088. doi : [10.1111/mcn.13088](https://doi.org/10.1111/mcn.13088). (Consulté le 3 octobre 2024).
- CASE, A., A. FERTIG et C. PAXSON (2005). "The lasting impact of childhood health and circumstance", *Journal of Health Economics*, [En ligne], vol. 24, n° 2, mars, p. 365-389. doi : [10.1016/j.jhealeco.2004.09.008](https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.09.008). (Consulté le 5 juillet 2024).
- CASE, A., et C. PAXSON (2010). "Causes and consequences of early-life health", *Demography*, [En ligne], vol. 47, n° Suppl 1, mars, p. S65-85. doi : [10.1353/dem.2010.0007](https://doi.org/10.1353/dem.2010.0007). (Consulté le 7 juillet 2024).
- CASEY, B. M., D. D. MCINTIRE et K. J. LEVENO (2001). "The Continuing Value of the Apgar Score for the Assessment of Newborn Infants", *New England Journal of Medicine*, [En ligne], vol. 344, n° 7, février, p. 467-471. doi : [10.1056/nejm200102153440701](https://doi.org/10.1056/nejm200102153440701). (Consulté le 7 juillet 2024).
- CHU SAINT-JUSTINE (2021, mise à jour le 14 septembre 2022). *Allaitement*, [En ligne]. [www.chusj.org/fr/soins-services/A/Allaitement/Se-preparer-et-bien-debuter-l-allaitement/Bienfaits-de-l-allaitement] (Consulté le 18 juillet 2024).
- COLELLA, M., et autres (2018). "Neonatal and Long-Term Consequences of Fetal Growth Restriction", *Current Pediatric Reviews*, [En ligne], vol. 14, n° 4, janvier, p. 212-218. doi : [10.2174/1573396314666180712114531](https://doi.org/10.2174/1573396314666180712114531). (Consulté le 7 juillet 2024).

- DAHL, R. E. (1996). "The impact of inadequate sleep on children's daytime cognitive function", *Seminars in pediatric neurology* [En ligne], vol. 3, n° 1, Mars, p. 44-50. doi : [10.1016/s1071-9091\(96\)80028-3](https://doi.org/10.1016/s1071-9091(96)80028-3). (Consulté le 13 août 2024).
- DANIELZIK, S., et autres (2004). "Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 y-old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS)", *International Journal of Obesity*, [En ligne], vol. 28, n° 11, août, p. 1494-1502. doi : [10.1038/sj.ijo.0802756](https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802756). (Consulté le 10 juillet 2024).
- DORÉ, N., et D. LE HÉNAFF (2024). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les parents.*, [En ligne], Québec, Institut national de santé publique du Québec, 808 p. [www.inspq.qc.ca/sites/default/files/mieux-vivre/pdf/mieuxvivre2024_guide_complet.pdf] (Consulté le 23 février 2024).
- DOUCET, C. (2024). *Pratiques et attitudes parentales, relations, santé et bien-être des mères et des pères. Un portrait à partir de l'étude Grandir au Québec*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 123 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/pratiques-attitudes-parentales-relations-sante-bien-etre-portrait-grandir-au-quebec.pdf] (Consulté le 12 août 2024).
- DUBOIS, L., et autres (2000). « L'alimentation » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 54 p.
- DUIJTS, L., M. K. RAMADHANI et H. A. MOLL (2009). "Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review", *Maternal & Child Nutrition*, [En ligne], vol. 5, n° 3, juillet, p. 199-210. doi : [10.1111/j.1740-8709.2008.00176.x](https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2008.00176.x). (Consulté le 3 juillet 2024).
- DUONG, Q. A., et autres (2022). "Antibiotic exposure and adverse long-term health outcomes in children: A systematic review and meta-analysis", *Journal of Infection*, [En ligne], vol. 85, n° 3, septembre p. 213-300. doi : [10.1016/j.jinf.2022.01.005](https://doi.org/10.1016/j.jinf.2022.01.005). (Consulté le 10 juillet 2024).
- DURANDY, A. (2000). « Développement du système immunitaire spécifique chez le fœtus et le nouveau-né », *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique*, [En ligne], vol. 40, n° 1, janvier, p. 65-69. doi : [10.1016/S.0335-7457\(00\)80023-4](https://doi.org/10.1016/S.0335-7457(00)80023-4). (Consulté le 10 juillet 2024).
- EATON-EVANS, J., et A. E. DUGDALE (1988). "Sleep patterns of infants in the first year of life", *Archives of Disease in Childhood*, [En ligne], vol. 63, n° 6, juin, p. 647-649. doi : [10.1136/adc.63.6.647](https://doi.org/10.1136/adc.63.6.647). (Consulté le 3 octobre 2024).
- ELIAS, M. F., et autres (1986). "Sleep/wake patterns of breast-fed infants in the first 2 years of life", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 77, n° 3, mars, p. 322-329. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3951913/] (Consulté le 3 octobre 2024).
- EL MARROUN, H., et autres (2012). "Post-term birth and the risk of behavioural and emotional problems in early childhood", *International Journal of Epidemiology*, [En ligne], vol. 41, n° 3, avril, p. 773-781. doi : [10.1093/ije/dys043](https://doi.org/10.1093/ije/dys043). (Consulté le 14 juin 2024).
- GAINI, M., et autres (2020). *Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance*, [En ligne], France, Institut national de la statistique et des études économiques, 18 p. [www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/4928952/FPS2020.pdf] (Consulté le 3 octobre 2024).

- GALBALLY, M., et autres (2013). "Breastfeeding and infant sleep patterns: an Australian population study", *Journal of paediatrics and child health*, [En ligne], vol. 49, n° 2, février, p. E 147-152. doi : [10.1111/jpc.12089](https://doi.org/10.1111/jpc.12089). (Consulté le 3 octobre 2024).
- GALLAND, B. C., et autres (2012). "Normal sleep patterns in infants and children: a systematic review of observational studies", *Sleep medicine reviews*, [En ligne], vol. 16, n° 3, juin, p. 213-222. doi : [10.1016/j.smrv.2011.06.001](https://doi.org/10.1016/j.smrv.2011.06.001). (Consulté le 12 août 2024).
- GASCOIN, G., et C. FLAMANT (2013). « Conséquences à long terme des enfants nés dans un contexte de retard de croissance intra-utérin et/ou petits pour l'âge gestationnel », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, [En ligne], vol. 42, n° 8, décembre, p. 911-920. doi : [10.1016/j.jgyn.2013.09.014](https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.09.014). (Consulté le 11 juillet 2024).
- GAUDINEAU, A. (2013). « Prévalence, facteurs de risque et morbi-mortalité materno-fœtale des troubles de la croissance fœtale », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, [En ligne], vol. 42, n° 8, décembre, p. 895-910. doi : [10.1016/j.jgyn.2013.09.013](https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.09.013). (Consulté le 11 juillet 2024).
- GIBSON, R., D. ELDER et P. GANDER (2012). "Actigraphic sleep and developmental progress of one-year-old infants", *Sleep and Biological Rhythms*, [En ligne], vol. 10, n° 2, avril, p. 77-83. doi : [10.1111/j.1479-8425.2011.00525.x](https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2011.00525.x). (Consulté le 8 août 2024).
- GRABER, E. G. (2023). « Croissance physique des nourrissons et des enfants », *Le Manuel Merck Version pour professionnels de la santé*, [En ligne]. [\[www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/p%C3%A9diatrie/croissance-et-d%C3%A9veloppement/croissance-physique-des-nourrissons-et-des-enfants\]](https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/p%C3%A9diatrie/croissance-et-d%C3%A9veloppement/croissance-physique-des-nourrissons-et-des-enfants) (Consulté le 11 juillet 2024).
- GREGORY, A. M., et A. SADEH (2016). "Annual Research Review: Sleep problems in childhood psychiatric disorders – a review of the latest science", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, [En ligne], vol. 57, n° 3, mars, p. 296-317. doi : [10.1111/jcpp.12469](https://doi.org/10.1111/jcpp.12469). (Consulté le 8 août 2024).
- GÜNGÖR, D., et autres (2019). "Infant milk-feeding practices and childhood leukemia: a systematic review", *The American Journal of Clinical Nutrition*, [En ligne], vol. 109, n° Suppl, mars, p. 757s-771s. doi : [10.1093/ajcn/nqy306](https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy306). (Consulté le 3 octobre 2024).
- HAIEK, L. N., et autres (2006). « L'allaitement maternel au Québec : coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales », *Zoom santé*, [En ligne], octobre, Institut de la statistique du Québec, 4 p. [\[statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-1-lallaitement-maternel-au-quebec-coup-doeil-sur-les-pratiques-provinciales-et-regionales.pdf\]](https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-1-lallaitement-maternel-au-quebec-coup-doeil-sur-les-pratiques-provinciales-et-regionales.pdf).
- HARDER, T., et autres (2005). "Duration of Breastfeeding and Risk of Overweight: A Meta-Analysis", *American Journal of Epidemiology*, [En ligne], vol. 162, n° 5, septembre, p. 397-403. doi : [10.1093/aje/kwi222](https://doi.org/10.1093/aje/kwi222). (Consulté le 12 septembre 2024).
- HARRISON, D., et autres (2017). "Sweet Solutions to Reduce Procedural Pain in Neonates: A Meta-analysis", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 139, n° 1, janvier, p. e20160955. doi : [10.1542/peds.2016-0955](https://doi.org/10.1542/peds.2016-0955). (Consulté le 18 juillet 2024).
- HIRSCH, A. G., et autres (2017). "Early-life antibiotic use and subsequent diagnosis of food allergy and allergic diseases", *Clinical & Experimental Allergy*, [En ligne], vol. 47, n° 2, février, p. 236-244. doi : [10.1111/cea.12807](https://doi.org/10.1111/cea.12807). (Consulté le 10 juillet 2024).

- HONG, J., et autres (2024). "Five-minute Apgar score and risk of neonatal mortality, severe neurological morbidity and severe non-neurological morbidity in term infants – an Australian population-based cohort study", *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, [En ligne], vol. 44, mars, p. 101011. doi : [10.1016/j.lanwpc.2024.101011](https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2024.101011). (Consulté le 11 juillet 2024).
- HORVÁTH, K., et autres (2015). "Napping facilitates word learning in early lexical development", *Journal of Sleep Research*, [En ligne], vol. 24, n° 5, octobre, p. 503-509. doi : [10.1111/jsr.12306](https://doi.org/10.1111/jsr.12306). (Consulté le 8 août 2024).
- HUPBACH, A., et autres (2009). "Nap-dependent learning in infants", *Developmental Science*, [En ligne], vol. 12, n° 6, novembre, p. 1007-1012. doi : [10.1111/j.1467-7687.2009.00837.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2009.00837.x). (Consulté le 8 août 2024).
- INDRIO, F., et autres (2023). "The key 1000 life-changing days", *Global Pediatrics*, [En ligne], vol. 4, juin, p. 100049. doi : [10.1016/j.gped.2023.100049](https://doi.org/10.1016/j.gped.2023.100049). (Consulté le 11 juillet 2024).
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2009). *Nés trop vite et trop petits : étude sur les bébés de faible poids au Canada*, [En ligne], Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 111 p. [secure.cihi.ca/free_products/too_early_too_small_fr.pdf] (Consulté le 8 août 2024).
- JEON, M., D. DIMITRIOU et E. J. HALSTEAD (2021). "A Systematic Review on Cross-Cultural Comparative Studies of Sleep in Young Populations: The Roles of Cultural Factors", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [En ligne], vol. 18, n° 4, février. doi : [10.3390/ijerph18042005](https://doi.org/10.3390/ijerph18042005). (Consulté le 3 octobre 2024).
- KAHN, A., et autres (1989). "Milk intolerance in children with persistent sleeplessness: a prospective double-blind crossover evaluation", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 84, n° 4, octobre, p. 595-603. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2780120/] (Consulté le 3 octobre 2024).
- KNOP, M. R., et autres (2018). "Birth Weight and Risk of Type 2 Diabetes Mellitus, Cardiovascular Disease, and Hypertension in Adults: A Meta-Analysis of 7 646 267 Participants From 135 Studies", *Journal of the American Heart Association*, [En ligne], vol. 7, n° 23, novembre, p. e 008870. doi : [doi:10.1161/JAHA.118.008870](https://doi.org/10.1161/JAHA.118.008870). (Consulté le 16 septembre 2024).
- KOLEILAT, M., S. E. WHALEY et C. CLAPP (2022). "The Impact of COVID-19 on Breastfeeding Rates in a Low-Income Population", *Breastfeeding Medicine*, [En ligne], vol. 17, n° 1, janvier, p. 33-37. doi : [10.1089/bfm.2021.0238](https://doi.org/10.1089/bfm.2021.0238). (Consulté le 3 septembre 2024).
- KRAMER, M. S., et autres (2001). "A New and Improved Population-Based Canadian Reference for Birth Weight for Gestational Age", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 108, n° 2, août, p. e35-e35. doi : [10.1542/peds.108.2.e35](https://doi.org/10.1542/peds.108.2.e35). (Consulté le 26 juillet 2024).
- KRAMER, M. S., et autres (2000). "Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly?", *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, [En ligne], vol. 14, n° 3, juillet, p. 194-210. doi : [10.1046/j.1365-3016.2000.00266.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-3016.2000.00266.x). (Consulté le 3 octobre 2024).
- KRONMAN, M. P., et autres (2012). "Antibiotic exposure and IBD development among children: a population-based cohort study", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 130, n° 4, octobre, p. 794-803. doi : [10.1542/peds.2011-3886](https://doi.org/10.1542/peds.2011-3886). (Consulté le 11 juillet 2024).

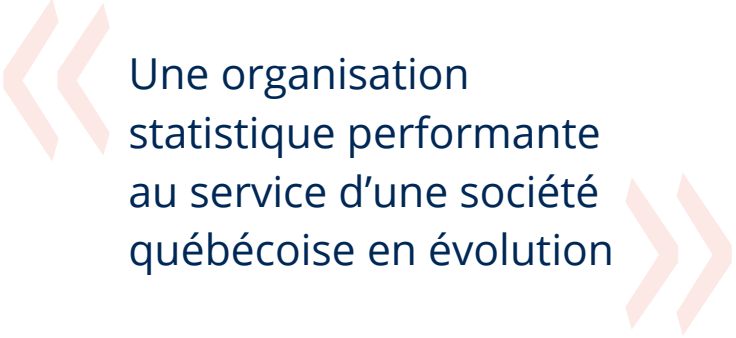
- LAVOIE, A., et S. DALY (2024). *L'expérience périnatale des parents. Un portrait à partir de l'étude Grandir au Québec*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 103 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/experience-perinatale-parents-portrait-grandir-au-quebec.pdf] (Consulté le 3 octobre 2024).
- LAVOIE, A., et C. FONTAINE (2016). *Mieux connaître la parentalité au Québec. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 259 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/mieux-connaître-la-parentalite-au-quebec-un-portrait-a-partir-de-enquete-quebecoise-sur-l'experience-des-parents-d'enfants-de-0-a-5-ans-2015.pdf] (Consulté le 11 juillet 2024).
- LEROY, C., et autres (2018). « Construction de l'indicateur "petit poids pour âge gestationnel" dans deux régions belges », *Revue de Médecine Périnatale*, [En ligne], vol. 10, n° 1, avril, p. 59-72. doi : [10.1007/s12611-017-0407-y](https://doi.org/10.1007/s12611-017-0407-y). (Consulté le 12 juillet 2024).
- LIU, F., et autres (2022). "Breastfeeding and overweight/obesity among children and adolescents: a cross-sectional study", *BMC Pediatrics*, [En ligne], vol. 22, n° 1, juin, p. 347. doi : [10.1186/s12887-022-03394-z](https://doi.org/10.1186/s12887-022-03394-z). (Consulté le 5 juillet 2024).
- LUKOWSKI, A. F., et H. M. MILOJEVICH (2013). "Sleeping like a baby: Examining relations between habitual infant sleep, recall memory, and generalization across cues at 10 months", *Infant Behavior and Development*, [En ligne], vol. 36, n° 3, juin, p. 369-376. doi : [10.1016/j.infbeh.2013.02.001](https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.02.001). (Consulté le 8 août 2024).
- MANTOURA, P., et V. MORISSON (2016). *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*, [En ligne], Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 23 p. [www.ccnpps.ca/docs/2016_Ineq_Ineq_ApprochesPPInegalites_Fr.pdf] (Consulté le 22 août 2024).
- MAZZA, S., et autres (2024). « Sommeil, cognition et apprentissage chez l'enfant et l'adolescent », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, [En ligne], vol. 208, n° 7, août, p. 920-927. doi : [10.1016/j.banm.2024.02.020](https://doi.org/10.1016/j.banm.2024.02.020). (Consulté le 16 septembre 2024).
- MCDONALD, L., et autres (2014). "Predictors of shorter sleep in early childhood", *Sleep Medicine*, [En ligne], vol. 15, n° 5, mai, p. 536-540. doi : [10.1016/j.sleep.2014.01.005](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.01.005). (Consulté le 13 août 2024).
- MCKENZIE-SAMPSON, S., et autres (2020). *Portrait des naissances prématurées au Québec de 1981 à 2017*, [En ligne], Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, 7 p. [www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2674_portrait_naissances_prematurees.pdf] (Consulté le 11 juillet 2024).
- MINDELL, J. A., et C. LEE (2015). "Sleep, mood, and development in infants", *Infant Behavior and Development*, [En ligne], vol. 41, novembre, p. 102-107. doi : [10.1016/j.infbeh.2015.08.004](https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.08.004). (Consulté le 13 août 2024).
- MINDELL, J. A., J. A. OWENS et M. A. CARSKADON (1999). "Developmental features of sleep", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, [En ligne], vol. 8, n° 4, octobre, p. 695-725. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10553199/] (Consulté le 13 août 2024).
- MINDELL, J. A., et autres (2009). "A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood", *Sleep*, [En ligne], vol. 32, n° 5, mai, p. 599-606. doi : [10.1093/sleep/32.5.599](https://doi.org/10.1093/sleep/32.5.599). (Consulté le 8 août 2024).

- MINDELL, J. A., et autres (2012). "Long-Term Relationship Between Breastfeeding and Sleep", *Children's Health Care*, [En ligne], vol. 41, n° 3, juillet, p. 190-203. doi : [10.1080/02739615.2012.685038](https://doi.org/10.1080/02739615.2012.685038). (Consulté le 3 octobre 2024).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*, [En ligne], Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 174 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf]. (Consulté le 3 octobre 2024).
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (2020). *Les 1000 premiers jours – Là où tout commence*, [En ligne], France, Ministère des Solidarités et de la Santé. [sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf] (Consulté le 11 juillet 2024).
- MIRMIRAN, M., R. B. BALDWIN et R. L. ARIAGNO (2003). "Circadian and sleep development in preterm infants occurs independently from the influences of environmental lighting", *Pediatric Research*, [En ligne], vol. 53, n° 6, juin, p. 933-938. doi : [10.1203/01.Pdr.0000061541.94620.12](https://doi.org/10.1203/01.Pdr.0000061541.94620.12). (Consulté le 12 août 2024).
- MOORE, T., et autres (2017). *The First Thousand Days: An Evidence Paper*, [En ligne], Parkville, Victoria, Centre for Community Child Health, 99 p. [www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccchdev/CCCH-The-First-Thousand-Days-An-Evidence-Paper-September-2017.pdf] (Consulté le 12 juillet 2024).
- MORALES-MUÑOZ, I., et autres (2019). "The role of parental circadian preference in the onset of sleep difficulties in early childhood", *Sleep Medicine*, [En ligne], vol. 54, février, p. 223-230. doi : [10.1016/j.sleep.2018.10.039](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.10.039). (Consulté le 13 août 2024).
- NAÎTRE ET GRANDIR (2022, mise à jour en décembre 2022). *Sommeil : les effets sur le développement et le comportement* [En ligne]. [naitreetgrandir.com/fr/etape/5-8-ans/vie-famille/sommeil-effets-developpement-comportement/]. (Consulté le 29 juillet 2024).
- NEILL, G., B. BEAUVAIS et N. PLANTE (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 91 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/recueil-statistique-sur-lallaitement-maternel-au-quebec-2005-2006.pdf] (Consulté le 3 octobre 2024).
- NEVAREZ, M. D., et autres (2010). "Associations of early life risk factors with infant sleep duration", *Academic Pediatrics*, [En ligne], vol. 10, n° 3, mai, p. 187-193. doi : [10.1016/j.acap.2010.01.007](https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.01.007). (Consulté le 13 août 2024).
- ODDY, W. H. (2001). "Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of the evidence", *Breastfeed Review*, [En ligne], vol. 9, n° 2, juillet, p. 11-18. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11550600/] (Consulté le 5 juillet 2024).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2020). *Lignes directrices sur l'activité physique, la sédentarité et le sommeil chez les enfants de moins de 5 ans*, [En ligne], Genève, Organisation mondiale de la santé, 22 p. [iris.who.int/handle/10665/331751] (Consulté le 15 juillet 2024).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2024). *Allaitement maternel*, [En ligne]. [www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding#tab=tab_3] (Consulté le 26 juillet 2024).
- OWENS, J. A. (2001). "The practice of pediatric sleep medicine: results of a community survey", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 108, n° 3, septembre, p. E51. doi : [10.1542/peds.108.3.e51](https://doi.org/10.1542/peds.108.3.e51). (Consulté le 8 août 2024).

- PAAVONEN, E. J., et autres (2020). "Normal sleep development in infants: findings from two large birth cohorts", *Sleep Medicine*, [En ligne], vol. 69, mai, p. 145-154. doi : [10.1016/j.sleep.2020.01.009](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.01.009). (Consulté le 12 août 2024).
- PANICO, L., TÔ MAXIME et T. OLIVIER (2015). « La fréquence des naissances de petit poids : quelle influence a le niveau d'instruction des mères ? », *Population & Sociétés*, [En ligne], vol. 2015/6, n° 523, juin, p. 1-4. doi : [10.3917/popsoc.523.0001](https://doi.org/10.3917/popsoc.523.0001). (Consulté le 16 septembre 2024).
- PAQUET, G., M. GIRARD et L. DUBOIS (2001). *Conditions de vie, santé et développement, section II – Inégalités sociales et devenir des enfants, Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec. [www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/publications/bebe_no3.pdf] (Consulté le 26 juillet 2024).
- PARUTHI, S., et autres (2016). "Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine", *Journal of Clinical Sleep Medicine*, [En ligne], vol. 12, n° 6, juin, 785-786 p. doi : [10.5664/jcsm.5866](https://doi.org/10.5664/jcsm.5866). (Consulté le 13 août 2024).
- PENNESTRI, M. H., et autres (2020). "Sleeping through the night or through the nights?", *Sleep Medicine*, [En ligne], vol. 76, décembre, p. 98-103. doi : [10.1016/j.sleep.2020.10.005](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.10.005). (Consulté le 13 août 2024).
- PENNESTRI, M. H., et autres (2018). "Uninterrupted Infant Sleep, Development, and Maternal Mood", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 142, n° 6, décembre, p. 102-107. doi : [10.1542/peds.2017-4330](https://doi.org/10.1542/peds.2017-4330). (Consulté le 13 août 2024).
- PERIN, J., et autres (2022). "Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals", *The Lancet Child & Adolescent Health*, [En ligne], vol. 6, n° 2, février, p. 106-115. doi : [10.1016/s2352-4642\(21\)00311-4](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00311-4). (Consulté le 15 juillet 2024).
- PETIT, D., et J. MONTPLAISIR (2020). *Conséquences d'un court ou mauvais sommeil chez le jeune enfant*, [En ligne]. [www.enfant-encyclopedie.com/sommeil/selon-experts/consequences-dun-court-ou-mauvais-sommeil-chez-le-jeune-enfant] (Consulté le 13 août 2024).
- PINILLA, T., et L. L. BIRCH (1993). "Help me make it through the night: behavioral entrainment of breast-fed infants' sleep patterns", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 91, n° 2, février, p. 436-444. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8424024/] (Consulté le 3 octobre 2024).
- POSFAY-BARBE, K. M., D. M. ZERR et D. PITTET (2008). "Infection control in paediatrics", *The Lancet Infectious Diseases*, [En ligne], vol. 8, n° 1, janvier, p. 19-31. doi : [10.1016/S1473-3099\(07\)70310-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(07)70310-9). (Consulté le 20 juin 2024).
- RAMAMURTHY, M. B., et autres (2012). "Effect of current breastfeeding on sleep patterns in infants from Asia-Pacific region", *Journal of Paediatrics and Child Health*, [En ligne], vol. 48, n° 8, août, p. 669-674. doi : [10.1111/j.1440-1754.2012.02453.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2012.02453.x). (Consulté le 3 octobre 2024).
- RAMASWAMY, V. V., et autres (2021). "ELBW and ELGAN outcomes in developing nations-Systematic review and meta-analysis", *PLoS One*, [En ligne], vol. 16, n° 8, août. doi : [10.1371/journal.pone.0255352](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255352). (Consulté le 18 juillet 2024).

- RAZAZ, N., et autres (2019). "One-minute and five-minute Apgar scores and child developmental health at 5 years of age: a population-based cohort study in British Columbia, Canada", *BMJ Open*, [En ligne], vol. 9, n° 5, mai, p. e 027655. doi : [10.1136/bmjopen-2018-027655](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027655). (Consulté le 15 juin 2024).
- RISNES, K. R., et autres (2011). "Antibiotic exposure by 6 months and asthma and allergy at 6 years: Findings in a cohort of 1,401 US children", *American Journal of Epidemiology*, [En ligne], vol. 173, n° 3, février, p. 310-318. doi : [10.1093/aje/kwq400](https://doi.org/10.1093/aje/kwq400). (Consulté le 15 juillet 2024).
- SADEH, A. (2007). "Consequences of Sleep Loss or Sleep Disruption in Children", *Sleep Medicine Clinics*, [En ligne], vol. 2, n° 3, septembre, p. 513-520. doi : [10.1016/j.jsmc.2007.05.012](https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2007.05.012). (Consulté le 13 août 2024).
- SADEH, A., et autres (2009). "Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study", *Journal of Sleep Research*, [En ligne], vol. 18, n° 1, Mars, p. 60-73. doi : [10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x). (Consulté le 12 août 2024).
- SADEH, A., L. TIKOTZKY et A. SCHER (2010). "Parenting and infant sleep", *Sleep Medicine Reviews*, [En ligne], vol. 14, n° 2, avril, p. 89-96. doi : [10.1016/j.smrv.2009.05.003](https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.05.003). (Consulté le 8 août 2024).
- SANTÉ CANADA (2024). *Votre enfant est-il en sécurité ? À l'heure du coucher*, [En ligne], Ottawa, Santé Canada, 27 p. [www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/cps-spc/alt_formats/pdf/pubs/cons/child-enfant/sleep-coucher-fra.pdf] (Consulté le 16 septembre 2024).
- SARDA, S. P., G. SARRI et C. SIFFEL (2021). "Global prevalence of long-term neurodevelopmental impairment following extremely preterm birth: a systematic literature review", *Journal of International Medical Research*, [En ligne], vol. 49, n° 7, juillet. doi : [10.1177/03000605211028026](https://doi.org/10.1177/03000605211028026). (Consulté le 18 juillet 2024).
- SCHER, A. (2005). "Infant sleep at 10 months of age as a window to cognitive development", *Early Human Development*, [En ligne], vol. 81, n° 3, mars, p. 289-292. doi : [10.1016/j.earlhumdev.2004.07.005](https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.07.005). (Consulté le 8 août 2024).
- SÉGUIN, L., et autres (2001). *Conditions de vie, santé et développement, section I – Pauvreté, conditions de naissance et santé des nourrissons*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec. [www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/publications/bebe_no3.pdf] (Consulté le 18 juillet 2024).
- SHARMA, D., S. SHASTRI et P. SHARMA (2016). "Intrauterine Growth Restriction: Antenatal and Postnatal Aspects", *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, [En ligne], vol. 10, juillet, p. 67-83. doi : [10.4137/CMPed.S40070](https://doi.org/10.4137/CMPed.S40070). (Consulté le 18 juillet 2024).
- SIMON, L. V., M. F. HASHMI et B. N. BRAGG (2023). *APGAR Score*, StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2018, décembre 2018). « De saines habitudes de sommeil pour votre bébé et votre enfant », *Soins de nos enfants*, [En ligne], [soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/healthy-living/healthy-sleep-for-your-baby-and-child] (Consulté le 12 août 2024).
- SOSSO, F. A. E., S. D. HOLMES et A. A. WEINSTEIN (2021). "Influence of socioeconomic status on objective sleep measurement: A systematic review and meta-analysis of actigraphy studies", *Sleep Health*, [En ligne], vol. 7, n° 4, août, p. 417-428. doi : [10.1016/j.sleh.2021.05.005](https://doi.org/10.1016/j.sleh.2021.05.005). (Consulté le 3 octobre 2024).
- SPENCER, N. (2003). *Weighing the evidence: how is birthweight determined?*, United States CRC Press, 71 p.

- SU, Q., et autres (2021). "Breastfeeding and the risk of childhood cancer: a systematic review and dose-response meta-analysis", *BMC Medicine*, [En ligne], vol. 19, n° 1, avril, p. 90. doi : [10.1186/s12916-021-01950-5](https://doi.org/10.1186/s12916-021-01950-5). (Consulté le 3 octobre 2024).
- TORCHIN, H., et autres (2015). « Épidémiologie de la prématurité : prévalence, évolution, devenir des enfants », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, [En ligne], vol. 44, n° 8, octobre, p. 723-731. doi : [10.1016/j.jgyn.2015.06.010](https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.06.010). (Consulté le 15 juillet 2024).
- TORCHIN, H., et L. FOIX-L'HÉLIAS (2019). « Devenir des enfants prématurés », *Perfectionnement en Pédiatrie*, [En ligne], vol. 2, n° 4, décembre, p. 314-320. doi : [10.1016/j.perped.2019.10.007](https://doi.org/10.1016/j.perped.2019.10.007). (Consulté le 15 juillet 2024).
- TOUCHETTE, E., et autres (2013). "Genetic and environmental influences on daytime and nighttime sleep duration in early childhood", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 131, n° 6, juin, p. e1874-1880. doi : [10.1542/peds.2012-2284](https://doi.org/10.1542/peds.2012-2284). (Consulté le 13 août 2024).
- TOUCHETTE, E., et autres (2005). "Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood", *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, [En ligne], vol. 159, n° 3, mars, p. 242-249. doi : [10.1001/archpedi.159.3.242](https://doi.org/10.1001/archpedi.159.3.242). (Consulté le 12 août 2024).
- TOUCHETTE, E., et autres (2009). "Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: New perspectives", *Sleep Medicine Reviews*, [En ligne], vol. 13, n° 5, octobre, p. 355-361. doi : [10.1016/j.smrv.2008.12.001](https://doi.org/10.1016/j.smrv.2008.12.001). (Consulté le 13 août 2024).
- TURCK, D., et autres (2013). « Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère », *Archives de Pédiatrie*, [En ligne], vol. 20, novembre, p. S29-S48. doi : [10.1016/S0929-693X\(13\)72251-6](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(13)72251-6). (Consulté le 23 juillet 2024).
- UNICEF (2022). « L'allaitement maternel exclusif : une nécessité absolue », *UNICEF*, [En ligne], [www.unicef.fr/article/l-allaitement-maternel-exclusif-une-necessite-absolue/] (Consulté le 15 juillet 2024).
- US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (2016). "Primary Care Interventions to Support Breastfeeding: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement", *JAMA*, [En ligne], vol. 316, n° 16, octobre, p. 1688-1693. doi : [10.1001/jama.2016.14697](https://doi.org/10.1001/jama.2016.14697). (Consulté le 5 juillet 2024).
- WILLIAMSON, A. A., et autres (2019). "Child sleep behaviors and sleep problems from infancy to school-age", *Sleep Medicine*, [En ligne], vol. 63, novembre, p. 5-8. doi : [10.1016/j.sleep.2019.05.003](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.05.003). (Consulté le 12 août 2024).
- WILSON, K., et autres (2022). "The association between duration of breastfeeding and childhood asthma outcomes", *Annals Allergy, Asthma & Immunology*, [En ligne], vol. 129, n° 2, août, p. 205-211. doi : [10.1016/j.anai.2022.04.034](https://doi.org/10.1016/j.anai.2022.04.034). (Consulté le 5 juillet 2024).
- WOODWARD, L. J., et K. A. LIBERTY (2017, juin 2017). « Allaitement et développement psychosocial de l'enfant », Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, [En ligne], [www.enfant-encyclopedie.com/allaitement-maternel/selon-experts/allaitement-et-developpement-psychosocial-de-lenfant/] (Consulté le 25 juillet 2024).
- YOSHII, K., et autres (2024). "Association Between Birth Weight and Prevalence of Cardiovascular Disease and Other Lifestyle-related Diseases Among the Japanese Population: The JPHC-NEXT Study", *Journal of Epidemiology*, [En ligne], vol. 34, n° 7, juillet, p. 307-315. doi : [10.2188/jea.JE20230045](https://doi.org/10.2188/jea.JE20230045). (Consulté le 16 septembre 2024).



Une organisation
statistique performante
au service d'une société
québécoise en évolution

statistique.quebec.ca