

Plan régional de santé publique 2010–2015

Des enfants qui naissent et se développent en santé

Orientation

Plan régional de santé publique 2010–2015

Des enfants qui naissent et se développent en santé

Orientation

Une réalisation des secteurs **Tout-petits** – Jeunes
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Sous la direction de
Francine Trickey

Coordination des travaux et soutien à la rédaction
Yolande Marchand
Isabelle Samson

Révision
Danièle Dorval
Sylvie Lavoie
Monique Messier

Collaboratrices
Julie Beauvais
Julie Bédard
Johanne Bienvenue
Irma Clapperton
Danielle Dorval
Danielle Durand
Monique Elliott
Danielle Guay
Marie Jacques
Linda Langlais
Marie-José Legault

Remerciements
Laurence Boucheron
Martine Comeau
Marie-Hélène Doucet
Isabelle Laurin

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011)
Tous droits réservés

ISBN : 978-2-89673-085-8 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89673-086-5 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2011

Prix : 8\$



Mot du directeur

Il nous fait plaisir de vous présenter le plan d'action stratégique de l'orientation 1 : *Des enfants qui naissent et se développent en santé.*

On ne rappelle jamais assez l'importance d'assurer un bon départ dans la vie pour tous les enfants qui viennent au monde. Encore aujourd'hui à Montréal, des enfants connaîtront des difficultés dès leur naissance et souvent elles perdureront toute leur enfance, leur laissant ainsi peu de chances de bien amorcer leur entrée scolaire.

Depuis maintenant cinq ans, le secteur Tout-petits analyse les données montréalaises sur les tout-petits et leurs familles, suit et évalue des programmes visant à les soutenir, et travaille de concert avec de multiples partenaires pour élargir l'action sur les déterminants de la santé afin d'améliorer la situation des familles, particulièrement celles vivant en contexte de vulnérabilité.

Nos principaux partenaires, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de l'île de Montréal, participent eux aussi à cet effort et se sont donné des plans d'action locaux visant à déployer des actions préventives auprès de leurs diverses clientèles.

Le présent plan d'action stratégique s'inscrit dans cette continuité et présente, pour les cinq prochaines années, les priorités du secteur Tout-petits et les stratégies et moyens qui sont retenus.

Nous convions l'ensemble de nos partenaires à relever avec nous le défi d'améliorer d'ici cinq ans la situation des enfants montréalais, notamment sur le plan de leur santé, leur bien-être et leurs conditions de vie. Un bon départ dans la vie des tout-petits est porteur d'une société plus juste envers ces citoyens, ceux-là mêmes qui contribueront à la façonner demain.



Richard Lessard

Table des matières

Mot du directeur	1
1 - Un mandat centré sur le développement optimal des enfants de 0-5 ans	5
2 - Le contexte de la planification stratégique pour les tout-petits	7
3 - Un bref regard sur la situation des enfants de 0-5 ans et leurs familles	9
4 - Cibler pour mieux performer	13
5 - Des actions pour atteindre des résultats	15
5.1 - Accroître l'accès et la continuité des services préventifs en périnatalité et petite enfance et augmenter les pratiques cliniques préventives	15
5.2 - Soutenir l'allaitement et une alimentation adéquate pour les femmes enceintes et les tout-petits	17
5.3 - Accroître le temps physiquement actif des enfants de 0-5 ans	19
5.4 - Améliorer l'accès et la qualité des services d'accompagnement et de soutien pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité	21
5.5 - Accroître l'accès aux services éducatifs de qualité et aux ressources et services favorables au développement des enfants dans la communauté	22
5.6 - Réduire les traumatismes	23
6 - Des stratégies et des moyens de réalisation	25
6.1 - L'acquisition de connaissances par la surveillance, la recherche et l'innovation	25
6.2 - Le soutien à la promotion et la prévention ainsi qu'au développement de compétences	26
6.3 - Le soutien au partenariat (action intersectorielle) et au développement de politiques publiques	26
6.4 - L'appréciation de la performance et de la qualité des programmes et activités	26
7 - Offre de services préventifs	27
8 - Conclusion	29
9 - Références	31
10 - Bibliographie	35
Annexe A - Le tronc commun DSP-CSSS 2009 – Orientation 1	37
Annexe B - Planification stratégique 2010-2015 pour les 0-5 ans	41
Bon de commande	45

Liste des sigles et acronymes

AMIS	Approche multidisciplinaire intégrée en stimulation
ASSSM	Agence de santé et de services sociaux (de Montréal)
CAT	Centre d'abandon du tabac
CÉS	Centre d'éducation à la santé
CH	Centre hospitalier
CJ	Centre jeunesse
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DDM	Dispensaire diététique de Montréal
DSP	Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
ÉLDEQ	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IAB	Initiative des Amis des bébés
IEP	Interventions éducatives précoces
IMDPE	Instrument de mesure du développement en petite enfance
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRISPC	Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations au Canada
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OLO	Oeufs, lait, jus d'orange – programme d'aide alimentaire aux femmes enceintes
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAG	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids
PCP	Pratiques cliniques préventives
PI	Plan d'intervention
PLSP	Plan local de santé publique
PNSP	Programme national de santé publique
PRSP	Plan régional de santé publique
PSI	Plan de services individualisé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SCP	Société canadienne de pédiatrie
SGE	Services de garde éducatifs
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada



1 Un mandat centré sur le développement optimal des enfants de 0-5 ans

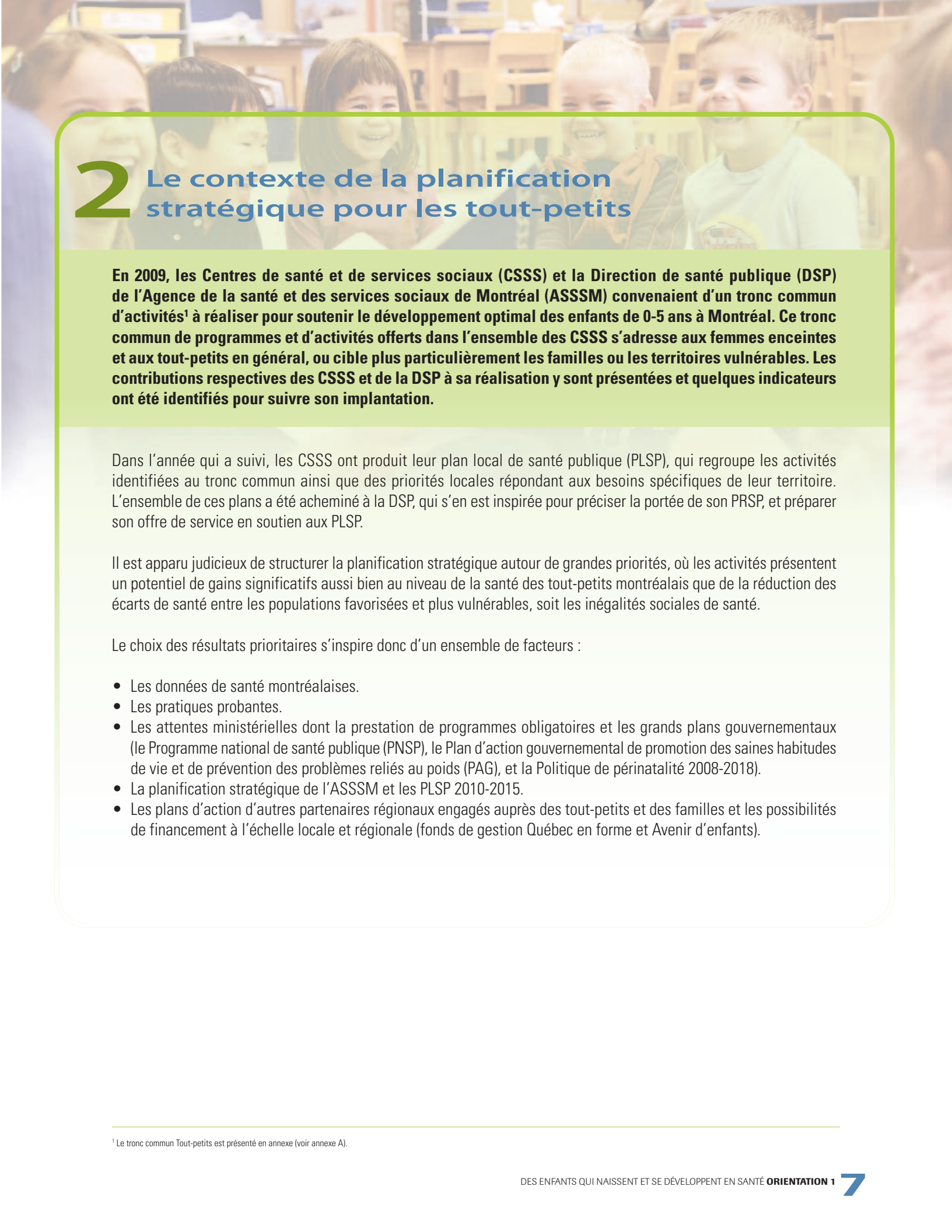
Le secteur Tout-petits a comme mandat spécifique de contribuer à la santé et au développement optimal des tout-petits par des actions préventives universelles ou ciblées auprès des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans. Il est porteur de l’Orientation 1 du plan régional de santé publique (PRSP) : « Des enfants qui naissent et se développent en santé ».

Les premières années de vie des enfants sont fondamentales. En effet, les expériences vécues au cours de la petite enfance, négatives ou positives, vont influencer le développement physique, socioaffectif et cognitif des tout-petits, leur maturité scolaire et leur réussite éducative. De plus, elles façonneront leur santé, leur bien-être et leurs compétences tout au long de leur vie adulte.

Tous les enfants ne partent pas dans la vie avec les mêmes chances. Outre le bagage génétique, la pauvreté en place certains dans un contexte où ils ne peuvent pas se développer au même rythme que d’autres. Déjà au cours de la grossesse, le faible statut socioéconomique est fortement associé à divers facteurs ayant une influence négative sur le développement du fœtus, tels que la consommation de tabac, de drogues ou d’alcool et le stress de la mère. Les conditions de vie liées à la pauvreté rendent souvent plus difficile l’exercice du rôle parental et offrent moins souvent des environnements stimulants, stables et sécuritaires.

Heureusement, la majorité des tout-petits montréalais ne vivent pas dans la pauvreté. Toutefois, cela ne les met pas nécessairement à l’abri de situations potentiellement nuisibles à leur développement. Pour favoriser le développement optimal de tous les enfants, il importe d’avoir des politiques publiques contribuant à l’amélioration des conditions de santé et de bien-être des parents afin qu’ils soient disponibles, chaleureux, encadrants et puissent offrir un milieu de vie enrichissant. Des communautés accueillantes et offrant des services et des programmes qui ont un impact sur le développement des tout-petits s’avèrent essentielles, de même qu’une intensification des ressources dans les voisinages où les besoins sont les plus importants.

Offrir à tous les enfants les conditions pour assurer le meilleur départ possible dans leur vie constitue un levier puissant pour réduire les inégalités sociales de santé. Un placement pour les adultes de demain, l’ultime prévention.



2 Le contexte de la planification stratégique pour les tout-petits

En 2009, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) convenaient d'un tronc commun d'activités¹ à réaliser pour soutenir le développement optimal des enfants de 0-5 ans à Montréal. Ce tronc commun de programmes et d'activités offerts dans l'ensemble des CSSS s'adresse aux femmes enceintes et aux tout-petits en général, ou cible plus particulièrement les familles ou les territoires vulnérables. Les contributions respectives des CSSS et de la DSP à sa réalisation y sont présentées et quelques indicateurs ont été identifiés pour suivre son implantation.

Dans l'année qui a suivi, les CSSS ont produit leur plan local de santé publique (PLSP), qui regroupe les activités identifiées au tronc commun ainsi que des priorités locales répondant aux besoins spécifiques de leur territoire. L'ensemble de ces plans a été acheminé à la DSP, qui s'en est inspirée pour préciser la portée de son PRSP, et préparer son offre de service en soutien aux PLSP.

Il est apparu judicieux de structurer la planification stratégique autour de grandes priorités, où les activités présentent un potentiel de gains significatifs aussi bien au niveau de la santé des tout-petits montréalais que de la réduction des écarts de santé entre les populations favorisées et plus vulnérables, soit les inégalités sociales de santé.

Le choix des résultats prioritaires s'inspire donc d'un ensemble de facteurs :

- Les données de santé montréalaises.
- Les pratiques probantes.
- Les attentes ministérielles dont la prestation de programmes obligatoires et les grands plans gouvernementaux (le Programme national de santé publique (PNSP), le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (PAG), et la Politique de périnatalité 2008-2018).
- La planification stratégique de l'ASSSM et les PLSP 2010-2015.
- Les plans d'action d'autres partenaires régionaux engagés auprès des tout-petits et des familles et les possibilités de financement à l'échelle locale et régionale (fonds de gestion Québec en forme et Avenir d'enfants).

¹ Le tronc commun Tout-petits est présenté en annexe (voir annexe A).



3 Un bref regard sur la situation des enfants de 0-5 ans et leurs familles

Les enfants et leurs familles

Depuis les dix dernières années, le nombre de naissances à Montréal a augmenté de 15 % pour atteindre 22 953 naissances en 2009, soit 26 % de l'ensemble des naissances du Québec. Les mères de plus de la moitié des nouveau-nés montréalais (55 %) sont nées à l'extérieur du Canada comparativement à 44 % il y a dix ans. Dans le reste du Québec, c'est moins d'un nouveau-né sur dix (9 %) qui a une mère immigrante en 2009.

Selon le recensement de 2006, les enfants montréalais de 0-5 ans, au nombre de 112 700, représentent le quart des enfants de ce groupe d'âge au Québec. Ces enfants vivent dans 87 140 familles, dont 29 % sont sous le seuil de faible revenu, soit trois fois plus qu'ailleurs au Québec. En outre, près d'une famille sur cinq avec enfants de 0-5 ans est monoparentale et plus de la moitié de celles-ci vit sous le seuil de faible revenu. On sait également que 44 % des familles avec enfants de 0-5 ans sont immigrantes² et la situation économique de ces familles est précaire puisque 42 % d'entre elles vivent sous le seuil de faible revenu.

Ces considérations ne sont pas sans conséquences puisque les enfants vivant dans une famille à faible revenu sont plus exposés à divers problèmes de santé : prématurité, maladies chroniques, carie dentaire, hospitalisations, asthme, négligence et à une moins bonne santé à l'âge adulte³. Précisons aussi que la santé de l'enfant est d'autant plus à risque qu'il est exposé à la pauvreté de manière chronique.

La santé physique

Le retard de croissance intra-utérine, la prématurité, ainsi que le faible poids à la naissance, phénomènes souvent étroitement liés, pourraient être responsables de troubles neurologiques, de cécité et de surdité, de problèmes respiratoires chroniques, de retard de croissance, de problèmes de comportement et de difficultés d'apprentissage⁴. À Montréal, pour la période 2006-2008, la proportion de nouveau-nés ayant un retard de croissance intra-utérine s'élève à 9,1 %, dépassant ainsi celle observée dans le reste du Québec (7,8 %).

Durant la même période, près de 7,3 % des nouveau-nés ont vu le jour prématurément (avant 37 semaines de gestation) et 5,9 % avaient un faible poids à la naissance (inférieur à 2 500 g), soit des résultats comparables à ceux retrouvés dans le reste du Québec (respectivement 7,6 % et 5,6 %).

² Familles immigrantes : familles biparentales dont les deux parents sont nés à l'extérieur du Canada et familles monoparentales dont le parent est né à l'extérieur du Canada.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2007).

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2008-1).

De 2003 à 2007, il y a eu en moyenne 97 décès par année chez les enfants de moins d'un an à Montréal. Le taux montréalais de mortalité infantile est similaire à celui observé dans le reste du Québec. Les affections durant la période périnatale et les anomalies congénitales constituent les principales causes de décès chez les enfants de cet âge. De 2006 à 2009, il y a eu en moyenne 7 300 hospitalisations par année chez les enfants de moins d'un an attribuables principalement à des anomalies congénitales (62 %) et, dans une moindre mesure, à des maladies de l'appareil respiratoire (11 %).

Chez les enfants montréalais de 1-5 ans, le taux de mortalité est légèrement supérieur à celui observé dans le reste du Québec. En moyenne, 14 décès surviennent chaque année chez les enfants de ce groupe d'âge en raison principalement de traumatismes, de tumeurs et de maladies du système nerveux. Ces dernières années, les enfants de 1-5 ans ont, en moyenne, cumulé annuellement 3 100 hospitalisations, principalement pour des affections de l'appareil respiratoire, des traumatismes (chutes...) et des maladies infectieuses, parasitaires et de l'appareil digestif.

Pour contrer les maladies infectieuses, la vaccination demeure un acte de prévention clé en petite enfance. Les taux de vaccination récents ne sont pas disponibles puisque la mise en place du registre de vaccination connaît plusieurs retards. Néanmoins, en 2004, la couverture vaccinale était suffisante pour assurer une protection populationnelle contre les épidémies. L'enjeu se situe plutôt dans les délais d'administration des vaccins. Ces délais, comptabilisés pour les enfants vaccinés en CSSS et non dans les cliniques privées, ont diminué significativement au cours des trois dernières années. Toutefois, du progrès reste à faire pour atteindre les cibles régionales puisqu'en 2010, seulement un enfant sur deux a reçu son premier vaccin moins de sept jours après ses deux premiers mois de vie⁵.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants ont augmenté de façon importante au cours des dernières décennies; ceci est préoccupant puisque l'obésité juvénile augmente les risques d'obésité à l'âge adulte et les problèmes qui y sont associés. Des données canadiennes montrent, chez les enfants âgés de 6-11 ans, que la prévalence du surplus de poids (embonpoint et obésité) a doublé de 1978-1979 à 2004, passant de 13 % à 26 %⁶. D'après les données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) de 2005, il y aurait plus de jeunes montréalais de sept ans présentant un surplus de poids (21 %) que dans les autres régions urbaines de 10 000 habitants et plus du Québec (13 %)⁷. De plus, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2004 font ressortir que plus du quart des enfants québécois de 2-5 ans (26 %) présente un surplus de poids, et que la prévalence de ce problème est plus grande chez les enfants vivant dans des ménages de faible statut socioéconomique⁸.

Ajoutons qu'au Québec quatre enfants sur dix sont déjà atteints de carie dentaire à la maternelle, et que 24 % d'entre eux cumulent 90 % des caries⁹. De plus, le dépistage buccodentaire, réalisé en maternelle, montre que la proportion d'enfants montréalais à risque élevé de carie dentaire est passée de 23 % à 28 % de 1998-1999 à 2007-2008¹⁰. Dans les territoires de CLSC les plus défavorisés, cette proportion peut même atteindre 47 %.

⁵ Les interventions pour optimiser les taux de vaccination et diminuer les délais d'administration se retrouvent dans le fascicule de l'orientation 4 :

« Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques ».

⁶ Desrosiers et coll. (2008).

⁷ Idem.

⁸ Lamontagne et coll. (2009).

⁹ Brodeur et coll. (2001).

¹⁰ Généreux (2009).

Allaitement et alimentation

Les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de la mère et de l'enfant sont de plus en plus reconnus. Déjà en 2006, Montréal faisait bonne figure avec 88 % des mères qui allaitaient à la sortie du lieu de naissance; cependant, seulement 48 % d'entre elles allaitaient exclusivement (cible provinciale : 75 %). Pour l'allaitement non exclusif à six mois, Montréal était en tête¹¹ avec 61 % (cible provinciale : 50 %), mais demeurait bien en deçà des cibles pour le taux d'allaitement exclusif¹² (cible provinciale : 10 % ; taux montréalais : 4,5 %)¹³.

Bien qu'à l'heure actuelle nous ne disposons pas de données montréalaises sur les habitudes alimentaires des enfants de 1-5 ans, les données de l'ÉLDEQ (2002) indiquent qu'il y a lieu de s'en préoccuper. Selon cette étude, une grande proportion des enfants québécois de 4 ans a une alimentation qui ne respecte pas les recommandations du Guide alimentaire canadien : 50 % ne consomment pas suffisamment de produits laitiers, 60 % ne mangent pas assez de viande et de substituts et, à 29 mois, un enfant sur quatre consomme au moins deux collations sucrées par jour¹⁴.

Dans ce groupe d'âge, un enfant sur dix souffre d'insécurité alimentaire¹⁵, situation étroitement liée au revenu du ménage et au quartier d'habitation. Dans plusieurs secteurs défavorisés de Montréal, l'accès économique et géographique aux aliments santé s'avère un obstacle majeur pour les familles.

Santé psychosociale et développement

Les mauvais traitements ont des conséquences importantes sur plusieurs aspects du développement de l'enfant. Les données des Centres jeunesse (CJ)¹⁶ indiquent un taux de signalements fondés avec mesure de protection pour mauvais traitements, négligence ou abus de 4,3 pour 1000 chez les 0-5 ans comparativement à 5,2 dans le reste du Québec. Par ailleurs, les données montréalaises révèlent des disparités importantes, certains territoires de CSSS ayant des taux près de six fois plus élevés que d'autres territoires.

Les retards cognitifs ou langagiers ainsi que les problèmes de comportement se manifestent bien souvent dès la petite enfance. Ils peuvent entraîner une moins bonne maîtrise de certaines habiletés requises lors de l'entrée à l'école. Selon les résultats de l'enquête montréalaise sur la maturité scolaire de 2006, si la plupart des enfants de maternelle publique démontrent un développement global normal, près du tiers (35 %) présentent des vulnérabilités dans au moins un domaine de leur développement¹⁷. C'est dans les domaines du développement cognitif et langagier (17 %) et de la maturité affective (15 %) que l'on observe les plus fortes proportions d'enfants vulnérables. Dans les trois autres domaines (santé physique, compétence sociale et habiletés de communication et connaissances générales), les proportions d'enfants vulnérables sont légèrement supérieures à la norme canadienne (10 %). De plus, une corrélation est observée entre certains indicateurs socioéconomiques, tels que le revenu ou la scolarité des parents et la vulnérabilité des enfants et la maturité scolaire.

¹¹ Signifie que le bébé reçoit à la fois du lait maternel et du lait non humain, d'autres liquides ou des solides.

¹² Signifie qu'on ne donne aucun autre aliment ni boisson, y compris de l'eau, au nourrisson (à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux; le lait maternel exprimé est également accepté).

¹³ Cibles provinciales : ministère de la Santé et des Services sociaux (2001); taux montréalais : Neill et coll. (2006).

¹⁴ Desrosiers et coll. (2005).

¹⁵ Le concept de sécurité alimentaire fait référence à la disponibilité ainsi qu'à l'accès à la nourriture en quantité et en qualité suffisantes (Wikipedia).

¹⁶ Infocentre de santé publique (INSPQ), consulté en janvier 2011.

¹⁷ Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008).

L'environnement éducatif

Les parents sont les premiers acteurs du développement et de l'apprentissage des enfants. Selon une étude qualitative¹⁸ menée en 2008 auprès de parents montréalais, ceux-ci ont mentionné qu'ils ressentaient le besoin d'être soutenus en matière de connaissances sur le développement de l'enfant et la préparation à l'école.

Depuis 1997, le gouvernement du Québec subventionne un imposant réseau de services de garde pour que les enfants de moins de cinq ans aient accès à des places à contribution réduite, de façon à favoriser la participation des parents au marché du travail et à soutenir le développement des enfants de milieux défavorisés. Il est reconnu que tout particulièrement pour ces derniers, la fréquentation d'un service de garde de qualité a des effets positifs sur leurs habiletés langagières, physiques, affectives, intellectuelles et sociales et favorise leur réussite scolaire, et ce, dès les premières années. À Montréal, en 2009, seulement 55 % des enfants âgés de 0-4 ans ont eu accès à une place en services de garde¹⁹. Cette proportion est relativement faible, malgré les efforts gouvernementaux fournis depuis 1997 pour augmenter le nombre de places en services de garde au Québec. En Suède, par exemple, 97 % des enfants de 4-5 ans, 85 % des enfants de 2-3 ans et 46 % des enfants d'un an fréquentaient un service de garde éducatif en 2005²⁰.

Selon les données de l'ÉLDEQ, les enfants vivant en contexte de vulnérabilité (parents avec faible revenu et moins scolarisés) sont moins nombreux à fréquenter la garderie de façon continue entre 17 mois et 6 ans, comparativement aux enfants plus favorisés au plan socioéconomique : 3 % contre 27 %²¹. De plus, la qualité des services de garde éducatifs est généralement supérieure dans les milieux plus favorisés.

¹⁸ Boucheron et coll. (2010).

¹⁹ Comeau M. (2010).

²⁰ Syndicat canadien de la fonction publique (2009).

²¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2007).

4 Cibler pour mieux performer

Pour permettre l'actualisation de l'orientation 1 - *Des enfants qui naissent et se développent en santé*, deux grands axes d'intervention sont retenus pour les dix prochaines années.

Axe 1 : Agir sur les principaux déterminants de mortalité et morbidité des enfants de 0-5 ans

Axe 2 : Soutenir le développement optimal des enfants de 0-5 ans

Comme ces axes sont ambitieux, nous avons ciblé des priorités.

Priorité en lien avec l'axe 1 :

- Réduire d'ici 10 ans la mortalité et la morbidité associées aux maladies respiratoires chez les enfants de 0-5 ans.
- Réduire d'ici 10 ans la proportion d'enfants qui présentent un surplus de poids à 5 ans.
- Réduire d'ici 10 ans les principales causes de traumatisme chez les enfants de 0-5 ans.

Priorité en lien avec l'axe 2 :

- Réduire d'ici 10 ans la proportion d'enfants de maternelle qui présentent une vulnérabilité dans au moins un domaine de leur développement, lorsque mesuré par l'Instrument de mesure du développement en petite enfance (IMDPE).

Les actions qui seront au cœur de notre planification des cinq prochaines années devront contribuer à :

- Accroître l'accès et la continuité des services préventifs en périnatalité et petite enfance et augmenter les pratiques cliniques préventives (PCP).
- Soutenir l'allaitement et une alimentation adéquate pour les femmes enceintes et les enfants de 0-5 ans.
- Accroître le temps physiquement actif chez les enfants de 0-5 ans.
- Améliorer l'accès et la qualité des services d'accompagnement et de soutien aux familles vivant en contexte de vulnérabilité.
- Accroître l'accès aux services éducatifs de qualité et aux initiatives favorables au développement des enfants dans la communauté.
- Identifier et mettre en œuvre des pratiques visant à réduire les traumatismes chez les enfants de 0-5 ans.

Le tableau présenté à l'annexe B donne un aperçu global de l'orientation; il reprend les priorités, les facteurs de risque et les facteurs de protection pour lesquels des résultats sont attendus et les principales activités dans lesquelles la DSP s'engage.

5 Des actions pour atteindre des résultats

5.1 Accroître l'accès et la continuité des services préventifs en périnatalité et petite enfance et augmenter les pratiques cliniques préventives

L'importance d'agir

La prévention en milieu clinique est basée sur la dispensation des PCP démontrées efficaces. La réalisation de PCP auprès des femmes enceintes et des tout-petits de 0-5 ans permet de prévenir, dépister ou traiter précocement des pathologies pour améliorer l'évolution de la grossesse, la santé maternelle et infantile, et le développement de l'enfant. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), la Société canadienne de pédiatrie (SCP) ainsi que le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Programme national de santé publique (PNSP)²² du Québec émettent de nombreuses recommandations qui portent sur l'application de PCP lors de la grossesse et de la petite enfance²³.

Toutefois, la prestation des PCP est tributaire de bonnes conditions d'accès et de continuité dans les services de première ligne²⁴. Or on sait que des situations problématiques prévalent actuellement à cet égard et ont été rapportées par les professionnels et les gestionnaires travaillant dans la dispensation des services de première ligne en période pré, per et postnatale ainsi qu'en petite enfance. Plusieurs facteurs ont été identifiés pour expliquer les difficultés rencontrées : la hausse de la natalité observée dans presque l'ensemble des territoires de CSSS, les congés postnataux de plus en plus hâtifs, la pénurie de ressources professionnelles, la rotation du personnel, le manque d'accès aux médecins de famille, etc.

Au-delà des problèmes d'accessibilité, la prestation des PCP identifiées dans le PNSP pose d'autres défis. Les facteurs explicatifs sont bien connus et sont liés aux caractéristiques des professionnels (âge, sexe, etc.), des patients (attitudes, croyances, etc.) et aux environnements de pratique où le manque de temps est souvent le plus grand obstacle.

Acquis et défis

La Politique de périnatalité 2008-2018²⁵ et ses Stratégies de mise en œuvre 2009-2012²⁶ constituent de puissants leviers pour actualiser et ancrer dans les pratiques les services préventifs et en assurer la continuité dans les services courants destinés aux femmes enceintes et aux nourrissons.

Déjà, plusieurs pratiques recommandées s'actualisent dans les CSSS malgré certaines difficultés d'arrimage avec les médecins du territoire. Les défis sont donc encore très présents : outre les facteurs contextuels énumérés plus haut, il y a celui d'assurer une réelle implantation des mesures préconisées pour mettre en œuvre la politique de périnatalité.

²² Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2008-2), page 74

²³ Les recommandations des sociétés et collèges se retrouvent sur leurs sites respectifs, soit :
http://www.sogc.org/guidelines/index_f.asp
<http://www.cps.ca/Francais/publications/Enonces.htm>
<http://www.cfpc.ca/Accueil/>

²⁴ Espace montréalais d'information sur la santé (2011)

²⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2008-1)

²⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2010)

À la suite de l'enquête sur la maturité scolaire, les CSSS, tout comme de nombreux autres partenaires, cherchent à mieux soutenir le développement des enfants. Le programme des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) contribue à cet objectif, mais ne s'adresse qu'à certaines familles vivant en contexte de vulnérabilité. Les parents, médecins, CSSS, organismes communautaires et services de garde demandent un plus grand accès à des services de soutien quand le développement d'un enfant inquiète. Pour ce faire, la DSP a mis sur pied un programme d'interventions éducatives précoces (IÉP) qui est graduellement déployé dans l'ensemble des CSSS. De plus, l'ASSSM élargit le déploiement de l'Approche multidisciplinaire intégrée en stimulation (AMIS). Ces initiatives mèneront à un travail important de réorganisation des services, particulièrement dans la consolidation et l'accès à des services de première ligne en soutien au développement de l'enfant.

Les principaux engagements de la DSP

- Documenter les enjeux liés à l'accès, à la continuité et à l'utilisation des services par les familles et les tout-petits.
- Participer à la consolidation de services régionaux visant une meilleure continuité pour assurer un suivi postnatal de la mère et du nouveau-né.
- Contribuer à influencer la mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2008-2018.
- Contribuer au déploiement d'une stratégie intégrée des PCP pour les enfants de 0-5 ans en milieu clinique.
- Optimiser auprès des enfants de 0-5 ans les PCP en santé dentaire (Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012).
- Contribuer au déploiement du programme IÉP et à son arrimage avec l'AMIS ainsi qu'à leur évaluation.

Réduction des inégalités sociales de santé

Plusieurs problématiques chez les tout-petits, comme chez l'adulte, sont associées à la pauvreté vécue en période périnatale ou lors de l'enfance. Pour n'en citer que quelques-unes, mentionnons la prématurité, l'insuffisance de poids à la naissance et la mortalité précoce. On sait aussi que vivre dans la pauvreté chronique augmente le risque de cumuler les problèmes de santé.

L'ÉLDEQ²⁷ a démontré que les enfants d'environ 4 ans vivant dans une famille située au bas de l'échelle sociale depuis leur naissance ont :

- 34 % plus de risque de n'avoir jamais vu de pédiatre à 4 ans.
- 41 % plus de risque d'être hospitalisés au moins une nuit à l'hôpital.
- 42 % plus de risque de faire de l'embonpoint.
- 47 % plus de risque de faire de l'asthme.
- 112 % plus de risque d'avoir des caries dentaires.

Dans le cadre des programmes SIPPE et IÉP, qui ciblent déjà une clientèle vulnérable, on se doit d'assurer une offre optimale de PCP et d'améliorer les corridors de services pour ces enfants et ces familles.

Actuellement, la DSP documente les difficultés d'accès aux services prénataux et aux suivis pour les enfants de 0-5 ans, pour mieux comprendre les enjeux d'utilisation des services selon les différences sociales (économiques, culturelles, géographiques, etc.). Elle pourra ainsi contribuer, par la suite, à proposer des modalités d'organisation de services soutenant le développement des tout-petits, respectueuses des besoins de leurs familles et adaptées à la réalité des plus vulnérables d'entre eux.

²⁷ Paquet et coll. (2005).

5.2 Soutenir l'allaitement et une alimentation adéquate pour les femmes enceintes et les tout-petits

L'importance d'agir

Dès la gestation et même avant, l'alimentation de la femme enceinte influence le développement de l'enfant. En effet, plusieurs facteurs, tels qu'une déficience en fer ou en acide folique, l'exclusion de certains groupes d'aliments (ex. : le végétarisme) sans efforts additionnels pour suppléer aux demandes nutritionnelles accrues, la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues, le surplus de poids, etc., auront une influence directe sur la santé du fœtus et pourront compromettre ses chances de naître en bonne santé.

De même, l'importance de l'allaitement maternel a été largement démontrée. Il contribue à protéger des infections, favorise l'attachement à la mère, influence positivement le développement de l'enfant, notamment au plan cognitif²⁸. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande une période d'allaitement exclusif jusqu'à six mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans et même au-delà tout en ajoutant une alimentation complémentaire appropriée²⁹.

À cet effet, l'OMS propose l'implantation de l'Initiative des Amis des bébés (IAB), mesure aussi mise de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) comme principale stratégie pour favoriser l'allaitement au Québec³⁰. L'agrément IAB vise à évaluer la mise en place de pratiques exemplaires reconnues efficaces pour accroître l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement. Ainsi, l'environnement du centre accoucheur, des CSSS et des réseaux locaux doit être soutenant pour l'allaitement. Le prolongement de cet effort s'inscrit aussi dans la communauté, où il demeure essentiel de poursuivre des interventions favorisant le maintien de l'allaitement.

À partir de six mois, l'introduction d'une alimentation complémentaire, saine et équilibrée, est essentielle pour assurer le développement optimal de l'enfant. Il est maintenant reconnu que la qualité de l'alimentation dès la naissance et durant toute l'enfance a des effets à court terme et à long terme. De nombreuses études ont établi des liens entre la qualité de l'alimentation des enfants de 0–5 ans et la morbidité à l'âge adulte (ex. : surplus de poids, diabète de type 2, hypertension, dyslipidémie)³¹.

Acquis et défis

Des stratégies comme les programmes de nutrition prénatale (de type Oeufs, lait, jus d'orange (OLO)), l'accès à du counseling sur les saines habitudes de vie, les activités de promotion de l'allaitement (Semaine mondiale de l'allaitement maternel, soutien aux environnements favorables à l'allaitement) sont déjà bien inscrites au niveau local et régional. L'IAB progresse remarquablement et la très grande majorité des CSSS ont inscrit dans leur PLSP l'objectif d'obtenir l'agrément IAB au cours des cinq prochaines années. En mai 2011, six sites montréalais avaient obtenu cet agrément.

Par ailleurs, nous ne disposons pas de données montréalaises sur les habitudes alimentaires des enfants de 6 mois à 5 ans permettant de mieux orienter les programmes et les interventions. Un effort particulier sera envisagé pour documenter davantage cet aspect tout en maintenant le soutien à la diffusion et l'implantation des meilleures pratiques en promotion de la saine alimentation, et en favorisant le partage d'expertise entre les professionnels du réseau de la santé et les autres partenaires de la petite enfance.

²⁸ Ip et coll. (2007).

²⁹ Organisation mondiale de la Santé (2009).

³⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001).

³¹ Ip et coll. (2007); World Health Organization (2003).

Les principaux engagements de la DSP

- Contribuer à la création d'environnements favorables à l'allaitement maternel.
- Soutenir l'implantation de l'IAB et les pratiques professionnelles (médecins, infirmières et autres intervenants).
- Documenter les habitudes alimentaires des enfants de 6 mois à 5 ans.
- Soutenir les CSSS dans l'identification et la priorisation des meilleures pratiques en promotion d'une saine alimentation : informer, former et accompagner.
- Soutenir les milieux de garde pour une offre alimentaire de qualité, incluant la promotion de la poursuite de l'allaitement.
- Mettre en place un mécanisme régional de concertation et de partage d'expertise et d'outils en alimentation de la femme enceinte et des enfants.
- Contribuer à l'évaluation des principaux programmes et initiatives favorisant la saine alimentation des mères, nouveau-nés et tout-petits.

Réduction des inégalités sociales de santé

Au Québec, la grande majorité des mères faisant partie de la population vulnérable initient l'allaitement (70 à 75 % pour Montréal). En 2005-2006, lors du congé de la maternité, 77 % des mères québécoises de moins de 20 ans allaitaient ainsi que 71 % de celles qui n'avaient pas complété leur secondaire ³². Toutefois, sa poursuite est difficilement maintenue malgré la protection qu'offre l'allaitement maternel, particulièrement pour cette population. Les données de l'ÉLDEQ ont démontré que l'allaitement, pendant au moins 4 mois, permet d'annuler l'accroissement des hospitalisations habituellement observées chez les nourrissons vivant dans des familles défavorisées économiquement, et ce jusqu'à 6 ans³³.

Une enquête menée en 2004 par le Dispensaire diététique de Montréal (DDM), organisme qui travaille intensivement auprès des mères vivant en contexte de vulnérabilité, a démontré la pertinence d'une approche visant à mettre en place des conditions favorables à l'allaitement : presque la totalité des femmes suivies par le DDM initiaient l'allaitement, 77 % allaitaient toujours à six mois (allaitement total) et près de la moitié des mères (45 %) allaitaient exclusivement à six mois³⁴.

Afin de mieux soutenir des approches de promotion de l'allaitement auprès des femmes de milieux défavorisés, la DSP soutient la réalisation d'une étude qualitative visant à mieux connaître l'expérience des infirmières en matière de promotion de l'allaitement en milieux défavorisés. Les résultats de cette recherche et les travaux réalisés par le DDM devraient permettre d'identifier des pistes d'action pouvant mieux outiller les intervenantes pour agir auprès des populations vulnérables.

³² Neill et coll. (2006).

³³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2007).

³⁴ Dispensaire diététique de Montréal (2004).

5.3 Accroître le temps physiquement actif des enfants de 0-5 ans



L'importance d'agir

À l'heure actuelle, un consensus se dégage à l'effet que tous les enfants de 1-5 ans devraient faire au moins deux heures d'activité physique chaque jour. Ces activités devraient être étalées sur plusieurs périodes et devraient comprendre des jeux, du transport actif et des loisirs. Or, moins de la moitié des enfants canadiens de moins de 5 ans sont soumis à une routine quotidienne comprenant une part d'activité physique³⁵.

De plus, la recherche montre qu'en l'absence de développement des fondements du mouvement et des déterminants de la condition motrice, l'enfant est moins susceptible de réussir ce qu'il entreprend, et sera moins susceptible de choisir un mode de vie actif dans le futur. Les habiletés motrices s'acquièrent dans les cinq à sept premières années de vie.

Plusieurs facteurs liés à la modernité posent des défis au développement de la motricité des tout-petits : l'accessibilité grandissante aux divertissements sédentaires (jeux vidéo, DVD, chaînes de télé pour enfants) et l'usage de dispositifs tels que poussettes, supports à dos pour enfant, sièges de vélo qui, s'ils permettent d'initier les enfants au plein air, ne favorisent pas leur motricité.

L'exposition précoce au temps passé devant l'écran est le phénomène qui semble avoir le plus d'impact négatif sur le développement des tout-petits. L'âge moyen auquel un enfant commence à regarder la télévision est de 5 mois, alors qu'en 1971, il était de 4 ans. Les résultats d'études indiquent que les habitudes télévisuelles nuisent à l'acquisition du langage et au développement psychomoteur, favorisent la sédentarité et la consommation d'aliments de mauvaise qualité pour la santé et entravent l'intégration sociale et la réussite scolaire.

La Société canadienne de pédiatrie recommande de ne pas exposer l'enfant à la télévision avant l'âge de 2 ans, et de limiter l'écoute quotidienne de la télévision à une heure pour les enfants d'âge préscolaire³⁶. Les données de l'ÉLDEQ révèlent que 11 % des enfants de 29 mois et 23 % des enfants de 53 mois regardent la télévision plus de 2 heures par jour³⁷.

Acquis et défis

Outre le maintien des efforts pour créer des environnements favorables à la pratique d'activités physiques pour les familles avec de jeunes enfants, il est impérieux de documenter et faire connaître les effets de l'exposition aux écrans en bas âge. Plusieurs discours contradictoires sèment la confusion chez les parents : les pressions des chaînes de télévision exclusivement dédiées aux tout-petits laissent croire au potentiel « éducatif » des médias électroniques alors que des études scientifiques récentes en démontrent les effets nuisibles sur le développement des enfants.

Pour contrer cette situation, la sensibilisation des parents, intervenants et décideurs sera essentielle pour optimiser l'intégration de temps physiquement actif, que ce soit à la maison, en milieu de garde ou à l'école (maternelle). Les initiatives identifiées dans le Plan d'action gouvernemental en matière de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (PAG) constituent un levier intéressant pour porter cette préoccupation à l'agenda.

³⁵ Jeunes en forme du Canada (2010).

³⁶ Société canadienne de pédiatrie (2003).

³⁷ Pagani et coll. (2010).

La DSP cherche à documenter les facteurs pouvant contribuer à mieux faire bouger les tout-petits. Elle a produit en 2010 un premier rapport documentant l'accès géographique aux parcs et aux installations sportives dans huit arrondissements de la Ville de Montréal. En général, il en ressort que la majorité des familles résident à proximité d'un parc, mais la disponibilité des parcs et des installations est variable d'un territoire à l'autre³⁸. Ces données ont été transmises aux groupes concernés par les environnements favorables à l'activité physique et aux responsables de la révision des plans municipaux afin qu'ils poursuivent leurs efforts pour améliorer l'accessibilité aux parcs, et ce, dans une perspective d'équité.

Par ailleurs, en plus de participer aux campagnes sociétales pour l'activité physique en famille, telle *Plaisirs d'hiver*, la DSP a aussi pris l'initiative d'inciter les milieux de garde à intégrer l'activité physique dans leur offre de service.

Les principaux engagements de la DSP

- Soutenir l'élaboration de lignes directrices visant zéro temps écran pour les moins de deux ans, et une heure par jour au maximum pour les enfants d'âge préscolaire.
- Soutenir la mise en œuvre des mesures reconnues efficaces pour diminuer le temps écran.
- Soutenir l'intégration du développement moteur et de l'activité physique dans les interventions, programmes et services actuels (en CSSS, en milieu de garde, etc.).

Réduction des inégalités sociales de santé

Selon les quelques données disponibles, les parents de faible statut socioéconomique rapporteraient plus fréquemment la présence d'habiletés motrices chez leurs nourrissons. Par ailleurs, d'autres études semblent corroborer l'absence de lien entre le statut socioéconomique et l'activité physique des tout-petits.

Enfin, une étude réalisée par la DSP sur l'accès géographique aux parcs et aux installations sportives³⁹ confirme qu'il n'y a aucun écart lié au type de famille (monoparentale ou couple avec enfant) et à la défavorisation matérielle au sein des arrondissements étudiés. Cependant, d'autres volets tels que la sécurité et l'attrait des parcs demeurent à explorer.

³⁸ Bédard et coll. (2010).

³⁹ Bédard et coll. (2010).



5.4 Améliorer l'accès et la qualité des services d'accompagnement et de soutien pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité

L'importance d'agir

Les effets néfastes des inégalités sociales sur la santé ont été largement démontrés. Pauvreté et jeune âge des parents influencent souvent négativement le développement et l'adaptation sociale des enfants, tout comme les nombreuses privations matérielles et sociales, le stress chronique et l'exclusion sociale que vivent ces familles⁴⁰.

Pour pallier cette situation, tous les CSSS de la province offrent depuis 2003 le programme SIPPE, un programme qui s'adresse exclusivement aux femmes enceintes, aux mères de moins de 20 ans ou de 20 ans et plus, vivant sous le seuil de faible revenu, sans diplôme d'études secondaires et qui ont des enfants de moins de 5 ans. Le programme s'actualise par des suivis intensifs à domicile, et une offre de services communautaires pour soutenir l'amélioration des conditions et milieux de vie des familles⁴¹.

En 2009-2010, à Montréal, c'est près de 2 000 familles avec enfants de 0-5 ans qui bénéficiaient d'un accompagnement dans le cadre du programme SIPPE. Favoriser un lien d'attachement sécurisant et des pratiques parentales positives sont deux éléments fondamentaux pour le développement optimal des enfants qui se retrouvent au cœur de ce programme.

Acquis et défis

Le programme SIPPE est implanté dans tous les CSSS du territoire montréalais. Récemment, le MSSS a terminé plusieurs chantiers de consultation qui permettront d'actualiser les grandes balises de ce programme. La DSP et les CSSS poursuivront donc leurs efforts dans le sens des recommandations à venir.

L'enjeu majeur pour la poursuite du programme consiste à accroître l'intensité des services offerts aux familles afin d'optimiser les impacts positifs sur le développement des enfants. L'élaboration systématique de plans d'intervention (PI) et de plans de services individualisés (PSI), dans le cadre de suivis interdisciplinaires, demeure encore et toujours un défi à relever pour les équipes. Il est également fondamental d'établir des corridors de services avec la 2^e ligne pour les familles ayant des problématiques qui nécessitent des services spécifiques (toxicomanies, problèmes de santé mentale, etc.).

Les principaux engagements de la DSP

- Soutenir le déploiement du programme SIPPE auprès de familles vivant en contexte de vulnérabilité.
- Soutenir les équipes interdisciplinaires pour favoriser le partage d'expertise sur les meilleures pratiques et l'émergence de nouvelles pistes d'intervention.
- S'assurer de la complémentarité entre le programme SIPPE et le programme négligence qui sera déployé dans les prochaines années.
- Assurer un suivi périodique des résultats du programme pour effectuer les ajustements en continu.

⁴⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2004).

⁴¹ Ibid.

Réduction des inégalités sociales de santé

Depuis quelques années, Montréal connaît une baisse importante du nombre de mères vivant en contexte de vulnérabilité telles que ciblées par le programme SIPPE. Les données socioéconomiques indiquent que les mères sont plus âgées lors de leur première grossesse et qu'elles sont plus nombreuses à avoir obtenu leur diplôme d'études secondaires.

5.5 Accroître l'accès aux services éducatifs de qualité et aux enfants dans la communauté

L'importance d'agir

Les retards de développement et les problèmes de comportement sont des réalités préoccupantes qui peuvent se manifester très tôt chez les enfants. Bien que la majorité des enfants ait un développement adéquat, certains éprouvent des difficultés et ont un moins bon départ dans la vie. Les retards cognitifs ou de langage ainsi que les problèmes de comportement entraînent souvent une moins bonne maîtrise de certaines habiletés requises lors de l'entrée à l'école, une mauvaise adaptation et une moins bonne réussite scolaire⁴².

À Montréal, l'enquête sur la maturité scolaire a permis d'établir qu'en 2006, 35 % des enfants fréquentant une maternelle publique étaient vulnérables dans au moins un domaine de leur développement, ce qui correspond à plus de 5 000 enfants⁴³.

Afin de favoriser le développement optimal des enfants vivant dans des conditions de vie défavorables, la communauté scientifique recommande d'intervenir le plus tôt possible. Il y a aussi consensus sur les bénéfices d'une intervention directe auprès de ces enfants, tels que les services de garde éducatifs de qualité⁴⁴. D'autres auteurs mentionnent que ces services ont un impact sur le développement cognitif et langagier, et les compétences sociales des enfants⁴⁵. À ce propos, le PNSP et le cadre de référence des SIPPE recommandent l'intégration en milieu de garde pour les enfants vivant en contexte de vulnérabilité.

Acquis et défis

Depuis 2005, six territoires de CSSS expérimentent le projet-pilote des IÉP. Ce programme⁴⁶ sera déployé dans les six autres territoires de CSSS en 2011 en vue de soutenir les milieux de garde et organismes communautaires accueillant les enfants qui vivent en contexte de vulnérabilité, ou dont le développement inquiète, et d'assurer les références, s'il y a lieu, vers les services spécialisés.

Le programme SIPPE, par sa composante *Création d'environnements favorables*, vise à soutenir l'environnement des familles pour améliorer les conditions de vie de ces dernières et créer des milieux stimulants pour le développement de l'enfant⁴⁷.

Lors de la diffusion des résultats de l'enquête sur la maturité scolaire en 2008, une plateforme régionale pour une action concertée sur le développement des enfants a été créée. Dans un souci de mieux harmoniser les actions en petite enfance et d'agir en complémentarité, les principaux acteurs et décideurs montréalais se sont mobilisés pour promouvoir une vision commune, et assurer la cohérence des actions régionales entre elles et avec le niveau local. Ce comité régional, où siège la DSP, s'est donné comme mission d'offrir à chaque enfant un environnement favorisant le développement de son plein potentiel, contribuant ainsi à son bien-être et à sa réussite éducative.

⁴² McCain et coll. (2007); National Scientific Council on the Developing Child (2007);

⁴³ Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008).

⁴⁴ Beauregard et coll. (2010); Bigras et coll. (2009).

⁴⁵ Côté et coll. (2007); Bigras et coll. (2009).

⁴⁶ Durand et coll. (2011).

⁴⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2004).

Les principaux engagements de la DSP

- Promouvoir l'accès aux services de garde éducatifs à l'enfance pour les enfants en contexte de vulnérabilité ou dont le développement inquiète.
- Soutenir le déploiement du programme IÉP dans les 12 CSSS.
- Soutenir les CSSS dans la mise en œuvre de plans d'action intersectoriels visant l'amélioration des conditions et milieux de vie des familles, et favorables au développement des enfants.
- Poursuivre l'engagement au sein du comité *Horizon 0-5* (nouvelle appellation du Comité régional pour une action concertée en développement de l'enfant) dans la réalisation de son plan d'action 2010-2015.
- Soutenir l'implantation d'un continuum de services de type AMIS en assurant une complémentarité avec les IÉP.

Réduction des inégalités sociales de santé

En facilitant l'accès à des services éducatifs et en soutenant l'intégration des enfants vulnérables en services de garde éducatifs (SGE), on contribue à réduire les inégalités sociales de santé.

La composante *Création d'environnements favorables* des SIPPE se traduit par la mise en œuvre de 28 plans d'action intersectoriels visant à renforcer les milieux de vie, et améliorer les conditions de vie de l'ensemble des familles des territoires de CLSC en portant une attention particulière aux plus vulnérables d'entre elles.

Ces plans d'action sont élaborés à partir d'une analyse des besoins des familles et encouragent la participation des parents en accord avec les principes du développement des communautés. De plus, de récentes données issues de l'enquête sur la maturité scolaire jettent un nouvel éclairage sur les besoins des enfants et viennent influencer l'offre de service des concertations intersectorielles.

5.6 Réduire les traumatismes

L'importance d'agir

À Montréal, pour la période 2003-2007, les traumatismes sont responsables en moyenne de 5 décès et 360 hospitalisations chez les 0-5 ans annuellement. Malgré la diminution de la mortalité et de la morbidité dues aux traumatismes observée depuis les deux dernières décennies, ceux-ci arrivent tout de même au 1^{er} rang des causes de décès et au 2^e rang des causes d'hospitalisation chez les enfants de 1-5 ans. L'importance relative des traumatismes augmente avec l'âge chez les jeunes⁴⁸. La littérature scientifique souligne, entre autres, que les traumatismes constituent la première cause de mortalité chez les moins de 20 ans.

L'âge est l'un des facteurs déterminants des traumatismes. Les caractéristiques physiques des enfants, leurs capacités physiques et mentales, leur degré de dépendance, leur type d'activités et leur comportement les exposent à différents risques. Ainsi, leurs habiletés cognitives encore limitées, leur besoin d'expérimentation et leur grande curiosité l'emportent souvent sur leur capacité à évaluer les dangers et à les éviter. Ils ont de la difficulté à traiter plusieurs informations simultanément et concentrent plutôt leur attention sur un seul aspect d'une situation. De plus, les enfants

⁴⁸ Données extraites du fichier des décès (MSSS) et du fichier des hospitalisations, MED-ÉCHO (MSSS).

évoluent dans un monde qui a été conçu par et pour des adultes. Il est aussi fréquent que des parents surestiment les capacités de leurs enfants à agir de façon sécuritaire, pensant que les tout-petits comprennent et appliquent leurs recommandations⁴⁹. Les enfants dépendent d'adultes qui devraient agir de façon sécuritaire, par exemple en s'assurant de l'utilisation adéquate d'un siège d'auto. Selon une enquête de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), seulement le tiers des jeunes de 0-4 ans au Québec sont installés correctement dans un dispositif de retenue approprié⁵⁰.

Les décès, qui sont la plus grave conséquence des traumatismes, ne représentent que la pointe de l'iceberg. La majorité des blessures ne s'avèrent pas mortelles, mais peuvent occasionner des incapacités temporaires et parfois permanentes. Selon leur degré de gravité, certaines blessures entraîneront une hospitalisation et, pour beaucoup d'autres, l'utilisation de différents services – tels que des visites à l'urgence ou dans une clinique médicale, ou des consultations auprès d'autres professionnels de la santé. Ainsi, en 2006, le Centre antipoison du Québec rapportait que 37 % des cas répertoriés d'intoxications accidentelles au Québec sont survenus chez les 0-5 ans, ce qui représente plus de 18 300 cas. Pourtant, les enfants de ce groupe d'âge ne forment que 6 % de la population. Neuf fois sur dix, les cas ont été traités à la maison.

Les blessures qui résultent d'accidents ne sont pas le fruit du hasard. Cela découle d'une série de facteurs liés à l'environnement physique, social et au mode de vie. Or, pour la plupart, ils peuvent être évitables.

Les principaux engagements de la DSP

- Documenter la situation des enfants montréalais au regard de cette problématique, notamment les groupes à risque, les causes, la mortalité et la morbidité associées.
- Poursuivre la sensibilisation des parents accompagnés dans le cadre des SIPPE.
- Identifier les interventions environnementales pertinentes pour favoriser un développement sécuritaire des enfants.
- Développer des collaborations avec les organismes et établissements ayant acquis une expertise dans le domaine des traumatismes pédiatriques.

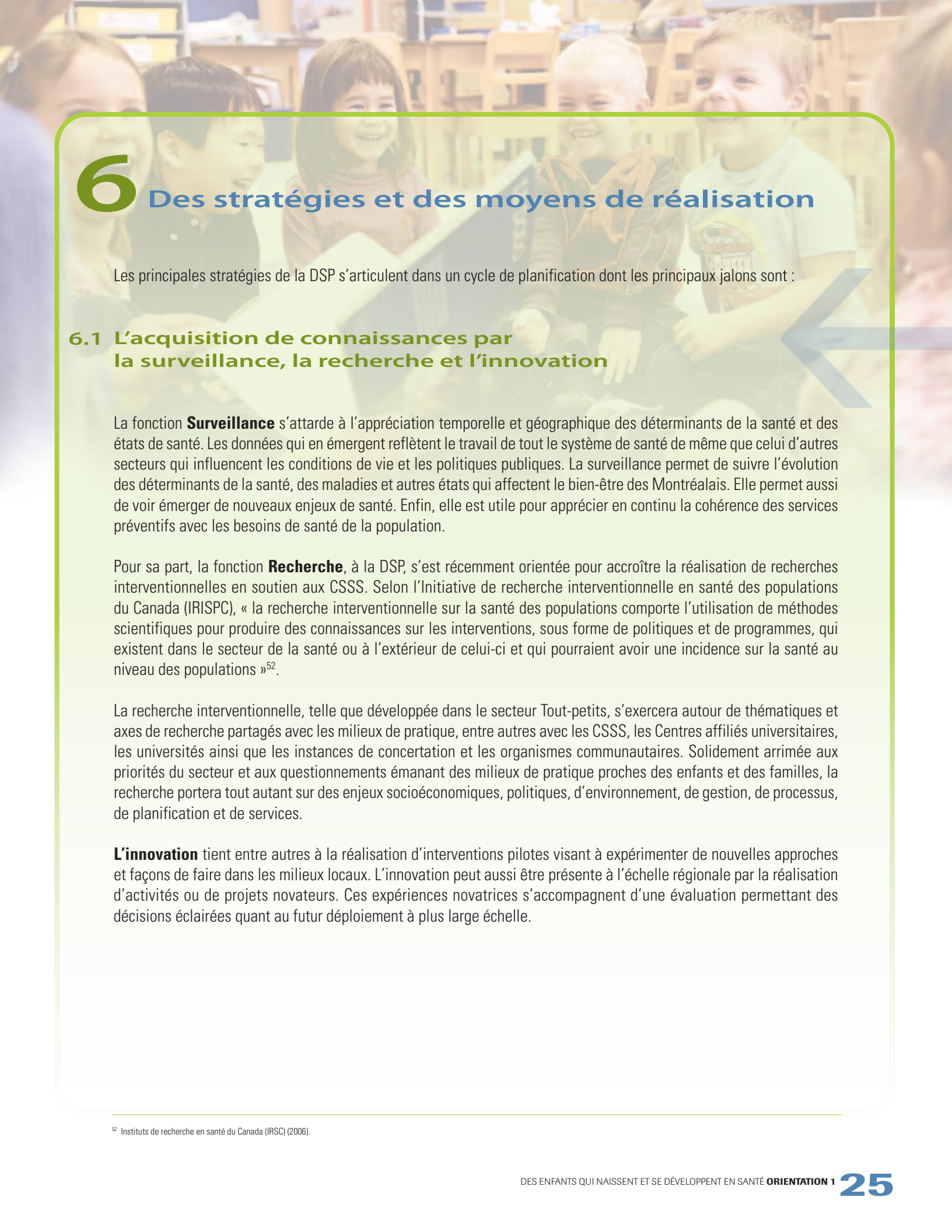
Réduction des inégalités sociales de santé

Le risque de subir des blessures est plus élevé chez certains jeunes, notamment ceux provenant de milieux défavorisés. Selon un rapport de l'Institut national de santé publique (INSPQ)⁵¹, au Québec, pour la période 2000-2005, le taux de décès attribuables aux traumatismes non intentionnels est trois fois plus élevé chez les jeunes de milieux défavorisés (13 pour 100 000) que chez ceux de milieux favorisés (4 pour 100 000). Pour les hospitalisations, le risque est 40 % plus élevé chez les jeunes de milieux défavorisés. Ce constat est particulièrement marqué pour les traumatismes routiers, les intoxications et les blessures attribuables aux brûlures et incendies.

⁴⁹ Gagné M. (2006).

⁵⁰ Site de l'INSPQ, consulté en avril 2011.

⁵¹ Gagné et coll. (2009).



6 Des stratégies et des moyens de réalisation

Les principales stratégies de la DSP s'articulent dans un cycle de planification dont les principaux jalons sont :

6.1 L'acquisition de connaissances par la surveillance, la recherche et l'innovation

La fonction **Surveillance** s'attarde à l'appréciation temporelle et géographique des déterminants de la santé et des états de santé. Les données qui en émergent reflètent le travail de tout le système de santé de même que celui d'autres secteurs qui influencent les conditions de vie et les politiques publiques. La surveillance permet de suivre l'évolution des déterminants de la santé, des maladies et autres états qui affectent le bien-être des Montréalais. Elle permet aussi de voir émerger de nouveaux enjeux de santé. Enfin, elle est utile pour apprécier en continu la cohérence des services préventifs avec les besoins de santé de la population.

Pour sa part, la fonction **Recherche**, à la DSP, s'est récemment orientée pour accroître la réalisation de recherches interventionnelles en soutien aux CSSS. Selon l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada (IRISPC), « la recherche interventionnelle sur la santé des populations comporte l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions, sous forme de politiques et de programmes, qui existent dans le secteur de la santé ou à l'extérieur de celui-ci et qui pourraient avoir une incidence sur la santé au niveau des populations »⁵².

La recherche interventionnelle, telle que développée dans le secteur Tout-petits, s'exercera autour de thématiques et axes de recherche partagés avec les milieux de pratique, entre autres avec les CSSS, les Centres affiliés universitaires, les universités ainsi que les instances de concertation et les organismes communautaires. Solidement arrimée aux priorités du secteur et aux questionnements émanant des milieux de pratique proches des enfants et des familles, la recherche portera tout autant sur des enjeux socioéconomiques, politiques, d'environnement, de gestion, de processus, de planification et de services.

L'innovation tient entre autres à la réalisation d'interventions pilotes visant à expérimenter de nouvelles approches et façons de faire dans les milieux locaux. L'innovation peut aussi être présente à l'échelle régionale par la réalisation d'activités ou de projets novateurs. Ces expériences novatrices s'accompagnent d'une évaluation permettant des décisions éclairées quant au futur déploiement à plus large échelle.

⁵² Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (2006).

6.2 Le soutien à la promotion et la prévention ainsi qu'au développement de compétences

Les plans locaux de santé publique assurent l'ancrage de la promotion – prévention à l'échelle locale. Pour soutenir la réalisation de ces plans, une offre de service soutenant l'amélioration des pratiques et des stratégies, dont celles visant la création d'environnements favorables à la santé, sera disponible.

6.3 Le soutien au partenariat (action intersectorielle) et au développement de politiques publiques

L'activité de santé publique s'appuie sur un large partenariat afin d'agir sur le plus grand nombre possible de déterminants influençant la santé d'une population. En soutenant l'action intersectorielle régionale et l'action intersectorielle locale, la DSP encourage la mise en commun d'expertise et de connaissances d'un ensemble d'acteurs pour surmonter des problèmes complexes qu'une seule organisation ne saurait résoudre avec succès. Ultimement, l'action intersectorielle devient un levier pour influencer l'adoption de politiques publiques favorables à la santé et à la réduction des inégalités sociales de santé.

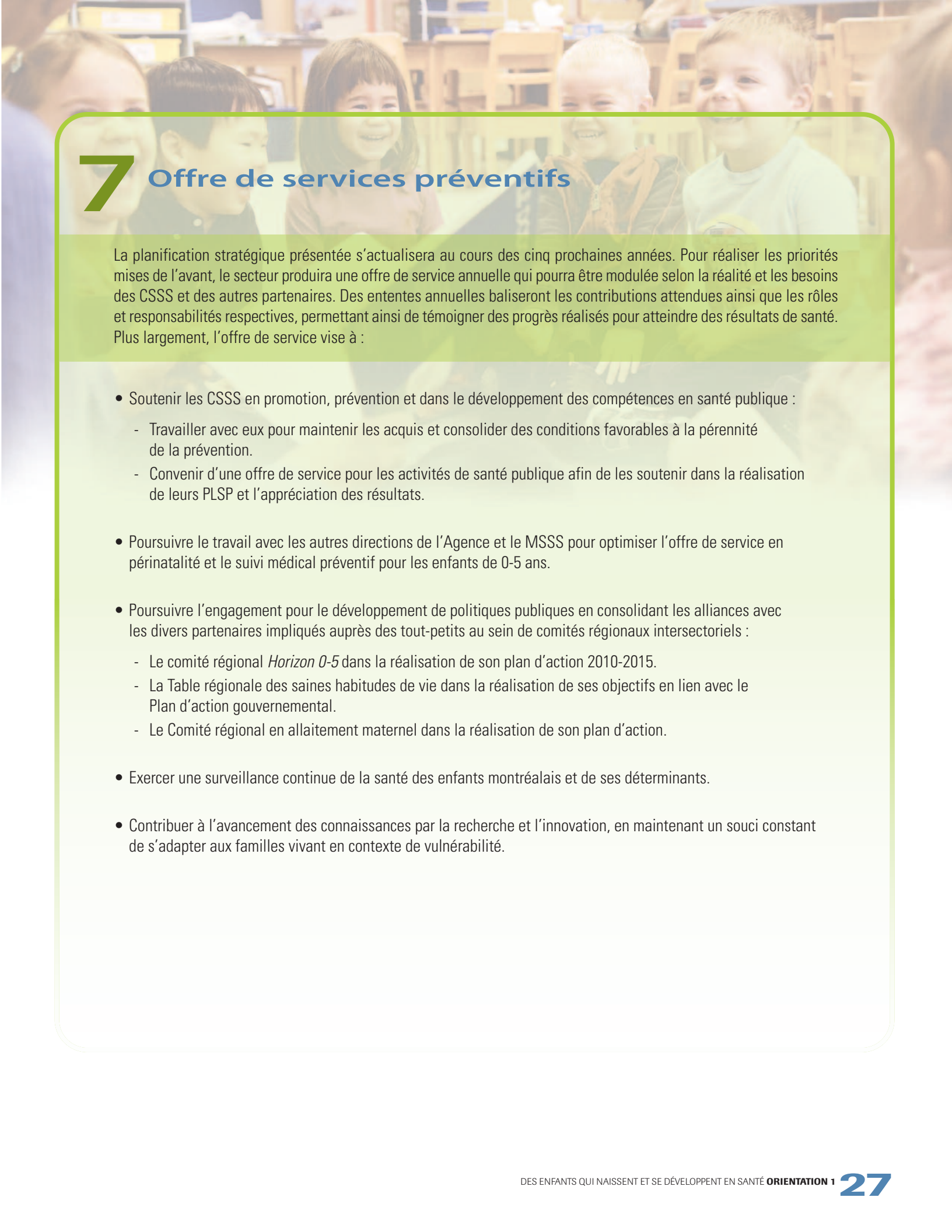
6.4 L'appréciation de la performance et de la qualité des programmes et activités

La DSP, avec la collaboration étroite des CSSS, a débuté en 2009 un imposant travail de création et de mise en œuvre d'un système d'appréciation de la performance de l'action réalisée par les mandataires du programme de santé publique. À la lumière des PLSP et du PRSP, ce travail se poursuivra vers la production d'un tableau de bord pour suivre l'évolution des actions et l'atteinte des résultats.

Le secteur Tout-petits est à identifier, avec ses partenaires, des indicateurs appropriés, pertinents et valides qui serviront à monter un tableau de bord multi-niveaux utile à différents groupes d'acteurs. Certains serviront aux intervenants pour ajuster l'action en cours de route, d'autres seront destinés aux gestionnaires en tant qu'outils d'aide à la décision et finalement, quelques indicateurs plus critiques offriront à la Table régionale de santé publique un portrait stratégique.

Pour compléter l'information permettant de suivre l'évolution des progrès, des connaissances additionnelles seront également à développer. Actuellement, certaines des priorités visées par la présente planification stratégique ne peuvent être traduites en termes de résultats à atteindre étant donné que nous ne disposons pas de mesures précises de la situation actuelle. Les connaissances à notre disposition nous permettent d'établir l'importance d'agir, mais il faudra mieux documenter l'ampleur des problématiques, et le point de départ à considérer pour agir sur les principaux facteurs de risque et de protection, afin de pouvoir apprécier nos progrès et nous ajuster.

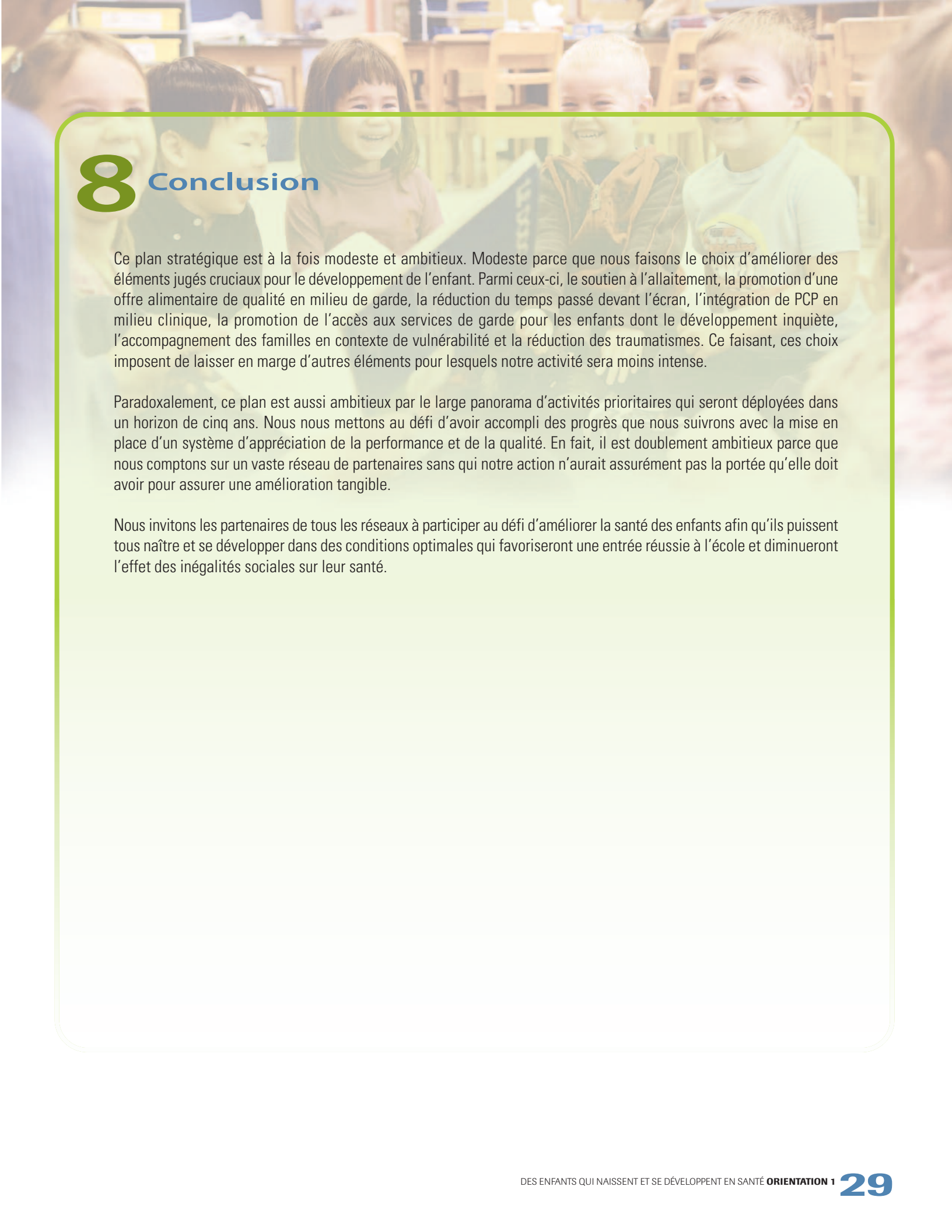




7 Offre de services préventifs

La planification stratégique présentée s'actualisera au cours des cinq prochaines années. Pour réaliser les priorités mises de l'avant, le secteur produira une offre de service annuelle qui pourra être modulée selon la réalité et les besoins des CSSS et des autres partenaires. Des ententes annuelles baliseront les contributions attendues ainsi que les rôles et responsabilités respectives, permettant ainsi de témoigner des progrès réalisés pour atteindre des résultats de santé. Plus largement, l'offre de service vise à :

- Soutenir les CSSS en promotion, prévention et dans le développement des compétences en santé publique :
 - Travailler avec eux pour maintenir les acquis et consolider des conditions favorables à la pérennité de la prévention.
 - Convenir d'une offre de service pour les activités de santé publique afin de les soutenir dans la réalisation de leurs PLSP et l'appréciation des résultats.
- Poursuivre le travail avec les autres directions de l'Agence et le MSSS pour optimiser l'offre de service en périnatalité et le suivi médical préventif pour les enfants de 0-5 ans.
- Poursuivre l'engagement pour le développement de politiques publiques en consolidant les alliances avec les divers partenaires impliqués auprès des tout-petits au sein de comités régionaux intersectoriels :
 - Le comité régional *Horizon 0-5* dans la réalisation de son plan d'action 2010-2015.
 - La Table régionale des saines habitudes de vie dans la réalisation de ses objectifs en lien avec le Plan d'action gouvernemental.
 - Le Comité régional en allaitement maternel dans la réalisation de son plan d'action.
- Exercer une surveillance continue de la santé des enfants montréalais et de ses déterminants.
- Contribuer à l'avancement des connaissances par la recherche et l'innovation, en maintenant un souci constant de s'adapter aux familles vivant en contexte de vulnérabilité.

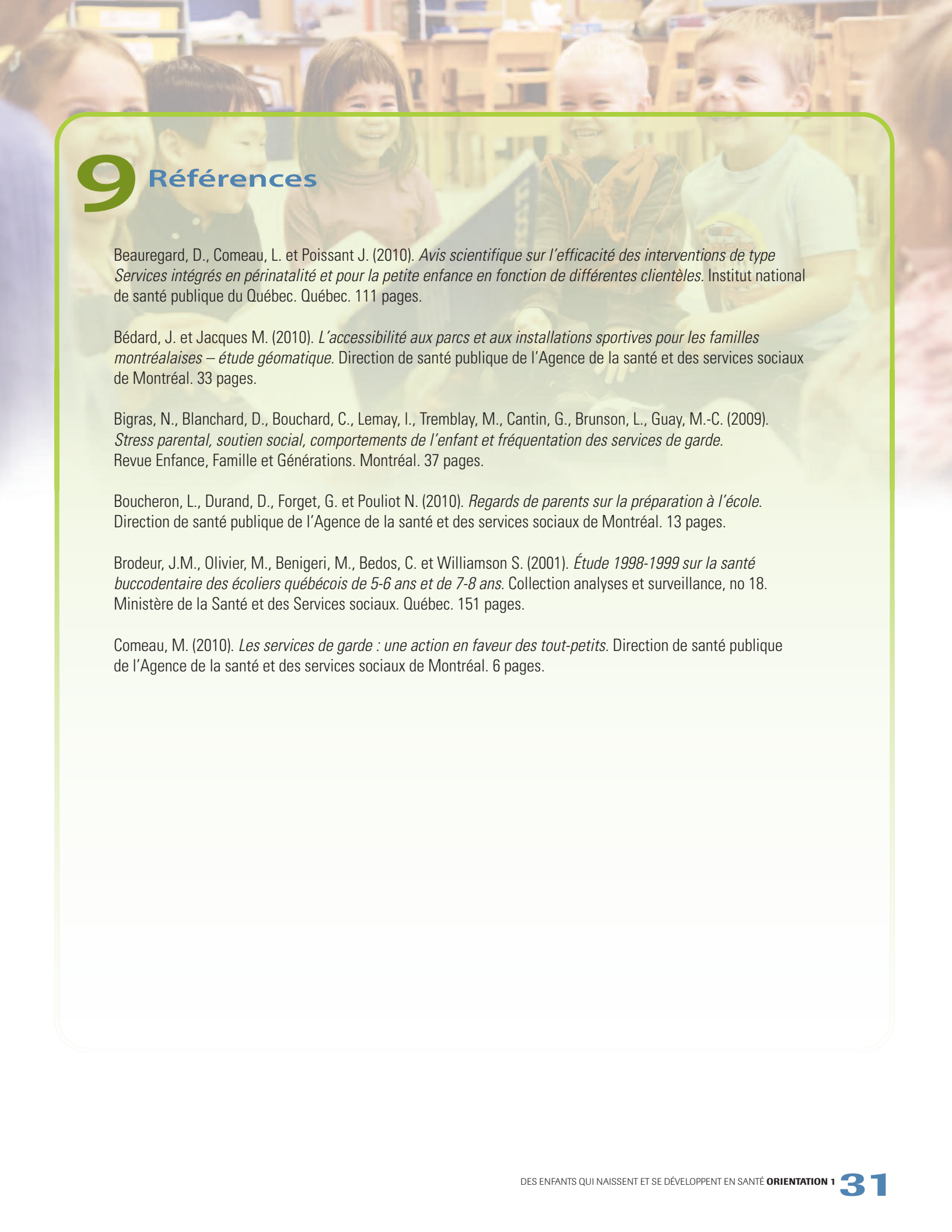


8 Conclusion

Ce plan stratégique est à la fois modeste et ambitieux. Modeste parce que nous faisons le choix d'améliorer des éléments jugés cruciaux pour le développement de l'enfant. Parmi ceux-ci, le soutien à l'allaitement, la promotion d'une offre alimentaire de qualité en milieu de garde, la réduction du temps passé devant l'écran, l'intégration de PCP en milieu clinique, la promotion de l'accès aux services de garde pour les enfants dont le développement inquiète, l'accompagnement des familles en contexte de vulnérabilité et la réduction des traumatismes. Ce faisant, ces choix imposent de laisser en marge d'autres éléments pour lesquels notre activité sera moins intense.

Paradoxalement, ce plan est aussi ambitieux par le large panorama d'activités prioritaires qui seront déployées dans un horizon de cinq ans. Nous nous mettons au défi d'avoir accompli des progrès que nous suivrons avec la mise en place d'un système d'appréciation de la performance et de la qualité. En fait, il est doublement ambitieux parce que nous comptons sur un vaste réseau de partenaires sans qui notre action n'aurait assurément pas la portée qu'elle doit avoir pour assurer une amélioration tangible.

Nous invitons les partenaires de tous les réseaux à participer au défi d'améliorer la santé des enfants afin qu'ils puissent tous naître et se développer dans des conditions optimales qui favoriseront une entrée réussie à l'école et diminueront l'effet des inégalités sociales sur leur santé.



9 Références

Beauregard, D., Comeau, L. et Poissant J. (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*. Institut national de santé publique du Québec. Québec. 111 pages.

Bédard, J. et Jacques M. (2010). *L'accessibilité aux parcs et aux installations sportives pour les familles montréalaises – étude géomatique*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 33 pages.

Bigras, N., Blanchard, D., Bouchard, C., Lemay, I., Tremblay, M., Cantin, G., Brunson, L., Guay, M.-C. (2009). *Stress parental, soutien social, comportements de l'enfant et fréquentation des services de garde*. Revue Enfance, Famille et Générations. Montréal. 37 pages.

Boucheron, L., Durand, D., Forget, G. et Pouliot N. (2010). *Regards de parents sur la préparation à l'école*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 13 pages.

Brodeur, J.M., Olivier, M., Benigeri, M., Bedos, C. et Williamson S. (2001). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des écoliers québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*. Collection analyses et surveillance, no 18. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec. 151 pages.

Comeau, M. (2010). *Les services de garde : une action en faveur des tout-petits*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 6 pages.

Commonwealth of Australia, Department of Health and Ageing (2010). *Physical activity recommendations for 0-5 year olds*. Canberra. 4 pages.

Desrosiers, H., Dumitru, V. et Dubois L. (2008). *Le surplus de poids chez les enfants de 4 à 7 ans : des cibles pour l'action*. Dans : Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010), Institut de la statistique du Québec, vol. 4, fascicule 3. Québec. 20 pages.

Desrosiers, H. et coll. (2005). *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*. Dans : Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2011), Institut de la statistique du Québec. Québec. 163 pages.

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP) (2008). *Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais. En route pour l'école ! Rapport régional – 2008*, 133 pages.

Dispensaire diététique de Montréal (2004). *Soutien à l'allaitement au DDM*. En ligne. <http://www.ddm-mdd.org/autres-activites/recherche/soutien-a-l-allaitement> Consulté le 17 février 2011.

Durand, D. et Guay D. (2011). *Cadre de référence du programme Interventions éducatives précoces 2010-2015*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 12 pages.

Espace montréalais d'information sur la santé (2011). *Évolution des naissances à Montréal de 1984 à 2009*. En ligne. <http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/axes-d'intervention/tout-petits/evolution-des-naissances/> Consulté le 19 février 2011.

Gagné, M., Leduc, S., Maurice, P. et Patry P. (2009). *Les traumatismes chez les enfants et les jeunes québécois âgés de 18 ans et moins: état de situation*. Institut national de santé publique du Québec. Québec. 102 pages.

Généreux, M. (2009). *Plan d'action de santé dentaire publique - Bilan régional montréalais des activités 2007-2008*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 75 pages.

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (2006). *Rapport de l'atelier sur l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada (IRISPC)*. En ligne. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/33515.html>. Consulté le 17 février 2011.

Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T., Lau, J. (2007). *Breastfeeding and Maternal and Infant Outcomes in Developed Countries*. Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ. Rockville (MD). 415 pages.

Jeunes en forme Canada (2010). *Les saines habitudes de vie débutent plus tôt qu'on le pense. Le bulletin 2010 de l'activité physique chez les enfants et les jeunes de Jeunes en forme Canada*. Toronto. 82 pages.

Lamontagne, P. et Hamel D. (2009). *Le poids corporel chez les enfants et adolescents du Québec : de 1978 à 2005*. Institut national de santé publique du Québec. Québec. 55 pages.

Biffer Legouvé, E. (1907). *Les pères et les enfants au XIXe siècle : enfance et adolescence*. Paris : J. Hetzel., 2 vol., 352 pages.

McCain, M.N., Mustard, J.F. et Shanker S. (2007). *Early Years Study 2 : Putting Science into Action*. Council for Early Child Development. Toronto. 185 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2001). *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices*. Québec. 75 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2004). *Les Services Intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : cadre de référence*. Québec. 79 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2007). *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*. Québec. 163 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2008-1). *Politique de périnatalité 2008-2018 - Synthèse - Un projet porteur de vie*. Québec. 62 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2008-2). *Programme national de santé publique 2003-2012 – mise à jour 2008*. Québec. 100 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2010). *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012*. Québec. 44 pages.

National Association for Sport and Physical Education (2009). *Active Start: A Statement of Physical Activity Guidelines for Children From Birth to Age 5, 2nd Edition*. Reston (VA). 56 pages.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). *Promoting physical activity, active play and sport for pre-school and school-age children and young people in family, pre-school, school and community settings*. NICE public health guidance 17. Londres. 89 pages.

National Scientific Council on the Developing Child (2007). *The Science of Early Child Development: Closing the Gap Between What We Know and What We Do*. Cambridge (MA). 14 pages.

Neill, G., Beauvais, B., Plante, N. et Haiek L. N. (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*. Institut de la statistique du Québec. Québec. 92 pages.

Organisation mondiale de la santé (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. WHO Library. Genève. 80 pages.

Pagani, L. S., Fitzpatrick, C., Barnett, T. A. et Dubow E. (2010). *Prospective Associations Between Early Childhood Television Exposure and Academic, Psychosocial and Physical Well-Being by Middle Childhood*. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 164(5):425-31.

Paquet, G. et Hamel D. (2005). *Des alliés pour la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale*. Dans Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 4 ans. Institut de la statistique du Québec, vol. 3, fascicule 4. Québec, 16 pages.

Séguin, L., Gauvin, L., Q. Xu, L., Potvin, L., Frohlich, K.L., Zunzunegui, M.V. (2004). *Pauvreté précoce, pauvreté chronique et santé des enfants de la naissance à 3 ans et demi*. Conférence midi de l'Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé sur les données recueillies dans le cadre de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (Montréal, 23 avril 2004), 32 diapositives.

Société canadienne de pédiatrie (2003). *Les répercussions de l'usage des médias sur les enfants et les adolescents*. Paediatric Child Health. Ottawa. 8(5):311-7.

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) (2009). *Portrait des services de garde publics : Suède*. En ligne. http://scfp.ca/updir/Portrait_des_services_de_garde_publics_Suede.pdf
Consulté le 17 février 2011.

Timmons, B.W., Naylor, P. et Pfeiffer K.A. (2007). *L'activité physique des enfants d'âge préscolaire – somme et méthode?* Applied physiology, Nutrition, and metabolism. Vol. 32, supplement 2F. S136-S149.

World Health Organization (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. Genève, World Health Organization, WHO Technical Report Series 916, 149 p.

10 Bibliographie

Bartick, M., Rienhold, A. (2010). *The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States : A Pediatrics Cost analysis*. Pediatrics. May 2010. 125(5):e1048-56.

Beaulne, G. et coll. (1997). *Pour la sécurité des jeunes canadiens : des données statistiques aux mesures préventives*. Ottawa, Santé Canada, 311 pages.

European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment (2008). *EU Project on Promotion of breastfeeding in Europe, Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : A blueprint for action (revised)*. Luxembourg. 70 pages.

Gagné, M. (2006). *La mortalité par traumatismes non intentionnels chez les jeunes québécois de moins de 20 ans*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, Unité Connaissance-surveillance, direction Planification, recherche et innovation. 100 pages.

Gagné, M., Leduc, S., Maurice, P. et Patry P. (2009), *Les traumatismes chez les enfants et les jeunes québécois âgés de 18 ans et moins : état de situation*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, Unité Connaissance-surveillance, direction Planification, recherche et innovation. 102 pages

Institut national de santé publique du Québec. *Trousse média en prévention des traumatismes*.
En ligne : http://www.inspq.qc.ca/aspx/fr/media_traumatismes.aspx?sortcode=1.56.65.67
Consulté en avril 2011.

McCain, M.N., Mustard, J.F. et Shanker S. (2007). *Early Years Study 2 : Putting Science into Action*. Council for Early Child Development. Toronto. 185 pages.

McKenzie, F. (2009). *Un guide pour soutenir la réflexion et... mieux faire grandir les tout-petits*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 77 pages.

National Scientific Council on the Developing Child (2007). *The Science of Early Child Development: Closing the Gap Between What We Know and What We Do*. Cambridge (MA). 14 pages.

Olds, D.L., Robinson, J.A., O'Brien, R., Luckey, D.W., Pettitt, L.M., Henderson, C.R., Ng, R.K., Sheff, K.L., Korfmacher, J., Hiatt, S., Talmi, A. (2002). *Home Visiting by Paraprofessionals and by Nurses : a Randomized Controlled Trial*. Pediatrics. 110(3):486-96.

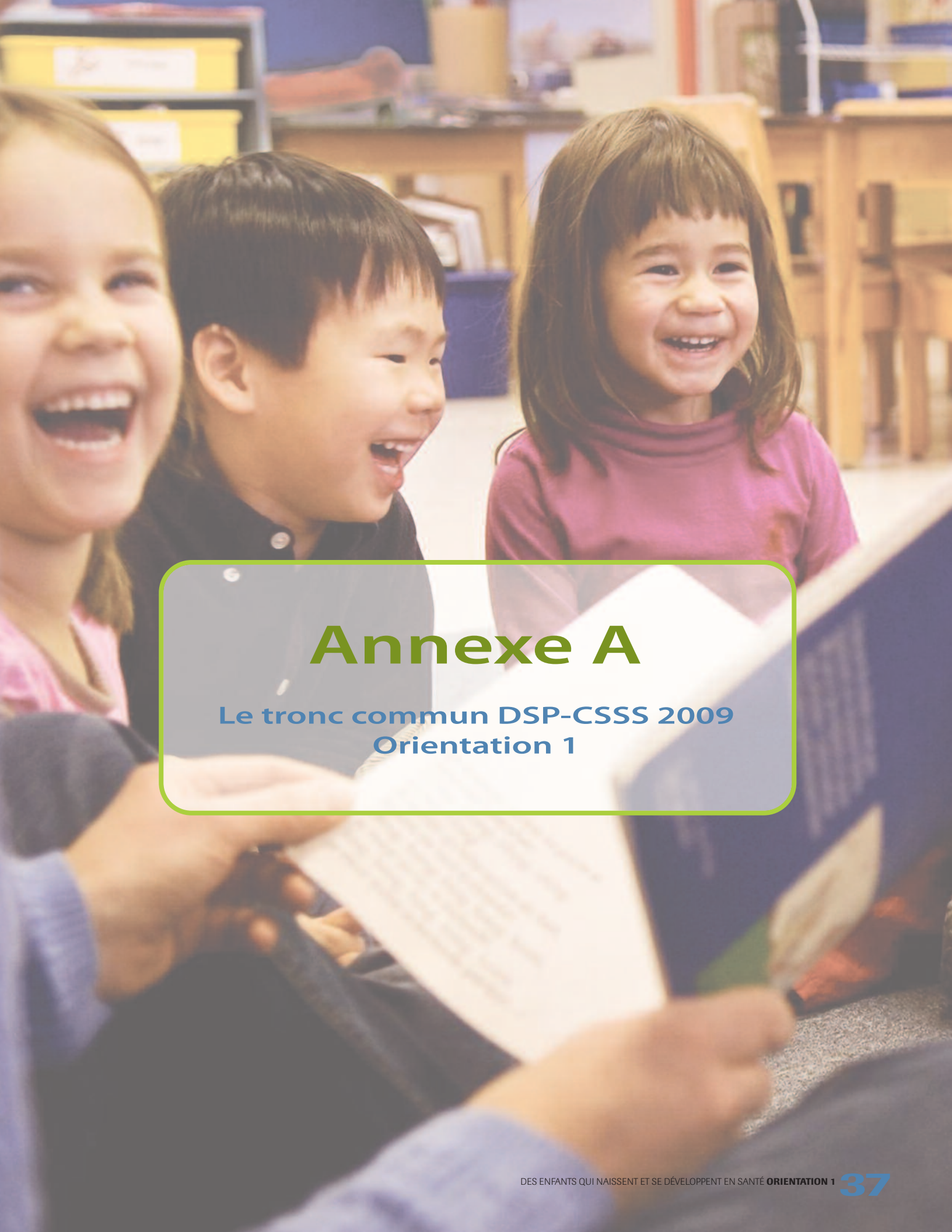
Olds, D.L., Henderson C.R., Kitzman, H.J., Eckenrode, J.J., Cole, R.E., Tatelbaum, R.C. (1999). *Prenatal and Infancy Home Visitation by Nurses : Recent Findings*. The Future of Children. 9(1): 44-65.

Organisation mondiale de la santé (OMS) et UNICEF (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. WHO Library, Genève. 36 pages.

Organisation mondiale de la santé (OMS) et UNICEF (2008). *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant : Résumé*. Genève. 50 pages.

Shonkoff, J. et Phillips D. (2001). *From neurons to Neighbourhoods : The Science of Early Childhood Development – An Introduction*. Zero to Three Bulletin. (21)5: 4-7.

Zielinski, D.S., Eckenrode, J., Olds, D.L. (2009). *Nurse Home Visitation and the Prevention of Child Maltreatment: Impact on the Timing of Official Reports*. Development and Psychopathology. 21(2): 441-453.



Annexe A

Le tronc commun DSP-CSSS 2009
Orientation 1

1. Des enfants qui naissent et se développent en santé

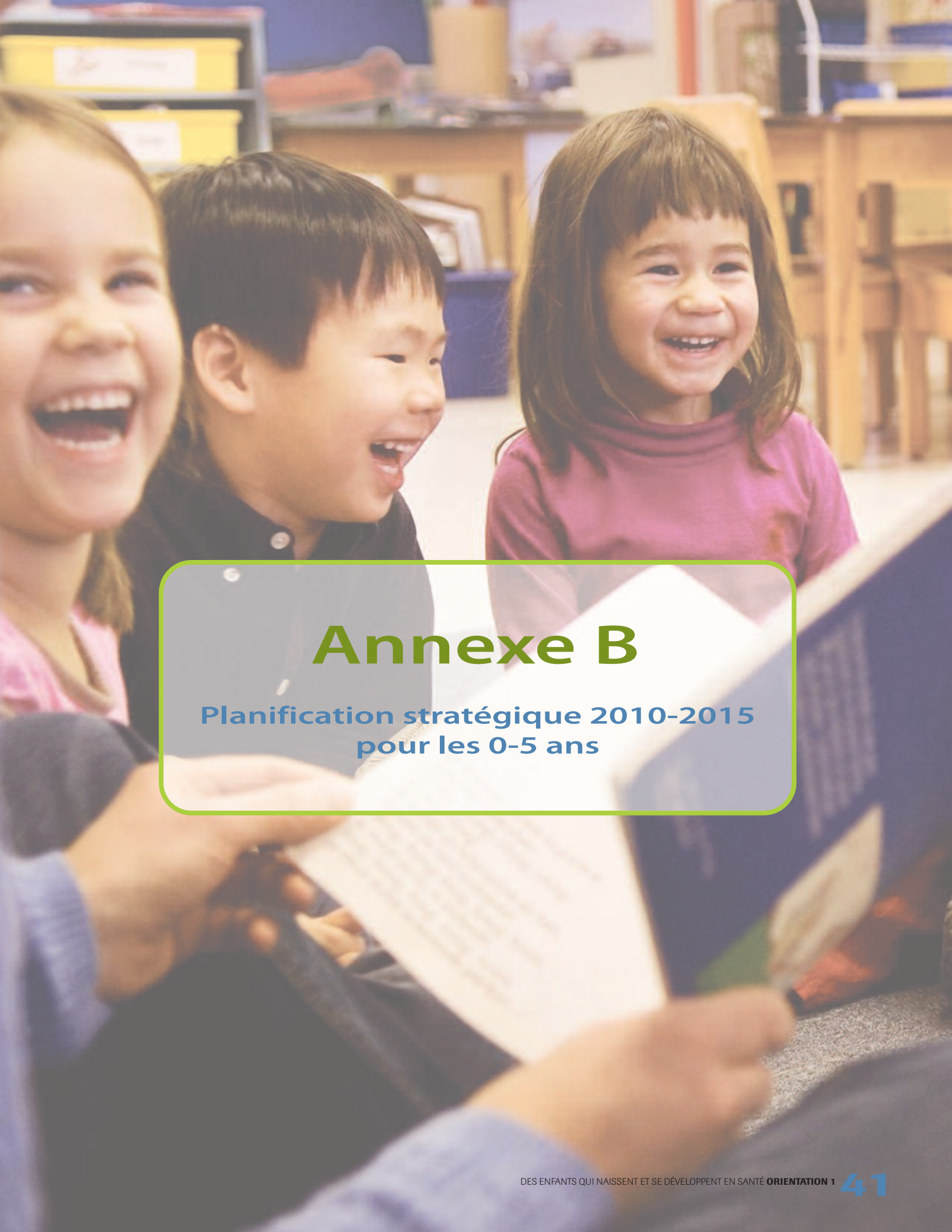
Principaux éléments à mettre en œuvre

Problématique	Résultats intermédiaires visés	Universels	Programmes et actions	Indicateurs de mise en œuvre prioritaires
Prématurité, retard de croissance, anomalies congénitales évitables (ex. : anomalies du tube neural)	- Prendre en charge la femme enceinte à partir de la 12^e semaine de grossesse - Augmenter l'accès aux services préventifs adaptés à la femme enceinte ou spécifiques à sa situation de grossesse	Assurer un suivi et un soutien au cours de la période postnatale (période de fragilité du nourrisson et cruciale pour l'allaitement et l'attachement)	- Offre de service en prénatal en lien avec la politique de périnatalité - Offre de pratiques cliniques préventives (PCP) reconnues pour la femme enceinte (prise d'acide folique, dépistage/ counseling / références si tabac, alcool, etc.)	- N^{bre} de femmes enceintes ayant reçu de l'information prénatale - Proportion des avis de grossesse transmis au CSSS (après implantation de la politique de périnatalité) - Délai du 1^{er} contact du CSSS auprès de la femme enceinte (après implantation de l'avis de grossesse)
Morbidité et mortalité évitables (sous-alimentation, syndrome de mort subite, bébé secoué, asthme, hépatite B et autres maladies infectieuses)		Augmenter de 48 % à 75 % le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital et de 3 % à 10 % à 6 mois	- Actualisation des modalités d'articulation en périnatalité-période postnatale - Offre de pratiques cliniques préventives (PCP) reconnues pour la mère et le nourrisson (recherche de cas et traitement dépression, soutien allaitement, etc.)	- Proportion des mères montréalaises ayant accouché qui ont eu une visite postnatale en < 72 h suivant un congé précoce - Proportion de nouveau-nés et d'enfants vaccinés (voir l'orientation 4 : <i>Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques</i>)
Hospitalisations des nourrissons pour causes évitables à la suite d'un congé précoce			- Promotion et soutien de l'allaitement - Création de milieux favorables à l'allaitement (IAB)	- N^{bre} d'installations certifiées Ami des bébés - Participation aux activités grand public (défi, salon maternité, etc.)
Surmorbidity et surmortalité des bébés et des enfants vivant en contexte de vulnérabilité (ex. : abus et négligence, hospitalisations accrues à la suite de blessures et d'intoxications non intentionnelles, embonpoint, carie dentaire, etc.)	- Accroître la consommation d'aliments santé - Accroître la sécurité à domicile - Accroître l'accès et l'utilisation des services de santé et services sociaux (ex. : soutien allaitement, vaccination, counseling habitudes de vie, etc.) - Renforcer le lien d'attachement parent-enfant - Renforcer les habiletés parentales - Renforcer les réseaux de soutien social - Favoriser l'intégration socioprofessionnelle des parents (revenus, emploi, éducation) - Améliorer les conditions de vie (ex. : accès à un logement salubre, sécuritaire, adéquat) - Favoriser l'accès et l'utilisation d'activités éducatives de qualité (soutien aux parents, aux milieux de garde; accès facilité aux milieux de garde pour les enfants plus vulnérables)		- Programme de sécurité alimentaire (voir l'orientation 5 : <i>Un environnement urbain favorable à la santé</i>) - Déploiement des Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) pour les familles vulnérables (faible revenu, jeunes parents, immigration récente) : - suivi intensif des familles en pré- et postnatal - création d'environnements favorables - Initiative montréalaise de soutien au développement social local - Interventions éducatives précoces - Sommets sur la maturité scolaire - Protocoles d'entente CSSS-CPE-(CJ) - Promotion/vigilance des politiques publiques favorables à la santé	Outre les indicateurs déjà mentionnés, les indicateurs énumérés ci-dessous sont également privilégiés : - Proportion des familles en contexte de vulnérabilité jointes par le volet accompagnement des familles des SIPPE (% variable selon CSSS – moyenne à Montréal : 40 %) - Plans d'action et bilans annuels en développement d'environnements favorables SIPPE (orientations concrètes et cibles de résultats) - Plans d'action en interventions éducatives précoces (orientations concrètes et cibles de résultats visant à améliorer le développement des tout-petits) - Proportion de protocoles CSSS-CPE-(CJ) mis en application
Troubles du développement cognitif, langagier, moteur, socioaffectif				

1. Des enfants qui naissent et se développent en santé

Principales contributions régionales et locales

Programmes et actions	Contribution régionale (DSP)	Contribution locale (CSSL)
• Offre de service en prénatal en lien avec la politique de périnatalité • Offre des pratiques cliniques préventives (PCP)	• Documenter l'accessibilité et la continuité aux services périnataux • Soutenir l'élaboration d'un avis de grossesse • Outiller les milieux cliniques pour les PCP spécifiques à la femme enceinte	• Soutenir la diffusion du document <i>Mieux vivre avec son enfant</i> et une information prénatale de qualité • Adapter les activités des centres d'éducation à la santé (CÉS) et des centres d'abandon du tabac (CAT) pour la femme enceinte
• Actualisation des modalités d'articulation périnatalité-période postnatale • Offre des pratiques cliniques préventives (PCP)	• Effectuer la vigie des délais de suivi postnatal (avis de naissance) • Monitorer l'offre de service (accessibilité et continuité) pour les enfants de 0-5 ans, notamment par une étude sur la trajectoire de soins et de services	• Offrir des visites postnatales à toutes les mères et enfants, incluant des suivis au besoin (counseling et soutien offert aux nouveaux parents, vaccination conforme au calendrier prévu) • Participer à une enquête sur les PCP en périnatalité et petite enfance
• Promotion et soutien de l'allaitement • Création de milieux favorables à l'allaitement (IAB)	• Organiser des activités grand public de promotion de l'allaitement • Assurer l'animation et le soutien à la concertation • Monitorer et soutenir l'implantation de l'Initiative des Amis des bébés (IAB)	• Mettre en œuvre les lignes directrices en allaitement maternel émises par le MSSS • Donner accès, dès la période prénatale, à un programme structuré d'information sur l'allaitement
• Déploiement des SIPPE - Suivi intensif des familles pré et postnatal - Création d'environnements favorables	• Soutenir les chantiers d'optimisation des SIPPE • Offrir de la formation et du transfert de connaissances • Mettre à jour les données populationnelles et suivre l'atteinte des cibles du programme	• Offrir le programme SIPPE tel que prescrit, minimalement jusqu'à ce que l'enfant soit âgé de deux ans • S'assurer que les intervenants des SIPPE consacrent 50 % de leur temps au programme • Orienter les familles ayant des besoins spéciaux vers les services appropriés
• Initiative montréalaise de soutien au développement social local	• Cogérer l'Initiative montréalaise en développement social local	• Favoriser les arrimages avec les tables de quartier en vue de la réalisation des plans d'action
• Interventions éducatives précoces • Sommets sur la maturité scolaire	• Soutenir l'implantation d'interventions éducatives précoces (actuellement dans 7/29 CLSC) • Soutenir la réalisation des sommets locaux et réaliser le sommet montréalais sur la maturité scolaire • Favoriser une complémentarité d'action entre les partenaires régionaux	• Mobiliser le réseau local autour des sommets sur la maturité scolaire • Revoir et optimiser l'offre de service liée au soutien et au développement des enfants et de leur famille
• Promotion/vigilance des politiques publiques favorables à la santé	• Assurer une veille stratégique • Produire des avis ou mémoires selon les enjeux émergents	• Collaborer aux travaux lorsque l'enjeu concerne le territoire du CSSS



Annexe B

**Planification stratégique 2010-2015
pour les 0-5 ans**

1. Des enfants qui naissent et se développent en santé

Priorités	Résultats attendus sur les facteurs de risque et de protection	Activités prioritaires
D'ici 10 ans (2020), ↓ les problèmes de santé évitables (morbidity et mortalité) : • Maladies respiratoires • Surplus de poids • Traumatismes	D'ici 5 ans, assurer une nutrition adéquate des nourrissons et des tout-petits en : ↑ le taux d'allaitement exclusif à 6 mois à 10 % ↑ la consommation de fruits et légumes ↓ aliments de faible valeur nutritive	• Soutien à l'implantation IAB et soutien aux pratiques professionnelles (médecins, infirmières et autres intervenants) • Contribution à la création d'environnements favorables à l'allaitement maternel • Mieux connaître les habitudes alimentaires des enfants de 6 mois à 5 ans • Soutien et influence pour une l'offre alimentaire de qualité en milieu de garde • Soutien aux CSSS dans l'identification et la priorisation des meilleures pratiques en promotion d'une saine alimentation; informer, former et accompagner • Mise en place d'un mécanisme régional de concertation et de partage d'expertise et d'outils • Soutien à l'évaluation des principaux programmes et initiatives favorisant la saine alimentation
	D'ici 5 ans, avoir identifié et mis en œuvre des pratiques préventives pour réduire les traumatismes chez les 0-5 ans	• Documenter la situation des enfants montréalais, les groupes à risque, les causes, la mortalité et morbidité associées • Poursuivre la sensibilisation des parents accompagnés dans le cadre des SIPPE • Identifier les interventions environnementales pertinentes pour favoriser un développement sécuritaire des enfants • Développer des collaborations avec les organismes et établissements experts dans le domaine
	D'ici 5 ans, favoriser l'accès et la continuité des services en périnatalité et en petite enfance et ↑ les pratiques cliniques préventives	• Participation à la mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2008-2018 • Participation à la consolidation de services régionaux pour optimiser le suivi postnatal • Documentation des enjeux liés à l'accès, la continuité et l'utilisation des services par les familles et les tout-petits • Contribution au déploiement d'une stratégie intégrée des PCP pour les 0-5 ans en milieu clinique • Optimisation auprès des 0-5 ans des PCP en santé dentaire (Plan d'action de santé dentaire publique) • Contribution à l'arrimage du programme Interventions éducatives précoces (IEP) à l'Approche multidisciplinaire intégrée en stimulation (AMIS)
D'ici 10 ans (2020), ↓ les problèmes de développement au niveau : • Socio-affectif • Moteur • Langagier et cognitif	D'ici 5 ans, améliorer l'accès et la qualité des services d'accompagnement et de soutien aux familles vivant en contexte de vulnérabilité	• Soutien au déploiement du programme SIPPE auprès de familles vivant en contexte de vulnérabilité • Soutien aux équipes interdisciplinaires pour favoriser le partage d'expertise • Soutien à la complémentarité entre le programme SIPPE et le programme de négligence • Suivi des résultats du programme pour assurer les ajustements en continu
	D'ici 5 ans, accroître l'accès aux services éducatifs de qualité et aux initiatives favorables au développement des enfants dans la communauté	• Promotion de l'accès aux SGE pour les enfants en contexte de vulnérabilité ou dont le développement inquiète • Soutien au déploiement du programme Interventions éducatives précoces (IEP) dans les 12 CSSS • Soutien aux CSSS dans la mise en œuvre de plans d'action intersectoriels visant l'amélioration des conditions et milieux de vie des familles et favorables au développement des enfants • Contribution à la réalisation du plan d'action du comité <i>Horizon 0-5</i>
	D'ici 5 ans, accroître le temps physiquement actif des enfants de 0-5 ans	• Soutien à l'élaboration de lignes directrices visant zéro temps écran pour les moins de 2 ans et 1 h par jour au maximum pour les enfants d'âge préscolaire • Soutien à la mise en œuvre des mesures reconnues efficaces pour diminuer le temps écran • Soutien à l'intégration du développement moteur et de l'activité physique dans les interventions, programmes ou services



BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Plan régional de santé publique 2010-2015 Orientation 1 : Des enfants qui naissent et se développent en santé	8 \$	
	NUMÉRO D'ISBN (version imprimée)		
	978-2-89673-085-8		

Nom

Adresse

No	Rue	App.
Ville	Province	Code postal

Téléphone

	Télécopieur	
-------	-------------	-------

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

