

0-5 ANS
EN ESTRIE

POUR
NOS

Voir GRAND tout-petits

RAPPORT
DU DIRECTEUR
DE SANTÉ PUBLIQUE

PAR LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE





RÉDACTION

Irma Clapperton
Catherine Noreau
Marie-Andrée Roy
Natalie Stronach

COLLABORATION

Olivier Lemieux-Girard
Brigitte Martin
Michelle Morin
Marie-Ève Nadeau
Alain Poirier
Mathieu Roy

RÉVISION

Marie-Ève Brière

DROIT D'AUTEUR®

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie –
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ISBN 978-2-550-85445-6 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.



REMERCIEMENTS

Le Collectif
estrien 0-5 ans
a agi à titre de
comité aviseur afin
d'orienter le contenu
du rapport.

Merci aux personnes
suivantes qui ont
bonifié nos travaux par
leurs commentaires et
suggestions :

Sabrina Bachellerie, Direction régionale, Ministère de la Famille
Émélie Beaulieu, Parent, milieu rural
Josiane Bergeron, Projet PRÉE (Partenaires pour la réussite éducative en Estrie)
Linda Bibeau, Avenir d'enfants
Chantal Camden, Université de Sherbrooke
Serge Dion, Commission scolaire des Sommets
Mireille Fortin, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Jean-Benoît Fournier, Parent, milieu urbain
Maureen Johnson, Cégep de Sherbrooke
Roxanne Laliberté, Naissance Renaissance Estrie
Annie Lambert, Université de Sherbrooke
Claire-Marie Legendre, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Claudine Leroux, Maison des familles de Granby et région
Francis Livernoche, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Mélanie Messier, Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation
Frédéric Noirfalaise, Commission scolaire Eastern Townships
Mercedes Orellana, Service d'aide aux Néo-Canadiens
Lisa Payne, Association des Townshippers
Lucie Roch, Regroupement des organismes communautaires Famille de l'Estrie
Maryse Ruel, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Lucie Therriault, Regroupement des CPE des Cantons de l'Est
Cathy Varnier, ValFamille

Nous remercions
également les
personnes suivantes
pour leur précieuse
collaboration :

Chantal Camden, Université de Sherbrooke
Annie Desrosiers, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Mélicia Généreux, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Édith Grégoire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Marie-Eve Langlais, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Annie Michaud, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Robert Pronovost, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

TABLE DES MATIÈRES

MOT DU DIRECTEUR.....	V
MOT DU COLLECTIF ESTRIEN 0-5 ANS	VI
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
INTRODUCTION	1
CE QUE NOUS SAVONS SUR LES TOUT-PETITS	2
Ce que la science nous dit à propos des tout-petits.....	3
Ce que les données nous démontrent	6
Les caractéristiques des enfants.....	6
Les caractéristiques des familles.....	9
Les caractéristiques de la communauté.....	12
Le développement global de nos enfants à 5 ans	14
Ce que les partenaires en pensent	18
CE QUE NOUS DEVONS FAIRE POUR LES TOUT-PETITS	19
Faire une place de choix pour l'enfant et sa famille	20
Adapter des pratiques selon des approches émergentes et reconnues	20
Combiner des stratégies variées.....	24
CE QUE NOUS POUVONS INTENSIFIER POUR LES TOUT-PETITS	25
Recommandations concernant les enfants.....	26
Assurer le suivi du développement de tous les enfants jusqu'à 5 ans.....	26
S'adapter pour mieux répondre aux besoins des enfants les plus vulnérables	27
Recommandations concernant les familles.....	28
Bâtir avec les premiers champions du développement des enfants : les parents.....	28
Recommandations concernant la communauté	29
Agir en cohérence et en convergence dans notre leadership collectif	29
Renforcer les facteurs de protection par des actions intersectorielles.....	30
Renforcer l'alliance entre la pratique et la recherche	30
CONCLUSION.....	31
ANNEXES	32
Annexe A. Domaines de développement évalués par l'EQDEM	33
Annexe B. Données par RLS.....	34
Annexe C. Exemples d'initiatives prometteuses	43
LISTE DES RÉFÉRENCES	49



Je rêve
qu'un jour :

MOT DU DIRECTEUR

- Toutes les personnes qui souhaitent devenir parents soient soutenues dans leur projet.
- Tous les enfants puissent compter sur des adultes bienveillants qui ont à cœur leur santé et le développement de leur potentiel.
- Dès la naissance, tous les bébés soient bien entourés et aient accès aux services requis pour assurer leur développement sain et sécuritaire.
- Tous les enfants grandissent dans des quartiers, des garderies, des écoles en santé.
- Les enfants en contexte de vulnérabilité rencontrent des intervenants ayant adapté leurs pratiques à leurs besoins.
- Les organisations travaillent à une cible commune et soutiennent le développement des enfants par des services en levant les barrières d'accès, de continuité et de complémentarité.
- Le développement de l'enfant occupe une place de choix au sein de notre société : la première!

Voilà pourquoi je vois plus grand pour nos tout-petits de 0 à 5 ans en Estrie et que collectivement, les acteurs de l'Estrie mettent des actions en place pour assurer un bel avenir à nos enfants.

Dr Alain Poirier

Directeur de santé publique par intérim

MOT DU COLLECTIF ESTRIEN 0-5 ANS

Voir grand pour nos enfants, c'est mettre leurs besoins et ceux de leur famille au cœur de nos priorités et de nos décisions!

Les partenaires du Collectif estrien 0-5 ans sont engagés et mobilisés depuis 2015 envers le développement optimal des enfants. Leur rêve est que tous les enfants de la région atteignent leur plein potentiel et deviennent des adultes en santé et épanouis.

Prendre constamment le pouls quant à l'état de situation de nos enfants, développer une compréhension commune de leurs besoins pour ainsi transformer leurs environnements par des actions collectives est une priorité pour le Collectif. C'est en travaillant en concertation, et de façon cohérente, que nous pourrons obtenir des gains pour les tout-petits, particulièrement pour ceux qui sont plus à risque ou qui vivent en contexte de vulnérabilité.

Ce rapport constitue un document phare pour orienter et faire converger nos actions dans les années à venir. Le Collectif s'engage à poursuivre sa mission de mobilisation, c'est-à-dire à jouer un rôle facilitant dans le processus d'appropriation des constats et des recommandations et à soutenir les actions collectives visant à mettre celles-ci en application.

Ainsi, nous pourrons réussir à assurer un meilleur avenir à tous nos enfants!

Lucie Therriault

Présidente





LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Proportion de naissances prématurées et de faible poids selon la défavorisation matérielle et sociale, Estrie, 2013 à 2017	6
Tableau 2.	Taux d'hospitalisation selon la défavorisation matérielle et sociale, Estrie, 2013 à 2017	7
Tableau 3.	Nombre et taux de signalements retenus, Estrie, 2016-2017 à 2018-2019	9
Tableau 4.	Caractéristiques des familles ayant au moins un enfant âgé de 5 ans ou moins, Québec et Estrie, 2016	10
Tableau 5.	Proportion de naissances dont la mère a moins de onze ans de scolarité Estrie et Québec, 2009 à 2017	10
Tableau 6.	Répartition des parents d'enfants (0-5 ans) qui ont des préoccupations quant au développement de leur enfant selon leur perception des services professionnels de réadaptation et de santé, Estrie, 2018	13
Tableau 7.	Proportion d'enfants de la maternelle vulnérables selon le domaine, Estrie, 2012 et 2017	16

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Accumulation des problèmes de santé et de bien-être tout au long de la vie.....	4
Figure 2.	Une plus grande protection pour affronter les défis.....	5
Figure 3.	Répartition des parents d'enfants 0-5 ans selon la fréquence des activités de lecture réalisées avec leur enfant, Estrie, 2018.....	11
Figure 4.	Proportion d'enfants de la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement, Estrie, 2012 et 2017	15
Figure 5.	Nombre de domaines de vulnérabilités parmi les enfants de la maternelle vulnérables dans au moins un domaine, Estrie, 2012 et 2017.....	15
Figure 6.	Carte de la proportion d'enfants de la maternelle vulnérables dans au moins un domaine, 2017.....	17
Figure 7.	Vision écosystémique du développement des enfants	21
Figure 8.	Profil des besoins des enfants	23



INTRODUCTION

Un peu plus de 29 000 enfants âgés de 0 à 5 ans vivent en Estrie et l'histoire de chaque enfant est unique. De la conception à la naissance, le parcours se distingue déjà. Autant d'histoires qui confirment qu'à moins de 5 ans, les tout-petits ont beaucoup de choses à raconter! Naturellement, chaque enfant a son propre processus de développement, mais il traverse aussi plusieurs étapes communes à ses pairs, que ce soit sur le plan physique, cognitif, émotionnel, social ou langagier.

La majorité des tout-petits estriens sont en bonne santé et vivent dans des environnements bienveillants et sécurisants qui favorisent le développement de leur plein potentiel. D'autres n'ont pas cette chance. Les données de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) nous indiquent que la situation de la vulnérabilité des enfants estriens s'est détériorée entre 2012 et 2017.

Au Québec, nous observons en ce moment un contexte politique favorable au développement des enfants avec des orientations claires dans plusieurs politiques et programmes. Particulièrement, le Plan d'action interministériel de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) fixe la cible d'augmenter à 80 % la proportion d'enfants qui commencent leur scolarité sans présenter de facteurs de vulnérabilité pour leur développement. Comme soutenue dans la Politique de la réussite éducative du Québec, l'éducation est une priorité nationale. Elle est la clé pour bâtir une société prospère et innovante. Elle est un actif essentiel pour relever les défis contemporains, assurer le mieux-être de la population et accroître la richesse individuelle et collective. Avant même de pouvoir réussir à l'école, il faut que nos jeunes arrivent à la maternelle avec un développement optimal.

Pour atteindre cette cible, le présent rapport vise à :

- Présenter et favoriser une compréhension commune des nouvelles connaissances et des enjeux de santé et de bien-être des tout-petits;
- Démontrer que le mouvement estrien s'appuie déjà sur des approches et des pratiques innovantes et reconnues;
- Susciter un engagement collectif de différents partenaires œuvrant en petite enfance et auprès des familles pour aller plus loin.

Il est nécessaire que tous unissent leurs forces pour ainsi donner la chance à chaque enfant de développer son plein potentiel.



CE QUE
NOUS SAVONS
SUR LES *tout-petits*



CE QUE LA SCIENCE NOUS DIT À PROPOS DES TOUT-PETITS

Le portrait de santé et de bien-être des enfants estriens ne s'améliore pas, et ce, malgré le fait que les deux tiers de la vulnérabilité durant l'enfance seraient évitables¹.

En effet, de multiples mesures et pratiques basées sur nos connaissances probantes sont reconnues efficaces pour favoriser le développement optimal des tout-petits².

Il est possible d'agir en multipliant, et en combinant dans toute la collectivité, les initiatives qui se déploient déjà dans différents milieux de vie des enfants.

Valoriser les droits des enfants, une priorité

Il y a 25 ans, la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies énonçait des normes permettant de mettre les droits des enfants à l'avant-plan dans l'élaboration de politiques et de lois au sein des divers paliers gouvernementaux. Depuis, nous observons un changement dans les valeurs sociétales et les droits de l'enfant sont plus que jamais valorisés. Rappelons-nous que l'enfant a droit :

- à la survie;
- de se développer dans toute la mesure du possible;
- d'être protégé contre les influences nocives, les mauvais traitements et l'exploitation;
- de participer à part entière à la vie familiale, culturelle et sociale;
- à la non-discrimination;
- au respect de ses opinions.

Au Québec, nous observons un contexte politique favorable au développement des enfants qui est maintenant inscrit au sein de politiques et programmes gouvernementaux. L'Observatoire des tout-petits contribue également à placer le développement des tout-petits au cœur de la société québécoise.

Découvrir de nouvelles connaissances sur le développement du cerveau

Les nouvelles connaissances en neuroscience nous apprennent que le cerveau d'un enfant est en pleine ébullition pendant les premières années de vie. Doté d'une plasticité plus grande que celui des adultes, le cerveau de l'enfant est malléable et se modèle au gré des expériences positives et négatives vécues dans son environnement. L'enfant est ainsi plus disposé à faire des apprentissages durables qui auront des impacts sur le reste de sa vie^{3,4}. Nous savons aussi que certains enfants ont des capacités à développer de la résilience et à surmonter d'importantes adversités s'ils sont entourés d'adultes bienveillants⁵. Comme tout n'est pas définitivement fixé, il importe d'agir le plus tôt possible.

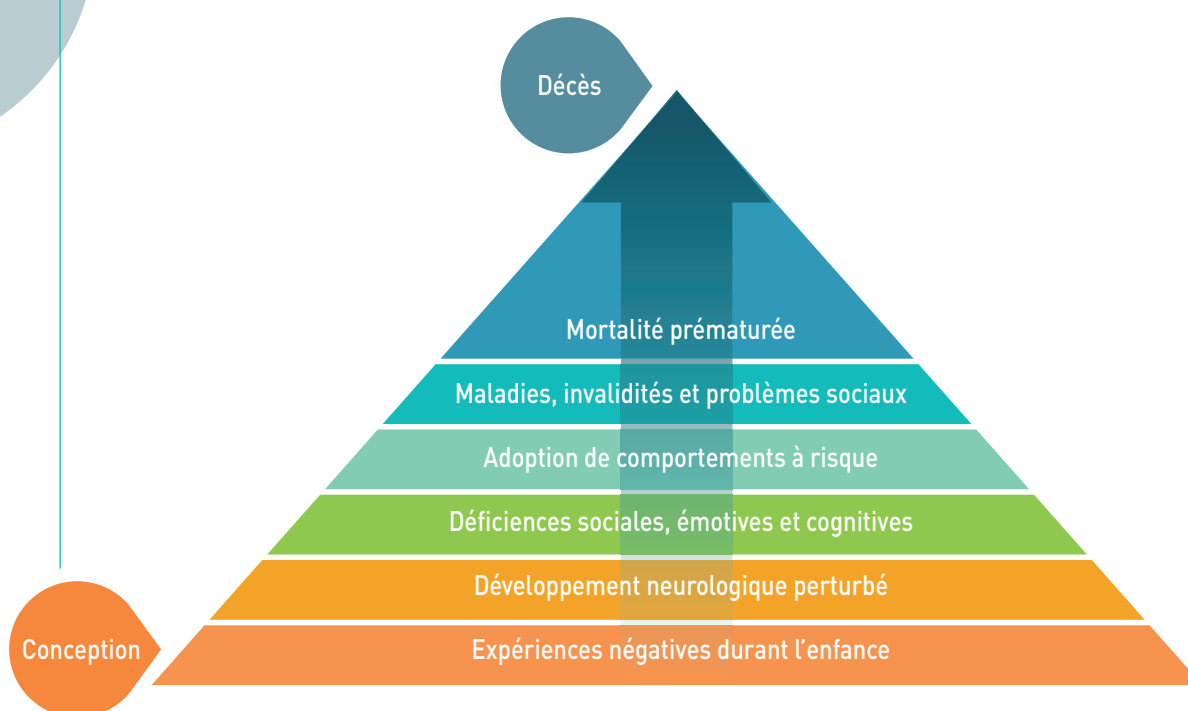
Agir en prévention pour atténuer les risques

Tout au long de sa vie, un individu est exposé à des situations positives et négatives qui influencent son parcours de vie. Il est reconnu que les inégalités socio-économiques ou liées aux divers environnements entravent le développement du plein potentiel des enfants.

Plusieurs problèmes sociaux et de santé prennent racine pendant la petite enfance et sont souvent irréversibles, par exemple : maladies chroniques, comportements malsains (tabac, alcool, drogues) ou non sécuritaires (comportements sexuels à risque, comportements violents). Plus l'enfant accumule des expériences négatives, plus son risque de développer des problèmes de santé chroniques (physiques et psychologiques) augmente^{1,2} (Figure 1). D'ailleurs, l'espérance de vie est de dix ans inférieure chez ceux ayant grandi dans des conditions défavorables (ex. : abus physique ou sexuel, négligence, trouble de santé mentale ou de dépendance des parents, violence domestique, etc.).

Figure 1.

Accumulation des problèmes de santé et de bien-être tout au long de la vie

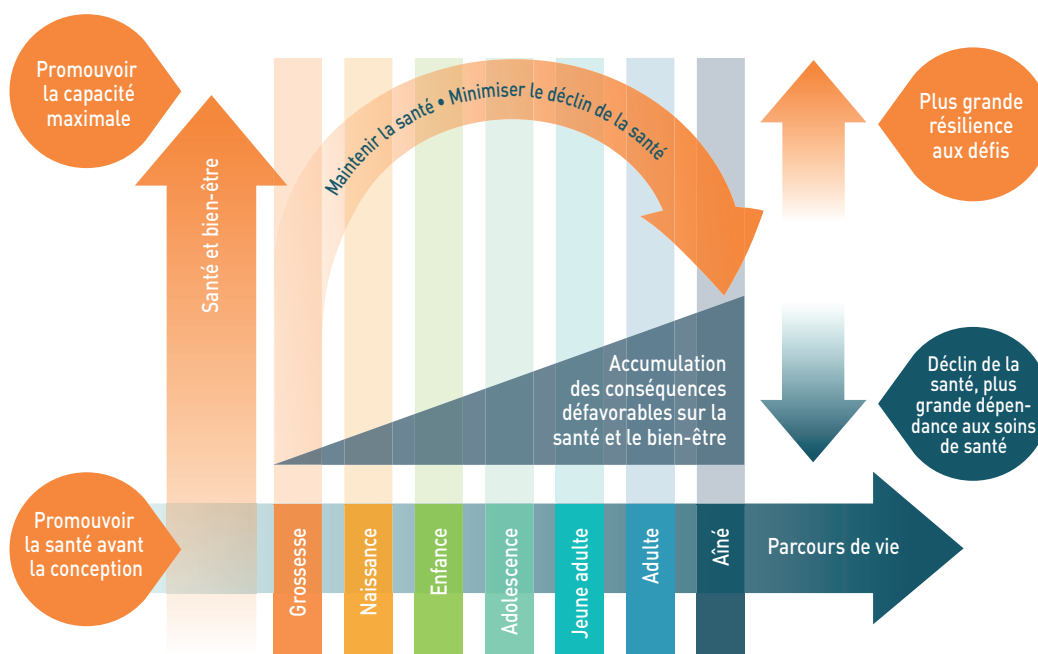


Source : <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/about.html>

Le déclin de l'état général des individus est non seulement dépendant de l'état de santé, mais aussi de l'atteinte du plein potentiel le plus tôt possible dans la vie (Figure 2). Pour atteindre ce plein potentiel, il est important que l'enfant soit exposé, dès le plus jeune âge et pendant le reste de sa vie, à des facteurs de protection (ex. : attachement, parentalité efficace, soutien dans ses habiletés d'adaptation lors des transitions de vie, conseils préventifs, prévention des comportements à risque)⁶. Agir le plus rapidement possible sur les facteurs de protection peut réduire le risque de violence, d'incarcération, de dépendance aux drogues et de tabagisme des futures générations⁷.

Figure 2.

Une plus grande protection pour affronter les défis



Source : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/394275/9789289053938-eng.pdf?ua=1

Agir rapidement grâce aux nouvelles technologies

Les technologies peuvent se révéler utiles pour soutenir les nouvelles façons de faire (ex. : applications sur le développement de l'enfant, plateforme numérique (à venir) du programme du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Agir tôt⁸). Elles peuvent favoriser le dialogue entre les parents, les institutions et les partenaires et permettre le partage d'informations pertinentes concernant le suivi développemental des enfants, quels que soient les milieux dans lesquels ils évoluent (familial, services de garde, scolaire, communautaire). Elles favoriseraient la connaissance, la communication, la cohérence et la continuité des interventions au bénéfice des enfants. Actuellement, plusieurs enjeux de développement et d'interopérabilité des systèmes informatiques existants entravent une meilleure organisation du travail interdisciplinaire et interorganisationnel.

Investir maintenant pour l'avenir

Partir du bon pied dans la vie et atteindre son plein potentiel est un déterminant d'une société en santé et prospère⁹. Pour chaque dollar investi dans des programmes visant à renforcer les habiletés socioaffectives des enfants, la société économisera 14 \$ sur une période de 53 ans¹⁰. Dans le contexte du vieillissement de la population et de la lourdeur économique associée aux maladies chroniques, agir le plus tôt possible est un investissement rentable.

CE QUE LES DONNÉES NOUS DÉMONTRENT

Cette section dresse un portrait de santé à partir de données de la naissance jusqu'à 5 ans. Les données sur les enfants portent d'abord sur les problèmes de ceux qui ont consulté les services de santé et elles seront complétées par des données sur l'environnement familial et la communauté.

Ces données indiquent soit la présence de facteurs de risque (ex. : prématurité à la naissance, hospitalisations) ou des observations sur des facteurs de protection de la naissance à 5 ans. Pour les enfants de la maternelle, un regard d'ensemble sera porté sur leur vulnérabilité.

Puisque tout ne se mesure pas uniquement avec des indicateurs quantitatifs, une synthèse des propos recueillis auprès de partenaires en petite enfance sera présentée.

LES CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS

Dès la naissance, présence de certaines difficultés et inégalités

En Estrie, il y a environ 4 500 naissances par an¹¹. Une petite proportion naît prématurément (7,4 %) ou avec un faible poids (5,8 %). Ces proportions sont stables depuis environ 15 ans et similaires à ce qui est observé à l'échelle provinciale. Ces phénomènes sont plus fréquents dans les communautés défavorisées. Rappelons que la prématurité entraîne des conséquences à long terme sur les plans physique, cognitif et comportemental.

Tableau 1.

Proportion de naissances prématurées et de faible poids selon la défavorisation matérielle et sociale, Estrie, 2013 à 2017

	Communautés les plus favorisées	Communautés les plus défavorisées
% de naissances prématurées	6,2 %	8,8 %
% de naissances de faible poids	5,0 %	7,4 %

Source : MSSS, Fichiers des naissances, 2013 à 2017.

Dans la première année de vie, les enfants présentent un taux d'hospitalisation de 755 pour 1 000 (2013-2017)¹². Ce taux est un peu plus faible que celui observé à l'échelle provinciale et en baisse en Estrie, mais pas au Québec. Cela correspond à 3 650 hospitalisations par année. La grande majorité des hospitalisations (83 %) ont lieu dans les 30 premiers jours de vie. Environ 70 % des hospitalisations sont causées par des problèmes d'origine périnatale. Les malformations congénitales entraînent quant à elles 9 % des hospitalisations, les maladies de l'appareil respiratoire 7 % et les maladies infectieuses 3 %.

Depuis les 35 dernières années, le taux de mortalité infantile (moins de 1 an) a diminué de moitié en Estrie et au Québec¹³. Il se situe maintenant à 4 pour 1 000 naissances (2012-2016), ce qui est comparable au taux provincial et qui équivaut à environ 19 décès par année en Estrie. Les causes les plus fréquentes de mortalité infantile sont les complications de grossesse ou d'accouchement (26 %), les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (19 %) et les traumatismes non intentionnels (7 %).

Les hospitalisations sont beaucoup moins fréquentes chez les enfants de 1 à 5 ans que chez les bambins de moins de 1 an¹². Le taux d'hospitalisation est de 36 pour 1 000 (2013-2017), ce qui correspond à 895 hospitalisations par année. Le taux est un peu plus faible en Estrie qu'au Québec. Environ 40 % de ces hospitalisations sont causées par la grippe ou une infection des voies respiratoires.

Chez les Estriens âgés de 1 à 5 ans, nous comptons environ 4 décès par an, ce qui équivaut à un taux de 1,6 pour 10 000 enfants¹³. Le taux estrien est comparable à celui du Québec et stable dans le temps. Les causes de décès sont multiples, mais les plus fréquentes sont les blessures (27 %) et le cancer (15 %).

Somme toute, les données d'hospitalisation et de mortalité démontrent que les problèmes aigus de santé physique pris en charge par le système de santé tendent à diminuer. Malgré ces gains, des inégalités persistent : les tout-petits vivant dans des communautés défavorisées sont plus susceptibles d'être hospitalisés que ceux vivant dans des communautés favorisées.

Tableau 2.

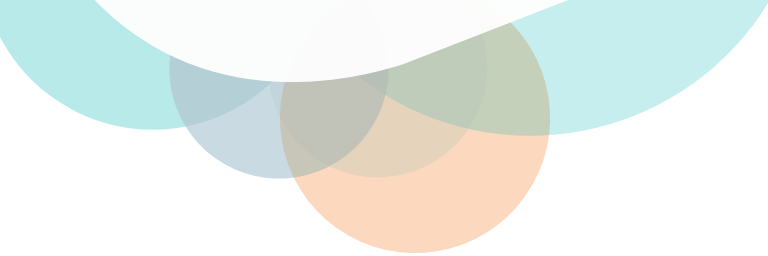
Taux d'hospitalisation selon la défavorisation matérielle et sociale, Estrie, 2013 à 2017

	Communautés les plus favorisées	Communautés les plus défavorisées
Taux d'hospitalisation (pour 1 000) chez les moins de 1 an	798	832
Taux d'hospitalisation (pour 1 000) chez les 1 à 5 ans	33	41

Source : MSSS, Fichiers des naissances, 2013 à 2017.

Poursuivre les efforts pour l'allaitement

Dans les jours suivant la naissance, les équipes de périnatalité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) effectuent une visite postnatale et recueillent des données sur l'alimentation des nouveau-nés. En 2018-2019, 83 % des nouveau-nés visités avaient reçu du lait maternel dans les 24 heures précédant la visite¹⁴. Cette proportion est stable depuis au moins dix ans. L'allaitement a beaucoup de bénéfices pour la mère et l'enfant¹⁵. Citons notamment, pour ce dernier, la diminution des risques d'hospitalisation et de syndrome de mort subite du nouveau-né. Plus le bébé est allaité longtemps, plus il bénéficie des effets protecteurs. Toutefois, malgré l'absence de données estriennes à ce sujet, les données canadiennes indiquent que les taux d'allaitement diminuent de façon importante entre le quatrième et le sixième mois de vie de l'enfant, passant de 51 % à 26 %¹⁶.



Renforcer les activités de vaccination

Les maladies infectieuses sont responsables de 12 % des hospitalisations des enfants de 1 à 5 ans¹². Le meilleur moyen pour prévenir la plupart de ces maladies est la vaccination. Une couverture vaccinale sous-optimale diminue l'immunité de l'enfant et de la population. À titre d'exemple, 48 cas de rougeole ont été observés dans les neuf premiers mois de 2019 au Québec¹⁷. Seulement les deux tiers des enfants de 18 mois vaccinés par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS ont reçu le vaccin RRO-Var (contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle) dans les délais prescrits en 2018-2019¹⁸.

Constater une hausse des problèmes de stress, d'anxiété et santé mentale

Jusqu'à présent, les données présentées ne concernent que la santé physique, mais le développement de l'enfant repose sur beaucoup plus : maturité affective, compétences sociales, etc. Les données portant sur le bien-être et les caractéristiques psychosociales des enfants estriens sont beaucoup plus rares. Voici ce que nous savons.

Dans le cadre d'une enquête régionale¹⁹, 24 % des parents ont déclaré que leur enfant de 5 ans ou moins est souvent agité ou hyperactif, 19 % ont dit qu'il fait des crises de colère et 8 % ont affirmé qu'il était souvent inquiet ou soucieux.

En 2016-2017, 5,2 % des enfants âgés de 1 à 4 ans en Estrie avaient reçu un diagnostic de trouble de santé mentale, de trouble de comportements ou de retard spécifique du développement lors d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation, ce qui équivaut à 1 040 enfants²⁰. Cette prévalence est supérieure à celle du Québec (4,6 %) et est en hausse. Ces troubles affectent davantage les garçons que les filles (6,4 % vs 4,1 %). Plus spécifiquement, nous parlons de :

- Retards spécifiques du développement : 659 enfants affectés dont 393 pour trouble de la parole ou du langage;
- Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : 120 enfants affectés;
- Troubles anxio-dépressifs : 80 enfants affectés;
- Troubles du spectre de l'autisme : 75 enfants affectés.

Les données actuellement disponibles regroupent un mélange hétérogène de diagnostics de gravité variable et plus ou moins réversibles dans le temps⁷.

S'inquiéter de la hausse des enfants en contexte de négligence

En Estrie comme au Québec, nous constatons une hausse des signalements à la Direction de la protection de la jeunesse²¹. De ce nombre, environ 40 % sont retenus pour évaluation.

Chez les enfants estriens de 0 à 5 ans, les signalements retenus sont en augmentation²². Il y a eu 535 signalements retenus en 2016-2017, 617 en 2017-2018 et 702 en 2018-2019.

Tableau 3.

**Nombre et taux de signalements retenus, Estrie,
2016-2017 à 2018-2019**

	Nombre	Taux pour 1 000 enfants
2016-2017	535	18,2
2017-2018	617	21,1
2018-2019	702	23,5

Source : CIUSSS de l'Estrie – CHUS, données extraites du système Cognos.

Note : Négligence inclut le « risque sérieux de négligence ».

Plus de la moitié des signalements retenus dans ce groupe d'âge le sont en raison de négligence, c'est-à-dire que les parents (ou l'adulte qui a la garde) ne répondent pas aux besoins fondamentaux de l'enfant aux plans physique, de la santé ou éducatif. Les intervenants qui œuvrent auprès de ces jeunes notent un nouveau profil que nous ne voyions pas autrefois : des enfants issus de milieux favorisés.

Rappelons que 6 signalements sur 10 ne sont pas retenus. Ces enfants et leur famille nécessitent toutefois des services ou des interventions pour éviter la détérioration de leur situation.

LES CARACTÉRISTIQUES DES FAMILLES

Le milieu familial est le premier milieu de vie de l'enfant, les parents jouent un rôle primordial dans le développement de leur enfant. En 2016, l'Estrie comptait 21 000 familles avec au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans²³. De ce nombre :

- 33 % sont composées d'un enfant, 43 % de deux enfants et 26 % de trois enfants ou plus;
- 16 % sont monoparentales;
- 15 % sont à faible revenu;
- 5 % sont anglophones et 3 % allophones;
- 7 % sont immigrantes.

Le tableau suivant démontre que les conditions socio-économiques sont plus précaires dans les familles anglophones, immigrantes et monoparentales où nous observons souvent une combinaison de facteurs de risque. Par exemple, près de la moitié des familles immigrantes et monoparentales sont à faible revenu. Dans le quart des familles monoparentales, aucun adulte n'a de diplôme d'études secondaires.

Tableau 4.

Caractéristiques des familles ayant au moins un enfant âgé de 5 ans ou moins, Québec et Estrie, 2016

	Québec	Estrie			
	Ensemble des familles	Ensemble des familles	Anglophones	Immigrantes	Mono-parentales
Nombre de familles	395 000	21 000	1 155	1 560	3 345
Revenu médian après impôts	71 800 \$	68 400 \$	55 200 \$	49 400 \$	33 900 \$
Familles à faible revenu	14 %	15 %	23 %	40 %	46 %
Familles monoparentales	16 %	16 %	22 %	13 %	---
Familles avec aucun adulte n'ayant terminé ses études secondaires	6 %	8 %	16 %	15 %	25 %
Familles avec aucun adulte à l'emploi	11 %	10 %	13 %	30 %	34 %

Source : Statistique Canada, Recensement 2016.

Scolariser les mères pour améliorer le développement des enfants

La scolarité des mères est un déterminant important du développement de l'enfant. L'Estrie se démarque défavorablement en regard de la scolarité de celles-ci. Parmi les naissances ayant eu lieu de 2015 à 2017, 8,6 % des mères avaient moins de 11 ans de scolarité¹¹. Au Québec, cette proportion est de 5,5 %. De plus, cette proportion tend à baisser au Québec, ce qui n'est pas le cas en Estrie.

Tableau 5.

Proportion de naissances dont la mère a moins de onze ans de scolarité, Estrie et Québec, 2009 à 2017

	Estrie	Québec
2009 à 2011	8,9 %	7,4 %
2012 à 2014	9,5 %	6,5 %
2015 à 2017	8,6 %	5,5 %

Source : MSSS, Fichiers des naissances, 2009 à 2017.

Une récente enquête¹⁹ démontre que le quart des parents en Estrie croit qu'on peut très bien se débrouiller dans la vie sans avoir un diplôme d'études secondaires.

Exposer les enfants aux écrans : un nouveau phénomène

Les moments passés devant un écran peuvent se faire au détriment de relations sociales et de l'activité physique. Selon les données d'une enquête régionale¹⁹, près de la moitié des parents (48 %) déclare passer deux heures ou plus de temps devant un écran par jour (excluant le temps dédié au travail ou aux travaux scolaires).

Les recommandations pour le temps passé quotidiennement devant un écran sont les suivantes pour les tout-petits²⁴ :

- Aucun temps pour les enfants de moins de 2 ans;
- Moins d'une heure par jour chez les enfants de 2 à 5 ans.

Pourtant, un parent sur deux affirme que son enfant passe, du lundi au vendredi, une heure ou plus par jour devant les écrans¹⁹. Cette proportion grimpe à 72 % le samedi et le dimanche. La proportion d'enfants faisant deux heures ou plus de temps d'écran par jour est plus élevée chez : les enfants vivant dans des ménages moins aisés, ceux qui ont des parents plus faiblement scolarisés, les familles anglophones et les familles immigrantes.

Miser sur les activités de motricité

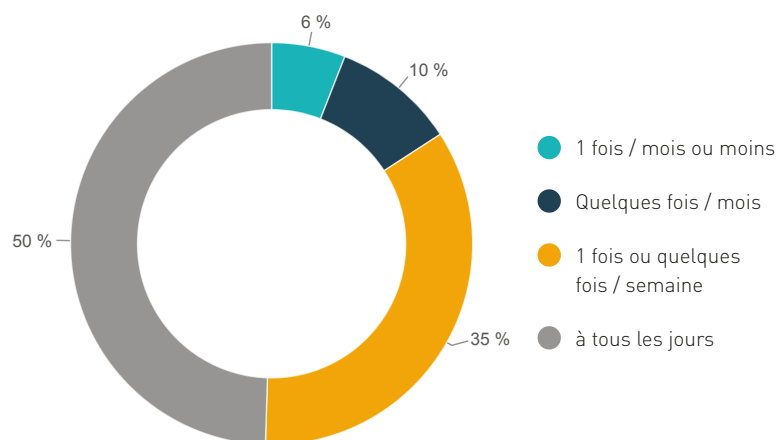
Les activités parents-enfants sont aussi déterminantes dans le développement des tout-petits. À cet effet, 86 % des parents affirment faire des activités de motricité fine avec leur enfant toutes les semaines et 84 %, des activités sportives¹⁹. Néanmoins, environ le tiers des enfants de 3 à 4 ans n'atteignent pas les recommandations d'activité physique²⁵.

Augmenter les activités de lecture

La lecture quotidienne est un important facteur de protection pour le développement de l'enfant. Les compétences en lecture sont étroitement liées à la réussite éducative et le plaisir de lire est associé au développement de ces compétences²⁶. La moitié des parents affirment faire de la lecture à leur enfant tous les jours¹⁹.

Figure 3.

Répartition des parents d'enfants 0-5 ans selon la fréquence des activités de lecture réalisées avec leur enfant, Estrie, 2018



Source : CIUSSS de l'Estrie – CHUS, ESPE 2018.

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA COMMUNAUTÉ

En dehors de la famille, d'autres milieux ont des impacts importants dans l'atteinte du plein potentiel des enfants.

Fréquenter les services de garde éducatifs à l'enfance et les programmes préscolaires

En Estrie, 92 % des enfants qui ont fréquenté la maternelle en 2017 ont été régulièrement gardés à un moment ou un autre avant leur entrée à la maternelle²⁷. La majorité des enfants fréquentent plus d'un service de garde avant leur entrée à l'école. Seulement 25 % des enfants estriens ont été gardés exclusivement en centre de la petite enfance (CPE) avant leur entrée à l'école.

Le réseau scolaire offre aussi des services aux enfants de 4 ans. En 2015-2016, 36 % des enfants ont participé au programme Passe-Partout, qui est un programme de soutien aux compétences parentales pour favoriser la réussite scolaire, et 5 % ont fréquenté la maternelle 4 ans à temps plein ou à temps partiel²⁷. Notons toutefois que 14 % des enfants n'ont fréquenté aucun service éducatif à 4 ans (pas de services de garde régis, pas de programme préscolaire ni de halte-garderie communautaire). Dans les secteurs défavorisés, cette proportion est de 21 %. En termes de nombre, cela se traduit par 700 enfants de 4 ans qui ne fréquentent pas de services éducatifs, dont 220 qui résident dans un secteur défavorisé.

Utiliser les services communautaires pour les familles

Les organismes communautaires Famille (OCF) sont accessibles aux familles estriennes²⁸. L'Estrie compte 18 OCF sur son territoire. Par leur approche, les personnes qui y travaillent favorisent l'autonomisation des familles, le développement de leur autonomie et des initiatives dans lesquelles elles peuvent s'impliquer et s'épanouir²⁸.

Visiter les services cliniques

Le réseau de la santé et des services sociaux offre une gamme de services allant de la promotion de la santé aux soins de fin de vie.

Nous y retrouvons des services préventifs qui visent tous les enfants et leurs parents (ex. : soutien aux pratiques parentales, promotion de l'allaitement, visites postnatales, vaccination). Cependant, ces services sont offerts de façon variable et sont souvent peu arrimés.

Certains services visent davantage les familles vivant en contexte de vulnérabilité, principalement les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Ils s'adaptent selon le niveau de vulnérabilité. Il existe toutefois des difficultés quand les parents sont référés et suivis dans des services spécialisés pour des problématiques particulières (santé mentale, toxicomanie, etc.). Le défi est de maintenir le suivi préventif pour l'enfant. Ceci implique donc qu'une complémentarité de services soit maintenue par une co-intervention des professionnels concernés.

D'autre part, des services médicaux ou de réadaptation pour les enfants et les familles avec des conditions médicales ou des problématiques psychosociales complexes sont offerts. Toutefois, des problèmes d'accès, de continuité, de coordination et d'adaptation de ces services ont été à maintes reprises soulevés par plusieurs experts et organisations.



Les systèmes de collecte de données actuellement disponibles dans le réseau de la santé ne permettent pas d'obtenir un portrait quantitatif global d'utilisation de services pour tous les enfants, encore moins d'évaluer l'obtention des services par rapport aux besoins de l'enfant et de sa famille. Il faut donc se référer à des données d'enquêtes et aux perceptions des parents. L'Enquête de santé populationnelle estrienne (ESPE) 2018 révèle qu'environ la moitié des parents d'enfants de 0 à 5 ans ont des préoccupations quant au développement de leur enfant. Quand nous leur demandons si les services professionnels de réadaptation et de santé ont répondu à leurs besoins, seulement 36 % ont consulté et en sont satisfaits.

Tableau 6.

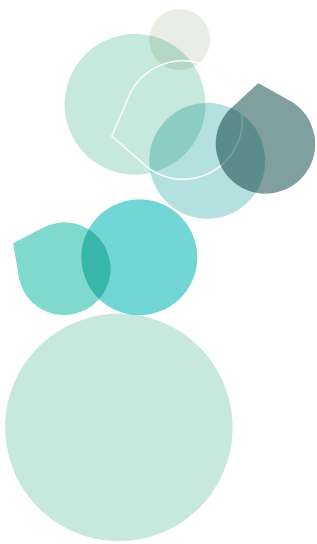
Répartition des parents d'enfants (0-5 ans) qui ont des préoccupations quant au développement de leur enfant selon leur perception des services professionnels de réadaptation et de santé, Estrie, 2018

J'ai consulté et cela a très bien répondu à mes besoins	36 %
J'ai consulté et cela a peu ou pas répondu à mes besoins	17 %
Je prévois consulter bientôt	5 %
Je n'ai pas besoin de consulter	34 %
Je suis en attente de services	8 %

Source : CIUSSS de l'Estrie – CHUS, ESPE 2018.

Offrir des services aux enfants dans les municipalités

En Estrie, 65 municipalités (54 %) ont mis sur pied une démarche de politique familiale municipale (PFM) et bénéficient du soutien financier du ministère de la Famille à cet effet²⁹. Une PFM exprime la volonté du conseil municipal de s'engager à favoriser le mieux-être des familles sur son territoire. Elle est souvent le résultat d'une consultation des services municipaux, des familles et des organismes socio-économiques du milieu²⁹. De plus, cinq municipalités sont certifiées Municipalité amie des enfants : Austin, Cowansville, Bromont, Granby et Sainte-Cécile-de-Milton. Ce programme vise à reconnaître, par le biais de sa politique familiale municipale, les acquis et les intentions des municipalités quant à l'importance des enfants dans l'élaboration de son offre de service.



LE DÉVELOPPEMENT GLOBAL DE NOS ENFANTS À 5 ANS

Les données précédentes nous donnent des informations partielles sur l'expérience des enfants avant l'âge de 5 ans, concernant leurs soins et leur vécu dans divers milieux de vie avant l'entrée à la maternelle.

Au Québec, la seule mesure populationnelle du développement global des enfants dont nous disposons provient de l'EQDEM. Cette enquête a été réalisée en 2012 et en 2017 par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). À l'aide qu'un questionnaire de 104 questions, rempli par les enseignant(e)s pour chaque enfant, nous pouvons mesurer la proportion d'enfants vulnérables dans les cinq domaines de développement suivants : santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier et habiletés de communication et connaissances générales (définitions à l'Annexe A). Les enfants de la maternelle sont considérés comme vulnérables quand leur résultat dans un domaine de développement est égal ou inférieur au seuil établi au Québec en 2012.

Ce sont des enfants qui :

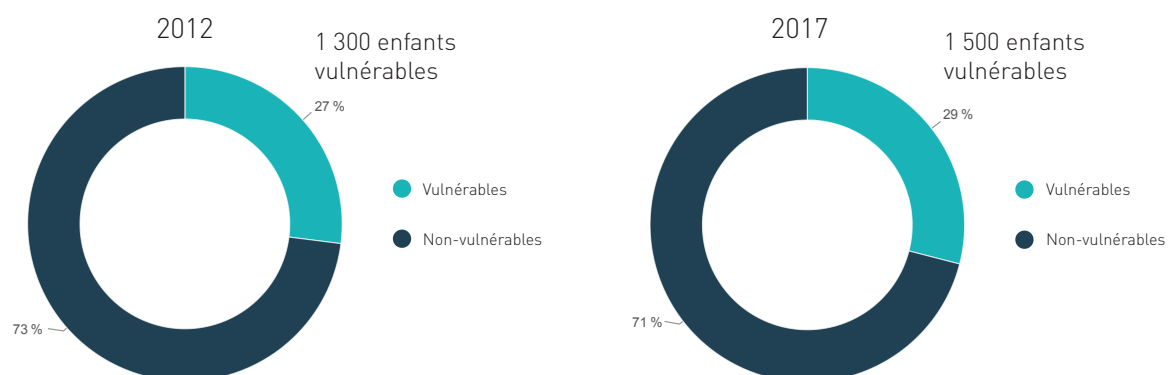
- ont un défi à relever, car ils maîtrisent moins bien certaines aptitudes ou habiletés;
- sont moins bien outillés pour profiter pleinement de ce que l'école peut offrir;
- sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés scolaires.

En 2017, 29,4 % des enfants de la maternelle présentaient une vulnérabilité dans au moins un domaine de développement. C'est un peu plus élevé qu'au Québec (27,7 %). Des augmentations de la proportion d'enfants vulnérables ont été observées en Estrie et au Québec entre 2012 et 2017.



Figure 4.

Proportion d'enfants de la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement, Estrie, 2012 et 2017

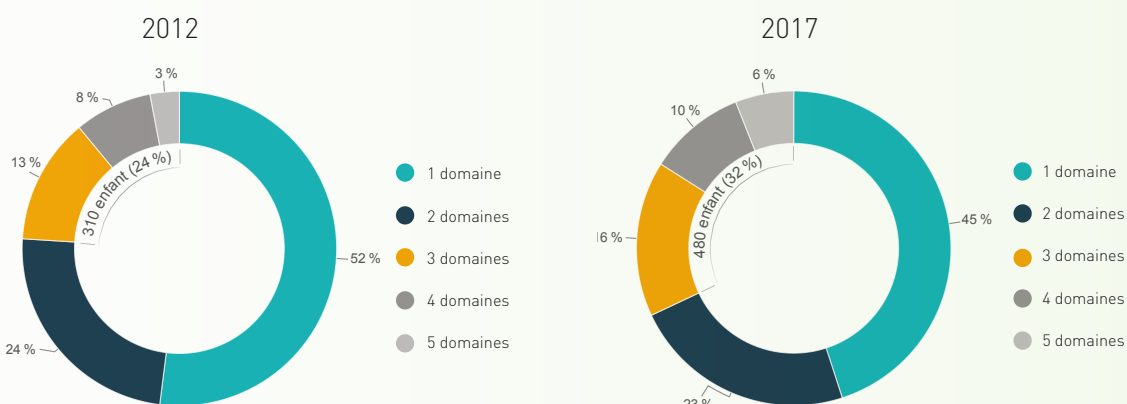


Source : ISQ, EQDEM.

Parmi les 1 500 enfants estriens vulnérables en 2017, 32 % présentent des vulnérabilités dans trois, quatre ou cinq domaines de développement. Cette proportion est aussi à la hausse : en 2012, elle était de 24 %. Autrement dit, de plus en plus d'enfants présentent une vulnérabilité développementale à la maternelle et, chez ces enfants, il est de plus en plus fréquent d'observer des vulnérabilités dans plus d'un domaine.

Figure 5.

Nombre de domaines de vulnérabilité parmi les enfants de la maternelle vulnérables dans au moins un domaine, Estrie, 2012 et 2017

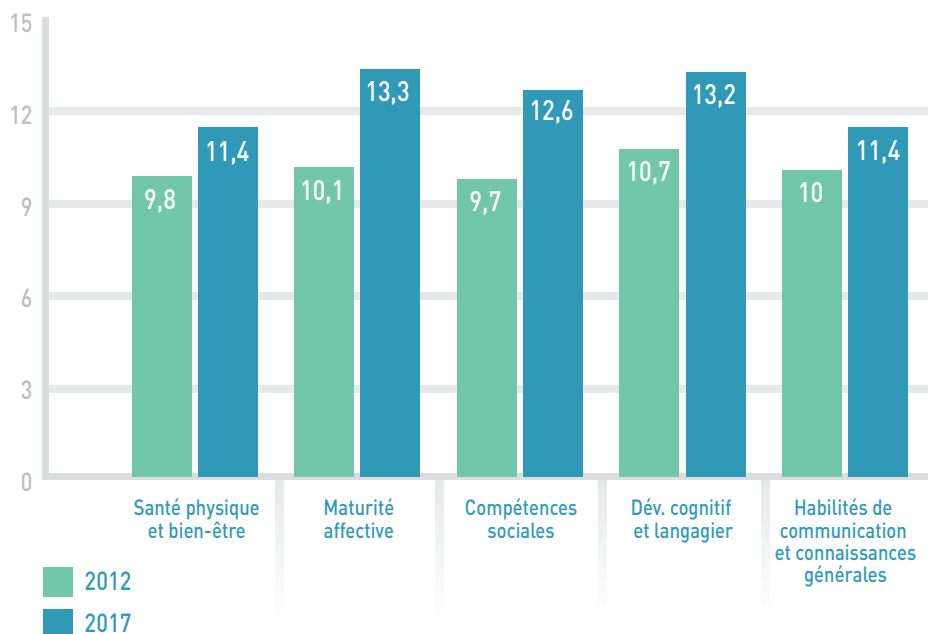


Source : ISQ, EQDEM.

C'est dans le domaine de la maturité affective que nous notons la plus forte proportion d'enfants vulnérables, tant en Estrie qu'au Québec. Dans ce domaine, 19,7 % des garçons et 6,3 % des filles sont vulnérables. Les enfants estriens se démarquent défavorablement des enfants québécois pour les trois domaines suivants : maturité affective, compétences sociales et habiletés de communication et connaissances générales.

Tableau 7.

Proportion d'enfants de la maternelle vulnérables selon le domaine, Estrie, 2012 et 2017



Source : ISQ, EQDEM 2017.

Certaines caractéristiques sont associées à une plus grande vulnérabilité à la maternelle :

Caractéristiques de l'enfant³⁰ :

- Enfants nés à l'extérieur du Canada (52 %);
- Les anglophones (50 %);
- Les allophones (46 %);
- Les garçons (37 %);
- Les enfants les plus jeunes du groupe-classe (33 %).

Caractéristiques de la famille²⁷ :

- Les enfants issus de familles vivant sous le seuil du faible revenu (50 %);
- Les enfants dont aucun parent n'a de diplôme (66 %);
- Les familles vivant en famille monoparentale (41 %).

Caractéristiques du milieu de vie³⁰ :

- Secteurs défavorisés (41 %).

Quelques situations sont particulièrement préoccupantes en Estrie. Les écarts notés entre les enfants anglophones ou allophones versus les francophones sont plus prononcés en Estrie qu'au Québec. Par exemple, la vulnérabilité est deux fois plus fréquente chez les enfants anglophones que chez ceux qui ont au moins le français comme langue maternelle, alors que ce ratio est de 1,4 au Québec.

Ensuite, une hausse de la vulnérabilité entre 2012 et 2017 est constatée chez les garçons (de 33,7 % à 37,4 %) et chez les enfants habitant des secteurs défavorisés (de 33,8 % à 40,5 %).

Des inégalités géographiques sont aussi présentes (données par réseau local de services (RLS) à l'Annexe B). La carte suivante illustre la proportion d'enfants de maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement dans 26 secteurs estriens en 2017. Nous notons des changements dans trois de ces secteurs entre 2012 et 2017 :

À la baisse :

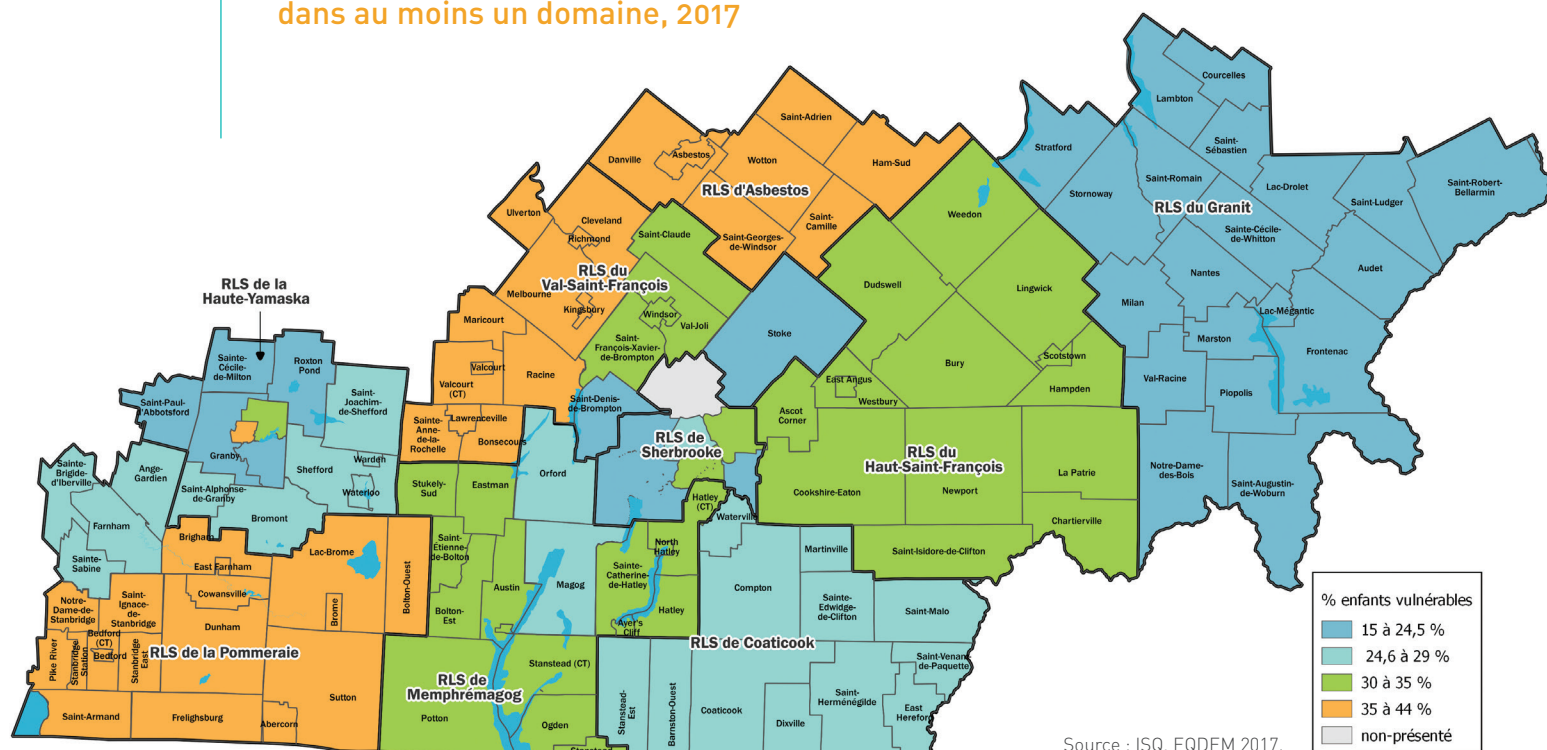
- Arrondissement de Lennoxville à Sherbrooke : de 46 % à 20 %.

À la hausse :

- Secteur central de la ville de Granby : de 31 % à 42 % ;
- Secteurs de Valcourt et de Richmond : de 23 % à 44 %.

Figure 6.

Carte de la proportion d'enfants de la maternelle vulnérables dans au moins un domaine, 2017



CE QUE LES PARTENAIRES EN PENSENT

Bien que nous ayons présenté quelques données sur des facteurs de protection (ex. : lecture quotidienne à l'enfant, statut socio-économique favorable des parents, etc.) et des facteurs de risque (ex. : prématurité et faible poids à la naissance, faible scolarisation des parents, etc.), ces données ne suffisent pas pour expliquer la hausse de la vulnérabilité observée chez les enfants de la maternelle. D'autres facteurs non quantifiables doivent être considérés. Voici les éléments les plus souvent mentionnés par les partenaires estriens pour tenter d'expliquer la hausse de la vulnérabilité chez les enfants (propos recueillis à l'hiver et au printemps 2019 lors de la tournée de présentations des résultats de l'EQDEM).

La **santé mentale**, notamment le stress et l'anxiété, a souvent été abordée. Une augmentation de l'anxiété chez les tout-petits est observée et de nombreuses personnes font des liens directs avec les problématiques de santé mentale vécues par les parents, allant d'un niveau élevé de stress quotidien aux troubles plus graves de santé mentale. Cette perception est corroborée par des données régionales qui démontrent que la détresse psychologique ainsi que les troubles anxieux ou de l'humeur sont en augmentation chez les adultes Estriens¹⁹.

Lors de rencontres avec différents acteurs en petite enfance, **l'omniprésence des écrans**, tant pour le parent que pour son enfant, a souvent été abordée. L'arrivée des tablettes et des téléphones intelligents est récente et ses effets sur le développement du cerveau sont à l'étude. La gestion du temps d'écran est une préoccupation de plus en plus importante chez les parents et les intervenants en petite enfance.

Les **difficultés d'accès aux services** pour les jeunes enfants et leur famille sont une grande préoccupation pour les partenaires qui travaillent en petite enfance. Tous reconnaissent aussi que certaines familles sont très difficiles à rejoindre. Différentes barrières freinent l'utilisation de services : la méfiance, la langue, l'éloignement géographique, l'isolement social, la lourdeur des processus administratifs, etc.

CE QUE
NOUS DEVONS FAIRE
POUR LES *tout-petits*



La mouvance actuelle en faveur du développement de l'enfant et de l'agir tôt doit faire émerger une nouvelle dynamique pour améliorer la prise de décision collective.

Trois orientations reconnues doivent se conjuguer pour répondre aux besoins des enfants et pour adapter des services en conséquence.

Plusieurs projets estriens récents s'appuient déjà sur ces orientations. Ces approches gagneraient à être mieux connues, déployées à plus grande échelle et pérennisées.

FAIRE UNE PLACE DE CHOIX POUR L'ENFANT ET SA FAMILLE

Il est primordial d'être à l'écoute et de reconnaître que les parents sont les premiers champions de leur enfant.

L'approche d'accompagnement personnalisé est reconnue et privilégiée. Elle favorise l'augmentation du pouvoir d'agir des familles afin qu'elles exercent un plus grand contrôle sur leur vie et sur l'atteinte des objectifs qui sont importants pour elles. Elle favorise le respect des valeurs et des façons de faire de la famille. De plus, elle permet de soutenir la famille en reconnaissant son potentiel et en misant sur ses forces. Des approches telles que le parent partenaire dans la planification et la dispensation des services et des interventions cliniques sont récemment introduites.

Initiative prometteuse d'ici à découvrir à l'Annexe C :

- **Renouveler les pratiques en contexte de négligence : favoriser le dialogue parents-intervenants**

ADAPTER DES PRATIQUES SELON DES APPROCHES ÉMERGENTES ET RECONNUES

Changer de perspective

Traditionnellement, les professionnels de santé et des autres secteurs concernés par l'enfant interviennent selon une approche fondée sur l'atteinte ou non des étapes de développement en mettant particulièrement l'accent sur le dépistage et la réduction de problèmes développementaux³¹.

En plus de la détection des problèmes, nous sommes aussi appelés à intervenir de façon plus dynamique, évolutive et proactive. Le mouvement de l'agir tôt (ex. : programme Agir tôt du MSSS) et de l'intervention précoce préconisée dans les autres secteurs (service de garde éducatif à l'enfance (SGE), scolaire, recherche) sont en émergence au Québec.

Étant donné les résultats de l'EQDEM 2017, l'Estrée privilégie, depuis tout récemment, l'approche développementale qui mise sur l'importance de la relation pour amener les personnes, dont les enfants, à leur plein potentiel et qui reconnaît l'immaturation de l'enfant d'âge préscolaire. L'approche implique de bien comprendre et de soutenir le développement des compétences individuelles et de mettre en place les conditions nécessaires pour établir un climat socio-éducatif sain et sécuritaire. La maturation de l'enfant n'est possible que si les conditions requises sont présentes.

L'évaluation et la surveillance continue des compétences développementales de l'enfant dès sa naissance, la promotion de la santé physique et psychologique positive et l'action sur les facteurs de protection sont à la base de cette nouvelle approche³².

Initiatives prometteuses d'ici à découvrir à l'Annexe C :

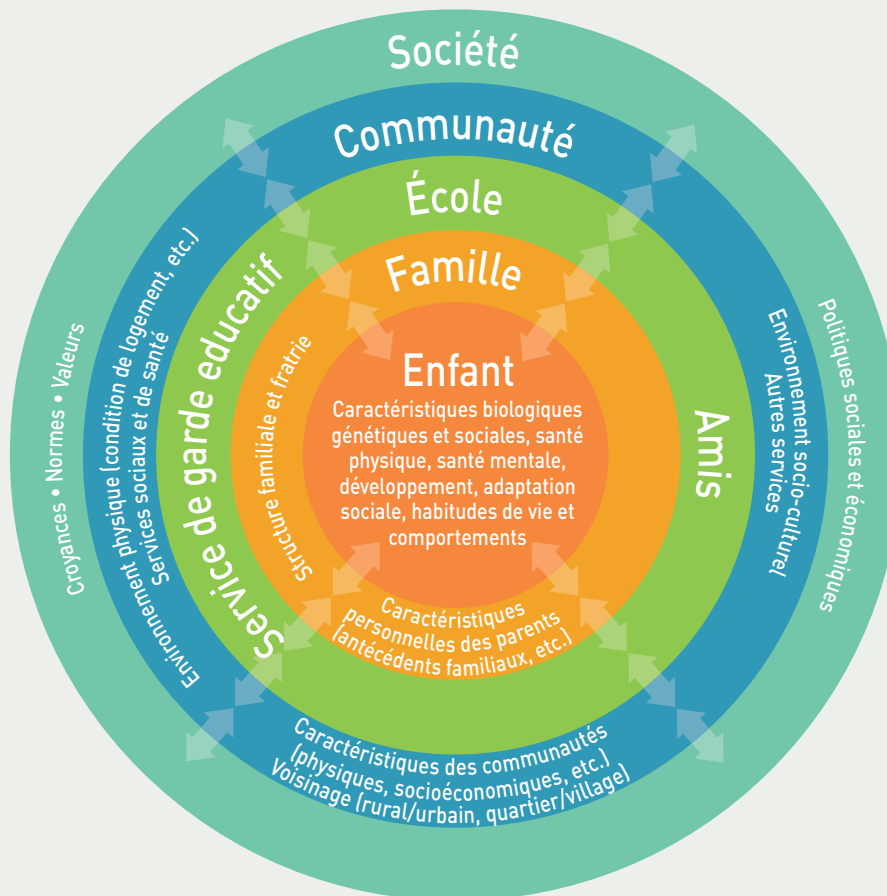
- Renouveler nos pratiques : l'intervention positive, une nouvelle offre de service de la Direction de santé publique
- Stimuler le langage au CPE Les Pommettes Rouges

Agir ensemble pour répondre aux besoins de l'enfant

Depuis plusieurs années, l'approche écosystémique influence les façons de faire au Québec et en Estrie. Selon cette approche, les partenaires portent un regard élargi et collectif sur les besoins des enfants, mais également sur les besoins associés aux milieux auxquels ils appartiennent : la famille, la communauté et, plus largement, les environnements (socioculturels, économiques, politiques, naturels et physiques) qui sont étroitement reliés les uns aux autres³³.

Figure 7.

Vision écosystémique du développement des enfants



Source : adapté du modèle écologique présenté dans le 3^e rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Riches de tous nos enfants. 2007.

Rappelons que les besoins peuvent être modélisés à partir de phénomènes, de contextes, de croyances individuelles ou collectives et selon les groupes d'appartenance tout au long de la vie³⁴. Puisque ceux-ci ne sont pas tous pris en compte dans la résolution des problèmes cliniques, dans le cadre de cette approche, nous nous assurons d'une lecture commune des besoins spécifiques de santé et de bien-être individuels et populationnels et de tenir compte de tous les milieux qui conditionnent le développement des enfants.

Par ailleurs, l'offre de service de ces milieux est abondante. Toutefois, nous observons souvent une fragmentation des services, un manque de communication, de coordination et de ressources, ce qui nuit au plein développement de l'enfant. Le service offert n'est peut-être pas toujours le bon, au bon moment⁷.

Pour réussir leur mission envers le développement des enfants, les diverses organisations ne peuvent agir seules et leur performance dépend des alliances qu'elles créent, notamment en termes d'accessibilité, d'adaptation, de continuité et de globalité de leurs interventions. En Estrie, les concertations intersectorielles en faveur du développement de la petite enfance sont bien ancrées et leur portée est à la fois locale et régionale. Malgré tout, quelques enjeux persistent, entre autres le financement à long terme et le défi d'élargir la concertation à d'autres acteurs concernés, afin de réussir véritablement à travailler ensemble.

Adaptation : les ressources s'adaptent pour répondre aux besoins (exprimés ou non) des enfants et de leur famille au moment opportun.

Continuité : les différents partenaires se coordonnent pour que leurs actions soient cohérentes et complémentaires au bénéfice du développement de l'enfant.

Globalité : les interventions tiennent compte de l'ensemble des besoins en offrant toute la gamme de services ou en référant vers la ressource appropriée (de la prévention aux services spécialisés) et en considérant tous les aspects du développement de l'enfant.

**Initiatives prometteuses
d'ici à découvrir à l'Annexe C :**

- Soutenir la mobilisation des acteurs : le Collectif estrien 0-5 ans
- Mieux desservir les communautés d'expression anglaise dans le Val Saint-François

Réduire les écarts de santé

Il est reconnu que pour améliorer la santé et le bien-être, il est essentiel que la réduction des inégalités sociales de santé soit prise en compte tout au long du processus de prise de décision portant sur les interventions et les services.

Les enfants issus des familles en contexte de vulnérabilité sont plus affectés au plan de leur développement et de leur santé. De plus, ces familles rencontrent plusieurs barrières d'accès aux services sur leurs parcours. Des mesures spécifiques et adaptées doivent être prévues avec une attention particulière pour ne pas creuser d'écart dans le choix des interventions.

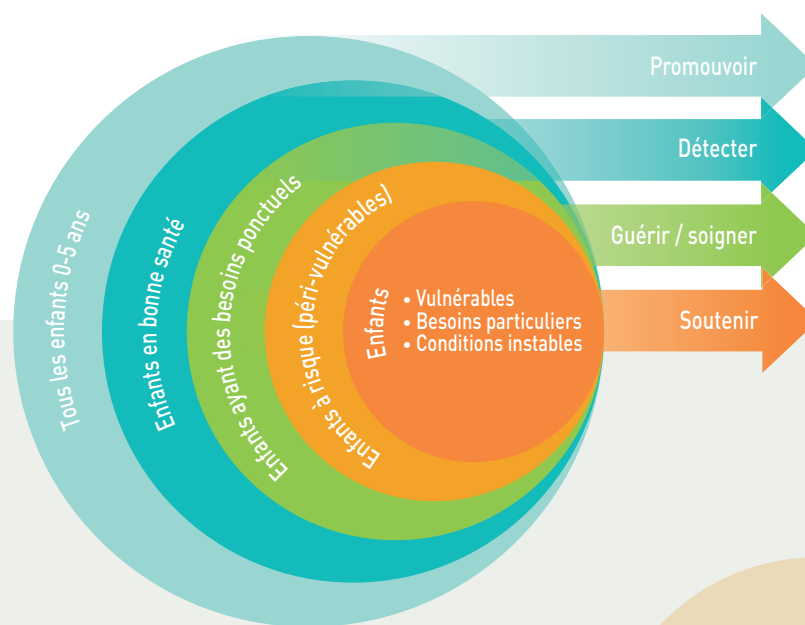
Pour réduire les inégalités sociales de santé, nous devons aussi travailler à adapter les services dans les différents milieux de vie de l'enfant, en fonction des besoins spécifiques. Comme le rappelle Roy et collègues³⁴, les besoins ne mènent pas tous à une demande exprimée et les demandes exprimées ne sont pas toutes des besoins justifiés. Il faut éviter le plus possible de provoquer une dérive des besoins en étiquetant médicalement les enfants pour l'accès aux ressources spécialisées³⁵. L'approche d'universalisme proportionné³⁶, en convergence avec le modèle de réponse à l'intervention (RAI)³⁷ dans certains milieux éducatifs, permet de dispenser les mesures appropriées (ex. : promouvoir, prévenir, détecter, guérir, soigner et soutenir) au bon moment dans le parcours de vie de l'enfant, en fonction de ses besoins.

Ainsi, tel qu'illustré à la Figure 8 :

- Tous les enfants de 0 à 5 ans et les familles ont des besoins de base. Des mesures ou des programmes universels peuvent se déployer dans différents milieux (PROMOUVOIR).
- Une grande majorité d'enfants sont en bonne santé et présentent des besoins ponctuels mineurs qui trouvent réponse dans des interventions précoces de dépistage, de diagnostic et de traitement (DÉTECTER – GUÉRIR / SOIGNER).
- Un nombre plus restreint d'enfants, qualifiés de périvulnérables, présentent au moins une vulnérabilité dans leur développement et nécessitent des mesures plus soutenues. Rappelons que cette vulnérabilité est évitable dans deux tiers de ces cas (GUÉRIR / SOIGNER – SOUTENIR À COURT TERME).
- Un petit nombre d'enfants présentent, à long terme, des difficultés graves (GUÉRIR / SOIGNER – SOUTENIR).

Figure 8.

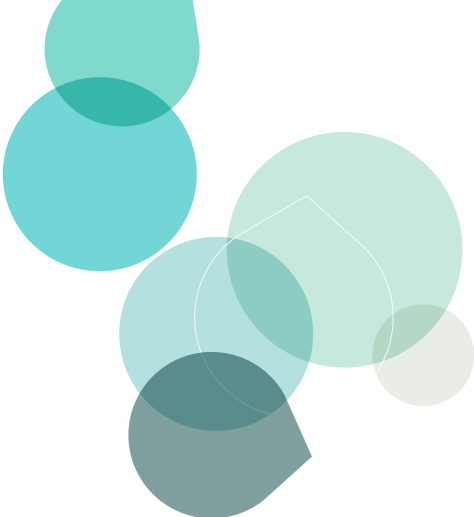
Profil des besoins des enfants 0-5 ans



Source : adapté du modèle de la pyramide des besoins pour la clientèle en périnatalité et petite enfance. État de situation : Portrait de la périnatalité et de la petite enfance au Québec, Commissaire à la Santé et au Bien-être, 2011.

Initiatives prometteuses d'ici à découvrir à l'Annexe C :

- Travailler en proximité avec les familles



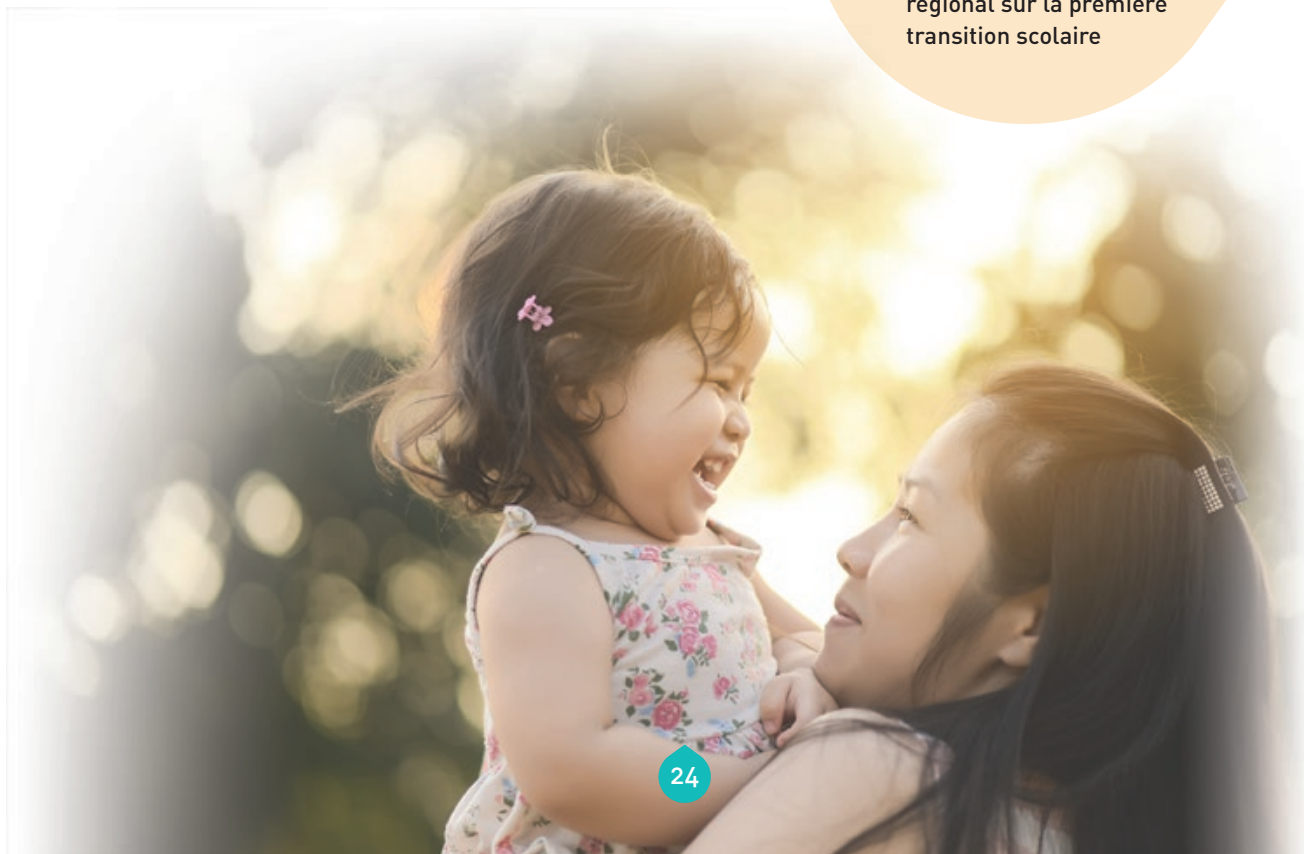
COMBINER DES STRATÉGIES VARIÉES

L'action intersectorielle, la participation citoyenne et le développement des communautés sont des stratégies gagnantes pour travailler sur des enjeux complexes. De multiples stratégies au niveau local, régional et national doivent coexister et se renforcer, par exemple :

- des politiques publiques;
- des interventions pour créer des environnements sains et sécuritaires;
- des actions d'éducation auprès des enfants et des familles;
- des actions de développement des communautés.

Initiatives prometteuses d'ici
à découvrir à l'Annexe C :

- Mettre en place des actions concertées pour favoriser une première transition scolaire harmonieuse : chantier régional sur la première transition scolaire



CE QUE
NOUS POUVONS INTENSIFIER
POUR LES tout-petits



Les nouvelles connaissances sur le développement global, le portrait sur la vulnérabilité des enfants estriens ainsi que les approches et stratégies reconnues ne peuvent plus être ignorées. Elles forcent tous les acteurs concernés et tous les membres de la société civile à s'engager à faire plus et mieux. Forts de beaucoup d'acquis en Estrie, nous devons continuer à demeurer agiles et vigilants et nous redire : « Quel est notre meilleur alignement pour construire collectivement, avec les partenaires, un développement optimal des enfants estriens à partir des activités et des ressources de chaque acteur concerné? »

Les défis suivants demeurent :

- Des lacunes persistantes sur l'obtention de données fiables et valides;
- Une mesure populationnelle tardive de la vulnérabilité des enfants (EQDEM);
- Un effort supplémentaire pour agir pour et avec les parents;
- Des approches cliniques encore centrées sur les problèmes et pas assez orientées sur le développement global de l'enfant et sur ses facteurs de protection;
- Des approches en silos encore bien présentes dans les organisations;
- Des concertations régionales et locales en petite enfance fragilisées par un financement non pérenne.

Six pistes d'action sont proposées. Certaines actions sont amorcées, mais le travail doit être consolidé et renforcé. Parmi les recommandations proposées, deux concernent précisément l'enfant, une, la famille et trois concernent la communauté.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES ENFANTS

ASSURER LE SUIVI DU DÉVELOPPEMENT DE TOUS LES ENFANTS JUSQU'À 5 ANS

La proportion d'enfants vulnérables à l'entrée à la maternelle est à la hausse depuis 2012. Pour contribuer à renverser cette tendance à la hausse, il faudrait suivre régulièrement et systématiquement le développement de tous les enfants dès leur naissance, et ce, jusqu'à 5 ans, afin de corriger toute situation irrégulière dès que possible.

Le suivi clinique du développement des enfants 0-5 ans s'exerce habituellement par le médecin de famille [et autres professionnels des groupes de médecine de famille et par les pédiatres. D'autres programmes et initiatives permettent de réaliser une évaluation dans les milieux fréquentés par les enfants : centres locaux de services communautaires (CLSC), services de garde éducatifs à l'enfance, écoles, organismes communautaires.

Il est donc essentiel de s'assurer qu'un suivi développemental est offert pour tous les enfants dans une perspective plus globale, c'est-à-dire de façon continue, intégrée et efficiente. Ce suivi permet également d'intervenir rapidement dès l'apparition d'un problème pour éviter la détérioration ou des complications. Des liens étroits doivent également être établis entre les professionnels des différents programmes déployés dans les milieux fréquentés par les enfants.

RECOMMANDATION 1a

Au CIUSSS de l'Estrie – CHUS :

- Créer une trajectoire de services centrée sur le développement global de tous les enfants fondée sur les orientations inscrites dans la politique de la responsabilité populationnelle et développement des communautés.
- Améliorer l'accès aux programmes et aux services préventifs universels (cours prénataux, allaitement, cliniques de vaccination, visites postnatales, avis de grossesse) et améliorer leur intégration dans la prestation des services.

RECOMMANDATION 1b

Améliorer la continuité des services entre les médecins de famille, les pédiatres et les autres intervenants dispensant des services préventifs dans les milieux fréquentés par les enfants pour renforcer les facteurs de protection (ex. : conseils préventifs sur le développement socioaffectif, l'éveil à la lecture, etc.).

RECOMMANDATION 1c

Intensifier l'intervention précoce (détection et résolution de problèmes) dans les milieux fréquentés par les enfants (ex. : services de garde, milieu scolaire).

S'ADAPTER POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES ENFANTS LES PLUS VULNÉRABLES

Pour briser le cercle de la vulnérabilité, des stratégies innovantes et informelles doivent être une composante de l'ensemble des interventions. Les partenaires locaux valorisent nettement les approches de proximité pour rejoindre les familles en contexte de vulnérabilité. En effet, il est fondamental de rejoindre ces familles dans leur milieu, en établissant un lien de confiance et en favorisant leur pouvoir d'agir au bénéfice du développement de leurs enfants. Il faut également demeurer à l'affût de l'émergence de nouveaux profils d'enfants associés à un contexte de vulnérabilité³⁸.

RECOMMANDATION 2a

Soutenir les efforts pour implanter des approches de proximité pour mieux rejoindre les familles vivant en contexte de vulnérabilité et celles qui utilisent peu les services, notamment les familles anglophones.

RECOMMANDATION 2b

Lorsque requis, privilégier un accompagnement de la famille par la co-intervention en arrimant les services préventifs et spécialisés au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

RECOMMANDATION 2c

Adapter les pratiques aux besoins émergents (ex. : troubles anxieux chez l'enfant).

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES FAMILLES

BÂTIR AVEC LES PREMIERS CHAMPIONS DU DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS : LES PARENTS

La moitié des parents se disent préoccupés par le développement de leur enfant¹⁹. Il ne fait aucun doute que ceux-ci sont les premiers responsables de leur enfant. Des efforts sont à poursuivre pour qu'ils puissent faire des choix libres et éclairés dans tout le parcours de vie de leur enfant.

RECOMMANDATION 3a

Soutenir et accompagner les parents en respectant leurs valeurs, en reconnaissant leur potentiel et en misant sur leurs forces.

RECOMMANDATION 3b

S'assurer d'intégrer l'ensemble des sphères de développement de l'enfant dans le soutien et l'accompagnement offert aux parents.

RECOMMANDATION 3c

S'assurer que les parents sont parties prenantes dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services qui les concernent.



RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA COMMUNAUTÉ

AGIR EN COHÉRENCE ET EN CONVERGENCE DANS NOTRE LEADERSHIP COLLECTIF

Cette piste suggère que, dans le parcours de vie de chaque enfant, peu importe le milieu dans lequel il évolue, soit présente la bonne personne, au bon moment, pour le bon niveau de soins et d'intervention avec le bon service. Il faut réorienter la logique d'action trop réactive aux problèmes vers des actions centrées sur le développement global de l'enfant. Cette nouvelle posture exige que tous les acteurs concernés partagent cette vision.

Pour ce faire, nous proposons de poursuivre les efforts estriens pour s'approprier une lecture commune de l'ensemble des besoins des enfants et leurs différents profils. Nous proposons également de favoriser un meilleur alignement des connaissances, des expertises et des ressources vers la cible recommandée par la Politique gouvernementale sur la prévention (PGPS).

RECOMMANDATION 4a

Susciter l'adhésion de toutes les organisations fédérées par la PGPS³⁹, dans leur planification stratégique, à l'objectif de passer de 71 % à 80 % la proportion d'enfants n'ayant aucune vulnérabilité à l'entrée à la maternelle tout en identifiant aussi une cible de réduction des écarts de la vulnérabilité (chez les garçons, les enfants anglophones, les immigrants et les enfants vivants dans les secteurs défavorisés).

RECOMMANDATION 4b

Stimuler la participation des partenaires intersectoriels à la diffusion et l'appropriation d'une compréhension commune des besoins de santé et de bien-être des enfants de 0 à 5 ans, notamment sur la nature des besoins et le « profil des besoins » pour mieux adapter les services. En Estrie, le Collectif estrien 0-5 ans regroupe déjà tous les partenaires concernés.



RENFORCER LES FACTEURS DE PROTECTION PAR DES ACTIONS INTERSECTORIELLES

Lorsque les parents et les enfants sont au centre des préoccupations des différents acteurs, ils deviennent un puissant levier pour augmenter et favoriser la collaboration entre les partenaires. Cette collaboration doit aussi s'étendre à toute la communauté. Ne faut-il pas un village pour élever un enfant?

Il faut poursuivre nos efforts pour renforcer des approches innovantes pour donner du pouvoir d'agir aux familles et aux communautés, pour briser les silos et pour accentuer le travail en intersectorialité avec tous les partenaires concernés, incluant de nouveaux partenariats (ex. : municipal, socio-économique).

RECOMMANDATION 5a

Convenir de solutions collectives pour soutenir et pérenniser les concertations locales et territoriales.

RENFORCER L'ALLIANCE ENTRE LA PRATIQUE ET LA RECHERCHE

Plusieurs collaborations avec le milieu de la recherche sont établies depuis longtemps dans la région au bénéfice du développement des enfants. Ces collaborations portent tant sur des pratiques novatrices sur tout le continuum de soins et de services que sur l'évaluation d'initiatives prometteuses.

Récemment, des collaborations pour recueillir des données de santé et de bien-être dans le cadre de l'ESPE ont permis une meilleure compréhension de certains déterminants de la santé.

Des efforts doivent se poursuivre pour éclairer la prise de décision tant sur les pratiques efficaces que sur la prestation des services efficiente et adaptée aux besoins pour agir plus rapidement, plus simplement et au moindre coût.

Nous avons, en Estrie, des mécanismes en place (ex. : avis de grossesse) qui pourraient davantage être utilisés pour mesurer de façon longitudinale le développement des enfants dès la naissance, comme recommandé par plusieurs organismes et chercheurs^{7,31}. Cette perspective pourrait être en complémentarité avec les orientations du programme Agir tôt du MSSS.

RECOMMANDATION 6a

Poursuivre les efforts pour collaborer à des projets de recherche ou autres qui visent le développement des enfants.

RECOMMANDATION 6b

Explorer de nouvelles avenues pour se doter de mécanismes qui permettraient une mesure de la vulnérabilité avant 5 ans.

CONCLUSION

À la lumière des constats effectués dans ce rapport et des recommandations qui en découlent, il est primordial de mettre le développement des enfants au cœur des priorités estriennes. C'est un investissement individuel et sociétal rentable pour nos communautés. Le défi est grand, car le développement de l'enfant s'inscrit dans une dynamique sociale complexe et interdépendante où les différentes organisations ne peuvent plus réussir seules.

Étant donné les écarts de santé et de bien-être observés entre les différents enfants selon leurs caractéristiques et leurs milieux, il est capital de considérer les nouvelles connaissances sur le développement du cerveau, le rôle des facteurs de protection et de promotion tout au long de la vie et les technologies pour améliorer nos pratiques et nos actions.

Le présent rapport nous convie à poursuivre la consolidation de nos alliances dans le secteur de la santé et des services sociaux et avec nos partenaires intersectoriels pour assurer un bon développement pour tous les enfants. Il nous convie aussi à nous adapter pour mieux répondre aux besoins des enfants les plus vulnérables et à faire une place de choix aux parents. L'alliance entre la pratique et la recherche devient un levier essentiel pour relever ces défis.





ANNEXES

ANNEXE A. DOMAINES DE DÉVELOPPEMENT ÉVALUÉS PAR L'EQDEM

L'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM), réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), permet de mesurer le développement de groupes d'enfants. Un questionnaire comprenant 104 questions, validé et utilisé dans d'autres provinces et pays, est rempli par les enseignants pour chaque enfant. Ce questionnaire se base sur des comportements observables en lien avec des normes de développement et n'évalue pas le programme scolaire ni la performance de l'enseignant ou de l'école. Il permet d'évaluer la proportion d'enfants vulnérables dans les cinq domaines suivants :

Domaines	Sujets abordés
Santé physique et bien-être	• Développement physique général • Motricité • Alimentation et habillement • Propreté • Ponctualité • État d'éveil
Compétences sociales	• Habiletés sociales • Confiance en soi • Sens des responsabilités • Respect des pairs, des adultes, des règles et des routines • Habitudes de travail et autonomie • Curiosité
Maturité affective	• Comportement prosocial et entraide • Crainte et anxiété • Comportement agressif • Hyperactivité et inattention • Expression des émotions
Développement cognitif et langagier	• Intérêt et habiletés en lecture, en écriture et en mathématiques • Utilisation adéquate du langage
Habiletés de communication et connaissances générales	• Capacité à communiquer de façon à être compris • Capacité à comprendre les autres • Articulation claire • Connaissances générales

ANNEXE B. DONNÉES PAR RLS

	RLS de la Pommeraie	Estrie	Québec
Démographie			
Nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans (2017) ^a	3 190	29 260	531 617
Nombre de naissances en (2017) ^b	505	4 488	82 387
Nombre de familles ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans (2016) ^c	2 230	21 010	394 965
Caractéristiques des enfants			
Naissances prématurées (2015 à 2017) ^b	8,3 %	7,5 %	7,1 %
Naissances de faible poids (2015 à 2017) ^b	6,5 %	6,0 %	6,0 %
Nouveau-nés visités en postnatal ayant reçu du lait maternel dans les 24 heures précédant la visite (2018-2019) ^d	83 %	82 %	n.d.
Hospitalisations chez les moins de 1 an (2013-2017) ^e	801 pour 1 000	755 pour 1 000	797 pour 1 000
Hospitalisations chez les 1-5 ans (2013-2017) ^e	31 pour 1 000	36 pour 1 000	42 pour 1 000
Proportion des enfants vaccinés par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS qui ont reçu la dose de RRO-Var (prévue à 18 mois) dans un délai de 18 mois et 28 jours ou moins ^f	67 %	66 %	78 %
Signalements retenus à la DPJ chez les 0-5 ans (2016-2017 à 2018-2019) ^g	20,6 pour 1 000	21,1 pour 1 000	n.d.
Proportion de signalements retenus pour motif de négligence	50 %	54 %	n.d.
Caractéristiques des familles (2016)			
Familles anglophones ^c	16 %	5 %	9 %
Familles immigrantes ^c	1,3 %	7,4 %	21,8 %
Revenu médian après impôts ^c	63 577 \$	68 449 \$	71 812 \$
Familles à faible revenu ^c	15,2 %	15,1 %	14,1 %
Familles monoparentales ^c	16,6 %	15,9 %	15,7 %
Familles où aucun adulte n'a terminé ses études secondaires ^c	11,4 %	8,0 %	6,2 %
Familles où aucun adulte n'est à l'emploi ^c	10,5 %	10,1 %	10,5 %
Naissances dont la mère a moins de 11 ans de scolarité (2015-2017) ^b	9,8 %	8,6 %	5,5 %
Développement des enfants de la maternelle			
Enfants de la maternelle en 2017 ^h	550	4 960	85 600
Enfants vulnérables par domaine de développement (2017) ^h			
Santé physique et bien-être	15,1 %	11,4 %	10,6 %
Maturité affective	17,6 %	13,3 %	11,5 %
Compétences sociales	16,8 %	12,6 %	10,2 %
Développement cognitif et langagier	15,8 %	13,2 %	11,1 %
Habiletés de communication et connaissances générales	16,3 %	11,4 %	11,1 %
Enfants vulnérables dans au moins un domaine (2017) ^h	35,9 %	29,4 %	27,7 %

Sources de données :

- a - Direction de santé publique de l'Estrie, Outil de population
- b - MSSS, Fichier des naissances
- c - Statistique Canada, Recensement 2016
- d - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, I-CLSC
- e - MSSS, Med-Écho
- f - MSSS, Registre de vaccination
- g - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Système Cognos
- h - Institut de la statistique du Québec, EQDEM 2017

	RLS de la Haute-Yamaska	Estrie	Québec
Démographie			
Nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans (2017) ^a	6 390	29 260	531 617
Nombre de naissances en (2017) ^b	961	4 488	82 387
Nombre de familles ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans (2016) ^c	4 535	21 010	394 965
Caractéristiques des enfants			
Naissances prématurées (2015 à 2017) ^b	8,2 %	7,5 %	7,1 %
Naissances de faible poids (2015 à 2017) ^b	7,0 %	6,0 %	6,0 %
Nouveau-nés visités en postnatal ayant reçu du lait maternel dans les 24 heures précédant la visite (2018-2019) ^d	81 %	82 %	n.d.
Hospitalisations chez les moins de 1 an (2013-2017) ^e	799 pour 1 000	755 pour 1 000	797 pour 1 000
Hospitalisations chez les 1-5 ans (2013-2017) ^e	36 pour 1 000	36 pour 1 000	42 pour 1 000
Proportion des enfants vaccinés par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS qui ont reçu la dose de RRO-Var (prévue à 18 mois) dans un délai de 18 mois et 28 jours ou moins ^f	79,0 %	66 %	78 %
Signalements retenus à la DPJ chez les 0-5 ans (2016-2017 à 2018-2019) ^g	22,1 pour 1 000	21,1 pour 1 000	n.d.
Proportion de signalements retenus pour motif de négligence	54 %	54 %	n.d.
Caractéristiques des familles (2016)			
Familles anglophones ^c	3 %	5 %	9 %
Familles immigrantes ^c	7,6 %	7,4 %	21,8 %
Revenu médian après impôts ^c	69 159 \$	68 449 \$	71 812 \$
Familles à faible revenu ^c	14,1 %	15,1 %	14,1 %
Familles monoparentales ^c	16,3 %	15,9 %	15,7 %
Familles où aucun adulte n'a terminé ses études secondaires ^c	9,2 %	8,0 %	6,2 %
Familles où aucun adulte n'est à l'emploi ^c	9,9 %	10,1 %	10,5 %
Naissances dont la mère a moins de 11 ans de scolarité (2015-2017) ^b	8,6 %	8,6 %	5,5 %
Développement des enfants de la maternelle			
Enfants de la maternelle en 2017 ^h	1 200	4 960	85 600
Enfants vulnérables par domaine de développement (2017) ^h			
Santé physique et bien-être	13,1 %	11,4 %	10,6 %
Maturité affective	14,6 %	13,3 %	11,5 %
Compétences sociales	11,8 %	12,6 %	10,2 %
Développement cognitif et langagier	12,9 %	13,2 %	11,1 %
Habiletés de communication et connaissances générales	10,2 %	11,4 %	11,1 %
Enfants vulnérables dans au moins un domaine (2017) ^h	28,6 %	29,4 %	27,7 %

Sources de données :

- a - Direction de santé publique de l'Estrie, Outil de population
- b - MSSS, Fichier des naissances
- c - Statistique Canada, Recensement 2016
- d - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, I-CLSC
- e - MSSS, Med-Écho
- f - MSSS, Registre de vaccination
- g - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Système Cognos
- h - Institut de la statistique du Québec, EQDEM 2017

	RLS de Memphrémagog	Estrie	Québec
Démographie			
Nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans (2017) ^a	2 519	29 260	531 617
Nombre de naissances en (2017) ^b	369	4 488	82 387
Nombre de familles ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans (2016) ^c	1 830	21 010	394 965
Caractéristiques des enfants			
Naissances prématurées (2015 à 2017) ^b	6,4 %	7,5 %	7,1 %
Naissances de faible poids (2015 à 2017) ^b	4,4 %	6,0 %	6,0 %
Nouveau-nés visités en postnatal ayant reçu du lait maternel dans les 24 heures précédant la visite (2018-2019) ^d	82 %	82 %	n.d.
Hospitalisations chez les moins de 1 an (2013-2017) ^e	681 pour 1 000	755 pour 1 000	797 pour 1 000
Hospitalisations chez les 1-5 ans (2013-2017) ^e	33,6 pour 1 000	36 pour 1 000	42 pour 1 000
Proportion des enfants vaccinés par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS qui ont reçu la dose de RRO-Var (prévue à 18 mois) dans un délai de 18 mois et 28 jours ou moins ^f	72 %	66 %	78 %
Signalements retenus à la DPJ chez les 0-5 ans (2016-2017 à 2018-2019) ^g	20,4 pour 1 000	21,1 pour 1 000	n.d.
Proportion de signalements retenus pour motif de négligence	55 %	54 %	n.d.
Caractéristiques des familles (2016)			
Familles anglophones ^c	12 %	5 %	9 %
Familles immigrantes ^c	3,0 %	7,4 %	21,8 %
Revenu médian après impôts ^c	69 550 \$	68 449 \$	71 812 \$
Familles à faible revenu ^c	15,6 %	15,1 %	14,1 %
Familles monoparentales ^c	18,0 %	15,9 %	15,7 %
Familles où aucun adulte n'a terminé ses études secondaires ^c	7,7 %	8,0 %	6,2 %
Familles où aucun adulte n'est à l'emploi ^c	11,5 %	10,1 %	10,5 %
Naissances dont la mère a moins de 11 ans de scolarité (2015-2017) ^b	8,2 %	8,6 %	5,5 %
Développement des enfants de la maternelle			
Enfants de la maternelle en 2017 ^h	450	4 960	85 600
Enfants vulnérables par domaine de développement (2017) ^h			
Santé physique et bien-être	9,8 %	11,4 %	10,6 %
Maturité affective	11,6 %	13,3 %	11,5 %
Compétences sociales	12,5 %	12,6 %	10,2 %
Développement cognitif et langagier	11,4 %	13,2 %	11,1 %
Habiletés de communication et connaissances générales	13,0 %	11,4 %	11,1 %
Enfants vulnérables dans au moins un domaine (2017) ^h	28,4 %	29,4 %	27,7 %

Sources de données :

a - Direction de santé publique de l'Estrie, Outil de population

b - MSSS, Fichier des naissances

c - Statistique Canada, Recensement 2016

d - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, I-CLSC

e - MSSS, Med-Écho

f - MSSS, Registre de vaccination

g - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Système Cognos

h - Institut de la statistique du Québec, EQDEM 2017

	RLS de Coaticook	Estrie	Québec
Démographie			
Nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans (2017) ^a	1 174	29 260	531 617
Nombre de naissances en (2017) ^b	201	4 488	82 387
Nombre de familles ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans (2016) ^c	800	21 010	394 965
Caractéristiques des enfants			
Naissances prématurées (2015 à 2017) ^b	6,5 %	7,5 %	7,1 %
Naissances de faible poids (2015 à 2017) ^b	5,7 %	6,0 %	6,0 %
Nouveau-nés visités en postnatal ayant reçu du lait maternel dans les 24 heures précédant la visite (2018-2019) ^d	87 %	82 %	n.d.
Hospitalisations chez les moins de 1 an (2013-2017) ^e	764 pour 1 000	755 pour 1 000	797 pour 1 000
Hospitalisations chez les 1-5 ans (2013-2017) ^e	31 pour 1 000	36 pour 1 000	42 pour 1 000
Proportion des enfants vaccinés par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS qui ont reçu la dose de RRO-Var (prévue à 18 mois) dans un délai de 18 mois et 28 jours ou moins ^f	75 %	66 %	78 %
Signalements retenus à la DPJ chez les 0-5 ans (2016-2017 à 2018-2019) ^g	17,3 pour 1 000	21,1 pour 1 000	n.d.
Proportion de signalements retenus pour motif de négligence	57 %	54 %	n.d.
Caractéristiques des familles (2016)			
Familles anglophones ^c	9 %	5 %	9 %
Familles immigrantes ^c	2,5 %	7,4 %	21,8 %
Revenu médian après impôts ^c	64 198 \$	68 449 \$	71 812 \$
Familles à faible revenu ^c	13,1 %	15,1 %	14,1 %
Familles monoparentales ^c	15,0 %	15,9 %	15,7 %
Familles où aucun adulte n'a terminé ses études secondaires ^c	8,8 %	8,0 %	6,2 %
Familles où aucun adulte n'est à l'emploi ^c	5,0 %	10,1 %	10,5 %
Naissances dont la mère a moins de 11 ans de scolarité (2015-2017) ^b	7,3 %	8,6 %	5,5 %
Développement des enfants de la maternelle			
Enfants de la maternelle en 2017 ^h	215	4 960	85 600
Enfants vulnérables par domaine de développement (2017) ^h			
Santé physique et bien-être	8,9 %	11,4 %	10,6 %
Maturité affective	12,0 %	13,3 %	11,5 %
Compétences sociales	10,4 %	12,6 %	10,2 %
Développement cognitif et langagier	15,1 %	13,2 %	11,1 %
Habiletés de communication et connaissances générales	8,4 %	11,4 %	11,1 %
Enfants vulnérables dans au moins un domaine (2017) ^h	28,6 %	29,4 %	27,7 %

Sources de données :

a - Direction de santé publique de l'Estrie, Outil de population

b - MSSS, Fichier des naissances

c - Statistique Canada, Recensement 2016

d - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, I-CLSC

e - MSSS, Med-Écho

f - MSSS, Registre de vaccination

g - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Système Cognos

h - Institut de la statistique du Québec, EQDEM 2017

	RLS de Sherbrooke	Estrie	Québec
Démographie			
Nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans (2017) ^a	10 395	29 260	531 617
Nombre de naissances en (2017) ^b	1 630	4 488	82 387
Nombre de familles ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans (2016) ^c	7 620	21 010	394 965
Caractéristiques des enfants			
Naissances prématurées (2015 à 2017) ^b	6,9 %	7,5 %	7,1 %
Naissances de faible poids (2015 à 2017) ^b	5,6 %	6,0 %	6,0 %
Nouveau-nés visités en postnatal ayant reçu du lait maternel dans les 24 heures précédant la visite (2018-2019) ^d	84 %	82 %	n.d.
Hospitalisations chez les moins de 1 an (2013-2017) ^e	747 pour 1 000	755 pour 1 000	797 pour 1 000
Hospitalisations chez les 1-5 ans (2013-2017) ^e	37 pour 1 000	36 pour 1 000	42 pour 1 000
Proportion des enfants vaccinés par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS qui ont reçu la dose de RRO-Var (prévue à 18 mois) dans un délai de 18 mois et 28 jours ou moins ^f	46 %	66 %	78 %
Signalements retenus à la DPJ chez les 0-5 ans (2016-2017 à 2018-2019) ^g	22,2 pour 1 000	21,1 pour 1 000	n.d.
Proportion de signalements retenus pour motif de négligence	53 %	54 %	n.d.
Caractéristiques des familles (2016)			
Familles anglophones ^c	3 %	5 %	9 %
Familles immigrantes ^c	14,1 %	7,4 %	21,8 %
Revenu médian après impôts ^c	71 363 \$	68 449 \$	71 812 \$
Familles à faible revenu ^c	16,0 %	15,1 %	14,1 %
Familles monoparentales ^c	16,1 %	15,9 %	15,7 %
Familles où aucun adulte n'a terminé ses études secondaires ^c	6,4 %	8,0 %	6,2 %
Familles où aucun adulte n'est à l'emploi ^c	11,5 %	10,1 %	10,5 %
Naissances dont la mère a moins de 11 ans de scolarité (2015-2017) ^b	7,6 %	8,6 %	5,5 %
Développement des enfants de la maternelle			
Enfants de la maternelle en 2017 ^h	1 700	4 960	85 600
Enfants vulnérables par domaine de développement (2017) ^h			
Santé physique et bien-être	9,9 %	11,4 %	10,6 %
Maturité affective	10,3 %	13,3 %	11,5 %
Compétences sociales	11,3 %	12,6 %	10,2 %
Développement cognitif et langagier	12,5 %	13,2 %	11,1 %
Habiletés de communication et connaissances générales	10,3 %	11,4 %	11,1 %
Enfants vulnérables dans au moins un domaine (2017) ^h	27,0 %	29,4 %	27,7 %

Sources de données :

a - Direction de santé publique de l'Estrie, Outil de population

b - MSSS, Fichier des naissances

c - Statistique Canada, Recensement 2016

d - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, I-CLSC

e - MSSS, Med-Écho

f - MSSS, Registre de vaccination

g - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Système Cognos

h - Institut de la statistique du Québec, EQDEM 2017

	RLS de Val Saint-François	Estrie	Québec
Démographie			
Nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans (2017) ^a	2 046	29 260	531 617
Nombre de naissances en (2017) ^b	304	4 488	82 387
Nombre de familles ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans (2016) ^c	1 510	21 010	394 965
Caractéristiques des enfants			
Naissances prématurées (2015 à 2017) ^b	7,8 %	7,5 %	7,1 %
Naissances de faible poids (2015 à 2017) ^b	5,1 %	6,0 %	6,0 %
Nouveau-nés visités en postnatal ayant reçu du lait maternel dans les 24 heures précédant la visite (2018-2019) ^d	81 %	82 %	n.d.
Hospitalisations chez les moins de 1 an (2013-2017) ^e	796 pour 1 000	755 pour 1 000	797 pour 1 000
Hospitalisations chez les 1-5 ans (2013-2017) ^e	34 pour 1 000	36 pour 1 000	42 pour 1 000
Proportion des enfants vaccinés par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS qui ont reçu la dose de RRO-Var (prévue à 18 mois) dans un délai de 18 mois et 28 jours ou moins ^f	89 %	66 %	78 %
Signalements retenus à la DPJ chez les 0-5 ans (2016-2017 à 2018-2019) ^g	15,5 pour 1 000	21,1 pour 1 000	n.d.
Proportion de signalements retenus pour motif de négligence	62 %	54 %	n.d.
Caractéristiques des familles (2016)			
Familles anglophones ^c	5 %	5 %	9 %
Familles immigrantes ^c	0,7 %	7,4 %	21,8 %
Revenu médian après impôts ^c	74 250 \$	68 449 \$	71 812 \$
Familles à faible revenu ^c	9,9 %	15,1 %	14,1 %
Familles monoparentales ^c	9,3 %	15,9 %	15,7 %
Familles où aucun adulte n'a terminé ses études secondaires ^c	4,6 %	8,0 %	6,2 %
Familles où aucun adulte n'est à l'emploi ^c	6,0 %	10,1 %	10,5 %
Naissances dont la mère a moins de 11 ans de scolarité (2015-2017) ^b	7,4 %	8,6 %	5,5 %
Développement des enfants de la maternelle			
Enfants de la maternelle en 2017 ^h	360	4 960	85 600
Enfants vulnérables par domaine de développement (2017) ^h			
Santé physique et bien-être	10,1 %	11,4 %	10,6 %
Maturité affective	18,0 %	13,3 %	11,5 %
Compétences sociales	15,7 %	12,6 %	10,2 %
Développement cognitif et langagier	13,7 %	13,2 %	11,1 %
Habiletés de communication et connaissances générales	13,7 %	11,4 %	11,1 %
Enfants vulnérables dans au moins un domaine (2017) ^h	34,6 %	29,4 %	27,7 %

Sources de données :

a - Direction de santé publique de l'Estrie, Outil de population

b - MSSS, Fichier des naissances

c - Statistique Canada, Recensement 2016

d - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, I-CLSC

e - MSSS, Med-Écho

f - MSSS, Registre de vaccination

g - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Système Cognos

h - Institut de la statistique du Québec, EQDEM 2017

	RLS des Sources	Estrie	Québec
Démographie			
Nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans (2017) ^a	847	29 260	531 617
Nombre de naissances en (2017) ^b	111	4 488	82 387
Nombre de familles ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans (2016) ^c	605	21 010	394 965
Caractéristiques des enfants			
Naissances prématurées (2015 à 2017) ^b	8,2 %	7,5 %	7,1 %
Naissances de faible poids (2015 à 2017) ^b	5,9 %	6,0 %	6,0 %
Nouveau-nés visités en postnatal ayant reçu du lait maternel dans les 24 heures précédant la visite (2018-2019) ^d	72 %	82 %	n.d.
Hospitalisations chez les moins de 1 an (2013-2017) ^e	669 pour 1 000	755 pour 1 000	797 pour 1 000
Hospitalisations chez les 1-5 ans (2013-2017) ^e	32 pour 1 000	36 pour 1 000	42 pour 1 000
Proportion des enfants vaccinés par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS qui ont reçu la dose de RRO-Var (prévue à 18 mois) dans un délai de 18 mois et 28 jours ou moins ^f	73 %	66 %	78 %
Signalements retenus à la DPJ chez les 0-5 ans (2016-2017 à 2018-2019) ^g	31,9 pour 1 000	21,1 pour 1 000	n.d.
Proportion de signalements retenus pour motif de négligence	62 %	54 %	n.d.
Caractéristiques des familles (2016)			
Familles anglophones ^c	0 %	5 %	9 %
Familles immigrantes ^c	0,0 %	7,4 %	21,8 %
Revenu médian après impôts ^c	63 232 \$	68 449 \$	71 812 \$
Familles à faible revenu ^c	24,0 %	15,1 %	14,1 %
Familles monoparentales ^c	24,0 %	15,9 %	15,7 %
Familles où aucun adulte n'a terminé ses études secondaires ^c	7,4 %	8,0 %	6,2 %
Familles où aucun adulte n'est à l'emploi ^c	9,9 %	10,1 %	10,5 %
Naissances dont la mère a moins de 11 ans de scolarité (2015-2017) ^b	14,9 %	8,6 %	5,5 %
Développement des enfants de la maternelle			
Enfants de la maternelle en 2017 ^h	165	4 960	85 600
Enfants vulnérables par domaine de développement (2017) ^h			
Santé physique et bien-être	14,4 %	11,4 %	10,6 %
Maturité affective	18,5 %	13,3 %	11,5 %
Compétences sociales	20,6 %	12,6 %	10,2 %
Développement cognitif et langagier	17,9 %	13,2 %	11,1 %
Habiletés de communication et connaissances générales	12,4 %	11,4 %	11,1 %
Enfants vulnérables dans au moins un domaine (2017) ^h	37,7 %	29,4 %	27,7 %

Sources de données :

a - Direction de santé publique de l'Estrie, Outil de population

b - MSSS, Fichier des naissances

c - Statistique Canada, Recensement 2016

d - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, I-CLSC

e - MSSS, Med-Écho

f - MSSS, Registre de vaccination

g - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Système Cognos

h - Institut de la statistique du Québec, EQDEM 2017

	RLS du Haut-Saint-François	Estrie	Québec
Démographie			
Nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans (2017) ^a	1 519	29 260	531 617
Nombre de naissances en (2017) ^b	248	4 488	82 387
Nombre de familles ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans (2016) ^c	1 005	21 010	394 965
Caractéristiques des enfants			
Naissances prématurées (2015 à 2017) ^b	9,0 %	7,5 %	7,1 %
Naissances de faible poids (2015 à 2017) ^b	6,8 %	6,0 %	6,0 %
Nouveau-nés visités en postnatal ayant reçu du lait maternel dans les 24 heures précédant la visite (2018-2019) ^d	81 %	82 %	n.d.
Hospitalisations chez les moins de 1 an (2013-2017) ^e	745 pour 1 000	755 pour 1 000	797 pour 1 000
Hospitalisations chez les 1-5 ans (2013-2017) ^e	37 pour 1 000	36 pour 1 000	42 pour 1 000
Proportion des enfants vaccinés par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS qui ont reçu la dose de RRO-Var (prévue à 18 mois) dans un délai de 18 mois et 28 jours ou moins ^f	57 %	66 %	78 %
Signalements retenus à la DPJ chez les 0-5 ans (2016-2017 à 2018-2019) ^g	20,2 pour 1 000	21,1 pour 1 000	n.d.
Proportion de signalements retenus pour motif de négligence	55 %	54 %	n.d.
Caractéristiques des familles (2016)			
Familles anglophones ^c	8 %	5 %	9 %
Familles immigrantes ^c	1,5 %	7,4 %	21,8 %
Revenu médian après impôts ^c	63 330 \$	68 449 \$	71 812 \$
Familles à faible revenu ^c	16,4 %	15,1 %	14,1 %
Familles monoparentales ^c	16,4 %	15,9 %	15,7 %
Familles où aucun adulte n'a terminé ses études secondaires ^c	11,9 %	8,0 %	6,2 %
Familles où aucun adulte n'est à l'emploi ^c	10,4 %	10,1 %	10,5 %
Naissances dont la mère a moins de 11 ans de scolarité (2015-2017) ^b	8,1 %	8,6 %	5,5 %
Développement des enfants de la maternelle			
Enfants de la maternelle en 2017 ^h	260	4 960	85 600
Enfants vulnérables par domaine de développement (2017) ^h			
Santé physique et bien-être	13,1 %	11,4 %	10,6 %
Maturité affective	14,4 %	13,3 %	11,5 %
Compétences sociales	11,3 %	12,6 %	10,2 %
Développement cognitif et langagier	14,3 %	13,2 %	11,1 %
Habilités de communication et connaissances générales	10,9 %	11,4 %	11,1 %
Enfants vulnérables dans au moins un domaine (2017) ^h	30,4 %	29,4 %	27,7 %

Sources de données :

- a - Direction de santé publique de l'Estrie, Outil de population
- b - MSSS, Fichier des naissances
- c - Statistique Canada, Recensement 2016
- d - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, I-CLSC
- e - MSSS, Med-Écho
- f - MSSS, Registre de vaccination
- g - CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Système Cognos
- h - Institut de la statistique du Québec, EQDEM 2017

	RLS du Granit	Etrie	Québec
Démographie			
Nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans (2017) ^a	1 176	29 260	531 617
Nombre de naissances en (2017) ^b	159	4 488	82 387
Nombre de familles ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans (2016) ^c	880	21 010	394 965
Caractéristiques des enfants			
Naissances prématurées (2015 à 2017) ^b	7,1 %	7,5 %	7,1 %
Naissances de faible poids (2015 à 2017) ^b	7,7 %	6,0 %	6,0 %
Nouveau-nés visités en postnatal ayant reçu du lait maternel dans les 24 heures précédant la visite (2018-2019) ^d	68 %	82 %	n.d.
Hospitalisations chez les moins de 1 an (2013-2017) ^e	643 pour 1 000	755 pour 1 000	797 pour 1 000
Hospitalisations chez les 1-5 ans (2013-2017) ^e	44 pour 1 000	36 pour 1 000	42 pour 1 000
Proportion des enfants vaccinés par le CIUSSS de l'Etrie - CHUS qui ont reçu la dose de RRO-Var (prévue à 18 mois) dans un délai de 18 mois et 28 jours ou moins ^f	79 %	66 %	78 %
Signalements retenus à la DPJ chez les 0-5 ans (2016-2017 à 2018-2019) ^g	16,7 pour 1 000	21,1 pour 1 000	n.d.
Proportion de signalements retenus pour motif de négligence	39 %	54 %	n.d.
Caractéristiques des familles (2016)			
Familles anglophones ^c	0 %	5 %	9 %
Familles immigrantes ^c	1,1 %	7,4 %	21,8 %
Revenu médian après impôts ^c	66 950 \$	68 449 \$	71 812 \$
Familles à faible revenu ^c	12,5 %	15,1 %	14,1 %
Familles monoparentales ^c	11,9 %	15,9 %	15,7 %
Familles où aucun adulte n'a terminé ses études secondaires ^c	8,5 %	8,0 %	6,2 %
Familles où aucun adulte n'est à l'emploi ^c	6,3 %	10,1 %	10,5 %
Naissances dont la mère a moins de 11 ans de scolarité (2015-2017) ^b	14,3 %	8,6 %	5,5 %
Développement des enfants de la maternelle			
Enfants de la maternelle en 2017 ^h	200	4 960	85 600
Enfants vulnérables par domaine de développement (2017) ^h			
Santé physique et bien-être	9,7 %	11,4 %	10,6 %
Maturité affective	12,2 %	13,3 %	11,5 %
Compétences sociales	8,7 %	12,6 %	10,2 %
Développement cognitif et langagier	9,7 %	13,2 %	11,1 %
Habiletés de communication et connaissances générales	10,2 %	11,4 %	11,1 %
Enfants vulnérables dans au moins un domaine (2017) ^h	24,2 %	29,4 %	27,7 %

Sources de données :

a - Direction de santé publique de l'Etrie, Outil de population

b - MSSS, Fichier des naissances

c - Statistique Canada, Recensement 2016

d - CIUSSS de l'Etrie - CHUS, I-CLSC

e - MSSS, Med-Écho

f - MSSS, Registre de vaccination

g - CIUSSS de l'Etrie - CHUS, Système Cognos

h - Institut de la statistique du Québec, EQDEM 2017

ANNEXE C. EXEMPLES D'INITIATIVES PROMETTEUSES

Renouveler les pratiques en contexte de négligence : favoriser le dialogue parents-intervenants

Pourquoi?

La problématique sociale de négligence envers les enfants se situe au cœur des préoccupations des acteurs et l'intervention dans ce contexte soulève plusieurs défis.

Quoi?

Impliquer des participants pleinement concernés par la problématique de la négligence et les engager dans un processus d'analyse de leurs expériences. Ceux-ci participent également à l'ensemble du processus, de la formulation de la problématique à la recherche de solutions. Il s'agit d'un espace de coproduction entre les acteurs et les chercheurs.

Un des objectifs de la démarche est de faire émerger des pistes de solutions pouvant être acheminées aux décideurs dans une perspective d'amélioration des services.

Qui collabore?

- Parents concernés par la problématique de négligence;
- Intervenants des différents secteurs : CIUSSS de l'Estrie – CHUS, écoles, CPE, avocats;
- Chercheurs de l'école de travail social de la faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke;
- Professionnels de l'Institut Universitaire de première ligne en santé et services sociaux.

Renouveler nos pratiques : l'intervention positive, une nouvelle offre de service de la Direction de santé publique

Pourquoi?

L'intervention positive, une approche de type développementale, mise sur une solide relation adulte-enfant pour mettre en place les conditions qui permettent à ce dernier de grandir et de développer sa maturité affective³².

Quoi?

L'offre de service de la Direction de santé publique vise à favoriser le développement des habiletés sociales et affectives des enfants périvulnérables âgés de 4 à 8 ans. Les intervenants, formés en travail social ou en psychoéducation, offrent un accompagnement et du soutien pour la planification et la réalisation d'interventions positives en partenariat avec les milieux de garde éducatifs à l'enfance et les milieux scolaires.

Qui collabore?

- Deux regroupements des CPE : des Cantons de l'Est et de la Montérégie;
- Cinq commissions scolaires de la région sociosanitaire de l'Estrie : Val-des-Cerfs, des Hauts-Cantons, des Sommets, Eastern Townships et de la Région-de-Sherbrooke;
- CIUSSS de l'Estrie – CHUS : Direction du programme Jeunesse, Direction des services généraux, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS);
- École de travail social, Université de Sherbrooke.

Stimuler le langage au CPE Les Pommettes Rouges

Pourquoi?

Ce programme a été mis en place dans une optique de stimulation du langage et de prévention des retards de langage chez **tous** les enfants fréquentant ce milieu de garde.

Quoi?

Toutes les éducatrices ainsi que les agentes pédagogiques ont été formées par une orthophoniste afin de réaliser des activités de stimulation du langage auprès de tous les enfants du CPE Les Pommettes Rouges. En plus de la formation, les intervenantes ont bénéficié d'un coaching de l'orthophoniste lors de leurs activités. Des ateliers ont également été offerts à tous les parents.

En cas de difficultés observées chez un enfant, les éducatrices ou l'agente pédagogique conviennent avec les parents et l'orthophoniste de certaines actions à entreprendre. Dans le cas de plus grandes difficultés, un rapport de stimulation est rempli et révisé par l'orthophoniste. Au besoin, l'enfant est référé à un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux.

Qui collabore?

- Parents;
- Éducatrices et agentes pédagogiques;
- Direction du CPE Les Pommettes Rouges;
- Orthophoniste;
- CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Travailler en proximité avec les familles

Pourquoi?

L'approche de proximité est privilégiée comme une des postures d'intervention qui permettent d'entrer en contact avec les familles les plus vulnérables et les plus isolées, contribuant ainsi à diminuer les inégalités sociales et de santé. Elle consiste à rejoindre les familles là où elles se trouvent, directement dans leur milieu de vie. Elle favorise le développement du pouvoir d'agir et des compétences parentales ainsi que la consolidation du lien de confiance avec les organismes du milieu.

Quoi?

Nous comptons une vingtaine de travailleurs de proximité auprès des familles en Estrie. Ces intervenants agissent comme un « pont », un « passeur » ou un « intermédiaire » entre les familles et les ressources pertinentes du milieu.

Qui est impliqué?

Les travailleurs de proximité répondent directement des concertations locales intersectorielles en petite enfance (avec le financement d'Avenir d'enfant) et non d'un organisme en particulier, ce qui favorise la souplesse et la neutralité de leurs interventions.

Soutenir la mobilisation des acteurs : le Collectif estrien 0-5 ans

Pourquoi?

Le Collectif estrien 0-5 ans a été mis en place avec la volonté de soutenir la mobilisation des acteurs œuvrant auprès des enfants, des familles et des communautés. Ainsi, le Collectif favorise la concertation entre les organisations régionales et les acteurs locaux intersectoriels.

Quoi?

La volonté du Collectif est de favoriser l'émergence d'actions collectives visant la promotion des domaines de développement des enfants et les facteurs de protection. L'approche écosystémique et l'approche de proximité ont été priorisées par les partenaires pour y arriver. Le Collectif préconise le travail collectif autour de projets concrets qui donnent des résultats à court ou moyen terme. Ainsi, les acteurs locaux et régionaux se côtoient et échangent sur leur réalité et leurs pratiques et développent un savoir-faire collectif. La coordination et les actions du Collectif sont soutenues par Avenir d'enfant jusqu'en juin 2020.

Qui collabore?

- Association des Townshippers;
- Quatre commissions scolaires;
- Cégep de Sherbrooke (Département des techniques d'éducation à l'enfance);
- Direction régionale du Ministère de la Famille;
- Direction régionale du Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation;
- Direction de santé publique et Direction du programme jeunesse, CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Naissance Renaissance Estrie;
- Projet Partenaire pour la réussite éducative en Estrie;
- Regroupement des CPE des Cantons de l'Est;
- Regroupement des organismes communautaires Familles de l'Estrie;
- Regroupements locaux de partenaires de l'Estrie;
- Service d'aide aux Néo-Canadiens;
- Université de Sherbrooke (École de réadaptation, École de travail social);
- Une maman et un papa bénévoles.

Mettre en place des actions concertées pour favoriser une première transition scolaire harmonieuse : chantier régional sur la première transition scolaire

Pourquoi?

La première transition scolaire est une étape cruciale dans la vie d'un enfant. Pour la majorité, cette entrée se déroule assez bien. Cependant, 8 à 21 % des enfants éprouvent des difficultés d'adaptation lors de cette transition⁴⁰. Ce chantier vise à favoriser un langage commun du concept de la première transition scolaire pour faire en sorte que chaque acteur reconnaisse l'importance de la transition scolaire ainsi que la contribution potentielle de chaque organisation. Il vise également à outiller les acteurs dans la mise en place d'actions favorisant la première transition scolaire et plus particulièrement pour les enfants et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité.

Quoi?

Le chantier a permis le développement du *Guide d'accompagnement à la première transition scolaire à l'intention des acteurs intersectoriels estriens pour favoriser la réussite éducative* (Projet PRÉE, 2019) ainsi que la réalisation d'une douzaine d'ateliers sectoriels et intersectoriels. Les ateliers avaient pour objectifs de présenter les savoirs scientifiques et des exemples de pratiques inspirantes pour la mise sur pied ou la bonification des actions liées à la première transition scolaire. Les participants ont été invités à faire naître de nouvelles collaborations propices au déploiement d'actions, à préciser leur rôle et leur apport et à proposer des avenues pour mieux rejoindre les enfants et les familles vivant en contexte de vulnérabilités. Près de 325 partenaires intersectoriels (éducation, communautaire, petite enfance, santé et services sociaux, etc.) ont participé aux ateliers.

Qui collabore?

- Projet Partenaires pour la réussite éducative en Estrie;
- Comité régional intersectoriel pour une première transition scolaire;
- Concertations locales en transition scolaire;
- Toute organisation pouvant jouer un rôle en transition scolaire.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- 1 **COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA** (2014). *Développement de la petite enfance : Énoncé de position du Collège Royal*, 22p.
- 2 **CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION**, *About the CDC – Kaiser ACE Study*, Violence Prevention [En ligne], <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/about.html>, consulté en octobre 2019.
- 3 **GUEGEN, CATHERINE** (2015). *Pour une enfance heureuse, repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau*, 368p.
- 4 **DALY, SONIA** (2014). *L'importance d'agir tôt*. Présentation Avenir d'enfants, novembre 2014.
- 5 **HARVARD UNIVERSITY, CENTER ON THE DEVELOPING CHILD** (2019). *Key Concepts* [En ligne], <https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/>, consulté en octobre 2019.
- 6 **JACOB CM, COOPER C, BAIRD J, HANSON M.** *What quantitative and qualitative methods have been developed to measure the implementation of a life-course approach in public health policies at the national level?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report (63). [En ligne], http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/394275/9789289053938-eng.pdf?ua=1
- 7 **COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE** (2011). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux*. État de situation : portrait de la santé périnatalité et de la petite enfance au Québec, 243p.
- 8 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX** (2019). *Programme Agir tôt*. Présentation à la table de coordination nationale de santé publique, 11 avril 2019.
- 9 **JAPÉL, CHRISTA** (2008). *Risques, vulnérabilité et adaptation : les enfants à risque au Québec*, Choix IRPP, vol. 4, no 8, 46p.
- 10 **ALGAN, YANN, E. BEASLEY, F. VITARO ET R. E. TREMBLAY** (2016). *The Impact of Non-Cognitive Skills Training on Academic and Non-academic Trajectories: From Childhood to Early Adulthood*, Article universitaire, mars 2016.
- 11 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**, Fichier des naissances.
- 12 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**, Med-Écho.
- 13 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**, Fichier des décès.
- 14 **CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE, I-CLSC**.
- 15 **INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC** (2018). *Allaitement* [En ligne], <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/allaitement>, consulté en octobre 2019.
- 16 **STATISTIQUE CANADA** (2011-2012). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.
- 17 **LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC**, Fichier provincial MADO.
- 18 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**, Registre de vaccination.
- 19 **CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE**, *Enquête de santé populationnelle estrienne (ESPE)*, Direction de santé publique de l'Estrie.
- 20 **INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC**, *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ)*.
- 21 **CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE** (2019). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2019*, 36p.
- 22 **CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE**, *Système Cognos*.
- 23 **STATISTIQUE CANADA**, Recensement 2016.
- 24 **SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE** (2017). *Le temps d'écran – Un guide pour le clinicien qui conseille les parents de jeunes enfants* [En ligne], https://www.cps.ca/uploads/about/CPS_ScreenTime-FR.pdf, consulté en octobre 2019.

- 25 **PARTICIPACTION** (2018). *Un corps actif pour un cerveau en santé : la formule gagnante!*, Bulletin de l'activité physique chez les jeunes de ParticipACTION, 15p.
- 26 **RÉSEAU RÉUSSITE MONTRÉAL**, *Lecture et persévérance scolaire* [En ligne], <https://www.reseautreussitemontreal.ca/dossiers-thematiques/lecture-et-perserverance-scolaire/>, consulté en octobre 2019.
- 27 **LAVOIE, AMÉLIE, LUCIE GINGRAS ET NATHALIE AUDET** (2019). *Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2017* [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/education/prescolaire-primaire/eqppem.html>, consulté en octobre 2019.
- 28 **REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES FAMILLE DE L'ESTRIE** (2018). *Rapport annuel 2017-2018*, 10p.
- 29 **CARREFOUR ACTION MUNICIPALE ET FAMILLE**, *Outils PFM / PFM à consulter* [En ligne], <http://carrefourmunicipal.qc.ca/politique-familiale-municipale/outils-pfm/pfm-a-consulter/>, consulté en octobre 2019.
- 30 **SIMARD, MICHA, AMÉLIE LAVOIE ET NATHALIE AUDET** (2018). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 126p.
- 31 **HALFON, NEAL** (2006). *Measuring Early Child Development*. Présentation dans le cadre d'un colloque, Évaluer le développement des jeunes enfants, Vaudreuil, Québec, 26-28 avril 2006.
- 32 **MACNAMARA, DEBORAH** (2017). *Jouer, grandir, s'épanouir : Le rôle de l'attachement dans le développement de l'enfant*, Montréal, Québec, Éditions au Carré, 300p.
- 33 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX** (2007). *Riche de tous nos enfants*. 3^e rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, 162p.
- 34 **ROY, DENIS A., ÉRIC LITVAK, FRED PACCAUD** (2012). *Des réseaux responsables de leur population : moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, 177p.
- 35 **ROYER, ÉGIDE** (2019). *La réussite éducative des jeunes plus vulnérables : trois décisions que nous repoussons depuis beaucoup trop longtemps*. Conférence 100 degrés du 3 octobre 2019.
- 36 **INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC** (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants*, 34p.
- 37 **RÉSEAU D'INFORMATION POUR LA RÉUSSITE ÉDUCATIVE**, *La réponse à l'intervention* [En ligne], <http://rire.ctreq.qc.ca/2017/11/rai-dt/>, consulté en octobre 2019.
- 38 **DESAUTELS, C., L. PERRON-GAGNON, P. ROBERT, M. VEILLEUX, I. CLAPPERTON** (2016). *Étude exploratoire sur la perception des coordonnatrices des réseaux locaux de partenaires de l'Estrie sur le déploiement de l'Approche de proximité pour rejoindre les familles vulnérables ayant des enfants 0-5 ans*. Travaux d'étudiants en médecine dans le cadre d'un stage en santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.
- 39 **GOVERNEMENT DU QUÉBEC** (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé*, 98p.
- 40 **DUVAL ET BOUCHARD** (2013). *Soutenir la préparation à l'école et la vie des enfants issus de milieux défavorisés et des enfants en difficulté*. Ministère de la Famille, 168 p.

- 24 **SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE** (2017). *Le temps d'écran – Un guide pour le clinicien qui conseille les parents de jeunes enfants* [En ligne], https://www.cps.ca/uploads/about/CPS_ScreenTime-FR.pdf, consulté en octobre 2019.
- 25 **PARTICIPACTION** (2018). *Un corps actif pour un cerveau en santé : la formule gagnante!*, Bulletin de l'activité physique chez les jeunes de ParticipACTION, 15p.
- 26 **RÉSEAU RÉUSSITE MONTRÉAL**, *Lecture et persévérance scolaire* [En ligne], <https://www.reseaeussitemontreal.ca/dossiers-thematiques/lecture-et-perseverance-scolaire/>, consulté en octobre 2019.
- 27 **LAVOIE, AMÉLIE, LUCIE GINGRAS ET NATHALIE AUDET** (2019). *Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2017* [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/education/prescolaire-primaire/eqppem.html>, consulté en octobre 2019.
- 28 **REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES FAMILLE DE L'ESTRIE** (2018). *Rapport annuel 2017-2018*, 10p.
- 29 **CARREFOUR ACTION MUNICIPALE ET FAMILLE**, *Outils PFM / PFM à consulter* [En ligne], <http://carrefourmunicipal.qc.ca/politique-familiale-municipale/outils-pfm/pfm-a-consulter/>, consulté en octobre 2019.
- 30 **SIMARD, MICHA, AMÉLIE LAVOIE ET NATHALIE AUDET** (2018). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 126p.
- 31 **HALFON, NEAL** (2006). *Measuring Early Child Development*. Présentation dans le cadre d'un colloque, Évaluer le développement des jeunes enfants, Vaudreuil, Québec, 26-28 avril 2006.
- 32 **MACNAMARA, DEBORAH** (2017). *Jouer, grandir, s'épanouir : Le rôle de l'attachement dans le développement de l'enfant*, Montréal, Québec, Éditions au Carré, 300p.
- 33 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX** (2007). *Riche de tous nos enfants*. 3^e rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, 162p.
- 34 **ROY, DENIS A., ÉRIC LITVAK, FRED PACCAUD** (2012). *Des réseaux responsables de leur population : moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, 177p.
- 35 **ROYER, ÉGIDE** (2019). *La réussite éducative des jeunes plus vulnérables : trois décisions que nous repoussons depuis beaucoup trop longtemps*. Conférence 100 degrés du 3 octobre 2019.
- 36 **INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC** (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants*, 34p.
- 37 **RÉSEAU D'INFORMATION POUR LA RÉUSSITE ÉDUCATIVE**, *La réponse à l'intervention* [En ligne], <http://rire.ctreq.qc.ca/2017/11/rai-dt/>, consulté en octobre 2019.
- 38 **DESAUTELS, C., L. PERRON-GAGNON, P. ROBERT, M. VEILLEUX, I. CLAPPERTON** (2016). *Étude exploratoire sur la perception des coordonnatrices des réseaux locaux de partenaires de l'Estrie sur le déploiement de l'Approche de proximité pour rejoindre les familles vulnérables ayant des enfants 0-5 ans*. Travaux d'étudiants en médecine dans le cadre d'un stage en santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.
- 39 **GOVERNEMENT DU QUÉBEC** (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé*, 98p.
- 40 **DUVAL ET BOUCHARD** (2013). *Soutenir la préparation à l'école et la vie des enfants issus de milieux défavorisés et des enfants en difficulté*. Ministère de la Famille, 168 p.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec

