



Chapitre

# 1

## La santé et le développement des enfants de 0 à 12 ans : portrait sommaire et perspectives

Rapport de la directrice de santé publique de Montréal - 2024

# TABLE DES MATIÈRES

<b>CHAPITRE 1   LA SANTÉ DES ENFANTS MONTRÉALAIS DE 0 À 12 ANS</b> .....	<b>3</b>
Vers un nouveau système pour suivre la santé des enfants montréalais .....	3
<b>PÉRINATALITÉ</b> .....	<b>5</b>
Naissances prématurées .....	5
Allaitement exclusif .....	8
<b>SANTÉ PHYSIQUE</b> .....	<b>11</b>
Couverture vaccinale du RRO-Var (rougeole, rubéole, oreillons, varicelle) au primaire.....	11
Asthme diagnostiqué chez les enfants de 1 à 12 ans.....	14
<b>DÉVELOPPEMENT ET SANTÉ MENTALE</b> .....	<b>17</b>
Vulnérabilité développementale des enfants de maternelle.....	17
TDAH chez les enfants de 11 ans et moins.....	21
<b>HABITUDES DE VIE</b> .....	<b>23</b>
Activité physique .....	23
Temps d'écran .....	26
<b>DONNONS-NOUS LES MOYENS D'Y VOIR CLAIR</b> .....	<b>29</b>
<b>RECOMMANDATION</b> .....	<b>31</b>
Pistes d'action concrètes .....	31
Engagements de la DRSP .....	31
<b>ANNEXE 1 – LIMITES DES INDICATEURS SÉLECTIONNÉS</b> .....	<b>32</b>
Des données variées... mais incomplètes .....	32
Limites des indicateurs sélectionnés pour tracer un portrait de santé des enfants .....	33
<b>ANNEXE 2 – RECUEIL STATISTIQUE DES INDICATEURS SELON LE TERRITOIRE DE CLSC</b> .....	<b>36</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>42</b>



# Chapitre 1 | La santé des enfants montréalais de 0 à 12 ans : portrait sommaire et perspectives

## Vers un nouveau système pour suivre la santé des enfants montréalais

Au fil des décennies au Québec, nous sommes devenus de plus en plus conscients de l'importance de la santé et du bien-être des enfants. Déjà en 1991, le rapport Bouchard, *Un Québec fou de ses enfants*, dressait un tableau de l'ampleur des problèmes touchant cette population et identifiait les facteurs de risque à son bon développement<sup>1</sup>.

Plusieurs juridictions se sont dotées d'un ensemble d'indicateurs permettant d'évaluer globalement la santé et le bien-être des enfants et d'en suivre l'évolution, par exemple la Colombie-Britannique<sup>2</sup>, l'Australie<sup>3</sup> ou le Royaume-Uni<sup>4</sup>. Ces cadres existant ailleurs dans le monde non seulement soulignent l'importance de mesurer les résultats de santé chez les enfants pour améliorer la portée de nos interventions, mais rappellent aussi la pertinence de suivre systématiquement les inégalités entre les sous-groupes<sup>5</sup>.

La réduction des inégalités de santé est un objectif explicite des orientations de santé publique au Québec et beaucoup de chemin a été parcouru au cours de la dernière décennie à cet égard. Cependant, force est de constater que nos équipes ne disposent actuellement que d'une vue parcellaire<sup>6,7</sup>. À Montréal, en 2024, nous avons encore du mal à dresser un tableau complet de la santé et du bien-être des enfants, capable de bien mettre en lumière les différences et les inégalités entre les territoires de la métropole.

Pour y arriver, la DRSP souhaite développer un nouveau système de surveillance spécifique aux enfants montréalais de 0 à 12 ans, doté d'indicateurs qui éclairent leurs états de santé et les facteurs en amont, pour mieux en apprécier les inégalités et mieux soutenir la prise de décision à échelle locale. Les indicateurs d'un tel système vont nécessiter :

- Des données pertinentes à la santé et au bien-être des enfants montréalais.
- Des données de qualité et disponibles en temps opportun, permettant des comparaisons dans le temps et entre les différents quartiers.
- Des données permettant d'évaluer l'ampleur des inégalités entre les groupes d'enfants.

“

*De telles données régionales et locales, intégrées dans un système moderne de surveillance et d'intelligence décisionnelle accessible à nos partenaires, permettraient certainement de planifier plus efficacement les services destinés aux familles et d'aider les communautés locales à établir leurs priorités d'action.*

”

De telles données régionales et locales, intégrées dans un système moderne de surveillance et d'intelligence décisionnelle accessible à nos partenaires, permettraient certainement de planifier plus efficacement les services destinés aux familles et d'aider les communautés locales à établir leurs priorités d'action.

Le présent chapitre se veut un portrait sommaire de la santé des enfants de 0 à 12 ans, réalisé à partir des données actuellement disponibles. Il permettra d'évaluer les inégalités dans cette population à Montréal, en vue de se doter collectivement d'outils pour les réduire.



En se basant sur des portraits d'ailleurs<sup>2,3</sup>, on aborde quatre dimensions de la santé globale des enfants :

1. **La périnatalité**, avec des données sur la prématurité et l'allaitement
2. **La santé physique**, avec des données sur la vaccination et l'asthme
3. **Le développement et la santé mentale**, avec des données de l'EQDEM et sur le TDAH
4. **Les habitudes de vie**, avec des données sur l'activité physique et le temps d'écran.

Pour chaque dimension, deux indicateurs ont été sélectionnés, permettant :

- De mesurer la tendance temporelle d'une problématique d'intérêt pour la santé des enfants
- D'évaluer les disparités entre les territoires de CLSC de Montréal
- D'apprécier l'ampleur des inégalités de santé selon la défavorisation matérielle

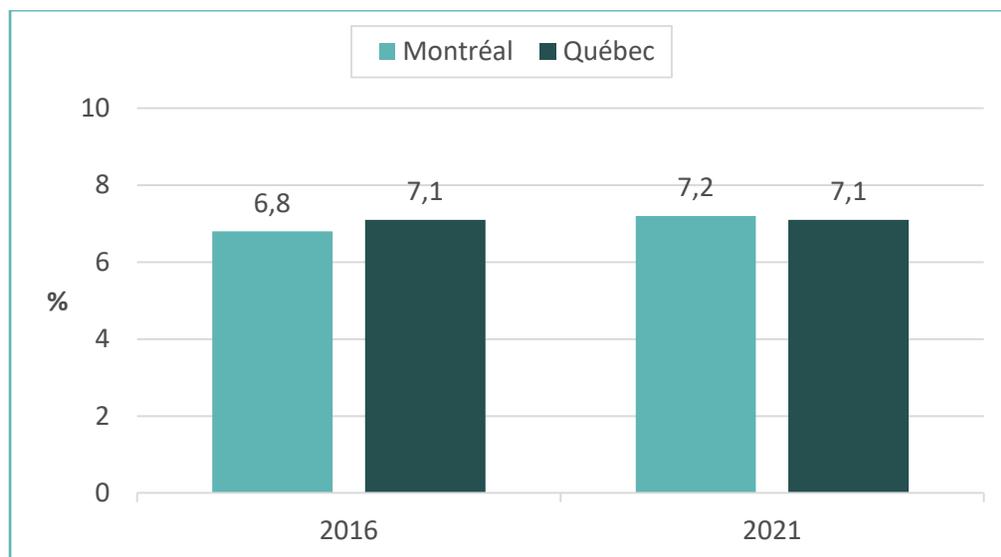
Chaque indicateur est suivi des principaux constats qui s'en dégagent à Montréal, d'une explication de sa pertinence pour la santé des enfants, et de pistes d'action à envisager. Pour aller plus loin, l'annexe 1 présente les résultats par territoire de CLSC pour ces huit indicateurs, ainsi que certaines limites méthodologiques dont il faut tenir compte dans l'interprétation.



# PÉRINATALITÉ

## Naissances prématurées

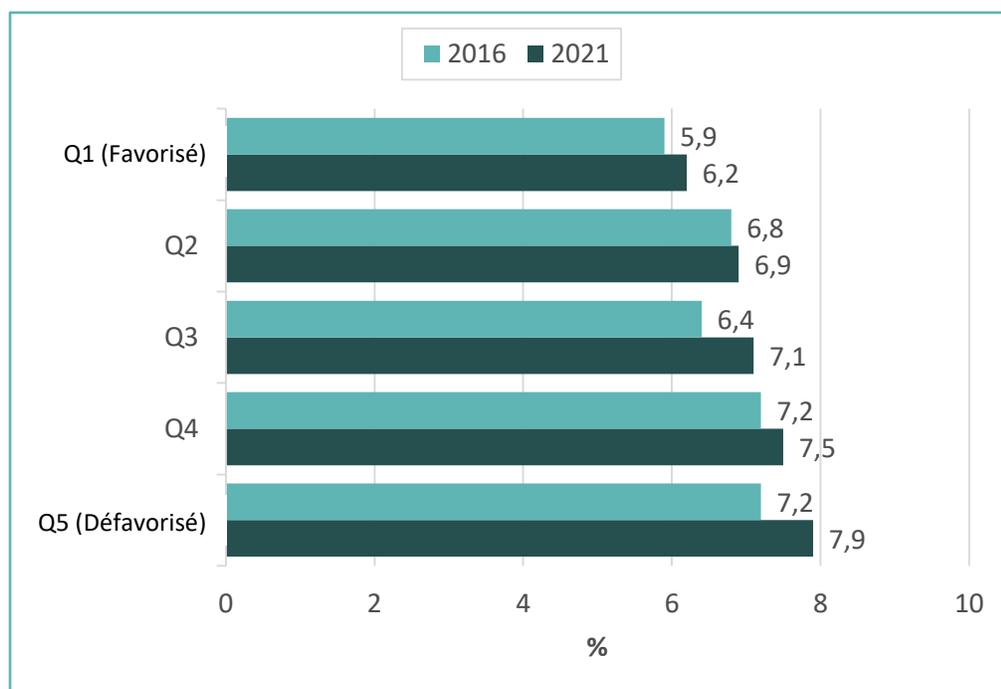
Figure 1 – Proportion (%) des naissances prématurées, Montréal, 2016 et 2021



Source : MSSS (2023). Fichier des naissances. Mise à jour de l'indicateur le 12 mars 2024.

### Naissances prématurées selon la défavorisation matérielle

Figure 2 – Proportion (%) des naissances prématurées, selon l'indice de la défavorisation matérielle, Montréal, 2016 et 2021

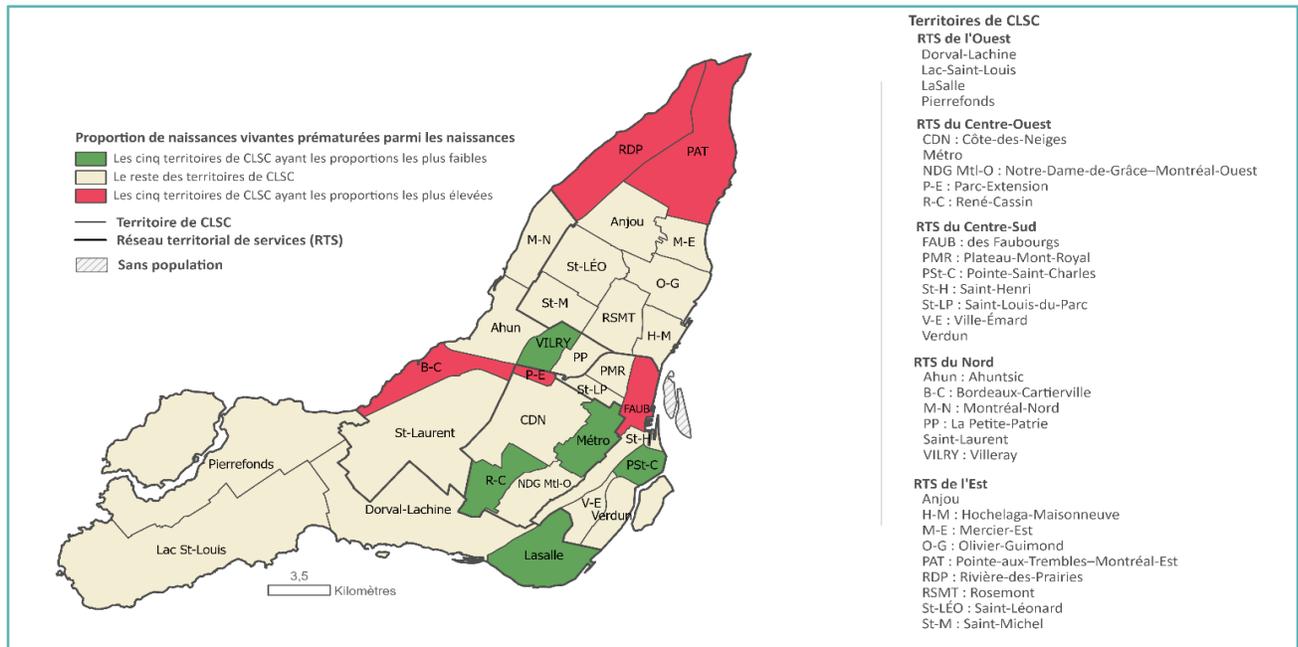


Source : MSSS (2023). Fichier des naissances, 2016 à 2021.



## Naissances prématurées selon le territoire de CLSC en 2021

Figure 3 – Proportion de naissances vivantes prématurées, selon les territoires de CLSC, Montréal, 2021



Source : MSSS (2023). Fichier des naissances, 2021.

### Les naissances prématurées

#### Quels principaux constats se dégagent de cet indicateur à Montréal ?

- En 2021, les données montrent que 7,2 % des bébés montréalais naissent prématurément (figure 1), une légère augmentation comparativement à 2016. Contrairement à 2021, en 2016, la situation à Montréal était un peu plus favorable que celle du Québec.
- Dans les milieux qui sont matériellement plus favorisés, 6,2 % des naissances sont prématurées, alors que dans ceux plus défavorisés, cette proportion est de 8,0 % (figure 2). L'écart entre les deux semble augmenter entre 2016 et 2021. Entre les territoires de CLSC, la variation est plus marquée, avec des proportions de naissances prématurées qui varient de 4,0 % à 10,4 %.
- Les cinq territoires de CLSC avec les proportions de naissances prématurées les plus faibles sont : Métro, Villeray, René-Cassin, Pointe Saint-Charles, Lasalle (figure 3).



## Les naissances prématurées

### Pourquoi cet indicateur est-il pertinent pour la santé des enfants montréalais ?

- La prématurité est un des principaux facteurs de risque de mortalité chez les jeunes enfants, et peut mener à de multiples problèmes de santé à long terme, comme des problèmes respiratoires, cardiovasculaires et neurodéveloppementaux<sup>8,9</sup>.
- Alors que certaines causes de prématurité sont difficiles à prévenir (p. ex. maladies génétiques, âge de la mère, conditions médicales), plusieurs facteurs de risque durant la grossesse sont évitables et souvent distribués inégalement, par exemple : les carences nutritionnelles, le tabagisme, la violence conjugale, les conditions de travail difficiles, les infections évitables par la vaccination, sans oublier le manque d'accès au suivi de grossesse, qui permet d'aborder plusieurs thèmes de prévention<sup>10,11</sup>.

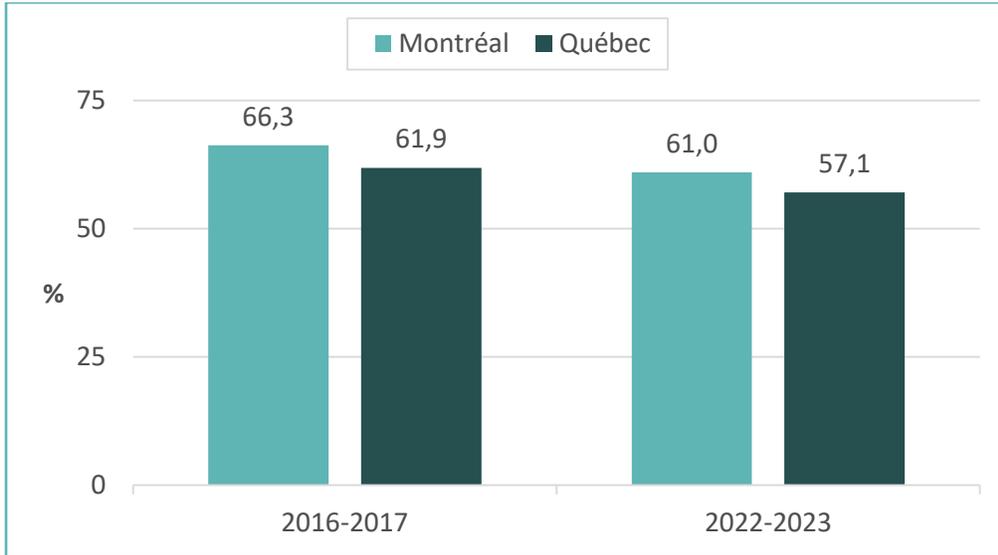
### Quelles sont les pistes d'action à envisager pour Montréal ?

- Cibler les quartiers avec risque plus élevé de prématurité, mobiliser les acteurs terrain pour identifier les facteurs en amont, s'inspirer des territoires ayant moins de prématurité pour mieux comprendre les interventions qui diffèrent.
- Améliorer la couverture du programme *Ma Grossesse* et de *Olo*, par exemple via du démarchage dans les milieux fréquentés par des femmes enceintes de milieux vulnérables pour que celles-ci débutent leur suivi de grossesse au premier trimestre.
- Renforcer l'accès au counseling de cessation tabagique, à la vaccination et à d'autres pratiques cliniques préventives recommandées durant la grossesse, en facilitant la référence vers les services appropriés, par exemple par le biais de *Ma Grossesse*.



## Allaitement exclusif

Figure 4 – Proportion (%) d’allaitement exclusif chez les bébés âgés de 0 à 6 jours, à la suite du congé du centre accoucheur, Montréal, 2016-2017 et 2022-2023

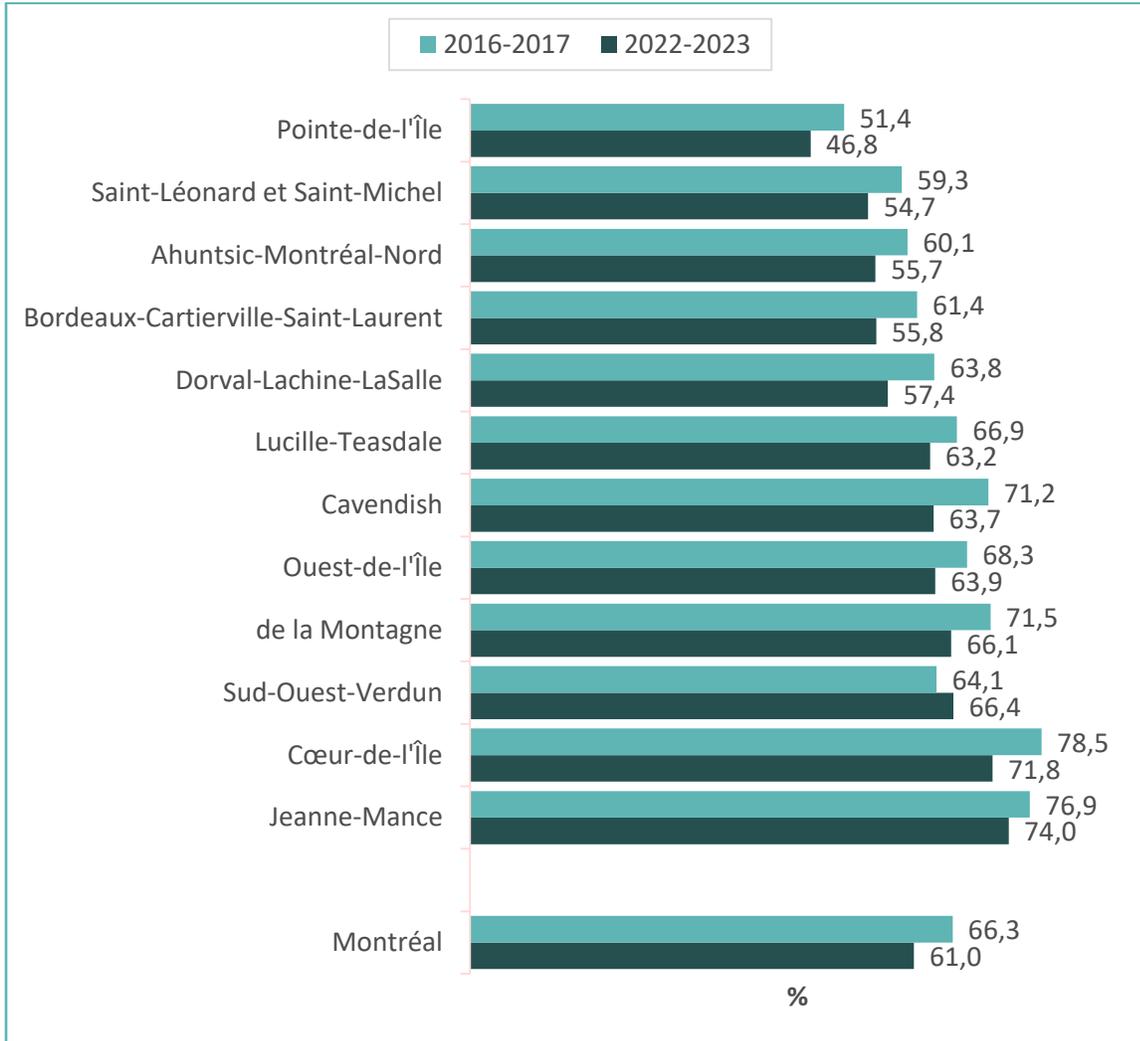


Source : I-CLSC (2024). Fichier Outils régionaux, 2016-2017 à 2022-2023.  
 Mise à jour de l’indicateur le 24 avril 2024.



### Allaitement exclusif selon les territoires de RLS

Figure 5 – Proportion (%) d’allaitement exclusif chez les bébés âgés de 0 à 6 jours à la suite du congé du centre accoucheur, selon le territoire de RLS, Montréal, 2016-2017 et 2022-2023



Source : I-CLSC (2024). Fichier Outils régionaux, 2016-2017 à 2022-2023.

Mise à jour de l'indicateur le 24 avril 2024.



## Allaitement exclusif

### Quels principaux constats se dégagent de cet indicateur à Montréal ?

- L'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital a chuté de 66,3 % en 2016-2017, à 61,0 % en 2022-2023. Malgré ce recul, la situation montréalaise demeure plus favorable que celle du Québec, où cette proportion était de 57,1 % en 2022-2023 (figure 4).
- Au cours des dernières années, la majorité des territoires de RLS ont vu cet indicateur se dégrader, à l'exception de Sud-Ouest-Verdun (figure 5).
- En 2022-2023, d'importantes inégalités sont observées entre les RLS, avec une variation allant de 46,8 % à 74,0 % d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital. Cet écart entre les territoires s'est légèrement accru par rapport à 2016-2017 (figure 5).
- Les territoires de RLS avec les proportions d'allaitement exclusif les plus élevées sont : Ouest – de - l'Île, de la Montagne, Sud-Ouest-Verdun, Petite-Patrie-Villeray et Jeanne-Mance (figure 5).

### Pourquoi cet indicateur est-il pertinent pour la santé des enfants montréalais ?

- Les bénéfices de l'allaitement pour la santé des enfants sont multiples, notamment sur leur croissance, leur système immunitaire et leur développement<sup>12</sup>. L'allaitement réduit considérablement les risques de maladies infectieuses (p. ex. gastro-entérites, otites, infections respiratoires) et prévient aussi certaines maladies non transmissibles (p. ex. leucémie, diabète, obésité)<sup>13</sup>. Les effets protecteurs de l'allaitement sont reliés à sa durée et son exclusivité. L'allaitement est également une stratégie bien établie pour réduire les inégalités sociales de santé<sup>14,15</sup>.
- Une étude québécoise a d'ailleurs montré que l'allaitement durant les premiers mois de vie réduit le risque d'hospitalisation jusqu'à l'âge de 6 ans chez les enfants de milieux défavorisés<sup>16</sup>.
- La pandémie de COVID-19 a probablement contribué à la baisse de l'allaitement exclusif observée à Montréal entre 2016-2017 et 2022-2023. Les impacts négatifs de la pandémie sur l'accès aux services en périnatalité ont été décrits au Québec, au Canada et dans d'autres pays<sup>17,18,19</sup>.

### Quelles sont les pistes d'action à envisager pour Montréal ?

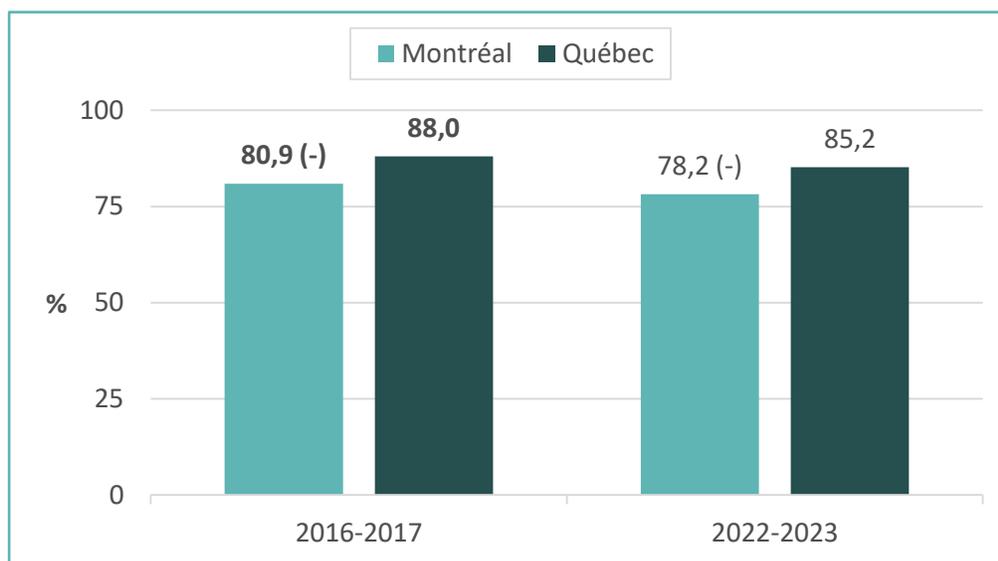
- Accélérer l'implantation de l'*Initiative des Amis des Bébé*s (IAB) dans les établissements de santé, considérant son efficacité pour améliorer la durée et l'exclusivité de l'allaitement<sup>20</sup>.
- Promouvoir la formation nationale en allaitement<sup>21</sup> offerte en ligne auprès de tous les cliniciens travaillant en périnatalité.
- Améliorer l'accès de proximité aux ressources en allaitement offerts par le CLSC et par les organismes communautaires, en priorité dans les territoires avec proportions plus faibles de bébés allaités.



# SANTÉ PHYSIQUE

## Couverture vaccinale du RRO-Var (rougeole, rubéole, oreillons, varicelle) au primaire

Figure 6 – Proportion (%) des élèves de niveau primaire qui sont adéquatement vaccinés pour l'âge<sup>1</sup> contre la RRO-Var<sup>2</sup> parmi ceux qui sont au registre, par année scolaire, Montréal



(+/-) Valeur significativement différente de celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 5 %.

Le caractère gras exprime une différence significative entre les années pour le même territoire au seuil de 5 %.

Source : MSSS (2022-2023). Registre de vaccination du Québec, 2016-2017 et 2022-2023 ; MEQ (2024). Système Ariane et Charlemagne (2017-2018 et 2022-2023). Rapport de l'onglet *Registre de vaccination* produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 17 juillet 2024. Mise à jour de l'indicateur le 17 juillet 2024.

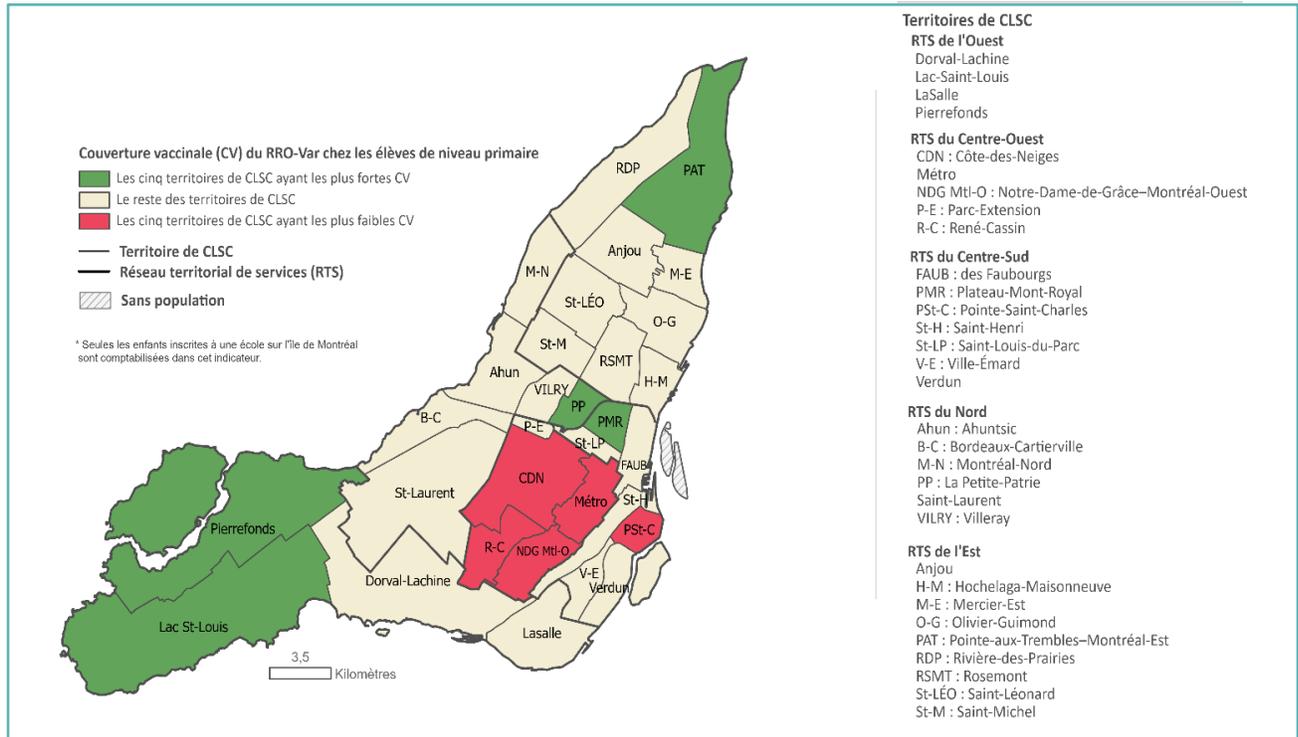
<sup>1</sup> Les données présentées correspondent à la couverture vaccinale parmi les élèves appariés au registre de vaccination du Québec. Celles-ci peuvent ne pas correspondre parfaitement à la réalité puisque les élèves non appariés représentent les élèves pour lesquels les informations de vaccination n'ont pas encore été saisies au registre de vaccination (p. ex. : clinique privée) ainsi que ceux pour lesquels l'algorithme d'appariement n'a pu permettre de les identifier dans le registre. De plus, certaines écoles pour lesquelles aucune intervention de vaccination n'est offerte par la santé publique ou pour lesquelles les données de vaccination n'ont pas encore été saisies au registre de vaccination ont été exclues des calculs.

<sup>2</sup> Données combinées de la couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole-oreillons et la varicelle (RRO-Var).



## Couverture vaccinale du RRO-Var au primaire, selon les territoires de CLSC, 2022-2023

Figure 7 – Couverture vaccinale<sup>11</sup> contre la RRO-Var<sup>12</sup> chez les élèves de niveau primaire, adéquatement vaccinés pour l'âge, selon les territoires de CLSC, Montréal, année scolaire 2022-2023



Source : MSSS (2022-2023). Registre de vaccination du Québec, 2022-2023 ; MEQ (2024). Système Ariane et Charlemagne (2022-2023). Rapport de l'onglet Registre de vaccination produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 17 juillet 2024.

### Couverture vaccinale des élèves du primaire

#### Quels principaux constats se dégagent de cet indicateur à Montréal ?

- En 2022-2023, la CV du RRO-Var, estimée à 78,2 %, est nettement sous la cible de 95 % (seuil recommandé pour l'immunité collective contre la rougeole). Cette CV a diminué à Montréal depuis 2016-2017, où elle s'élevait à 80,9 %.
- Dans les deux années scolaires comparées, Montréal affiche des couvertures vaccinales considérablement plus faibles que celles du reste du Québec (figure 6).
- De grands écarts de CV RRO-Var au primaire sont observés dans la région selon les territoires de CLSC, allant de 65,0 % à 85,8 %.
- Les cinq territoires de CLSC avec les couvertures vaccinales les plus élevées sont : La Petite-Patrie, Pointe-aux-Trembles, Plateau-Mont-Royal, Pierrefonds et Lac-Saint-Louis (figure 7).



## Couverture vaccinale des élèves du primaire

### Pourquoi cet indicateur est-il pertinent pour la santé des enfants montréalais ?

- La vaccination est un des plus grands succès de santé publique pour améliorer la santé des enfants et réduire les inégalités<sup>22,23</sup>. Bien que les maladies infectieuses demeurent parmi les principales causes de mortalité et d'hospitalisation chez les enfants<sup>24</sup>, les vaccins les ont fait drastiquement reculer<sup>25</sup>.
- Les nombreuses éclosions de rougeole et de coqueluche au Québec en 2024 nous rappellent l'importance de maintenir des CV élevées chez les enfants pour éviter les résurgences et les complications (hospitalisations, séquelles, voire décès) de maladies évitables par la vaccination.
- Une analyse récente montre que les écoles défavorisées de Montréal ont des CV contre la rougeole plus faibles. Les écoles défavorisées ont également des données de moins bonne qualité puisque la proportion d'élèves manquants dans le registre de vaccination est plus grande comparativement aux écoles mieux nanties.
- La vaccination de routine des enfants a connu des retards durant la pandémie, notamment à cause d'un accès réduit aux rendez-vous et la crainte d'exposition à la COVID-19<sup>26</sup>. Toutefois, la pandémie semble aussi avoir influencé favorablement les attitudes des parents à l'égard des vaccins en général<sup>27,28</sup>.

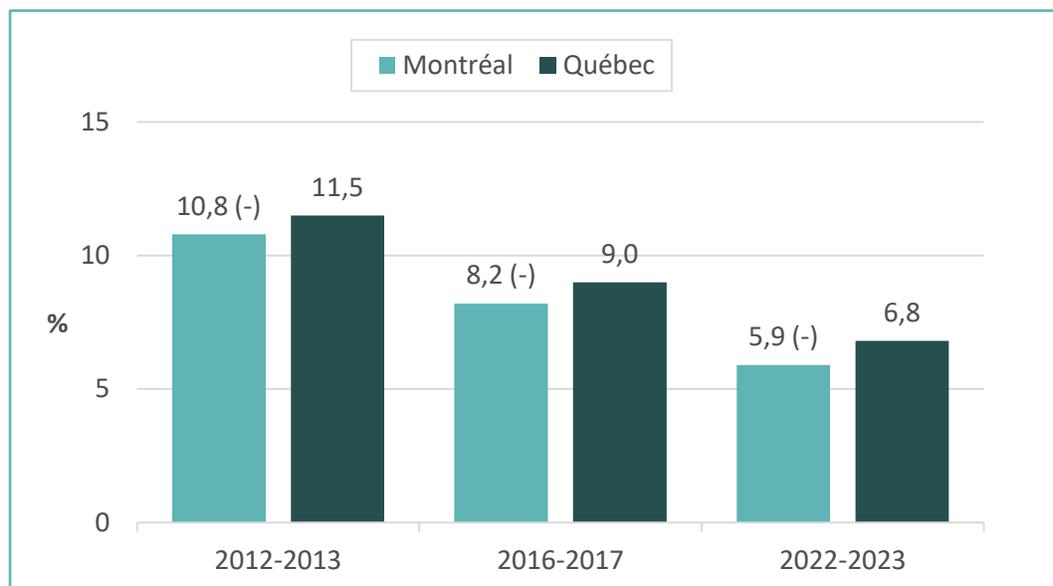
### Quelles sont les pistes d'action à envisager pour Montréal ?

- Prioriser les écoles de milieux défavorisés dans les opérations de saisie des preuves vaccinales, dans l'offre de service de rattrapage vaccinal et dans les activités de promotion de la vaccination.
- Développer des formations et des outils pratiques pour aider les cliniciens et cliniciennes à aborder l'hésitation vaccinale, en se basant sur les principes de l'entretien motivationnel.
- Réduire le plus possible les barrières d'accès aux services de vaccination, par exemple : simplifier la prise de rendez-vous sur Clic-Santé, envoyer des rappels aux parents, offrir des rendez-vous les soirs et fins de semaine, outiller les vaccinateurs sur les moyens efficaces pour réduire la douleur et l'anxiété des élèves, et traduire en plusieurs langues les lettres d'information et les consentements sur la vaccination scolaire.
- Intensifier les stratégies de promotion de la vaccination dès le plus jeune âge des enfants, par exemple par le programme *EMMIE* (Entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants) qui visent les nouveaux parents dans les centres accoucheurs, durant la visite universelle à 18 mois du programme *Agir tôt* et lors de l'entrée en service de garde éducatif à l'enfance.



## Asthme diagnostiqué chez les enfants de 1 à 12 ans<sup>3</sup>

Figure 8 - Proportion (%) d'enfants de 1 à 12 ans diagnostiqués avec l'asthme, Montréal, SISMACQ 2012-2013, 2016-2016 et 2022-2023



(-) Valeur significativement plus faible que celle du reste du Québec, au seuil de 1 %.

Source : INSPQ (2022). Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ).

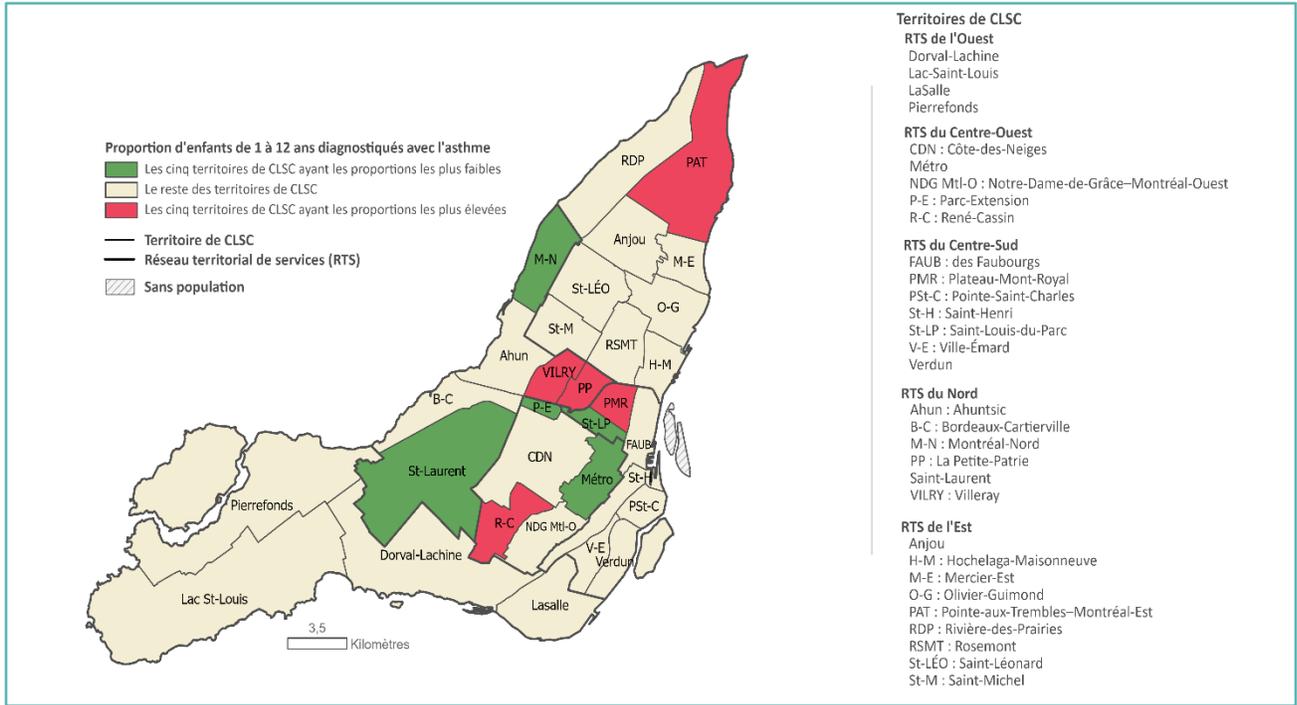
Mise à jour de l'indicateur le 19 avril 2024.

<sup>3</sup> Pour ce portrait, la population inclut les personnes âgées de 1 à 12 ans assurées par le régime public d'assurance maladie du Québec (RAMQ) entre les années financières 2012-2013, 2016-2017 et 2022-2023. Une personne a été considérée comme étant atteinte d'asthme si elle avait : a) un diagnostic principal ou secondaire d'asthme inscrit au fichier MED-ÉCHO; ou b) deux réclamations avec un diagnostic d'asthme enregistrées au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours d'une période de deux ans. Les codes des 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> révisions de la Classification internationale des maladies (CIM) ont été utilisés pour identifier les diagnostics d'asthme (CIM-9 : 493; CIM-10 : J45, J46).



## Asthme selon les territoires de CLSC en 2022-2023

Figure 9 – Proportion d’enfants de 1 à 12 ans diagnostiqués avec l’asthme, selon les territoires de CLSC, Montréal, 2022-2023



Source : INSPQ (2022). Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ).



## Asthme diagnostiqué chez les enfants de 1 à 12 ans

### Quels principaux constats se dégagent de cet indicateur à Montréal ?

- En 2022-2023, la proportion d'enfants montréalais de 1 à 12 ans diagnostiqués avec l'asthme était de 5,9 %. Depuis 10 ans, la prévalence a diminué de près de la moitié à Montréal et demeure plus faible que dans le reste du Québec, qui suit également cette tendance à la baisse (figure 8).
- Des écarts sont observés dans la région pour la prévalence de l'asthme diagnostiqué, qui varie de 4,3 % à 7,8 % selon les territoires de CLSC (tableau 3, en annexe).
- En 2022-2023, les cinq territoires de CLSC avec les proportions les plus faibles d'enfants diagnostiqués avec l'asthme étaient : Parc-Extension, Métro, Montréal-Nord, Saint-Louis-du-Parc et Saint-Laurent (figure 9).

### Pourquoi cet indicateur est-il pertinent pour la santé des enfants montréalais ?

- Parmi les maladies chroniques les plus fréquentes chez les enfants, l'asthme peut gravement affecter la santé respiratoire, et peut limiter la pratique de certaines activités quotidiennes, affectant ainsi la qualité de vie<sup>29</sup>.
- L'asthme peut en partie s'expliquer par des facteurs environnementaux (p. ex. pollution atmosphérique, exposition à des allergènes, tabagisme passif) qui sont évitables et souvent distribués inégalement entre les groupes socioéconomiques<sup>30,31</sup>.
- Les données concernant la prévalence de l'asthme sont par ailleurs influencées par les problèmes d'accès aux soins de santé, puisque les données portent seulement sur les enfants qui ont recours aux services de santé<sup>32</sup>.

### Quelles sont les pistes d'action à envisager pour Montréal ?

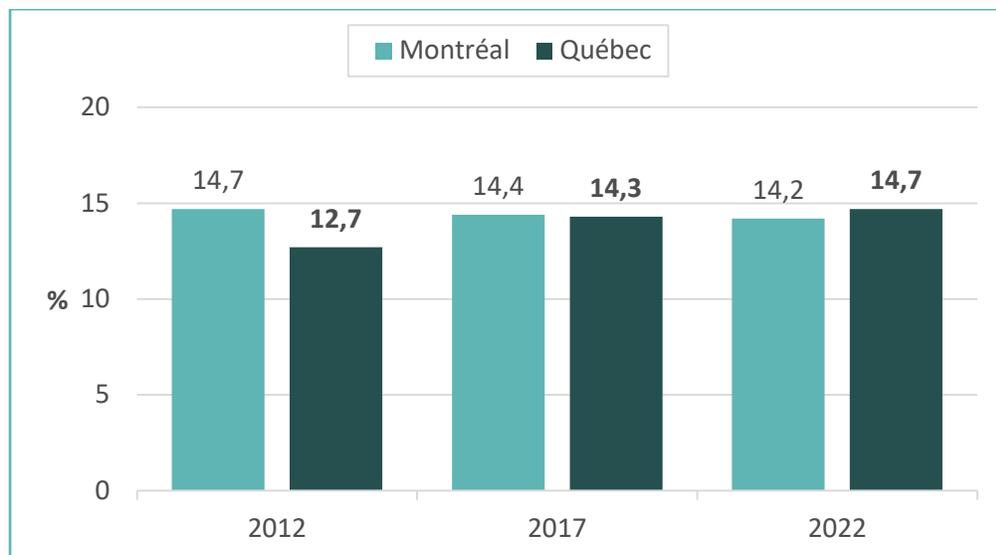
- Documenter l'accès aux soins de santé et les comportements d'utilisation des services diagnostiques afin de contextualiser les données sur l'asthme et mieux comprendre pourquoi certains territoires plus défavorisés ont des proportions faibles d'enfants diagnostiqués avec l'asthme.
- Mettre en place des interventions multifacettes permettant de limiter l'exposition à la pollution atmosphérique et à l'herbe à poux dans les quartiers plus à risque.
- Sensibiliser les parents aux symptômes précoces de l'asthme et aux moyens pour réduire les facteurs de la maison pouvant déclencher les crises chez les enfants (p. ex. tabagisme, animaux, poussières, moisissures).



# DÉVELOPPEMENT ET SANTÉ MENTALE

## Vulnérabilité développementale des enfants de maternelle

Figure 10 - Proportion (%) des enfants de maternelle 5 ans vulnérables dans au moins deux domaines de développement, Montréal, 2012, 2017 et 2022



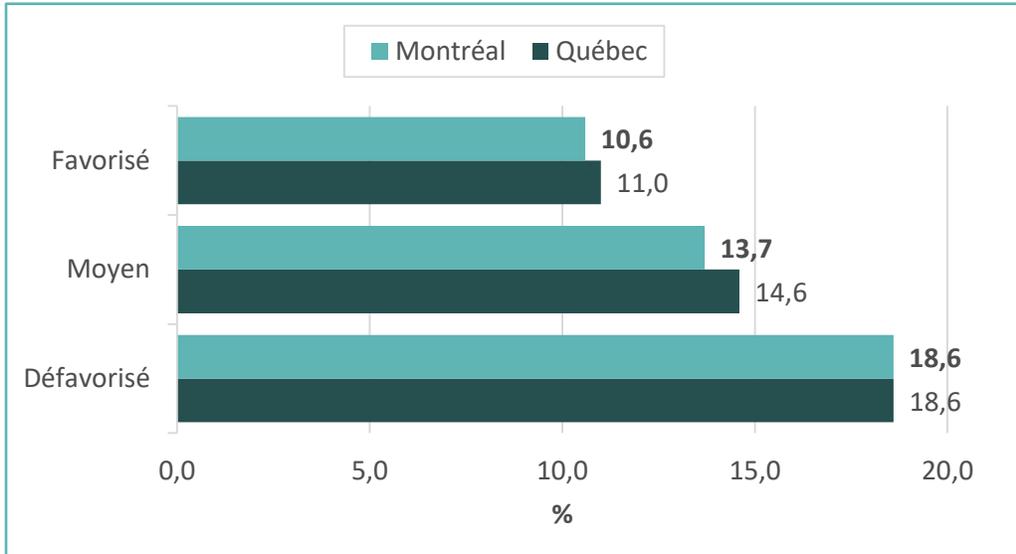
Le caractère gras exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 5 %.

Source : ISQ (2022). Fichier maître de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) 2012, 2017 et 2022. Mise à jour de l'indicateur le 22 janvier 2024.



### Vulnérabilité développementale selon la défavorisation matérielle

Figure 11 – Proportion (%) d’enfants de maternelle vulnérables dans au moins deux domaines, selon l’indice régional de défavorisation matérielle, Montréal, 2022



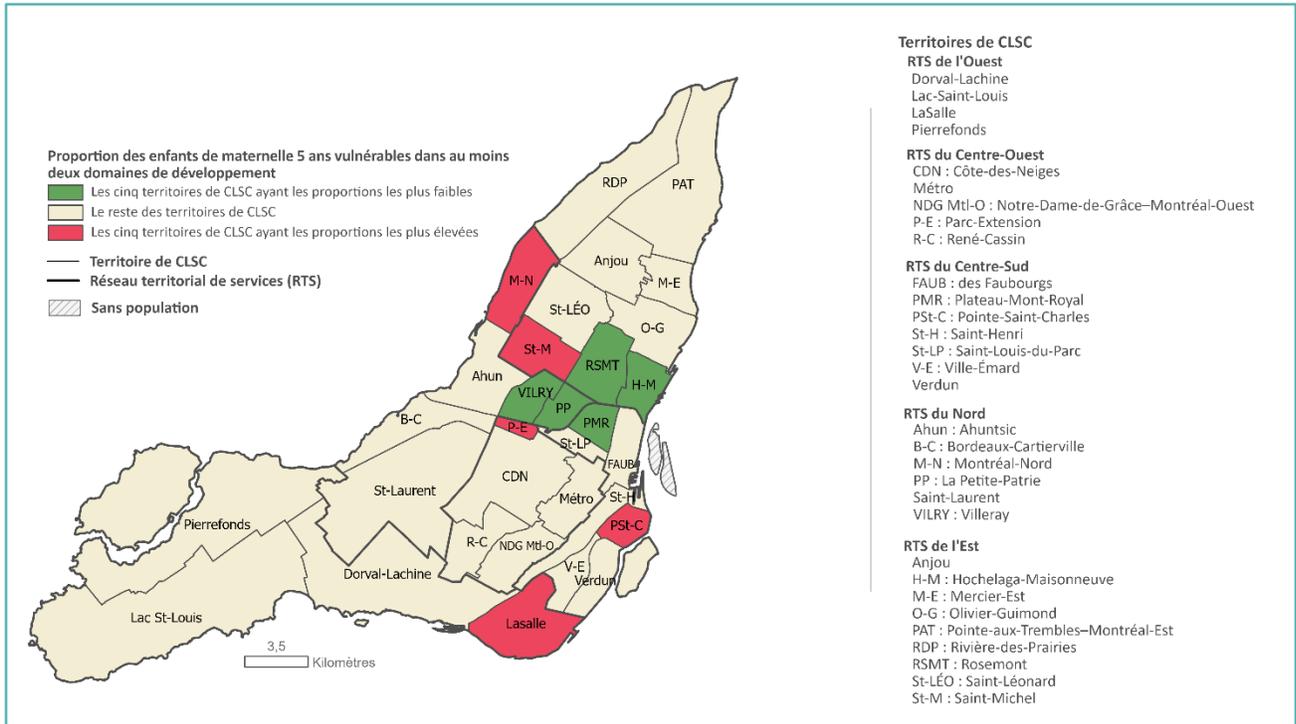
Le caractère gras exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 5 %.

Source : ISQ (2022). Fichier maître de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle, EQDEM 2022. Mise à jour de l'indicateur le 22 janvier 2024.



## Vulnérabilité développementale selon les territoires de CLSC en 2022

Figure 12 – Proportion des enfants de maternelle vulnérables dans au moins deux domaines de développement, selon les territoires de CLSC, Montréal, 2022



Source : ISQ (2022). Fichier maître de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM 2022).



## Vulnérabilité développementale des enfants de maternelle

### Quels principaux constats se dégagent de cet indicateur à Montréal ?

- En 2022, 14,2 % des enfants montréalais sont vulnérables dans au moins deux domaines de leur développement lors de leur entrée à la maternelle, une proportion similaire au reste de la province (figure 10).
- Tout comme la vulnérabilité dans au moins un domaine du développement<sup>33</sup>, la tendance pour l'indicateur qui porte sur deux domaines et plus est stable à Montréal depuis 10 ans, alors qu'elle est à la hausse dans le reste de la province (figure 10).
- L'écart selon la défavorisation matérielle est important, variant de 10,6 % dans les milieux plus favorisés à 18,6 % dans les milieux plus défavorisés (figure 11) Entre les territoires de CLSC, l'écart est encore plus grand, variant de 6,3 % à 19,4 % (tableau 4, en annexe).
- Les cinq territoires de CLSC avec les proportions les plus faibles d'enfants vulnérables dans au moins 2 domaines de leur développement sont : Rosemont, Villeray, Petite Patrie, Plateau-Mont-Royal et Hochelaga-Maisonneuve (figure 12).
- La vulnérabilité pour chacun des cinq domaines de développement de l'EQDEM 2022 à Montréal est présentée au chapitre 7 sur l'environnement familial.

### Pourquoi cet indicateur est-il pertinent pour la santé des enfants montréalais ?

- Le développement des enfants est influencé par une grande diversité de facteurs modifiables par des interventions durant la période périnatale (p. ex. prématurité, dépression post-partum), en préscolaire (p. ex. fréquentation d'un SGÉE, visite de santé de routine) et après l'entrée à la maternelle (p. ex. pratiques parentales, santé mentale positive).
- La vulnérabilité développementale dans deux domaines ou plus touche des enfants de la maternelle ayant davantage besoin de soutien et qui sont plus à risque de vivre des difficultés scolaires et socioaffectives<sup>34</sup>.
- Le domaine des « *Habiletés de communication et connaissances générales* » est sous la loupe à Montréal, où 14,2 % des enfants sont vulnérables, une proportion en augmentation et significativement plus élevée que dans le reste du Québec.

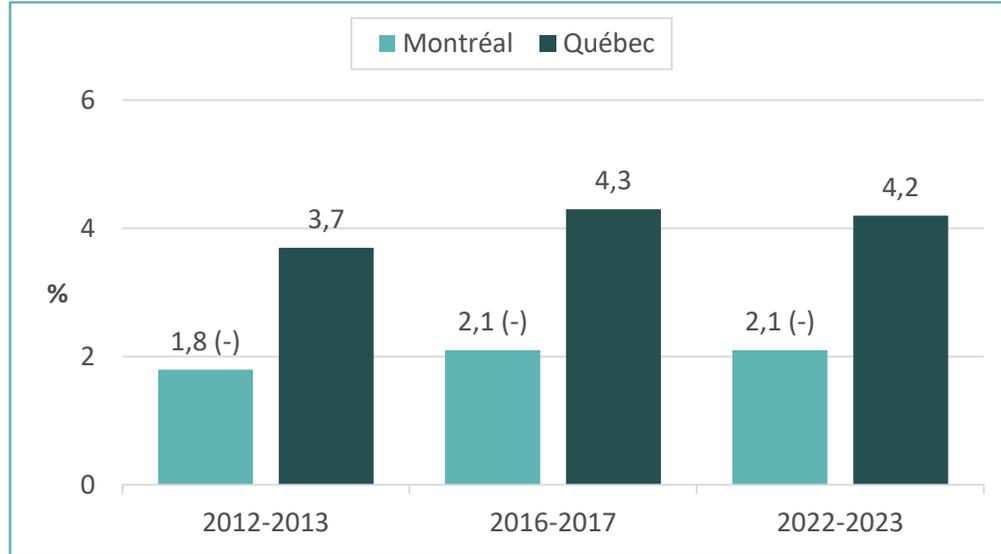
### Quelles sont les pistes d'action à envisager à Montréal ?

- Tout au long de ce rapport, les chapitres abordent les meilleures pratiques pour améliorer le développement des enfants dans leurs différents milieux de vie, et présentent des cibles d'action portant sur les conditions de vie, les aménagements urbains, les logements, les SGÉE, les écoles et l'environnement familial.



## TDAH chez les enfants de 11 ans et moins

Figure 13 – Proportion (%) d'enfants de 1 à 11 ans diagnostiqués avec un TDAH, Montréal, SISMACQ 2012-2013, 2016-2017 et 2022-2023

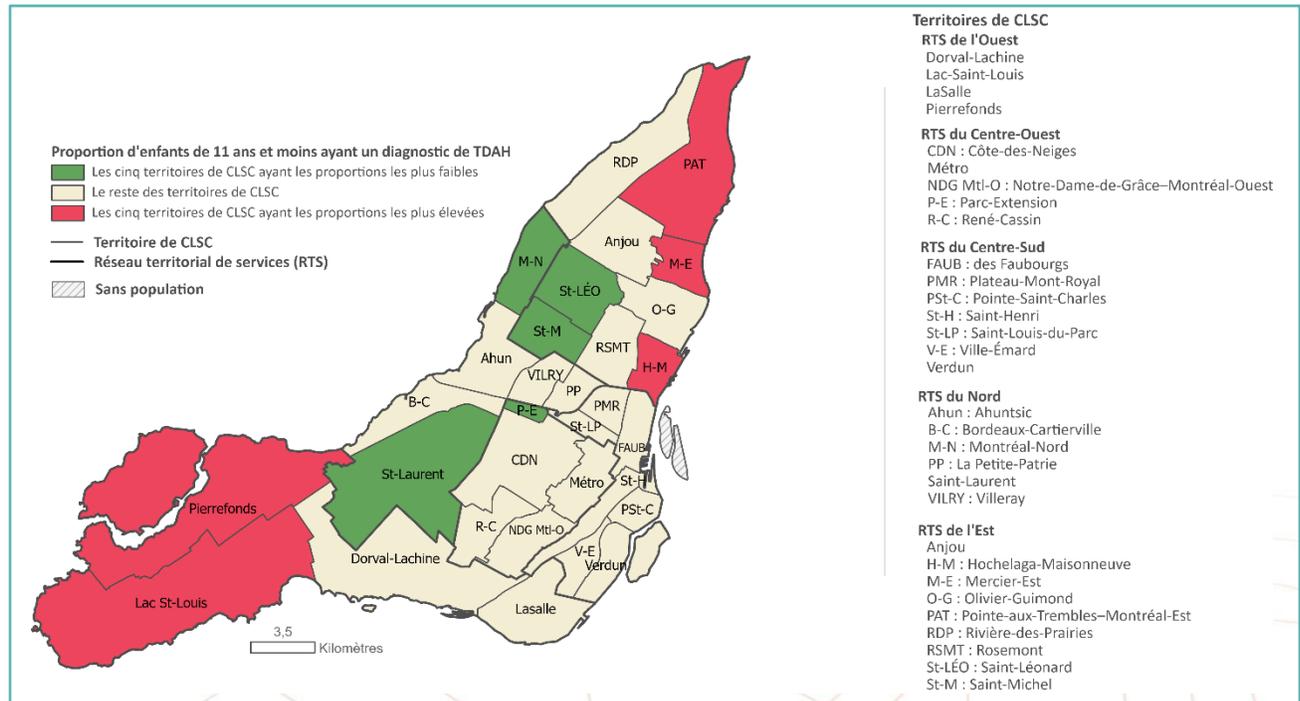


(+/-) Valeur significativement différente de celle du reste du Québec, au seuil de 1 %.

Source : INSPQ (2022). Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ). Mise à jour de l'indicateur le 19 avril 2024.

### TDAH selon les territoires de CLSC en 2022

Figure 14 – Proportion (%) d'enfants de 11 ans et moins diagnostiqués avec un TDAH, selon les territoires de CLSC, Montréal, 2022-2023



Source : INSPQ (2022). Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ).



## TDAH chez les enfants de 11 ans et moins

### Quels principaux constats se dégagent de cet indicateur à Montréal ?

- En 2022-2023, la proportion d'enfants montréalais de 1 à 12 ans diagnostiqués avec un TDAH était de 2,1 %, (figure 13) variant de 0,7 % à 4,9 % entre les territoires de CLSC (tableau 5, en annexe).
- Dans la dernière décennie, la proportion d'enfants montréalais diagnostiqués avec un TDAH est restée stable et semble sensiblement inférieure à celle du Québec, qui s'élève à 4,2 % (figure 13).
- En 2022, les cinq territoires de CLSC avec les proportions les plus faibles d'enfants diagnostiqués avec un TDAH étaient : Parc-Extension, St-Léonard, Montréal-Nord, Saint-Michel et Saint-Laurent (figure 14).

### Pourquoi cet indicateur est-il pertinent pour la santé des enfants montréalais ?

- Les enfants ayant un TDAH vivent au quotidien différents défis, à l'école comme à la maison : difficultés à se concentrer, à effectuer des tâches exécutives, à gérer leurs émotions et leur impulsivité. Ils sont plus à risque d'avoir des symptômes anxio-dépressifs et des troubles de comportement, de développer une faible estime d'eux-mêmes et de vivre des échecs scolaires.
- Même si le TDAH est un trouble neurodéveloppemental dont les causes semblent principalement génétiques, il est possible d'influencer positivement la trajectoire de ces enfants pour leur éviter des problèmes secondaires. Plusieurs interventions sont possibles pour s'adapter aux besoins et aux forces de l'enfant dans ses différents milieux de vie.

### Quelles sont les pistes d'action à envisager pour Montréal ?

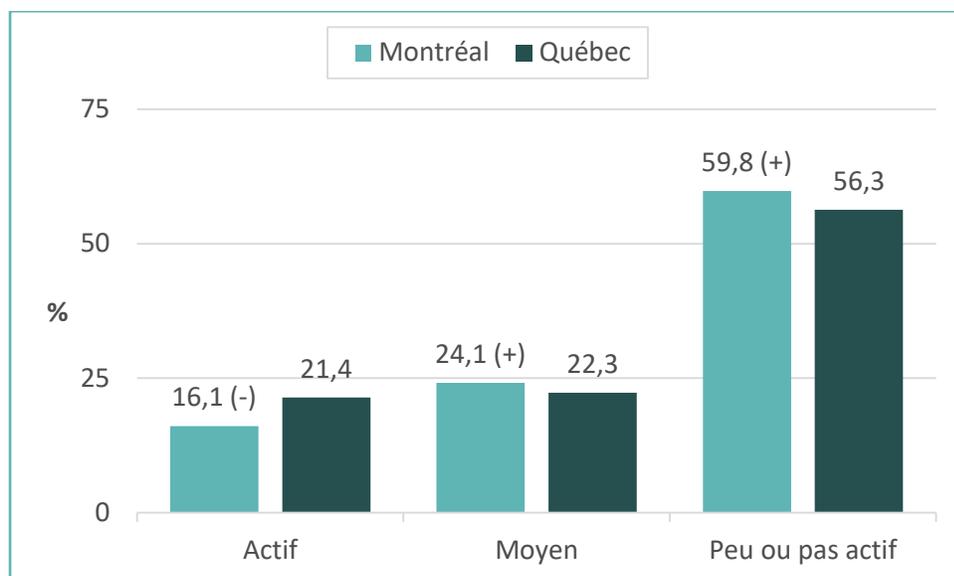
- Documenter l'accès aux services diagnostiques et le comportement de consultation des parents pour mettre en contexte les données locales et mieux comprendre pourquoi certains territoires plus défavorisés ont des proportions faibles d'enfants diagnostiqués avec un TDAH.
- Sensibiliser les parents aux signes précoces d'un TDAH et les inciter à mettre en place des moyens pratiques pour soutenir leur enfant au quotidien.
- Former les intervenants et adapter les environnements des milieux de garde et des écoles pour mieux répondre aux enfants à besoins de soutien particulier, comme ceux ayant un TDAH (voir chapitres 5 et 6).



# HABITUDES DE VIE

## Activité physique

Figure 15 – Répartition des enfants de maternelle 5 ans selon le niveau d'activité physique de loisir, Montréal, EQPPEM 2022



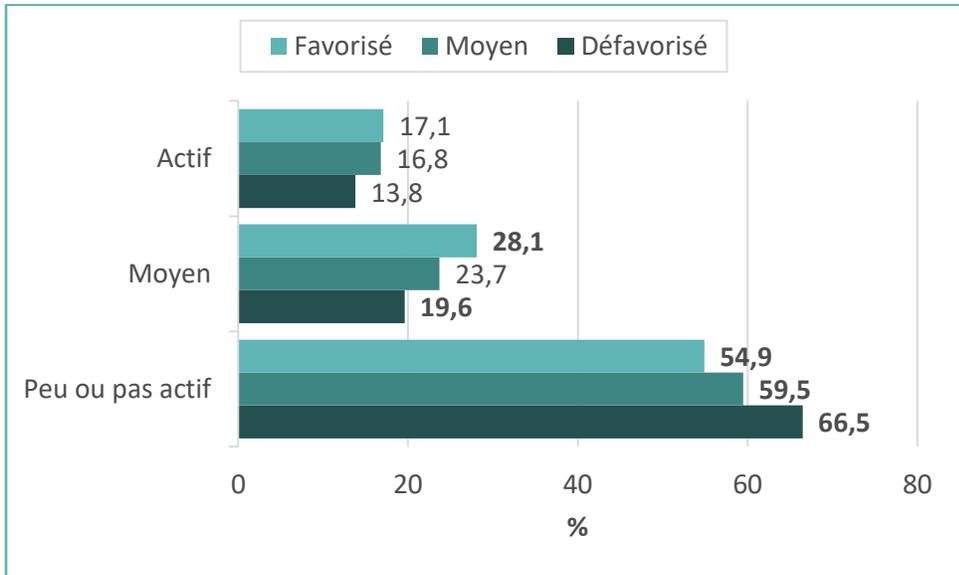
(+/-) Valeur significativement différente de celle du reste du Québec, au seuil de 5 %.

Source : ISQ (2022). Fichier maître de l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle (EQPPEM). Québec : Gouvernement du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 14 novembre 2023.



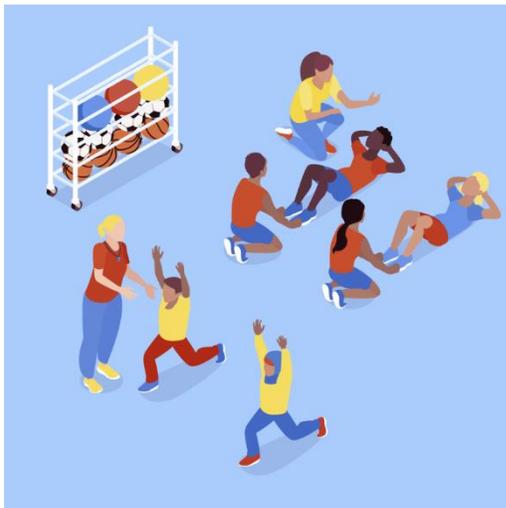
### Activité physique selon la défavorisation matérielle

Figure 16 – Répartition des enfants de maternelle 5 ans selon le niveau d'activité physique de loisir, selon la défavorisation matérielle, EQPPEM 2022



Le caractère gras exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 5 %.

Source : ISQ (2022). Fichier maître de l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle (EQPPEM). Québec : Gouvernement du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 14 novembre 2023.



## Activité physique chez les enfants de maternelle 5 ans

### Quels principaux constats se dégagent de cet indicateur à Montréal ?

- En 2022, Montréal se démarque par une plus forte proportion d'enfants très peu ou pas actifs du tout (60 %) que le reste du Québec (56 %; voir figure 15). Notons qu'à la figure 16, les enfants qui résident dans un milieu matériellement défavorisé sont plus nombreux (67 %), en proportion, à être peu ou pas actifs que les enfants résidant dans un milieu favorisé sur le plan matériel (55 %).
- Ces résultats corroborent plusieurs recherches antérieures qui associent le fait de vivre dans un contexte de défavorisation matérielle et sociale à des habitudes de vie moins qu'optimales pour le développement, comme un temps de sommeil insuffisant, une utilisation excessive des écrans ou un mode de vie plus sédentaire<sup>35,36,37</sup>.

### Pourquoi cet indicateur est-il pertinent pour la santé des enfants montréalais ?

- Selon les *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures*<sup>38</sup>, après 5 ans, les enfants devraient faire au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité moyenne à élevée par jour, et plusieurs heures d'activité physique de faible intensité. Ils devraient aussi s'adonner au moins trois fois par semaine à des activités physiques d'intensité élevée et à des activités qui renforcent les muscles et les os.
- Les bénéfices de l'activité physique sur la santé des enfants sont nombreux, autant pour réduire le risque de maladies chroniques que pour améliorer la santé mentale et la réussite éducative<sup>39</sup>.

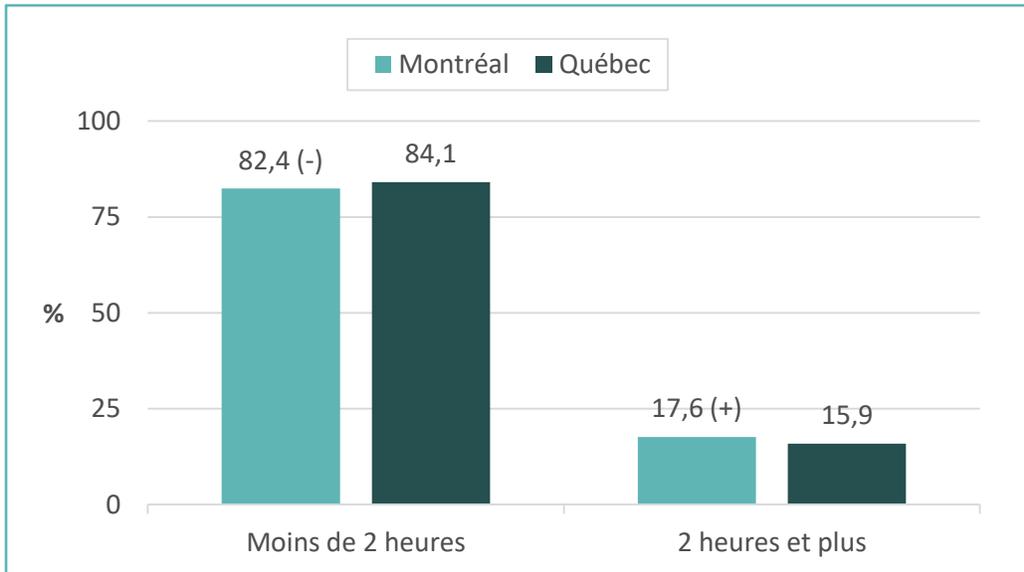
### Quelles sont les pistes d'action à envisager pour Montréal ?

- Développer des environnements urbains favorables à l'activité physique dans tous les milieux de vie des enfants, que ce soit dans le quartier, le milieu de garde ou l'école, en aménageant des installations sportives, des parcs et des rues sécuritaires pour un mode de vie actif. Le chapitre 3 traite de ce sujet plus en détail.



## Temps d'écran<sup>4</sup>

Figure 17 – Répartition des enfants de maternelle 5 ans selon le temps moyen passé par jour à utiliser ou regarder des écrans, Montréal, EQPPEM 2022



(+/-) : Valeur significativement différente de celle du reste du Québec, au seuil de 5 %.

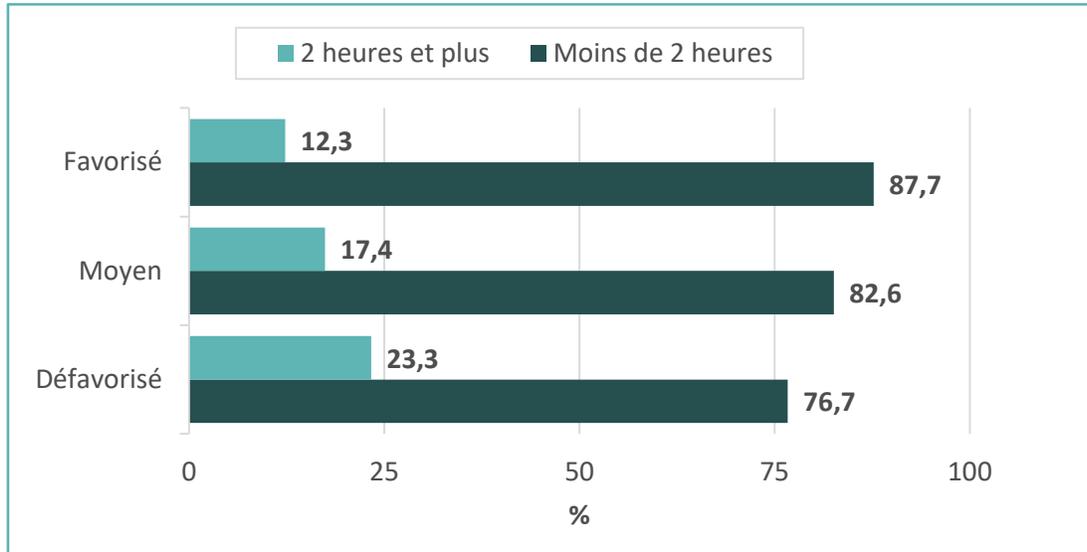
Source : ISQ (2022). Fichier maître de l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle (EQPPEM). Québec : Gouvernement du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 14 novembre 2023

<sup>4</sup> Le temps d'écran fait référence au temps passé devant n'importe quel écran, dont le téléphone, la tablette, la télévision, l'ordinateur et les consoles de jeux vidéo.



### Temps d'écran selon la défavorisation matérielle

Figure 18 – Répartition des enfants de maternelle 5 ans selon le temps moyen passé par jour à utiliser ou regarder des écrans, selon la défavorisation matérielle, Montréal, EQPPEM 2022



Le caractère gras exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 5 %.

Source : ISQ (2022). Fichier maître de l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle (EQPPEM). Québec : Gouvernement du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 14 novembre 2023.



## Temps d'écran chez les enfants de maternelle 5 ans

### Quels principaux constats se dégagent de cet indicateur à Montréal ?

- Environ 17,6 % des enfants passent en moyenne plus de deux heures par jour devant un écran, alors que cette proportion s'élève à 15,9 % au Québec (figure 17).
- Cette proportion est de 12 % chez les enfants de milieux plus favorisés, et s'élève à 23 %, soit près du double, chez ceux de milieux plus défavorisés (figure 18).

### Pourquoi cet indicateur est-il pertinent pour la santé des enfants montréalais ?

- L'utilisation excessive des écrans est associée à différents problèmes de santé chez les enfants, comme des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, des troubles musculosquelettiques et des risques d'obésité.
- Les écrans ressortent comme un enjeu prioritaire de la tournée : les partenaires sont inquiets de leur omniprésence même chez les jeunes enfants, et de leurs impacts sur le développement.

### Quelles sont les pistes d'action à envisager pour Montréal ?

- Développer une intervention multifacette soutenant l'implantation d'un plan familial pour encadrer l'usage des écrans.
- Intégrer les écrans dans les différents services et programmes de soutien à la parentalité.
- Faire la promotion d'alternatives aux écrans en facilitant l'accès à des infrastructures permettant le jeu actif (p. ex. parcs, ruelles, gymnases).
- Le chapitre 7 traite de l'impact des écrans et des interventions à privilégier.



# DONNONS-NOUS LES MOYENS D'Y VOIR CLAIR

Quels sont les principaux constats à tirer de ce portrait sommaire de santé et quelles sont les perspectives pour améliorer nos outils de surveillance et d'intelligence décisionnelle ?

Lorsqu'il est question de dimensions de la santé et du développement des enfants pour lesquelles il était possible de présenter *un indicateur comportant une tendance temporelle*, la situation à Montréal semble relativement stable. De plus, la métropole se distingue parfois favorablement, parfois défavorablement du reste de la province.

En revanche, dans le cas des dimensions de la santé pour lesquelles il était possible de présenter *un indicateur permettant de mesurer des écarts selon la défavorisation matérielle*, on constate à Montréal la présence d'inégalités sociales de santé.

En ce qui concerne la distribution selon les territoires de CLSC, les indicateurs utilisés ne révèlent pas de tendance géographique claire : certains territoires se démarquent favorablement selon un indicateur, en même temps qu'ils se démarquent défavorablement selon un autre.

## Un grand besoin de données

Ce portrait de santé demeure incomplet et illustre combien les données disponibles pour établir un portrait régional mesurant les inégalités chez les enfants montréalais sont limitées. Par exemple, plusieurs indicateurs ne peuvent être croisés avec la défavorisation matérielle des enfants. Pour de nombreux autres, il n'existe pas de données à l'échelle des territoires de CLSC. Il demeure plusieurs angles morts en termes de thématiques prioritaires pour la santé des enfants qui ne sont pas bien desservies par les données actuelles de surveillance, notamment la période de la grossesse, la croissance des enfants, la santé des élèves du primaire ou l'accès aux soins de santé pour les familles.

Il existe des bases de données administratives qui permettraient de bonifier les portraits de santé actuels, mais elles ne sont pas facilement accessibles et jumelables. L'arrivée prochaine du Dossier de santé numérique (DSN) nous offre une belle occasion de moderniser la surveillance de la santé des enfants montréalais et d'obtenir des données plus complètes sur leurs diagnostics médicaux, leurs habitudes de vie et leur accès aux soins préventifs et curatifs.

Quels que soient les outils mis en œuvre, il est primordial de se donner les moyens d'évaluer et de suivre dans le temps la santé des enfants de 0 à 12 ans à Montréal, en portant une attention particulière à la mesure des inégalités sociales de santé. À cette fin, on doit faciliter l'accès aux données existantes, développer des indicateurs à l'échelle locale (CLSC), bonifier les enquêtes existantes et réaliser de nouvelles enquêtes pour combler l'absence de données.



Et si, dans le même élan, on relie entre elles les bases de données pertinentes, plusieurs projets de recherche deviennent possibles, pour nous aider à mieux comprendre, puis à agir efficacement, non seulement sur la santé des enfants tout au long de leur parcours de vie, mais aussi sur les racines mêmes des inégalités qui se perpétuent d'une génération à la suivante.

Par exemple, les données de l'avis de grossesse et le fichier des naissances pourront être mis en relation avec l'EQDEM, l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) et les données de diplomation au secondaire. Avec de tels outils, on sera mieux équipés pour mener de précieuses analyses longitudinales, de la naissance jusqu'à la fin de l'adolescence.

En plus de suivre les états de santé localement, temporellement et selon le statut socioéconomique, il sera également important de se donner les moyens de suivre les déterminants sous-jacents de ces états de santé, notamment au regard des conditions de vie et des milieux de vie dans lesquels les enfants grandissent. Les prochains chapitres abordent ces thèmes et présentent différents exemples d'indicateurs portant sur les déterminants sociaux de la santé.



## RECOMMANDATION

### 1.1 Moderniser la surveillance de la santé des enfants de 0 à 12 ans à Montréal, en portant une attention particulière aux données locales, aux inégalités sociales de santé et aux besoins des partenaires pour mieux soutenir les décisions

#### Pistes d'action concrètes :

- Développer de nouvelles sources de données régionales et locales (p. ex. enquêtes, registres, dossier santé numérique) pour suivre des thématiques prioritaires de santé actuellement mal documentées, par exemple : la grossesse, la croissance des tout-petits, la santé des élèves du primaire et l'accès aux soins par les familles.
- Faciliter l'accès des équipes de santé publique aux données administratives et clinico-administratives qui sont désagrégées afin de mener des analyses à l'échelle locale et permettre des croisements permettant de mieux mesurer les inégalités sociales de santé.
- Créer des portraits locaux de la santé et du développement des enfants qui intègrent des indicateurs sur les résultats de santé et également sur les déterminants sociaux de la santé, incluant des données sur les conditions de vie des familles (voir chapitre 2).
- Mandater des chercheurs pour l'intégration de bases de données permettant des analyses longitudinales sur le parcours de vie des enfants, par exemple en mettant en relation le fichier de naissance, l'EQDEM, d'éventuelles enquêtes au primaire et les données de diplomation au secondaire.

Concernant les interventions spécifiques à privilégier pour améliorer l'état de santé des enfants montréalais et réduire les inégalités, on peut également se référer aux pistes d'action identifiées pour chaque indicateur dans ce chapitre.

#### Engagements de la DRSP :

- Assumer un rôle de leadership dans le développement d'un système régional de surveillance de la santé et du développement des enfants de 0 à 12 ans, en collaborant avec les acteurs du réseau de la santé, les partenaires intersectoriels et les chercheurs.
- Développer des ententes inter-établissements afin de faciliter l'accès aux données désagrégées, par exemple les données clinico-administratives du RSSS (p. ex. Ma Grossesse, DPJ, Info-Santé) et certaines données des ministères de la Famille (p. ex. places protocoles, évaluation de la qualité éducative) et de l'Éducation (p. ex. EHDA, diplomation des élèves).
- Collaborer avec les instances provinciales et les partenaires régionaux pour financer et créer de nouvelles enquêtes.
- Développer et diffuser des portraits locaux dans des formats adaptés aux besoins des partenaires régionaux et locaux.



# ANNEXE 1 – LIMITES DES INDICATEURS SÉLECTIONNÉS

## Des données variées... mais incomplètes

Un portrait de santé demande au départ de faire l'inventaire des sources de données disponibles pour la population à laquelle on s'intéresse, comme ici les enfants montréalais de 0 à 12 ans. Il existe, à ce sujet, principalement cinq sources de données de surveillance :

- Le Recensement canadien de la population (aux 5 ans) et les Projections démographiques du Québec.
- Les enquêtes sociosanitaires, comme l'Enquête québécoise sur le développement des enfants de la maternelle (EQDEM) et l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de la maternelle (EQPPM).
- Les registres, comme le Fichier des naissances et le Registre de vaccination du Québec (RVQ).
- Les fichiers clinico-administratifs, comme le Système d'information sur les services donnés par les CLSC (I - CLSC) et le Fichier de la clientèle hospitalière (MED-ECHO).
- Les fichiers administratifs, comme les bases de données du ministère de la Famille et du ministère de l'Éducation pour les enfants à besoins particuliers.

En préparation au présent *Rapport de la Directrice 2024*, la réalisation de l'inventaire des données disponibles permet de conclure qu'il nous manque des outils pour établir un portrait complet de la santé et du développement des enfants montréalais, et mieux rendre compte des inégalités sociales de santé dans la région métropolitaine. Quelques constats tirés de cet inventaire :

- Malgré beaucoup de progrès à Montréal et au Québec depuis 20 ans pour éclairer la situation des enfants, les sources de données disponibles concernant leurs états de santé et les déterminants sociaux restent incomplètes et insuffisantes pour réaliser des analyses dans le temps, par territoire local et par statut socioéconomique.
- Plusieurs thématiques prioritaires pour la santé publique sont peu couvertes, ou pas couvertes du tout, par exemple, la santé des femmes enceintes, la croissance des enfants, la santé et le développement des élèves du primaire ou l'accès des familles aux soins de santé, préventifs et curatifs.
- Pour les équipes de santé publique, les bases de données désagrégées sont rarement accessibles directement et aisément : les directions régionales de santé publique doivent négocier des ententes inter-établissements afin d'obtenir des données qui soient plus utiles aux décisions locales. En contexte montréalais où il y a cinq CIUSSS et des établissements non affiliés, cela ne s'avère pas simple.

Évidemment, chaque source de données a des limites méthodologiques dont il faut tenir compte dans un portrait de santé; c'est souvent en combinant les différentes sources qu'on obtient une lecture plus réaliste de la situation.



## Limites des indicateurs sélectionnés pour tracer un portrait de santé des enfants

### Nouveau-nés prématurés (< 37 semaines de gestation)

1. Comme pour d'autres fichiers administratifs, l'accès aux données du fichier des naissances prend du temps, ce qui explique que les indicateurs les plus à jour datent de 2021. De plus, certaines variables de croisement ne sont pas disponibles, comme celle mesurant le statut socioéconomique de la famille, sauf exception pour la scolarité de la mère. L'ajout de telles variables améliorerait grandement l'analyse des inégalités sociales de santé.
2. Cet indicateur sur la prématurité mesure un état de santé à la fin de la grossesse, lequel est influencé par plusieurs conditions prénatales. Un portrait complet de la santé des enfants devrait aussi inclure d'autres indicateurs portant sur la santé de la femme enceinte, et des facteurs environnementaux durant la grossesse (p. ex. tabagisme, nutrition, dépistage, emploi à risque), ce qui permettrait de mieux orienter les interventions préventives.

### Allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital

1. Cet indicateur provient du système I-CLSC. Il porte sur les bébés nés en centre accoucheur et dont la famille a reçu un suivi postnatal du CLSC. Il témoigne seulement de l'allaitement exclusif dans les premiers jours de vie du bébé, alors que la recommandation de l'OMS est l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois.
2. Les données actuellement disponibles sur l'allaitement ne permettent pas de bien mesurer les inégalités sociales de santé, par exemple selon la défavorisation matérielle. Et sans compter qu'à ce jour, les données d'allaitement selon la défavorisation matérielle ne sont pas disponibles.
3. D'autres sources de données (p. ex. enquêtes, suivis lors des rendez-vous de vaccination du nourrisson) pourraient compléter ce portrait, monitorant l'allaitement dans le temps et selon le statut socioéconomique, et en suivant aussi d'autres facteurs de risque sur lesquels on peut agir durant la première année de vie.

### Couverture vaccinale contre la rougeole-rubéole-oreillons et varicelle (RRO\_Var)

1. Cet indicateur porte uniquement sur les enfants inscrits au registre de vaccination, alors que la proportion de ceux qui s'y trouvent varie entre les écoles et entre les territoires de CLSC. Comme on connaît peu les caractéristiques des enfants non-inscrits au registre, un biais important est possible lorsque la proportion d'enfants au registre est faible. Par exemple, dans les écoles où il y a beaucoup de classes d'accueil et de francisation, plusieurs enfants nés à l'extérieur du Canada ne sont pas encore au registre et aucune information sur leur statut vaccinal n'est disponible.
2. En plus, le suivi du RRO-Varicelle est insuffisant, suivre les couvertures vaccinales de chacun des vaccins prévus au calendrier régulier serait tout aussi pertinent. L'analyse temporelle des données par territoire de CLSC, par groupe d'âge, par école et, pourquoi pas, par milieu de garde, serait des plus utiles pour planifier les services de vaccination.



## Asthme chez les enfants de 12 ans et moins

1. Cet indicateur se base sur les données de la RAMQ qui concernent les diagnostics médicaux d'asthme posés en cabinet, à l'urgence ou lors d'une hospitalisation. Il est fortement influencé par l'accès au diagnostic de l'asthme, lequel dépend à la fois des comportements de consultation des parents (c.-à-d. de leur propension à consulter pour leur enfant) et de l'accès à des services de première ligne (p. ex. accès à un médecin ou à une IPS). Il est important de contextualiser les données sur l'asthme avec des indicateurs portant sur l'accès aux soins.
2. L'indicateur présenté dans ce chapitre porte sur les enfants de 1 à 11 ans, alors qu'il est difficile de confirmer un diagnostic d'asthme avant l'âge de 5 ans. Les données actuellement disponibles ne permettent pas des analyses par groupe d'âge plus ciblé, ni selon la défavorisation.
3. Afin d'agir adéquatement, il serait utile, en plus d'obtenir des données sur l'asthme, de se doter aussi d'indicateurs portant sur les facteurs individuels et environnementaux qui augmentent les risques d'en être atteint.

## Vulnérabilité des enfants de maternelle 5 ans

1. Cet indicateur est basé sur des données descriptives qu'on peut présenter, par exemple, selon le territoire, la langue ou la défavorisation matérielle, mais qui ne tiennent pas compte des changements démographiques des enfants montréalais au fil du temps. Or, il est donc difficile de se prononcer sur la tendance temporelle de l'EQDEM dans notre région sans prendre en considération la mobilité résidentielle des familles montréalaises. Notre compréhension de l'interaction entre les différents facteurs socioéconomiques et démographiques doit être approfondie.
2. Les résultats de l'EQDEM excluent les enfants auxquels on a attribué un code EHDA<sup>5</sup> (Élèves handicapés, ou en difficultés d'adaptation ou d'apprentissage). Il serait pertinent d'analyser aussi les données sur ces enfants si on veut avoir une lecture complète des enfants qui présentent des risques accrus de vivre des difficultés.
3. Afin d'accroître nos connaissances sur le développement des ISS et sur nos leviers d'intervention dans la trajectoire de vie des enfants, les données de l'EQDEM devraient être mises en relation avec d'autres bases de données, comme le fichier des naissances, une éventuelle enquête au primaire ou les données de diplomation au secondaire.

<sup>5</sup> Pour plus de détails : Nadine GIROUARD et Collab., DRSP CCSMTL, [Portrait synthèse du développement des enfants à la maternelle pour la région de Montréal](#). Résultats de l'EQDEM 2022, 2023.



## TDAH diagnostiqués chez les enfants de 11 ans et moins

1. Cet indicateur est influencé directement par l'accès au diagnostic du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), qui dépend à la fois des comportements de parents (ont-ils consulté pour leur enfant) et de l'accès à des services professionnels (p. ex. médecin, psychologue, neuropsychologue). Il est important de contextualiser les données du TDAH diagnostiqués à l'aide d'indicateurs portant sur l'accès aux services.
2. L'indicateur présenté porte sur les enfants de 1 à 11 ans, alors qu'il est rarement possible de confirmer un diagnostic de TDAH avant l'âge de 6 ans. Les données actuellement disponibles ne permettent pas des analyses par groupe d'âge, ni selon la défavorisation.
3. Le TDAH est un des diagnostics possibles pour la grande catégorie des enfants ayant des besoins de soutien particulier, mais il existe d'autres problématiques neurodéveloppementales (p. ex., retard de langage, trouble du spectre de l'autisme), comportementales (p. ex. ) et émotionnelles (p. ex. opposition, symptômes anxio - dépressifs) qui sont importants pour bien suivre la santé mentale des enfants et les tendances concernant les enfants à besoin de soutien particulier.
4. Dans un contexte de listes d'attente et de pénurie de ressources professionnelles dans le réseau de la santé et des services sociaux, plusieurs parents se tournent vers le système privé pour obtenir des services d'évaluation pour le TDAH de leur enfant, ce qui témoigne d'un enjeu d'équité dans l'accès au diagnostic et limite l'interprétation des données du SISMACQ.

### Activité physique

1. Il n'y a actuellement pas de données locales ni de comparaisons temporelles possibles pour cet indicateur.
2. Les données de l'EQPPEM portent uniquement sur les enfants de la maternelle; des données spécifiques à la petite enfance et aux enfants fréquentant l'école primaire seraient très utiles pour suivre l'activité physique par groupe d'âge.
3. Un portrait de santé des enfants devrait aussi intégrer des indicateurs portant plus largement sur leurs saines habitudes de vie et les déterminants en amont comme sur les environnements favorables dans les milieux de vie.
4. Des données récurrentes sur la croissance des enfants (p. ex. leur poids et leur taille) et sur leur développement moteur (p. ex. courir, sauter, attraper un ballon) nous donneraient aussi une meilleure compréhension des impacts du manque d'activité physique.

### Temps d'écran

1. Il n'y a actuellement pas de données locales ni de comparaisons temporelles possibles pour cet indicateur.
2. Les données de l'EQPPEM portent uniquement sur les enfants de la maternelle, alors que des données spécifiques à la petite enfance et aux enfants fréquentant l'école primaire, segmentées par groupe d'âge, seraient très pertinentes.
3. Les problèmes relatifs à l'utilisation des écrans ne sont pas seulement liés au temps qu'on y passe; il y aurait également lieu de documenter les divers types d'utilisation et leurs impacts.



## ANNEXE 2 – RECUEIL STATISTIQUE DES INDICATEURS SELON LE TERRITOIRE DE CLSC

### Notes méthodologiques

#### Différences entre les territoires de CLSC et le reste de la RSS de Montréal

Pour l'analyse des données, les CLSC sont comparés au reste de Montréal. Voici la légende pour l'interprétation des écarts :

+/- La proportion pour le RTS est significativement supérieure (+) ou inférieure (-) à celle de Montréal, au seuil de 0,05 ou de 0,01.

Les indicateurs tirés du recensement de 2021 n'ont pas à être soumis à un test statistique. Les écarts observés peuvent être interprétés tels quels.

#### Précision de l'estimation - coefficient de variation (CV)

Certains résultats doivent être interprétés avec prudence ou ne sont présentés qu'à titre indicatif. Voici la légende pour l'interprétation des CV :

- \* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 % ou 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
- \*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % ou supérieur à 33,33 %. La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif.



Tableau 1 – Proportion (%) de naissances vivantes prématurées selon les territoires de CLSC, Montréal, 2023

CLSC de Montréal	% en 2023
CLSC Lac Saint-Louis	6,3
CLSC Pierrefonds	8,3
CLSC Lachine	6,6
CLSC Lasalle	5,6 (-)
CLSC Côte-Saint-Luc	4,1* (-)
CLSC Notre-Dame-de-Grâces Montréal-Ouest	6,9
CLSC Parc-Extension	8,4*
CLSC Côte-des-Neiges	7,2
CLSC Métro	4,0* (-)
CLSC Saint-Henri	6,6
CLSC Ville-Émard	5,7*
CLSC Verdun	6,8
CLSC Pointe-Saint-Charles	4,4*
CLSC Saint-Louis-du-Parc	6,1*
CLSC Plateau-Mont-Royal	6,7
CLSC des Faubourgs	9,0
CLSC Bordeaux-Cartierville	10,1 (+)
CLSC Saint-Laurent	6,6
CLSC Ahuntsic	7,7
CLSC Montréal-Nord	7,6
CLSC Villeray	5,1* (-)
CLSC Petite Patrie	6,1*
CLSC Saint-Michel	7,8
CLSC Saint-Léonard	7,4
CLSC Rivière-des-Prairies	10,4 (+)
CLSC Anjou	7,8*
CLSC Pointe-aux-Trembles	10,1 (+)
CLSC Mercier-Est	7,7
CLSC Rosemont	7,8
CLSC Mercier-Ouest	8,2
CLSC Hochelaga-Maisonneuve	6,1
<b>Montréal</b>	<b>7,2</b>

(+/-) Proportion significativement plus faible (-) ou plus élevée (+) que celle du reste de Montréal.

(\*) Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : MSSS (2023). Fichier des naissances. Mise à jour de l'indicateur le 12 mars 2024.



Tableau 2 – Couverture vaccinale (%) du RRO-Varicelle chez les élèves de niveau primaire, adéquatement vaccinés pour l'âge, selon les territoires de CLSC, Montréal, année scolaire 2022-2023

CLSC de Montréal	% 2022-2023
CLSC Lac Saint-Louis	85,8 (+)
CLSC Pierrefonds	84,7 (+)
CLSC Lachine	81,9 (+)
CLSC Lasalle	81,0 (+)
CLSC Côte-Saint-Luc	66,8 (-)
CLSC Notre-Dame-de-Grâces Montréal-Ouest	66,9 (-)
CLSC Parc-Extension	77,9
CLSC Côte-des-Neiges	69,0 (-)
CLSC Métro	65,0 (-)
CLSC Saint-Henri	81,1
CLSC Ville-Émard	81,4
CLSC Verdun	81,0
CLSC Pointe-Saint-Charles	72,1 (-)
CLSC Saint-Louis-du-Parc	81,1
CLSC Plateau-Mont-Royal	84,2 (+)
CLSC des Faubourgs	77,4
CLSC Bordeaux-Cartierville	81,2 (+)
CLSC Saint-Laurent	78,4
CLSC Ahuntsic	78,6
CLSC Montréal-Nord	77,1
CLSC Villeray	82,0 (+)
CLSC Petite Patrie	82,1 (+)
CLSC Saint-Michel	77,2
CLSC Saint-Léonard	80,2
CLSC Rivière-des-Prairies	80,4
CLSC Anjou	79,5
CLSC Pointe-aux-Trembles	82,6 (+)
CLSC Mercier-Est	79,8
CLSC Rosemont	78,2
CLSC Mercier-Ouest	76,1
CLSC Hochelaga-Maisonneuve	75,1
<b>Montréal</b>	<b>78,2</b>

Note : les enfants vaccinés hors du Canada sont fréquemment surreprésentés dans les élèves non appariés.

(+/-) Valeur significativement différente de celle de l'ensemble du Québec.

Source : MSSS (2022-2023). Registre de vaccination du Québec, 2016-2017 et 2022-2023 ; MEQ (2024). Système Ariane et Charlemagne (2017-2018 et 2022-2023). Rapport de l'onglet *Registre de vaccination* produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 17 juillet 2024. Mise à jour de l'indicateur le 17 juillet 2024.



Tableau 3 – Prévalence de l'asthme (%) chez les enfants de 1 à 12 ans, selon les territoires de CLSC, Montréal, SISMACQ 2022-2023

CLSC de Montréal	% en 2022-2023
CLSC Lac Saint-Louis	5,5
CLSC Pierrefonds	6,0
CLSC Lachine	6,5
CLSC Lasalle	5,3 (-)
CLSC Côte-Saint-Luc	7,4 (+)
CLSC Notre-Dame-de-Grâces Montréal-Ouest	5,6
CLSC Parc-Extension	4,3 (-)
CLSC Côte-des-Neiges	5,5 (-)
CLSC Métro	4,5 (-)
CLSC Saint-Henri	5,4
CLSC Ville-Émard	6,5
CLSC Verdun	6,0
CLSC Pointe-Saint-Charles	6,9
CLSC Saint-Louis-du-Parc	5,1
CLSC Plateau-Mont-Royal	7,2 (+)
CLSC des Faubourgs	5,4
CLSC Bordeaux-Cartierville	5,5
CLSC Saint-Laurent	5,1 (-)
CLSC Ahuntsic	6,5
CLSC Montréal-Nord	5,0 (-)
CLSC Villeroy	7,8 (+)
CLSC Petite Patrie	7,5 (+)
CLSC Saint-Michel	5,2 (-)
CLSC Saint-Léonard	5,6
CLSC Rivière-des-Prairies	5,7
CLSC Anjou	5,9
CLSC Pointe-aux-Trembles	7,1 (+)
CLSC Mercier-Est	6,0
CLSC Rosemont	7,0 (+)
CLSC Mercier-Ouest	6,2
CLSC Hochelaga-Maisonneuve	6,8
<b>Montréal</b>	5,9

(+/-) Proportion significativement plus faible (-) ou plus élevée (+) que celle du reste de Montréal.

Source : INSPQ (2022). Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ). Mise à jour de l'indicateur le 19 avril 2024.



Tableau 4 – Proportion (%) des enfants de maternelle 5 ans vulnérables dans au moins deux domaines de développement, selon les territoires de CLSC, Montréal, EQDEM 2022

CLSC de Montréal	% en 2022
CLSC Lac Saint-Louis	11,6 (+)
CLSC Pierrefonds	16,0
CLSC Lachine	15,1
CLSC Lasalle	19,9 (+)
CLSC Côte-Saint-Luc	15,4
CLSC Notre-Dame-de-Grâces Montréal-Ouest	15,4
CLSC Parc-Extension	19,4 (+)
CLSC Côte-des-Neiges	11,7 (-)
CLSC Métro	15,5*
CLSC Saint-Henri	16,2*
CLSC Ville-Émard	14,8*
CLSC Verdun	14,9
CLSC Pointe-Saint-Charles	18,2*
CLSC Saint-Louis-du-Parc	10,0*
CLSC Plateau-Mont-Royal	9,3* (-)
CLSC des Faubourgs	14,5*
CLSC Bordeaux-Cartierville	15,6
CLSC Saint-Laurent	14
CLSC Ahuntsic	12
CLSC Montréal-Nord	18,4 (+)
CLSC Villeray	8,0* (-)
CLSC Petite Patrie	9,1* (-)
CLSC Saint-Michel	19,7 (+)
CLSC Saint-Léonard	16
CLSC Rivière-des-Prairies	16,9
CLSC Anjou	11,2*
CLSC Pointe-aux-Trembles	13
CLSC Mercier-Est	13,9
CLSC Rosemont	6,3 (-)
CLSC Mercier-Ouest	16,3
CLSC Hochelaga-Maisonneuve	9,7* (-)
<b>Montréal</b>	<b>14,2</b>

(+/-) Proportion significativement plus faible (-) ou plus élevée (+) que celle du reste de Montréal.

(\*) Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : ISQ (2022). Fichier maître de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) 2022. Mise à jour de l'indicateur le 22 janvier 2024.



Tableau 5 – Prévalence du TDAH (%) chez les enfants de 1 à 11 ans, selon les territoires de CLSC, Montréal, SISMACQ, 2022-2023

CLSC de Montréal	% en 2022-2023
CLSC Lac Saint-Louis	3,3 (+)
CLSC Pierrefonds	3,0 (+)
CLSC Lachine	2,6
CLSC Lasalle	2,2
CLSC Côte-Saint-Luc	1,9
CLSC Notre-Dame-de-Grâces Montréal-Ouest	2,0
CLSC Parc-Extension	0,7 (-)
CLSC Côte-des-Neiges	1,6 (-)
CLSC Métro	1,9
CLSC Saint-Henri	1,5
CLSC Ville-Émard	2,7
CLSC Verdun	2,1
CLSC Pointe-Saint-Charles	1,9
CLSC Saint-Louis-du-Parc	1,8
CLSC Plateau-Mont-Royal	2,0
CLSC des Faubourgs	1,8
CLSC Bordeaux-Cartierville	1,5 (-)
CLSC Saint-Laurent	1,4 (-)
CLSC Ahuntsic	2,4
CLSC Montréal-Nord	1,3 (-)
CLSC Villeray	2,2
CLSC Petite Patrie	2,3
CLSC Saint-Michel	1,3 (-)
CLSC Saint-Léonard	1,1 (-)
CLSC Rivière-des-Prairies	2,6
CLSC Anjou	2,2
CLSC Pointe-aux-Trembles	4,9 (+)
CLSC Mercier-Est	3,1 (+)
CLSC Rosemont	2,2
CLSC Mercier-Ouest	2,4
CLSC Hochelaga-Maisonneuve	2,7
<b>Montréal</b>	2,1

(+/-) Proportion significativement plus faible (-) ou plus élevée (+) que celle du reste de Montréal.

(\*) Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : INSPQ (2022). Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ). Mise à jour de l'indicateur le 19 avril 2024.



## RÉFÉRENCES

- <sup>1</sup> Camil BOUCHARD, MSSS, [Un Québec fou de ses enfants, Rapport du groupe de travail pour les jeunes](#), 179 p, 1991.
- <sup>2</sup> Child health BC, Child Health Indicators BC, [Childhealthbc.ca](#), 2013.
- <sup>3</sup> Australian Institute of health and Welfare, *Children's headline indicators*, Australia: Australian Government, 2019.
- <sup>4</sup> Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), [State of Child Health in the UK](#) , 2020.
- <sup>5</sup> Michael Marmot, [Fair society, healthy lives : the Marmot Review, strategic review of health inequalities in England](#), post-2010.
- <sup>6</sup> MSSS, [Programme national de santé publique 2015-2025, Pour améliorer la santé de la population du Québec](#), 2015
- <sup>7</sup> DRSP CCSMTL, [Plan d'action régional intégré de santé publique de Montréal \(PARI-SP\)2023-2025](#), 2023.
- <sup>8</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS), [Naissances prématurées, Principaux faits](#), 2023.
- <sup>9</sup> La société Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC), [Accouchement, Travail prématuré](#), 2017.
- <sup>10</sup> OMS, [Naissances prématurées, principaux faits, op. Cit.](#), 2023
- <sup>11</sup> SOGC, [Accouchement, Travail prématuré, op. Cit.](#), 2017.
- <sup>12</sup> INSPO, [Allaitement – Pour accompagner les parents](#), Gouvernement du Québec, 2019.
- <sup>13</sup> OMS et UNICEF, [Orientations de mise en œuvre : Protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés – Révision de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés](#), 2019.
- <sup>14</sup> Mireya VILAR-COMPTE, Rafael PÉREZ-ESCAMILLA & Ana L. RUANO, [International Journal of Equity in health, Interventions and policy approaches to promote equity in breastfeeding](#), 2022.
- <sup>15</sup> Andrew M. PRENTICE, [Breastfeeding in the Modern Word](#), Annals of Nutrition and Metabolism, 78 (Suppl.2) 29-38, 2022.
- <sup>16</sup> DRSP CCSMTL, Plan d'action régional intégré de santé publique de Montréal (PARI-SP) - [Offre de services détaillées 2016-2021](#), 30 novembre 2016, p. 19.
- <sup>17</sup> Sarah TURNER, Bridget MCGANN & Meredith 'Merilee' BROCKWAY, [A review of the disruption of breastfeeding supports in response to the COVID-19 pandemic in five Western countries and applications for clinical practice](#), *International Breastfeeding Journal* 17, 38, 2022.
- <sup>18</sup> Amélie LAVOIE et Christine DOUCET, ISQ, [Naître en pleine pandémie au Québec](#), 2023.
- <sup>19</sup> Véronique LABERGE GAUDIN et Collab., DRSP CCSMTL, [Pour la protection de la périnatalité en situation de crise : Analyse des répercussions basées sur l'expérience de la pandémie de COVID-19 et recommandations](#), 2023.
- <sup>20</sup> MSSS, [Allaitement et alimentation, Initiative des amis des bébés](#), 2024.
- <sup>21</sup> MSSS, [Formation nationale en allaitement, Revitalisation de l'initiative des amis des bébés à travers le développement des compétences au Québec](#), 2024.
- <sup>22</sup> Agence de santé publique du Canada, [Enquête nationale sur la couverture vaccinale des enfants, 2021](#), Ottawa, Gouvernement du Canada, 2021.



- <sup>23</sup> Lai XIAOZHEN et Collab., [Estimating global and regional between-country inequality in routine childhood vaccine coverage in 195 countries and territories from 2019 to 2021 : a longitudinal study](#), Volume 60, 102042, 2023.
- <sup>24</sup> Observatoire des tout-petits, [Maladies infectieuses](#), 2018.
- <sup>25</sup> CHU Sainte-Justine, [Un peu d'histoire : Maladies Infectieuses](#), Montréal, 2015.
- <sup>26</sup> Gouvernement du Canada, [Faits saillants de l'Enquête nationale sur la couverture vaccinale des enfants \(ENCVE\) de 2021](#).
- <sup>27</sup> Agence de santé publique du Canada, Ottawa, Gouvernement du Canada, *op. Cit.*, 2021.
- <sup>28</sup> INSPQ, [Étude sur la couverture vaccinale des enfants québécois âgés de 1 an et 2 ans en 2021](#), Rapport préliminaire, Gouvernement du Québec, 2023.
- <sup>29</sup> OMS, [Asthme, principaux faits](#), 2024.
- <sup>30</sup> Kaiser D., Lévesque M., et Pénicaud S., DRSP CCSMTL, [Pollution de l'air : Effets sur la santé et pistes de solutions](#), 2019.
- <sup>31</sup> Deidre D. CROCKER et Collab., Community Guide Systematic Review, [Effectiveness of Home-Based, Multi-Trigger, Multicomponent Interventions with an Environmental Focus for Reducing Asthma Morbidity](#), 2011.
- <sup>32</sup> CISSS de Lanaudière, [Taux d'incidence de l'asthme pour la population d'un an et plus \(SISMACQ\)](#), version d'avril 2024.
- <sup>33</sup> Nadine GIROUARD et Collab., DRSP CCSMTL, [Portrait synthèse du développement des enfants à la maternelle pour la région de Montréal](#), Résultats de l'EQDEM 2022, 2023.
- <sup>34</sup> Health surveillance indicators : [Vulnerability in Early Child Development](#), Toronto Public Health, 2016.
- <sup>35</sup> Alexis AUGER et Amélie GROLEAU, ISQ, [Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2022. Rapport statistique. Tome 1 – Portrait des caractéristiques, de l'environnement et du parcours préscolaire des enfants de maternelle 5 ans pour le Québec et ses régions](#), 158 p., 2023.
- <sup>36</sup> Laura S BELMON et Collab., [What are the determinants of children's sleep behavior? A systematic review of longitudinal studies](#), Sleep Medicine Reviews, vol. 43, p. 60-70, 2019.
- <sup>37</sup> Salima KERAI et Collab., [Screen time and developmental health : results from an early childhood study in Canada](#), BMC Public Health, vol. 22, no 310, p. 1-9, février 2022.
- <sup>38</sup> Société canadienne de physiologie de l'exercice, [Directives canadiennes en matière de mouvements sur 24 heures : une approche intégrée regroupant l'activité physique, le comportement sédentaire et le sommeil](#), 2021.
- <sup>39</sup> Center for Disease Control and Prevention, [Health Benefits of Physical Activity for Children, Adults, and Adults 65 and Older](#), 2023.

