

La santé et
le développement des

enfants montréalais

Citoyens du monde d'aujourd'hui et de demain



Rapport de la directrice de santé publique de Montréal - 2024

La Santé et le développement des enfants montréalais

Citoyen du monde d'aujourd'hui et de demain est une production de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

1560, rue Sherbrooke Est
Hôpital Notre-Dame, pavillon J.-A.-DeSève
Montréal (Québec) H2L 1M3
ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Sous la direction de

Mylène Drouin, directrice régionale de santé publique

Direction scientifique

Catherine Dea

Coordination de projet

Gabriel Bordeleau-Gervais, Leah Walz

Rédaction

Catherine Dea, Jean-Benoît Rainville

Comité de rédaction

Andréane Tardif, Judith Archambault, Karine Fanuchi, Maxime Roy, Martine Laurin, Marie-Pierre Markon, Sophie Goudreau, Zoé Brabant

Communication et mobilisation

Francis Picard-Dufresne, Laurence Boucheron, Marie-Eve Gingras, Sofia Bulota, Randala Mouawad

Graphiques, données et cartographies

Adrian Gould, Justine Carré, Viviane Martin, Maude Couture, Garbis Meshefedjian, Yuddy Phamela, Ramos Yngaroca

Contribution au contenu

Anne-Sara Briand, Béatrice Iattoni, Camille Caron, David Kaiser, Émilie Leblanc-Langlois, Étienne Roy-Bisson, Helene Daigneault, Isabelle Laurin, Isabelle Denoncourt, Julie Beauvais, Laurence Plante Fortier, Louis-François Tétrault, Madiha Qasri Bouayad, Marc Lamontagne, Mathilde Lapointe, Marylène Goudreault, Maxime Bergeron-Laurencelle, Mireille Morin, Nadine Girouard, Salamatou Salifou Soumaila, Salia Couture-Dumais, Sarah-Amélie Mercure, Sidonie Pénicaut, Viviane Bossé-Beal, Vicky Springmann

Graphisme et édition

Linda Daneau

Mise en page

Ana Caraus, Yasmina Sahnoun

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous les collègues et les partenaires qui ont contribué à la réalisation de ce rapport.

POUR CITER CE DOCUMENT : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud de-l'Île-de-Montréal (2024). *Rapport de la directrice de santé publique : La Santé et le développement des enfants montréalais - Citoyen du monde d'aujourd'hui et de demain*, 210 pages

Ce document est disponible en ligne :

ccsmtlpro.ca/sites/mtlpro/files/media/document/DRSP_Pub_2024_10_21_SanteDevEnfantsRapport.pdf

© Gouvernement du Québec, 2024

ISBN 978-2-550-98935-6 (En ligne)

DÉPÔT LÉGAL

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC, 2024

Bibliothèque et Archives Canada, 2024

Mot de la directrice



On a tous été enfants. Rappelons-nous à quel point ces premières pages de notre vie, où tout n'était encore qu'avenir et rien n'était encore écrit, regorgeaient de possibilités. Mais aussi de vulnérabilités. Le monde pouvait nous faire ou nous briser.

Montréal est l'héritière d'une riche histoire de mobilisation autour des familles et du développement des enfants. Il y a près de 20 ans, mon prédécesseur Dr Richard Lessard avait eu la brillante idée de lancer une enquête montréalaise, plus tard devenue *l'Enquête québécoise sur le développement des enfants de la maternelle* (EQDEM). Nous en sommes maintenant à la 4^e édition de cette enquête dans la région et je ne peux qu'être fière de tout le chemin parcouru avec vous. Au printemps dernier, les équipes de santé publique ont organisé une grande tournée pour prendre le pouls des quartiers de Montréal autour des nouvelles données de l'EQDEM. Je tiens à leur exprimer toute ma reconnaissance pour leur travail sans relâche ayant permis le succès de 21 événements

dans les quatre coins de la métropole. Cette vaste consultation a beaucoup alimenté ce *Rapport de la Directrice 2024* par l'identification d'enjeux et de pistes d'action pour Montréal.

À titre de directrice régionale de santé publique, j'ai le mandat d'informer la population montréalaise sur son état de santé et d'identifier des pistes d'action pouvant contribuer à l'améliorer. Notre rapport 2024 porte cette fois sur la santé des enfants de 0 à 12 ans, pour mieux comprendre les parcours avant et après l'entrée à l'école, dans une perspective d'équité. À la lumière des témoignages recueillis durant la tournée, et aussi des données scientifiques recensées pour le rapport, je note qu'il y a des besoins qui convergent et persistent dans le temps. Par exemple, il faut continuer à améliorer l'accès, la qualité et l'intégration des services, mieux prendre en compte les réalités des familles immigrantes, et faire plus de place aux parents.

De nouvelles thématiques sont aussi sous la loupe : l'usage des écrans, le stress des parents, les enfants à besoins de soutien particulier, la crise du logement, l'insécurité alimentaire et évidemment la lutte aux changements climatiques. Ce sont des défis d'une complexité et d'une ampleur inédites, qui ont de grands impacts sur la santé et le développement des enfants montréalais. Pour avancer des solutions innovantes et durables, il nous faut redoubler d'efforts pour travailler ensemble, avec une vision au long terme. Pour ce faire, je suggère de nous laisser guider par un principe qui vient de la Confédération Haudenosaunee : posons des gestes qui tiennent compte non des seuls besoins immédiats du présent, mais plutôt de la santé et du bien-être des sept prochaines générations.

Notre rapport est une invitation à explorer l'univers des enfants montréalais à travers leurs milieux de vie. Vous serez sans doute impressionnés de tout ce qui se fait sur le terrain – et aussi de tout ce qui reste à faire. Et, voyant cela, peut-être serez-vous encore plus convaincus qu'il faut agir maintenant, ensemble, pour l'avenir des citoyens du monde d'aujourd'hui et de demain.

La directrice régionale de santé publique

A handwritten signature in black ink that reads "Mylène Drouin". The signature is fluid and cursive.

Mylène Drouin, M.D.

Table des matières

Introduction

- Chapitre 1** **La santé et le développement des enfants de 0 à 12 ans :** portrait sommaire et perspectives
- Chapitre 2** **Les familles montréalaises :** leurs visages, leurs conditions de vie
- Chapitre 3** **Le quartier :** milieu de vie complet et inclusif pour tous nos enfants
- Chapitre 4** **Le logement :** un chez-soi à hauteur d'enfant
- Chapitre 5** **Les services de garde éducatifs à l'enfance de qualité :** un bon départ pour tous
- Chapitre 6** **L'école :** au carrefour de la santé et de la réussite éducative
- Chapitre 7** **L'environnement familial :** là où l'enfant prend racine
- Chapitre 8** **L'agir ensemble :** aller plus loin en bâtissant sur l'expérience montréalaise

Conclusion

INTRODUCTION

Les enfants, chacun à leur façon, en sont aux premières pages de leur vie. Pleins d'avenir et de possibilités, grandissant dans des milieux qui façonneront leur développement, leur santé et leur bien-être. Or dans notre société et notre système actuels, tous ne jouissent pas des mêmes opportunités et des mêmes conditions de vie pour leur assurer un bon départ. Cela engendre des *inégalités sociales de santé* (ISS) entre les groupes d'enfants, inégalités qui sont systématiques, injustes et évitables.

Les concepts clés de l'équité en santé

Inégalités sociales de santé (ISS) : ce sont les différences systématiques, injustes et évitables que l'on mesure dans les états de santé entre des groupes socioéconomiques¹. On observe par exemple des écarts de santé et de développement entre les enfants selon le revenu, la scolarité, l'emploi, la race et l'ethnicité de leurs parents². Pour réduire efficacement les ISS, il faut s'intéresser aux facteurs en amont qui les créent au niveau de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources dans la société³.

Déterminants sociaux de la santé (DSS) : ce sont les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, et qui influencent profondément leur santé⁴. Pour les enfants, les DSS incluent par exemple leurs conditions de vie, leur accès aux soins et à l'éducation, leur environnement physique et le soutien social autour d'eux⁵. Les DSS sont à l'origine des inégalités de santé et représentent des cibles d'action de choix pour améliorer l'équité en santé.

Universalisme proportionné : c'est une approche visant à réduire les ISS par des programmes et services offerts à toutes les personnes (caractère *universel*), mais qui doivent être adaptés à la hauteur du désavantage des différents groupes socioéconomiques (caractère *proportionnel*). L'universalisme proportionné se distingue des stratégies qui ciblent seulement les familles de milieux vulnérables, pour plutôt déployer un éventail d'interventions universelles qui se modulent selon l'intensité des besoins et qui s'intéressent aux barrières d'accès aux services^{6,7}. Différents exemples d'application du principe d'universalisme proportionné dans les milieux de vie des enfants sont présentés dans ce rapport.

Portant une attention toute particulière à ces inégalités, le présent rapport se penche sur **l'état de santé et de développement des enfants montréalais de 0-12 ans, ainsi que sur leurs expériences dans les différents milieux de vie.**

La réalité des enfants étant indissociable de celle de leur entourage, le faisceau de notre projecteur s'élargit, selon les chapitres, pour inclure les parents, le milieu de garde, l'école, le quartier, bref la communauté tout entière.

“

*Se concentrer uniquement sur les plus désavantagés ne permet pas de réduire suffisamment les iniquités en santé. Pour niveler le gradient social en matière de santé, les actions doivent être universelles, mais dans une mesure et une intensité qui sont proportionnelles au degré de désavantage.*⁸

Sir Michael Marmot, ancien président de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé

”

Afin d'éclairer toutes les dimensions de cette réalité, les équipes qui ont contribué à ce rapport ont mis en dialogue les données scientifiques avec les connaissances acquises sur le terrain lors d'une grande tournée locale montréalaise. Cette démarche d'envergure a permis de cerner une série d'enjeux émergents pour la santé des enfants montréalais et de découvrir, au passage, toutes sortes d'initiatives inspirantes ; elles ponctuent ce rapport et en appuient l'intention constructive et rassembleuse.

La petite histoire de la grande tournée

Au printemps 2024, les équipes de santé publique ont organisé une grande tournée et sont allées en reconnaissance sur le terrain. Dans chaque quartier de Montréal, elles ont pu prendre le pouls de la situation des enfants, comprendre les difficultés et les forces en présence, et recueillir les témoignages d'intervenants et de familles.

Cette tournée a pris comme point de départ les données montréalaises de la plus récente *Enquête québécoise sur le développement des enfants de la maternelle* (EQDEM 2022), avec ses cinq domaines de développement⁹:

- Santé physique et bien-être
- Compétences sociales
- Maturité affective
- Développement cognitif et langagier
- Habiletés de communication et connaissances générales

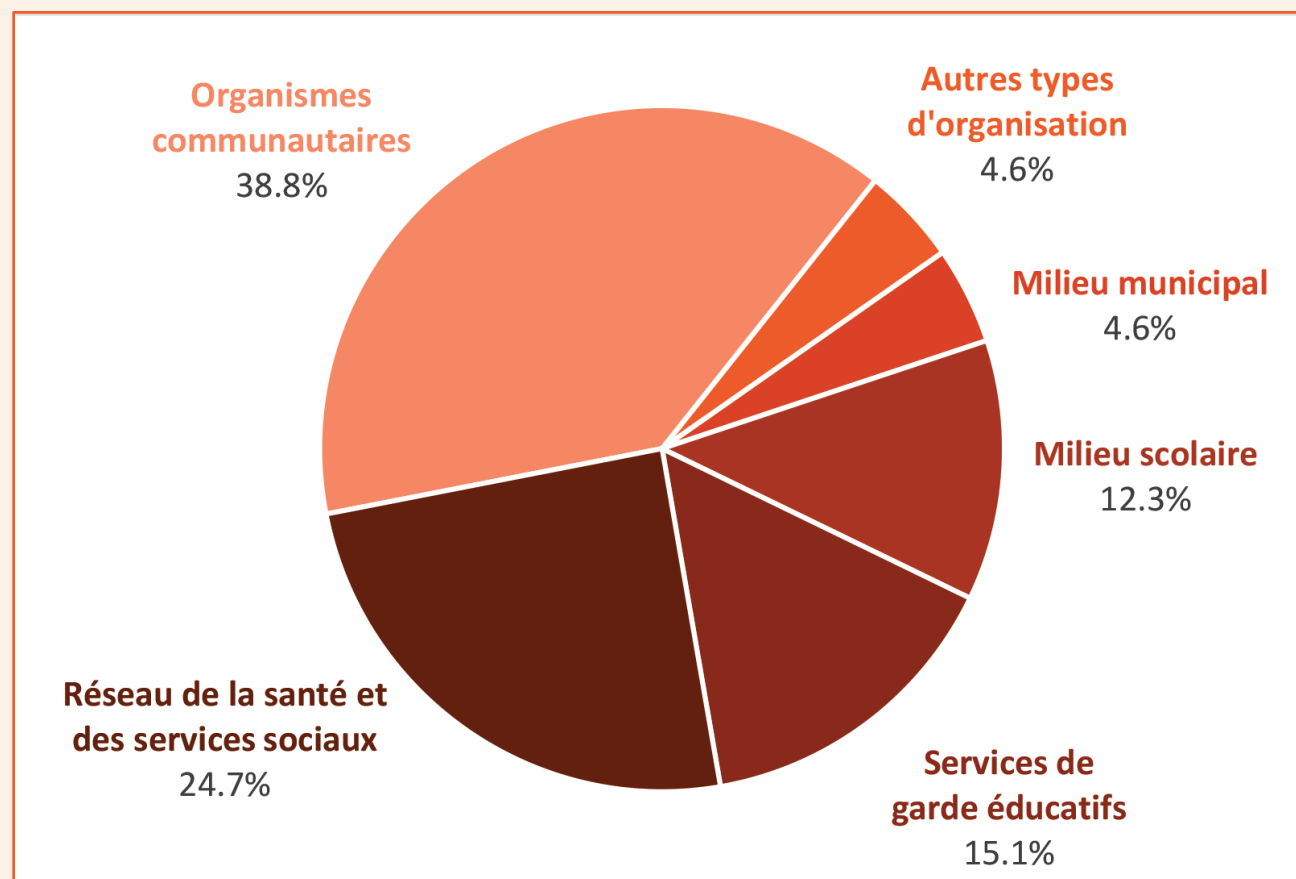
Notre tournée visait non seulement à présenter les données locales de l'EQDEM dans chaque territoire, mais également à documenter l'expérience des partenaires au regard des défis actuels des enfants et des familles de Montréal, et à cerner les actions à prioriser plus largement. On y a constaté à quel point la mobilisation pour la santé et le développement des enfants montréalais est vivante et dynamique dans notre région.

Chaque événement de la tournée a rassemblé un nombre impressionnant de participants, notamment des acteurs communautaires, municipaux, de la santé, des milieux de garde et des écoles (figures 1 et 2). En plus de la consultation des partenaires, la tournée incluait aussi des événements visant les familles, qui ont permis d'aller chercher directement la perspective des parents et des enfants. Cette diversité de points de vue a enrichi le dialogue, permis une meilleure compréhension des enjeux, et ouvert la voie à l'identification de solutions innovantes. En tout, ce sont plus de 700 personnes de divers horizons qui ont participé aux 17 événements partenaires et aux 4 événements familles organisés dans le cadre de cette grande tournée.

Figure 1 - Aperçu de la mobilisation entourant la tournée locale de l'EQDEM 2022 à Montréal



Figure 2 – Répartition des participants aux événements partenaires lors de la tournée de l'EQDEM 2022



Les constats mis en lumière lors de la tournée ont grandement alimenté le contenu de ce *Rapport de la directrice*. Les dix principaux thèmes qui s'en dégagent peuvent se regrouper comme suit :

1	Soutenir davantage les enfants ayant des défis au niveau de leur développement
2	Favoriser une saine utilisation des technologies numériques (parents et enfants)
3	Soutenir les parents dans l'acquisition de connaissances sur le développement des enfants
4	Améliorer les conditions de vie des familles et répondre à leurs besoins de base
5	Prévenir l'isolement et agir pour la santé mentale des parents
6	Renforcer les réseaux de soutien autour des familles issues de l'immigration récente
7	Favoriser l'accès aux services de garde éducatifs de qualité pour tous
8	Favoriser une transition harmonieuse vers l'école pour les familles
9	Assurer la circulation de l'information et la concertation dans les quartiers
10	Créer des environnements urbains favorables aux familles

Chaque chapitre du présent rapport reprend des thématiques soulignées lors la tournée locale. Les principaux constats y sont mis en relation avec des données de surveillance et des écrits scientifiques. On trouvera plus de détails sur les propos rapportés par les partenaires et par les familles dans le *Rapport synthèse de la tournée locale montréalaise de l'EQDEM 2022*.¹

¹ Les constats de la tournée cités tout au long du *Rapport de la directrice 2024* sont tirés des comptes-rendus des événements ainsi que du [Rapport synthèse de la tournée locale montréalaise de l'EQDEM 2022](#), disponible en ligne. Pour éviter d'alourdir le texte, la référence vers ce document n'est pas citée à chaque fois.

Les chapitres vus de plus près

Afin de refléter au mieux la réalité des enfants à Montréal, le rapport présente d'abord un sommaire des données dont on dispose sur leur santé (chapitre 1). Puis on dresse le portrait des familles montréalaises et de leurs conditions de vie, qui ont un impact majeur sur la santé et le développement des enfants (chapitre 2).

On pointe ensuite le projecteur sur les cinq principaux environnements où les enfants évoluent : leur quartier (chapitre 3), leur logement (chapitre 4), leur milieu de garde (chapitre 5), leur école (chapitre 6) et leur environnement familial (chapitre 7).

Enfin, un chapitre conclusif opère une grande synthèse des difficultés auxquelles sont confrontés parents et enfants à Montréal, et démontre l'importance d'une approche concertée pour y remédier (chapitre 8).

De chapitre en chapitre, en plus des constats de notre tournée locale qui viennent étoffer le propos, cinq regards transversaux sont également mis à profit pour élargir notre compréhension des enjeux et mieux orienter notre action : l'équité en santé, la qualité des environnements, l'accessibilité aux services, la réalité multiforme des familles immigrantes et les initiatives inspirantes (figure 3).

Figure 3 – Regards transversaux ayant guidé l'analyse des données du Rapport de la directrice



Un appel à l'action

Le croisement des connaissances scientifiques et des savoirs expérientiels issus du terrain a permis de formuler, à la fin de chaque chapitre, une série de recommandations prioritaires et de pistes d'action concrètes qui nous aideront, collectivement, à faire de grands pas en faveur de l'équité en santé chez les enfants montréalais.

Car c'est bien l'objectif ultime de ce rapport : mobiliser ceux et celles qui ont le pouvoir de faire avancer les choses. Décideurs et partenaires, vous voilà invités à unir vos forces aux nôtres, pour qu'ensemble on puisse donner vie à ces recommandations, au bénéfice de nos enfants et de nos collectivités.

RÉFÉRENCES

- ¹ [Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé](#), National Collaborating Centre for determinants of Health / Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2022.
- ² Marie-France LE BLANC et Marie-France RAYNAULT, DSP-Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, [Les inégalités sociales de santé à Montréal le chemin parcouru : rapport du directeur de santé publique](#), 2011
- ³ Organisation mondiale de la Santé (OMS), [Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : résumé analytique du rapport final](#), Commission des déterminants sociaux de la Santé de l'Organisation mondiale de la Santé (CDSS), 2008.
- ⁴ *Ibid.*
- ⁵ Clyde HERTZMAN, M.D., University of British Columbia, [Cadre pour les déterminants sociaux du développement des jeunes enfants](#), Canada, 2010.
- ⁶ Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, [Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé](#), 2014.
- ⁷ Michael MARMOT et Collab., [Fair society, healthy lives](#), Strategic review of health inequalities in England post-2010, The Marmot Review, 2010.
- ⁸ Michael MARMOT et Collab., [Fair Society, Healthy Lives, Starregic Review of Health Inequalities in England](#), post-2010.
- ⁹ Nadine Girouard et Collab, DRSP CCSMTL, [Portrait synthèse du développement des enfants à la maternelle pour la région de Montréal, Résultats de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle \(EQPEM\) 2022](#), Décembre 2023.



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

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



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 développement¹.

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-Britannique², l'Australie³ ou le Royaume-Uni⁴. 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-groupes⁵.

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^{6,7}. 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^{2,3}, 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

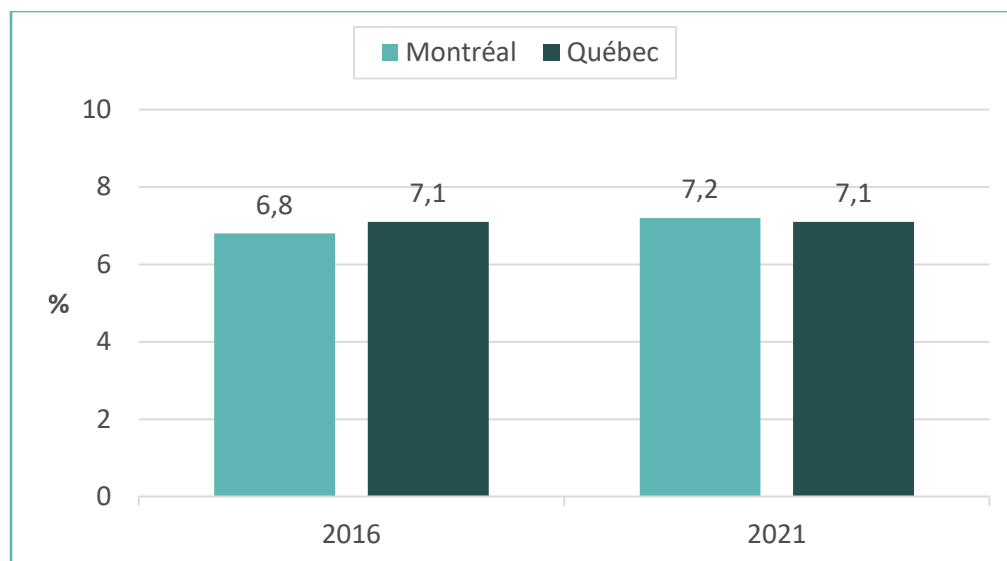
Chaque indicateur est suivi des principaux constats qui s'en dégagent à Montréal, d'une explication de sa pertinence pour la santé des enfants, et de pistes d'action à envisager. Pour aller plus loin, l'annexe 1 présente les résultats par territoire de CLSC pour ces huit indicateurs, ainsi que certaines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



PÉRINATALITÉ

Naissances prématurées

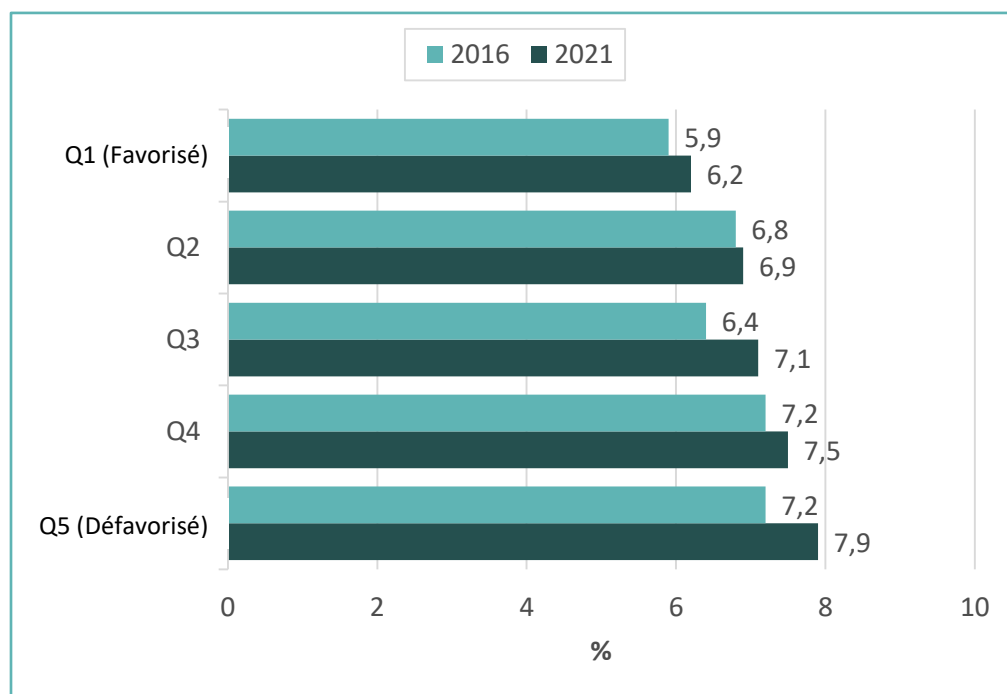
Figure 1 – Proportion (%) des naissances prématurées, Montréal, 2016 et 2021



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

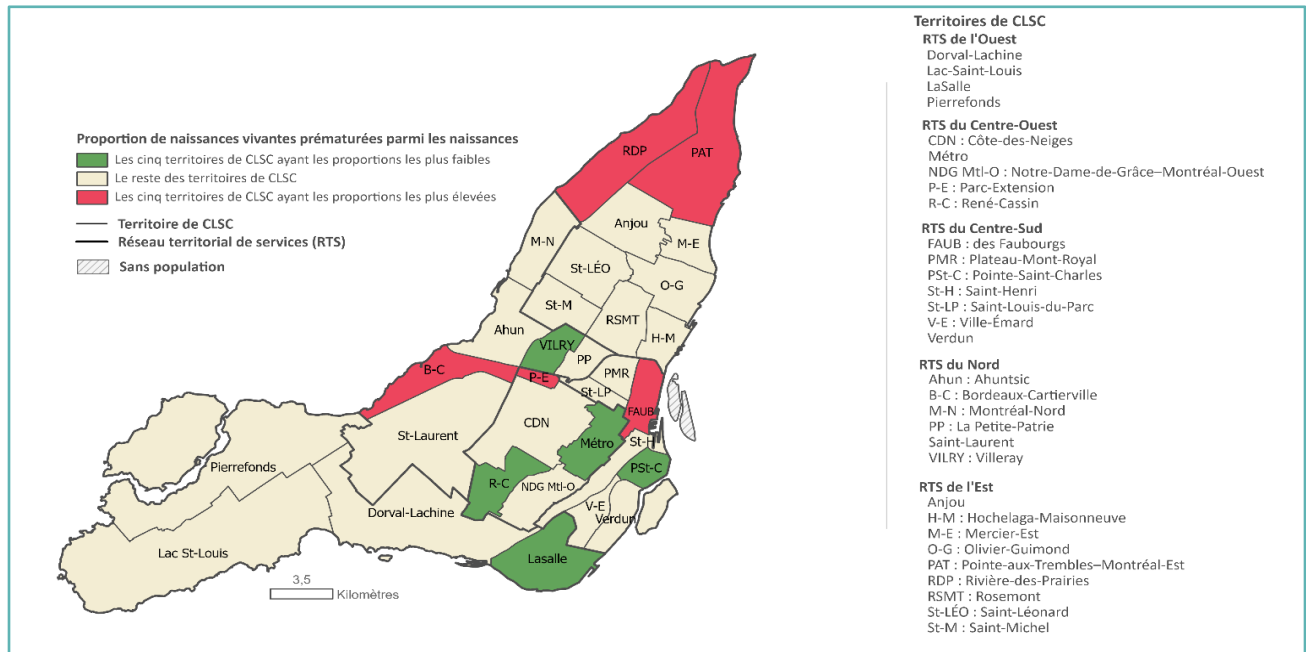


Source : MSSS (2023). Fichier des naissances, 2016 à 2021.



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^{8,9}.
- 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^{10,11}.

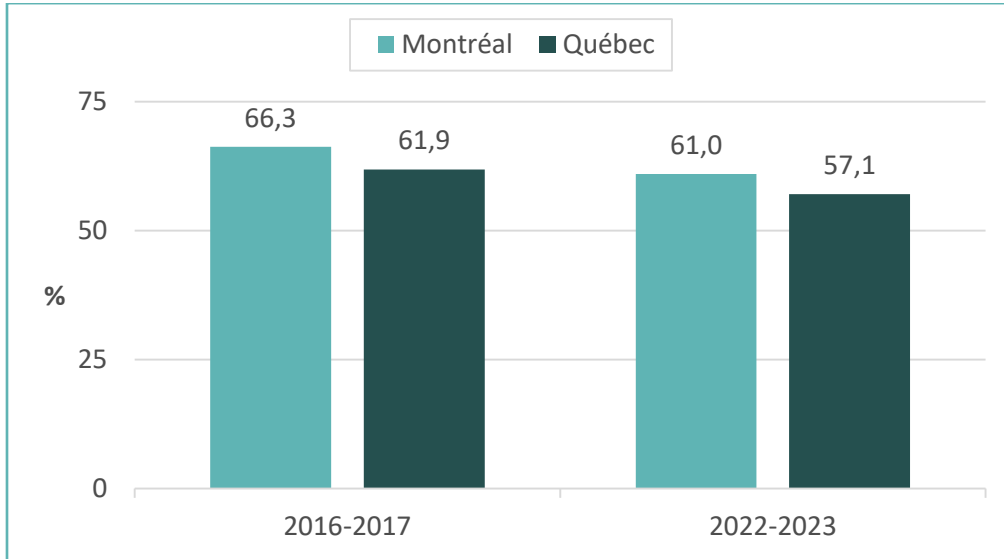
Quelles sont les pistes d'action à envisager pour Montréal ?

- 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

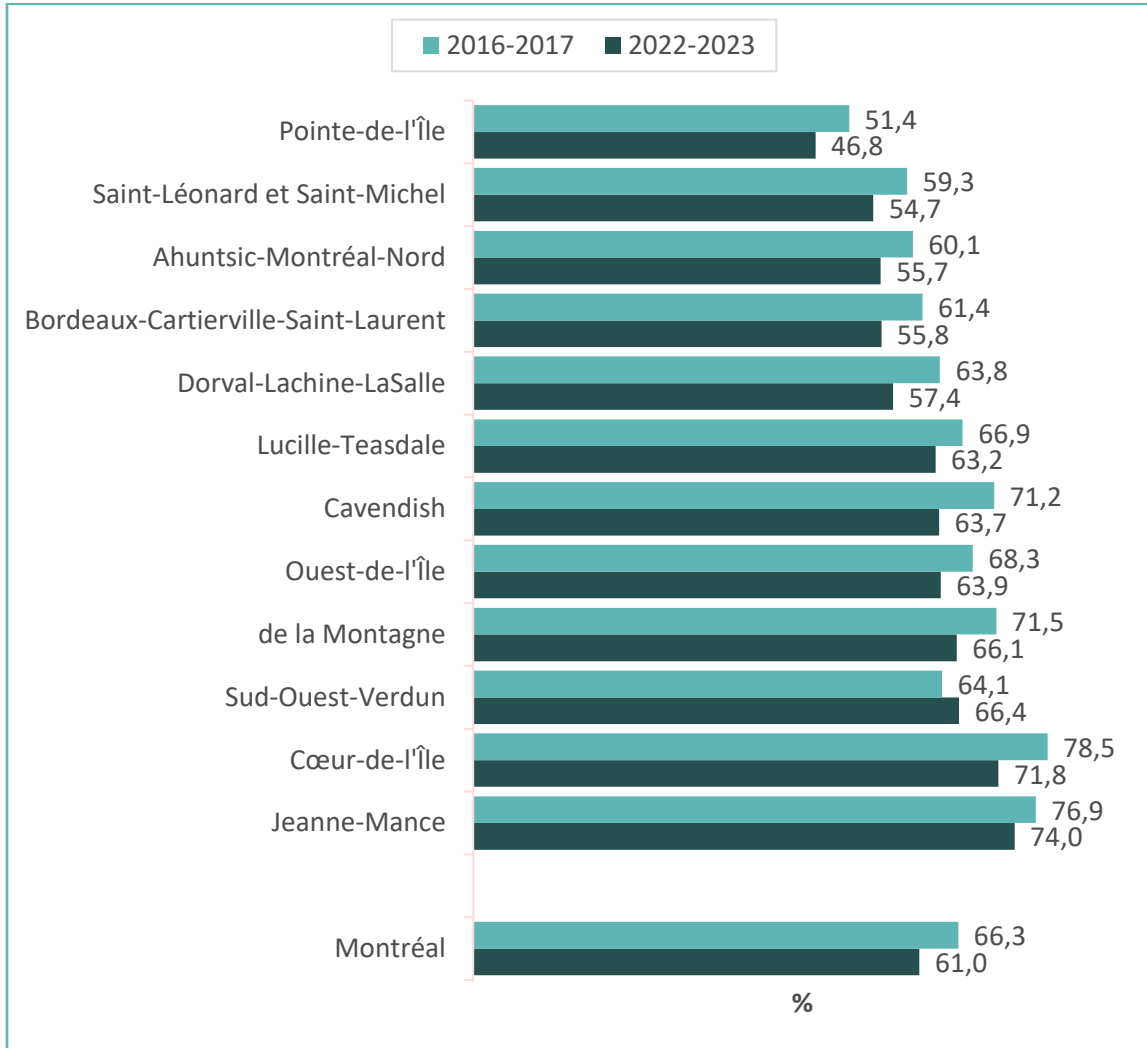


Source : I-CLSC (2024). Fichier Outils régionaux, 2016-2017 à 2022-2023.
 Mise à jour de l’indicateur le 24 avril 2024.



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 développement¹². 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)¹³. 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^{14,15}.
- 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 défavorisés¹⁶.
- 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^{17,18,19}.

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

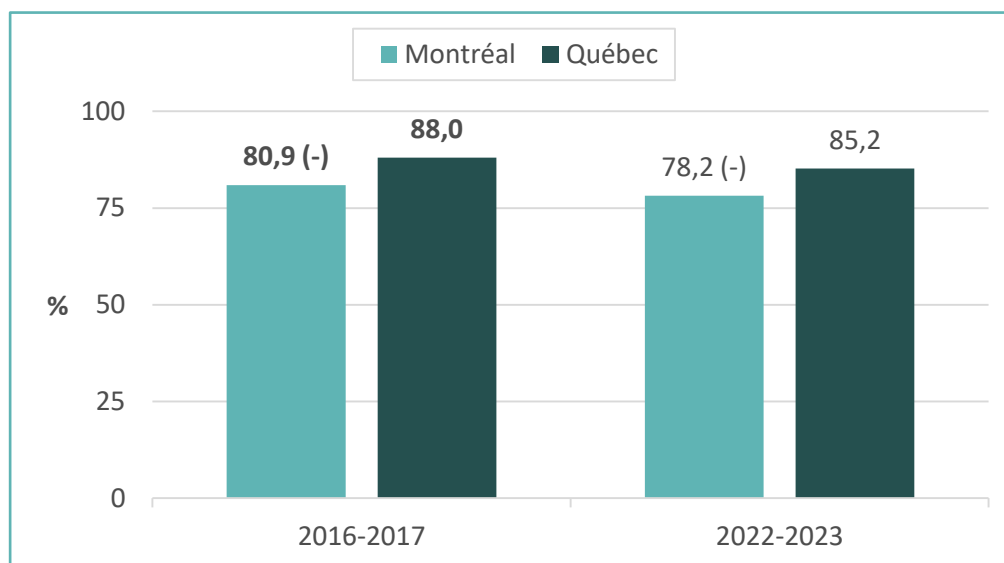
- Accélérer l'implantation de l'*Initiative des Amis des Bébé*s (IAB) dans les établissements de santé, considérant son efficacité pour améliorer la durée et l'exclusivité de l'allaitement²⁰.
- Promouvoir la formation nationale en allaitement²¹ offerte en ligne auprès de tous les cliniciens travaillant 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'âge¹ contre la RRO-Var² 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.

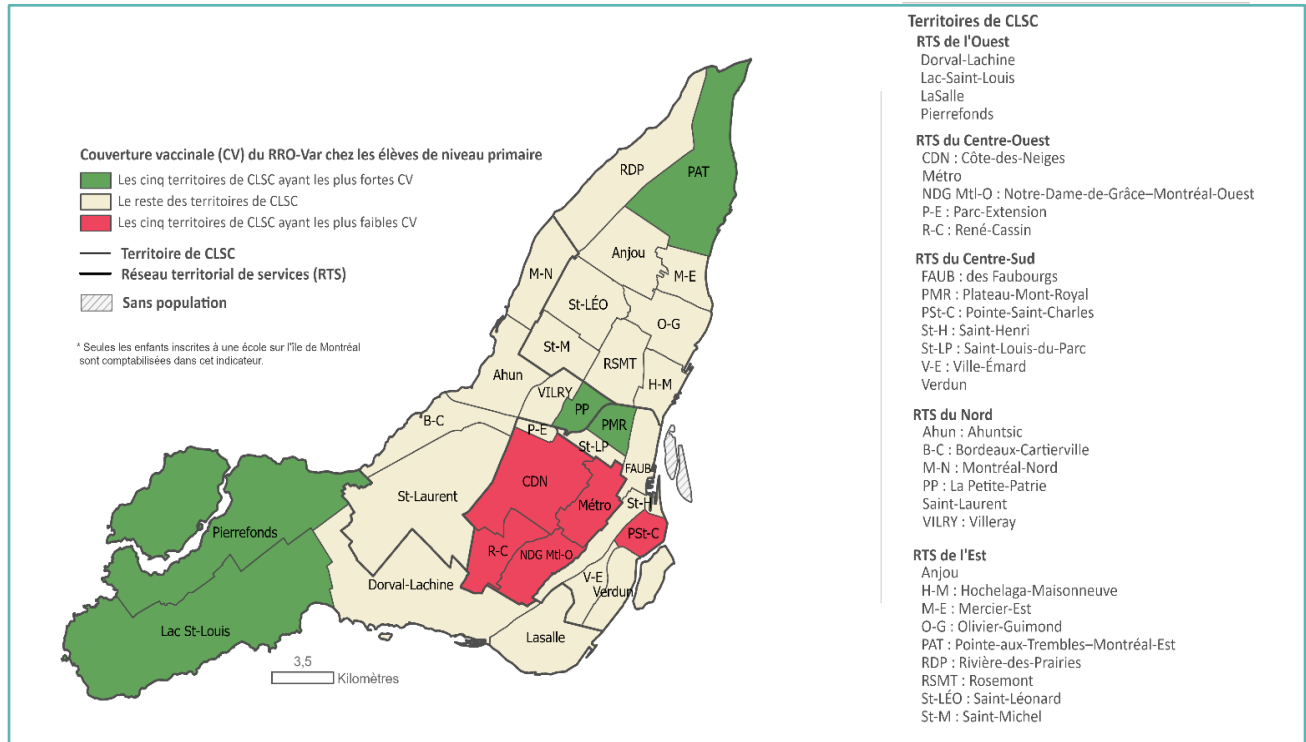
¹ Les données présentées correspondent à la couverture vaccinale parmi les élèves appariés au registre de vaccination du Québec. Celles-ci peuvent ne pas correspondre parfaitement à la réalité puisque les élèves non appariés représentent les élèves pour lesquels les informations de vaccination n'ont 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.

² 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 vaccinale¹¹ contre la RRO-Var¹² 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^{22,23}. Bien que les maladies infectieuses demeurent parmi les principales causes de mortalité et d'hospitalisation chez les enfants²⁴, les vaccins les ont fait drastiquement reculer²⁵.
- 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-19²⁶. Toutefois, la pandémie semble aussi avoir influencé favorablement les attitudes des parents à l'égard des vaccins en général^{27,28}.

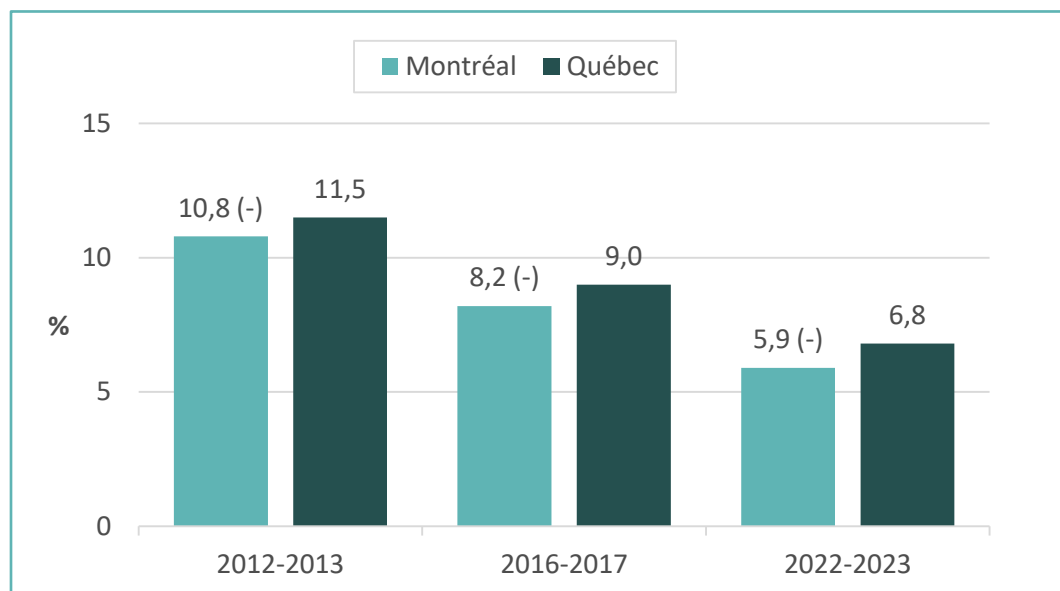
Quelles sont les pistes d'action à envisager pour Montréal ?

- 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 ans³

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).

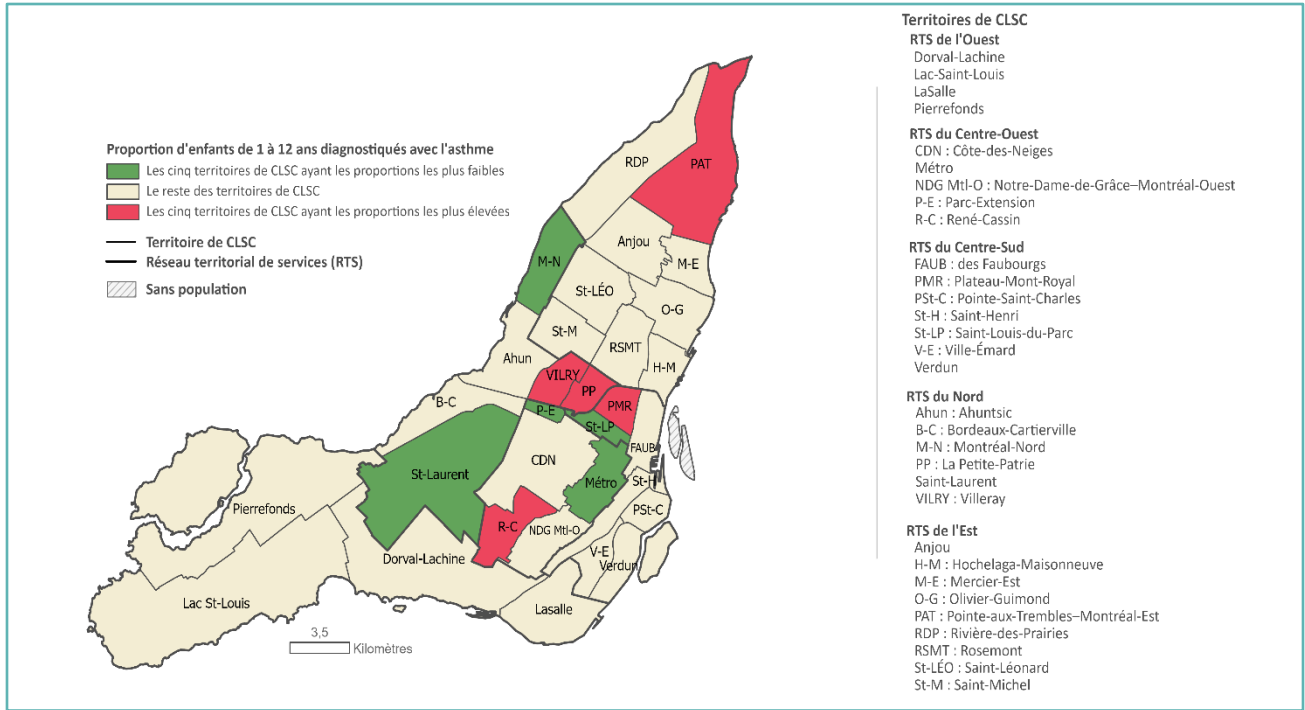
Mise à jour de l'indicateur le 19 avril 2024.

³ 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^e et 10^e 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 vie²⁹.
- 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^{30,31}.
- 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 santé³².

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

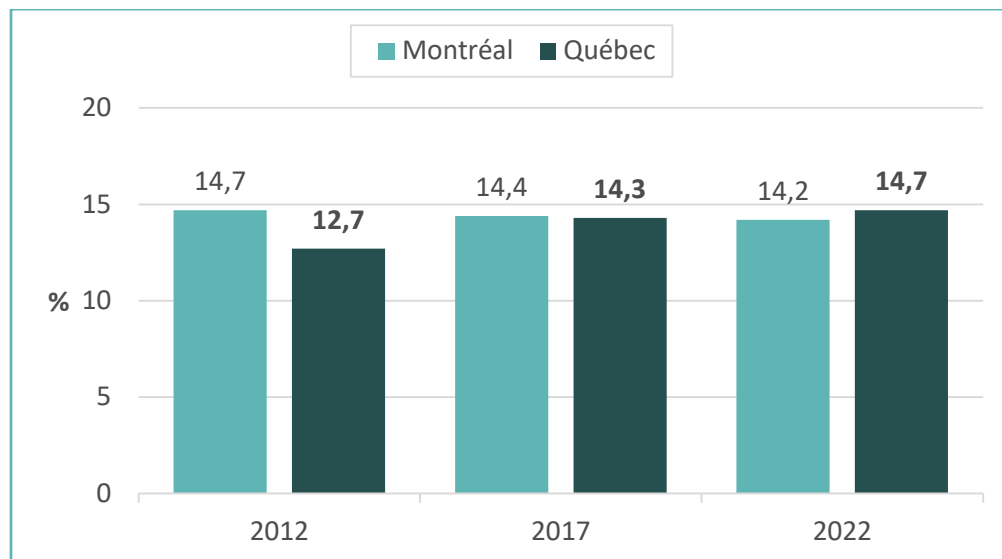
- Documenter l'accès aux soins de santé et les comportements d'utilisation des services diagnostiques afin de contextualiser les données sur l'asthme et mieux comprendre pourquoi certains territoires plus défavorisés ont des proportions faibles d'enfants diagnostiqués avec l'asthme.
- Mettre en place 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

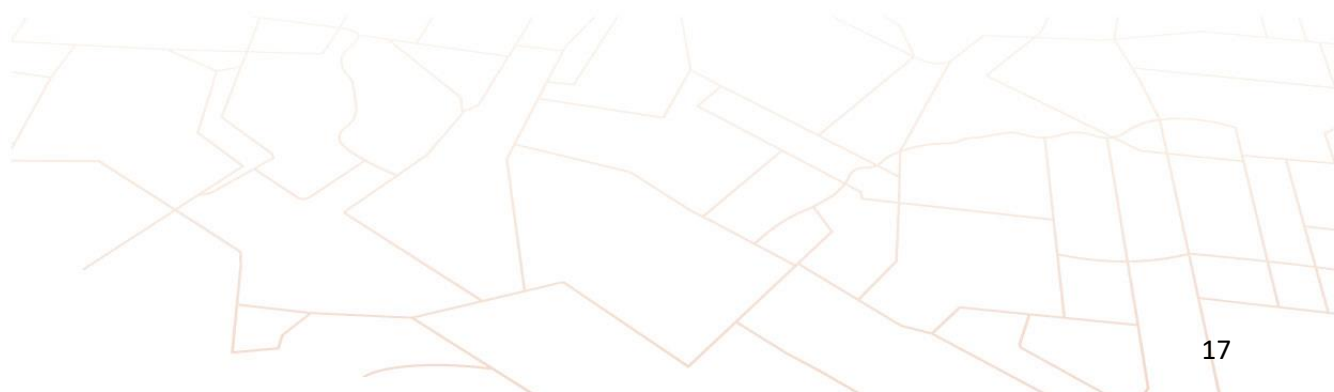
Vulnérabilité développementale des enfants de maternelle

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



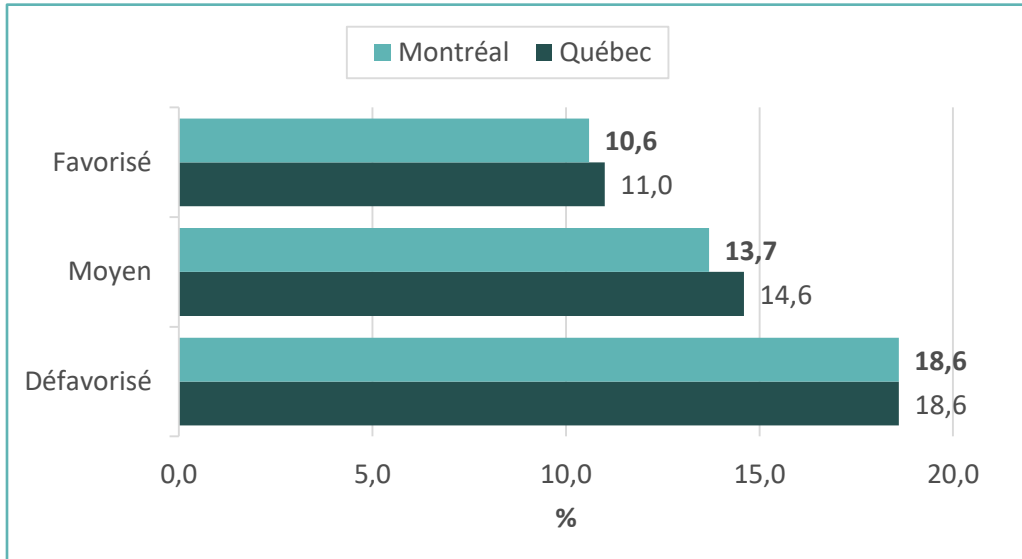
Le caractère gras exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 5 %.

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



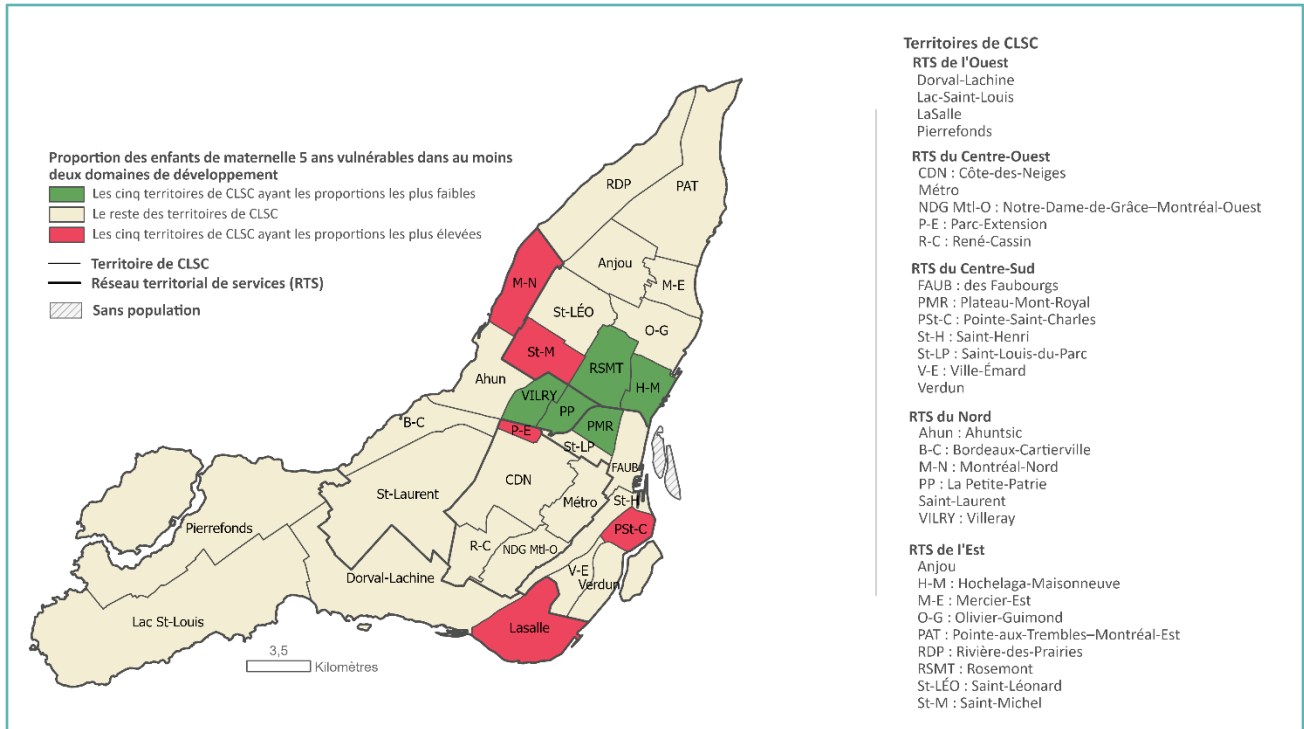
Le caractère gras exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 5 %.

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 développement³³, 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 socioaffectives³⁴.
- 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.

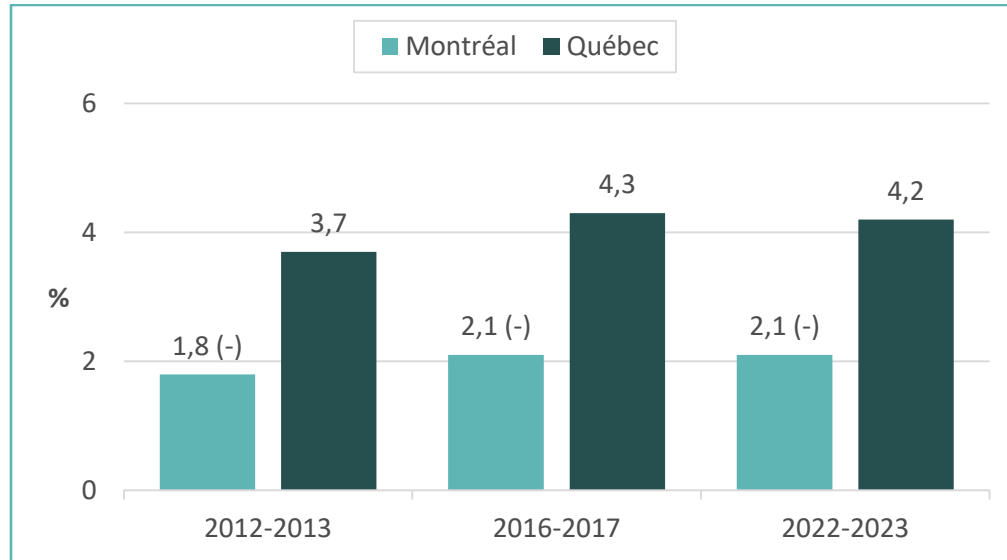
Quelles sont les pistes d'action à envisager à Montréal ?

- 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

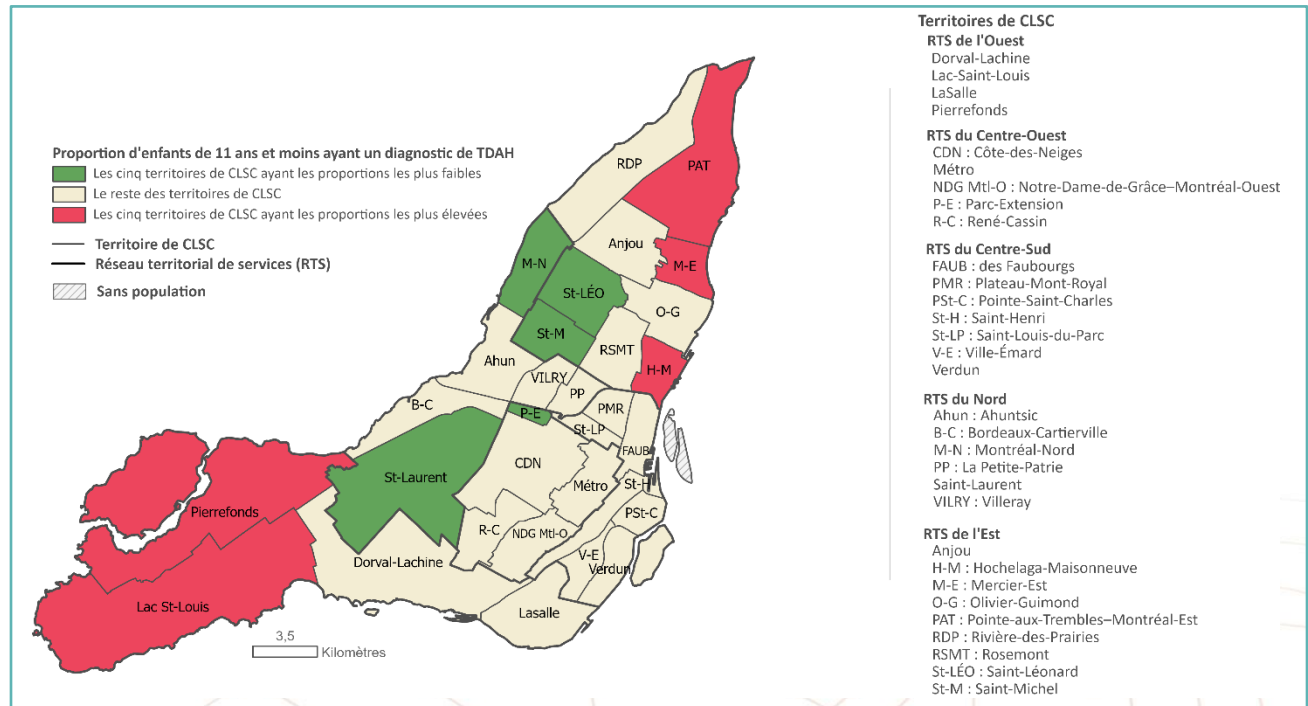


(+/-) Valeur significativement différente de celle du reste du Québec, au seuil de 1 %.

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 ?

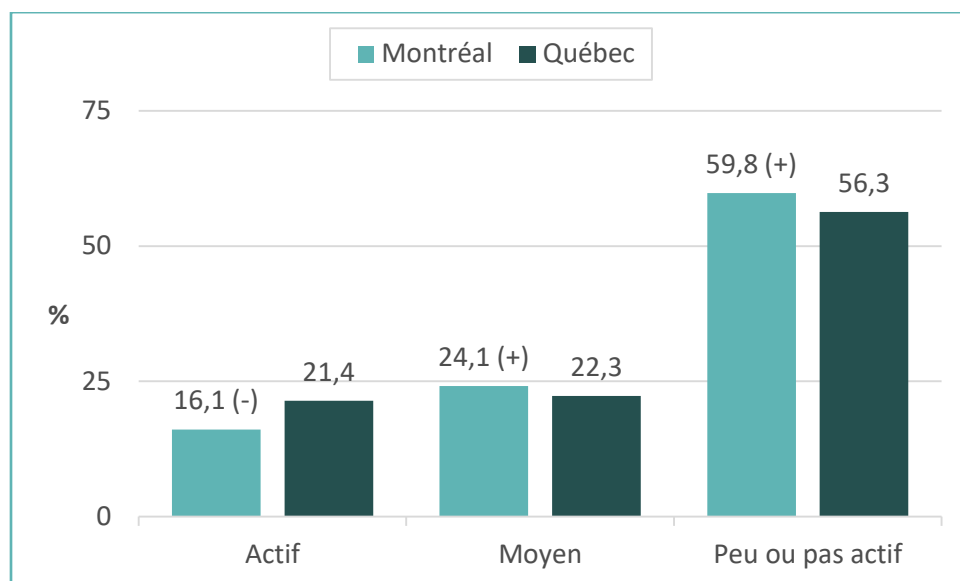
- Documenter l'accès aux services diagnostiques et le comportement de consultation des parents pour mettre en contexte les données locales et mieux comprendre pourquoi certains territoires plus défavorisés ont des proportions faibles d'enfants diagnostiqués avec un TDAH.
- Sensibiliser les parents aux 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



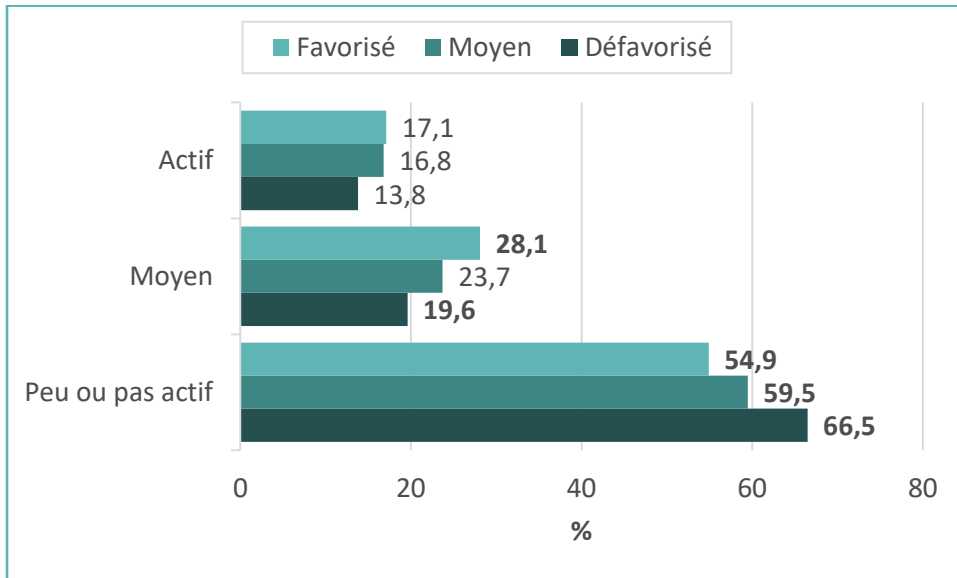
(+/-) Valeur significativement différente de celle du reste du Québec, au seuil de 5 %.

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.



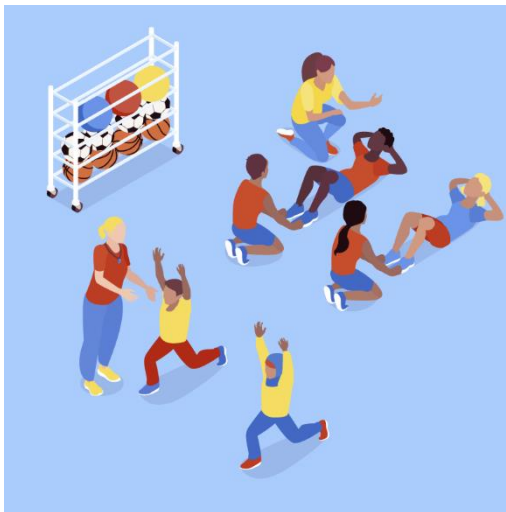
Activité physique selon la défavorisation matérielle

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^{35,36,37}.

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

- Selon les *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures*³⁸, 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 éducative³⁹.

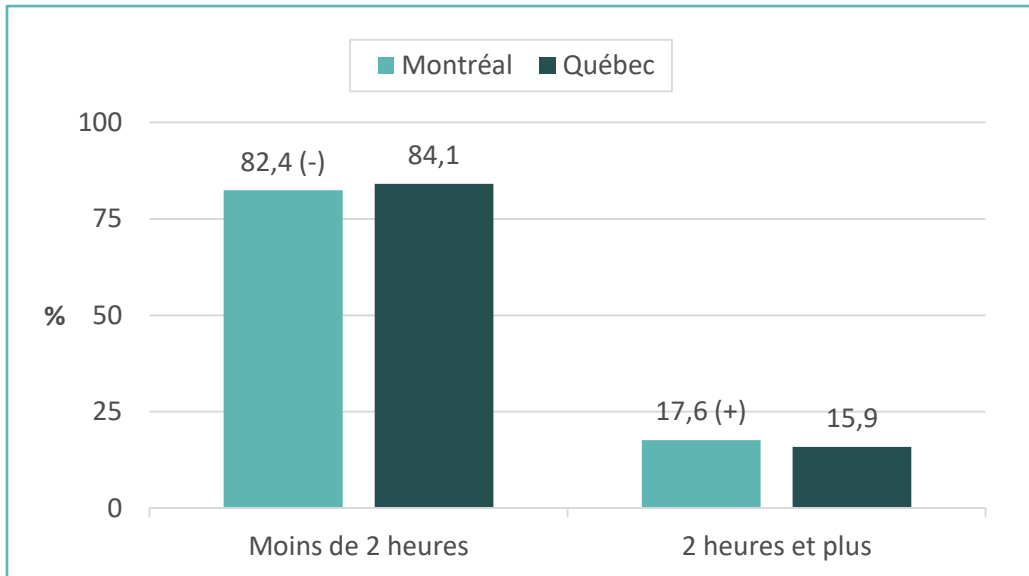
Quelles sont les pistes d'action à envisager pour Montréal ?

- 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'écran⁴

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 %.

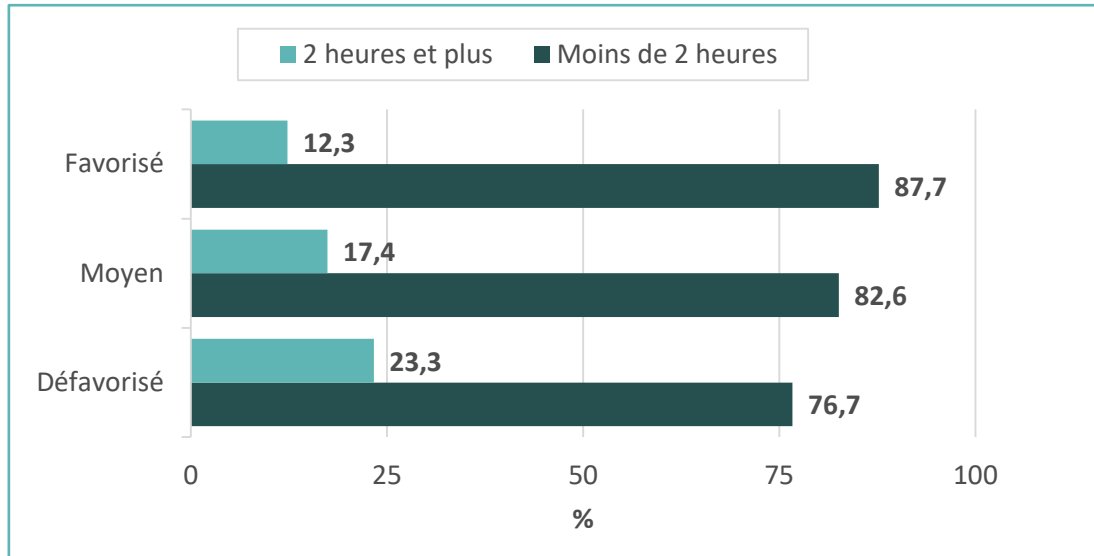
Source : ISQ (2022). Fichier maître de l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle (EQPPEM). Québec : Gouvernement du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 14 novembre 2023

⁴ 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

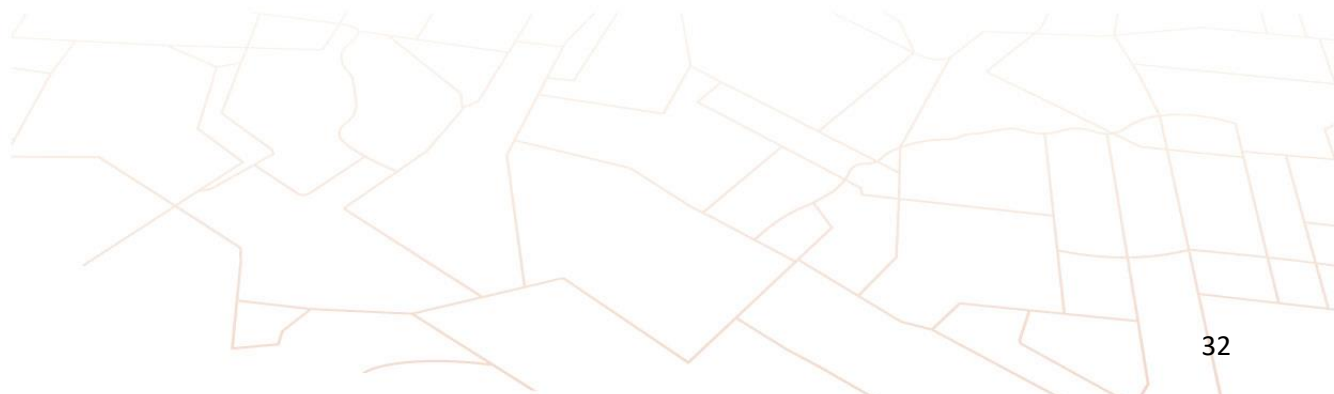
Un portrait de santé demande au départ de faire l'inventaire des sources de données disponibles pour la population à laquelle on s'intéresse, comme ici les enfants montréalais de 0 à 12 ans. Il existe, à ce sujet, principalement cinq sources de données de surveillance :

- 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 (EQPPEM).
- 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 EHDA⁵ (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.

⁵ 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
Montréal	7,2

(+/-) 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
Montréal	78,2

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
Montréal	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* (-)
Montréal	14,2

(+/-) 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
Montréal	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

- ¹ Camil BOUCHARD, MSSS, [*Un Québec fou de ses enfants, Rapport du groupe de travail pour les jeunes*](#), 179 p, 1991.
- ² Child health BC, Child Health Indicators BC, [*Childhealthbc.ca*](#), 2013.
- ³ Australian Institute of health and Welfare, *Children’s headline indicators*, Australia: Australian Government, 2019.
- ⁴ Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), [*State of Child Health in the UK*](#) , 2020.
- ⁵ Michael Marmot, [*Fair society, healthy lives : the Marmot Review, strategic review of health inequalities in England*](#), post-2010.
- ⁶ MSSS, [*Programme national de santé publique 2015-2025, Pour améliorer la santé de la population du Québec*](#), 2015
- ⁷ DRSP CCSMTL, [*Plan d’action régional intégré de santé publique de Montréal \(PARI-SP\)2023-2025*](#), 2023.
- ⁸ Organisation mondiale de la Santé (OMS), [*Naissances prématurées, Principaux faits*](#), 2023.
- ⁹ La société Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC), [*Accouchement, Travail prématuré*](#), 2017.
- ¹⁰ OMS, [*Naissances prématurées, principaux faits, op. Cit.*](#), 2023
- ¹¹ SOGC, [*Accouchement, Travail prématuré, op. Cit.*](#), 2017.
- ¹² INSPO, [*Allaitement – Pour accompagner les parents*](#), Gouvernement du Québec, 2019.
- ¹³ 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.
- ¹⁴ 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.
- ¹⁵ Andrew M. PRENTICE, [*Breastfeeding in the Modern Word*](#), Annals of Nutrition and Metabolism, 78 (Suppl.2) 29-38, 2022.
- ¹⁶ 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.
- ¹⁷ 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.
- ¹⁸ Amélie LAVOIE et Christine DOUCET, ISQ, [*Naître en pleine pandémie au Québec*](#), 2023.
- ¹⁹ 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.
- ²⁰ MSSS, [*Allaitement et alimentation, Initiative des amis des bébés*](#), 2024.
- ²¹ MSSS, [*Formation nationale en allaitement, Revitalisation de l’initiative des amis des bébés à travers le développement des compétences au Québec*](#), 2024.
- ²² Agence de santé publique du Canada, [*Enquête nationale sur la couverture vaccinale des enfants, 2021*](#), Ottawa, Gouvernement du Canada, 2021.



- ²³ 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.
- ²⁴ Observatoire des tout-petits, [Maladies infectieuses](#), 2018.
- ²⁵ CHU Sainte-Justine, [Un peu d'histoire : Maladies Infectieuses](#), Montréal, 2015.
- ²⁶ Gouvernement du Canada, [Faits saillants de l'Enquête nationale sur la couverture vaccinale des enfants \(ENCVE\) de 2021](#).
- ²⁷ Agence de santé publique du Canada, Ottawa, Gouvernement du Canada, *op. Cit.*, 2021.
- ²⁸ INSPQ, [Étude sur la couverture vaccinale des enfants québécois âgés de 1 an et 2 ans en 2021](#), Rapport préliminaire, Gouvernement du Québec, 2023.
- ²⁹ OMS, [Asthme, principaux faits](#), 2024.
- ³⁰ Kaiser D., Lévesque M., et Pénicaud S., DRSP CCSMTL, [Pollution de l'air : Effets sur la santé et pistes de solutions](#), 2019.
- ³¹ 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.
- ³² CISSS de Lanaudière, [Taux d'incidence de l'asthme pour la population d'un an et plus \(SISMACQ\)](#), version d'avril 2024.
- ³³ 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.
- ³⁴ Health surveillance indicators : [Vulnerability in Early Child Development](#), Toronto Public Health, 2016.
- ³⁵ 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.
- ³⁶ 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.
- ³⁷ 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.
- ³⁸ 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.
- ³⁹ Center for Disease Control and Prevention, [Health Benefits of Physical Activity for Children, Adults, and Adults 65 and Older](#), 2023.





Chapitre

2



Les familles montréalaises : leurs visages, leurs conditions de vie

Rapport de la directrice de santé publique de Montréal - 2024

Table des matières

CHAPITRE 2 LES FAMILLES MONTRÉALAISES : LEURS VISAGES, LEURS CONDITIONS DE VIE.....	3
Une population stable, des quartiers qui changent.....	4
La structure familiale : Montréal, miroir du Québec	4
Les familles immigrantes: au cœur de la métropole.....	6
La scolarité des parents : Montréal mène le bal	9
Payer le loyer ou nourrir sa famille ?.....	12
Enrayer les causes des causes	12
Suivre les tendances de plus près	15
CONCLUSION	16
RECOMMANDATION	17
RÉFÉRENCES	18



Chapitre 2 | Les familles montréalaises : leurs visages, leurs conditions de vie

Un des principaux constats qui se dégagent de notre tournée locale de l'EQDEM est que les familles montréalaises ont beaucoup changé au cours des dernières années. Il en va de même pour leurs conditions de vie et leurs besoins de santé, qui évoluent rapidement. Ce chapitre vise à établir le portrait démographique et socioéconomique des enfants montréalais de 0 à 12 ans et de leurs familles, à l'aide d'une série d'indicateurs qui permettent des comparaisons temporelles et géographiques.

Ces données, qui proviennent principalement du Recensement 2021 et ne reflètent donc pas tous les changements que notre société a connus depuis la pandémie, témoignent néanmoins des grands défis contemporains pour Montréal, et mettent en lumière plusieurs caractéristiques qui distinguent la région. Par ailleurs, des constats tirés de notre tournée sur les réalités des familles montréalaises viennent enrichir les indicateurs présentés.

Le chapitre examine également les répercussions des conditions de vie défavorables sur la santé et le développement des enfants, en portant une attention particulière au faible revenu, à l'insécurité alimentaire et au logement. Enfin, des actions inspirées d'initiatives prometteuses sont mises de l'avant pour s'attaquer aux causes profondes des problèmes de santé et favoriser une plus grande équité en santé chez les enfants montréalais.

Quand la pauvreté s'incruste sous la peau des enfants

Comment les environnements dans lesquels les enfants grandissent interagissent-ils avec leur biologie pour créer des inégalités de santé et de développement ? Des travaux internationaux et canadiens portent spécifiquement sur cette question d'intérêt depuis quelques années déjà, entre autres sous le leadership de la *Commission sur les déterminants sociaux de la santé* de l'OMS et du *Human Early Learning Partnership* en Colombie-Britannique^{1,2,3}. C'est l'épidémiologiste canadien Clyde Hertzman qui a introduit le concept d'**incorporation biologique** (*biological embedding*) dans ce champ de recherche. Plus précisément, ses travaux portaient sur les effets de la pauvreté chronique sur la santé des enfants, et sur les diverses façons dont le stress quotidien peut entrer dans leur corps. C'est notamment par des mécanismes liés à l'épigénétique, au système immunitaire, aux hormones et à l'architecture des neurones que les conditions de vie difficiles affectent directement la santé physique et mentale des enfants⁴. Ce type de recherche a grandement aidé la santé publique à mieux comprendre les inégalités de santé chez les enfants et il reste encore beaucoup à apprendre pour identifier des cibles d'action spécifiques permettant de modifier positivement leurs trajectoires de vie.

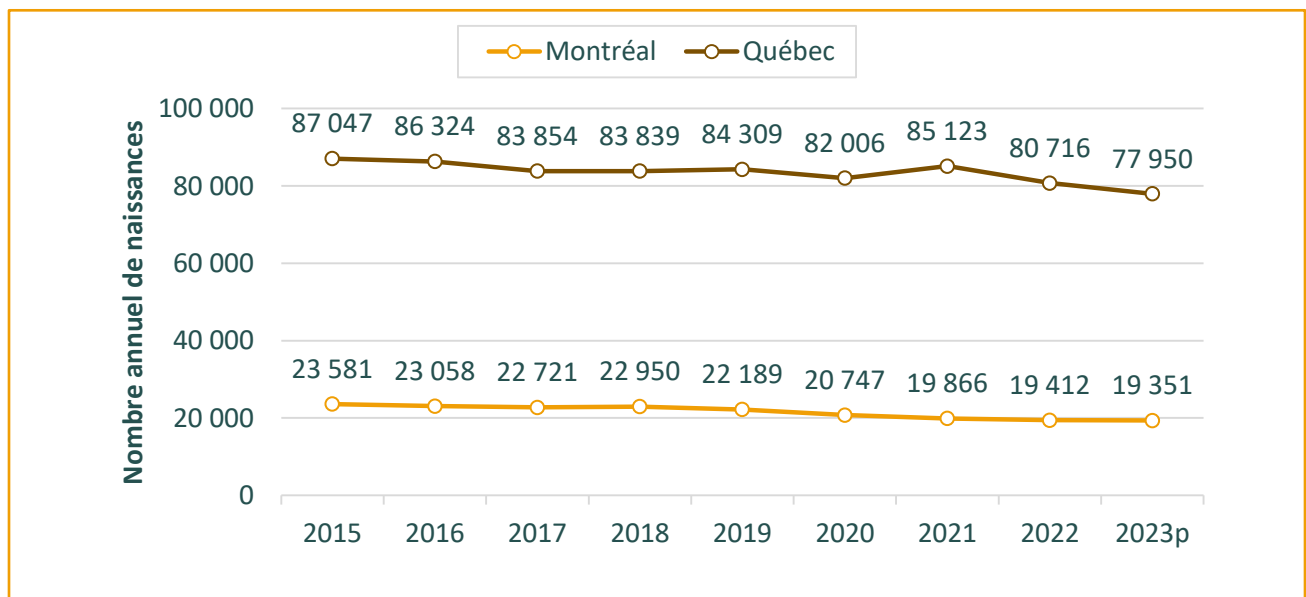


Une population stable, des quartiers qui changent

Dans la région montréalaise, la population des 0 à 12 ans semble se maintenir dans le temps en termes de nombre total d'enfants. Puisque la mobilité des familles est grande dans la métropole (voir le chapitre 4 qui traite du logement), il faut également s'intéresser aux dynamiques à l'échelle locale, où l'on observe des variations démographiques plus importantes. Voyons-y de plus près :

- En 2021, le nombre d'enfants de 0 à 12 ans résidant à Montréal s'élevait à 269 355⁵ alors qu'on en dénombrait 269 415 en 2016⁶.
- Certains territoires de CLSC ont vu leur population d'enfants varier considérablement.
 - On observe une augmentation de la population d'enfants de 15 % dans le territoire de Mercier-Est, de 11 % dans le territoire de Saint-Henri et de 9 % dans celui des Faubourgs.
- Ville-Émard et Parc-Extension ont quant à eux plutôt vu une diminution de leur population de 0 à 12 ans, respectivement de 8 % et de 7 %.
- En 2023, plus de 19 000 naissances⁷ ont eu lieu à Montréal, ce qui représente environ le quart des naissances du Québec (données provisoires).
 - On observe une légère diminution du nombre de naissances sur le territoire montréalais au cours des 10 dernières années⁸. On note également une diminution à l'échelle de la province.

Figure 1 – Nombre annuel de naissances, Montréal et l'ensemble du Québec, 2015-2023p.



p : indique des données provisoires
 Source : MSSS, Fichier des naissances



La structure familiale : Montréal, miroir du Québec

Selon les données du dernier recensement, les familles montréalaises ressemblent beaucoup à celles du reste du Québec en termes de composition et de structure familiale :

- Parmi les familles montréalaises comptant au moins un enfant de 0 à 17 ans, 35 % avaient un seul enfant, 42 % avaient deux enfants et 22 % avaient 3 enfants ou plus (figure 2)
 - La proportion de familles avec un seul enfant est légèrement plus élevée à Montréal que dans le reste du Québec (31 %)⁹.
- 18 % des enfants montréalais de 0 à 11 ans vivaient dans une famille monoparentale, proportion similaire à celle du reste du Québec.
 - La tendance est stable depuis 2016, où cette proportion était de 19 %.
- Cette proportion variait entre 10 % dans le territoire du CLSC de Saint-Louis-du-Parc et 28 % dans le territoire de CLSC de Montréal-Nord.
- Dans 83 % des cas, les familles monoparentales montréalaises étaient dirigées par un parent de genre féminin, proportion supérieure au reste du Québec (73 %).

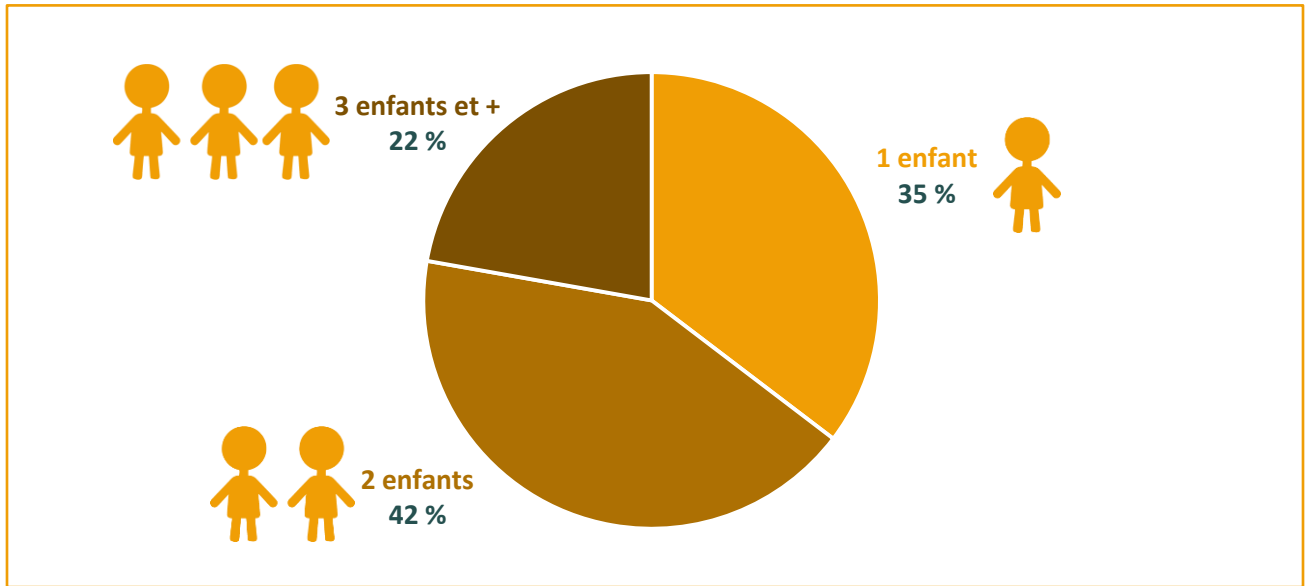
Une politique efficace pour réduire la pauvreté

Bonne nouvelle : depuis l'introduction de l'allocation canadienne pour enfants en 2016, le taux de pauvreté des familles monoparentales dirigées par une femme a chuté de moitié ! Au Canada, cette proportion est passée de 63 % en 2016 à 31 % en 2021¹⁰, ce qui demeure tout de même encore très élevé.

Malgré ces ressemblances entre Montréal et le reste du Québec, les mères monoparentales de la région montréalaise retiennent notre attention, car elles sont plus nombreuses qu'ailleurs au Québec. On sait que les familles monoparentales – et encore plus particulièrement celles dirigées par des femmes – sont plus à risque de vivre dans des conditions de vie difficiles¹¹.



Figure 2 – Nombre d’enfants dans les familles montréalaises comptant au moins un enfant de 0 à 17 ans, 2021.



Source : Statistique Canada, Recensement 2021



Qu'en est-il des familles autochtones de Montréal ?

À Montréal, la proportion d'enfants de 0 à 14 ans d'identité autochtone (Première Nation, Inuit ou Métis) est de 0,9 % ce qui représentent environ 2900 enfants.

Les familles autochtones qui vivent en milieu urbain ont des parcours et des situations de vie très diversifiés. Une enquête menée en 2017 par le *Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec*¹² a montré que les familles autochtones qui vivent en ville présentent un profil socioéconomique qui influence la relation qu'elles ont avec les services offerts en ville et qui les rend plus à risque de présenter différents problèmes de santé. Parmi les parents de jeunes enfants ayant répondu à cette enquête :

- 63 % avaient un revenu familial de moins de 20 000 \$.
- 50 % n'avaient aucun diplôme.
- 39 % étaient des familles monoparentales.
- 63 % ont rapporté avoir été victimes de racisme dans les services publics.

Parce que les familles autochtones vivent plus fréquemment dans des environnements précaires et expérimentent souvent différents obstacles pour accéder aux services, elles cumulent une variété de facteurs de vulnérabilité qui peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé des enfants¹³. Ainsi, une attention particulière doit être portée aux enjeux vécus par les enfants autochtones à Montréal.



Les familles immigrantes : au cœur de la métropole

Depuis longtemps, les partenaires qui interviennent auprès des enfants montréalais savent qu'ils doivent adapter leurs services aux familles immigrantes, en particulier celles nouvellement arrivées au pays. Explorons les tendances en matière d'immigration chez les familles montréalaises selon les données du dernier recensement :

- En 2021, 67 % des enfants de 0-11 ans vivaient dans une famille où au moins 1 parent (ou le parent seul) était issu de l'immigration.
 - Cette proportion est beaucoup plus élevée que pour le reste du Québec, où elle s'élève à 21 %.
 - Cette proportion est en augmentation depuis plusieurs années au Québec et à Montréal, où elle était de 63 % en 2011 et de 65 % en 2016 (figure 3).
- La proportion d'enfants issus de l'immigration variait énormément d'un territoire de CLSC à l'autre.
 - Par exemple, elle était de 39 % dans le territoire de Pointe-aux-Tremble-Montréal-Est et s'élevait à 90 % dans celui de Parc-Extension.
- Concernant l'immigration récente plus spécifiquement, 13 % des enfants montréalais faisaient partie d'une famille ayant immigré au cours des 5 années précédant le recensement.
 - La proportion d'enfants de 0-11 ans issus de l'immigration récente varie de 3 % (territoire de CLSC Pointe-Saint-Charles) à 28 % (territoire de CLSC Métro)
- Concernant la langue parlée à la maison, 10 % des enfants de la maternelle en 2022 parlaient exclusivement une langue autre que le français ou l'anglais.
 - Cette proportion était plutôt de 3 % pour le reste du Québec¹⁴.

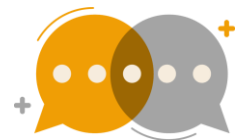
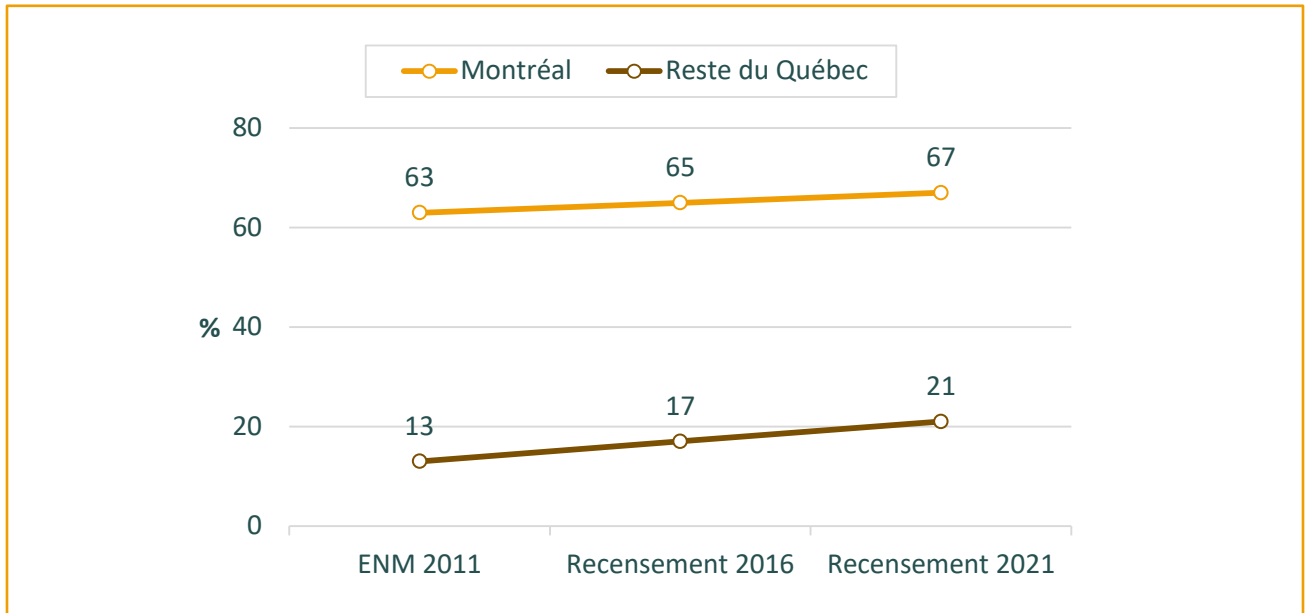


Figure 3 – Proportion des enfants de 0 à 11 ans vivant dans une famille immigrante, Montréal et le reste du Québec 2011, 2016 et 2021.



Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011, Recensement 2016, Recensement 2021

Des familles immigrantes, des parcours diversifiés

L’immigration a de multiples visages ; elle peut être volontaire et faire partie d’un projet familial (p. ex. : immigration économique), ou, à l’inverse, elle peut être forcée et imprévue (p. ex. : fuite du pays d’origine et demande d’asile).

L’histoire des familles immigrantes est parfois parsemée de traumatismes et de séparations prolongées entre les enfants et les parents, ce qui représente un fardeau émotionnel supplémentaire pour les nouveaux arrivants¹⁵. Les parcours migratoires des familles montréalaises ont des impacts variables sur leur santé physique et mentale, selon leurs conditions de vie à l’arrivée, leur réseau social et leur accès aux services.

Mais quel que soit leur parcours, l’arrivée dans un nouveau pays comporte toujours son lot de stress pour ces familles et leur demande nécessairement une adaptation importante¹⁶. Dans une perspective d’équité en santé, il est donc essentiel de se préoccuper des familles immigrantes de Montréal et de déployer un arsenal de services qui tiennent compte de la diversité et de l’intensité de leurs besoins de santé, en appliquant le principe d’universalisme proportionné.



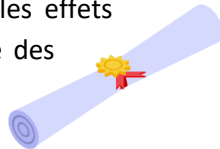
Des besoins différents, des services à adapter

À la lecture des indicateurs du dernier recensement, on doit garder en tête que le portrait des familles immigrantes de Montréal a probablement beaucoup évolué depuis 2021, qui marquait le début de l'augmentation prononcée de l'immigration qu'a connue récemment le Québec¹⁷. Dans ce contexte, les témoignages recueillis auprès des intervenants du terrain lors de notre tournée 2024 se sont avérés précieux pour comprendre la réalité de ces familles et enrichir les données présentées.

Lors de notre tournée, les besoins des familles nouvellement arrivées sont ressortis de nos échanges dans tous les territoires. Ces échanges nous ont permis de découvrir de multiples exemples inspirants d'organismes qui ont adapté leur offre de services en peu de temps – un défi de taille – selon plusieurs intervenants. On retient que les parents récemment arrivés rencontrent plusieurs difficultés d'accès aux services, notamment en raison des barrières linguistiques et du manque de connaissances sur les services disponibles. On trouvera au chapitre 8 des exemples de stratégies utilisées sur le terrain pour mieux tenir compte des réalités des familles nouvellement arrivées à Montréal. Car l'adaptation des services que l'on déploie collectivement doit suivre la cadence pour tenir compte des changements dans les caractéristiques et les besoins des familles montréalaises.

La scolarité des parents : Montréal mène le bal

On sait depuis longtemps que l'éducation des parents et la santé de leurs enfants sont intimement liées. Ainsi, un plus haut niveau de scolarité des parents peut moduler positivement la relation entre la pauvreté de la famille et le développement des enfants, atténuant les effets néfastes^{18,19}. Où en est donc la scolarité des parents montréalais ?



- À Montréal, en 2021, 70 % des parents d'enfants de 0 à 17 ans détenaient un diplôme d'études postsecondaires
 - Cette proportion est plus élevée dans notre région comparativement au reste du Québec, où elle s'élève à 56 %²⁰.

L'éducation des parents : facteur de protection pour le développement des enfants montréalais

Au Québec, les enfants dont les parents ont un diplôme de niveau secondaire, ou n'ont aucun diplôme, sont plus à risque d'être vulnérables dans les cinq domaines de leur développement à la maternelle, comparativement à ceux dont les parents ont un diplôme de niveau collégial ou universitaire²¹.

À Montréal, la proportion élevée de parents détenant un diplôme d'études postsecondaires est une grande force sur laquelle nos interventions peuvent s'appuyer.

En général, un plus haut niveau de scolarité est associé à un meilleur revenu d'emploi²². Or, cette relation n'est pas toujours linéaire, comme en témoigne la réalité de plusieurs parents montréalais. Par exemple, les personnes issues de l'immigration récente occupent fréquemment des postes de travail pour lesquels elles sont surqualifiées²³. En effet, une analyse de Statistique Canada démontre qu'en 2021, malgré une amélioration ces dernières années, le taux de surqualification des immigrants récents détenteurs d'un baccalauréat universitaire ou d'un grade supérieur était de 27 %, soit plus du double de celui des travailleurs nés au pays. La surqualification parmi les immigrants récents représente par ailleurs un prédicteur de leur intégration économique à long terme²⁴.

Le revenu des familles : Montréal toujours à la traîne



Les impacts de la pauvreté familiale sur la santé des enfants ne sont plus à démontrer^{25,26}. Même si les mécanismes de cause à effet ne sont pas toujours bien compris, on sait que la pauvreté constitue un stress toxique qui affecte en profondeur le développement et le bien-être des enfants, surtout lorsqu'ils la vivent de manière chronique²⁷. Ce n'est pas d'hier que les familles montréalaises ont des revenus plus bas que ceux du reste du Québec, mais qu'en est-il de la tendance des dernières années ? Regardons de plus près :

- À Montréal, en 2021, le revenu médian après impôt des familles avec au moins un enfant de 0 à 17 ans était de 84 000 \$
 - Il s'élevait à 95 000 \$ pour le reste du Québec

- En 2021, 15 % des enfants montréalais de 0 à 11 ans vivaient dans un ménage à faible revenu selon la Mesure du faible revenu (MFR) après impôt¹.
 - C'est une proportion presque deux fois plus élevée à Montréal comparativement au reste du Québec, où elle est de 8 %.

- Selon le territoire de CLSC, on observe de grandes variations dans la proportion d'enfants vivant sous la MFR à Montréal (figure 4).
 - Par exemple, cette proportion est de seulement 7 % pour le Lac-Saint-Louis tandis qu'elle s'élève à 32 % dans Parc-Extension.

Point de vigilance au sujet des données du Recensement 2021

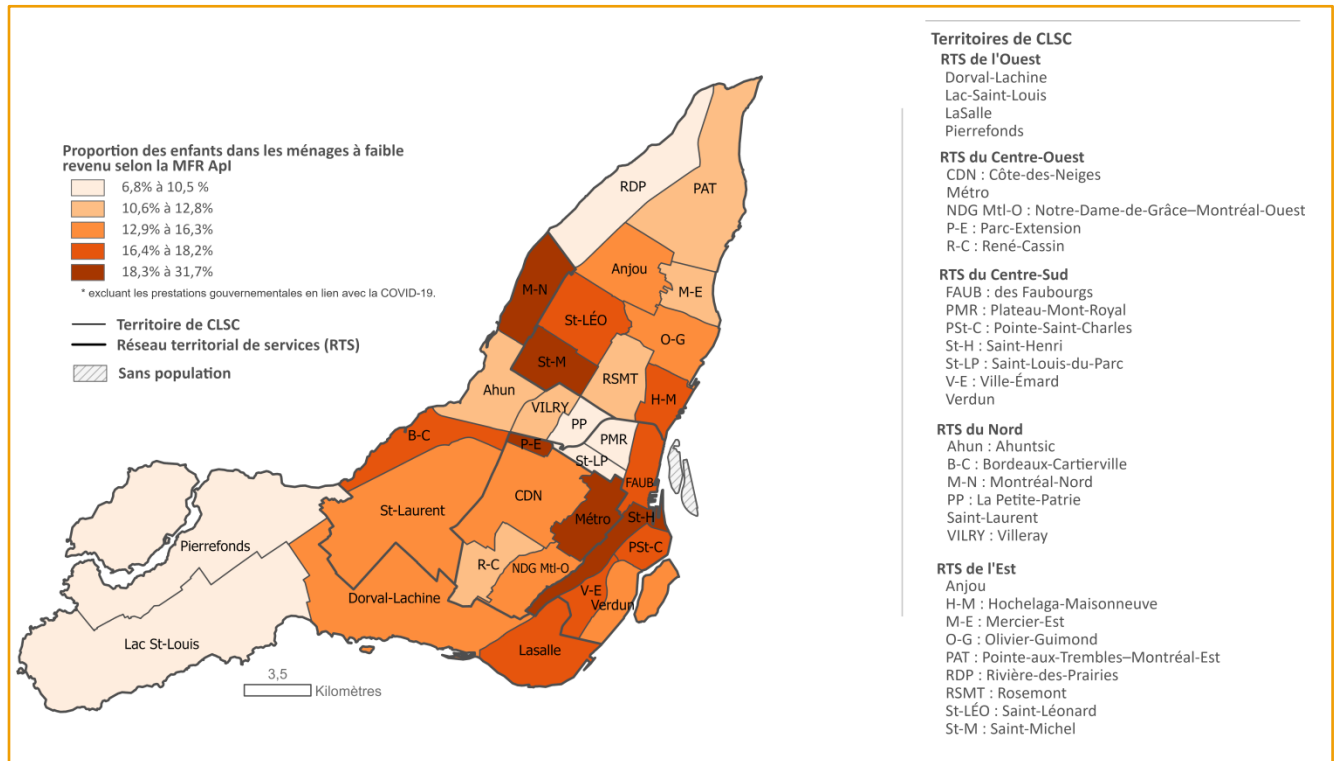
Les données sur le revenu présentées ici sont tirées du Recensement 2021, et portent sur l'année 2020. Elles incluent les prestations gouvernementales liées à la COVID-19, telles que la Prestation canadienne d'urgence (PCU). L'inclusion de ces prestations dans la mesure de faible revenu résulte en une sous-estimation probable du taux de faible revenu.

La nature temporaire de ces prestations complexifie l'analyse des tendances temporelles en matière de revenu – c'est pourquoi aucune comparaison avec les cycles précédents du Recensement n'est présentée dans ce document.

¹ La mesure utilisée est la Mesure de Faible Revenu après impôt



Figure 4 – Proportion d’enfants de 0 à 11 ans dans les ménages à faible revenu selon la mesure de faible revenu après impôts, Montréal, 2021.



Source : Statistique Canada, Recensement 2021.

L’insécurité alimentaire : un fardeau aux multiples répercussions

En termes simples, on définit l’insécurité alimentaire comme un accès inadéquat ou insuffisant aux aliments causé par un manque de ressources financières²⁸. Elle peut faire des ravages, particulièrement chez les enfants en pleine croissance, et surtout lorsqu’elle est grave ou soutenue. L’insécurité alimentaire entraîne des conséquences néfastes sur leur développement, altère leur comportement et entrave leur réussite éducative. Par exemple, les enfants vivant en situation d’insécurité alimentaire sont plus à risque de présenter des symptômes d’hyperactivité, d’inattention et de dépression, et on sait que leur risque de vivre des difficultés scolaires est sensiblement accru^{29,30,31}.

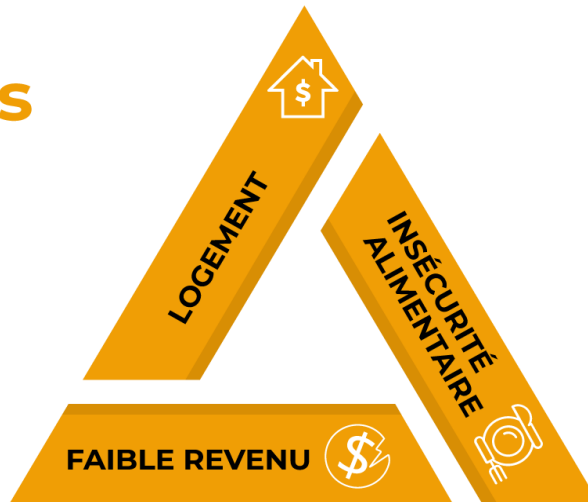
À Montréal, le risque d’insécurité alimentaire est **étroitement associé à la taille du ménage, au statut de locataire et à la présence de besoins impérieux en matière de logement de la famille**³²:

- En 2020, 21 % des enfants montréalais de moins de 12 ans vivaient dans un ménage en situation d’insécurité alimentaire, soit plus d’un enfant sur cinq³³.
- Comparativement aux plus grands, les enfants de 0-11 ans de classent en tête, avec le risque le plus élevé de vivre de l’insécurité alimentaire.
- Les familles nombreuses sont plus à risque d’être en situation d’insécurité alimentaire³⁴. Par exemple, 23 % des ménages de 5 personnes ou plus vivaient de l’insécurité alimentaire à Montréal en 2020, contre 11 % des ménages de 2 à 4 personnes.

Ces données préoccupantes de l'Enquête canadienne sur le revenu 2020 ont été colligées en pleine pandémie de COVID-19. Le caractère récurrent de cette enquête nous permettra prochainement de porter un regard longitudinal sur le phénomène de l'insécurité alimentaire chez les enfants montréalais; pour l'instant, il n'existe malheureusement aucune donnée permettant de mesurer l'insécurité alimentaire à l'échelle des territoires locaux de Montréal.

Payer le loyer ou nourrir sa famille ?

Conditions de vie des familles



Comme on le verra au chapitre 4, il existe une relation étroite entre le revenu familial, l'insécurité alimentaire et le coût du logement, surtout pour les familles qui sont locataires et qui vivent en situation de vulnérabilité financière. Il va de soi qu'un faible revenu affecte directement la capacité des familles à se loger et à se nourrir adéquatement. Cette situation de précarité alimentaire et résidentielle affecte la santé des enfants de différentes manières et les expose à une variété de stressseurs physiques et sociaux. Ce triangle de conditions de vie difficiles, maintes fois décriées par les intervenants durant notre tournée locale, influence plusieurs déterminants sociaux de la santé et perpétue le cycle des inégalités chez les enfants. L'encadré ci-contre présente quelques témoignages révélateurs à ce sujet.



Témoignages de la tournée locale sur les conditions de vie des familles

- *Il est difficile pour les parents de penser aux loisirs ou au développement de leurs enfants quand les besoins de base comme le logement et l'alimentation ne sont pas comblés.*
- *On voit une diminution de la qualité de l'alimentation dans les boîtes à lunch. Plusieurs enfants arrivent aux services de garde de l'école sans avoir mangé à leur faim.*
- *Certaines familles ont peu de moyens financiers pour avoir accès à du matériel de base (p. ex. ciseaux, colle, crayons, livres) pour pouvoir faire des activités avec leurs enfants.*
- *Les familles ont de la misère à subvenir aux besoins de base de leurs enfants et ça représente une source de stress importante pour les parents.*



Enrayer les causes des causes

Il ne fait aujourd’hui aucun doute que les conditions de vie difficiles dans lesquelles vivent des milliers d’enfants montréalais ont des conséquences néfastes sur leur santé. Il est pourtant possible d’agir pour briser les chaînes causales qui mènent aux inégalités sociales de santé (ISS), notamment en développant des environnements et des services de qualité qui sont accessibles, qui créent un filet social pour tous les enfants.

Le principe d’universalisme proportionné nous rappelle que pour contrer les ISS, il faut adopter à la fois sur des mesures universelles offertes à toutes les familles, et des mesures ciblant celles ayant de plus grands besoins. La littérature scientifique sur la question, de pair avec les échanges que nous avons eus avec nos partenaires, nous a permis de dégager trois avenues prioritaires pour enrayer « les causes des causes » des ISS chez les enfants montréalais²⁴: bonifier les revenus, contrer l’insécurité alimentaire et développer des logements abordables pour les familles.

Bonifier le revenu des familles, en priorisant celles qui vivent dans la pauvreté

L’allocation canadienne pour enfants a permis de grandement diminuer le taux de pauvreté chez les enfants, en misant sur des prestations ajustées en fonction du revenu familial, du nombre d’enfants et de leur âge³⁵. Mais beaucoup de chemin reste à faire. Un revenu familial égal à la Mesure du panier de consommation (MPC) serait le seuil minimal à viser; c’est la façon officielle de mesurer la pauvreté au Canada, en tenant compte notamment du coût de la nourriture, des vêtements, du logement et du transport. En plus de bonifier leurs revenus, il serait aussi important de sensibiliser les parents aux différents types de prestations fédérales et provinciales disponibles, et de les accompagner pour s’en prévaloir lorsque leurs familles y ont droit³⁶.

Déployer des mesures universelles et ciblées contre l’insécurité alimentaire

Les programmes de soutien nutritionnel aux familles durant la période prénatale permettent de réduire les inégalités durant l’enfance et d’assurer une croissance optimale dans les premières années de vie³⁷. Au Québec par exemple, l’intervention *Olo*, qui comprend un suivi nutritionnel et la remise de coupons alimentaires, contribue à réduire significativement le risque d’une naissance de faible poids et permet de réaliser des économies sur les coûts hospitaliers³⁸.

Les mesures d’aide alimentaire en place dans le réseau scolaire sont loin d’être aussi concluantes; on les juge souvent inéquitables, insuffisantes ou stigmatisantes pour les élèves qui en bénéficient³⁹. De nombreux pays ont mis en place des mesures de repas scolaires subventionnés, ou carrément des cantines scolaires gratuites pour tous, plutôt que des services destinés uniquement aux enfants de milieux défavorisés^{40,41,42}. Ces programmes universels visent à garantir un accès à la saine alimentation pour tous les élèves, peu importe leur statut socioéconomique. En 2024, le gouvernement du Canada a annoncé une nouvelle Politique nationale d’alimentation scolaire, qui inclut un programme universel de repas nutritifs dans toutes les écoles. À Montréal, l’implantation d’un tel programme permettra de réduire l’insécurité alimentaire, d’améliorer l’apport en aliments sains pour l’ensemble des élèves et de créer des environnements favorables aux apprentissages⁴³.



Développer des logements abordables et de taille suffisante pour les familles

La relation étroite entre les revenus, l'insécurité alimentaire et le logement appelle à des mesures structurantes ciblant chacun des trois pôles de ce triangle. Les stratégies pour améliorer l'accès et la qualité des logements pour les familles montréalaises sont abordées au chapitre 4.

Un soutien financier direct pour les femmes enceintes de milieux défavorisés

Le programme d'allocations prénatales du Manitoba, unique à cette province, vise à améliorer la santé des femmes enceintes à faible revenu, à l'aide d'un soutien financier direct et sans condition variant de 10 \$ à 81 \$ par mois⁴⁴. En investissant dans ce supplément de revenu, le Manitoba a fait un double pari : réduire les inégalités de santé chez les bébés à naître, tout en limitant les coûts en soins de santé.

Cette politique a-t-elle fait ses preuves ? Oui, et les résultats sont impressionnants : on observe une réduction substantielle du risque de petit poids à la naissance (19 %) et de prématurité (17 %). Aussi, les femmes ayant touché l'allocation étaient plus enclines à allaiter et à vacciner leurs enfants, et ces derniers avaient en moyenne de meilleurs résultats de développement à l'entrée à la maternelle⁴⁵.

Pour mieux comprendre ces gains de santé, une étude s'est intéressée aux façons dont les futures mères ont dépensé l'allocation : les participantes avaient utilisé ce revenu supplémentaire pour améliorer leur alimentation, faire des achats en vue de la naissance de l'enfant, et s'engager dans des activités pour réduire leur stress^{46,47}.



Suivre les tendances de plus près

Si on veut pouvoir « *combler le fossé en une génération* », la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS recommande de suivre des indicateurs qui mesurent les écarts et surveillent les progrès en matière d'équité en santé⁴⁸. Puisque les conditions de vie représentent l'un des déterminants sociaux majeurs de la santé des enfants, il apparaît essentiel d'intégrer des indicateurs spécifiquement à leur sujet dans un système régional de surveillance. Comme on l'a expliqué au chapitre 1, nos outils de surveillance doivent nous permettre de fournir aux partenaires des données locales de façon récurrente, afin que tous puissent en suivre les tendances dans le temps. Cela implique, par exemple d'améliorer les sources de données pour mieux documenter l'insécurité alimentaire et les conditions de logement des enfants montréalais.

En plus des activités de surveillance, il faut également intensifier la production de connaissances pour élargir l'éventail de stratégies permettant de réduire les ISS à la source. Dans ce contexte, les projets de recherche permettant de mieux comprendre les liens entre les conditions de vie et la santé des enfants ont toute leur importance.



CONCLUSION

Ce portrait des familles montréalaises et de leurs conditions de vie permet de discerner certains traits propres à Montréal : des parents généralement plus scolarisés qu'ailleurs au Québec, une forte proportion d'enfants issus de l'immigration, et une grande diversité de langues parlées. Ce sont là de véritables richesses de la région montréalaise, malgré tous les défis que peuvent vivre les familles au quotidien.

On remarque aussi à Montréal la présence de deux facteurs de risque lourds de conséquences sur la santé des enfants : des revenus familiaux moindres qu'ailleurs au Québec et un nombre important d'enfants vivant de l'insécurité alimentaire. Entre les quartiers montréalais, on observe par ailleurs de grandes variations dans la démographie et le profil socioéconomique des familles. Les conditions de vie restent difficiles pour plusieurs d'entre elles, ce qui mène à des conséquences sur leur développement et entretient les inégalités de santé. Il existe des solutions pour inverser la tendance : investir dans des services, des environnements et des politiques publiques favorables à la santé, à commencer par les quartiers où grandissent les enfants, thématique du prochain chapitre.



RECOMMANDATION

2.1 Déployer de nouvelles mesures structurantes universelles et ciblées visant à améliorer les conditions de vie des enfants au regard du revenu familial, du logement et de l'insécurité alimentaire

Pistes d'action :

- Bonifier les suppléments de revenu aux familles vivant dans la pauvreté pour atteindre minimalement un revenu familial égal à la Mesure du panier de consommation
- Sensibiliser les parents aux différentes subventions et allocations auxquelles elles ont droit et les accompagner pour qu'elles puissent s'en prévaloir
- Implanter un programme universel d'alimentation scolaire dans les écoles primaires, dans une perspective de santé, de durabilité et d'équité
- Développer des sources de données régulièrement mises à jour pour documenter et suivre l'insécurité alimentaire des enfants montréalais à l'échelle locale

Engagements de la DRSP :

- Contribuer au développement, à l'implantation et à l'évaluation d'un programme universel d'alimentation scolaire
- Produire une synthèse des connaissances sur l'impact des conditions de vie des familles sur la santé des enfants
- Collaborer avec des chercheurs dans le cadre de projets pour mieux comprendre les mécanismes de causalité entre les conditions de vie et la santé des enfants, et développer des politiques et des programmes pour en atténuer les effets
- Intégrer des indicateurs portant sur le revenu, l'insécurité alimentaire et le logement dans un nouveau système de surveillance de la santé des enfants montréalais (voir chapitre 1)

Note:

Des recommandations spécifiques au logement sont présentées au chapitre 4 du présent rapport.



RÉFÉRENCES

- ¹ C.HERTZMAN, [Inégalités sociales de santé, développement de la petite enfance et incorporation biologique](#), Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, vol. 61, p. S39-S46, 2013.
- ² Arjumand SIDDIQI, Lori G. IRWIN, Dr. Clyde HERTZMAN, [Early childhood development: a powerful equalizer. Final report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health](#), 2007.
- ³ Stefania MAGGI et Collab., [The social determinants of early child development: An overview](#), Journal of Pediatrics and Child Health, 2010.
- ⁴ Clyde Hertzman et Tom BOYCE, [How experience gets under the skin to create gradients in developmental health](#), Annu Rev Public Health, vol. 31, 2010.
- ⁵ Statistique Canada, Recensement 2021
- ⁶ *Ibid.*
- ⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), [Registre des événements démographiques du Québec \(Fichier des naissances\)](#).
- ⁸ Institut de la statistique du Québec (INSPQ), [Naissances et fécondité, Faits saillants tirés du Bilan démographique du Québec](#), 2024.
- ⁹ Statistique Canada, *op. Cit.*, Recensement 2021.
- ¹⁰ Statistique Canada, [Tendances désagrégées en matière de pauvreté tirées du Recensement de la population de 2021](#), novembre 2022.
- ¹¹ Statistique Canada, [Tendances désagrégées en matière de pauvreté tirées du Recensement de la population de 2021](#), novembre 2022.
- ¹² Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ), [Les autochtones en milieu urbain et l'accès aux services publics, Portrait de la situation du Québec](#), Enquête provinciale menée en 2016-2017, Wendake, 2018.
- ¹³ *Ibid.*
- ¹⁴ Institut de la statistique du Québec (ISQ), [Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle](#) (EQPPEM), 2022.
- ¹⁵ G. LEGAULT et Collab., [La séparation familiale en contexte migratoire : conflits parents-enfants](#), vol.4, n°1, printemps, 2010
- ¹⁶ Health and Migration, [Migration health throughout the migration phases](#), Essentials of Migration Management 2.0 (emm 2.0).
- ¹⁷ Statistique Canada, *op. Cit.*, Recensement 2021.
- ¹⁸ ISQ, EQPPEM 2022, Tome 2, [Mieux comprendre la vulnérabilité des enfants de maternelle 5 ans : les facteurs associés](#), Rapport statistique, 2023.
- ¹⁹ Stefania MAGGI et Collab., [The social determinants of early child development: an overview](#), J Paediatr Child Health.
- ²⁰ Statistique Canada, *op. Cit.*, Recensement 2021.



- ²¹ ISQ, EQPPEM 2022, Tome 2, *op. Cit.*, Rapport statistique, 2023.
- ²² Stéphane CRESPO, ISQ, [Données sociodémographiques en bref, Niveau de scolarité et revenu d'emploi](#), 2018
- ²³ Christoph SCHIMMELE et Feng HOU, Statistique Canada, [Tendances en matière d'inadéquation entre le niveau de scolarité et la profession parmi les immigrants récents titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme de niveau supérieur, 2001 à 2021](#), Rapport économiques et sociaux.
- ²⁴ Statistique Canada, *op. Cit.*, Recensement 2021.
- ²⁵ Stefania MAGGI et Collab., [The social determinants of early child development: an overview](#), J Paediatr Child Health, 2010.
- ²⁶ National Scientific Council on the Developing Child, [Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper 3](#), Updated Edition, 2005-2014.
- ²⁷ Michel BOVIN et Clyde HERTZMAN, [Early Childhood Development: adverse experiences and developmental health](#), Royal Society of Canada, Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel, Ottawa, ON: Royal Society of Canada, 2012.
- ²⁸ Valerie TARASUK, Tim LI, et Andrée-Anne FAFARD ST-GERMAIN, [Household food insecurity in Canada 2021](#), Toronto: Research to identify policy options to reduce food insecurity, PROOF, 2022.
- ²⁹ Erin L FAUGHT et Collab., [The association between food insecurity and academic achievement in Canadian school-aged children](#), Public Health Nutrition 20, n° 15, 2017.
- ³⁰ Janice KE et Elizabeth LEE FORD-JONES, [Food insecurity and hunger: A review of the effects on children's health and behaviour](#), Paediatr Child Health, 2015.
- ³¹ Kathryn S CAIN et Collab., [Association of Food Insecurity with Mental Health Outcomes in Parents and Children](#), Acad Pediatr., 2022.
- ³² Véronique NADEAU-GRENIER et Sofia SCURALI, DRSP CCSMTL, [Portrait de l'insécurité alimentaire à Montréal en 2020](#), 2024.
- ³³ *Ibid.*
- ³⁴ *Ibid.*
- ³⁵ Agence de revenu du Canada (ARC), [Allocation canadienne pour enfants](#), juillet 2024.
- ³⁶ Statistique Canada, [Mesure du panier de consommation \(MPC\)](#), Dictionnaire, Recensement de la population, 2021.
- ³⁷ Catherine HAECK et Pierre LEFEBVRE, [A simple recipe: The effect of a prenatal nutrition program on child health at birth](#), Labour Economics, Vol.41, p.77-89, 2016.
- ³⁸ Catherine HAECK et Pierre LEFEBVRE, [A Simple Recipe: Estimating the Effect of a Prenatal Nutrition Program on Child Health at Birth](#), Fondation OLO, des bébés en santé, juin 2017.
- ³⁹ Maëlle Brouillette et Collab., [L'alimentation scolaire au Québec: état des lieux, perspectives et pistes d'action](#), Rapport produit par le Chantier pour un programme d'alimentation scolaire universel au Québec, novembre 2023.
- ⁴⁰ Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), [Un programme universel d'alimentation scolaire pour le Québec](#), août 2023.



- ⁴¹ Catherine DEA et Collab., DRSP CCSMTL, [Consultation publique sur la réussite éducative](#), Mémoire du directeur régional de santé publique, 2016.
- ⁴² Pascale BERGERON et Marie-Claude PAQUETTE, INSPQ, [Les mesures de repas scolaires subventionnés et leurs impacts sur l'alimentation et le poids corporel des jeunes, Expériences étrangères et perspectives pour le Québec](#), 2015.
- ⁴³ IRIS, *op. Cit.*, août 2023.
- ⁴⁴ Gouvernement du Manitoba, [Child and Youth Programs, Healthy Baby, Prenatal Benefit](#).
- ⁴⁵ Marni D. BROWNELL et Collab, [Unconditional Prenatal Income Supplement and Birth Outcomes](#), Pediatrics, vol. 137, Issue 6, 2016.
- ⁴⁶ Ashley STRUTHERS et Collab., [Understanding the Particularities of an Unconditional Prenatal Cash Benefit for Low-Income Women: A Case Study Approach](#), Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 2019
- ⁴⁷ Jennifer E. ENNS et Collab., [An unconditional prenatal income supplement is associated with improved birth and early childhood outcomes among First Nations children in Manitoba, Canada: a population-based cohort study](#), BMC Pregnancy Childbirth, vol.21, 312, 2021
- ⁴⁸ Organisation mondiale de la Santé (OMS), [Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : résumé analytique du rapport final](#), 2018.





Crédit photo : Joëlle Simard-Lapointe

Chapitre 3



Le quartier : milieu de vie complet et inclusif pour tous nos enfants

Rapport de la directrice de santé publique de Montréal - 2024

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 3 LE QUARTIER : UN MILIEU DE VIE COMPLET ET INCLUSIF POUR NOS ENFANTS	3
QUE PENSENT LES ENFANTS DE LEUR QUARTIER ?.....	3
DES MILIEUX DE VIE COMPLETS ET INCLUSIFS	4
La reconnaissance <i>Municipalité amie des enfants</i>	4
L'éclairage d'un projet australien inspirant	5
Changements climatiques : l'avenir des enfants en jeu.....	7
L'ACCÈS À DES SERVICES ET DES COMMERCES DE PROXIMITÉ.....	8
Les échos de la tournée locale sur les services de proximité	8
DES PARCS ET AUTRES LIEUX PUBLICS POUR LES FAMILLES.....	9
L'accès aux parcs : un défi d'équité	11
Les bienfaits d'un mode de vie actif.....	12
DES BESOINS EN TRANSPORT ACTIF, COLLECTIF ET SÉCURITAIRE	13
DES VIES À PROTÉGER	13
DES SOLUTIONS CONNUES ET RECONNUES	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
LE TRANSPORT COLLECTIF : ACTIF ET SÉCURITAIRE.....	14
Accessibilité universelle au transport collectif : bons coups et défis.....	15
COHÉSION SOCIALE : CES LIENS QUI FONT DU BIEN	16
RECOMMANDATIONS	17
3.1 Aménager des milieux de vie complets, sécuritaires et inclusifs pour les familles montréalaises, qui permettent une diversité d'usages et qui donnent accès facilement à des services de proximité	17
3.2 Améliorer la mobilité des familles montréalaises par des modes de transport qui priorisent la santé des enfants et la lutte aux changements climatiques	18
RÉFÉRENCES	19



Chapitre 3 | Le quartier : un milieu de vie complet et inclusif pour nos enfants

Le quartier, c'est une grande partie de la vie des enfants. C'est là qu'ils jouent, apprennent, se promènent et grandissent au gré des saisons. Leur famille, leur logis, leur milieu de garde et leur école – mais aussi les espaces publics, les services et les commerces – en font tous partie et forment leur petit univers.

On peut donc se demander, dans une perspective de santé publique : quels sont les facteurs propres à un quartier qui contribuent au développement des enfants et qui les maintiennent en santé ? Et quels sont ceux qui améliorent le bien-être et la qualité de vie des familles ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons consulté plusieurs études et tendu l'oreille aux intervenants et aux familles. Une fois combinées, ces données quantitatives et qualitatives ont permis de préciser les caractéristiques d'un quartier propice à la santé des enfants.

Mais avant de donner la parole aux grands pour savoir ce qu'il en est, écoutons d'abord ce que les enfants ont à dire au sujet de leur quartier.

QUE PENSENT LES ENFANTS DE LEUR QUARTIER ?

En 2022, dans le cadre de la révision de son Plan d'urbanisme et de mobilité 2050, la ville de Montréal a eu l'idée de consulter les enfants. C'est l'organisme *Concertation Montréal* qui a reçu ce mandat et qui a demandé à plus d'une centaine d'enfants de 4 à 12 ans : « Raconte-moi ta ville »¹. Plus d'une centaine d'enfants âgés de 4 à 12 ans ont témoigné de ce qu'ils pensaient de leur quartier. Voici, dans les grandes lignes, ce qu'ils ont répondu :

- **Le chez-soi** : c'est pour l'enfant un espace familial, qui représente principalement le plaisir, l'amour, et sa vie privée.
- **Le paysage urbain** : les enfants ont souligné l'importance des escaliers, des balcons, et de divers autres repaires uniques à leur quartier, comme le pont Jacques-Cartier et la croix du parc du Mont-Royal. Ils ont aussi souligné à quel point l'espace public et le voisinage immédiat peuvent être favorables à leurs relations sociales et à leurs amitiés.
- **Le parc de proximité** : ce lieu, comme espace physique autant que social, représente pour les enfants un chez-soi étendu et un lieu privilégié pour tisser des relations avec leur quartier. Ils aiment y jouer avec les amis et profiter de la nature.
- **La mobilité** : plusieurs enfants ont exprimé une préférence pour la mobilité active, qui leur procure un sentiment d'autonomie dans leurs déplacements.

Et maintenant, voyons ce qu'en dit la science, et explorons ce qui constitue un milieu de vie complet, sécuritaire et inclusif, ou en d'autres mots, un quartier favorable à la santé des enfants et à celle de toute la communauté.



DES MILIEUX DE VIE COMPLETS ET INCLUSIFS

Un milieu de vie complet est un quartier où les services et les activités de la vie quotidienne sont **facilement accessibles pour les familles**, principalement par la marche, le vélo ou le transport collectif². Les habitudes de vie des enfants et leurs parents, incluant les déplacements du quotidien et la pratique d'activité physique, sont fortement influencés par les caractéristiques de leur quartier et la façon dont ils sont aménagés³. Par exemple, dans les quartiers où le domicile des enfants est situé à proximité de l'école, la marche est pratiquée plus fréquemment pour s'y rendre comparativement aux quartiers où l'école est éloignée⁴. D'autres caractéristiques des quartiers influencent également les habitudes de vie des petits et des grands, notamment l'aménagement des rues, la présence de parcs, de sentiers de randonnée et de pistes cyclables ainsi que d'installations sportives et de loisirs^{5,6,7}.

Si le lien entre la pratique de la marche chez les enfants et la proximité de l'école ou du milieu de garde peut sembler aller de soi, les relations entre les caractéristiques des quartiers et la santé globale des enfants sont complexes et dépendent de plusieurs facteurs interreliées – sociaux, économiques et politiques⁸. On sait par ailleurs depuis longtemps que les quartiers où grandissent les enfants exposent ceux-ci à des facteurs de risque ou de protection susceptibles d'influencer leur santé⁹. On n'a qu'à penser aux lieux de jeu, de culture et de socialisation comme le parc, la bibliothèque et le centre communautaire, qui représentent tous de belles occasions de développement.

La reconnaissance *Municipalité amie des enfants*

L'initiative des *Villes amies des enfants*, lancée par l'UNICEF dans les années 1990, vise à ce que les municipalités prennent systématiquement en considération le bien-être des enfants dans leurs priorités. Au Québec, l'organisme Espace MUNI a adapté cette initiative en développant la reconnaissance *Municipalités amie des enfants* (MAE), qui vise à soutenir les décideurs municipaux de la province à développer le réflexe « penser et agir enfants ».

Selon Espace MUNI, « une Municipalité amie des enfants, c'est une municipalité qui s'engage à respecter les droits de l'enfant et dans laquelle ses opinions, ses besoins et ses priorités font partie intégrante des décisions, des politiques et des services publics »¹⁰.

À Montréal, on dénombre actuellement trois arrondissements qui ont cette reconnaissance. Il s'agit de Mercier-Hochelaga-Maisonneuve, Saint-Léonard et Verdun.



Mais c'est davantage au cours de la dernière décennie que la science a su éclairer les facteurs qui, dans un quartier, sont favorables au développement global des enfants¹¹. Parmi les constats qui ressortent de ce champ de recherche, notamment: les aménagements urbains, la mixité socioéconomique, les espaces verts, l'accès et la qualité des services de proximité, mais aussi des éléments de l'environnement social et politique^{12,13,14}.

Les facteurs bénéfiques sont de mieux en mieux connus, mais ils ne sont pas immuables : nous pouvons collectivement agir sur eux^{15,16}. Déjà, simplement en adoptant certains principes d'aménagement, les municipalités et leurs partenaires peuvent créer des milieux sécuritaires, propices à un mode de vie actif et épanoui, qui bénéficient non seulement aux enfants, mais à toute la population^{17,18}.

L'éclairage d'un projet australien inspirant

Des chercheurs australiens se sont intéressés aux caractéristiques des quartiers qui sont favorables au développement des enfants, dans une perspective d'équité en santé¹⁹. À l'aide d'une méthode novatrice, ils ont repéré et examiné des communautés résilientes, qui présentent de bons indicateurs de développement des enfants de la maternelle malgré un faible statut socioéconomique, habituellement prédicteur de résultats défavorables²⁰. À l'inverse, ils ont aussi exploré les communautés favorisées présentant plus de vulnérabilité développementale afin d'approfondir leur compréhension des leviers permettant de réduire les inégalités. Dans leur étude, les facteurs suivants s'avéraient faire une plus grande différence dans le développement des enfants, indépendamment de la défavorisation du quartier :

- Les conditions d'habitation;
- Les services de garde éducatifs;
- Les écoles primaires
- La stigmatisation;
- La criminalité
- Les initiatives découlant de décision prise localement
- Un historique de concertation et de mobilisation citoyenne



Ainsi, pour que des milieux de vie puissent être dits complets et inclusifs, et favorisent la santé et le bien-être des citoyens des petits et grands citoyens, on doit privilégier :

- Un environnement bâti dense et à échelle humaine
- Une mixité des usages (p. ex. domiciles, services, commerces, emplois, etc.)
- Une diversité de types d'habitation
- Des espaces verts, récréatifs et culturels
- Des infrastructures de transport actif et collectif
- Des aménagements sécuritaires et accessibles universellement
- Des environnements sociaux inclusifs

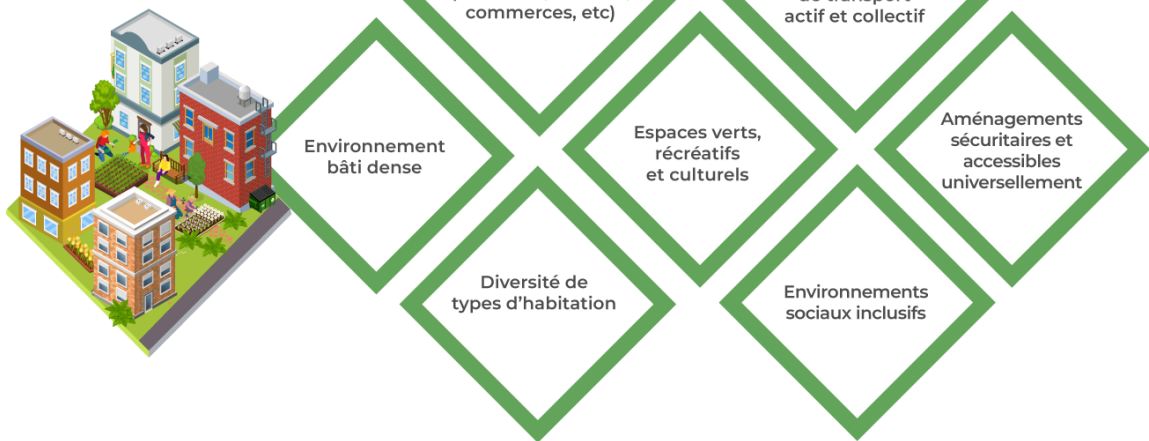
L'environnement au cœur des interventions de santé publique

L'approche soutenue par la DRSP pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités fait principalement appel à des stratégies environnementales.

Il s'agit, par exemple, de prévenir les problèmes de santé en favorisant l'accès aux parcs et aux espaces verts, ou de réduire les risques de blessures résultant de collisions routières en mettant en place des mesures systématiques d'apaisement de la circulation²¹.

Les actions visant les environnements améliorent la santé de l'ensemble de la population, dont celle des enfants. C'est une approche complémentaire aux services individuels offerts aux familles.

Caractéristiques des quartiers complets et inclusifs pour les familles



Aménagé de cette façon, un quartier aura aussi l'avantage de contribuer à l'autonomie et à la participation sociale des personnes ayant un accès restreint à des moyens de transport motorisés, les enfants, mais aussi les aînés, les personnes défavorisées ou à mobilité réduite. De tels milieux de vie, où les services et les activités quotidiennes sont à distance de marche de chez soi, permettent non seulement de contribuer au bien-être et à la qualité de vie des familles, mais aussi de favoriser l'équité en santé à l'échelle populationnelle.

Les sections qui suivent explorent plus en profondeur les caractéristiques qui font des quartiers des milieux complets et inclusifs pour les familles, caractéristiques qui, du même coup, contribuent aussi à atténuer les effets des changements climatiques.



Changements climatiques : l'avenir des enfants en jeu

Les changements climatiques représentent aujourd'hui l'une des plus grandes menaces pour la santé des enfants. Les multiples dérèglements qui en résultent – comme l'augmentation de la fréquence et de l'intensité des vagues de chaleur, des épisodes de mauvaise qualité de l'air et des inondations – peuvent avoir de graves conséquences sur leur santé, tant physique que psychosociale²². La crise climatique touche de manière disproportionnée les familles vivant en situation de vulnérabilité, qui sont déjà confrontées à des enjeux complexes tels que la pauvreté, les mauvaises conditions de logement ou encore un parcours migratoire difficile.

Au niveau physiologique, les enfants sont plus à risque de subir les effets des changements climatiques. Par exemple, les tout-petits sont moins capables de réguler leur température et sont plus vulnérables à la déshydratation lors des vagues de chaleur²³. Cette exposition à la chaleur peut aussi affecter leurs fonctions cognitives et leurs apprentissages à l'école²⁴. Les jeunes enfants sont également plus sensibles à la mauvaise qualité de l'air en raison de leur fréquence respiratoire rapide et de l'immaturation de leurs poumons²⁵. De plus, les changements climatiques peuvent intensifier l'exposition aux allergènes comme le pollen, augmentant ainsi les allergies et les crises d'asthme des enfants. Ils réduisent aussi les opportunités de jeu en plein air, qui sont importantes pour leur développement²⁶.

Les solutions sont connues, et elles devraient être mises en œuvre dès maintenant :

- Transformer l'aménagement urbain afin de se déplacer par des modes de transport actif et collectif
- Renforcer le tissu social de nos communautés
- Adopter des politiques sociales et économiques qui placent la santé et le bien-être au cœur des décisions
- Rétablir nos liens avec les espaces verts et reconnaître leur importance en santé
- Repenser notre système d'éducation afin qu'il soit un levier d'équité et un moteur pour le développement de compétences nécessaires, pour affronter les enjeux complexes des changements climatiques et collaborer à la création de solutions.

La crise climatique est le résultat des mauvais choix des dernières décennies en matière de transport, d'étalement urbain et de destruction des milieux naturels. Ce sont les enfants d'aujourd'hui et de demain, qui vont souffrir des conséquences de ces mauvais choix. L'anxiété, la frustration et le sentiment d'impuissance face à l'inaction mondiale²⁷ leur sont imposés contre leur gré. Et, ce sont ces mêmes enfants, si seulement on leur en offre l'opportunité, qui portent l'espoir d'un avenir meilleur. Il est de notre responsabilité, en tant que société et acteurs de la santé publique, de mettre en place dès maintenant les actions nécessaires pour lutter contre les changements climatiques.



L'ACCÈS À DES SERVICES ET COMMERCES DE PROXIMITÉ

À Montréal, comme dans la plupart des grandes villes nord-américaines, les pratiques d'aménagement du territoire déployées à partir de la fin des années 1940 ont provoqué un étalement urbain et une dispersion des services²⁸. Ces choix du passé entraînent aujourd'hui des impacts négatifs sur la santé des enfants, moins actifs en raison de l'utilisation prédominante de la voiture²⁹. On sait par exemple que les tout-petits vivant dans un quartier où les ressources comme les parcs, piscines, aires de jeux, bibliothèques, services de santé et centres communautaires sont difficiles d'accès courent un plus grand risque d'avoir des problèmes de développement à la maternelle³⁰.



La dispersion des services et l'accès aux ressources ne sont pas qu'une question de santé. C'est aussi une question d'équité. Toutes les familles montréalaises devraient pouvoir accéder aux biens et aux services dont elles ont besoin – épicerie, pharmacie, lieux de divertissement, services de garde, écoles et organismes communautaires³¹. Les milieux de vie complets où tout est à proximité permettent aux familles d'utiliser le transport actif et collectif sans avoir à posséder ou à utiliser un véhicule motorisé, ce qui facilite leurs activités quotidiennes. Qui plus est, les quartiers dotés d'un bon potentiel piétonnier sont associés à un plus fort capital social (entraide, partage, sentiment d'appartenance...) dans le voisinage^{32,33,34}.

Les échos de la tournée locale sur les services de proximité

Les environnements urbains se retrouvent parmi les principales thématiques abordées par les partenaires et les parents lors de notre tournée de l'EQDEM.

Les intervenants ont mentionné l'importance pour les familles d'avoir accès dans leur quartier à des services de proximité comme des SGEE, des haltes-garderies, des organismes communautaires, des parcs et du transport collectif. Ils ont mentionné que les familles à faible revenu demeurent souvent dans des quartiers moins bien desservis en transport collectif. Il devient alors coûteux en temps et en argent pour elles d'accéder aux différents services et commerces.

De plus, l'accès à des locaux pour organiser des activités ludiques ou des ateliers d'information s'est avéré être un enjeu prioritaire souligné lors de la tournée. De tels espaces permettent d'accueillir les nombreux parents qui ont besoin d'accompagnement ou de formation, et d'offrir ces services à un plus grand nombre de familles qui en bénéficieraient.



DES PARCS ET AUTRES LIEUX PUBLICS POUR LES FAMILLES

L'accès à des lieux extérieurs comme des parcs, des espaces verts, des ruelles et des cours d'école joue un rôle important dans le bien-être et la santé des enfants. La proximité de lieux publics et d'infrastructures qui sont adaptés pour eux leur permettent de jouer, d'être actifs et de développer leurs habiletés motrices durant la période sensible que représente l'enfance³⁵ – notamment ceux aux prises avec un trouble du déficit de l'attention – en favorisant le calme, l'attention et la concentration en milieu scolaire³⁶.



Dans l'enquête *Être parent au Québec en 2022*³⁷, Montréal se démarque d'ailleurs du reste de la province est question de fréquentation de lieux publics extérieurs par les familles :

- 47 % des familles montréalaises ont fréquenté un parc public ou un espace vert sur une base hebdomadaire, comparativement à 42 % au Québec
- 22 % des familles ont fréquenté une piscine, une patageoire ou des jeux d'eau publics sur une base hebdomadaire, comparativement à 19 % au Québec

Les parcs, grands et petits, sont une richesse de la ville et font partie intégrante de notre style de vie citoyen. Leurs caractéristiques, dont les infrastructures de jeu et de sport, de même que les activités culturelles et l'animation qu'on y organise, offrent aux enfants des occasions de stimuler leur développement moteur et d'exercer leurs habiletés socioémotionnelles^{38,39,40}. La conception des terrains de jeux et le matériel disponible devraient permettre aux enfants de faire une variété d'activités, comme lancer et attraper, grimper, courir et exercer leur équilibre, seuls ou en groupe⁴¹.

En bref, les parcs donnent l'occasion aux familles de bouger, de se rencontrer et de se détendre. Or, ce n'est pas la même réalité au gré des saisons. Une enquête récente, réalisée auprès de 400 familles montréalaises, a permis de comparer le jeu extérieur en été et en hiver. Le contraste est frappant :

- 73 % des parents montréalais ont rapporté que leur famille jouait dehors au moins une fois par jour l'été, tandis que cette proportion n'était que de 29 % en hiver⁴².

Pourtant, tout le monde – les enfants les premiers – gagnerait à fréquenter les parcs en toute saison. Pour leur en donner l'envie, ces espaces devraient être aménagés et entretenus d'une façon qui les rend propices à des activités en toute saison.

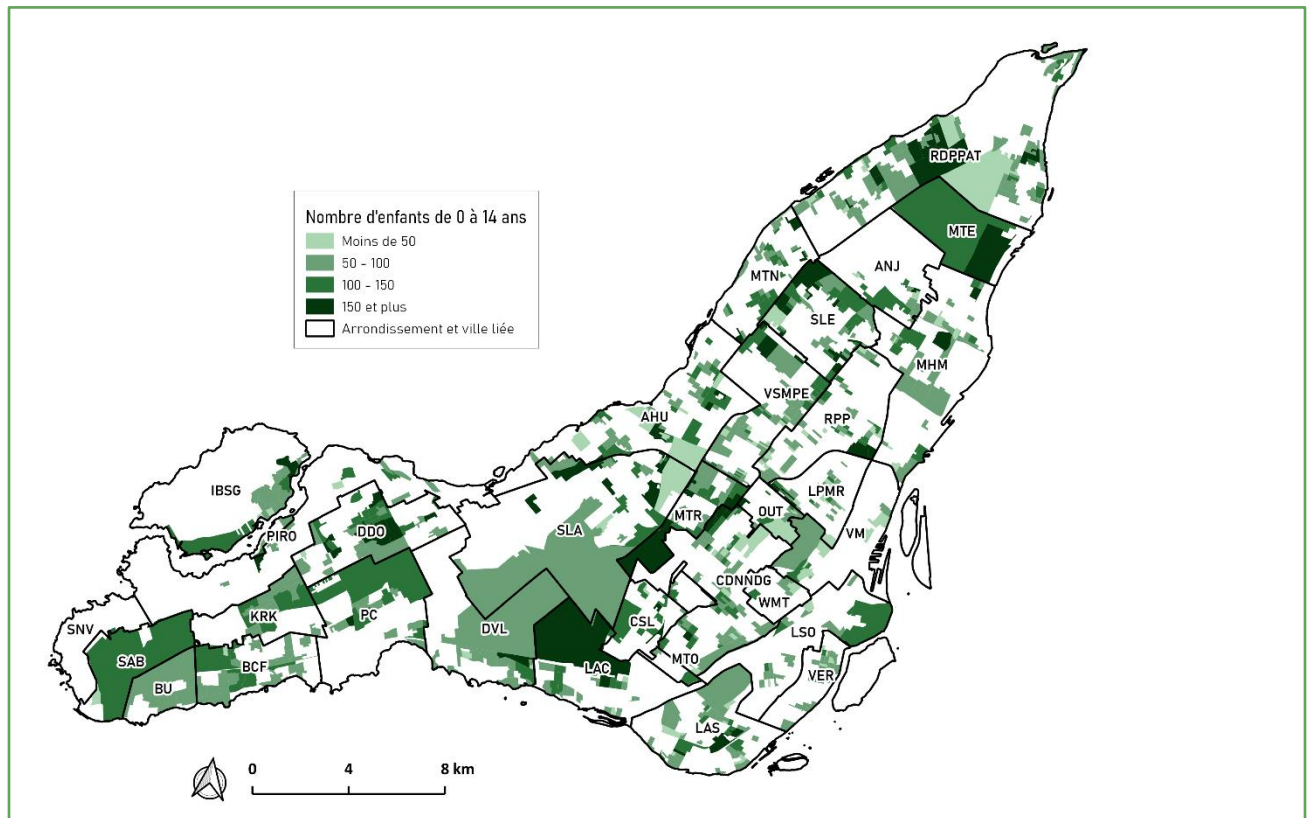
Comment ? On peut, par exemple, aménager une simple butte qui, l'hiver venu, se transformera en piste de luge, au grand bonheur des familles. L'été revenu, on pourra, entre autres, s'y asseoir, rouler, et pratiquer toutes sortes d'activités d'intensités diverses. On peut aussi, de la même façon, aménager un terrain de basketball estival, qui pourra facilement se transformer en patinoire l'hiver. Et voilà, vous avez maintenant un parc quatre-saisons.



Bien entendu, si on veut qu'un parc soit invitant et réponde aux différents besoins de la communauté, quelle que soit la saison, d'autres facteurs importants sont à considérer, notamment les demandes exprimées par les citoyens, la sécurité et l'accès de proximité^{43,44}.

En termes d'accessibilité aux parcs à Montréal, la carte suivante permet de constater d'un seul coup d'œil que les enfants de la métropole n'ont pas tous les mêmes chances : dans certains territoires locaux de l'île - ceux en vert plus foncé - un grand nombre d'enfants n'ont pas accès à un parc situé à 300 m ou moins de leur domicile (figure 1).

Figure 1 – Nombre d'enfants de 0 à 14 ans par aire de diffusion n'ayant pas accès à un parc à 300 m du domicile, Agglomération de Montréal, 2021.



Source : Statistique Canada, 2021; Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'alimentation, 2024.

Contre les écrans

L'usage intensif des écrans est un enjeu qu'ont soulevé de nombreux intervenants sur le terrain lors de notre tournée locale, comme il en sera question au chapitre 7. Une offre riche d'activités saisonnières et la présence d'espaces de jeu tels que des parcs ou des installations communautaires contribuent à faire bouger davantage les jeunes – et à les intégrer à la communauté – dès leur jeune âge. Afin de permettre à tous les enfants d'atteindre les recommandations en matière d'activité physique, il est important de mettre en place dans les quartiers des infrastructures diversifiées leur permettant de pratiquer les activités qu'ils préfèrent.



Les changements climatiques en cours rendent encore plus important l'objectif d'améliorer l'équité dans l'accès aux parcs et aux espaces verts pour les familles. En effet, on anticipe que les vagues de chaleur vont aller en augmentant et les enfants y sont plus vulnérables⁴⁵. Ajouter de la verdure dans les quartiers, en priorité près des écoles et des milieux de garde, peut contribuer concrètement à réduire les îlots de chaleur et à améliorer la qualité de l'air pour protéger la santé des enfants⁴⁶.

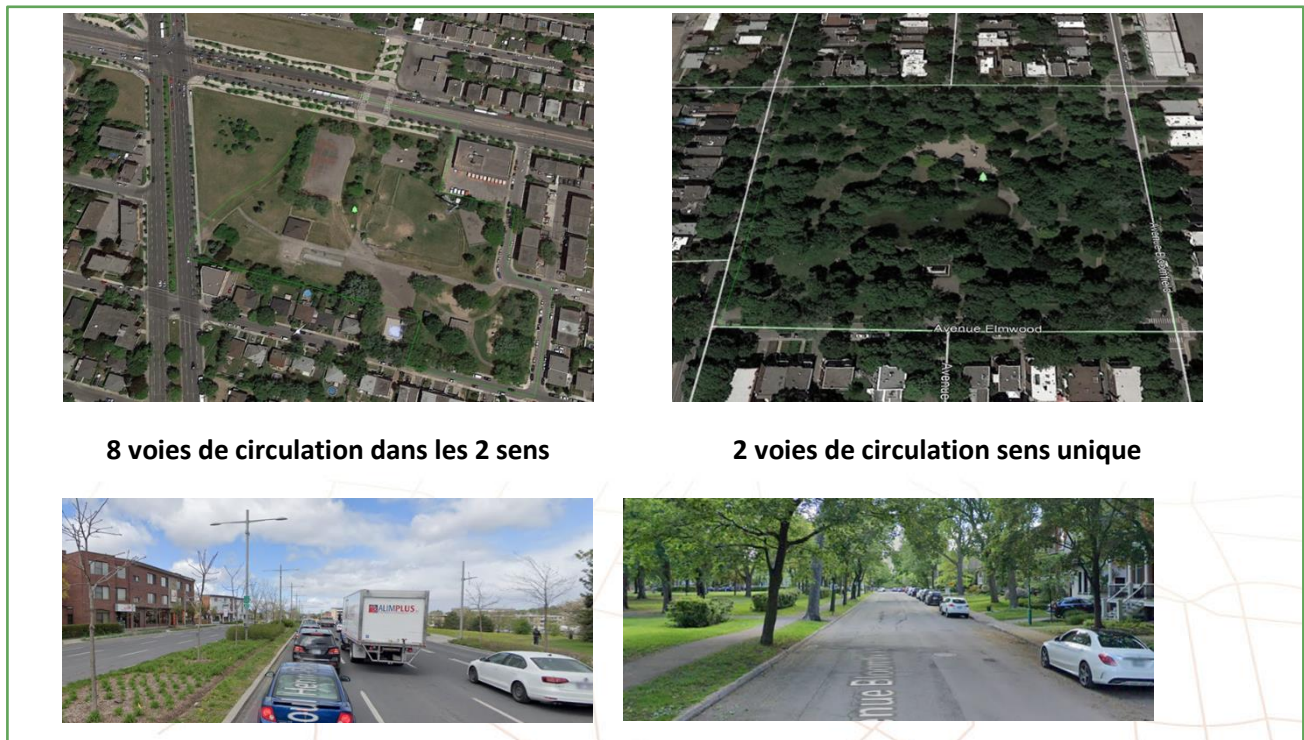
L'accès aux parcs : un défi d'équité

Si les parcs sont nombreux à Montréal, ce ne sont pas toutes les familles et les enfants qui y ont accès aussi facilement et sécuritairement. À titre d'exemple, comparons deux parcs situés dans deux arrondissements de la Ville de Montréal : le parc Pilon, à Montréal-Nord, et le parc Outremont, dans le quartier du même nom. En matière d'accessibilité et de sécurité, ces deux parcs ne pourraient pas être plus différents (figure 2).

Le parc Pilon est ceinturé par deux artères à haut débit de circulation : le boulevard Henri-Bourassa, qui compte huit voies, et le boulevard Pie-IX, qui en compte six. Le parc Outremont, quant à lui, est entouré de quatre rues locales à sens unique comprenant une seule voie de circulation, ce qui limite la vitesse et le volume de véhicules aux abords du parc et facilite les allées et venues des enfants; **les déplacements sont beaucoup plus risqués pour ceux qui fréquentent le parc Pilon.**

Autre différence marquée : là où le parc Outremont possède une végétation abondante dont l'ombrage protège les enfants du soleil en mi-journée et durant les canicules, la couverture végétale du parc Pilon est bien moindre. Sachant que le nombre et la proportion d'enfants vivant en situation de pauvreté sont bien plus élevés à Montréal-Nord qu'à Outremont⁴⁷.

Figure 2 - Parc Pilon vs Parc Outremont



© 2024 Google



Les bienfaits d'un mode de vie actif

La science est plus claire que jamais sur les effets positifs de l'activité physique chez les enfants. Les bienfaits d'un mode de vie actif incluent le développement d'une bonne masse osseuse et musculaire, la diminution des symptômes de dépression, et la réduction des risques de plusieurs maladies chroniques, dont le diabète de type 2, l'obésité et certains cancers^{48,49}. La pratique régulière d'activité physique peut aussi avoir un impact positif sur le niveau d'attention, la concentration, le rendement scolaire et le sommeil⁵⁰.

Selon les directives en matière de mouvement sur 24 h de la *Société canadienne de physiologie* :

- Chez les tout-petits, on recommande au moins 1 h de jeu énergétique, et 3 h d'activités physiques variées par jour.
- Chez les enfants d'âge scolaire (5 à 17 ans), on recommande au moins 1 h d'activité physique d'intensité moyenne à élevée, et plusieurs heures d'activités d'intensité légère

Ces directives précisent aussi que bouger plus, c'est toujours mieux, par exemple en remplaçant le temps d'écran par des jeux actifs, et en encourageant les enfants à passer du temps à l'extérieur.

Selon les plus récentes données disponibles, c'est seulement une minorité d'enfants montréalais qui respectent ces directives:

- En 2022, 60 % des enfants de la maternelle étaient très peu ou pas actifs du tout à Montréal, une proportion significativement plus élevée que le reste du Québec.
 - Chez les enfants de milieux défavorisés, cette proportion s'élève à 67 %, alors qu'elle est de 55 % chez ceux de milieux plus nantis.
- En 2017, 65 % des jeunes de 6^e année n'atteignaient pas une heure d'activité physique modérée ou intense.
 - Chez les jeunes de milieux défavorisés, cette proportion s'élevait à 69 %, tandis qu'elle était de 58 % chez ceux de milieux plus nantis. Aucune donnée plus récente n'est disponible depuis 2017 pour ce groupe d'âge.

Ces résultats d'enquête mesurant l'activité physique chez nos enfants montréalais montrent que les défis sont grands pour les faire bouger, ce qui souligne toute l'importance de leur offrir des environnements urbains favorisant un mode de vie actif.



DES BESOINS EN TRANSPORT ACTIF, COLLECTIF ET SÉCURITAIRE

L'équation est simple : moins la population d'un quartier dépend de la voiture pour ses déplacements quotidiens, plus son activité physique est fréquente, et meilleure est sa santé – particulièrement celle des enfants, qu'on considère comme un sous-groupe particulièrement vulnérable à cet égard. Or, on observe plutôt une baisse de l'utilisation du transport actif chez les enfants pour se rendre à l'école⁵¹.

À Montréal, en 2018, seulement 35 % des enfants de 5 à 12 ans se rendaient à l'école en transport actif (marche ou vélo). De plus, il existe des écarts importants selon leur lieu de résidence : dans les quartiers centraux de Montréal, où l'on trouve une mixité de commerces et services, le transport actif représente 46 % des déplacements des enfants, alors que dans les secteurs aux extrémités est et ouest de l'île, ce n'est que 20 %⁵².

On constate aussi que :

- La proportion d'enfants utilisant la marche ou le vélo pour se rendre à l'école est plus importante dans les quartiers bénéficiant d'aménagements piétonniers et cyclables sécuritaires et de qualité, ce qui est davantage le propre des quartiers centraux montréalais que des quartiers excentrés ou moins bien nantis⁵³.
- Plus l'école est éloignée de leur lieu de résidence, moins les enfants adoptent le transport actif comme la marche ou le vélo pour s'y rendre⁵⁴.

Si les distances à parcourir et l'aménagement d'un quartier jouent un rôle important dans l'adoption ou l'exclusion du transport actif dans la vie des enfants, un autre enjeu, qui a fait la manchette à Montréal ces dernières années, est déterminant : la sécurité.

DES VIES À PROTÉGER

La sécurité des déplacements, et principalement de ceux par transport actif, est un enjeu de santé publique majeur. À Montréal, les données sur le nombre d'enfants et de jeunes de 5 à 17 ans blessés aux intersections de l'île de Montréal démontrent que le nombre de blessés augmente directement avec le volume de circulation automobile⁵⁵. Les piétons et les cyclistes, qui côtoient des véhicules toujours plus gros et plus nombreux, ne font littéralement pas le poids dans un scénario de collision.

“ Les piétons et les cyclistes, qui côtoient des véhicules toujours plus gros et plus nombreux, ne font littéralement pas le poids dans un scénario de collision. ”



La vitesse des véhicules motorisés influence aussi le risque de collisions, de blessures et de décès pour tous les usagers de la route. Selon l'OMS, le risque pour les piétons d'être tués lors d'une collision survenant à 50 km/h est de 80 %, alors qu'il est de 10 % à une vitesse de 30 km/h⁵⁶.

De plus, il existe des inégalités sociales importantes en matière de sécurité routière. Les enfants résidant dans les quartiers plus défavorisés sont exposés à des volumes de véhicules plus élevés et la vitesse permise est aussi plus élevée, augmentant ainsi leur risque de traumatismes routiers^{57,58}.

Pour améliorer la sécurité des enfants dans les quartiers, il est impératif de réduire le volume des véhicules et d'implanter des mesures d'apaisement de la circulation sur l'ensemble des intersections⁵⁹.

Des saillies pour tous

Les saillies de trottoir que Montréal a implantées à de nombreuses intersections sont efficaces pour améliorer la sécurité des petits comme des grands. Ces saillies permettent de réduire sensiblement le nombre de blessés à ces intersections, de 23 % chez les piétons et de 54 % chez les automobilistes⁶⁰.

Les saillies de trottoir sont une mesure que l'on gagnerait à déployer davantage en priorisant les quartiers défavorisés, où il y a proportionnellement plus d'enfants blessés aux intersections – piétons ou cyclistes – que dans les quartiers plus favorisés⁶¹.

LE TRANSPORT COLLECTIF : ACTIF ET SÉCURITAIRE

Le transport collectif est de loin la meilleure stratégie pour assurer au plus grand nombre une mobilité urbaine plus sécuritaire, plus respectueuse de l'environnement et plus propice à un mode de vie actif pour les familles montréalaises.

- Plus sécuritaire : selon une étude réalisée à Montréal sur dix grands boulevards, les kilomètres parcourus en automobile causent davantage de blessés chez les piétons, les piétonnes et les cyclistes que les kilomètres parcourus en autobus⁶². Plus respectueuse de l'environnement : la Société de transport de Montréal (STM) estime que 55% des émissions en transport routier sont évitées grâce à son offre de transport collectif sur l'île⁶³.
- Plus propice à un mode de vie actif : chez les usagers du transport collectif, on évalue que 8 à 33 minutes de marche quotidienne sont attribuables à l'utilisation du transport collectif⁶⁴.

En dépit de leurs effets négatifs sur la santé de toute la population montréalaise – et de leur rôle prépondérant dans les changements climatiques actuels – on continue malheureusement d'accorder aux véhicules motorisés un espace disproportionné, et de soutenir insuffisamment l'accès au transport collectif. Outre l'inactivité physique et les traumatismes routiers, cette tendance à la hausse du nombre de véhicules entraîne chez les enfants montréalais des problèmes de santé liés à l'exposition prolongée à des niveaux élevés de pollution et de bruit :

- On estime qu'à Montréal, 17 % des cas d'asthme chez les enfants de 1 à 12 ans sont attribuables à la pollution atmosphérique; cette proportion est de 12 % dans le reste du Québec⁶⁵.



- Le trafic routier est la source de bruit environnemental la plus fréquente, quel que soit le quartier; tous les enfants y sont exposés, ce qui n'est pas sans conséquence. Une étude espagnole a en effet montré une association entre l'exposition au bruit du trafic routier à l'école et une atteinte des fonctions cognitives telles que la mémoire de travail et l'attention⁶⁶.

En 2018, sur le territoire de l'île de Montréal, c'est près d'un tiers (29 %) des ménages qui ne possédait pas de voiture⁶⁷. Une grande iniquité persiste : c'est principalement dans les quartiers centraux que l'on retrouve une offre de transport collectif complète et efficace – les mêmes quartiers où les loyers, très élevés, sont le moins accessibles pour les familles à faible revenu. Outre les modes de transport actif comme la marche et le vélo, des options de mobilité durable accessibles universellement restent encore à développer, qu'il s'agisse de métro, d'autobus, d'autopartage, ou de covoiturage.

Accessibilité universelle au transport collectif : bons coups et défis

- Depuis 2021, l'accès gratuit aux transports en commun montréalais est étendu à **tous les enfants de 11 ans et moins** (lorsqu'ils sont accompagnés d'une personne de 14 ans et plus pour les surveiller).
- **L'ajout d'ascenseurs** dans les stations du réseau de métro bénéficie non seulement à la clientèle ayant des limitations fonctionnelles, aux personnes âgées et aux voyageurs, mais également aux parents avec des poussettes. D'ici 2030, la STM vise à rendre ainsi accessibles **41 stations**⁶⁸.
- L'accès aux arrêts d'autobus, aux stations de métro et aux gares de trains de la région de Montréal est encore souvent difficile, surtout pour les personnes vulnérables comme les aînés et les familles avec de jeunes enfants⁶⁹ :
 - **La glace ou l'accumulation de neige** peuvent empêcher l'utilisation d'aides à la mobilité sur roues ou de poussettes.
 - **Les obstacles** aux abords des arrêts d'autobus – déchets, pancartes, cônes de construction – sont autant de barrières pour les piétons avec une aide à la mobilité ou une poussette.
 - **La surface** affecte aussi l'accessibilité pour les piétons vulnérables. Les nids-de-poule, trous ou fissures entravent leurs déplacements; les aides à la mobilité sur roues et les poussettes peinent à circuler sur de telles surfaces.



COHÉSION SOCIALE : CES LIENS QUI FONT DU BIEN

On savait déjà, études à l'appui, que chez les adultes, la qualité des liens sociaux et du réseau de soutien est un déterminant important de santé mentale. Dans le prolongement de ce constat, on a réalisé dans les dernières années combien cette même qualité du lien social, étendue cette fois à l'échelle d'un quartier, pouvait s'avérer bénéfique pour les enfants. En effet, une étude canadienne a démontré que la cohésion sociale du quartier dans lequel un enfant grandit est associée à une meilleure santé mentale et à une réduction des problèmes de comportement⁷⁰.

À elle seule, la mauvaise réputation d'un quartier défavorisé est un facteur associé au développement des enfants, indépendamment de la défavorisation elle-même. Car à pauvreté égale, des quartiers ayant meilleure réputation, où les familles se sentent moins jugées et stigmatisées, sont plus favorables aux enfants⁷¹.

“
Des quartiers ayant meilleure réputation, où les familles se sentent moins jugées et stigmatisées, sont plus favorables aux enfants.

Goldfeld et coll. (2018) Kids in Communities Study⁷².
”

D'autres facteurs qui touchent au réseau social et au sentiment d'appartenance à son quartier jouent positivement sur la santé des enfants :

- L'accès à des ressources communautaires
- Les relations de qualité entre voisins
- Le sentiment de solidarité entre les familles du quartier⁷³

Enfin, la convivialité et la cohésion sociale d'un quartier sont indissociables de ses aménagements; bien conçus, ceux-ci favorisent grandement la vie en communauté et l'accès aux lieux extérieurs qui font sa richesse. De cette manière, les quartiers montréalais, loin d'être de simples toiles de fond, peuvent devenir de véritables « espaces ressources » pour les familles et un lieu important de socialisation pour les enfants⁷⁴.

DES QUARTIERS POUR L'ÉPANOUISSEMENT DES ENFANTS ET DES COMMUNAUTÉS

Les milieux de vie que sont les quartiers exercent, on le comprendra mieux maintenant, une influence considérable sur le bien-être et le développement global des enfants. En améliorant la sécurité de tous les quartiers montréalais, de même que la qualité des aménagements et l'offre de transport actif et collectif qu'on y trouve, il est en notre pouvoir d'agir de manière préventive sur la santé et le bien-être des enfants et de leur famille. Mieux, on peut faire tout ça en réduisant notre impact négatif sur l'environnement.

Mais avant tout, il est essentiel que l'on fasse le choix, collectivement, de concevoir et d'aménager nos quartiers de manière à ce qu'ils répondent aux besoins des enfants. Ce faisant, on ne fait pas que contribuer à leur épanouissement; on contribue à l'épanouissement de toutes nos communautés, et pour longtemps.



RECOMMANDATIONS

3.1 Aménager des milieux de vie complets, sécuritaires et inclusifs pour les familles montréalaises, qui permettent une diversité d'usages et qui donnent accès facilement à des services de proximité

Pistes d'action :

- Systématiser la prise en compte des besoins des enfants et leurs familles dans les processus décisionnels des municipalités, par exemple par la reconnaissance des *Municipalités amies des enfants*.
- Augmenter l'accès à des espaces publics permettant aux enfants et à leurs familles de pratiquer des activités diversifiées en toute sécurité et en toute saison, par exemple des parcs, des ruelles, des rues ludiques, ainsi que des installations sportives, culturelles, communautaires et récréatives.
- Sensibiliser les partenaires et les décideurs à l'utilisation des données probantes et au suivi d'indicateurs portant sur les environnements des quartiers qui favorisent la santé et le développement des enfants.

Engagements de la DRSP :

- Travailler de concert avec les acteurs municipaux et les autres partenaires intersectoriels dans l'élaboration de pistes d'action favorisant la création de milieux de vie complets, sécuritaires et inclusifs, par exemple dans le cadre du *Plan d'urbanisme et de mobilité 2050* de la Ville de Montréal.
- Collaborer avec le milieu universitaire pour intensifier la production de connaissances à l'égard des facteurs des environnements des quartiers qui favorisent la santé et le développement des enfants.
- Intégrer des indicateurs sur les environnements des quartiers dans un nouveau système de surveillance de la santé des enfants montréalais de 0 à 12 ans (voir recommandation du chapitre 1).



3.2 Améliorer la mobilité des familles montréalaises par des modes de transport qui priorisent la santé des enfants et la lutte aux changements climatiques

Pistes d'action :

- Intensifier les investissements dans les infrastructures piétonnes, cyclables et vertes afin de concevoir des aménagements de rues sécuritaires, confortables et accessibles universellement.
- Systématiser le déploiement des mesures d'apaisement de la circulation à l'échelle des quartiers en priorisant les parcours vers les SGEE, les écoles ainsi que les parcs, et prévoir leur intégration dans tout projet de réaménagement de rue et de réfection routière.
- Améliorer l'offre de transport collectif et diminuer la place de l'automobile dans les quartiers afin de réduire l'exposition aux risques environnementaux pour les enfants : amélioration de la sécurité routière et de la qualité de l'air, en cohérence avec la lutte aux changements climatiques.

Engagements de la DRSP :

- Travailler de concert avec les acteurs municipaux, les partenaires scolaires et des milieux de garde, le réseau de la santé et les organismes communautaires pour planifier conjointement des actions visant la lutte aux changements climatiques.
- Produire des analyses concernant l'accès aux parcs et au transport collectif pour les enfants montréalais par territoire local, en les mettant en relation avec la défavorisation des quartiers et avec les données de l'EQDEM.



RÉFÉRENCES

- ¹ Concertation Montréal, *Démarche Raconte-moi ta ville dans le cadre de l'élaboration du Projet de Ville (Ville de Montréal)*, 2022.
- ² Maud Emmanuelle LABESSE et Collab., Institut national de santé publique (INSPQ), [Planifier une offre résidentielle saine et accessible](#), 2022.
- ³ Kirsten KRAHNSTOEVER DAVIDSON et Catherine LAWSON, [Do attributes in the physical environment influence children's physical activity?](#) A review of the literature, 2006.
- ⁴ Juan TORRES et Paul LEWIS, [Proximité et transport actif: le cas des déplacements entre l'école et la maison à Montréal et à Trois-Rivières](#), Environnement Urbain/Urban Environment, vol. 4, 2010.
- ⁵ Kirsten KRAHNSTOEVER DAVIDSON & Catherine LAWSON, *op. Cit.*, 2006.
- ⁶ Jordan A. CARLSON et Collab., [Association between neighborhood walkability and GPS-measured walking, bicycling and vehicle time in adolescents](#), Health & Place, vol.32, p.1-7, 2015.
- ⁷ karen VILLANUEVA ET COLLAB., [data to decisions: methods to create neighbourhood built environment indicators relevant for early childhood development](#), 2022.
- ⁸ Sophie PAQUIN et François THÉRIEN, DRSP CCSMTL, [Pour un aménagement du territoire qui favorise la santé](#), Mémoire sur l'avant-projet de loi sur l'aménagement durable du territoire et de l'urbanisme, 2011.
- ⁹ Sharon GOLDFELD et Collab., [Neighbourhood Effects Influencing Early Childhood Development: Conceptual Model and Trial Measurement Methodologies from the Kids in Communities Study](#), vol. 120, p. 197-212, 2015.
- ¹⁰ Espace MUNI, [À propos de la reconnaissance municipalité amie des enfants](#), Québec, 2021.
- ¹¹ karen VILLANUEVA et Collab., *Data to decisions: methods to create neighbourhood built environment indicators relevant for early childhood development*, *op. Cit.*, 2022.
- ¹² *Ibid.*
- ¹³ Sharon GOLDFELD et Collab., *op. Cit.*, 2021.
- ¹⁴ Anita MINH et Collab., [A review of neighborhood effects and early child development: How, where, and for whom, do neighborhoods matter?](#) Health Place, 2017.
- ¹⁵ Juan TORRES et Paul LEWIS, [Proximité et transport actif: le cas des déplacements entre l'école et la maison à Montréal et à Trois-Rivières](#), Environnement Urbain/Urban Environment, vol. 4, 2010.
- ¹⁶ Karen VILLANUEVA et Collab., *Data to Decisions: Methods to Create Neighbourhood Built Environment Indicators Relevant for Early Childhood Development*, *op. Cit.*, 2022.
- ¹⁷ DRSP CCSMTL, Comité québécois de formation sur les saines habitudes de vie et Québec en Forme, [Guide sur les environnements de vie \(SHV\) dans les municipalités](#), Prendre soin de notre monde, 2016.
- ¹⁸ karen VILLANUEVA et Collab., [Can the neighborhood built environment make a difference in children's development? Building the research agenda to create evidence for place-based children's policy](#), acad pediatri, 2015.
- ¹⁹ Sharon GOLDFELD et Collab., [Findings from the Kids in Communities Study \(KiCS\): A mixed methods study examining community-level influences on early childhood development](#), PLoS One, 2021.



- ²⁰ Robert TANTON et Collab., [Identifying Off-Diagonal Communities Using the Australian Early Development Census Results](#), vol. 132, p. 977-992, 2017.
- ²¹ LAURIN, Martine et collab., DRSP CCSMTL, [Vers des déplacements actifs sécuritaires et conviviaux sur le chemin de l'école](#), 2024.
- ²² Environmental Protection Agency (EPA), United States, [Climate Change and Children's Health and Well-Being in the United States. U.S.](#), EPA 430-R-23-001, 2023.
- ²³ Irena BUKA et Katherine M SHEA, [Global climate change and health in Canadian children](#), Paediatrics & Child Health, vol. 24, Issue 8, p. 557, December 2019.
- ²⁴ Environmental Protection Agency (EPA), United States, op. Cit., 2023.
- ²⁵ Irena BUKA et Katherine M SHEA, op. Cit., December 2019.
- ²⁶ Environmental Protection Agency (EPA), United States, op. Cit., 2023.
- ²⁷ Francis VERGUNST et Helen L. Berry, [Climate Change and Children's Mental Health: A Developmental Perspective](#), Clinical Psychological Science, vol.10, Issue 4, 2022.
- ²⁸ Howard FRUMKIN, Lawrence FRANK et Richard JACKSON, [Urban Sprawl and Public Health: Designing, planning and building for healthy communities](#), Environ Health Perspect., 2005.
- ²⁹ Shabnam ABDOLLAHI et Collab., [An Overview of How the Built Environment Relates to Children's Health](#), Current environmental health reports, 10(3), 264-277, 2023.
- ³⁰ Isabelle LAURIN et Collab., [Quelle est l'association entre les caractéristiques résidentielles et du quartier et le développement de l'enfant à la maternelle?](#), Can J Public Health, 2018.
- ³¹ Lauren A. TAYLOR, [Housing And Health : An Overview of The Literature, Health Affairs Health Policy Brief](#), June 7, 2018
- ³² Caitlin EICHER et Ichiro KAWACHI, [Social Capital and Community Design](#), Making Healthy Places, Island Press, Washington, DC, 2011.
- ³³ Hollie LUND, [Pedestrian Environments and Sence of Community](#), Journal of Planning Education and Research, vol. 21, Issue 3 2002.
- ³⁴ Shabnam ABDOLLAHI et Collab., op. Cit., 10(3), 264-277, 2023.
- ³⁵ Roger L. MACKETT et S James PASKIN, [Children's Physical Activity: The Contribution of Playing and Walking](#), Children & Society, vol. 22, no 5, p. 345-357, 2008.
- ³⁶ Mélanie BEAUDOIN et Marie-Ève LEVASSEUR, INSPQ, [Verdir les villes pour la santé de la population: revue de la littérature](#), 2017.
- ³⁷ ISQ, Être parent au Québec en 2022, [Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur la parentalité 2022](#), 2023.
- ³⁸ Rosario PADIAL-RUZ et Collab., [Determining Factors in the Use of Urban Parks That Influence the Practice of Physical Activity in Children: A Systematic Review](#), Int J Environ Res Public Health. 2021
- ³⁹ Pedro MADRONA et Collab., [Contribution of Public Playgrounds to Motor, Social, and Creative Development and Obesity Reduction in Children](#), Sustainability, 2019.
- ⁴⁰ Rosario PADIAL-RUZ et Collab., [Determining Factors in the Use of Urban Parks That Influence the Practice of Physical Activity in Children: A Systematic Review](#), Int. J. Environ. Res. Public Health, 2021



- ⁴¹ Charlotte SKAU PAWLOWSKI et Collab., [*The role of playgrounds in the development of children's fundamental movement skills: A scoping review*](#), PLoS One, 2023.
- ⁴² V. GOSSELIN, *Portrait des habitudes de vie des tout-petits*, Montréal physiquement active, Direction régionale de santé publique de Montréal, Concertation Montréal.
- ⁴³ Ville de Montréal et AQLM, [*ESPACES DE JEU POUR ENFANT, Aménagement de parc Les incontournables*](#), Guides des parcs et autres espaces publics, 2021.
- ⁴⁴ Rosario PADIAL-RUZ et Collab., *op. Cit.*, 2021.
- ⁴⁵ Irena BUKA et Katherine M. SHEA, Société canadienne de pédiatrie, Section de la santé environnementale en pédiatrie, [*Les changements climatiques mondiaux et la santé des enfants canadiens*](#), Paediatr Child Health, 2019.
- ⁴⁶ J. K. VANOS, *Children's health and vulnerability in outdoor microclimates: A comprehensive review*, Environment International, vol. 76, p. 1-15, 2015.
- ⁴⁷ Statistique Canada, Recensement 2021
- ⁴⁸ Center for Disease Control and Prevention, *Health Benefits of Physical Activity for Children, Adults, and Adults 65 and Older*, 2023.
- ⁴⁹ Vicky PRINGMAN et Marie-Pierre MARKON, DRSP CCSMTL, [*Portrait des jeunes montréalais de 6e année. Enquête TOPO 2017*](#), 2018.
- ⁵⁰ ParticipACTION, [*Un corps actif pour un cerveau en santé : la formule gagnante!*](#) 15p., 2018
- ⁵¹ INSPQ. [*Le transport actif et le système scolaire à Montréal et à Trois-Rivières : une synthèse de l'analyse du système d'acteurs concernés par le transport actif des élèves des écoles primaires au Québec*](#), 24 p. 2010.
- ⁵² Autorité régionale de transport métropolitaine (ARTM), [*Enquête Origine-Destination*](#), 2018.
- ⁵³ Linda ROTHMAN et Collab., [*Active school transportation and the built environment across Canadian cities: Findings from the child active transportation safety and the environment \(CHASE\) study*](#), Preventive Medicine, vol. 146, 2021.
- ⁵⁴ Juan TORRES et Paul LEWIS, Environnement Urbain/Urban Environment, *op. Cit.*, vol. 4, 2010.
- ⁵⁵ Patrick MORENCY et Simon TESSIER, DRSP CCSMTL, [*Vers l'amélioration de la sécurité routière pour tous: mémoire de la Direction régionale de santé publique de Montréal dans le cadre de la consultation publique La sécurité routière: ça nous concerne tous!*](#), 2017.
- ⁵⁶ World Health Organization (WHO), [*Managing speed*](#), 2017.
- ⁵⁷ Patrick MORENCY et Simon TESSIER, DRSP CCSMTL, *op. Cit.*, 2017.
- ⁵⁸ David KAISER et Collab., DRSP CCSMTL, [*Évaluation d'impact sur la santé sur le réseau express vélo : rapport final*](#), 2021.
- ⁵⁹ Patrick MORENCY et Simon TESSIER, DRSP CCSMTL, *op. Cit.*, 2017.
- ⁶⁰ Patrick MORENCY et Simon TESSIER, DRSP CCSMTL, *op. Cit.*, 2017.
- ⁶¹ Patrick MORENCY et Collab., [*Neighborhood social inequalities in road traffic injuries: the influence of traffic volume and road design*](#), American journal of public health, 102(6), 1112-1119, 2012.
- ⁶² Patrick MORENCY et Collab., [*Traveling by Bus Instead of Car on Urban Major Roads: Safety Benefits for Vehicle Occupants, Pedestrians, and Cyclists*](#), J Urban Health, 2018.
- ⁶³ Golder Associés, [*Rapport de quantification des émissions de gaz à effet de serre évitées par le transport collectif dans la région métropolitaine de Montréal*](#), présenté à Société de transport de Montréal (STM) et Comité de Pilotage pour la Quantification des émissions de GES évitées dans la région de Montréal, 2016



- ⁶⁴ INSPQ, [Potentiel piétonnier et utilisation des modes de transport actif pour aller au travail au Québec](#), État des lieux et perspectives d'interventions, 2014.
- ⁶⁵ INSPQ, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2022-2023.
- ⁶⁶ Maria FORASTER et collab., [Exposure to road traffic noise and cognitive development in schoolchildren in Barcelona, Spain: A population-based cohort study](#), 2022
- ⁶⁷ ARTM, *Enquête Origine-Destination*, op. Cit., 2018.
- ⁶⁸ Société de transport de Montréal (STM), NOTRE VISION, [Un leader en mobilité durable](#), Plan stratégique organisationnel 2030, 2023
- ⁶⁹ INRS et Trajectoire Québec, [Collectif-Inclusif : accès au transport collectif pour tous Laboratoire Piéton et Espace Urbain \(LAPS\) de l'INRS et Trajectoire Québec](#), 2024.
- ⁷⁰ M. KINGSBURY et Collab., [Trajectories of childhood neighbourhood cohesion and adolescent mental health: evidence from a national Canadian cohort](#), Psychological Medicine, Cambridge University Press, 2015.
- ⁷¹ Sharon GOLDFELD et Collab., [Foundational Community Factors \(FCFs\) for Early Childhood Development: A report on the kids in communities study](#), 2018
- ⁷² *Ibid.*
- ⁷³ T. LEVENTHAL et J. BROOKS-GUNN, [The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes](#), Psychol Bull. 2000.
- ⁷⁴ Sonia LEHMAN-FRISCH et Jeanne VIVET, [Géographies des enfants et des jeunes](#), Carnets de géographes, 2011.





Chapitre

4



Le logement : un chez-soi à hauteur d'enfant

Rapport de la directrice de santé publique de Montréal - 2024

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 4 | LE LOGEMENT: UN CHEZ-SOI À HAUTEUR D'ENFANT 3

LOGEMENT ABORDABLE, SANTÉ DURABLE..... 4

DES LOGEMENTS DE QUALITÉ POUR LES FAMILLES..... 6

DES DÉMÉNAGEMENTS À RÉPÉTITION 7

Montréal, ville de locataires 7

RECOMMANDATIONS 9

Accroître l'offre de logement abordable et de qualité répondant aux besoins de l'ensemble des familles et intensifier les mesures de protection des familles locataires de leur domicile 9

Améliorer la qualité des logements dans l'ensemble du parc de logements locatifs, en priorisant les endroits où vivent davantage d'enfants 9

RÉFÉRENCES 10



Chapitre 4 | Le logement : un chez-soi à hauteur d'enfant

Parmi tous les facteurs qui influencent le devenir des enfants, de la famille et de la collectivité, le logement est l'un des plus déterminants; ce chapitre y est entièrement dédié. On sait que les conditions d'habitation sont d'importants marqueurs d'inégalités sociales qui peuvent exacerber les difficultés des familles déjà vulnérables et avoir des répercussions évitables¹.

Sachant, de surcroît, que les conséquences des mauvaises conditions d'habitation vécues durant l'enfance se répercutent tout au long de la vie, les acteurs de la santé publique ont placé au cœur de leurs préoccupations l'accès à un logement abordable, salubre et de taille suffisante pour les familles montréalaises².

Le logement : source importante de stress pour les parents de jeunes enfants

Un sondage de l'Observatoire des tout-petits en 2022 révèle que plus d'un parent sur trois (34 %) dans le Grand Montréal vit un stress élevé en lien avec son logement.

Cette situation est encore plus fréquente parmi les familles monoparentales, les familles immigrantes et celles vivant avec un faible revenu³.

Pour bien évaluer les conditions d'habitation des familles, on doit prendre en considération principalement trois dimensions, chacune desquelles peut influencer le bien-être et la santé physique et mentale des enfants⁴ :

- L'**abordabilité** du logement
- La **qualité** du logement
- La **stabilité** résidentielle



LOGEMENT ABORDABLE, SANTÉ DURABLE

L'abordabilité se définit comme suit : c'est la possibilité pour un ménage d'accéder à un logement de qualité qui répond à ses besoins prioritaires, et *dont le coût ne compromet pas sa capacité à subvenir à ses autres besoins essentiels*, tels que se nourrir, se vêtir, se déplacer et se soigner⁵.

Or à Montréal, un nombre croissant de familles peine à trouver ou à maintenir cette abordabilité pour leur logement – une dynamique qui touche particulièrement celles qui ont un faible revenu. La situation semble même s'être détériorée depuis la pandémie, selon le sondage 2022 de l'Observatoire des tout-petits aux parents de jeunes enfants :

- 72 % des parents locataires rapportent que l'accès à un logement abordable représente plus de défis pour eux, en comparaison à avant la pandémie⁶.

Les familles à faible revenu, on le sait, sont souvent contraintes de vivre dans un logement trop cher ou de mauvaise qualité (insalubre ou trop petit) faute de pouvoir se payer mieux, ce qui n'est pas sans risques pour la santé et le développement de leurs enfants^{7,8}.

Les données scientifiques montrent que l'inabordabilité du logement est une cause importante de stress chez les parents, stress nuisible à leur capacité d'interagir avec leurs enfants ou d'en prendre soin adéquatement^{9,10}. On a aussi établi un lien clair entre l'abordabilité du logement et la performance scolaire : les enfants vivant dans des familles dont le taux d'effort est élevé obtiennent de moins bons résultats à l'école¹¹. Mais qu'entend-on au juste par « taux d'effort » ? C'est le pourcentage de son revenu qu'un ménage consacre à son logement, une mesure utile et objective pour en déterminer l'abordabilité.

Des constats préoccupants depuis la pandémie

Lors de notre tournée de l'EQDEM, plusieurs de nos partenaires ont aussi signalé que depuis la pandémie, ils observent une augmentation de la précarité des familles de milieux vulnérables, par exemple celles qui sont défavorisées et celles issues de l'immigration récente.

Ces familles sont nombreuses à vivre de l'insécurité alimentaire, peinant à combler leurs besoins de base aussi pour se vêtir, se loger, se meubler. "Des enfants ont faim et leur concentration à l'école en souffre !" nous a-t-on rapporté. La crise du logement à Montréal et l'augmentation du coût de la vie seraient en cause.

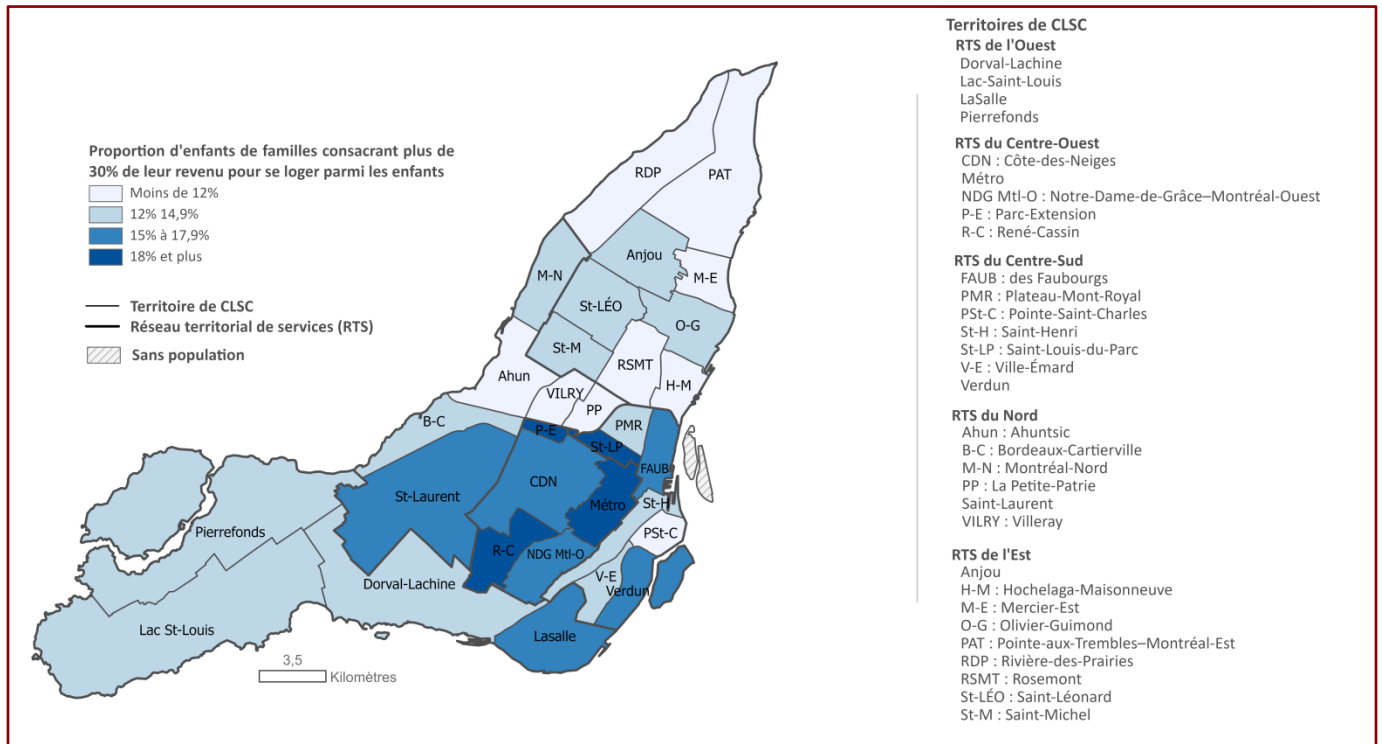


On juge qu'un logement est abordable lorsqu'un ménage lui consacre moins de 30 % de son revenu. Or, les données du dernier Recensement sont préoccupantes à cet égard :

2 x	Plus de 14 % des familles montréalaises affichent un taux d'effort de 30 % ou plus, ce qui est plus du double qu'ailleurs au Québec, où seulement 6 % des familles sont dans cette situation ¹² .
1/5	Les familles monoparentales sont encore plus touchées par l'inabordabilité : plus de 21 % d'entre elles – une famille monoparentale sur cinq – affichaient un taux d'effort de 30 % ou plus ¹³ .

La figure suivante montre répartition, par territoire de CLSC, du pourcentage d'enfants vivant dans une famille où le coût d'effort est 30 % ou plus du revenu familial en 2021.

Figure 1 – Proportion d'enfants de familles consacrant 30 % ou plus du revenu total aux frais de logement parmi les enfants, Montréal



Pour ces familles montréalaises, les conséquences d'un taux d'effort excessif peuvent être néfastes, particulièrement sur le plan de la sécurité alimentaire :

- 20,8 % des enfants de 12 ans et moins vivent dans un ménage ayant vécu de l'insécurité alimentaire au cours de l'année précédente¹⁴.
- Notons au passage les importantes disparités entre les ménages locataires et les ménages propriétaires : les locataires sont deux fois plus à risque de vivre de l'insécurité alimentaire (19,6 %) que les propriétaires (8,3 %) ¹⁵.



DES LOGEMENTS DE QUALITÉ POUR LES FAMILLES

La qualité même d'un logement – particulièrement sa salubrité et sa taille – est déterminante dans la vie des familles et le développement des enfants. Lors de notre tournée locale, les intervenants ont d'ailleurs maintes fois rapporté des enjeux de surpeuplement, d'insalubrité et de bruit excessif, en plus des difficultés des familles à trouver des logements abordables.

Plusieurs facteurs permettent de juger de la salubrité d'un logement : le manque d'entretien du bâtiment (p. ex. : isolation, revêtement); la présence de contaminants chimiques dans l'environnement intérieur (p. ex. : plomb, radon, amiante); la qualité de l'air (p. ex. : présence de moisissures); la présence d'animaux ou d'insectes indésirables (p. ex. : rongeurs, coquerelles)¹⁶.

Or en 2017, une enquête de la DRSP révélait que 26 % des familles locataires avec des enfants de 17 ans ou moins habitaient un logement dans lequel on retrouvait des taches ou des odeurs de moisissures¹⁷. Cette enquête révélait aussi des disparités importantes selon le revenu : les ménages locataires ayant un revenu de 20 000 \$ ou moins sont trois fois plus exposés aux taches ou odeurs de moisissures que les ménages ayant un revenu de 80 000 \$ et plus.

Insalubrité et asthme vont de pair

En 2022-2023, la prévalence de l'asthme diagnostiqué chez les enfants montréalais de moins de 12 ans s'élevait à 5,9 %, ce qui représente **plus de 14 000 enfants**.

La présence de moisissures et l'humidité excessive fréquemment observées dans les logements montréalais sont des facteurs de risque importants de cette maladie¹⁸. D'autres allergènes souvent présents dans les domiciles peuvent aussi être en cause: la poussière, les animaux, la fumée secondaire et les coquerelles en sont quelques exemples¹⁹.

Qu'est-ce qu'un logement de taille convenable ? C'en est un logement dont le nombre de chambres à coucher suffit à la taille et à la composition du ménage (Statistique Canada, 2021).

- Selon le *Recensement 2021*:
 - Plus du quart des enfants (27 %) de 0 à 17 ans vivaient dans un logement de taille non convenable.
 - Parmi les enfants vivant dans un ménage locataire, c'est 40 % qui habitaient un logement de taille non convenable alors que cette proportion était de seulement 12 % pour les enfants vivant dans un ménage propriétaire²⁰
- Selon le sondage de l'*Observatoire des tout-petits 2022*:
 - L'accès à une habitation de taille suffisante comporte plus de défis qu'avant la pandémie pour 41 % des parents de jeunes enfants²¹.



Un logement de taille non convenable pour une famille augmente le risque de maladies infectieuses et peut aussi affecter les résultats scolaires des étudiants en limitant l'espace et le temps en privé, nécessaires pour se concentrer sur leurs études²².

1/4

En 2021, plus du quart des enfants (27 %) de 0 à 17 ans vivaient dans un logement de taille **non convenable**.

DES DÉMÉNAGEMENTS À RÉPÉTITION

Le marché locatif et immobilier actuel à Montréal n'est pas de tout repos pour les familles de la région. Taux d'inoccupation historiquement bas, loyers et taux d'intérêt en forte hausse, absence de mécanismes de régulation des prix et logique de marché privé; tout concourt à menacer la stabilité résidentielle d'un nombre croissant de familles montréalaises.

Et, encore une fois, ce sont les ménages locataires avec enfants qui sont les plus vulnérables^{23,24}.

Lorsque la demande de logements dépasse largement l'offre, comme c'est le cas en ce moment, les ménages locataires occupant des logements abordables sont beaucoup plus à risque de subir une augmentation de loyer abusive les obligeant à déménager ou d'être carrément évincés, un scénario de plus en plus fréquent qui déracine et déstabilise des centaines de familles²⁵.

53 %

Montréal, ville de locataires

Dans la métropole, 53% des enfants de 17 ans et moins vivent dans un ménage qui est locataire de son domicile.

Les familles monoparentales sont surreprésentées : 65 % d'entre elles sont locataires, comparativement à 42 % pour les familles composées d'un couple avec enfants²⁶.

Un déménagement, dans un tel contexte, peut avoir sur les enfants plusieurs impacts négatifs, découlant du stress engendré par le déménagement lui-même, d'un budget familial plus serré, de symptômes anxio-dépressifs chez les parents ou même d'un changement dans la structure familiale (divorce ou séparation)^{27,28}.

4x

Au Québec, les cas d'éviction ont **quadruplé en l'espace de 12 ans**, passant de 754 cas à 3110 cas entre 2010 et 2022²⁹. Et ce ne sont là que les cas connus. Il ne fait aucun doute que les enfants montréalais sont nombreux à se retrouver en situation d'éviction familiale.

Et c'est sans compter tous les liens sociaux que les enfants perdent en quittant un quartier, ce qui déstabilise d'autant leur développement³⁰.

10 %

En 2021, plus de 10 % des enfants montréalais de 0 à 17 ans – soit environ **38 000 enfants** – avaient vécu un déménagement dans l'année précédente.

Les enfants vivant dans des familles à faible revenu sont plus susceptibles d'avoir à déménager : 24 % de ceux-ci avaient déménagé, comparativement à 9 % pour les enfants vivant dans une famille plus favorisée³¹.

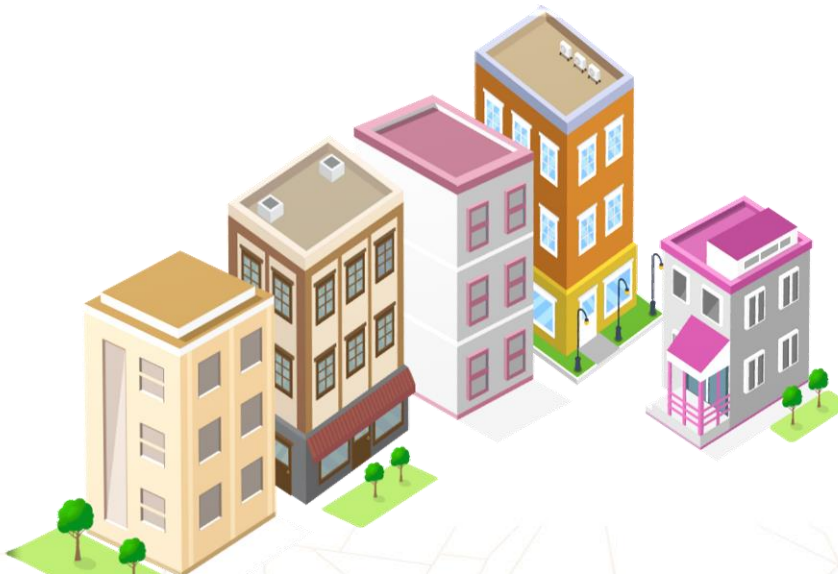


Qui plus est, habiter un secteur où l'instabilité résidentielle est élevée présente une corrélation significative avec des problèmes de santé ou de comportement, comme les excès d'alcool, les maladies chroniques et la mauvaise santé physique ou mentale autoévaluée³².

En fait, plus le nombre de déménagements dans la vie des enfants est élevé, plus les effets sur leur santé et leur bien-être semblent importants³³, ce qui fait de l'instabilité résidentielle un facteur de risque indépendant des autres problèmes de logement et une cible d'action prioritaire pour la région montréalaise.

N'oublions pas, finalement, qu'en matière de logement, ce n'est pas tant le fait d'être propriétaire ou locataire qui est déterminant dans le bien-être des individus, mais plutôt le sentiment de contrôle sur leur environnement et le sentiment de sécurité³⁴. C'est ce qui fait de la sécurité d'occupation une pierre angulaire du sentiment de sécurité global des familles. Il est donc impératif d'améliorer l'accès des familles à un logement salubre, abordable et de taille convenable – il en va de leur santé. À cette fin, un investissement conséquent dans le logement social et communautaire est largement considéré comme une des solutions les plus porteuses, puisqu'elle permet de réduire les inégalités sociales de santé en offrant aux familles de milieux vulnérables des logements de qualité et adaptés à leur réalité financière. Et puisque de tels logements ne sont pas soumis à une logique de marché privé, les familles locataires sont mieux protégées contre les évictions abusives.

Que ce soit par le biais de politiques publiques ou d'interventions ciblées, on doit traiter le logement comme un droit et un déterminant important de la santé des enfants³⁵. Il nous revient collectivement de nous assurer qu'aucune famille ne soit privée d'un vrai chez-soi abordable, stable et de taille suffisante.



RECOMMANDATIONS

4.1 Accroître l'offre de logement abordable et de qualité répondant aux besoins de l'ensemble des familles et intensifier les mesures de protection des familles locataires de leur domicile

Pistes d'action :

- Réinvestir substantiellement dans le logement social et communautaire, par le biais de programmes adaptés aux réalités régionales, pour atteindre minimalement 20 % du parc de logements locatifs
- Planifier une offre de logements de taille suffisante et adaptés aux besoins des familles dans tous les quartiers de l'agglomération de Montréal.
- Renforcer les mesures pour protéger les familles locataires des hausses abusives de loyer et des évictions, par exemple en instaurant un registre des loyers et en tenant compte de la vulnérabilité des familles locataires avec enfants.

4.2 Améliorer la qualité des logements dans l'ensemble du parc de logements locatifs, en priorisant les endroits où vivent davantage d'enfants

Pistes d'action :

- Miser sur l'action intersectorielle afin d'identifier les situations prioritaires d'insalubrité du logement vécues par les familles et pour favoriser entre partenaires locaux leur résolution en temps opportun.
- Développer et suivre collectivement et localement des indicateurs portant spécifiquement sur l'accès et la qualité des logements pour les familles montréalaises
- Prioriser le développement de connaissances au regard des politiques publiques et des interventions prometteuses en matière de logement et santé, et les diffuser aux partenaires et aux décideurs

Engagements de la DRSP :

- Collaborer avec des chercheurs et avec les partenaires intersectoriels pour le développement des connaissances concernant les effets du logement sur la santé des enfants, et les stratégies à déployer pour que toutes les familles montréalaises soient logées convenablement.
- Réaliser et diffuser des portraits et des cartes sur les conditions de logement des familles et sur les effets sur la santé associée.



RÉFÉRENCES

- ¹ Marie-France RAYNAULT, Simon TESSIER et François THÉRIEN, DRSP CCSMTL, [Pour des logements salubres et abordables](#), Rapport du directeur de santé publique de Montréal, 2015.
- ² *Ibid.*
- ³ L'observatoire des tout-petits, [Besoins des parents de tout-petits en matière de logement](#), Résultats du sondage préparé par Léger, 2022.
- ⁴ D. D'ALESSANDRO et L. APPOLLONI, [Housing and health: an overview](#), 2020.
- ⁵ S. O'NEIL, M.E LABESSE et P. MORENCY, INSPQ, [Logement et santé : développement d'un cadre conceptuel](#), Rapport d'analyse, 2024.
- ⁶ L'observatoire des tout-petits, *Op. Cit.*, 2022.
- ⁷ Simon TESSIER et François TESSIER, DRSP CCSMTL, [Mémoire de la Direction régionale de santé publique de Montréal dans le cadre de la consultation sur le projet de Règlement pour une métropole mixte](#), 2019.
- ⁸ L'observatoire des tout-petits, *Op. Cit.*, 2022.
- ⁹ James R. DUNN, [L'approche de la santé de la population en fonction du logement : cadre de recherche, Pour le Comité national de recherche sur le logement SCHL](#), Université de Calgary, 2002; L'OBSERVATOIRE DES TOUT-PETITS, *Op. Cit.*, 2022.
- ¹⁰ L'observatoire des tout-petits, *Op. Cit.*, 2022.
- ¹¹ Sandra NEWMAN et C.S. HOLUPKA, [Housing affordability and children's cognitive achievement. Health Affairs](#), 2016.
- ¹² Statistique Canada, Recensement 2021
- ¹³ *Ibid.*
- ¹⁴ DRSP CCSMTL, [Portrait de l'insécurité alimentaire à Montréal en 2020](#), 2024.
- ¹⁵ *Ibid.*
- ¹⁶ Marie-France RAYNAULT, Simon TESSIER et François THÉRIEN, DRSP CCSMTL, *op. Cit.*, 2015
- ¹⁷ DRSP CCSMTL, [Les conditions d'habitation à Montréal selon l'Enquête Habitation 2017](#), 2018.
- ¹⁸ Jacques LOUIS. et Collab, [Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans, rapport synthèse régional](#), Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Québec, 2011.
- ¹⁹ Marisa A. PATTI et Collab., [Recommendations for Clinicians to Combat Environmental Disparities in Pediatric Asthma: A Review](#), CHEST, 2024.
- ²⁰ Statistique Québec, [Vitrine statistique sur les jeunes de 15 à 29 ans](#), Logement.
- ²¹ L'observatoire des tout-petits, *Op. Cit.*, 2022.
- ²² D. D'ALESSANDRO et L. APPOLLONI, *Op. Cit.*, 2020.
- ²³ Simon TESSIER et François TESSIER, DRSP CCSMTL, *Op. Cit.*, 2019
- ²⁴ Marie-France RAYNAULT, Simon TESSIER et François THÉRIEN, DRSP CCSMTL, *Op. Cit.*, 2015.



- ²⁵ DRSP CCSMTL, *Effets de la rareté des logements sains et abordables sur la santé des locataires montréalais*, 2021.
- ²⁶ Statistique Canada, Recensement 2021, *Op. Cit.*
- ²⁷ Anderson, S., Leventhal, T., Newman, S., & Dupéré, V. (2014). Residential mobility among children: A framework for child and family policy. *Cityscape*, 16(1), 5-36.
- ²⁸ Matthew DESMOND et Rachel TOLBERT KIMBRO, [Eviction's Fallout: Housing, Hardship, and Health](#), *Social Forces*, vol. 94, Issue 1, September 2015, p. 295, 324.
- ²⁹ Regroupement des comités logement et associations de locataires du Québec (RCLALQ), [Déloger pour s'enrichir : La hausse alarmante des évictions forcées au Québec](#), 2022.
- ³⁰ Anderson, S., Leventhal, T., Newman, S., & Dupéré, V. (2014). Residential mobility among children: A framework for child and family policy. *Cityscape*, 16(1), 5-36.
- ³¹ Statistique Canada, Recensement 2021, *Op. Cit.*
- ³² Flora I MATHESON et Collab., [Élaboration de l'indice de marginalisation canadien: un nouvel outil d'étude des inégalités](#), *Canadian Journal of Public Health*, 103, S12-S16, 2012.
- ³³ Kiana D BESS, Alison L MILLER et Roshanak MEHDIPANAH, [The effects of housing insecurity on children's health: a scoping review](#), *Health Promotion International*, vol 38, Issue 3, June 2023.
- ³⁴ James GREGORY et Collab., *Renter's Sense of Control and Well-being: An Analysis of Housing Tenure and Mental Health. Journal of Urban Affairs*, vol. 42, no. 3, pp. 456-472, 2020.
- ³⁵ Marie-France RAYNAULT, Simon TESSIER et François THÉRIEN, DRSP CCSMTL, *Op. Cit.*, 2015.





Chapitre

5



Les services de garde éducatifs à l'enfance de qualité : un bon départ pour tous

Rapport de la directrice de santé publique de Montréal - 2024

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 5 DES SERVICES DE GARDE ÉDUCATIFS À L'ENFANCE DE QUALITÉ : UN BON DÉPART POUR TOUS	3
Portrait montréalais des services de garde.....	4
Accès aux SGEE	5
Qualité des SGEE.....	10
Collaboration entre les SGEE, le RSSS, le réseau communautaire et le réseau scolaire	12
En chemin vers le grand monde.....	14
RECOMMANDATIONS	15
RÉFÉRENCES	18



Chapitre 5 | Des services de garde éducatifs à l'enfance de qualité : un bon départ pour tous

Depuis que Pauline Marois a instauré sa politique familiale en 1997, les services de garde (SG) n'ont cessé de croître en influence dans le quotidien des familles québécoises : ils font désormais partie de notre tissu social. À preuve, en 2022, pas moins de 92 % des enfants montréalais avaient fréquenté un service de garde avant leur entrée à la maternelle¹, en majorité à temps plein^{2,3}.

Après la famille, le service de garde représente donc aujourd'hui, pour les enfants d'âge préscolaire, le milieu de vie le plus influent : il occupe beaucoup de leur temps et leur offre toutes sortes d'occasions d'apprentissage, de développement et de socialisation – toutes pouvant contribuer à leur santé et à leur développement. Dans une perspective de santé publique, cela en fait des lieux d'intervention de choix, où il est possible d'œuvrer à prévenir et à réduire les inégalités sociales de santé, en ouvrant au plus grand nombre l'accès, très tôt, à des services éducatifs *de qualité*.

Car la qualité des SG – la littérature est formelle – est une condition essentielle si on veut qu'ils aient un impact positif sur le développement des enfants^{4,5}. Or comme on le verra, la qualité actuelle des services de garde offerts à Montréal est inégale d'un milieu à l'autre.

Mais établissons d'abord un portrait global des services de garde dans la métropole, puis voyons ce qu'il en est de l'accès à ces services, et de leur qualité.



Portrait montréalais des services de garde

Il existe plusieurs types de services de garde. Dans ce chapitre, il sera question des services de garde éducatifs à l'enfance (SGEE) reconnus, incluant les centres de la petite enfance (CPE), les garderies privées subventionnées (GS), les garderies privées non subventionnées (GNS) et les garderies en milieu familial reconnues (MF).

En date d'avril 2024, il y avait plus de 2800 SGEE reconnus à Montréal, tous types confondus, pour plus de 82 000 places (voir Tableau 1). Le « Grand chantier pour les familles » du MFA préconise un accès en SGEE subventionnés pour tous⁶. Il fera augmenter davantage le nombre de places en GS et diminuer le nombre de places en GNS dans les prochaines années.

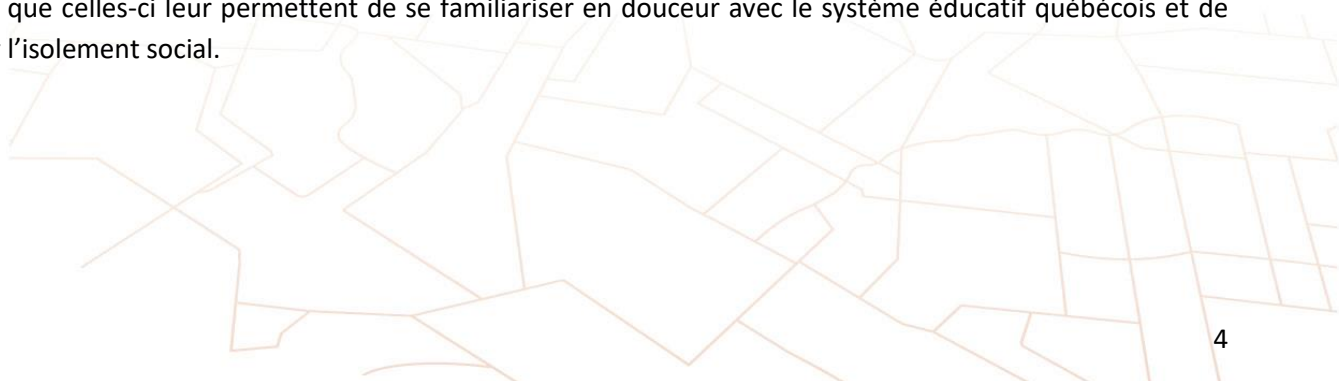
Tableau 1 – Nombre de SGEE et nombre de places par types de SGEE à Montréal, 30 avril 2024⁷ et pour le Québec, 31 juillet 2024⁸.

Type de SGEE	Nombre de SGEE	Nombre de places Montréal	Proportion Montréal	Nombre de places ensemble du Québec	Proportion ensemble du Québec
CPE	379	25450	31 %	107185	35 %
GS	345	22877	28 %	64683	21 %
GNS	432	22331	27 %	59920	20 %
MF	1645	11523	14 %	72020	24 %
Total	2801	82181	100 %	303808	100 %

Les haltes-garderies communautaires (HGC)

Il existe plusieurs types de HGC, qu'il s'agisse d'organismes à vocation unique ou de haltes-répit associées à des organismes communautaires offrant d'autres services. Ces organismes proposent des activités éducatives comme des ateliers de stimulation ou d'éveil à la lecture pour les enfants, tout en brisant l'isolement des parents et en leur offrant un répit⁹. Le nombre de places disponibles y est toutefois limité et il s'agit généralement d'une offre à temps partiel¹⁰.

Les échos du terrain nous indiquent que ces haltes jouent un rôle essentiel, puisqu'elles répondent aux besoins de familles dont les enfants ne fréquentent pas un SGEE, en particulier les familles à faible revenu¹¹ que ce soit parce qu'elles n'ont pas trouvé de place en SGEE, qu'elles n'ont pas besoin d'une place à temps plein, ou simplement par choix personnel. Lors de notre tournée locale, les intervenants ont souligné à plusieurs reprises que les familles issues de l'immigration récente sont nombreuses à bénéficier des HGC, parce que celles-ci leur permettent de se familiariser en douceur avec le système éducatif québécois et de briser l'isolement social.



Les maternelles 4 ans

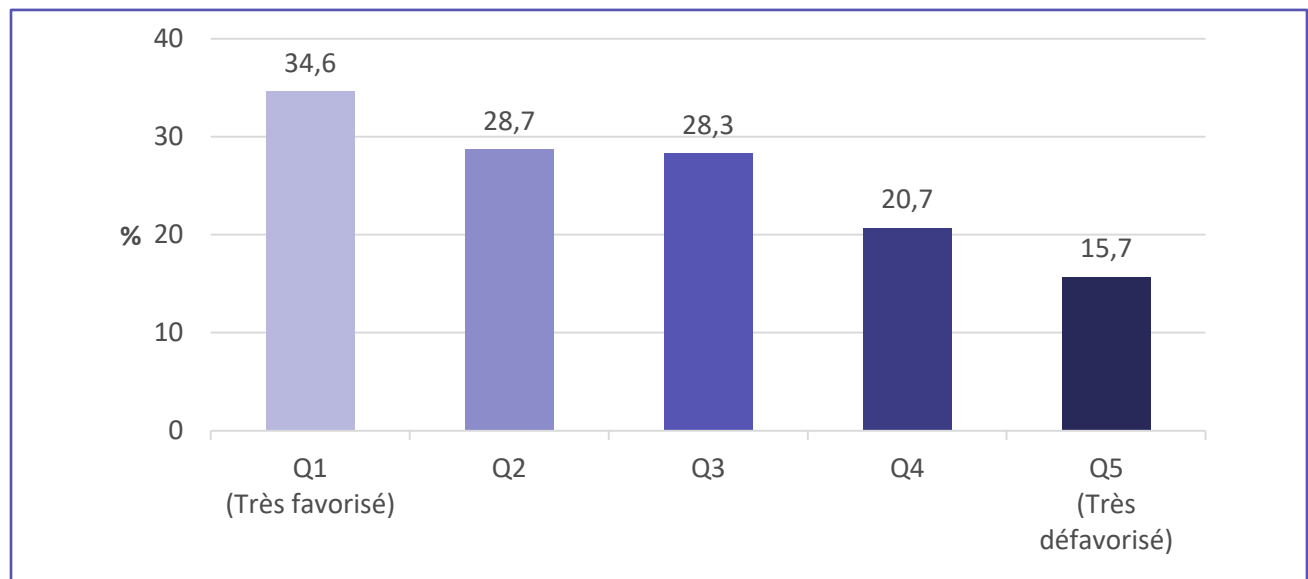
À l'origine, les maternelles 4 ans visaient à permettre aux enfants de milieux défavorisés n'ayant pas fréquenté un SGEE d'avoir accès, avant leur entrée à l'école, à un milieu éducatif favorable à leur développement. L'offre de maternelles 4 ans, dans le réseau scolaire, est maintenant ouverte à tous les enfants pour répondre aux besoins de certains parents, notamment ceux qui ont choisi de garder leurs tout-petits à la maison avant l'école ou encore ceux qui n'ont pas accès à un SGEE¹².

Accès aux SGEE

Iniquités géographiques et selon le revenu

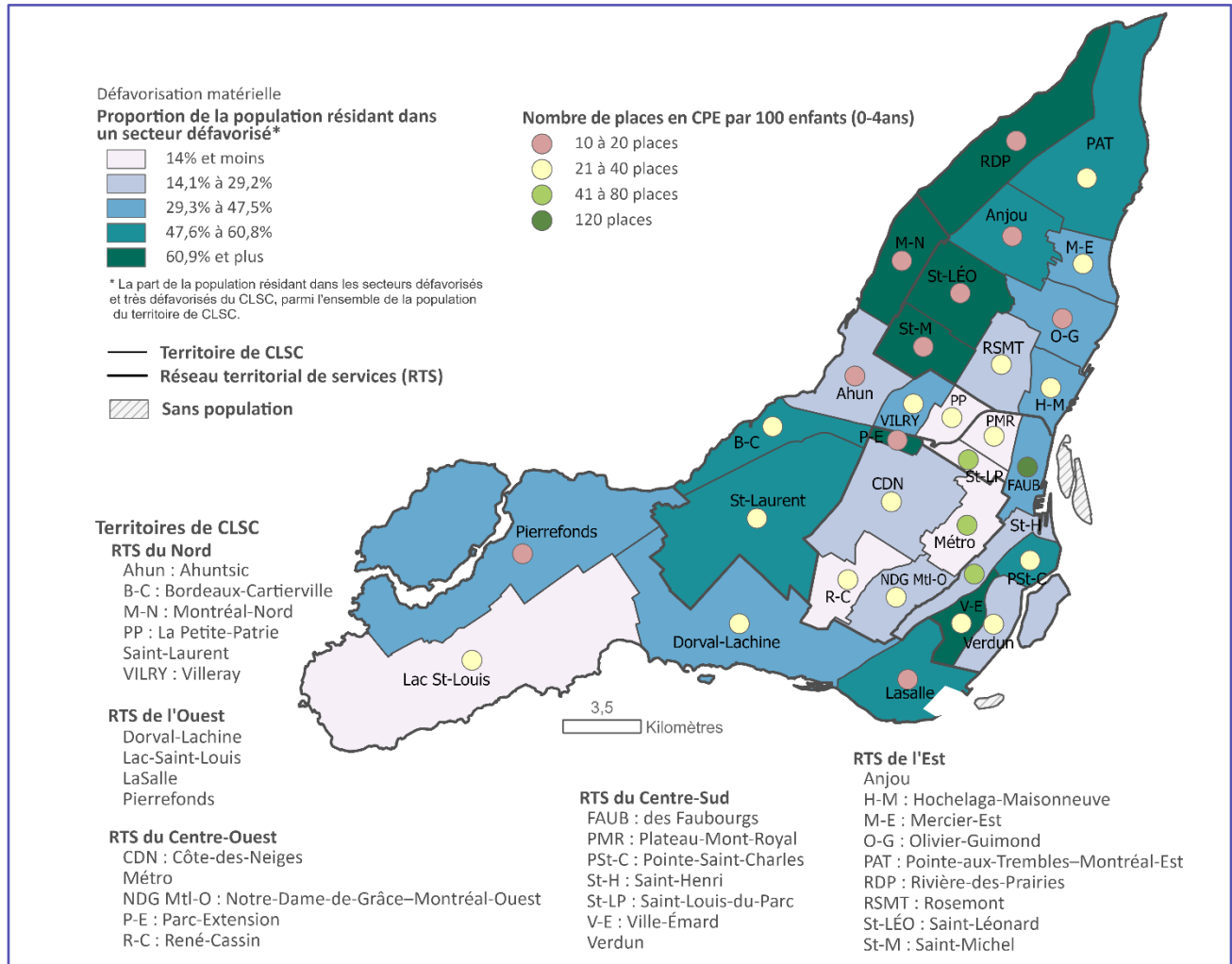
Au-delà du nombre de places en SGEE, la DRSP s'intéresse particulièrement à l'équité d'accès aux CPE. La *proportion* de CPE à Montréal est inférieure à celle dans le reste du Québec, bien qu'elle soit en augmentation depuis nos dernières analyses¹³, principalement en raison de la diminution du nombre de GNS (en raison, par exemple, de leur fermeture). Quant à la *répartition* des CPE entre les territoires locaux de la métropole, elle demeure largement inéquitable – plus les quartiers sont défavorisés, moins on en retrouve (voir graphique 1 et carte 1).

Figure 1 – Taux de places en CPE pour les enfants de 0-4 ans selon la défavorisation matérielle des territoires de CLSC, Montréal, 2023.



Sources : MFA, Liste des services de garde, 31-03-2021. ISQ, Estimations et projections de population (1996-2041). BIESP de l'INSPO, Indice de défavorisation matérielle, 2021. Statistique Canada, Recensement 2021.

Figure 2 – Nombre de places en CPE par 100 enfants et proportion de la population résidant dans un secteur défavorisé sur le plan matériel, Montréal.



Source : MFA, Liste des services de garde, 31-03-2021. ISQ, Estimations et projections de population (1996-2041). BIESP de l'INSPQ, Indice de défavorisation matérielle, 2021. Statistique Canada, Recensement 2021.

En 2012 et en 2017, l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle (EQPPEM) révélait que les enfants montréalais de familles à faible revenu n'avaient pas eu accès à une place en CPE en aussi grand nombre que les enfants de familles mieux nanties^{14,15}. Cependant, selon les données de la dernière EQPPEM de 2022, il semble que la situation ait progressé favorablement¹⁶. Enfin, pour ce qui est de la fréquentation d'un SGEE, tous types confondus, elle demeure plus élevée chez les mieux nantis¹⁷. Or, on sait de longue date que l'accès aux SGEE est une stratégie contribuant à réduire la pauvreté des familles, en permettant aux parents de travailler et en favorisant la réussite éducative de la prochaine génération^{18,19}.

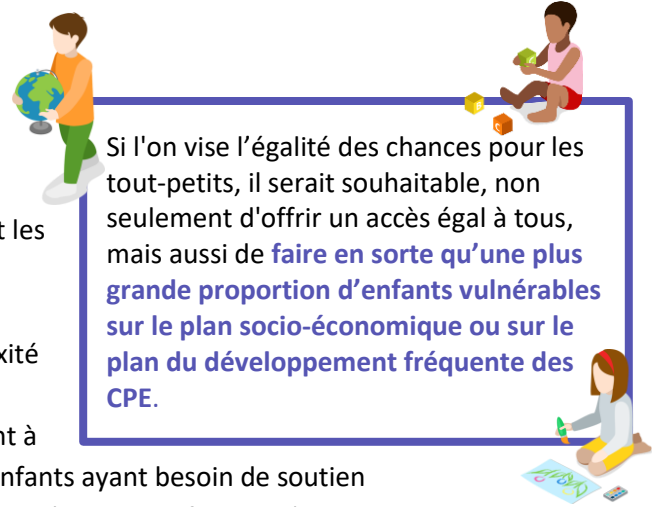
Deux bons coups pour donner aux enfants vulnérables un meilleur accès

- La modification à la *Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance (Loi n° 1)*²⁰ permettant de favoriser l'inclusion en SGEE des enfants vulnérables sur le plan socio-économique
- La refonte en cours du guichet d'accès aux SGEE, La Place 0-5, pour intégrer cette modification dans le processus d'attribution des places en SGEE

Cette amélioration de l'accès pour les moins nantis pourrait s'expliquer, notamment, par la baisse du nombre d'enfants de 0-4 ans venant de familles bénéficiant de l'assistance sociale (diminution de 42 % entre 2018 et 2021²¹), ou encore, par l'exclusion des enfants demandeurs d'asile des garderies subventionnées (CPE ou GS) entre 2018 et 2024 (voir l'encadré plus bas)²². Ainsi, en 2022, il y avait moins d'enfants de 0-4 ans, admissibles à une place en CPE, comparativement à 5 ans plus tôt.

Des barrières toujours bien présentes

Malgré ces améliorations, les barrières d'accès aux SGEE – dans la métropole comme partout au Québec – persistent et sont bien documentées^{23,24,25}. Elles sont souvent institutionnelles et systémiques, et ce sont les familles issues de milieux vulnérables qui s'y heurtent davantage²⁶. Ces barrières peuvent prendre plusieurs formes: le coût des SGEE non subventionnés; la complexité de l'inscription sur le guichet d'accès La Place 0-5; le manque de places en SGEE pour les enfants qui débutent à un âge plus avancé; ou encore, les préjugés envers les enfants ayant besoin de soutien particulier. Notons toutefois que la non-fréquentation tient à plusieurs facteurs (pas seulement les barrières d'accès), notamment le choix des parents²⁷.



Si l'on vise l'égalité des chances pour les tout-petits, il serait souhaitable, non seulement d'offrir un accès égal à tous, mais aussi de **faire en sorte qu'une plus grande proportion d'enfants vulnérables sur le plan socio-économique ou sur le plan du développement fréquente des CPE.**

Des groupes particulièrement désavantagés

L'accès aux SGEE est encore plus difficile pour certains groupes, notamment les enfants ayant besoin de soutien particulier, et les enfants demandeurs d'asile – une préoccupation que partagent de nombreux partenaires consultés lors de notre tournée locale.

Un accès plus ardu pour les enfants ayant besoin de soutien particulier (EBP)

Les EBP sont des enfants de 0-5 ans qui requièrent un soutien ou des interventions supplémentaires pour atteindre tout leur potentiel, **et** qui présentent une difficulté de développement, diagnostiquée ou non, ou une incapacité pouvant entraîner une situation de handicap²⁸. **Ces enfants n'ont donc pas toujours reçu un diagnostic et n'en recevront peut-être jamais**, contrairement aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA) dans le réseau scolaire.

En 2023, l'Observatoire des tout-petits se penchait sur la réalité de ces enfants, soulignant notamment que les SGEE sont moins enclins à les accueillir²⁹. Or, **une prise en charge adéquate de ce groupe dès la petite enfance peut avoir des répercussions positives durables**, tant sur le plan individuel que collectif, en facilitant l'intégration sociale, en prévenant les inégalités sociales de santé et en contribuant à créer une société plus inclusive.



Les EBP au Québec en chiffres

Selon les informations disponibles, il semble y avoir dans la province une **augmentation du nombre d'EBP**, probablement attribuable à plusieurs causes, dont une plus grande sensibilisation du public, une détection plus précoce de certains retards ou troubles, et des changements dans les habitudes de vie des tout-petits (p. ex. : diminution de l'activité physique, augmentation du temps d'écran)³⁰.

Un avenir incertain pour l'accès aux SGEE des enfants demandeurs d'asile (DDA)

En 2018, suite à une relecture du cadre réglementaire, les enfants DDA ont perdu le droit d'accéder à une place en garderie subventionnée. La cause a été portée devant les tribunaux, puis s'en est suivie une longue bataille juridique. En février 2024, la Cour d'appel du Québec a redonné l'accès à ces enfants.

Le gouvernement provincial a depuis demandé à la Cour suprême du Canada l'autorisation d'en appeler du jugement de la Cour d'appel du Québec. D'ici à ce que cette instance se prononce **les enfants DDA ont accès aux SGEE subventionnés** – et en profitent grandement, notamment sur les plans de la francisation et de la socialisation.

Néanmoins, cet accès demeure fort précaire, notamment parce que :

- La décision de la Cour d'appel du Québec pourrait être infirmée, empêchant formellement ces enfants d'accéder aux SGEE subventionnés.
- Plusieurs partenaires rencontrés lors de notre tournée locale nous ont souligné que même si ces enfants sont officiellement admissibles à un SGEE subventionné, de nombreux obstacles, dans les faits, pourraient leur en bloquer l'accès (voir section « Des barrières toujours bien présentes »).
- Privés d'accès à un SGEE, ces enfants pourraient avoir à fréquenter une classe d'accueil à la maternelle pour apprendre le français.

Cette augmentation se reflète dans les demandes de soutien financier au MFA pour l'intégration de ces enfants en SGEE subventionnés :

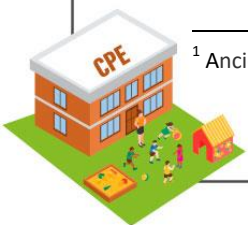
2 x

Environ 4 % des tout-petits en services de garde éducatifs subventionnés ont bénéficié d'une Allocation pour l'intégration d'un enfant en service de garde éducatif¹ en 2019-2020, un nombre qui a doublé entre 2008-2009 et 2019 - 2020³¹. Une tendance à la hausse qui se poursuit, selon le MFA.

63 %

Parmi ces enfants, certains ont bénéficié d'une aide financière supplémentaire, la Mesure exceptionnelle de soutien. De septembre 2020 à décembre 2023, le nombre d'enfants ayant bénéficié de cette mesure à Montréal a augmenté de 63 %³².

¹ Anciennement nommée l'Allocation pour l'intégration d'un enfant handicapé en service de garde.



Bien que ces chiffres soient de bons indices que le nombre d'EBP augmente, ils **ne reflètent pas la population entière de ces enfants**. Soulignons également qu'à Montréal, comme nous l'ont rapporté des intervenantes du programme Interventions éducatives précoces (IÉP), **les EBP représentent une large part des demandes de places protocole en SGEE**, ainsi que des demandes de soutien effectuées par les SGEE dans le cadre du programme IÉP, dont il sera question plus loin dans ce chapitre.

Des défis nombreux en matière d'accès pour les EBP³³

- Alors que les EBP représentent une grande part des demandes de places protocole (voir plus loin dans le chapitre), les SGEE offrant ces places disent parfois **ne pas pouvoir en accueillir et en intégrer davantage**, notamment pour des raisons de ressources humaines (roulement de personnel, manque d'éducatrices qualifiées) ou parce que leur capacité maximale d'accueil d'EBP est atteinte.
- **L'accès aux services des CIUSSS est souvent semé d'embûches** pour les EBP. D'abord pour obtenir un soutien pour les parents et pour leur enfant (une démarche parfois qualifiée de « parcours du combattant »³⁴, ensuite pour faire en sorte que les services « se rendent » au SGEE que fréquente l'enfant.
- **Diverses contraintes compliquent l'accès aux financements** qui existent pour soutenir les parents d'EBP et les SGEE qui les accueillent. Notamment, pour pouvoir toucher les aides gouvernementales et obtenir des services, une validation par un ou une professionnelle est exigée pour déterminer que les difficultés de l'enfant sont significatives et persistantes. Or 40 % des parents participant à *l'Enquête provinciale sur les pratiques inclusives dans les milieux de garde* ont dû recourir au réseau privé pour obtenir le rapport nécessaire³⁵. Ce qui laisse supposer que **les EBP issus de familles à revenus faibles ou moyens subissent une iniquité d'accès**, tant aux services de dépistage initiaux qu'aux services spécialisés dont ils auront subséquemment besoin.



Qualité des SGEE

Dans un contexte de SGEE, qu'entend-on exactement par « qualité » ? Plusieurs facteurs y contribuent : l'aménagement des lieux, la présence de matériel approprié et stimulant, l'interaction des éducatrices avec les enfants et leurs parents, et, bien entendu, l'expérience des enfants. Plus largement, la qualité d'un SGEE découle aussi de ses pratiques de gestion, ainsi que de la formation et de l'expérience de son personnel^{36,37}.

Un facteur déterminant pour le développement des tout-petits

Lorsque la qualité est au rendez-vous, un SGEE peut avoir un impact positif sur la santé et le développement des enfants qui le fréquentent et, comme le souligne le rapport Agir de 2019, certains de ces effets positifs peuvent même persister dans le temps³⁸. Plusieurs études rapportent que **les SGEE peuvent aussi être bénéfiques pour la santé mentale des tout-petits, leur comportement, leurs futurs résultats scolaires, et même améliorer leur santé mentale et physique à l'âge adulte**^{39,40}.

Non seulement la qualité des SGEE est nécessaire pour qu'ils influencent positivement le développement des enfants, mais elle est essentielle pour soutenir l'égalité de chances entre eux et favoriser leur transition vers l'école. En effet, « l'ampleur et la persistance des bénéfices [des SGEE] dépendent du niveau de qualité éducative du service de garde »⁴¹.

Deux bons coups du MFA pour favoriser la qualité des SGEE

Le ministère de la Famille a mis en place :

- Un **portrait du développement de l'enfant** dans les quatre domaines du développement (physique et moteur, cognitif, langagier, social et affectif), que les SGEE doivent remplir deux fois par année et remettre aux parents⁴²;
- Un **processus d'évaluation de la qualité éducative** dans les SGEE (qui est déployé graduellement depuis 2019)⁴³.

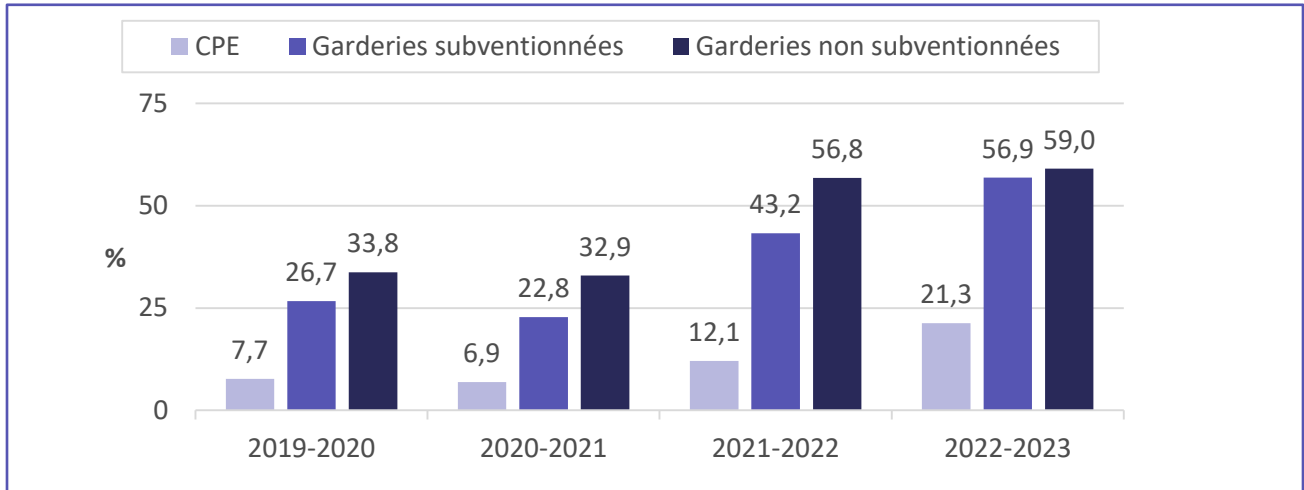
Une dégradation marquée

Malgré l'absence de données détaillées sur la qualité des SGEE à Montréal, on peut dresser un constat sur la qualité des SGEE au Québec en général. En mai 2024, la vérificatrice générale du Québec tirait la sonnette d'alarme quant à la dégradation de la qualité des SGEE⁴⁴. Dans son rapport, elle constate que :

- Au Québec, **près de 30 % des SGEE évalués ont échoué** (ce taux est de 34 % à Montréal, possiblement en raison de la plus grande proportion de garderies dans la région, selon la vérificatrice générale). La dégradation de la qualité touche tous les types de SGEE, quoique de manière variable; le taux d'échec au Québec s'élève actuellement à 21 % pour les CPE, 57 % pour les GS et 59 % pour les GNS (voir Graphique 2). Bien évidemment, ces données cachent une variabilité dans la qualité des SGEE, qui n'est pas homogène parmi les installations du même type.



Figure 3 – Taux d’échec à l’évaluation de la qualité éducative selon le type de SGEE, Québec⁴⁵



Source: Vérificateur général du Québec (2024). Rapport du vérificateur général du Québec à l’Assemblée nationale pour l’année 2023-2024, chapitre 4 Qualité des services de garde éducatif à l’enfance, p.45

- Le **processus en cas d’échec** n’est pas assez rigoureux pour assurer le suivi des correctifs apportés. Notons que la direction régionale de Montréal du MFA a récemment mis en place un processus d’accompagnement pour les SGEE qui échouent à l’évaluation de la qualité éducative. Certaines associations de SGEE offrent aussi du soutien à leurs membres pour l’amélioration de la qualité.
- Le **déclin du ratio d’éducatrices qualifiées** se poursuit. En date de mars 2023, alors que le ratio réglementaire était encore d’une éducatrice sur deux, « 23 % des services de garde éducatifs en installation ont déclaré que leur ratio de personnel qualifié était inférieur à cette exigence »⁴⁶, un enjeu soulevé par plusieurs de nos partenaires lors de notre tournée locale.

Le modèle des CPE

Les constats du ministère de la Famille et de la vérificatrice générale sont corroborés par la littérature : le modèle des CPE est généralement celui où la qualité éducative est la plus élevée^{47,48}, notamment parce qu’il bénéficie de conditions d’implantation plus favorables à la qualité des services de garde éducatifs⁴⁹. Par exemple, une plus grande proportion d’éducatrices formées, du personnel de soutien à la pédagogie, des subventions pour le matériel et l’infrastructure, et du temps accordé aux éducatrices pour la formation continue et la planification. En outre, le modèle des CPE est sans but lucratif, ce qui est aussi associé à un niveau de qualité⁵⁰ plus élevé; et ce sont des entreprises d’économie sociale engagées dans la communauté, notamment avec le réseau communautaire.



Les garderies privées, subventionnées et non subventionnées de manière variable, n'ont pas accès aux mêmes ressources favorisant la qualité que les CPE. De plus, elles n'ont pas une structure leur permettant d'entretenir des partenariats avec les acteurs de la communauté ou d'informer les familles des autres ressources disponibles⁵¹. Enfin, les garderies privées qui voudraient participer à la concertation locale ou régionale font parfois face à de la résistance de la part des partenaires quand elles veulent le faire. Il leur est ainsi plus difficile de maintenir ou d'améliorer la qualité de leurs services⁵².

Des défis de démarrage pour les CPE⁵³

Le développement de **nouveaux projets de CPE** se bute à une série de barrières dont rien n'indique qu'elles disparaîtront bientôt :

- Les exigences élevées concernant l'infrastructure.
- Le contexte immobilier à Montréal;
- L'absence de soutien aux initiatives citoyennes visant le développement d'un CPE.
- La somme des documents exigés.

Collaboration entre les SGEE, le RSSS, le réseau communautaire et le réseau scolaire

Les SGEE n'évoluent pas en vase clos. Pour favoriser la santé et le développement des enfants et réduire les inégalités sociales de santé, ils doivent pouvoir collaborer avec les autres intervenants et acteurs œuvrant auprès de ces enfants. Il sera ici question de deux programmes spécifiques qui impliquent les SGEE et le RSSS; de la collaboration plus générale entre ces deux réseaux; et du partage d'information entre les SGEE et le réseau scolaire.

Le programme de réservation de places en SGEE pour les enfants en situation de vulnérabilité⁵⁴

Ce programme permet de réserver des places dans des CPE ou des garderies privées subventionnées (appelées « places protocole ») à des enfants vulnérables sur le plan socio-économique ou de leur développement. Bien que cette initiative permette de soutenir les enfants vulnérables et leurs familles, le programme fait face à de nombreux défis d'implantation :

- Les données du ministère de la Famille indiquent que son utilisation n'est pas optimale dans la région de Montréal⁵⁵. On gagnerait donc à améliorer avec nos partenaires le processus d'attribution et d'utilisation des places protocole.
- L'accès à une place protocole requiert que l'intervenant (du CIUSSS ou de l'organisme référent) qui en a fait la demande s'engage à assurer l'intégration de l'enfant dans le SGEE, ce qui peut représenter un obstacle à l'accès.
- Par ailleurs, tout enfant qui pourrait bénéficier d'une place en SGEE mais qui n'est pas suivi par un intervenant n'aura pas accès à une place protocole (p. ex. : un enfant dont s'inquiète une infirmière en clinique de vaccination)

Un bon coup en matière de places protocole

L'élaboration d'un guide d'application du programme de réservation de places en SGEE, incluant l'ajout d'un bilan annuel destiné au MSSS et la réaffirmation de l'importance du rôle de l'intervenant référent dans l'intégration de l'enfant en SGEE.



Le programme montréalais Interventions éducatives précoces (IÉP)

Ce programme de la santé publique régionale de Montréal⁵⁶, mis en œuvre par les intervenantes IÉP des CIUSSS, vise à promouvoir le développement des tout-petits, en particulier les plus vulnérables. C'est un levier important dont dispose le réseau de la santé et des services sociaux pour soutenir la qualité éducative des SGEE et des HGC montréalais. Il comporte trois volets :

- L'accès et l'intégration à un SGEE de qualité (par le biais du programme de réservation de places en SGEE décrit ci-dessus)
- Le soutien aux compétences du personnel des SGEE et des haltes-garderies communautaires
- La promotion des activités et programmes favorisant les saines habitudes de vie

Les liens entre les SGEE et les CIUSSS

Pour bien soutenir le développement des tout-petits, il est primordial que les SGEE et les CIUSSS développent et maintiennent des liens étroits. Le programme IÉP peut soutenir cette collaboration. Il y a aussi les plans de services individualisés (PSI), qui permettent à plusieurs acteurs impliqués auprès d'un enfant (éducatrice du SGEE, intervenant du CIUSSS, parents, etc.) de se fixer des objectifs communs et de déterminer les meilleurs moyens d'intervention pour soutenir son développement.

Les liens entre les SGEE et le réseau scolaire (pour la première transition scolaire)

Il n'existe pas de liens formels entre le SGEE d'un enfant et l'école qu'il fréquentera ensuite. Depuis que les SGEE complètent un portrait du développement de chaque enfant, ce portrait est remis aux parents qui, eux, devraient le remettre à l'école. Or ce ne sont pas tous les SGEE qui donnent des indications claires aux parents de transmettre ce document à l'école. Puisque ce portrait n'est pas systématiquement transmis, les précieuses informations qu'il contient peuvent donc se perdre, et l'équipe école doit souvent repartir à zéro dans sa connaissance de l'enfant et de ses besoins.

Notons enfin que les SGEE ne sont pas les seuls à soutenir une transition harmonieuse vers l'école. Les parents, l'école et la communauté peuvent tous aussi y contribuer.

Un défi pour le programme IÉP

Les ressources humaines du programme IÉP sont insuffisantes pour déployer toute la gamme de ses services à tous les SGEE et HGC du territoire montréalais. Actuellement, ce sont les CPE qui en bénéficient davantage, au détriment des GS, des GNS, des MF et des HGC – qui accueillent pourtant une large part des enfants vulnérables.

Un défi de collaboration

Lorsqu'un enfant reçoit les services d'un CIUSSS, qu'il s'agisse d'une évaluation de ses besoins de développement ou de services préventifs ou spécialisés, le SGEE de cet enfant – qui est pourtant un acteur de premier plan dans la vie de celui-ci – n'en est pas toujours informé. La capacité du SGEE de contribuer à l'évaluation et au plan d'intervention de cet enfant s'en trouve alors fort limitée. Cette difficulté nous a fréquemment été rapportée par nos partenaires, et touche davantage les garderies privées (GS ou GNS).



En chemin vers le grand monde

Les SGEE jouent pour les tout-petits un rôle crucial, celui de lieu de transition sécurisant entre le monde connu de la famille et l'univers tout nouveau de l'école qui les attend bientôt. Mais ce milieu de vie unique peut aussi leur offrir une série d'apprentissages qui ont une grande valeur en soi, tant pour leur développement cognitif, moteur et langagier, que pour leur socialisation.



C'est dire l'importance de voir à la qualité des SGEE, aussi bien celle de ses installations que de son personnel et de sa formation. Cette qualité, on l'a vu, est déterminante dans l'effet qu'auront les SGEE sur le parcours des enfants.

Mais encore faut-il que *tous* les enfants, qu'ils aient des besoins particuliers ou soient issus de familles immigrantes ou à faible revenu, puissent avoir accès à ces services. Sinon, nos acquis et nos objectifs en matière de réduction des inégalités sociales de santé et d'équité des chances risquent d'en pâtir.

Aussi les SGEE et le RSSS gagneront-ils à resserrer leur collaboration pour améliorer l'efficacité des programmes existants, qu'il s'agisse du programme de réservation de places en SGEE ou du programme IÉP. On doit aussi soutenir coûte que coûte le développement de nouveaux CPE, d'abord en simplifiant le processus d'ouverture d'une nouvelle installation. Enfin, il faut soutenir l'amélioration de la qualité éducative dans tous les SGEE, peu importe leur type.

En unissant ainsi nos forces, on donnera à celles des tout-petits toutes les chances d'éclorre.



RECOMMANDATIONS

5.1 Améliorer l'accès aux SGEE de qualité, en particulier pour les enfants vulnérables sur le plan du développement et ceux de milieux socio-économiques défavorisés.

Pistes d'action :

- Donner un accès prioritaire aux enfants ayant besoin de soutien particulier ET à ceux de milieux défavorisés, en utilisant des mécanismes structurants : par exemple, en ajoutant ces critères de priorisation dans la refonte du guichet d'accès du MFA et en bonifiant les subventions aux SGEE qui intègrent ces enfants.
- Ouvrir de nouvelles places en CPE en priorisant les quartiers défavorisés et ceux qui présentent des données d'EQDEM défavorables, afin de rendre l'offre plus équitable.
- Mener une recherche-action pour prendre la mesure des obstacles au développement de nouveaux projets de CPE dans les quartiers actuellement mal desservis, et trouver des solutions innovantes.
- Œuvrer à diminuer les barrières d'accès aux SGEE pour les enfants demandeurs d'asile et soutenir les SGEE dans l'intégration de ces enfants, en tenant de leur parcours migratoire.

Engagements de la DRSP :

- Analyser les taux de places en SGEE en les mettant en relation avec la défavorisation des quartiers montréalais et avec les données de l'EQDEM, et en mettant régulièrement à jour des cartes par quartier
- Produire des formations et des outils pratiques pour soutenir les intervenants qui ont un rôle à jouer dans l'intégration des enfants en SGEE



5.2 Améliorer la qualité des SGEE, afin que la fréquentation d'un SGEE soit le plus bénéfique possible au développement des enfants.

Pistes d'action :

- Mettre en place un processus systématique visant à rehausser la qualité des SGEE qui échouent à l'évaluation de la qualité éducative, en les accompagnant dans l'élaboration d'un plan d'amélioration et en les soutenant directement.
- Valoriser la profession d'éducatrice à l'enfance en proposant des conditions de travail attractives, afin de contribuer à l'atteinte du ratio de 2/3 éducatrices formées.
- Financer et offrir de la formation continue aux éducatrices en poste dans tous les types de SGEE.

Engagements de la DRSP :

- Organiser des formations sur différentes thématiques d'intérêt pour les SGEE (p. ex. troubles neurodéveloppementaux, difficultés de comportement, maladies infectieuses, santé dentaire) et développer des outils pratiques, selon les besoins des milieux.



5.3 Optimiser les modes de collaboration entre le réseau des SGEE, le réseau de la santé, le réseau communautaire et le réseau scolaire.

Pistes d'action :

- Soutenir l'intégration en SGEE des enfants qui obtiennent une place protocole, en sensibilisant les intervenants qui demandent une place à leur rôle et leur responsabilité dans l'intégration de ces enfants.
- Développer un processus distinct permettant à des enfants qui ne sont pas activement suivis dans le réseau de la santé d'accéder à une place protocole, par exemple en aidant les intervenants communautaires à en faire la demande et à bien accompagner la famille et le SGEE pour faciliter l'intégration de l'enfant.
- Formaliser les liens et le partage d'information entre les SGEE et les maternelles, par exemple en systématisant le transfert du portrait du développement de l'enfant du SGEE à l'école.

Engagements de la DRSP :

- Intensifier l'amélioration continue du programme Interventions éducatives précoces (IÉP) à l'aide d'un nouveau système régional de monitoring des activités et en trouvant des solutions aux défis d'implantation du programme.
- Développer et évaluer un projet pilote dans lequel le programme IÉP serait déployé sur un territoire entier, dans tous les types de SGEE, et s'intégrerait à un continuum de services offerts dans le RSSS et les organismes communautaires.
- Rechercher de nouvelles sources de financement pour rehausser le budget du programme IÉP et ainsi permettre le déploiement de toute la gamme de ses interventions dans un plus grand nombre de milieux de tous types.



RÉFÉRENCES

- ¹ Institut de la statistique du Québec (ISQ), [Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle](#) (EQPPEM), 2022.
- ² ISQ, [Enquête québécoise sur l'accessibilité et l'utilisation des services de garde](#) (EQAUSG), 2021.
- ³ ISQ, *op. Cit.*, EQPPEM, 2022.
- ⁴ Observatoire des tout-petits, [Petite enfance : La qualité des services éducatifs au Québec](#), 2018.
- ⁵ Vérificateur général du Québec, [Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2023-2024](#), chapitre 4 : Qualité des services de garde éducatif, mai 2024.
- ⁶ Ministère de la famille, [Grand chantier pour les familles-6300 places subventionnées à venir](#), 2023.
- ⁷ Direction de la mesure et du suivi de la performance sectorielle, [Nombre de services de garde éducatifs à l'enfance et de places offertes à Montréal](#), Données extraites de CAFE, 2024.
- ⁸ Direction de la mesure et du suivi de la performance sectorielle, [Nombre de services de garde éducatifs à l'enfance et de places offertes à Québec](#), Données extraites de CAFE, 2024.
- ⁹ Ministère de la famille, [Programme de soutien financier aux activités de halte-garderie communautaires](#), Cadre normatif, 2022.
- ¹⁰ ISQ, Éducation et milieux de garde, [Enquête québécoise sur les activités de halte-garderie offertes par les organismes communautaires 2018](#), Portrait pour l'ensemble du Québec, 2019.
- ¹¹ *Ibid.*
- ¹² La Fédération des commissions scolaires du Québec, [Mémoire présenté dans le cadre de la consultation sur le projet de loi n°5](#), Loi modifiant la Loi sur l'instruction publique et d'autres dispositions à l'égard des services de l'Éducation préscolaire destinés aux élèves âgés de 4 ans, 2019.
- ¹³ Isabelle LAURIN, Vivianne MARTIN et Nathalie BIGRAS, DRSP CCSMTL, [Portrait montréalais de l'accessibilité aux centres de la petite enfance \(CPE\), selon la défavorisation et la proportion d'enfants vulnérables dans deux domaines ou plus du développement](#), novembre 2019.
- ¹⁴ Isabelle LAURIN et Collab., DSP, [Quel est l'effet de la fréquentation d'un service éducatif sur le développement de l'enfant à la maternelle selon le statut socioéconomique ?](#) Montréal, 2015.
- ¹⁵ Isabelle LAURIN et Collab., [Portrait du parcours éducatif préscolaire des enfants montréalais et son effet sur leur développement à la maternelle selon le statut socioéconomique](#) : résultats de l'enquête sur le développement des enfants à la maternelle 2017 (EQPPEM), 2019.
- ¹⁶ Nadine GIROUARD et Isabelle LAURIN, DRSP CCSMTL, [Portrait du parcours éducatif préscolaire des enfants montréalais et son effet sur leur développement à la maternelle selon leur statut socioéconomique : Résultats de l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2022 \(EQPPEM\)](#). Rapport interne non publié, 2024.
- ¹⁷ *Ibid.*



- ¹⁸ DRSP de la Montérégie, [Mémoire des directrices et directeurs régionaux de santé publique - Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale](#), 2023.
- ¹⁹ Frank FIELD, [The Foundation Years: preventing poor children becoming poor adults](#), The report of the Independent Review on Poverty and Life Chances, 2010.
- ²⁰ Loi [sur les services de garde éducatifs à l'enfance](#)
- ²¹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec MESS, *Statistiques mensuelles des quatre programmes d'assistance sociale (produites par la Direction générale de la gouvernance, de l'analyse et de la performance), actualisation découpage territorial version M34-2023*.
- ²² ISQ, [Le bilan démographique du Québec](#), 2021
- ²³ Fannie DAGENAIS et Jean-Pierre Hotte, [Rapport préliminaire du comité-conseil Agir pour que chaque tout-petit développe son plein potentiel](#), Montréal, Québec, 2019.
- ²⁴ Ministère de la famille, [Situation des centres de la petite enfance, des garderies et de la garde en milieu familial au Québec en 2023](#), Analyse des rapports d'activités 2022-2023 soumis par les divisions des entreprises de services de garde éducatifs à l'enfance.
- ²⁵ Isabelle LAURIN et Collab., DRSP CCSMTL, [Consultation sur les services de garde éducatifs à l'enfance, Mémoire de la directrice régionale de santé publique](#), 2021.
- ²⁶ Marie-France RAYNAULT, École de santé publique, Université de Montréal, [Services de garde et clientèles vulnérables, Synthèse des connaissances sur l'accessibilité et l'utilisation des services de garde : Leçon pour le Québec](#), Centre Léa-Roback, Rapport de recherche, 2014.
- ²⁷ ISQ, EQAUSG 2021, *op. Cit.*
- ²⁸ Marie-Claude GÉLINEAU et Valérie PERRAULT, Observatoire des tout-petits, [Tout-petits ayant besoin de soutien particulier : Comment favoriser leur plein potentiel?](#) Fondation Lucie et André Chagnon, 2023.
- ²⁹ *Ibid.*
- ³⁰ *Ibid.*
- ³¹ *Ibid.*
- ³² Ministère de la famille, Données administratives.
- ³³ Laura RENÉ-LAVARONE, Isabelle LAURIN et Béatrice LATTONI, DRSP CCSMTL, Programme Interventions éducatives (IÉP), [Synthèse des travaux du comité sur l'accessibilité et l'intégration des enfants à besoin particulier en services de garde éducatifs à l'enfance du Sud-Ouest-Verdun](#), 2023.
- ³⁴ Marie-Claude GÉLINEAU et Valérie PERRAULT, Observatoire des tout-petits, *Tout-petits ayant besoin de soutien particulier, COMMENT FAVORISER LEUR PLEIN POTENTIEL? Op.cit., 2023*
- ³⁵ *Ibid.*
- ³⁶ Gouvernement du Québec, [Brochure d'information destinée principalement aux centres de la petite enfance, aux garderies et aux parents qui participeront à la mesure d'évaluation et d'amélioration de la qualité éducative \(3-5 ans\), La qualité éducative en service de garde](#), 2019.
- ³⁷ Ministère de la famille, [Qualité éducative](#), 2019



- ³⁸ Fannie DAGENAIS et Jean-Pierre Hotte, [Rapport préliminaire du comité-conseil, Agir pour que chaque tout-petit développe son plein potentiel](#), Montréal, Québec, 2019.
- ³⁹ *Ibid.*
- ⁴⁰ Observatoire des tout-petits, [Petite enfance : La qualité des services éducatifs à Québec](#), faits saillants, 2018.
- ⁴¹ Vérificateur général du Québec, *op Cit.*, mai 2024.
- ⁴² MINISTÈRE DE LA FAMILLE, [Guide de réalisation du dossier éducatif de l'enfant](#), 2021.
- ⁴³ MINISTÈRE DE LA FAMILLE, [Mesure d'évaluation et d'amélioration de la qualité éducative des services de garde éducatifs à l'enfance en installation \(groupes d'enfants de 0 à 5 ans\)](#), Foire aux questions, 2023.
- ⁴⁴ Vérificateur général du Québec, *op Cit.*, mai 2024.
- ⁴⁵ *Ibid.*
- ⁴⁶ *ibid.*
- ⁴⁷ Observatoire des tout-petits, [La qualité des services éducatifs au Québec](#), *op. Cit.*, 2018.
- ⁴⁸ Isabelle LAURIN, Vivianne MARTIN et Nathalie BIGRAS, DRSP CCSMTL, [Portrait montréalais de l'accessibilité aux centres de la petite enfance \(CPE\), Selon la défavorisation et la proportion d'enfants vulnérables dans deux domaines ou plus du développement](#), novembre 2019.
- ⁴⁹ Isabelle LAURIN et collab., DRSP CCSMTL, Consultation sur les services de garde éducatifs à l'enfance, *Op. Cit.*, p.9, 2021.
- ⁵⁰ Isabelle LAURIN, Vivianne MARTIN et Nathalie BIGRAS, DRSP CCSMTL, *op. Cit.*, novembre 2019.
- ⁵¹ *Ibid.*
- ⁵² DRSP CCSMTL, [échanges avec les partenaires œuvrant dans les SGEE montréalais](#), 2024.
- ⁵³ Isabelle LAURIN et Collab., DRSP CCSMTL, Consultation sur les services de garde éducatifs à l'enfance, *op. Cit.*, 2021.
- ⁵⁴ Ministère de la famille, [Programme de réservation de places en SGEE pour les enfants en situation de vulnérabilité](#), Guide d'application, 2023.
- ⁵⁵ Ministère de la Famille, Données administratives.
- ⁵⁶ Béatrice IATTONI et Danielle GUAY, DRSP CCSMTL, [Cadre de référence du programme interventions éducatives précoces](#), 2019.





Crédit photo : Joëlle Simard-Lapointe

Chapitre

6

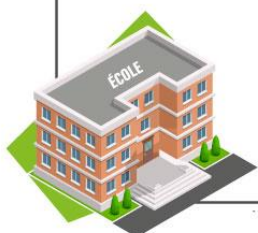


L'école : au carrefour de la santé et de la réussite éducative

Rapport de la directrice de santé publique de Montréal - 2024

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 6 L'ÉCOLE : AU CARREFOUR DE LA SANTÉ ET DE LA RÉUSSITE ÉDUCATIVE	3
Au cœur du développement de l'enfant – et de son milieu	3
Tous égaux à l'école ?	4
Promouvoir la santé à l'école, une stratégie gagnante	8
Des actions au pouvoir décuplé par une communauté éducative élargie	12
Des services de santé préventifs plus accessibles	14
Des milliers de destins	16
RECOMMANDATIONS	17
Améliorer l'accès et la performance des interventions de promotion de la santé et des services préventifs dans les écoles à Montréal, en s'appuyant sur une vision intégrée du bien-être, de la santé et de la réussite éducative des élèves, et en mobilisant tous les acteurs intersectoriels concernés	17
Renforcer les liens entre l'école, la famille et la communauté tant à l'échelle régionale que locale, en mettant en place des mécanismes structurants, des budgets récurrents et des lieux de concertation formels	18
Documenter les inégalités sociales de santé découlant des différents parcours éducatifs et identifier les pistes de solutions probantes pour les réduire	18
RÉFÉRENCES	19



Chapitre 6 | L'école : au carrefour de la santé et de la réussite éducative

Au cœur du développement de l'enfant – et de son milieu

Faire grandir la personne

Après la famille, l'école est le deuxième milieu de vie en importance pour les jeunes : la majorité d'entre eux le fréquentent obligatoirement, et ce, plusieurs heures par jour pendant de nombreuses années. Durant tout ce temps, les enfants franchissent des étapes cruciales de leur développement, sur les plans tant physique, psychologique que social¹.

Puisqu'au terme de ces étapes, un niveau de formation plus élevé contribuera, comme on le sait, à de meilleures conditions de vie et à une meilleure santé globale, on ne peut exagérer l'importance du cheminement scolaire dans le parcours de vie des individus^{2,3,4}.

Le système scolaire québécois vise l'épanouissement global de nos élèves. Il s'agit de les *instruire* et de les *qualifier* en leur transmettant des connaissances, mais aussi de les *socialiser* en les aidant à acquérir des habiletés interpersonnelles et des comportements sains, tout aussi fondamentaux à leur développement.

Faire grandir la communauté

L'école occupe aussi une fonction sociale importante. En particulier, les écoles de quartier renforcent le tissu social de leur voisinage et jouent un rôle de premier plan dans le développement des communautés^{5,6,7}. Par exemple, lorsque les enfants fréquentant l'école de quartier voient leurs voisins et leurs amis jouer dans la cour d'école la fin de semaine ou organiser des rues-écoles, cela contribue à forger un sentiment d'appartenance au quartier^{8,9}.

Faire grandir l'égalité

L'école, enfin, est un de nos plus puissants leviers d'action pour réduire les inégalités sociales de santé^{10,11}. Un système d'éducation équitable est capable de briser le cycle intergénérationnel des inégalités en offrant à tous les élèves, quel que soit leur milieu socioéconomique, les assises nécessaires à la réussite éducative et au développement de leur plein potentiel, lesquels sont intimement liés à une participation sociale réussie, à des conditions de vie convenables et à une meilleure santé à l'âge adulte^{12,13},



Tous égaux à l'école ?

La réussite éducative, tout comme la santé, est le résultat de processus complexes; plusieurs facteurs y contribuent – ou y nuisent. Certains sont propres à l'enfant et à sa famille, d'autres sont liés au milieu scolaire, à la communauté et à la société dans son ensemble. Parmi tous ces facteurs, le milieu socioéconomique dans lequel on grandit influence fortement la réussite éducative, tout comme la santé, encore une fois. Examinons cette association à la lumière des plus récentes données d'enquêtes disponibles à Montréal.

De la maternelle au secondaire

On sait que les résultats du développement des enfants de la maternelle sont prédictifs des résultats scolaires au primaire et au secondaire^{14,15}. De plus, les enfants ayant un moins bon rendement scolaire au primaire sont plus susceptibles de ne pas obtenir de diplôme avant l'âge de 20 ans¹⁶.

La littérature scientifique sur le sujet rappelle aussi que la trajectoire éducative, qui s'ancre dès la petite enfance, diffère non seulement selon les caractéristiques socioéconomiques du milieu familial, mais également selon celles du quartier^{17, 18, 19}. Et surtout, que cette trajectoire est modifiable tout au long du parcours éducatif des enfants.

“

Les bénéfices de la mixité sociale à l'école

Une plus grande mixité sociale à l'école et dans les classes est globalement favorable au bien-être personnel et social des élèves, particulièrement ceux de milieux défavorisés²⁰. Or dans les systèmes éducatifs qui offrent des parcours de formation différenciés (public régulier, public enrichi et privé), le bagage économique, social et culturel des familles des élèves influence trop souvent la répartition des élèves dans les différents parcours, ce qui contribue à rendre les classes plus homogènes.

”



Or à Montréal, les dernières données de l'EQDEM 2022 continuent de montrer des inégalités socioéconomiques importantes, notamment un risque plus élevé de vulnérabilité développementale chez les enfants de milieux défavorisés, ceux nés hors du Canada, et ceux dont la langue maternelle n'est pas le français²¹. En 2017, on avait aussi observé des disparités similaires entre les groupes socioéconomiques d'élèves de 6^e année : les facteurs de risque de décrochage scolaire étaient proportionnellement plus fréquents chez les élèves de milieux défavorisés²².

Le taux de diplomation et de qualification au secondaire témoigne lui aussi de ces disparités : il est de 67 % pour les élèves les plus défavorisés, comparativement à 89 % chez leurs pairs les mieux nantis²³.

Besoin de données pour les élèves du primaire

À Montréal en 2017, l'enquête TOPO a documenté la santé globale des élèves de 6^e année, fournissant des données précieuses aux partenaires et aux décideurs. Il s'agissait d'une enquête de type recensement, avec une collecte de données en classe auprès de tous les élèves, permettant d'obtenir de riches données locales. Cette enquête montréalaise n'était malheureusement pas récurrente.

Soulignons un bon coup des autorités provinciales : des travaux sont en cours au MSSS pour évaluer la possibilité de réaliser une enquête sur les enfants âgés de 6 à 11 ans.

Petite disparité deviendra grande

En éducation comme en santé, les inégalités sont souvent cumulatives : de légères disparités à la maternelle et au primaire se creusent au secondaire. Elles peuvent ensuite fermer des portes au niveau collégial ou universitaire²⁴, puis limiter les opportunités de travail et d'intégration sociale à l'âge adulte.

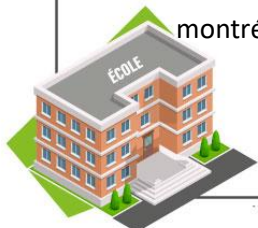
Une responsabilité collective

Plutôt que d'être un vecteur qui perpétue les inégalités intergénérationnelles, l'école peut être un véritable moteur qui propulse les enfants vers l'avenir. Mais tout ne peut pas reposer sur les épaules de l'école ! Pour favoriser l'égalité des chances, on doit intervenir le plus tôt possible et à toutes les étapes du parcours éducatif des enfants, à commencer par l'accès et la qualité des SGEE (chapitre 5). On doit aussi cibler l'ensemble des déterminants de la santé, notamment les conditions de vie des familles (chapitre 2), le quartier où grandit l'enfant (chapitre 4) et, évidemment, son environnement familial (chapitre 7).

De nouvelles connaissances pour l'équité en éducation et en santé

Pour que l'école soit un réel levier d'équité autant en éducation qu'en santé, les activités de production de connaissances (p. ex. recherche, surveillance) sont essentielles. Elles nous permettent de mieux comprendre les mécanismes en jeu entre les ressources des familles, la répartition des élèves dans les parcours différenciés et leurs effets sur les inégalités sociales de santé²⁵.

En plus de financer des enquêtes longitudinales (p. ex. Grandir au Québec), il devient prioritaire de mener des projets qui intègrent différentes bases de données administratives et d'enquêtes (p. ex. relier l'EQDEM avec les données de diplomation au secondaire). Cela nous permettra de mettre en évidence les facteurs modifiables dans les trajectoires favorables et défavorables, tout au long du parcours de vie des élèves montréalais.



Des disparités touchant certains sous-groupes d'élèves

Parmi les élèves qui présentent des risques particuliers au regard de la santé et de l'éducation, trois sous-groupes retiennent notre attention, par leurs besoins plus spécifiques dont on doit tenir compte dans les interventions universelles et ciblées.

Enfants de familles immigrantes

Le système scolaire québécois – et encore plus particulièrement dans la région métropolitaine – accueille un nombre important d'élèves de familles immigrantes. Selon les données du dernier recensement, 13 % des enfants montréalais de moins de 12 ans provenaient d'une famille ayant immigré au cours des cinq dernières années, une proportion qui a fort probablement augmenté entre 2021 et 2024.

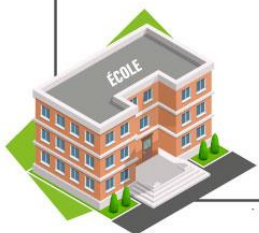
En mars 2024, c'est 8761 enfants qui étaient scolarisés en classe d'accueil de niveau préscolaire et primaire des trois centres de services scolaires (CSS) francophones de Montréal²⁶ pour leur donner le temps de s'adapter au système scolaire québécois et, surtout, d'apprendre le français avant de passer en classe régulière. Leur niveau d'éducation à l'arrivée est aussi varié que leur parcours migratoire; tel a été privé d'éducation plus ou moins longtemps, tel autre présente des traumatismes, tel autre encore a des difficultés sur le plan des habiletés socioémotionnelles. Il sera important de mieux documenter l'état de santé et de bien-être de ces enfants et de leur famille afin de s'assurer que les services offerts sont adaptés et répondent à leurs besoins.

Élèves ayant besoin de soutien particulier

Dans le réseau de l'éducation, on utilise le code EHDA pour désigner les enfants ayant besoin de mesures de soutien supplémentaires, que ce soit en raison de difficultés d'adaptation ou d'apprentissage, ou d'un handicap. À Montréal, les enfants de maternelle en classe régulière auxquels on a attribué un code EHDA représentent 2,2 % dans l'EQDEM 2022, alors que cette proportion était de 1,3 % en 2017²⁷.

Cette tendance à la hausse des EHDA s'inscrit dans un contexte plus global d'augmentation du nombre d'enfants ayant besoin de soutien particulier (EBP), selon différentes sources de données disponibles au Québec. Comme on l'a vu au chapitre précédent, les EBP n'ont pas toujours reçu un diagnostic formel, de sorte que les données ministérielles sur les EHDA à l'école, qui nécessitent un diagnostic par un professionnel, sous-estiment probablement les besoins réels dans les classes.

Les besoins émergents des EBP, et en particulier leur impact sur les ressources des réseaux scolaires et de la santé, ont aussi été soulignés par nos partenaires lors de la tournée. Il sera important de suivre la tendance des EBP et de s'y intéresser du point de vue de la réussite éducative et de la santé publique. En plus d'offrir des services éducatifs et de santé adaptés à ces enfants et aux multiples défis qu'ils vivent, on doit également réfléchir à différentes manières de rendre nos écoles plus inclusives pour *tous* les élèves.



Enfants de la communauté anglophone

Les résultats de l'EQDEM 2022 montrent que 34,1 % des enfants ayant l'anglais comme langue maternelle sont vulnérables dans au moins un domaine de leur développement, contre 24,6 % pour ceux qui ont le français comme langue maternelle²⁸. Toute vulnérabilité n'étant pas égale, des analyses complémentaires des données de l'EQDEM sont requises pour mieux comprendre l'évolution des enfants lorsqu'il y a une différence entre la langue parlée à la maison et la langue d'enseignement à l'école. L'apprentissage de plusieurs langues peut présenter des défis pour un enfant, mais cela peut également s'avérer une opportunité au regard de son développement^{29,30}.

De plus, Montréal compte 2 commissions scolaires anglophones regroupant une soixantaine d'écoles primaires, qui desservent plus de 16650 élèves. Dans une perspective d'équité pour les élèves anglophones de Montréal et leurs familles, il est important de prendre en considération les besoins particuliers des partenaires qui offrent des services en anglais afin de les soutenir adéquatement, dans le respect des balises encadrant la langue de travail.

Des questions de sexe et de genre

Selon les résultats de l'EQDEM 2022, on observe à la maternelle des inégalités importantes entre les garçons et filles, et ce, dans les cinq domaines de leur développement³¹. En 6^e année, l'enquête TOPO en 2017 a montré que les filles affichaient en moyenne un plus grand niveau d'autocontrôle, présentaient de meilleures habiletés de résolution de problème et recevaient un plus grand soutien de leurs amis³². À la fin du secondaire, selon les données les plus récentes, on note aussi entre les garçons et les filles une différence importante dans les taux de diplomation, encore à l'avantage des filles³³.

Étant donné les différences entre les sexes et les genres sur le plan des étapes du développement moteur, socioaffectif et cognitif, on peut se demander :

- L'école est-elle bien adaptée aux besoins des garçons ?
- Comment le sexe et la diversité des genres interagissent-ils avec les jalons de la réussite éducative et avec la santé ?
- Et surtout, quels sont les facteurs environnementaux qui influencent de manière inégale les parcours selon le sexe et le genre, et sur lesquels il est possible d'agir ?

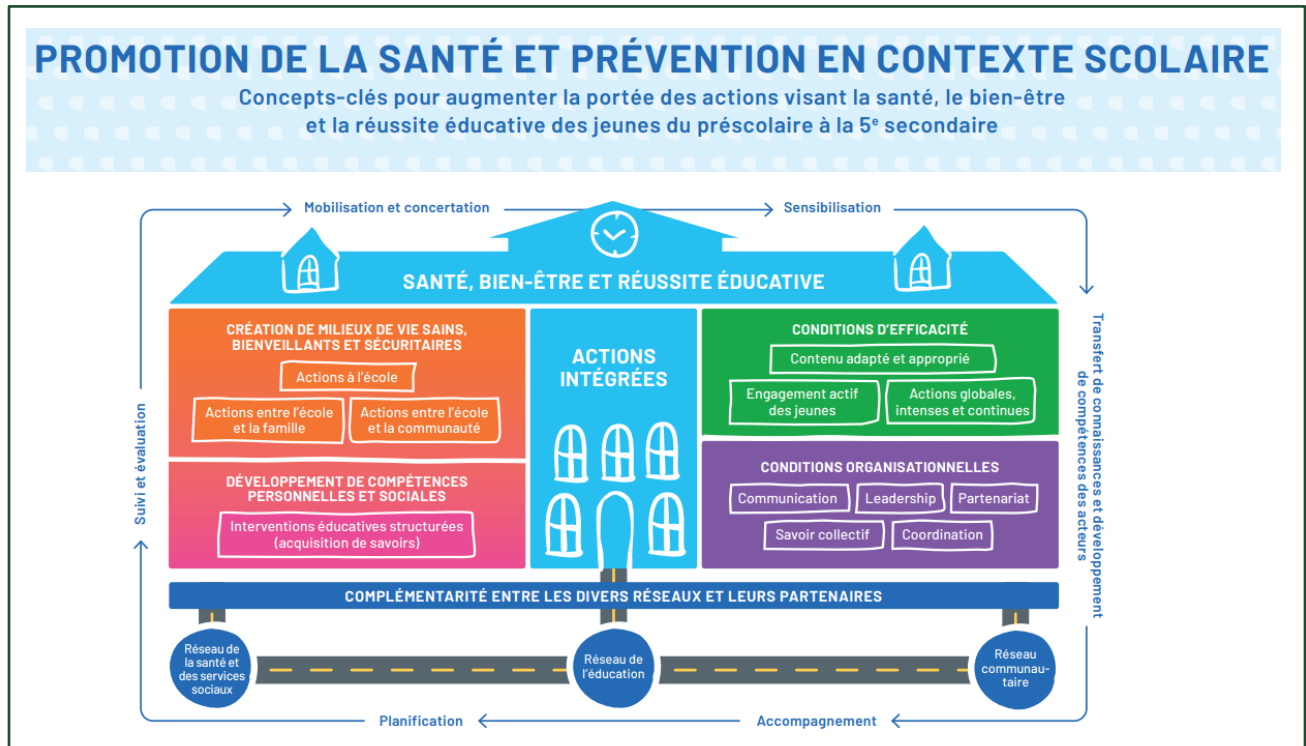
L'éclairage de la recherche est nécessaire pour mieux comprendre les racines de ces différences et les interventions prioritaires à déployer pour que l'environnement scolaire soit adapté aux réalités de tous les élèves et permettent de réduire les iniquités de genre.



Promouvoir la santé à l'école, une stratégie gagnante

Au Québec comme dans de nombreux pays, l'école fait partie intégrante des stratégies de promotion de la santé et de prévention. L'approche *École en santé* vise à agir sur un ensemble de facteurs-clés du développement des enfants pour soutenir leur santé, leur bien-être et leur réussite éducative (Figure 1).

Figure 1 – Promotion de la santé et prévention en contexte scolaire



Cette approche mise sur des actions concertées rayonnant jusque dans la famille et la communauté pour améliorer équitablement les milieux de vie des jeunes tout en les aidant à développer les compétences personnelles et sociales essentielles à leur bien-être et à leur réussite éducative. Il peut s'agir d'élargir l'éventail d'activités possibles dans les cours d'école, d'aménager dans les classes des coins où les jeunes peuvent bouger (accommodant ainsi divers styles d'apprentissage) ou de reconnaître le bagage d'expériences des élèves et des familles dans les interactions au quotidien.



Une nouvelle approche globale au CSSMB

Le centre de services scolaire Marguerite-Bourgeoys (CSSMB) nous fournit un bel exemple de stratégie porteuse en matière de promotion et de prévention.

À la demande du ministère de l'Éducation, toutes les écoles doivent se doter d'un plan de lutte contre l'intimidation et la violence; or le CSSMB est allé plus loin encore, en intégrant ce plan dans un « Plan santé et bien-être ». Ce nouvel outil témoigne d'un véritable changement organisationnel qui soutient une vision positive de la santé et de la réussite éducative.

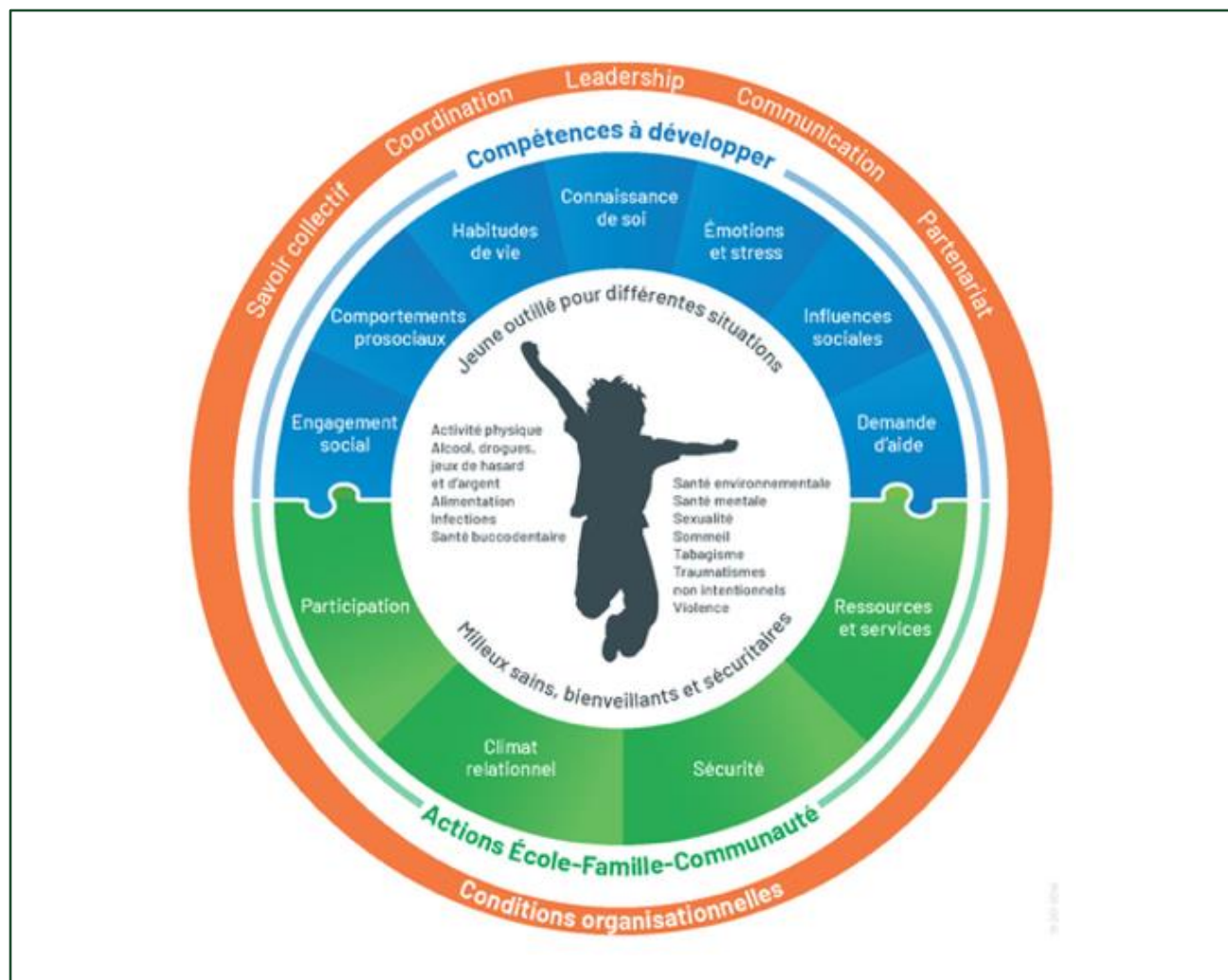
Privilégiant **une approche globale plutôt qu'une approche par problématique**, le centre a pris en compte les différentes dimensions du climat scolaire afin de créer des conditions favorables à la réussite et au bien-être de l'ensemble des élèves³⁴. Des comités intersectoriels ont été formés pour mettre en œuvre cette vision élargie et concevoir des actions adaptées aux besoins de chaque école¹.

Dans la vie des enfants, l'école est un lieu privilégié pour apprendre à gérer ses émotions et son stress, à adopter des comportements prosociaux, ou à demander de l'aide. À cet égard, la roue ÉKIP (figure 2) présente l'ensemble des compétences et des éléments de l'environnement qui favorisent l'épanouissement des jeunes et soutient leur santé sur tous les plans.

¹ On se référera au chapitre suivant (Agir ensemble) pour plus de détails sur la concertation et comment elle s'inscrit dans des stratégies nationales.



Figure 2 – Faire ÉKIP pour la santé, le bien-être et la réussite des jeunes (cadre de référence du MSSS) ³⁵



L'alimentation scolaire par des cantines universelles : une cible de choix pour favoriser l'équité en santé et en éducation

Actuellement, certaines écoles offrent à des élèves des repas gratuits ou à coût réduit. D'autres distribuent des coupons alimentaires permettant d'atténuer l'insécurité alimentaire des familles de milieux défavorisés. L'approche ciblée de ces mesures d'aide alimentaire, par ailleurs utiles et bien intentionnées, peut toutefois causer de la honte et de la stigmatisation.

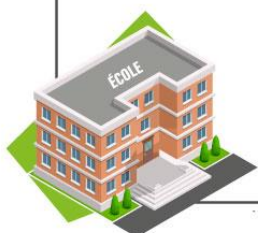
Évitant cet écueil, les cantines scolaires universelles implantées dans plusieurs pays, comme on l'a vu au chapitre 2, contribuent sensiblement à la saine alimentation des enfants et à la réduction de l'insécurité alimentaire^{37,38,39}. Le programme universel de repas scolaires récemment annoncé par le gouvernement fédéral est un pas vers plus d'équité en santé et en éducation dans nos écoles.

Dans le cadre de nos interventions en promotion et prévention dans les écoles, on gagne à valoriser le principe d'universalisme proportionné. Il s'agit d'adopter des mesures universelles efficaces pour l'ensemble des élèves, puis d'y ajouter des actions d'ampleur et d'intensité proportionnelles à leurs besoins, ou encore en réduisant les barrières qui pourraient empêcher certains élèves d'en profiter pleinement³⁶.

Des activités parascolaires au service de l'équité

Planifiées de manière globale, concertée et inclusive, les **activités parascolaires** sont un excellent véhicule pour favoriser l'équité sur le plan de la santé et du développement chez les enfants. Pour les élèves qui y participent, de telles activités sont associées à un sentiment d'appartenance plus élevé envers l'école et offrent un contexte propice pour former des relations sociales positives avec les pairs comme avec les adultes⁴⁰. Et lorsqu'elles sont diversifiées (pas seulement sportives), gratuites ou à moindre coût et prennent en considération les intérêts des élèves et leurs différentes références culturelles et sociales, il est plus probable que tous les groupes en bénéficient⁴¹.

Comme on l'a vu au chapitre 3, le partage des installations de l'école (p. ex. cours, gymnases, amphithéâtres) avec la population du quartier et, à l'inverse, le prêt des ressources de la communauté aux élèves et au personnel des écoles, sont des moyens concrets d'améliorer l'accès à des activités ludiques, sportives et culturelles pour les élèves et leurs familles. Notre tournée nous a par ailleurs permis de découvrir nombre d'autres initiatives locales prometteuses. Ces initiatives, toutefois, sont souvent le fait d'une seule personne ou d'un petit groupe d'individus, ce qui n'en favorise pas la pérennité – contrairement à des actions concertées, inscrites dans une démarche de planification plus globale.



Des actions au pouvoir décuplé par une communauté éducative élargie

Pour être efficaces, nos interventions doivent viser non seulement le jeune et son école, mais aussi sa famille et sa communauté. La collaboration de tous les acteurs est essentielle si l'on veut assurer la cohérence et la complémentarité des actions déployées.

À ce chapitre, les partenaires communautaires et institutionnels de l'école ont un rôle précieux à jouer, que ce soit en collaborant aux stratégies mises de l'avant par l'école pour favoriser la réussite éducative des élèves, ou en soutenant les familles et les parents.

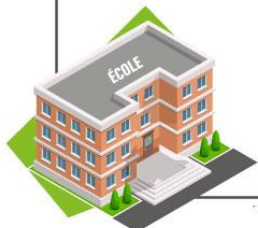
“
Ancrer l'école dans sa communauté, c'est élargir son champ d'intervention et augmenter sa capacité de répondre aux besoins des élèves et des familles.
 Une École montréalaise pour tous⁴²
 ”

Il s'agit de former *une véritable communauté éducative élargie*, où l'enfant est au cœur d'un triangle entre son école, sa famille et sa communauté (figure 3).

Les **directions d'écoles** jouent un rôle central dans cette collaboration et dans le succès des partenariats entre l'école, les familles et les acteurs communautaires. Leur leadership est le liant nécessaire pour instaurer une culture favorisant l'action^{43,44}.

Figure 3 – Triangle école-famille-communauté

Une communauté éducative élargie qui soutient l'élève et sa famille



Les forces vives en action

Cette triade famille-école-communauté, qui « vise la mise en commun des forces vives de chacun au service de tous »⁴⁵ procure des bénéfices de toutes sortes de façons et dans toutes sortes de contextes.

Première transition scolaire

Franchie de façon harmonieuse, cette étape charnière dans le parcours d'un enfant peut consolider son sentiment de sécurité et le doter d'une attitude positive envers l'école, en plus de renforcer l'implication de sa famille – des assises importantes de sa réussite éducative. Or une transition réussie pour tous les enfants dépend aussi de la capacité de leur milieu à se mobiliser et il est recommandé d'adopter une approche basée sur la collaboration entre l'école, la famille et la communauté⁴⁶. Il faut voir cette période, comme une responsabilité collective des différents acteurs gravitant autour de l'école.



Deux pistes concrètes pour la première transition

- La **transmission du portrait du développement de l'enfant réalisé par les SGEE, comme on l'a vu au chapitre 5**, faciliterait grandement la communication entre les milieux de garde, les parents et l'école. En 2024, il faut se défaire des obstacles liés aux technologies de l'information qui entravent ou empêchent le partage d'informations entre établissements. On peut simplifier les processus pour les parents, tout en respectant les normes de consentement, de confidentialité et de sécurité des données.
- Des **activités de préparation à l'école offertes** aux enfants et aux familles, en particulier celles provenant de milieux vulnérables, sont fréquemment offertes dans différents quartiers de Montréal. Ces activités prennent la forme, par exemple, de collaborations avec des SGEE du quartier pour faire visiter l'école, ou encore de camps de jour estivaux organisés par les municipalités et les organismes communautaires.

Persévérance scolaire

Le milieu communautaire détient une solide expertise en persévérance scolaire et contribue à l'égalité des chances en matière de réussite éducative. L'organisme *Je Passe Partout*⁴⁷, découvert lors de notre tournée, illustre à merveille ce type d'initiative : il offre dans les écoles des ateliers pour aider les jeunes à risque de décrochage à développer les habiletés nécessaires à leur réussite, tout en intervenant aussi à domicile pour soutenir les parents dans le parcours scolaire de leur enfant. Grâce à la relation de confiance ainsi établie entre la famille et les intervenants, les parents démontrent un plus grand sentiment de compétence et les jeunes, davantage d'habiletés pour réussir à l'école⁴⁸.



Agents de liaison école-famille-communauté

De l'avis de nombreux partenaires de la DRSP, les *intervenants école-famille-communauté* sont une ressource incontournable pour accueillir les élèves issus de l'immigration⁴⁹. Ces intervenants permettent notamment aux élèves et à leurs familles de mieux naviguer dans le système scolaire québécois et de mieux comprendre les attentes et la culture scolaire⁵⁰.

Les organismes communautaires qui travaillent de près avec diverses communautés défavorisées peuvent, quant à eux, aider à rétablir des liens entre l'école et les familles en jouant un rôle de liaison et en sensibilisant les milieux scolaires aux réalités de la défavorisation matérielle et sociale.

Des services de santé préventifs plus accessibles

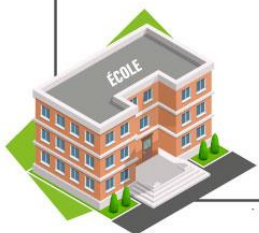
La place prépondérante qu'occupe l'école dans la vie des enfants en fait un milieu idéal pour leur donner un accès équitable aux services de santé. En plus des interventions de promotion de la santé, une panoplie de services de santé devraient être offerts en milieu scolaire :

- Des interventions de prévention et de protection de la santé, par exemple la vaccination, le dépistage des ITSS, la gestion des éclosions de maladies infectieuses, les ateliers d'éducation à la sexualité et les programmes en santé dentaire
- Des prises en charge individuelles, par exemple l'intervention psychosociale, la contraception, la détection précoce de problèmes de santé, le référencement vers d'autres services du RSSS ou des organismes communautaires

En vertu de l'entente conclue entre le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux⁵¹, les acteurs qui voient à la santé et au développement des enfants visent à leur offrir, de façon complémentaire et cohérente, un ensemble de services adaptés à leurs besoins.

Ainsi, les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux (infirmières scolaires, travailleuses sociales, hygiénistes dentaires, agentes pivots d'École en santé, professionnels de proximité de la DRSP) devraient s'arrimer aux services déjà offerts dans le réseau scolaire élargi (conseillers pédagogiques, techniciennes en éducation spécialisée, psychoéducatrices, agents de liaison école-famille) et à ceux des organismes communautaires.

L'arrimage des objectifs et des ressources de tous ces intervenants est complexe mais possible. Malgré que des défis de concertation persistent concernant l'accessibilité et la performance des services de santé préventifs offerts dans les écoles, on voit tout le chemin parcouru entre les deux réseaux, entre autres depuis la pandémie, pour mieux travailler ensemble.



Des défis d'accessibilité et de performance dans les services préventifs en milieu scolaire

Dans une logique d'universalisme proportionné, on devrait rendre l'accès aux services de santé dans les écoles plus équitable, par exemple en déployant des stratégies adaptées et des ressources plus intensives dans les écoles de milieux défavorisés ou dans les classes d'accueil. Or, on observe différents obstacles dans l'accès aux services préventifs dans les écoles, et une performance variable dans les programmes entre les territoires.

Les services cliniques d'infirmières scolaires

Les infirmières scolaires, dont le rôle est central dans l'accès aux services de santé préventifs, voient graduellement leur nombre diminuer au fil des années. Dans les écoles primaires, l'accès à une infirmière scolaire se limite souvent à une seule journée de présence par semaine. Aussi est-il devenu difficile d'offrir à tous les élèves les services cliniques nécessaires. La situation est d'autant plus problématique qu'il est difficile pour certains élèves d'obtenir des services de santé en dehors du milieu scolaire. Un sondage auprès des infirmières scolaires de Montréal en 2019 a révélé que plus de la moitié de leur temps était dédiée à la vaccination, laissant peu de temps pour d'autres activités de prévention clinique. Le suivi des fiches santé étaient également au cœur de leur travail, incluant plusieurs tâches administratives pouvant être déléguées à d'autres. Ce sondage avait d'ailleurs permis d'identifier des pistes d'amélioration concrètes pour réduire le travail clérical des infirmières et optimiser leurs activités cliniques quand elles sont dans les écoles.

Les programmes de santé dentaire en milieu scolaire

Au Québec, les hygiénistes dentaires et les dentistes en santé publique déploient dans les écoles deux interventions démontrées efficaces pour améliorer la santé buccodentaire des enfants : le programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré (PQBSDF)⁵² et le programme québécois de scellants dentaires (PQSD)⁵³. Les activités en santé dentaire publique se font en priorité dans les écoles plus défavorisées, où la région montréalaise n'atteint actuellement pas les cibles fixées par le MSSS :

- En 2023-2024, ce sont 8119 élèves de 2^e année du primaire et de 2^e année du secondaire qui ont reçu au moins un scellant dentaire après avoir été dépistés, soit 55 % de la cible estimée pour les écoles plus défavorisées (IMSE 5-10)

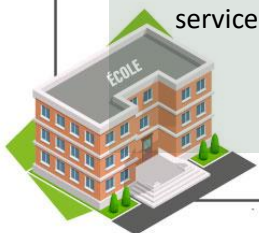
Sur quels facteurs peut-on agir pour améliorer l'accès aux services de santé préventifs dans les écoles ?

Il faut d'abord reconnaître qu'à Montréal, la gouvernance du réseau de santé publique est complexe : les cinq CIUSSS, la DRSP et plusieurs organismes offrent des services dans les écoles qui, elles, relèvent de cinq territoires de CS/CSS. Les réflexions visant à optimiser l'accès et la performance devraient clarifier les rôles de chacun, ce qui est d'autant plus pertinent dans le contexte de la création de l'*Agence Santé Québec*.

Par ailleurs, la population des élèves montréalais et leurs familles présentent aussi leur lot de défis, notamment en matière de barrières linguistiques et de littératie. La simplification et la traduction des formulaires de consentement seraient de mise pour faciliter la compréhension et obtenir l'adhésion.

Enfin, des contraintes de faisabilité (p. ex. manque de locaux dans les écoles, pénurie de personnel), d'acceptabilité (p. ex. hésitation vaccinale, résistance face aux programmes dentaires) et de partage d'information entre les deux réseaux (p. ex. enjeux liés à la loi 25 sur la protection des informations personnelles, complexité des systèmes informatiques) sont autant de facteurs sur lesquels on peut aussi agir.

Des initiatives structurantes d'amélioration continue et d'optimisation de la performance travaillées conjointement entre les deux réseaux permettront certainement d'améliorer l'accès et la qualité des services de santé préventifs en milieu scolaire.



Des milliers de destins

Si l'on veut tirer le meilleur de nos écoles montréalaises et faire en sorte qu'elles profitent aux enfants – à *tous* les enfants de la métropole, quels que soient leur milieu social, leur origine, leurs forces et leurs difficultés –, on doit travailler tous ensemble et mettre tout en œuvre pour soutenir l'égalité des chances en matière de réussite éducative et de santé.

Pour l'instant, notre système éducatif – tout comme notre système de santé – continue d'ouvrir des portes plus facilement à certains qu'à d'autres. Ces iniquités, qui s'observent très tôt dans le parcours éducatif des enfants montréalais, semblent se maintenir tout au long de leur trajectoire scolaire, affectant assurément leur avenir. Or de multiples solutions systémiques sont à notre portée collectivement.

Il s'agit, comme on l'a vu, de mettre en place des stratégies de promotion de la santé et de prévention dans les écoles de manière planifiée et concertée, et selon le principe de l'universalisme proportionné.

Il s'agit aussi de tisser des liens toujours plus forts entre l'école, la famille et la communauté ; pour aider les familles, en particulier celles en situation de vulnérabilité.

Il s'agit, concurremment, de poursuivre la recherche pour cerner les politiques et les pratiques sociales et scolaires qui favorisent une plus grande équité en éducation et en santé.

Il s'agit, crucialement, d'être conséquents : puisque l'enjeu de l'égalité des chances des enfants est à ce point central, on se doit de le mettre au centre de nos politiques éducatives et de nos politiques de santé.

Il s'agit peut-être, enfin, de ne pas oublier que les mots qui précèdent sont chargés de milliers de réalités humaines, tangibles, vitales. Des milliers de destins dans l'enceinte de centaines d'écoles montréalaises.



RECOMMANDATIONS

6.1 Améliorer l'accès et la performance des interventions de promotion de la santé et des services préventifs dans les écoles à Montréal, en s'appuyant sur une vision intégrée du bien-être, de la santé et de la réussite éducative des élèves, et en mobilisant tous les acteurs intersectoriels concernés.

Pistes d'action :

- Intensifier le déploiement d'interventions globales et concertées de promotion et de prévention dans les écoles primaires, par le biais de l'approche *École en santé* qui prévoit des collaborations entre les milieux scolaires et les équipes de santé publique.
- Sensibiliser et mobiliser les acteurs intersectoriels œuvrant auprès des élèves pour qu'ils déploient des services plus intensifs et adaptés aux élèves et aux familles de Montréal vivant en situation de vulnérabilité.
- Redéfinir, valoriser et soutenir le rôle des infirmières scolaires en prévention clinique et en promotion de la santé, puis les soutenir par divers moyens (p. ex. communauté de pratique, outils pratiques, offre de services de base, etc.).
- Implanter un processus structuré d'amélioration continue pour améliorer l'accès et rehausser la performance des services cliniques préventifs dans les écoles, particulièrement ceux touchant les activités de santé dentaire et de vaccination.
- Cartographier l'ensemble des actions de PP en milieu scolaire menés par différents partenaires régionaux et locaux.

Engagements de la DRSP :

- Mobiliser nos équipes pour offrir des services variés à nos partenaires, selon leurs besoins, notamment dans le cadre de l'approche *École en santé* et du projet *Épanouir*.
- Développer des formations et des outils pratiques, produire et analyser des indicateurs permettant de monitorer et de soutenir les services cliniques préventifs, notamment en santé dentaire, en dépistage et en vaccination.
- Coordonner un chantier régional visant à redéfinir, valoriser et soutenir le rôle des infirmières scolaires en prévention clinique et en promotion de la santé à Montréal.



6.2 Renforcer les liens entre l'école, la famille et la communauté tant à l'échelle régionale que locale, en mettant en place des mécanismes structurants, des budgets récurrents et des lieux de concertation formels

Pistes d'action :

- Financer de manière pérenne l'embauche de personnel dédié à la liaison écoles-familles-communautés afin d'assurer une offre de services équitable entre les territoires locaux et de favoriser l'intégration des élèves issus de milieux défavorisés ou de l'immigration récente.
- Sensibiliser les écoles à l'importance de participer activement aux concertations locales intersectorielles – ou, minimalement, à des comités de travail issus de ces concertations – sur des thématiques et enjeux qui les touchent (p. ex. transition scolaire, sécurité, barrières linguistiques des familles, partage de données), et les soutenir financièrement en ce sens.
- Développer collectivement une vision, un cadre de référence et des outils pratiques qui encouragent et facilitent la collaboration entre les écoles, les familles et les communautés, et qui tiennent compte des spécificités montréalaises.

Engagements de la DRSP :

- Participer activement dans les différents lieux de concertation intersectorielle favorisant la santé et la réussite éducative, comme le CRSEM et les chantiers de RRM, en apportant une expertise scientifique selon les besoins.
- Mener une évaluation des besoins de santé chez les élèves des classes d'accueil.

6.3 Documenter les inégalités sociales de santé découlant des différents parcours éducatifs et identifier les pistes de solutions probantes pour les réduire.

Pistes d'action :

- Réaliser un portrait des parcours éducatifs disponibles à Montréal.
- Mobiliser des experts de différentes disciplines pour réaliser une revue des interventions efficaces ou prometteuses visant à améliorer à la fois l'équité en santé et en éducation.
- Mandater des chercheurs pour intégrer des bases de données et ainsi permettre des analyses longitudinales sur le parcours de vie des élèves, par exemple en reliant entre elles l'EQDEM, une éventuelle enquête au primaire et les données de diplomation au secondaire.

Engagement de la DRSP :

- Contribuer à différentes activités de production de connaissances sur les thématiques entourant l'équité en santé et en éducation, en collaboration avec des chercheurs et des partenaires intersectoriels.

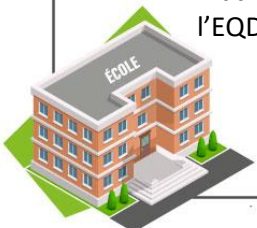


RÉFÉRENCES

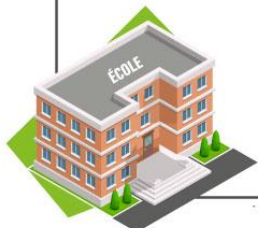
- ¹ Gouvernement du Québec, [Cadre de référence : Projet Épanouir – Promotion de la santé mentale positive en contexte scolaire](#), 2022.
- ² Organisation mondiale de la Santé (OMS), [Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : résumé analytique du rapport final](#), Commission des déterminants sociaux de la Santé de l'Organisation mondiale de la Santé (CDSS), 2008.
- ³ Lucille A. Pica, Nathalie Plante et Issouf Traoré, Institut de la statistique du Québec (ISQ), [Décrochage scolaire chez les élèves du secondaire du Québec, santé physique et mentale et adaptation sociale : une analyse des principaux facteurs associés](#), N°46, 2014.
- ⁴ Sharanjit Uppal, Statistique Canada, *Regards sur la société canadienne : Les jeunes hommes et les jeunes femmes sans diplôme d'études secondaires*, 2017
- ⁵ CTREQ, [Guide d'implantation de partenariats école-famille-communauté selon une approche écosystémique](#), 2013.
- ⁶ Martin J. BLANK, Reuben JACOBSON et Atelia MELAVILLE, [Achieving Results through Community School Partnerships: How District and Community Leaders Are Building Effective, Sustainable Relationships](#), 2012.
- ⁷ Frédérique BERGERON et Collab., DRSP CCSMTL, [Le pouvoir d'agir des communautés et la lutte aux inégalités sociales de santé au cœur des priorités de santé publique pour une métropole résiliente : le positionnement de la Direction régionale de santé publique de Montréal en développement des communautés et en développement social](#), 2023.
- ⁸ *Ibid.*
- ⁹ Germain DUCLOS et Danielle LAPORTE, *Du côté des enfants*, Volume III, Les éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 1995.
- ¹⁰ Simon FIELD, Małgorzata KUCZERA, Beatriz PONT, [En finir avec l'échec scolaire : Dix mesures pour une éducation équitable](#), Politiques d'éducation et de formation, Éditions OCDE, Paris, 2007.
- ¹¹ World Health Organization (WHO), [Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants health](#), Final report of the commission on social determinants of health, 2008.
- ¹² Conseil supérieur de l'éducation, *Rapport sur l'État et les besoins de l'éducation 2008-2010*, Conjuguer , Québec, 2010
- ¹³ Ministère de l'éducation, [L'école tout un programme, Énoncé de politique éducative, Prendre le virage du succès](#), 1997.
- ¹⁴ Lindas S PAGANI et Collab., [School readiness and later achievement: a French Canadian replication and extension](#), Dev Psychol., 2010.
- ¹⁵ M. GAGNÉ et Collab., [Thriving, catching up, falling behind: Immigrant and refugee children's kindergarten competencies and later academic achievement](#), American Psychological Association (APA) PsycNet, 2021.
- ¹⁶ Véronique DUPERE et Collab., ISQ, [Obtenir un diplôme avant l'âge de 20 ans : une analyse ancrée dans une perspective des parcours de vie, Étude longitudinale du développement des enfants du Québec \(ELDEQ\) – De la naissance à l'âge adulte](#), vol. 9, fascicule 1, 28 p., 2029.



- ¹⁷ Magdalena Janus et Collab., [*A Pan-Canadian Data Resource for Monitoring Child Developmental Health: The Canadian Neighbourhoods Early Child Development \(CanNECD\) Database*](#), International Journal of Population Data Science
- ¹⁸ M. GAGNÉ et Collab., *op. cit.*, 2021.
- ¹⁹ Catherine DEA et Collab., *Does Place Matter? An International Comparison of Early Childhood Development Outcomes between the Metropolitan Areas of Melbourne, Australia and Montreal, Canada*, International Journal of Environment Research and Public Health, 2019.
- ²⁰ Gabriel ROMPRE, [*Conférence de comparaisons internationales : rapport CSE-CNESCO : la mixité sociale à l'école*](#), Québec, Conseil supérieur de l'éducation, Paris, Conseil national de l'évaluation du système scolaire, 2015, 78 p
- ²¹ Nadine GIROUARD et Collab., DRSP CCSMTL, [*Portrait synthèse du développement des enfants à la maternelle pour la région de Montréal, Résultats de l'enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle \(EQDEM\) 2022*](#), décembre 2023.
- ²² Vicky SPRINGMAM et Marie-Pierre MARKON, DRSP CCSMTL, [*Portrait des jeunes Montréalais de 6e année : résultats de l'enquête Topo 2017*](#), 2018.
- ²³ ISQ, [*Écart de diplomation selon le milieu socioéconomique*](#), 2022.
- ²⁴ Pierre DORAY, Claude LESSARD et Maude ROY-VALLIERES, Observatoire québécois des inégalités, *op. Cit.*, 2023.
- ²⁵ Pierre DORAY, Claude LESSARD et Maude ROY-VALLIERES, Observatoire québécois des inégalités, *Bulletin de l'égalité des chances en éducation*, 2023.
- ²⁶ Données obtenues auprès de chaque CS et CSS de Montréal.
- ²⁷ Nadine GIROUARD, Véronique NADEAU-GRENIER et Catherine DEA, DRSP CCSMTL, Portrait synthèse de l'EQDEM 2022, *op. Cit.*, 2023.
- ²⁸ Nadine GIROUARD et Collab., DRSP CCSMTL, EQDEM 2022, *op. Cit.*, 2023.
- ²⁹ Weishuang GUO et Shushi YAO, [*Cognitive Benefits of Being Bilingual for Young Children: A Literature Review, Proceedings of the 2021 International Conference on Social Development and Media Communication \(SDMC 2021\)*](#), ATLANTIS PRESS, 2022.
- ³⁰ Marianne NIKOLOV et Jelena MIHALJEVIC DJIGUNOVIC, [*Studies on pre-primary learners of foreign languages, their teachers, and parents: A critical overview of publications between 2000 and 2022*](#), Cambridge University, 2023.
- ³¹ *Ibid.*
- ³² Vicky SPRINGMAM et Marie-Pierre MARKON, DRSP CCSMTL, TOPO 2017, *op. Cit.*, 2018.
- ³³ Ministère de l'éducation du Québec, [*Taux de diplomation et de qualification par cohorte inscrits au secondaire*](#), 2024.
- ³⁴ Claire BEAUMONT et Natalia Garcia, [*Apprendre les uns des autres pour bien vivre à l'école et se soutenir dans l'adversité : bilan des pratiques pour un climat scolaire bienveillant et sécuritaire en contexte de pandémie*](#), Actes de colloque produits à la Collection de la Chaire, Chaire de recherche Bien-être à l'école et prévention de la violence, Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval, Québec, 2020.
- ³⁵ Nadine GIROUARD, Véronique NADEAU-GRENIER et Catherine DEA, DRSP CCSMTL, Portrait synthèse de l'EQDEM 2022, *op. Cit.*, 2023.



- ³⁶ Michael MARMOT, [Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England](#), post-2010.
- ³⁷ Pascale BERGERON et Marie-Claude PAQUETTE, INSPQ, [Les mesures de repas scolaires subventionnés et leurs impacts sur l'alimentation et le poids corporel des jeunes : expériences étrangères et perspectives pour le Québec](#), 2015
- ³⁸ Catherine DEA et Collab., DRSP CCSMTL, [Consultation publique sur la réussite éducative : mémoire du directeur régional de santé publique de Montréal](#), 2016
- ³⁹ Véronique NADEAU-GRENIER et Catherine VERREAU, DRSP CCSMTL, [Portrait de l'insécurité alimentaire à Montréal en 2020](#), 2024.
- ⁴⁰ Anne- Sophie DENAULT, [Le potentiel des activités parascolaires comme levier d'intervention auprès des enfants et des adolescents en milieu scolaire](#). *Revue de Psychoéducation*, vol. 52(2), p. 402-405, 2023.
- ⁴¹ Vicky SPRINGMAM et Marie-Pierre MARKON, DRSP, CCSMTL, Résultats de l'enquête TOPO 2017, *op. Cit.*, 2018.
- ⁴² Une École Montréalaise pour Tous, [Développement professionnel, Pratiques de collaboration école-famille-communauté](#).
- ⁴³ Sanders MAVIS, [Leadership, partnerships, and organizational development: exploring components of effectiveness in three full-service community schools](#). *School Effectiveness and School Improvement*, School Effectiveness and School Improvement, p. 1-21, 2015.
- ⁴⁴ Julie LAROCHELLE-AUDET, Observatoire sur la formation à la diversité et l'équité (OFDE), [Diriger et agir pour l'équité, l'inclusion et la justice sociale : boîte à outils pour les directions d'établissement d'enseignement](#), 2020.
- ⁴⁵ Ministère de l'Éducation du Québec, [Rôle des parents et de la communauté dans la réussite éducative et dans la valorisation de l'éducation](#), 2e éd., 2021.
- ⁴⁶ Réseau Réussite Montréal, [Transitions scolaires](#), 2024
- ⁴⁷ L'organisme [Jepassepartout](#).
- ⁴⁸ *Ibid.*, 2019.
- ⁴⁹ Une École Montréalaise pour Tous, *op. Cit.*
- ⁵⁰ Ministère de l'Éducation du Québec, [Soutien au milieu scolaire 2023-2024, Intégration et réussite des élèves issus de l'immigration et éducation interculturelle - Éducation préscolaire, enseignement primaire et enseignement secondaire](#), 2023.
- ⁵¹ MSSS, [Entente de complémentarité des services MEES-MSSS et approche École en santé](#).
- ⁵² MSSS, [Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré en service de garde éducatif à l'enfance et à l'école primaire](#), Cadre de référence à l'intention des gestionnaires et des intervenants de santé dentaire publique, 2022.
- ⁵³ MSSS, [Programme québécois de scellants dentaires à l'école primaire et secondaire \(PQSD\) - Cadre de référence](#), 2024





Chapitre

7

L'environnement familial : là où l'enfant prend racine

Rapport de la directrice de santé publique de Montréal - 2024

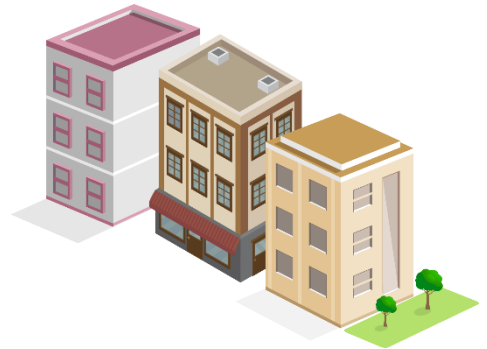
Table des matières

CHAPITRE 7 : L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL : LÀ OÙ L'ENFANT PREND RACINE.....	3
En quoi consistent les pratiques parentales positives et négatives ?	3
Être parent : plus que jamais un défi.....	4
Ces écrans omniprésents	4
La maltraitance : un enjeu prioritaire de santé publique.....	13
Soutenir les parents, ouvrir l'avenir aux enfants	20
Faire des parents des experts du développement de leurs enfants	22
Un soutien à la parentalité, du singulier au pluriel.....	24
Vers une cartographie des services en place à Montréal.....	25
Là où tout commence.....	26
RECOMMANDATIONS	27
RÉFÉRENCES.....	30



CHAPITRE 7 | L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL : LÀ OÙ L'ENFANT PREND RACINE

Parmi les facteurs qui influencent la santé globale d'un enfant, l'environnement familial est sans aucun doute le plus déterminant^{1,2}. Le développement physique, social et émotionnel de l'enfant, de même que sa réussite éducative et sa santé globale, en sont tous tributaires.



Même si l'environnement familial et les pratiques parentales relèvent d'abord de la sphère privée, la santé publique et ses partenaires ont le pouvoir de jouer un rôle très utile en améliorant non seulement les connaissances des parents et leur sentiment de compétence, mais aussi en travaillant sur la qualité des environnements dans lesquels grandissent leurs enfants à Montréal.

Ce chapitre consacré à l'environnement familial présente un ensemble de concepts et de données entourant les pratiques parentales et le stress vécu au quotidien par les parents montréalais, notamment en ce qui concerne la gestion des écrans, les comportements des enfants et la conciliation famille-travail. On y aborde également l'immense potentiel des programmes de soutien à la parentalité basés sur les données probantes.

La perspective offerte ici s'inscrit dans un contexte où les conditions de vie des familles montréalaises et leurs caractéristiques sociodémographiques sont en pleine mutation, tel que décrit au chapitre 2, ce qui nous amène à devoir adapter notre offre de service en continu.

En quoi consistent les pratiques parentales positives et négatives ?

Sommairement, les **pratiques parentales positives** sont tous les gestes et attitudes qui concourent au développement, à la santé et au bien-être de l'enfant, par exemple : encourager, féliciter, exprimer de l'affection, consoler, écouter, communiquer de manière bienveillante, jouer avec l'enfant, favoriser son autonomie, etc.^{3,4}. La parentalité positive – qui n'est évidemment pas synonyme d'absence de discipline – renforce le lien d'attachement parent-enfant et favorise l'estime de soi chez l'enfant. Ce style parental est non seulement associé à une meilleure coopération de l'enfant et à moins de problèmes de comportements, mais également à un meilleur développement cognitif et langagier^{5,6}.

À l'inverse, crier, critiquer, donner des ordres, menacer, punir corporellement, formuler des consignes incohérentes et ne pas fixer de limites sont ce qu'on appelle des **pratiques parentales négatives**. Maintes études ont montré que les pratiques négatives sont associées à des risques accrus pour le développement et la santé mentale des enfants^{7,8,9,10}. Des pratiques trop coercitives, permissives ou inconstantes sont associées à davantage de comportements agressifs, d'hyperactivité et de symptômes anxio-dépressifs^{11,12,13,14}. Répétés, ces gestes présentent des risques pour le développement socioaffectif des enfants, qui peuvent manifester des difficultés à réguler leurs émotions et à établir des relations positives, et ce pour le restant de leur vie^{15,16}.



Être parent : plus que jamais un défi

Il va de soi que les parents veulent le meilleur pour leurs enfants et aspirent à un style parental favorisant leur développement et leur bien-être. Mais toutes sortes de pressions et de défis, propres à notre époque et aux trajectoires de vie des familles, s'exercent sur le quotidien des parents d'aujourd'hui ; être parent est une réalité plus complexe et contrastée que jamais.

- Malgré ces défis, plus de 97 % des parents se disent satisfaits dans leur rôle de parent, selon l'enquête *Être parent au Québec en 2022*.

L'envers de la médaille, c'est que les responsabilités parentales, combinées aux obligations professionnelles et personnelles, peuvent causer un stress capable d'affecter de manière significative la santé mentale des parents et la façon dont ils interagissent avec leurs enfants.

- Au Québec, c'est un parent sur quatre (25 %) qui affirme se sentir souvent trop épuisé après une journée de travail pour participer aux activités et assumer les responsabilités familiales¹⁷.

Selon les propos entendus lors de notre tournée, la réalité des parents montréalais ne serait pas plus facile, au contraire. Offrir à sa famille des conditions de vie adéquates, concilier travail et famille, et ce tout en veillant au bon développement de ses enfants : voilà des responsabilités qui laissent nombre de parents montréalais à bout de souffle. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation préoccupante; voyons-en quelques-uns de plus près.

Ces écrans omniprésents

Si le rythme effréné de la vie quotidienne cause des soucis à de nombreux parents, un autre défi s'est invité dans le foyer des familles contemporaines : la gestion des écrans – un enjeu de santé publique qui occupe largement l'espace médiatique et préoccupe de plus en plus les familles et les acteurs qui gravitent autour d'elles¹⁸.

Quels écrans ?

Le temps d'écran fait référence au temps passé devant n'importe quel type d'écran, que ce soit la télévision, l'ordinateur, les tablettes, les téléphones intelligents ou les jeux vidéo, sans égard à l'utilisation que l'on en fait. Dans les enquêtes et les études, le temps d'écran se mesure souvent en nombre total d'heures passées par jour devant tout type d'écran.

Deux enquêtes récentes menées auprès de parents – *Être parent au Québec en 2022* et *l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de la maternelle 2022 (EQPPM)* – éclairent la place qu'occupent les écrans dans le quotidien des familles. On y constate que les parents se sentent souvent submergés par l'omniprésence des écrans, et que les conditions de vie accentuent les défis liés à leur utilisation, comme en témoignent les données qui suivent.



La gestion des écrans par les parents

Selon l'enquête *Être parent au Québec en 2022*¹⁹ :

- Plus du **tiers des parents** (39 %) trouvent difficile de gérer le temps d'écran de leurs enfants
- **Un parent sur quatre** (25 %) a du mal à ne pas regarder son cellulaire lorsqu'il passe du temps avec son ou ses enfants
- Un peu plus de **deux parents sur cinq** (43 %) trouvent qu'ils l'utilisent trop en présence de leurs enfants



L'utilisation des écrans par les enfants

Selon l'EQPPEM 2022 :

- Déjà à la maternelle, plus d'un **tout-petit montréalais sur six (17,6 %)** passe en moyenne **deux heures et plus par jour sur les écrans**, une proportion plus élevée qu'ailleurs au Québec.
- Les enfants qui vivent dans un ménage à faible revenu, dans une famille monoparentale, ou ceux qui sont nés à l'extérieur du Canada sont plus susceptibles de les utiliser à l'excès. Par exemple, comme on l'a vu au chapitre 1, ce sont 23,3 % des enfants de milieux défavorisés qui passent deux heures par jour et plus devant les écrans comparativement à 12,3 % dans les milieux plus favorisés.



Chez les plus grands, selon l'enquête TOPO en 2017²⁰ :

- Plus d'un **élève montréalais de 6^e année sur cinq (21 %)** utilisait les écrans de façon intensive pour ses loisirs, soit **plus de 4 heures par jour**. Ces élèves présentaient d'ailleurs un risque plus élevé de décrochage scolaire et une moins bonne santé mentale et physique.
- Les conditions de vie accentuent les défis liés à la gestion des écrans: les enfants qui vivent dans un ménage à faible revenu, monoparental, ou qui sont nés à l'extérieur du Canada sont davantage exposés aux écrans.
- Malheureusement, il n'y a pas d'enquête récente ayant documenté la situation chez les enfants du primaire.

On peut également en conclure que l'utilisation intensive des écrans, différenciée selon les groupes socioéconomiques et observées autant à la maternelle qu'en 6e année, contribue à perpétuer les inégalités de santé chez les enfants montréalais.

Ce portrait de l'utilisation des écrans à Montréal ne serait pas complet sans les savoirs expérimentiels que nous a fournis notre tournée. Selon les intervenants consultés, il est évident que les défis en lien avec l'encadrement des écrans dans les familles montréalaises ont pris de l'ampleur au cours des dernières années.





Le point de vue des partenaires sur les écrans

Lors de chaque événement de la tournée, on nous a souligné que l'utilisation croissante des écrans est une source d'inquiétude sur le terrain. Voici quelques-uns des témoignages éclairants que nous avons reçus :

- *Il y a un usage excessif des écrans à la maison pour occuper les enfants, sans éducation sur les saines habitudes numériques.*
- *L'augmentation du temps d'écran vient avec une réduction des activités avec d'autres enfants, ce qui nuit aux compétences sociales.*
- *Les familles restent beaucoup plus à l'intérieur, les enfants sont sédentaires. Les écrans sont partout dans les milieux de vie, ils sont souvent utilisés pour occuper les enfants.*
- *Des enfants en poussette avec des cellulaires, il y a quelques années, on ne voyait jamais ça.*
- *Si mon bébé de sept mois pleure, on met la musique sur un écran et ça fonctionne.*



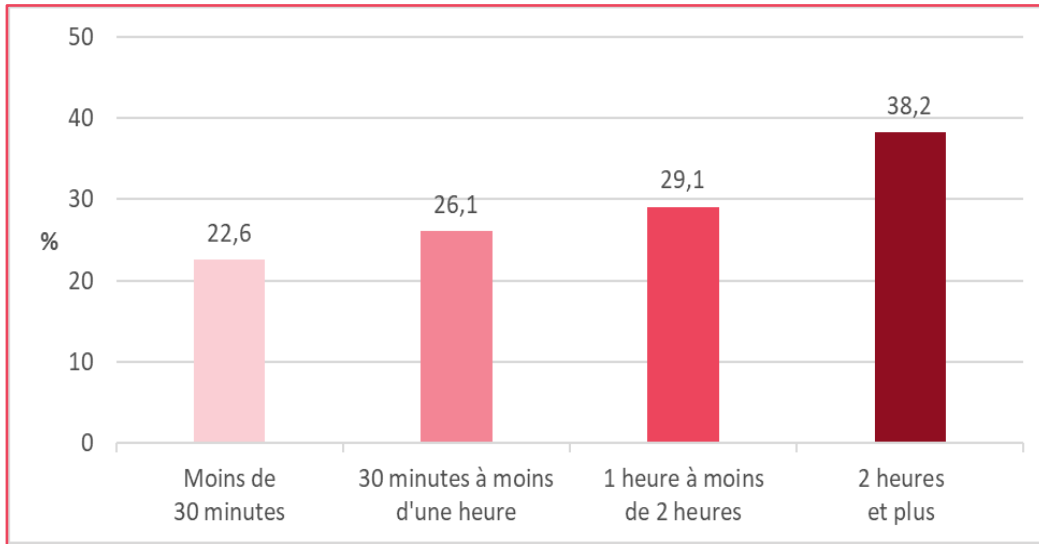
L'omniprésence des écrans dans la société actuelle appelle à faire preuve de prudence, car leur utilisation excessive est associée à différents problèmes de santé chez les enfants : troubles du sommeil, difficultés de concentration, obésité et troubles musculo-squelettiques^{21, 22, 23,24}. De plus, les impacts de l'utilisation des écrans sur le développement langagier et la gestion des émotions sont de mieux en mieux documentés dans la littérature scientifique^{25,26,27}. Une des hypothèses explicatives est que l'utilisation des écrans se fait au détriment d'interactions parents-enfants de qualité, résultant en différentes occasions d'apprentissage manquées^{28,29}.

Bien que les liens de causalité restent à éclaircir, on observe chez les enfants du Québec une forte corrélation entre le temps d'écran quotidien et le risque de vulnérabilité développementale à la maternelle. Comme on peut le voir dans le graphique de la figure 1 :

- Parmi les enfants de la maternelle qui passent deux heures et plus par jour devant les écrans, 38,2 % – soit plus du tiers – sont vulnérables dans au moins un domaine de leur développement, contre 22,6 % chez ceux qui passent moins de 30 minutes.



Figure 1 – Pourcentage des enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement selon le temps moyen par jour devant les écrans, Montréal, 2022.



Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle et Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle, 2022.

Par ailleurs, on ne peut parler des risques des écrans sur nos enfants sans considérer aussi l'usage que font les parents des technologies mobiles lorsqu'ils sont en présence de leurs jeunes enfants. On sait que les comportements des parents à cet égard sont une source de modelage significative pour les habitudes numériques de leurs enfants^{30,31}. De plus, un parent d'un tout-petit qui a constamment les yeux rivés sur son téléphone en présence de son enfant sera probablement moins attentif à ses besoins, ce qui rejoint l'idée, suggérée précédemment, d'une perte d'interactions parents-enfants de qualité. L'INSPQ s'inquiète d'ailleurs de ce phénomène³² :

“ Les parents qui utilisent des technologies mobiles en présence de leur enfant seraient moins sensibles et réactifs à ses signaux, comparativement à ceux qui n'en utilisent pas. La sensibilité et la réactivité sont deux ingrédients importants dans l'établissement d'un lien d'attachement avec l'enfant. L'usage des technologies mobiles pourrait diminuer chez les parents certaines pratiques de soutien à l'apprentissage, comme les verbalisations pendant le jeu et les encouragements à manger de nouveaux aliments.

INSPQ (2023) Usage des écrans par les parents en présence de leur enfant de 0 à 6 ans : les effets sur les pratiques parentales, 2023

En somme, lorsqu'il est question d'utilisation des écrans, avec et par les enfants, on vise la modération. Bien que la présence des écrans dans nos vies puisse sans aucun doute avoir des fonctions ludiques et éducatives, elle comporte tout aussi certainement des risques pour la santé et le développement de nos enfants, d'où la pertinence de définir certains principes pour encadrer leur utilisation³³.

Au-delà du temps devant l'écran

Certaines organisations indépendantes ont émis des recommandations quant à la durée maximale de temps d'écran quotidien. Par exemple, la *Société canadienne de pédiatrie*³⁴ et la *Société canadienne de physiologie de l'exercice* recommandent les seuils suivants de temps d'écran par groupe d'âge³⁵ :

- Aucune utilisation des écrans avant 2 ans
- Moins de 1 h pour les enfants de 2 à 5 ans
- Moins de 2 h pour les enfants de 5 à 17 ans

Toutefois, les experts s'accordent à dire que les risques liés à l'utilisation des écrans pour la santé des enfants ne découlent pas seulement du temps qu'ils passent devant. Il faut également s'intéresser aux types d'utilisation qu'ils en font et aux façons dont cette utilisation est encadrée³⁶. On doit donc poursuivre les recherches pour mieux comprendre quels types d'utilisation sont plus dommageables pour les enfants. Ainsi, on sera mieux outillés pour identifier les meilleurs moyens de contrer les impacts négatifs des écrans et d'en maximiser les bénéfices^{37,38}.

Car il faut bien se l'avouer, les écrans sous toutes leurs formes font partie intégrante de nos vies et ils sont là pour rester. Il nous revient, collectivement, d'en comprendre les risques bien réels pour nos enfants et d'en modérer les utilisations néfastes.

Alors que dire aux parents, dans un contexte où ils en ont déjà beaucoup sur les épaules ? L'idée n'est pas de les culpabiliser, ni de diaboliser les écrans. L'encadré suivant présente des informations utiles à communiquer aux parents pour réduire les risques et augmenter les expériences numériques de qualité.



Quelques pistes pour une utilisation bienveillante des écrans

- Par différents canaux (p. ex. médias sociaux, ateliers, balados), informer les parents des risques des écrans et des bonnes pratiques pour les minimiser, tout en leur rappelant les bénéfices des interactions avec leur enfant.
- Encourager les parents à adopter un « contrat familial » pour encadrer l'usage des écrans, en se basant par exemple sur les quatre stratégies proposées par la *Société canadienne de pédiatrie* :
 1. **Limiter le temps d'écran**, en suivant les consignes par groupe d'âge
 2. **Réduire les impacts négatifs**, par exemple en privilégiant du contenu éducatif, en interagissant verbalement avec l'enfant lorsqu'il utilise un écran, et en évitant l'utilisation des écrans avant le sommeil
 3. **Rester attentifs**, c.-à-d. être conscients des différentes utilisations et contextes d'utilisation dans la famille
 4. **Montrer l'exemple** en utilisant soi-même sainement les écrans, puisque les enfants apprennent beaucoup par modélisation

Proposer différentes alternatives aux écrans et encourager les défis « déconnexion » à la maison, dans les SGEE et les écoles, en faisant par exemple la promotion d'activités extérieures qui permettent de bouger et de profiter de la nature.

Permettre aux familles de se détacher des écrans

S'il est pertinent d'améliorer la qualité de ce que visionnent les enfants et de privilégier des utilisations à moindre risque, il est essentiel d'offrir aussi des alternatives aux écrans. Comme on l'a vu au chapitre 3, améliorer l'accès des familles à des infrastructures permettant le jeu actif (p. ex. parcs, gymnases, piscines) et à des activités diversifiées (p. ex. camps de jour, fêtes de voisinage, activités culturelles) est une avenue de choix pour bouger et interagir socialement. Plus largement, les différents milieux de vie des enfants, que ce soit leur domicile, leur milieu de garde ou leur école, devraient préserver des moments sans écran et minimalement établir des balises pour en encadrer l'usage.

La *Commission spéciale sur les impacts des écrans et des réseaux sociaux sur la santé et le développement des jeunes*, présentement en cours au Québec, apportera un éclairage supplémentaire à la problématique. La perspective de la santé publique y est représentée, car il est de notre responsabilité de mobiliser les acteurs, de diffuser les connaissances, et de soutenir les interventions pour contrer les risques que posent les écrans pour la santé des enfants.



Les rouages du stress parental

Au chapitre des sources d'inquiétude pour les parents, la gestion des écrans n'est que la pointe de l'iceberg : le *stress parental* est un fléau souvent invisible qui a élu domicile dans de nombreuses familles montréalaises. Selon Lacharité et collaborateurs³⁹ :

“ Le stress parental est lié à différents facteurs découlant de l'histoire personnelle du parent, son niveau d'éducation et des circonstances de vie dans lesquelles il évolue avec son enfant (p. ex. conciliation travail-famille difficile, conflits conjugaux, isolement social, etc.). ”

Ce stress est donc forcément influencé par les conditions de vie des familles, le travail des parents et les caractéristiques de l'enfant (p. ex. tempérament, maladie, besoins particuliers). Les compétences cognitives et socioaffectives des parents, de même que leur santé mentale et physique viennent également moduler le stress parental^{40,41}.

En outre, un déséquilibre entre les besoins des enfants et les ressources des parents, un faible niveau de soutien ou des critiques excessives de l'entourage, couplés à une charge globale élevée de responsabilités parentales, ne feront qu'intensifier le stress vécu⁴². Chez les nouveaux arrivants, les défis liés à la parentalité peuvent aussi être amplifiés par la perte de repères sociaux, à la transformation des rôles familiaux, ainsi que par les fréquents obstacles dans leur intégration socioprofessionnelle.



Le lien entre les mesures de conciliation travail-famille – flexibilité dans les horaires, télétravail et congés familiaux payés – et les pratiques parentales n’est plus à démontrer^{43,44}. C’est simple : un parent qui bénéficie de mesures de conciliation travail-famille passe plus de temps avec son enfant. À preuve, la proportion de parents qui racontent des histoires à leur enfant de 0 à 5 ans augmente lorsque le nombre de mesures de conciliation travail-famille auxquelles ont accès ces parents augmente⁴⁵. À l’opposé, on sait que les parents aux prises avec un niveau élevé de conflit travail-famille jouent moins souvent avec leurs enfants⁴⁶.

- Montréal se démarque du reste du Québec par une proportion plus élevée de parents (22 %) pour qui le niveau de conflit travail-famille est considéré comme élevé^{47,48}.

L’encadré ci-contre résume la situation montréalaise concernant le stress parental, selon de récentes données d’enquête.



“ La proportion de parents qui racontent des histoires à leur enfant de 0 à 5 ans augmente lorsque le nombre de mesures de conciliation travail-famille auxquelles ont accès ces parents augmente. ”

Le stress parental chez les parents montréalais : état des lieux

Selon les données de l’enquête *Être parent au Québec en 2022* :

- Les parents montréalais sont proportionnellement plus nombreux à vivre un stress parental élevé (28,6 %) comparativement à ceux de l’ensemble du Québec (23,5 %).
- La gestion des enfants est perçue comme étant difficile ou très difficile pour 18,1 % des parents montréalais.
- Les aspects de la parentalité qui sont vécus plus difficilement sont : l’utilisation des écrans, l’encadrement et la discipline, de même que le suivi des apprentissages scolaires.
- Les parents nés à l’extérieur du Canada sont plus susceptibles de vivre des niveaux de stress parental et de conflit travail-famille élevés, d’avoir besoin d’un plus grand soutien social et de souffrir du peu de disponibilité de leur entourage.



La maltraitance : un enjeu prioritaire de santé publique

Sujet délicat s'il en est un, la maltraitance des enfants en contexte familial est un enjeu critique de santé publique, sur le territoire montréalais comme ailleurs. Un enjeu qui, dans le cadre de la *Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse* (Commission Laurent), a fait l'objet d'une mobilisation sans précédent et d'un rapport riche en recommandations. Plusieurs voix se sont élevées pour attirer l'attention sur les besoins persistants, multiples et complexes des familles touchées par la maltraitance, et souligner la nécessité d'y répondre de manière concertée et coordonnée. Pour se donner les moyens de leurs ambitions, les directions de santé publique ont demandé un meilleur système de surveillance de la maltraitance au Québec. Leur requête a été entendue et des travaux récents permettront, à terme, d'avoir des données à jour pour mesurer l'ampleur de la maltraitance, son évolution et les facteurs associés, afin de suivre le phénomène de plus près et d'orienter les actions de prévention^{49,50}.

Dans ce contexte, la DRSP souhaite jouer un rôle de leadership en prévention de la maltraitance dans la métropole aux côtés des deux DPJ de Montréal, et traiter cette problématique avec l'ensemble de ses partenaires. Car dans une perspective de santé publique, la maltraitance est un problème évitable qui marque la trajectoire de vie de trop d'enfants, affectant en profondeur leur santé et leur développement, à court et à long terme.

La maltraitance se traduit autant par des actes commis que par des actes omis, et englobe toutes les formes de violence, d'abus ou de négligence susceptibles de nuire à l'intégrité physique et psychologique de l'enfant⁵¹.

L'exposition des enfants à la violence conjugale : une priorité sous le radar

Aux yeux de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, l'exposition des enfants à la violence conjugale est maintenant devenue un motif de signalement à part entière⁵².

Ce changement s'inscrit dans la continuité d'autres initiatives visant à renforcer les moyens de limiter le fléau de la violence conjugale. Les enfants qui y sont exposés, directement ou indirectement, sont affectés dans plusieurs sphères de leur développement et sont à risque de devenir captifs d'un cycle de violence pouvant marquer toute leur trajectoire de vie^{53,54,55,56}.

Selon le plus récent bilan des directrices et directeur de la protection de la jeunesse⁵⁷ :

- À Montréal, 3813 signalements ont été reçus pour motif d'exposition à la violence conjugale des enfants en 2023-2024. De ce nombre, 1073 ont été retenus, soit 28 %.

Le bilan souligne d'ailleurs que le nombre de signalements pour un motif d'exposition à la violence conjugale est fortement à la hausse depuis 10 ans, et que cette augmentation est encore plus notable au cours de l'année 2023.

« Ces hausses peuvent refléter une attention accrue, une plus grande compréhension du phénomène et un meilleur repérage de la part de tous les acteurs concernés par les violences faites aux femmes et aux enfants. Le problème demeure néanmoins bien réel dans notre société, comme le montre la hausse du nombre de féminicides survenus au cours des dernières années. »
(Bilan des DPJ/DP 2023-2024)⁵⁸



La maltraitance des enfants peut s’immiscer dans l’environnement familial de tous les groupes socioéconomiques. Néanmoins, on sait que les risques d’abus et de négligence sont plus élevés dans les familles où les parents sont très stressés, font face à de nombreuses difficultés, et manquent de ressources – matérielles, psychologiques et sociales – pour y faire face^{59,60}. Des conditions de logement et de travail difficiles, des poches vides et un faible soutien social sont autant de terrains fertiles pour la maltraitance.

Motifs de signalement à la DPJ

Selon l’article 38 de la *Loi sur la protection la jeunesse* (LPJ), les motifs de signalement qui compromettent la sécurité ou le développement de l’enfant sont les suivants :

- abandon
- négligence
- mauvais traitements psychologiques
- exposition à la violence conjugale
- abus sexuels
- abus physiques
- troubles de comportement sérieux chez l’enfant

C’est depuis avril 2023 que l’exposition des enfants à la violence conjugale est devenue un motif de signalement à part entière, alors qu’auparavant, ces situations étaient incluses dans les mauvais traitements psychologiques.

Les troubles de santé mentale des parents ou la consommation abusive de substances psychoactives, sont également des facteurs de risque importants sur lesquels il est toutefois possible d’agir. De plus, une attitude favorable des parents par rapport à la punition corporelle est aussi associée à un risque accru de violence physique envers les enfants⁶¹. En somme, la maltraitance survient le plus souvent lorsque l’équilibre familial est rompu et que les difficultés vécues par les parents excèdent leur capacité de résilience⁶².

Regard sur les données de signalement à Montréal

Une collaboration récente entre la DRSP, l’Institut universitaire Jeunes en difficultés et les deux DPJ de Montréal a permis de produire un premier portrait de l’incidence de l’abus et de la négligence touchant les enfants de 0-4 ans à Montréal⁶³, notamment parce qu’il inclut des données à l’échelle locale. La DRSP souhaite répliquer ce type de portrait de manière périodique et élargir l’analyse des données de la DPJ pour inclure aussi les enfants plus âgés.

Dans le présent rapport, nous faisons un pas de plus dans notre compréhension des données de signalement concernant les enfants montréalais, en comparant les signalements chez les 0-4 ans à ceux chez les 5-11 ans. La figure 2 montre les taux de *signalements reçus* par 1000 enfants par an à Montréal, ainsi que les taux de signalements ayant mené à une *évaluation de faits fondés*, de 2018 à 2023, pour les deux groupes d’âge.



Durant cette période, le taux annuel de **signalements reçus** est de 28,9 pour 1000 enfants chez les 0-4 ans, variant de 11,1 à 61,7 selon les territoires de CLSC ¹. Pour les 5-11 ans, ce taux s'élève à 35,4 pour 1000, variant de 16,6 à 65,7 entre les territoires locaux.

- En tout, cela représente plus de **8000 enfants montréalais par année ayant fait l'objet d'un signalement chez les moins de 12 ans.**

Lorsqu'on s'attarde aux **évaluations de faits fondés**, la différence entre les deux groupes d'âge devient minime, mais les écarts entre les quartiers demeurent bien présents. Le taux se situe à 11,4 pour 1000 enfants par an chez les 0-4 ans, variant de 4,0 à 24,8 entre les territoires de CLSC. Chez les 5-11 ans, ce taux est de 12,1 pour 1000 enfants par an, variant de 4,5 à 26,2 entre les territoires locaux.

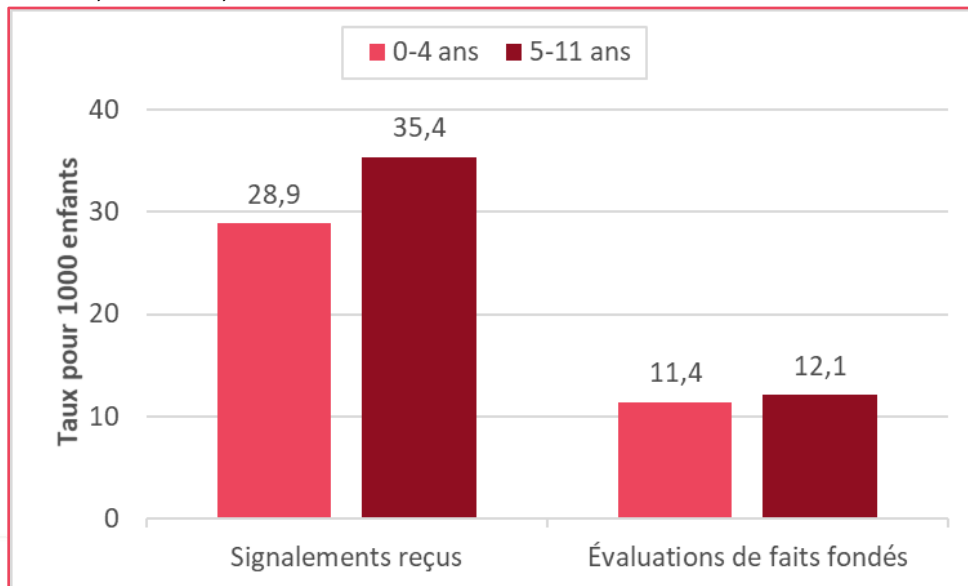
- Au niveau populationnel, les **évaluations de faits fondés correspondent à environ 3000 enfants par année chez les moins de 12 ans** de la région montréalaise.

Différents indicateurs, différents éclairages

Lorsqu'un signalement est *reçu*, la DPJ procède à son analyse pour déterminer s'il doit être *retenu*, ou *non retenu*. S'il est *retenu*, la DPJ effectue une évaluation plus approfondie sur la vérification des faits, résultant en une *évaluation de faits fondés*, ou *non fondés*. Les *évaluations sont considérées comme fondées* lorsque les situations d'abus ou de négligence sont confirmées.

Le présent rapport s'attarde aux *signalements reçus* et aux *évaluations de faits fondés* de 2018 à 2023. Différentes analyses sont possibles à partir des indicateurs de signalement et pourraient être mises à profit pour mieux soutenir les interventions préventives dans les différents quartiers de Montréal.

Figure 2 – Taux annuels de signalements reçus et d'évaluations de faits fondés chez les enfants de 0-4 ans et de 5-11 ans, Montréal, 2018-2023.



Source : Centre jeunesse de Montréal et Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, entrepôt informationnel PIJ, 2018-2023.

¹ Note méthodologique : Si un même enfant fait l'objet de plus d'un signalement sur une période d'une année, il est comptabilisé seulement une fois.



Concernant les évaluations de faits fondés, trois motifs de signalement ressortent du lot dans les deux groupes d'âge, soit, dans l'ordre :

1. La **négligence**², représente les situations où les besoins fondamentaux de l'enfant ne sont pas comblés, en lien par exemple avec des problèmes de toxicomanie chez les parents
2. Les **mauvais traitements psychologiques**, qui incluent entre autres le dénigrement, l'isolement, les menaces et l'exposition à violence conjugale³
3. Les **abus physiques**⁴, qui incluent les sévices corporels et les méthodes éducatives déraisonnables

Lorsque l'on procède à des analyses plus détaillées concernant les motifs de signalements, certaines différences ressortent entre les groupes d'âge. Les motifs liés à la toxicomanie des parents et à l'exposition à la violence conjugale sont proportionnellement plus fréquents chez les tout-petits comparativement aux enfants plus âgés.

Et qu'en est-il de la tendance temporelle à Montréal au cours des dernières années ? La figure 3 montre l'évolution des signalements reçus et des évaluations de faits fondés durant les cinq dernières années, par groupe d'âge. On constate que le nombre total de signalements reçus à Montréal est resté relativement stable au cours de cette période pour les enfants de 0-4 ans et de 5-11 ans, à l'exception d'une augmentation en 2022-2023 dans les deux groupes d'âge. En revanche, on observe une tendance à la baisse des évaluations de faits fondés depuis 2020 - 2021, tant chez les 0-4 ans que chez les 5-11 ans, et ce, malgré la hausse des signalements totaux.

Quant à la provenance de ces signalements, des différences importantes entre les deux groupes d'âge sont à noter (figure 4) :

- Chez les tout-petits, ce sont les professionnels de la santé (42,5 %) et les policiers (39,3 %) qui ont fait la majorité des signalements durant cette période.
- Chez les enfants de 5-11 ans, les signalements provenaient principalement des écoles (34,0 %), suivies de près par le réseau de la santé (26,1 %) et le milieu policier (26,0 %).

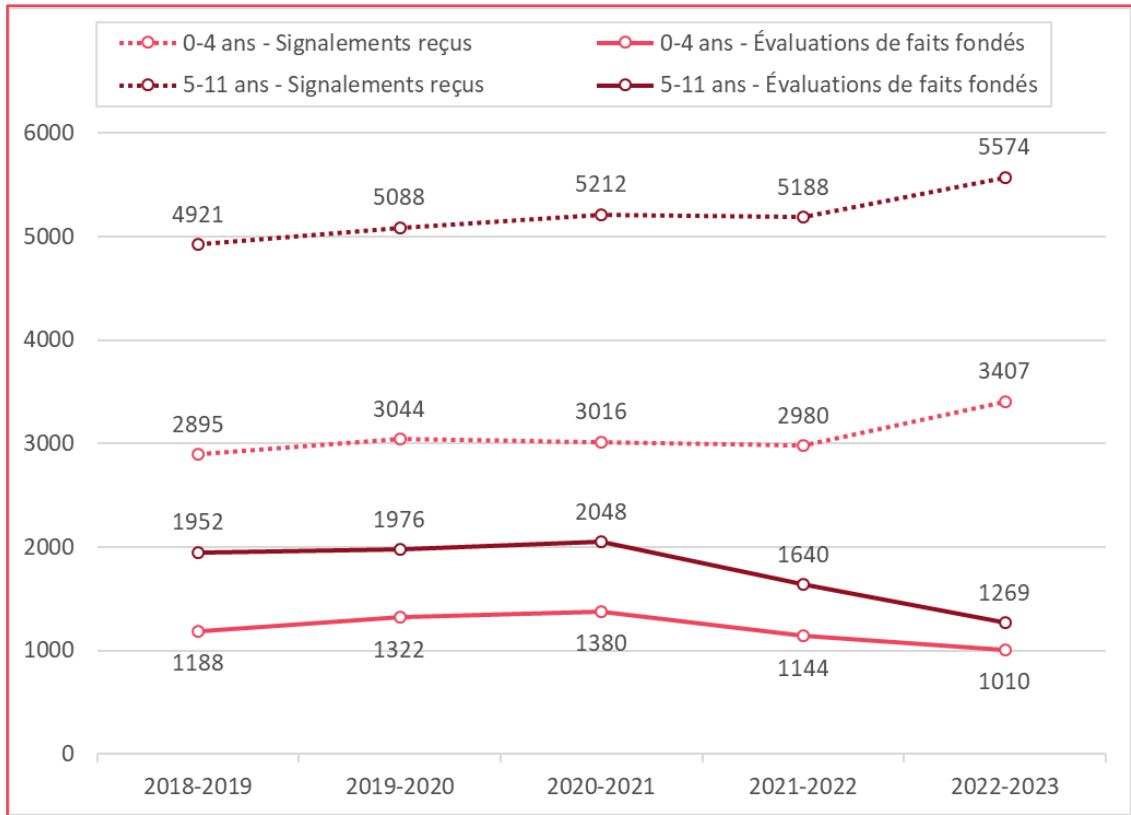
² Note : dans nos analyses, cette catégorie inclut la négligence confirmée et le risque sérieux de négligence.

³ Note : L'exposition à la violence conjugale est devenue un motif de signalement à partir d'avril 2023. Ces signalements sont inclus dans les mauvais traitements psychologiques dans nos analyses qui portent sur la période 2018-2023.

⁴ Note : dans nos analyses, cette catégorie inclut les abus physiques confirmés et le risque sérieux d'abus physiques.



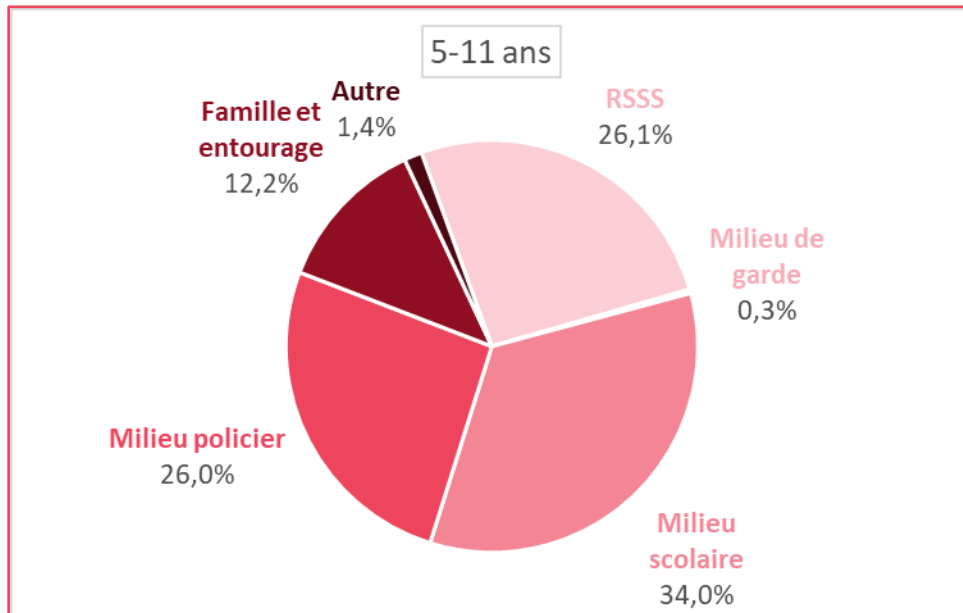
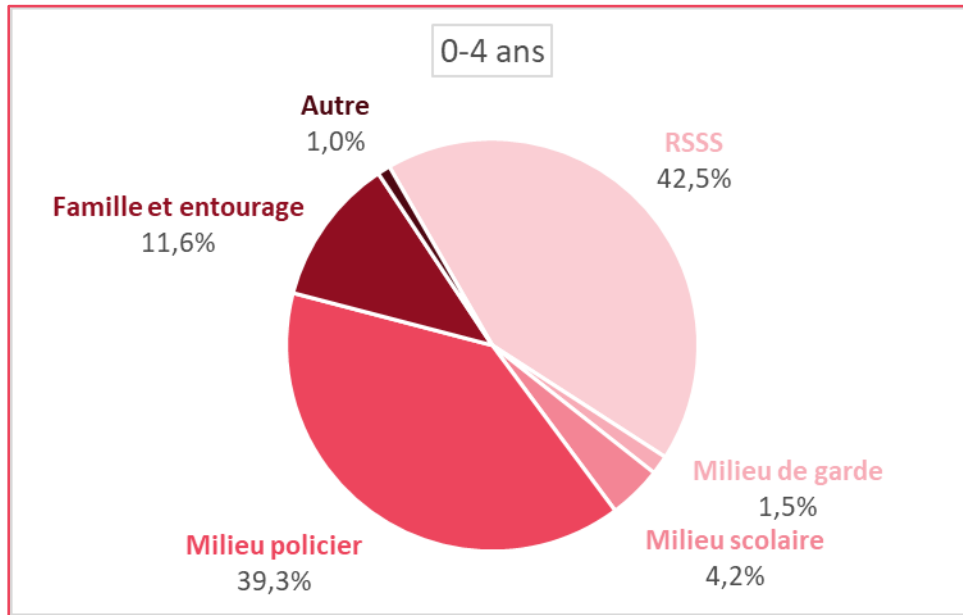
Figure 3 – Tendence temporelle du nombre de signalements reçus et du nombre d'évaluations de faits fondés chez les enfants de 0-4 ans et de 5-11 ans, Montréal, 2018-2023.



Source : Centre jeunesse de Montréal et Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, entrepôt informationnel PIJ, 2018-2023.



Figure 4 – Sources de signalements pour les enfants ayant eu une évaluation de faits fondés, Montréal, 2018-2023.



Source : Centre jeunesse de Montréal et Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, entrepôt informationnel PIJ, 2018-2023.



Que retenir de toutes ces données ?

D'abord, une bonne nouvelle : alors que les signalements ont été en hausse au Québec durant environ 10 ans, les dernières années montrent que leur nombre s'est stabilisé dans la région métropolitaine (sauf en 2022-2023 – il faudra rester vigilants). Mieux encore, on observe une diminution des signalements où la situation d'abus ou de négligence est confirmée à l'évaluation, tant pour les 0-4 ans que les 5-11 ans.

Pour autant, on ne peut baisser la garde devant ces chiffres, qui représentent des milliers d'enfants montréalais dont le bien-être à court et à long terme est menacé. Les différences importantes observées entre les territoires de CLSC nous rappellent que les inégalités sociales de santé transparaissent en filigrane des situations de maltraitance à Montréal.

On note aussi que les personnes qui signalent diffèrent sensiblement selon l'âge des enfants : le réseau scolaire arrive en tête de liste pour les 5-11 ans, laissant penser que les milieux de garde, d'où proviennent moins de 2 % des signalements chez les tout-petits, sont moins enclins à signaler que les écoles. Il faut donc poursuivre les efforts de sensibilisation auprès de tous les acteurs en contact avec les familles, afin de démystifier les signalements et de faire connaître les ressources de première ligne. De plus, les territoires plus à risque d'abus et de négligence ne sont pas toujours les mêmes pour les tout-petits et les enfants plus grands, ce qui rend d'autant plus pertinente une approche différenciée par groupe d'âge.

Avancer ensemble pour faire reculer la maltraitance

Au-delà des conséquences importantes sur le développement global et la sécurité des enfants, la maltraitance représente un coût important pour la société, qui gagnerait à investir davantage dans un ensemble de mesures préventives existantes et reconnues. En plus des interventions ciblant les parents, qu'on abordera plus loin, les experts recommandent d'agir sur les normes socioculturelles qui tolèrent toutes forme de violence physique, verbale ou psychologique, par exemple en adoptant des lois sur l'interdiction des châtiments corporels, y compris les formes mineures telles que la fessée. Des politiques publiques ciblant les facteurs structurels de la violence et l'égalité des sexes sont également considérées comme des leviers essentiels pour inverser la tendance. Plus spécifiquement, la lutte à la pauvreté, l'amélioration des conditions de logement, les politiques de conciliation travail-famille et l'accès à des services de garde éducatifs sont tous reconnus comme des cibles d'action prioritaires pour réduire le fardeau de la maltraitance envers les enfants^{64,65}.

En plus des stratégies visant les politiques et les environnements, le Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) joue un rôle central dans plusieurs interventions éprouvées visant les enfants et leurs parents. La première ligne offre une panoplie de services et de programmes destinés aux familles ayant de plus grands besoins (approche ciblée), notamment :

- Les *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE), qui effectuent des visites à domicile auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité.
- Le programme *Interventions éducatives précoces* (IEP) et les places protocole, présentés au chapitre 5, qui permettent d'intégrer dans un SGEE de qualité des enfants dont le développement inquiète.



Ces programmes de prévention ciblant les familles qui vivent en situation de vulnérabilité sont essentiels, mais insuffisants. Pour véritablement renverser la tendance de la maltraitance, il faut aussi renforcer l'offre de services destinée à l'ensemble des parents (approche universelle), en les déployant avec une intensité proportionnelle aux besoins et à la défaveur sociale (approche d'universalisme proportionné)⁶⁶. Voici quelques exemples d'interventions universelles :

- Le programme *Ma Grossesse*, qui permet l'évaluation des besoins des femmes enceintes et favorise leur référencement vers des services préventifs.
- Le programme-cadre montréalais en négligence *Alliance*, qui vise à sensibiliser tous les intervenants en contact avec des familles au phénomène de la négligence, afin qu'ils puissent la repérer et intervenir plus précocement.
- Les programmes de soutien à la parentalité, qui permettent entre autres d'améliorer la relation parent-enfant, de diminuer les difficultés de comportement des enfants et de prévenir la maltraitance. La prochaine section en parle plus en détails en mettant en lumière quelques exemples.
- Les services en santé mentale, en dépendance et en soutien aux victimes de violence conjugale, offerts dans le RSSS mais également dans les organismes communautaires.

Un travail colossal a été fait à Montréal au cours des dernières années pour améliorer l'accès et la qualité des programmes de première ligne du RSSS. Et il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour bonifier l'offre de services universels et ciblés, réduire les délais d'attente et desservir les familles à la hauteur de leurs besoins. Devant ce défi de taille, le RSSS n'est pas seul : il peut compter sur les partenaires intersectoriels, notamment les organismes communautaires, qui jouent un rôle essentiel dans la prévention de la maltraitance. Entre autres, la problématique de l'exposition des enfants à la violence conjugale mérite d'être abordée en priorité, à commencer par la mobilisation des connaissances et des partenaires. Des lieux de concertation et d'échange sur les pratiques actuelles au régional et au local permettraient d'identifier des actions prometteuses à déployer en tenant compte des spécificités montréalaises.

Il est crucial de pérenniser la mobilisation engendrée par la *Commission Laurent* et de l'actualiser avec un leadership montréalais fort qui met la prévention à l'avant-plan dans notre région. À cette fin, la DRSP prévoit mobiliser les principaux acteurs intersectoriels en mettant sur pied un nouveau chantier régional en prévention de la maltraitance, en collaboration étroite avec les deux DPJ de Montréal. Ce groupe de travail pourra par exemple suivre et contextualiser les données montréalaises les plus à jour, et déployer des actions concertées qui ciblent autant les politiques publiques que le soutien aux parents.

Soutenir les parents, ouvrir l'avenir aux enfants

Les pratiques parentales sont influencées par un ensemble de facteurs : les expériences de vie, les croyances et les valeurs des parents y concourent, mais aussi l'écosystème dans lequel la famille évolue. Les parents ont donc des connaissances et savoir-faire qui leur sont propres en matière de parentalité – surtout que les enfants ne viennent pas avec un mode d'emploi. Selon leur milieu socioéconomique, ils n'ont pas tous accès aux mêmes ressources lorsqu'il s'agit d'apprendre et d'appliquer au quotidien des pratiques parentales positives, plus favorables au développement des enfants.



Si l'on veut contrer les risques de maltraitance chez les enfants montréalais, il est essentiel de mettre en place des environnements propices à de saines relations parent-enfant. Nous disposons à cet égard d'un puissant levier : les programmes de soutien aux pratiques parentales positives. Ces programmes offrent généralement des séances de groupe (en personne ou en virtuel) visant à informer, à soutenir et à outiller les parents afin de les aider à mieux exercer leur rôle de premier éducateur⁶⁷.

Lorsqu'ils sont mis en œuvre dans des conditions optimales, ces programmes améliorent efficacement les pratiques parentales positives et réduisent les comportements liés aux styles parentaux négatifs. Les programmes de soutien à la parentalité augmentent aussi la satisfaction parentale, l'encadrement parental et le sentiment de compétence des parents. Ils permettent également aux parents d'améliorer la qualité de leur relation avec leurs enfants, en plus de favoriser chez ceux-ci le développement d'habiletés sociales et affectives.

“

Les défis de la parentalité, vus par la lorgnette des intervenants

Dans le cadre de la tournée, nos partenaires ont témoigné du fait que les parents montréalais d'aujourd'hui vivaient plusieurs difficultés au quotidien dans l'exercice de leur rôle. Selon eux, les parents peuvent :

- Avoir du mal à **établir un cadre et une routine** pour leurs enfants
- Avoir du mal à **respecter les besoins de sommeil** des enfants et à **leur assurer une saine alimentation**
- **Manquer de connaissances générales** sur le développement des enfants selon leur âge, plus particulièrement en ce qui a trait au **langage**, cause fréquente d'inquiétude.

On observe aussi que pour les parents issus de l'immigration récente, les défis liés à la parentalité sont exacerbés par plusieurs facteurs : la méconnaissance des services disponibles, le manque d'information sur les lois et normes en matière d'éducation des enfants, les barrières linguistiques, le manque de soutien social et des conditions de vie parfois précaires.

”

À ce jour, il n'y a pas de programme universel de soutien à la parentalité qui soit offert systématiquement partout au Québec, mais des travaux sont en cours à ce sujet depuis quelques années au MSSS. Néanmoins, différents programmes de soutien aux pratiques parentales sont déjà bien présents à Montréal, où l'on trouve notamment : Y'a personne de parfait (Y'APP), Espaces parents, Triple P et le Cercle de sécurité parental.

Le programme *Héllys* récemment développé par l'organisme Boscoville dans une visée universelle est également sur le point d'être implanté dans la région montréalaise, après une phase de pilotage déjà bien amorcée dont les résultats sont prometteurs (encadré).



Le programme *Hély* : une initiative prometteuse née d'un partenariat régional

Hély est un nouveau programme universel de soutien aux pratiques parentales, développé et piloté par l'organisme Boscoville, en collaboration avec plusieurs partenaires et experts. Il vise à renforcer le sentiment de compétence des parents et à promouvoir les pratiques parentales positives, de manière à favoriser le bien-être et le développement des enfants.

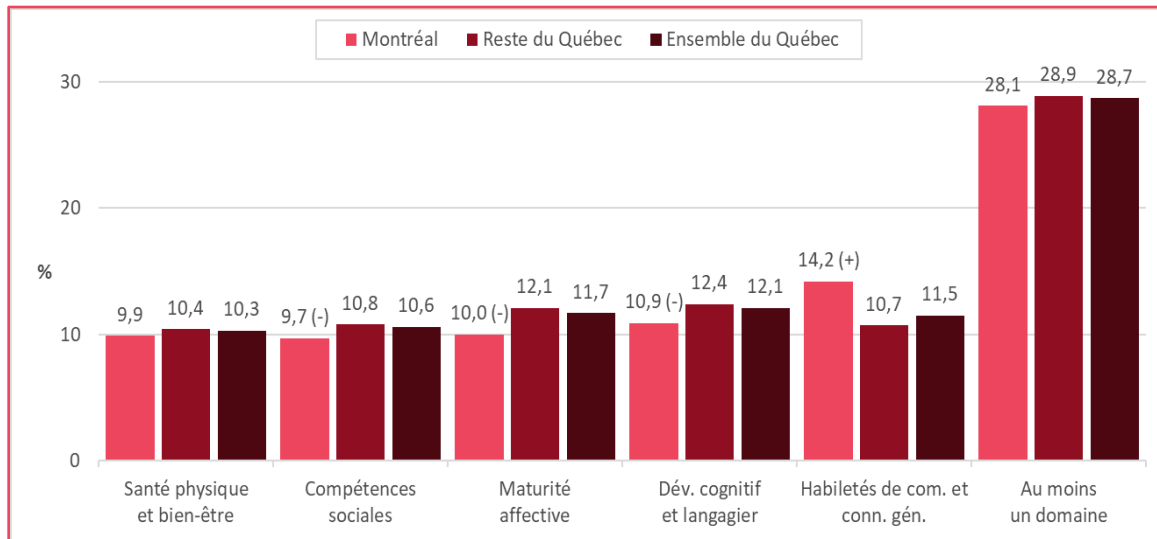
Le programme se déploiera graduellement dans la région montréalaise au cours de la prochaine année. Il offre huit ateliers de groupe visant les parents d'enfants de 6-11 ans et un programme multimodal (conférences, fiches infographiques et balados) sur quatre thématiques liées à l'adolescence pour les parents d'enfants de 12-17 ans. On y aborde différentes thématiques, dont les relations amicales et la gestion des écrans, en misant sur une approche comportementale qui favorise les exercices pratiques. Les ateliers sont animés par des intervenants formés dans les organismes communautaires, les écoles et les établissements de santé. Un modèle inspirant de collaboration intersectorielle !

Outiller les parents sur le développement de leurs enfants

Outre les programmes de groupe offerts par le réseau de la santé et ses partenaires communautaires, plusieurs autres types d'intervention permettent aux parents d'être mieux outillés pour soutenir le développement de leurs enfants. Cependant, il reste beaucoup à faire : les récentes données montréalaises de l'EQDEM⁶⁸ montrent bien qu'au moment d'intégrer la maternelle, les enfants sont nombreux à présenter des vulnérabilités sur le plan du développement cognitif et langagier, ainsi que sur le plan des habiletés de communication et des connaissances générales (figure 6).



Figure 6 – Proportion d’enfants de maternelle vulnérables par domaine de développement et dans au moins un domaine, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 2022.



(+) Proportion d’enfants vulnérables significativement plus élevée à Montréal que dans le reste du Québec au seuil de 0,05.

(-) Proportion d’enfants vulnérables significativement moins élevée à Montréal que dans le reste du Québec au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle, 2022.

À Montréal comme ailleurs au Québec, la proportion d’enfants vulnérables dans ces deux domaines est significativement plus élevée chez les enfants de milieux défavorisés, ceux nés à l’extérieur du Canada et ceux dont la langue maternelle n’est ni le français ni l’anglais. Si on veut réduire ces écarts entre les enfants, il est primordial d’agir en amont, avant l’entrée à la maternelle, puis durant tout le parcours scolaire, en accompagnant au plus près les parents afin qu’ils soient mieux outillés pour voir au sain développement de leurs enfants.

Un carnet pour suivre le développement des tout-petits

Une initiative inspirante du CIUSSS de l’Est-de-Montréal gagnerait à être déployée partout à Montréal : le carnet de développement de l’enfant de 0 à 5 ans.

Semblable à un carnet de vaccination, ce document permet aux parents de suivre les étapes attendues du développement selon l’âge de l’enfant, de consigner leurs inquiétudes et de mettre en application différents conseils pour stimuler le développement de leurs tout-petits⁶⁹.



L'arrivée dans tous les territoires du programme *Agir tôt* permet maintenant à toutes les familles montréalaises de recevoir, lorsque leur enfant atteint l'âge de 18 mois, une visite universelle pour surveiller les différentes dimensions de son développement. *Agir tôt* prévoit également d'orienter les parents vers une plateforme facilitant le dépistage, et permettant de les référer à des services diagnostiques et d'intervention répondant aux besoins précis de l'enfant.

Dans les quartiers de Montréal, une multitude d'autres initiatives locales permettant de stimuler le langage et les autres sphères du développement sont aussi offertes gratuitement dans des lieux fréquentés par les familles. Par exemple, des activités ludiques ou d'éveil à la lecture sont régulièrement organisées dans les bibliothèques, les joujouthèques, les haltes-garderies et les parcs. Ce sont là de puissants leviers pour inciter les parents à jouer, à lire et à bouger avec leurs enfants, et ce sont autant d'occasions de rejoindre les familles isolées et de les soutenir, tout en leur permettant de passer des moments de qualité en famille et... loin des écrans.

Un soutien à la parentalité, du singulier au pluriel

Malgré les avancées des programmes en place et des initiatives locales, on constate que les défis demeurent nombreux pour que l'offre de services en matière de soutien aux pratiques parentales soit pleinement accessible, équitable et adaptée aux besoins diversifiés des familles, sur l'ensemble du territoire montréalais.

Comme en témoigne notre tournée locale, la panoplie de services offerts aux familles mérite d'être **mieux adaptée aux besoins des parents immigrants**, qui sont confrontés à plusieurs obstacles, souvent sans pouvoir compter sur le soutien d'un réseau social. Les intervenants ont souligné l'importance de développer des approches et des services adaptés à la réalité des familles issues de l'immigration récente : traduction d'outils, interprétariat, accompagnement personnalisé des parents et visites à domicile en sont quelques exemples.

De manière générale, les acteurs déploient des efforts considérables pour stimuler la participation des parents mais on peine à les recruter et à les retenir particulièrement depuis la pandémie. Aux dires de nos partenaires communautaires, la formule des programmes existants y est peut-être pour quelque chose : on gagnerait à adopter un cadre plus informel.

Les ateliers *Espace Parents* : faits sur mesure pour les parents immigrants

Dans un environnement chaleureux, les ateliers d'*Espace Parents* accompagnent les personnes immigrantes dans l'exercice de leur rôle parental afin de renforcer leurs capacités d'adaptation et de favoriser le développement optimal de leurs enfants. On y aborde des sujets variés, dont le fonctionnement de l'école, le rôle de la DPJ, la paternité en contexte d'immigration et les ressources de soutien disponibles. *Espace Parents* est actuellement offert dans 21 organismes communautaires montréalais.



Sortir du cadre formel

Selon nos partenaires, les services de soutien aux parents devraient être offerts dans un contexte moins formel pour favoriser la participation et réduire la méfiance. Par exemple, des ateliers qui se déroulent au parc, à la bibliothèque ou au centre communautaire, qui misent sur des activités sociales et ludiques, et qui intègrent des pairs dans l'animation semblent plus efficaces pour attirer les parents et maintenir leur motivation.

Des ateliers sur les pratiques parentales offerts dans un contexte sportif ou informel intéresseraient par ailleurs davantage **les pères**, toujours plus difficiles à recruter. Si on veut qu'ils participent en plus grand nombre, il faut leur faire une plus grande place en adaptant les pratiques en fonction de leurs besoins. Ce « réflexe paternité » doit être instauré le plus tôt possible dans les services afin de favoriser l'engagement des pères et tendre vers une coparentalité réussie⁷⁰.

Vers une cartographie des services en place à Montréal

Pour optimiser l'offre des services qui ciblent les parents montréalais, on doit s'assurer que les programmes disponibles soient bien visibles et connus par tous les intervenants en parentalité. À cette fin, la DRSP de Montréal réalise actuellement un portrait des services de soutien aux pratiques parentales offerts aux parents d'enfants de 0-17 ans dans la région. À terme, ce portrait inclura une cartographie des programmes en place dans les territoires locaux de Montréal. Un tel outil permettra de se doter d'une vision globale de l'offre de service et d'identifier les quartiers où elle doit être renforcée.

Voici en primeur quelques constats préliminaires de ce portrait, tirés de la première phase de collecte de données auprès des CIUSSS :

- Une grande diversité existe entre les territoires, tant en ce qui concerne les types de programmes offerts que la tranche d'âge de la clientèle desservie.
- Les parents ont de grands besoins et beaucoup d'attentes. Parfois, leurs besoins sont aussi très pointus; on se demande donc si les programmes et services universels existants peuvent toujours y répondre.
- La pénurie de ressources humaines et le haut taux de roulement du personnel formé pour offrir ces programmes nuisent à la continuité des services.
- Le manque de locaux et le manque de ressources limitent la capacité des CIUSSS à maintenir leur offre de service et à répondre aux besoins des familles.
- Les services d'interprètes sont difficiles d'accès et la traduction dans plusieurs langues des outils destinés aux parents allophones demeure complexe.
- La participation des parents est un défi constant : maints efforts sont déployés pour les rejoindre, les recruter et les maintenir dans les programmes. Même lorsqu'ils y participent, il est fréquent que les parents ne terminent pas tous les ateliers.



Cette démarche nous confirme l'existence d'importantes iniquités d'accès entre les territoires en ce qui concerne l'offre de programmes universels de soutien à la parentalité déployés à Montréal, ainsi que la présence de défis de mise en œuvre qui compromettent l'efficacité des services offerts.

Là où tout commence

L'environnement familial est le premier et le principal milieu de vie de l'enfant, ce qui en fait un élément clé dans son développement. Les pratiques parentales qui y sont adoptées peuvent lui permettre de s'épanouir en santé, ou affecter son développement à divers degrés. Des interventions efficaces visant à favoriser les pratiques parentales positives sont déjà implantées à Montréal et méritent d'être déployées plus largement. Mais des iniquités persistent dans l'accès à ces services, qui peinent à répondre aux besoins de tous les parents.

L'environnement familial, c'est aussi la case départ de la trajectoire de vie de l'enfant, qui le mènera de la garderie à l'école, en passant par le quartier. Chacun de ces milieux contribuera à son destin. Chaque personne qui rencontrera la famille de cet enfant pourra elle aussi exercer une influence – et faire la différence. Le chapitre suivant mettra en scène la mobilisation des communautés et leur rôle crucial au profit des enfants et de leur bien-être.



RECOMMANDATIONS

7.1 Offrir un soutien aux pratiques parentales positives à tous les parents et dans tous les territoires locaux de Montréal, par des programmes et services basés sur les données probantes

Pistes d'action :

- Intensifier l'implantation de programmes universels démontrés efficaces ou prometteurs dans tous les quartiers de Montréal, avec une intensité proportionnelle au besoin des parents.
- Déployer une diversité de stratégies pour promouvoir les services de soutien à la parentalité offerts dans chaque quartier, auprès des partenaires et des parents.
- Évaluer l'implantation et l'efficacité des programmes universels actuellement déployés à Montréal afin d'en tirer des leçons à généraliser.
- Outiller les parents sur le développement des enfants selon l'âge, plus particulièrement concernant le langage et la gestion des émotions, en variant les méthodes de communication (p. ex. carnet du développement de l'enfant, balados, médias sociaux, conférences grand public) et en portant une attention particulière à la littératie.
- Mettre sur pied un comité consultatif de parents partenaires pour assurer l'amélioration continue des programmes et services de soutien à la parentalité déployés à Montréal.

Engagements de la DRSP :

- Réaliser un portrait et une cartographie des programmes existants dans les territoires locaux de Montréal.
- Contribuer au recrutement de participants, à la formation des intervenants et au soutien à l'implantation de programmes de pratiques parentales positives à Montréal.
- Collaborer avec le milieu de la recherche pour évaluer les programmes déployés dans la région.



7.2 Intensifier la mobilisation des acteurs et mettre à profit les connaissances acquises au sujet des impacts des écrans sur les enfants et des interventions pour en contrer les risques pour leur santé

Pistes d'action :

- Intégrer systématiquement la thématique des écrans dans les différents programmes et services de soutien à la parentalité.
- Développer et évaluer une intervention pour soutenir les parents dans la mise en œuvre d'un contrat familial encadrant l'usage des écrans.
- Améliorer l'accès des familles à des infrastructures permettant le jeu actif (p. ex. parcs, gymnases, piscines) et à des activités diverses (p. ex. événements parents-enfants, activités culturelles, camps de jour) pour offrir différentes alternatives aux écrans.
- Créer des espaces sans écrans dans les différents milieux de vie et encourager les défis « déconnexion » auprès des familles, des SGEE et des écoles.

Engagements de la DRSP :

- Développer des outils pratiques à l'intention des intervenants et des parents concernant l'utilisation des écrans.
- Collaborer avec des chercheurs au développement et à l'évaluation d'interventions novatrices pour contrer les risques liés à l'utilisation des écrans chez les enfants.
- Consulter les parents vivant en situation de vulnérabilité afin de mieux comprendre leur expérience et leurs besoins concernant l'enjeu d'utilisation des écrans.



7.3 Travailler à la prévention de la maltraitance des enfants montréalais de manière concertée avec les deux DPJ de Montréal et tous les partenaires intersectoriels régionaux et locaux

Pistes d'action :

- Mettre sur pied un groupe de travail intersectoriel en prévention de la maltraitance, en incluant notamment des représentants de la DRSP, des 2 DPJ, des CIUSSS, des organismes communautaires et des parents.
- Partager régulièrement aux acteurs locaux les différentes analyses de données de signalements à la DPJ par territoire de CLSC pour les enfants de 0-4 ans, 5-11 ans et 12-17 ans.
- Intensifier la promotion du programme-cadre *Alliance* auprès de tous les intervenants en contact avec les familles montréalaises.
- Organiser des événements régionaux de réseautage et de partage des connaissances sur la problématique de l'exposition des enfants à la violence conjugale à Montréal.

Engagements de la DRSP :

- Codiriger un nouveau groupe de travail sur la prévention de la maltraitance et contribuer activement aux travaux avec du contenu scientifique.
- Produire et diffuser des portraits annuels à partir des données montréalaises de la DPJ par groupe d'âge, analysées à l'échelle régionale et locale.



RÉFÉRENCES

- ¹ Michael MARMOT et Collab., *Fair society, healthy lives, Public Health*, Institute of Health Equity, 2012.
- ² Anne PORDES BOWERS et Collab., UCL Institute of Health Equity, *An Equal Start: Improving outcomes in Children's Centres*, 2012.
- ³ Anne PORDES BOWERS et Collab., *An Equal Start: Improving outcomes in Children's Centres*, The Evidence Review, UCL Institute of Health Equity, 2012.
- ⁴ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *Avis scientifique sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe*, 2013
- ⁵ Anne PORDES BOWERS et Collab., *op. Cit.*, 2012.
- ⁶ INSPQ, *op. Cit.*, 2013.
- ⁷ INSPQ, *op. Cit.*, 2013.
- ⁸ Shanta DUBE et Collab., *Childhood verbal abuse as a child maltreatment subtype: A systematic review of the current evidence*, Child Abuse & Neglect, 2023
- ⁹ Camille CARON et Collab., *Lien entre les pratiques parentales négatives et les problèmes de comportement extériorisés des jeunes enfants à leur entrée à la maternelle : effet modérateur des pratiques positives de l'autre parent*, Enfances, Familles, Générations, numéro 26, 2017.
- ¹⁰ Anne PORDES BOWERS et Collab., *op. Cit.*, 2012.
- ¹¹ INSPQ, *op. Cit.*, 2013.
- ¹² Shanta DUBE et Collab., *Childhood verbal abuse as a child maltreatment subtype: A systematic review of the current evidence*, Child Abuse & Neglect, 2023
- ¹³ Camille CARON et Collab., *Lien entre les pratiques parentales négatives et les problèmes de comportement extériorisés des jeunes enfants à leur entrée à la maternelle : effet modérateur des pratiques positives de l'autre parent*, Enfances, Familles, Générations, n° 26, 2017.
- ¹⁴ Anne PORDES BOWERS et Collab., *op. Cit.*, 2012.
- ¹⁵ DRSP (2022). Fiche PARI Environnement familial
- ¹⁶ Camille PLAISANCE, Université Laval, *Développement des compétences parentales auprès des familles dans les établissements public*, Mémoire doctoral, 2020.
- ¹⁷ Institut de la statistique du Québec (ISQ), *Être parent au Québec en 2022, Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur la parentalité*, 2023.
- ¹⁸ ISQ, *Être parent au Québec en 2022, op. Cit.*, 2023.
- ¹⁹ *Ibid.*
- ²⁰ Vicky Springmann et Marie-Pierre Markon, DRSP CCSMTL, *Portrait des jeunes Montréalais de 6e année : résultats de l'enquête Topo 2017*, 2018.
- ²¹ Fanny LEMÉTAYER et Collab., INSPQ, *Usages, impacts sur la santé et encadrement parental de l'utilisation des écrans chez les 6-17 ans : sondage prépandémie auprès des parents québécois*, 2021.
- ²² Francesca GOTTSCHALK, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Impacts of*



technology use on children: exploring literature on the brain, cognition and well-being, Education Working Paper n° 195, 45 p., 2019.

- ²³ INSPQ, *L'utilisation des écrans en contexte de pandémie de COVID-19-quelques pistes d'encadrement*, 2020.
- ²⁴ World Health Organization (WHO), *Public Health Implications of Excessive Use of the Internet, Computers, Smartphones and Similar Electronic Devices Meeting report*, Main Meeting Hall, Foundation for Promotion of Cancer Research, National Cancer Research Centre, Tokyo, Japan, 27-29 August 2014, Genève 2015.
- ²⁵ Sheri MADIGAN et Collab, *Association Between Screen Time and Children's Performance on a Developmental Screening Test*, JAMA Pediatr, 2019.
- ²⁶ Annette SUNDQVIST et Collab. *A longitudinal study of the relationship between children's exposure to screen media and vocabulary development*. Acta Paediatr. 2024
- ²⁷ Caroline FITZPATRICK et Collab, *Is the Association Between Early Childhood Screen Media Use and Effortful Control Bidirectional? A Prospective Study During the COVID-19 Pandemic*. *Front Psychol*, 2022
- ²⁸ Michelle PONTI, *Le temps d'écran et les enfants d'âge préscolaire : la promotion de la santé et du développement dans un monde numérique*, Société canadienne de pédiatrie, 2023.
- ²⁹ Andréane MELANÇON et Marie-Ève BERGERON-GAUDIN, INSPQ, *Usage des écrans par les parents en présence de leur enfant de 0 à 6 ans : les effets sur les pratiques parentales*, 2023.
- ³⁰ Jason M. NAGATA et Collab., *Associations between media parenting practices and early adolescent screen use*, *Pediatr Research*, 2024
- ³¹ Cory A. KILDARE et Wendy MIDDLEMISS, *Impact of parents mobile device use on parent-child interaction: A literature review*, *Computers in Human Behavior*, 2017.
- ³² Andréane MELANÇON et Marie-Ève BERGERON, INSPQ, *Usage des écrans par les parents en présence de leur enfant de 0 à 6 ans : les effets sur les pratiques parentales*, 2023.
- ³³ *Ibid.*
- ³⁴ Michelle PONTI, *Le temps d'écran et les enfants d'âge préscolaire*, *op. Cit.*, 2023.
- ³⁵ La société canadienne de physiologie de l'exercice, *Directives en matière de mouvement sur 24 heures, Enfants de 0 à 4 ans : Nourrissons, Tout-petits et Préscolaires*.
- ³⁶ Michelle PONTI, *Le temps d'écran et les enfants d'âge préscolaire*, *op. Cit.*, 2023.
- ³⁷ INSPQ, *Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle* (EQPPM), 2022
- ³⁸ Vicky Springmann et Marie-Pierre Markon, DRSP CCSMTL, résultats de l'enquête Topo 2017, *op. Cit.*, 2018.
- ³⁹ Carl LACHARITÉ et Collab., Université du Québec à Trois-Rivières, *Penser la parentalité au Québec : un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative Perspectives parents*, Les Cahiers du CEIDF, vol. 3, 2015.
- ⁴⁰ Camille PLAISANCE, Université Laval, Mémoire doctoral, *op. Cit.*, 2020.
- ⁴¹ Amélie LAVOIE et Catherine FONTAINE, ISQ, *Mieux connaître la parentalité au Québec Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*, 2016.
- ⁴² ISQ, *Être parent au Québec en 2022*, *op. Cit.*, 2023.



- ⁴³ Tiago Ferreira et Collab., *Trajectories of parental engagement in early childhood among dual-earner families: Effects on child self-control*. Dev Psychol., 2018
- ⁴⁴ A. R Cooklin et Collab., *Mothers' work-family conflict and enrichment: associations with parenting quality and couple relationship*, 2014, VOL. 41, N°2, P. 266-277.
- ⁴⁵ Amélie LAVOIE, INSPQ, *Les défis de la conciliation travail-famille chez les parents salariés, Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*, 2016.
- ⁴⁶ Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans (EQEPE) 2015, cité dans Le rapport de l'Observatoire des tout-petits, *Les mesures de conciliation famille-travail : un incontournable pour des entreprises attractives et visionnaires*.
- ⁴⁷ ISQ, *Être parent au Québec en 2022, op. Cit.*, 2023.
- ⁴⁸ Amélie LAVOIE, INSPQ, *op. Cit.*, 2016.
- ⁴⁹ INSPQ, *Avis sur le plan de surveillance thématique sur la maltraitance envers les enfants*, 2024.
- ⁵⁰ Suzanne DE BLOIS, DRSP CCSMTL, *Mémoire des directrices et directeurs régionaux de santé publique du Québec*, Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (CSDEPJ), 2019.
- ⁵¹ Observatoire des Tout-petits, *Violence et maltraitance, les tout-petits sont-ils à l'abri ?* Rapport, Fondation Lucie et André Chagnon, 2017.
- ⁵² Bilan provincial, DPJ Québec, *Quand la violence conjugale est au cœur de la vie de l'enfant*, 2024.
- ⁵³ P. ALVAREZ-LIZOTTE, G. LESSARD et C. ROBITAILLE, Université Laval, *Exposition à la violence conjugale : des relations affectées, d'autres victimisations liées et des stratégies vers l'émancipation*, Recherches appliquées et Interdisciplinaires sur les Violences intimes, familiales et structurelles (RAIV), 2021.
- ⁵⁴ Observatoire des Tout-petits, *Violence et maltraitance, les Tout-petits sont-ils à l'abri ? op. Cit.*, 2017.
- ⁵⁵ Alison CUNNINGHAM et Linda BAKER, *Petits yeux, petites oreilles : comment la violence envers une mère façonne les enfants lorsqu'ils grandissent*, Centre des enfants, des familles et le système de justice, 2007.
- ⁵⁶ Maritne DESFORGES, MSSS et Marie-Noële ROYER, IUJD, *Agir pour mieux protéger les enfants exposés à la violence conjugale*.
- ⁵⁷ Bilan provincial, DPJ Québec, *Quand la violence conjugale est au cœur de la vie de l'enfant*, 2024.
- ⁵⁸ *Ibid*, p.12.
- ⁵⁹ Marie-Ève CLÉMENT, Marie-Hélène GAGNÉ et Sonia HÉLIE, *La violence et la maltraitance envers les enfants*, Tiré du Rapport québécois sur la violence et la santé INSPQ, 2018.
- ⁶⁰ Observatoire des Tout-petits, *Violence et maltraitance, les Tout-petits sont-ils à l'abri ? op. Cit.*, 2017.
- ⁶¹ *Ibid*.
- ⁶² *Ibid*.
- ⁶³ *Ibid*.
- ⁶⁴ U.S. Centers for disease control and prevention (CDC), *Preventing Child Abuse and Neglect Prevention*.
- ⁶⁵ Observatoire des Tout-petits, *Violence et maltraitance, les Tout-petits sont-ils à l'abri ? op. Cit.*, 2017.



- ⁶⁶ Michael MARMOT et Collab., [Fair society, Healthy Lives, Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010.](#)
- ⁶⁷ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), [Avis scientifique sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe,](#) 2013.
- ⁶⁸ Nadine Girouard et Collab., DRSP CCSMTL, [Portrait synthèse du développement des enfants à la maternelle pour la région de Montréal : résultats de l'enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle \(EQDEM\) 2022,](#) décembre 2023.
- ⁶⁹ CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal (2024). Carnet de développement de l'enfant de 0 à 5 ans. https://ciusssestmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusssemtl/files/media/document/PDF_AgirTot-NouveauxParents-Carnet7x5-CIUSSS-EMTL.pdf
- ⁷⁰ Felicia BROCHU et Karine FANUCHI, DRSP CCSMTL, [Adapter les rencontres prénatales de groupe aux besoins des pères et des coparents,](#) Un projet pilote montréalais, en collaboration avec le regroupement pour la valorisation de la paternité, 2024.





Chapitre

8



L'agir ensemble : aller plus loin en bâtissant sur l'expérience montréalaise

Rapport de la directrice de santé publique de Montréal - 2024

Table des matières

CHAPITRE 8 L'AGIR ENSEMBLE : ALLER PLUS LOIN EN BÂTISSANT SUR L'EXPÉRIENCE MONTRÉALAISE.....	3
Sortir des vases clos.....	3
Lever les barrières d'accès	6
L'action intersectorielle : bien plus que la somme des parties	10
L'approche de proximité : Pour joindre les familles là où elles sont.....	15
La participation citoyenne : Pour que les familles nous aident à les aider.....	17
Nos coups de cœur parmi des milliers de projets inspirants	20
Ensemble, donnons un élan à leur avenir	21
RECOMMANDATIONS.....	23
Mettre en place des conditions de réussite favorisant la concertation intersectorielle régionale et locale à Montréal afin d'améliorer le développement des enfants et réduire les inégalités de santé.....	23
Bonifier les stratégies pour réduire l'ensemble des barrières d'accès aux services et mieux faire connaître aux familles les ressources existantes dans leur quartier	24
Développer régionalement et localement des mécanismes systématiques pour mieux considérer la perspective des parents et celle des enfants, afin d'améliorer les interventions qui leur sont destinées	24



CHAPITRE 8 | L'AGIR ENSEMBLE : ALLER PLUS LOIN EN BÂTISSANT SUR L'EXPÉRIENCE MONTRÉALAISE

On vit une époque où les connaissances, les compétences et les outils d'intervention sont plus pointus et spécialisés que jamais auparavant. Ce qui, en soi, est une très bonne chose. Mais, bien qu'on sache depuis longtemps qu'il faut mieux orchestrer nos forces de manière à mieux servir les familles montréalaises, on constate que les multiples services et spécialités professionnelles sont souvent peu interconnectés les uns aux autres : on continue de travailler en vase clos, là où on devrait, plus que jamais, travailler ensemble.

Il en résulte une vision fragmentée et des actions morcelées, qui rendent difficile de prendre conscience des failles systémiques qui entretiennent les inégalités sociales de santé (encadré introduction).

“

Une vision fragmentée et des actions morcelées rendent difficile de prendre conscience des failles systémiques qui entretiennent les inégalités sociales de santé

”

Sortir des vases clos

En adoptant une vision globale et en menant des actions concertées, on peut cibler ces failles, élaborer des solutions novatrices et dispenser des services qui répondent précisément – et en temps opportun – aux besoins de toutes les familles. Des besoins qui, vu la nature même de l'enfance et le rythme de vie des familles d'aujourd'hui, sont complexes et changeants.



Une famille comme tant d'autres

Pour bien se représenter la complexité à laquelle de nombreux enfants et parents montréalais sont confrontés, imaginons la famille suivante, inspirée des témoignages qu'on nous livrés lors de notre grande tournée.

Il s'agit une famille ayant trois enfants, issue de l'immigration récente et installée à Montréal depuis près de deux ans.

Le papa a un emploi précaire : il travaille de longues heures en plus d'avoir des horaires atypiques. La maman est à la maison avec leurs deux plus jeunes enfants. Elle a entamé des démarches pour faire reconnaître son diplôme et obtenir une équivalence. Ses démarches sont ardues, car elle ne maîtrise ni le français ni l'anglais.

Leur fille aînée a 7 ans. Elle a passé une année en classe d'accueil et de francisation. Maintenant en 2^e année, elle présente des difficultés scolaires, ce qui inquiète grandement les parents.

Leur garçon de 3 ans ne fréquente encore aucun service éducatif. Les parents se demandent s'ils devraient faire évaluer son langage, car il parle peu.

Ils ont aussi un bébé de 20 mois. La grossesse et l'accouchement se sont bien passés, mais il n'a pas eu de suivi clinique depuis sa naissance.

La famille est locataire. Ils vivent dans un modeste 4 ½ et n'ont pas les moyens de posséder une voiture. Le quartier de résidence est enclavé et offre peu de services de proximité, de transport collectif et d'accès à des espaces verts.

Du point de vue de la famille, ces difficultés sont souvent des vases communicants et elles s'aggravent mutuellement. Du point de vue du système, elles relèvent chacune de secteurs distincts, qui, on l'a dit, opèrent trop souvent en vase clos. Au milieu de tout ça, les parents doivent se démêler avec de multiples organisations et autant de démarches bureaucratiques.

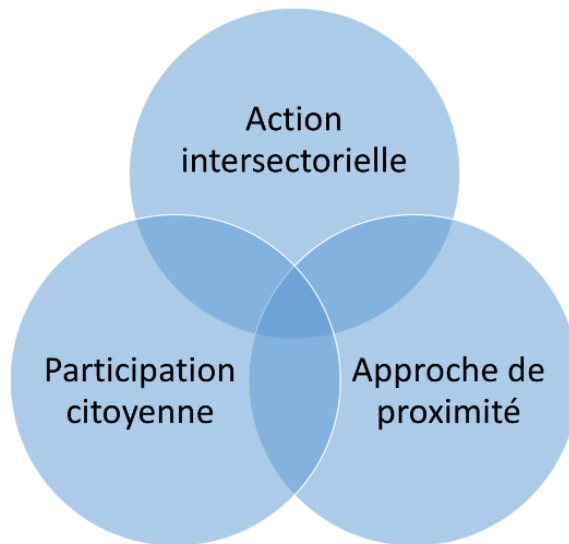


On ne peut trop le répéter : l'**action intersectorielle**, à tous les paliers gouvernementaux et dans les communautés, nous est indispensable pour une planification intégrée des services destinés aux enfants et l'amélioration des environnements dans lesquels ils se développent. Ce chapitre traite plus spécifiquement de l'action intersectorielle à l'échelle locale et régionale, mais rappelons que des politiques publiques favorables à la santé doivent aussi se planifier de manière concertée aux paliers provincial et fédéral, en collaboration entre les différents ministères^{1,2}.

Les stratégies issues de l'action communautaire (approche *bottom-up*) sont complémentaires aux politiques et programmes gouvernementaux (approche *top-down*)^{3,4}. Ces deux perspectives doivent s'influencer mutuellement et se traduire par une collaboration intersectorielle pour agir efficacement sur les déterminants sociaux de la santé des enfants.

En complément de l'action intersectorielle, l'**approche de proximité** permet de rejoindre les familles plus isolées et de les connecter aux ressources de la communauté. Et si on y ajoute la **participation citoyenne**, en consultant régulièrement les familles sur leurs besoins, on obtient un modèle capable de véritablement améliorer le développement des enfants montréalais et réduire les inégalités sociales de santé (figure 1).

Figure 1. Trois stratégies porteuses pour améliorer l'équité en santé des enfants montréalais



Les éléments de cette approche à trois volets sont déjà bien en place dans plusieurs quartiers montréalais, notamment grâce à l'expertise, l'expérience et le dynamisme des organismes communautaires de notre région. Alors, comment bâtir sur ces acquis et systématiser les bons coups partout à Montréal, dans tous les réseaux d'intervention ? C'est ce qu'on verra. Mais voyons d'abord de plus près les barrières d'accès aux services auxquelles les familles sont confrontées et des initiatives inspirantes pour y remédier.

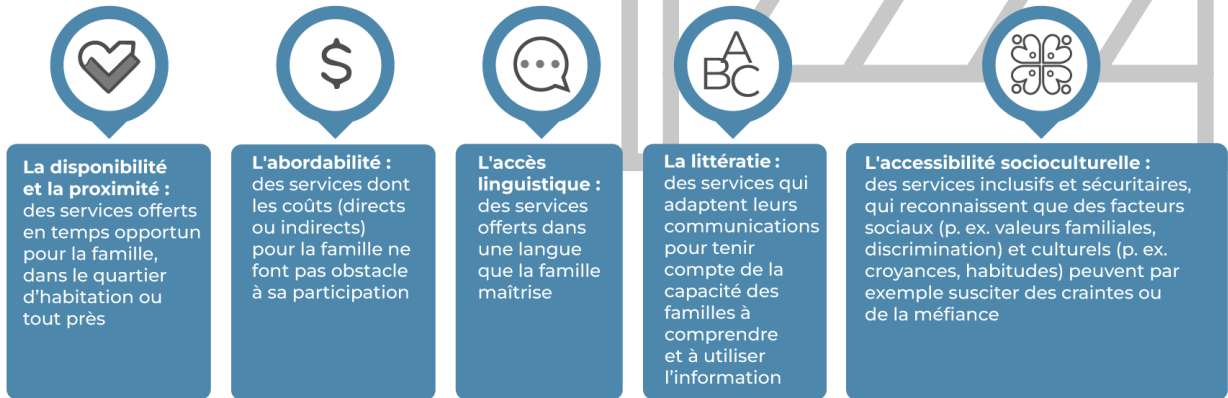
Lever les barrières d'accès

Comme on l'a évoqué tout au long de ce rapport, de nombreuses barrières à l'accès aux services existants sont plus que jamais présentes pour plusieurs parents et enfants, notamment en raison des récentes transformations démographiques et socioéconomiques des familles montréalaises. De telles barrières d'accès peuvent être présentes dans tous les types de services qui les concernent, notamment la santé et les services sociaux, les SGEE, les écoles, les services communautaires et les services municipaux.

On peut classer ces barrières selon les cinq grandes dimensions de l'accès aux services qu'elles entravent :

5 types de barrières d'accès aux services

Les cinq grandes dimensions de l'accès aux services :



Concernant les barrières d'accès pour les familles montréalaises, quelques observations générales se dégagent de notre tournée locale. D'abord, on constate que plusieurs familles – particulièrement celles issues de l'immigration récente – connaissent mal les services existants et la façon de s'en prévaloir.

Ensuite, certaines familles sont aussi plus méfiantes envers les services et programmes institutionnels. Des activités offertes dans un cadre plus informel (p. ex. dans un parc, un lieu de culte ou un café) permettent de tisser des liens avec les familles et font en sorte qu'elles se sentent plus à l'aise de faire appel aux services disponibles. Mais ce n'est pas toujours suffisant ; un accompagnement intensif et personnalisé, qui permet de bâtir avec elles une véritable relation de confiance, est souvent nécessaire pour les amener à utiliser les services disponibles.

La tournée locale a également mis en évidence les difficultés importantes engendrées par les barrières linguistiques des nouveaux arrivants, qui compliquent leur accès aux services, et entraînent à la fois des enjeux de communication avec les parents et des défis d'intégration des enfants en SGEE et à l'école.

En plus de ces observations générales, nos échanges avec les partenaires et les familles ont également permis de mettre en lumière de nombreux exemples concrets de barrières d'accès – et surtout, des bonnes idées encore plus nombreuses pour les contourner, les réduire ou les éliminer. Le tableau suivant présente une panoplie d'initiatives inspirantes qui ont fait leurs preuves sur le terrain, ce qui montre bien que des solutions existent et qu'elles fonctionnent parfaitement dans le contexte montréalais.

Pourquoi certains parents n'utilisent pas les services ?

L'exemple du soutien à la parentalité

Selon l'enquête *Être parent au Québec* :

un parent sur cinq (18,6 %) a participé au

moins quelques fois dans l'année à des ateliers, conférences ou formations pour les parents.

Parmi ceux qui n'ont pas utilisé ces services mais qui en auraient eu besoin, les principales raisons de non-utilisation sont les suivantes :

- **Méconnaissance des services disponibles**, pour 69 % d'entre eux, et cette proportion s'élève à 81 % parmi les parents immigrants
- **Manque de temps** des parents, pour 39 % d'entre eux.
- **Coût trop élevé** des services, pour 18 % d'entre eux.
- **Horaires** qui ne conviennent pas, pour 17 % d'entre eux.

Notons que ces résultats d'enquête sont en tout point cohérents avec les constats soulignés dans le cadre de notre tournée locale.



Tableau 1 – Exemples de barrières d'accès aux services observées à Montréal et d'initiatives inspirantes pour les limiter

Dimensions	Exemples de barrières d'accès aux services	Exemples d'initiatives inspirantes à élargir
Disponibilité et proximité	<ul style="list-style-type: none"> • Quartier enclavé, manque de transport en commun, peu desservi par des organismes communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Politiques d'aménagements urbains intégrant les caractéristiques d'un milieu de vie complet, sécuritaire et inclusif • Développement d'indicateurs qui mesurent l'accès aux services essentiels et suivent la qualité des environnements urbains (p. ex. indice d'équité des milieux de la Ville de Montréal)
	<ul style="list-style-type: none"> • Peu ou pas de places en CPE dans certains quartiers défavorisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Projet de CPE porté par une table de concertation locale, qui utilise ses leviers pour mobiliser les parents, trouver des locaux et sensibiliser les décideurs
	<ul style="list-style-type: none"> • Liste d'attente pour des services professionnels dans le réseau de la santé et des services sociaux, par exemple pour des services d'orthophonie 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités de groupe, ateliers de stimulation précoce et projets d'orthophonie communautaire comme alternatives aux services individuels
	<ul style="list-style-type: none"> • Plages horaires seulement de jour et en semaine pour différents services destinés aux familles 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendez-vous de vaccination offerts le soir et les fins de semaine, et ouverture de plages sans rendez-vous • SGEE qui offrent des places aux parents avec des horaires de travail atypiques
Abordabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'activités gratuites ou à faible coût 	<ul style="list-style-type: none"> • Municipalités qui offrent des camps de jour et des activités sportives et culturelles gratuites • Remboursement des frais de déplacement par des coupons de transport en commun
	<ul style="list-style-type: none"> • Coût élevé de certaines garderies privées 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversion des garderies non subventionnées en CPE et en garderies subventionnées dont les coûts sont adaptés au revenu des familles
	<ul style="list-style-type: none"> • Embourgeoisement qui augmente les prix des commerces d'alimentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Différentes initiatives de marchés publics et d'agriculture urbaine • Mobilisation citoyenne et réglementation pour protéger les commerces à faible coût
Accès linguistique	<ul style="list-style-type: none"> • Directives de santé qui ne sont pas systématiquement traduites en plusieurs langues 	<ul style="list-style-type: none"> • Budget planifié et mécanisme systématique pour la traduction multilingue des communications • Souplesse dans l'application des lois et politiques concernant la langue afin de faciliter l'accès à l'information pour les populations allophones immigrantes



	<ul style="list-style-type: none"> • Défis de la traduction qui reposent souvent sur les intervenants qui doivent se débrouiller seuls 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès facilité à des banques d'interprètes et à des logiciels de traduction simultanée • Initiative de type <i>Femmes Relais</i>, qui offre un soutien à la traduction d'outils
Littératie	<ul style="list-style-type: none"> • Complexité des informations transmises par les professionnel·les, par exemple durant les visites de suivi de santé de l'enfant ou dans les consignes de santé publique en cas d'éclosion 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation plus systématique du langage inclusif, simple et clair (p.ex. pictogrammes) • Développement d'outils de communication ciblant les familles et validation avant de les diffuser
	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à naviguer les démarches pour se prévaloir des services, par exemple pour accéder au système de santé, pour inscrire son enfant au SGEE ou à l'école 	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement personnalisé des familles par des intervenants communautaires pour les aider dans les démarches entourant les services
	<ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance des services disponibles et difficultés à comprendre les façons de s'en prévaloir 	<ul style="list-style-type: none"> • Variété de moyens de communication pour diffuser les informations : dépliants, porte-à-porte, bureau d'information, médias sociaux, cafés-rencontres
Accessibilité socioculturelle	<ul style="list-style-type: none"> • Expériences de racisme et de discrimination vécues par certaines familles et causant de la méfiance envers les institutions 	<ul style="list-style-type: none"> • Politiques organisationnelles visant à lutter contre le racisme et la discrimination
	<ul style="list-style-type: none"> • Historique de colonialisme et vécu difficile des familles autochtones dans le réseau de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des professionnel·les à la sécurisation culturelle et aux approches qui tiennent compte des traumatismes et de la violence
	<ul style="list-style-type: none"> • Préférences, croyances et valeurs familiales en matière d'éducation et de scolarisation des enfants 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités et accompagnement personnalisé des familles vers les SGEE et lors de la transition à l'école • Interventions visant le renforcement de la liaison école-famille-communauté par les différents agents de proximité
	<ul style="list-style-type: none"> • Réticences à sortir durant l'hiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenants de proximité qui font du démarchage pour rejoindre les familles isolées durant l'hiver • Initiatives communautaires et municipales de prêt d'équipement et d'initiation aux sports d'hiver



Devant la complexité des besoins des familles et les différents obstacles qu'elles rencontrent, on doit mettre en place différentes stratégies et tirer parti de leur complémentarité, afin de faciliter l'accès aux services. C'est ici qu'entrent en jeu les trois stratégies complémentaires évoquées précédemment : l'action intersectorielle, l'approche de proximité et la participation citoyenne. Examinons-les tour à tour.

L'action intersectorielle : bien plus que la somme des parties

L'action intersectorielle en santé se définit comme l'engagement de différents secteurs (p. ex. santé, éducation, environnement, économie) à développer et mettre en œuvre des interventions et des politiques publiques dans l'objectif d'améliorer la santé, le bien-être et l'équité⁵. Cette approche est considérée plus efficace et efficiente pour générer des résultats durables en santé⁶.

Comme son nom le suggère, l'action intersectorielle consiste à créer des ponts – et une véritable synergie – entre les réseaux qui servent les familles. Ainsi, le réseau de la santé et des services sociaux, les milieux de garde, les écoles, le réseau municipal et le réseau communautaire peuvent échanger afin d'établir ensemble des priorités communes et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé des enfants à l'aide d'initiatives communautaires concertées.

L'action intersectorielle est une stratégie de promotion de la santé qui a largement fait ses preuves auprès de différentes populations, incluant les enfants^{7,8,9}. Déployée dans des conditions optimales, elle permet d'entourer les familles d'un filet social beaucoup plus fort, ce qui augmente la résilience des individus comme celle des communautés¹⁰.

En créant des conditions propices au développement des enfants à l'échelle des communautés locales et des politiques publiques, l'action intersectorielle a le potentiel de briser les cycles de vulnérabilité qui, sinon, se reproduisent de génération en génération. Ainsi, les bénéfices de l'action intersectorielle vont bien au-delà des familles : c'est toute la société qui en profite sur le long terme. Voyons de plus près comment l'action intersectorielle se manifeste à Montréal, plus spécifiquement en matière de concertation régionale et locale visant les enfants et leurs familles.

“

En créant des conditions propices au développement des enfants à l'échelle des communautés locales et des politiques publiques, l'action intersectorielle a le potentiel de briser les cycles de vulnérabilité qui, sinon, se reproduisent de génération en génération

”



Santé et éducation: une entente interministérielle qui ouvre des portes

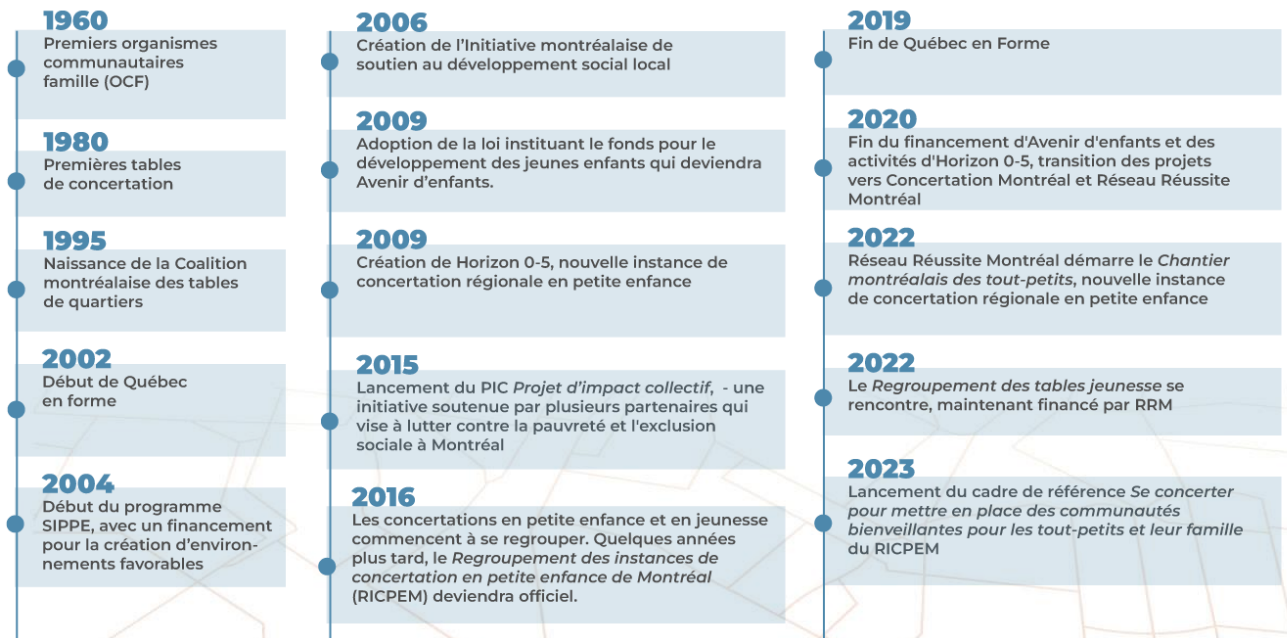
Depuis 2003, les établissements de santé et les milieux scolaires sont étroitement liés par l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation¹¹. Cette entente interministérielle traite de différentes dimensions du développement des jeunes qui relèvent conjointement des deux réseaux. Elle permet de légitimer et de faciliter l'action intersectorielle entre la santé et l'éducation à tous les paliers : provincial, régional et local. Dans notre région, l'entente de complémentarité se décline en un plan d'action régional régulièrement mis à jour et suivi au Comité régional santé et éducation de Montréal.

Un historique de mobilisation pour les enfants montréalais

Ce n'est pas d'hier que le parcours des familles à Montréal est plus complexe qu'ailleurs dans la province. De longue date, la métropole se distingue des autres régions par plus de défavorisation matérielle et sociale, et plus d'immigration récente – avec toutes les difficultés qui découlent de conditions de vie et de parcours plus difficiles. Or il existe aussi à Montréal une longue histoire de mobilisation et de concertation en faveur des enfants, histoire qui a pris racine dans les années 1960 avec le mouvement des organismes communautaires Famille. La figure ci-dessous récapitule quelques événements et initiatives qui ont marqué la ligne du temps de la concertation régionale et locale en faveur des enfants de Montréal.

Figure 2 – Historique de la concertation régionale et locale à Montréal en faveur des enfants

Historique régionale et locale à Montréal en faveur des enfants et des familles



Un leadership régional mobilisateur

C'est aujourd'hui l'organisme *Réseau réussite Montréal (RRM)* qui, avec l'aide de ses 32 partenaires régionaux de tous les milieux, porte le flambeau de la concertation intersectorielle pour les enfants de la région montréalaise. RRM s'est fait connaître par son travail de réseautage et ses projets de collaboration ciblant la persévérance scolaire et la réussite éducative des jeunes – un mandat que l'organisme relève depuis maintenant 15 ans. RRM héberge actuellement le *Chantier montréalais des tout-petits* et le *Comité ados 12-20 ans*.

Des acquis et des fragilités pour la métropole

À Montréal, l'action intersectorielle qui cible les enfants repose sur ce que l'on appelle des *instances* ou des *tables de concertation locales*, dont l'appellation, le groupe d'âge desservi et les règles de fonctionnement varient d'un quartier à l'autre, selon le modèle choisi par chaque communauté. Elles ont toute en commun de réunir sur une base volontaire divers acteurs locaux relevant de différentes organisations, dans le but de partager des informations, de réseauter et de planifier des actions collectives porteuses pour les familles du quartier. Leur démarche prévoit généralement d'évaluer les besoins locaux, de se fixer des objectifs et de décider d'actions prioritaires pour les atteindre¹².

La maturité même d'une instance de concertation locale (le fait qu'elle soit ancrée dans un quartier depuis longtemps), de pair avec sa vitalité (des acteurs nombreux, efficaces et pleinement engagés), est d'une grande valeur pour les familles : les intervenants du quartier se connaissent davantage, ont une meilleure connaissance des ressources disponibles, assurent une plus grande fluidité dans les trajectoires de services et déploient des actions complémentaires qui répondent optimalement aux besoins locaux^{13,14}.

Selon nos informations les plus à jour, l'île de Montréal compte actuellement 27 instances de concertation locale en petite enfance (0-5 ans), 29 en jeunesse (6-17 ans) et également 32 tables de quartiers. La majorité de ces regroupements sont organisés sur la base géographique des territoires de CLSC de Montréal.

Le modèle bien établi des tables de quartier

Les tables de quartier sont des concertations locales qui travaillent au développement social, à l'amélioration des environnements urbains et à la lutte à la pauvreté dans tous les territoires de Montréal¹⁵. En réunissant des membres de la communauté, les tables de quartier font le portrait de leur territoire et identifient des actions prioritaires notamment au chapitre du logement, de la sécurité alimentaire, de l'éducation, de l'emploi et du transport, qui sont tous d'importants déterminants de la santé des enfants.



Depuis quelques années, on observe à Montréal une fragilisation de la concertation locale au regard des enfants¹⁶. Depuis la fin du financement d'*Avenir d'enfants*, la coordination des instances de concertation en petite enfance ne se fait désormais souvent qu'à temps partiel. Nos partenaires nous rapportent qu'il n'est pas rare qu'une seule personne coordonne deux tables ou que certains territoires soient carrément privés de coordination. Le roulement de personnel est élevé, les salaires sont peu alléchants et des acquis se perdent. Selon le *Regroupement des instances de concertation en petite enfance de Montréal (RICPEM)*, les besoins financiers pour soutenir la coordination et le fonctionnement de ces instances s'élèvent à 2,5 millions par an¹⁷.

Quel est l'impact de cette fragilisation ? Privée d'une solide coordination et d'un engagement de ses membres, la concertation intersectorielle locale peut s'effriter et le soutien autour des familles se desserrer. Sans lieu de concertation soutenu pour réseauter et connaître l'offre de service des partenaires locaux, le travail de agents de proximité auprès des familles devient forcément moins efficace.

« (...) le succès du travail de proximité est encore plus marqué quand la personne qui effectue ce travail est soutenue par un ensemble de partenaires intersectoriels »

Regroupement des instances de concertation en petite enfance de Montréal (RICPEM)

Concrètement, une concertation locale moins organisée peut mener à une situation où on laisse en plan une mère monoparentale et isolée, plutôt que la référer au CLSC pour le programme SIPPE et le suivi Olo. Ou rater l'occasion d'intégrer en CPE un enfant à risque de difficulté développementale. Ou encore, perdre l'occasion de diriger la famille d'un élève en classe d'accueil vers un organisme qui offre de l'aide aux devoirs et des coupons alimentaires.

Ce ne sont là que quelques exemples des conséquences bien réelles d'un financement précaire et sous-optimal pour la coordination des concertations locales. Dans ces eaux troubles, on observe depuis quelques années une transition dans les modèles de fonctionnement des instances de concertation locale. Par exemple, des instances en petite enfance fusionnent avec des instances jeunesse, ou bien elles rejoignent les tables des quartiers.

Au fil des échanges avec nos partenaires, force est de constater qu'il y a actuellement une grande variabilité entre les quartiers montréalais en ce qui a trait à la maturité, à l'efficacité et à la vitalité de la concertation locale en petite enfance et en jeunesse.

Des données au service de la concertation

Suite aux événements locaux organisés dans le cadre de notre tournée de l'EQDEM, plusieurs participants se sont nouvellement joints aux instances de concertation locale. Ils semblent avoir apprécié l'opportunité d'échanger avec d'autres partenaires sur les difficultés que vivent les familles de leur quartier. On voit bien comment les données de l'EQDEM sont utiles à la mobilisation et à la concertation locales.

D'autres données touchant la santé et le développement des enfants à l'échelle des quartiers montréalais devraient être mis facilement à la disposition des concertations locales. Intégrées dans un système de surveillance tel que décrit au chapitre 1, de telles données locales sur les états de santé, les conditions de vie et les environnements urbains des enfants montréalais pourraient certainement servir l'action intersectorielle et concertée.



Les conditions d'efficacité de la concertation

Pour bâtir sur les acquis et maximiser les impacts positifs sur les familles, l'action intersectorielle devrait s'appuyer sur un processus de planification concertée, et se déployer dans des conditions qui favorisent sa pleine efficacité. Les écrits scientifiques et la longue expérience de concertation des partenaires communautaires montréalais nous éclairent sur les conditions à mettre en place afin d'assurer une action pleinement efficace auprès des familles et une expérience satisfaisante pour tous les acteurs impliqués. Ces conditions, qui s'appliquent aussi bien à la concertation régionale que locale, se résument en quatre thèmes : un leadership fort, des acteurs diversifiés et engagés, du temps reconnu et des ressources financières suffisantes^{18,19,20,21}.

Un leadership fort

Toute concertation réussie dépend de la qualité de son leadership, lequel doit pouvoir s'appuyer sur une coordination stable pour favoriser la continuité et la pérennité des actions. Un leadership rassembleur est également requis pour établir un processus démocratique, niveler les différences de pouvoir entre les membres et baliser les situations où il y a des conflits de rôle potentiels. Un bon leader est aussi à l'écoute, encourage les dialogues et facilite la prise de décision du groupe.

L'engagement d'acteurs diversifiés

L'action intersectorielle sera d'autant plus efficace qu'une diversité d'acteurs et d'organisations participera aux tables de concertation. Idéalement, les membres incluent autant des personnes en situation hiérarchique capables d'engager leur organisation, ce qui facilite la prise de décision, que des intervenants qui connaissent bien les besoins et réalités du terrain. L'engagement des acteurs devrait aussi se manifester par des échanges réguliers dans leur organisation au sujet des enjeux discutés lors des rencontres de concertation.

Du temps et de la reconnaissance

La concertation n'est pas un processus qui se met sur pied rapidement ; plusieurs rencontres sont nécessaires pour tisser des liens, établir un mode de fonctionnement harmonieux, développer une vision commune des enjeux, identifier des priorités et mener des actions collectives. Aussi doit-on valoriser et récompenser tout le temps que les acteurs consacrent à la concertation, et pas seulement le temps dédié à la coordination des instances. Une avenue pour mieux reconnaître le temps requis serait d'inclure formellement la concertation dans les mandats des institutions.

Des ressources financières

Les instances de concertation régionales et locales doivent pouvoir compter sur des budgets récurrents afin d'assurer leur bon fonctionnement, autant pour la coordination que pour la rémunération du temps de travail des acteurs qui s'y sont engagés. Un financement suffisant est nécessaire pour embaucher une personne dédiée à temps plein à la coordination de l'instance de concertation, et aussi pour permettre le développement, la mise en œuvre et la pérennisation de projets.



Grâce à des actions collectives dont la portée dépasse largement les interventions menées par des organisations individuelles, l'action intersectorielle est une stratégie qui profite très concrètement aux familles montréalaises. Ensemble, nous avons les moyens de valoriser la concertation en mettant en place les conditions qui en décuplent les impacts positifs.

L'approche de proximité : Pour joindre les familles là où elles sont

Après l'action intersectorielle, l'approche de proximité est une deuxième stratégie entièrement complémentaire à la première. Elle vise à créer – son nom le dit – des liens de proximité avec les familles, en mettant à profit des intervenants sur le terrain, qui deviennent de véritables experts des familles et des ressources de la communauté.

Ces spécialistes terrain portent divers noms (p. ex. agent de liaison, agent de milieu, travailleur de proximité, intervenant école-famille-communauté, etc.) et leur modèle d'intervention peut varier. Mais leur approche est fondamentalement la même : aller à la rencontre des populations en situation de vulnérabilité, directement dans les milieux qu'elles fréquentent²². Car ces populations, qui sont plus isolées et ont de grands besoins, sont aussi celles qui ont le moins tendance à utiliser les services auxquels elles ont droit – ou même à en connaître l'existence.

L'approche de proximité se donne donc pour objectifs de^{23,24,25} :

- Prendre contact avec les familles de milieux vulnérables.
- Faire connaître et promouvoir les services locaux pour que les familles y participent.
- Faire le lien entre ces familles et les ressources de leur quartier.
- Favoriser le lien de confiance entre les familles et les organismes.
- Améliorer les connaissances des organismes sur les besoins des familles.
- Briser l'isolement des familles.



Travail de proximité, effets de grande portée

La littérature scientifique a largement documenté les effets positifs de l'approche de proximité pour réduire les inégalités de santé chez les enfants. On y constate notamment que le travail de proximité d'un agent de milieu améliore la capacité des parents à influencer positivement le développement de leurs enfants grâce à un ensemble de facteurs : un meilleur accès aux services, un isolement social moindre, une plus grande confiance envers le RSSS, et une amélioration du sentiment d'auto-efficacité des parents²⁶. L'approche de proximité a également fait ses preuves en ce qui concerne le démarchage auprès de familles plus difficiles à joindre et l'intégration d'enfants de milieux vulnérables en SGEE²⁷.

Une stratégie acclamée à l'unanimité

L'approche de proximité a été largement vantée lors de notre tournée locale. On nous a raconté à quel point l'expérience des familles immigrantes peut varier selon les services de proximité en place dans leur quartier d'accueil. Selon les partenaires, le travail des intervenants de proximité permet non seulement de mieux faire connaître les services aux familles, mais aussi de favoriser la communication entre les SGEE, les écoles et les organismes communautaires. Tous s'entendent pour dire que l'accompagnement personnalisé des nouveaux arrivants offert par les intervenants de proximité est déterminant pour prévenir l'isolement social des familles, réduire leur méfiance, et faciliter leur parcours dans les services.

Des défis multiples sur le terrain

Au cours des dernières années, les initiatives basées sur l'approche de proximité se sont multipliées, soutenues notamment par de nouveaux financements, par exemple ceux des ministères de l'Éducation et de la Famille. Malgré ces avancées, on constate que l'approche de proximité n'est pas déployée systématiquement dans tous les quartiers de Montréal. La répartition des agents de proximité est inégale entre les territoires locaux. Des besoins d'arrimage et de clarification des rôles sont à travailler pour assurer une meilleure complémentarité.

On sait que certains quartiers n'ont pas d'agents de proximité et que d'autres en ont plusieurs, mais on ne connaît pas en détails la situation à l'échelle locale, ni le rôle exact de chaque type d'intervenant. Pour développer cette approche au meilleur de son potentiel, il nous faudrait réaliser un portrait des agents de proximité desservant les familles dans les quartiers de Montréal et créer davantage de lieux formels où ils peuvent échanger entre eux.

La participation citoyenne : Pour que les familles nous aident à les aider

En 2020, la DRSP de Montréal publiait « *L'expérience citoyenne au service de la prévention* », un cadre de référence qui positionne la population comme un acteur de changement primordial et un partenaire essentiel de la santé publique²⁸.

Dans cet esprit de partenariat, les connaissances acquises et les expériences vécues au quotidien par les parents – ce qu'on appelle leurs *savoirs expérientiels* – ont le potentiel de grandement éclairer toutes sortes de projets et de services qui s'adressent à eux.



On voit donc facilement l'utilité de consulter les parents pour connaître, par exemple, leurs besoins de soutien à la parentalité, leurs problèmes de logement, ou leurs idées pour améliorer les services de périnatalité. Les multiples savoirs expérientiels de tous ces parents peuvent ainsi être mis à profit pour compléter nos savoirs scientifiques et professionnels.

Mobiliser des parents partenaires

Un rapport récemment produit par *Concertation Montréal* pour la DRSP évalue la pertinence de mettre sur pied **un comité de parents partenaires à l'échelle régionale**. Il recense les stratégies actuellement mises en place par différentes organisations pour prendre en considération la perspective des parents.

“
L'absence de mécanisme permanent ne permet pas la consultation de parents sur des objets complexes ou intersectoriels. Ces objets nécessitent un engagement à plus long terme des parents, ce qui n'est pas possible dans des formes ponctuelles de consultation.

(Rapport de Concertation Montréal, 2024)

On y apprend que plusieurs sont intéressées à consulter les parents et utilisent à cette fin différents moyens ponctuels : sondages, consultations en ligne, vox pop, réseaux sociaux, cafés rencontres, groupes de discussion, etc. Mais on apprend aussi que mis à part les comités de parents dans le réseau scolaire, il n'existe pas de mécanisme formel permettant de sonder de manière longitudinale les mêmes parents sur des thématiques complexes à Montréal. Plutôt que d'engager des parents partenaires dans un réel processus collaboratif, pour le moment on ne fait que les consulter par des dispositifs temporaires



Si l'on souhaite mettre sur pied un projet plus durable et ambitieux de parents partenaires à Montréal, le rapport de *Concertation Montréal* est explicite quant aux ingrédients nécessaires :

- Un **fort leadership** exercé par une organisation responsable de développer et de déployer le projet
- Un mandat et des **objets de consultation bien circonscrits**, auxquels les participants adhèrent
- Un **financement adéquat** pour le démarrage et la continuité du projet.

Ajoutons qu'au niveau de la concertation locale, si l'on veut que la perspective des parents soit davantage incluse dans la planification, il faut soutenir et accompagner les partenaires en ce sens, et aussi prévoir du financement pour les parents participants.

Donner voix aux plus silencieux

Dans notre empressement à donner la parole aux parents, n'oublions pas tous ceux qui sont peu portés à s'exprimer dans le cadre d'initiatives de participation citoyenne. Les raisons de leur absence ou de leur silence peuvent être multiples : manque de temps, horaires de travail atypique, composition familiale, littératie et langues, démotivation face aux initiatives institutionnelles, traumas, expériences de discrimination, etc.

Or, dans une perspective d'équité en santé, il est essentiel de recueillir aussi la voix et la perspective de ces parents silencieux, sachant que ce sont souvent les mêmes personnes qui ont le plus difficilement accès aux services disponibles.

Comment peut-on alors obtenir leur participation ? On peut penser à toutes sortes de façons. En compensant financièrement la participation. En organisant un service de gardiennage durant les consultations. En planifiant les rencontres avec des horaires adaptés et dans des formats flexibles. En faisant attention de simplifier l'écriture dans les communications et en utilisant des pictogrammes. En sollicitant les parents uniquement dans le cadre de projets où ils peuvent réellement influencer les décisions²⁹. Et surtout, en bâtissant une relation de confiance et en leur offrant un climat sécuritaire, respectueux et sans jugement.



La santé publique tend l'oreille aux enfants montréalais

Dans le cadre de sa tournée locale, l'équipe de la DRSP de Montréal a eu l'idée de mener une consultation auprès d'enfants de 4 à 12 ans afin de mieux comprendre ce qui les aide à apprendre dans les différentes sphères de leur développement. Un projet novateur salué par les partenaires, et dont l'expérience gagne à être répétée.

Trois activités ont été utilisées pour consulter les enfants :

- Un échange de groupe sur l'histoire de deux enfants habitant une île déserte
- Une activité individuelle sur la montagne « force et défi »
- Un projet de carte postale avec un conseil à donner pour l'entrée à la maternelle



Activité de groupe : L'histoire

Par différentes techniques d'animation, les enfants étaient invités à exprimer leurs perspectives et à partager ce qui les aide à apprendre. Parmi leurs réponses, cinq grandes stratégies se dégagent :

- Se pratiquer et persévérer pour devenir meilleur
- Être soutenu et accompagné, avoir de l'aide pour apprendre
- Apprendre par étapes et graduer les défis
- Utiliser le jeu, le sport et les loisirs pour apprendre
- Se faire confiance et oser

Cette activité, qui nous a permis d'explorer des moyens ludiques et créatifs de consulter les enfants, a été très instructive pour la DRSP. Après tout, les enfants sont les principales personnes visées par nos interventions, et entendre leurs perspectives directement peut nous amener à penser autrement.



Nos coups de cœur parmi des milliers de projets inspirants

Montréal est le berceau de plusieurs initiatives qui, chacune à leur façon, contribuent à resserrer le filet social autour des familles, afin qu'aucun enfant ne passe entre les mailles. Notre tournée a permis de mettre en vitrine des centaines d'initiatives inspirantes. Nous présentons ici quelques coups de cœur qui illustrent bien tout le potentiel de l'action intersectorielle, de l'approche de proximité, de la participation citoyenne, ou d'une combinaison de ces stratégies.

La Voix des parents : une initiative qui a fait parler

La Voix des parents est un bel exemple d'initiative de parents-partenaires. C'est une démarche structurée qui a été soutenue par *Avenir d'enfants* et coordonnée par des instances de concertation locales en petite enfance³⁰. L'idée est simple: il s'agit de permettre à des parents de réfléchir collectivement aux façons de faire de leur communauté un milieu idéal pour élever ses enfants. La démarche donne la parole à une dizaine de parents, qui eux-mêmes vont à la rencontre d'autres parents dans leur communauté, et les sondent de différentes manières. Suite à cette consultation, les parents relaient aux partenaires les priorités d'action recueillies, afin que ceux-ci y donnent suite. *La Voix des parents* est donc une démarche par et pour les parents, où tous ont leur mot à dire sur des enjeux qui les touchent de près.

La trousse *Komm*: un outil de communication adapté aux besoins actuels

La trousse de francisation *Komm* est une application développée à partir d'un réel travail de concertation entre des intervenants en petite enfance, des organismes travaillant à l'accueil des familles immigrantes et des experts du langage³¹. La trousse s'adresse au personnel des services éducatifs à l'enfance et vise à faciliter leurs communications avec les familles allophones. Elle propose différents outils, dont un ensemble de plus d'une centaine de pictogrammes inclusifs et adaptés, pour favoriser l'intégration linguistique des enfants dans les milieux de garde. Cette trousse répond à un besoin prioritaire sur le terrain, et les partenaires nous ont souligné ses qualités lors de notre tournée locale.

Le projet *Constellation* : la concertation régionale au service

Développé il y a plus de 10 ans par *Horizon 0-5* avec l'aide de plusieurs partenaires intersectoriels régionaux et locaux, le projet *Constellation* soutient les intervenants terrain dans leurs pratiques afin de mieux rejoindre et accompagner les familles isolées ayant de jeunes enfants³². En 2022, grâce au soutien financier de la Ville de Montréal et du ministère de la Famille, le projet a connu un nouvel élan sous le leadership de *Concertation Montréal*, ce qui a permis de déployer plus largement la démarche *Constellation* à Montréal et dans les autres régions. *Concertation Montréal* a notamment développé des fiches pratiques qui présentent des stratégies pour rejoindre les familles et organisé des événements rassembleurs, renforçant ainsi la capacité d'agir des intervenants.



Un bureau d'information pour les nouveaux arrivants dans Parc-Extension

En 2022 est né le *Bureau d'information de Parc-Extension* pour les nouveaux arrivants, un projet issu d'une collaboration intersectorielle entre des organismes communautaires, la bibliothèque, des écoles et le CIUSSS³³. Le *Bureau* offre différents types d'accompagnement aux familles du quartier pour les diriger vers les bonnes ressources en matière d'éducation, d'immigration, d'emploi, de revenus, d'alimentation, d'activités de sports, ou de loisirs. Le *Bureau d'information* offre aussi un soutien lié à diverses problématiques psychosociales. Selon les partenaires de notre tournée locale, cette initiative fait toute la différence dans la vie de nombreuses familles de ce quartier.

Un travail de fond sur la première transition

Un projet de la table de concertation Petite Enfance – Famille de Montréal-Nord dédie une agente école-famille-communauté à la transition à la maternelle³⁴. Celle-ci fait du démarchage dans les milieux fréquentés par les nouvelles familles et auprès des SGEE, afin de transmettre aux parents des informations sur l'entrée à l'école et les soutenir dans les démarches d'intégration de l'enfant à l'école. L'agente peut aussi diriger les familles vers les ressources disponibles dans le quartier et accompagner de manière soutenue celles qui ont de plus grands besoins.

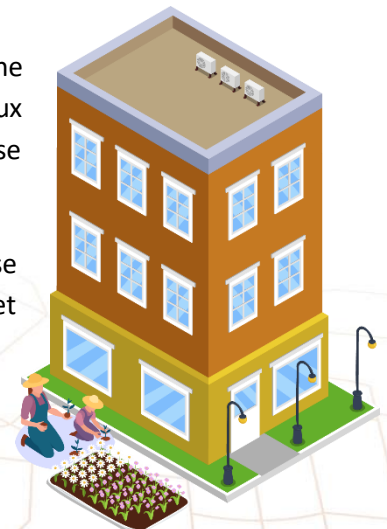
Les bibliothèques de Montréal : un lieu dynamique pour les familles

Lors de notre tournée, on a souligné le caractère dynamique et rassembleur de la bibliothèque, qu'on voit comme un lieu de choix pour soutenir le développement des enfants dans les quartiers de Montréal. Le personnel des bibliothèques, qui est fréquemment en contact avec plusieurs partenaires de la communauté (p. ex. organismes communautaires, SGEE et écoles), sait faire preuve d'innovation lorsqu'il s'agit d'organiser des activités diversifiées, éducatives, inclusives et gratuites pour les enfants et leurs parents. C'est aussi dans les bibliothèques que se déploie l'initiative *Une naissance, un livre*, qui offre aux familles une trousse pour favoriser la lecture aux bébés³⁵. Et depuis peu, les familles ayant un nouvel enfant peuvent aussi s'y procurer les nouvelles boîtes *Bienvenu bébé* de la Ville de Montréal, qui contiennent une douzaine d'objets pratiques, divertissants et éducatifs³⁶.

Ensemble, donnons un élan à leur avenir

L'action intersectorielle, l'approche de proximité et la participation citoyenne sont trois clés à notre disposition, capables de déverrouiller bien des portes aux enfants montréalais et à leurs familles. Ces trois clés, utilisées ensemble, se révèlent encore plus porteuses.

Vous vous rappelez cette fillette de 7 ans qui a des difficultés scolaires en classe d'accueil ? Son petit frère de 3 ans qui a possiblement un retard de langage, et le bébé sans suivi clinique depuis sa naissance ? Et leurs parents, qui font leur gros possible ? Imaginons maintenant comment nos trois clés peuvent complètement transformer le parcours de cette famille.



Un scénario optimiste et réaliste

La table de concertation locale enfance-famille, soutenue par une coordonnatrice à temps plein, organise un sondage et quelques activités en personne pour sonder les parents du quartier sur leurs besoins. Plusieurs rapportent que les services disponibles ne sont pas bien connus des nouvelles familles. Suite à un exercice de planification concertée entre partenaires de la table, un agent de proximité 0-5 ans et une intervenante famille-école-communauté sont embauchés, avec un financement sur 3 ans.

Dans ce scénario, la famille est rencontrée dans la salle d'attente du centre de services scolaires par l'intervenante école-famille-communauté lors de l'inscription à l'école de leur aînée. Elle donne aux parents quelques informations de base sur son mandat ; son approche bienveillante et culturellement sécuritaire les met en confiance. L'intervenante les accompagne vers un organisme communautaire du quartier qui offre de l'aide aux devoirs. Advenant que des difficultés scolaires, elle pourra veiller à ce qu'un plan d'intervention intègre les services professionnels de l'école, du CLSC et de l'organisme.

L'agent de proximité 0-5 ans est également mis à contribution pour faciliter le référencement de la famille vers le CLSC, pour une prise en charge clinique prioritaire du bébé de 20 mois et une référence de l'enfant de 3 ans vers le programme Agir tôt.

À son tour, le CLSC fait les démarches pour intégrer les deux jeunes enfants dans un CPE via une place-protocole, ce qui permet à la mère de prendre des cours de francisation, et de faire bénéficier ses enfants d'un milieu stimulant pour leur développement langagier et socioaffectif.

Enfin, la famille est également mise en lien avec le bureau d'information du quartier, lequel peut par exemple offrir aux parents un soutien pour leur intégration socioprofessionnelle et les informer au sujet de leurs droits en matière de logement.

Cette famille est fictive, mais son profil, son parcours et ses difficultés ne pourraient pas être plus réalistes. De nombreuses familles montréalaises sont confrontées à des cumuls d'épreuves comme celles-là. Heureusement, la réaction en chaîne positive que l'on décrit ici est elle aussi parfaitement réaliste. L'action intersectorielle, judicieusement combinée à l'approche de proximité et à la participation citoyenne, peut bel et bien métamorphoser la réalité d'une famille, puis de deux, puis de dix – puis d'une communauté entière.

La DRSP invite donc les décideurs et l'ensemble des partenaires montréalais à soutenir plus que jamais les conditions de réussite de la concertation intersectorielle : il faut un leadership fort, du temps, de l'argent, de la reconnaissance, et des acteurs pleinement engagés. On assurera ainsi cohérence et stabilité à nos actions structurantes, et on en maximisera ainsi le potentiel.

Lorsqu'elles sont soutenues par des politiques sociales, de santé et d'éducation qui prônent l'équité, les stratégies émanant des communautés locales sont de réels catalyseurs de changement qui permettent d'influencer directement le développement et la réussite éducative des enfants montréalais, et de réduire du même coup les inégalités de santé.



RECOMMANDATIONS

8.1 Mettre en place des conditions de réussite favorisant la concertation intersectorielle régionale et locale à Montréal afin d'améliorer le développement des enfants et réduire les inégalités de santé

Pistes d'action :

- Développer des partenariats pour octroyer un financement pérenne et suffisant à la coordination des instances locales en petite enfance et en jeunesse
- Documenter les facteurs facilitants et les obstacles à la participation des différents acteurs aux concertations régionales et locales, en s'attardant aux organisations dont la participation actuelle est faible
- Rendre explicite la concertation intersectorielle dans les mandats des établissements et des professionnels en reconnaissant le temps requis pour y participer
- Recenser les formations et les outils disponibles pour soutenir le développement des compétences et l'expertise des concertations
- Poursuivre les efforts pour mieux faire connaître et reconnaître la valeur ajoutée et l'expertise des instances de concertation régionales et locales

Engagements de la DRSP :

- Mener une collecte de données pour établir un portrait de la concertation locale en petite enfance et en jeunesse dans chaque territoire.
- Harmoniser les processus entourant les appels de projets et les redditions de compte pour les projets financés par la DRSP, et, selon les sources de financement, développer des ententes plus longues favorisant la stabilité des projets.
- Explorer des zones de synergie avec d'autres bailleurs de fonds afin d'améliorer la cohérence et l'efficacité dans les appels de projets.



8.2 Bonifier les stratégies pour réduire l'ensemble des barrières d'accès aux services et mieux faire connaître aux familles les ressources existantes dans leur quartier

Pistes d'action :

- Développer des procédures simples de référencement entre organisations et entre services à l'échelle locale
- Faciliter l'accès aux logiciels et aux banques d'interprètes pour permettre des traductions en simultané
- Mener régionalement une démarche d'évaluation des besoins de santé des familles issues de l'immigration récente
- Développer des méthodes novatrices pour recenser les forces, facteurs de résilience et stratégies prometteuses des quartiers en ce qui concerne les familles

Engagements de la DRSP :

- Mener un projet visant à documenter les besoins de santé des élèves en classes d'accueil
- Faire la promotion des programmes de prévention offerts aux familles dans le réseau de la santé auprès des organismes communautaires, des pharmacies et des GMF

8.3 Développer régionalement et localement des mécanismes systématiques pour mieux considérer la perspective des parents et celle des enfants, afin d'améliorer les interventions qui leur sont destinées

Pistes d'action :

- Encourager les instances de concertation régionales et locales en petite enfance et en jeunesse à intégrer systématiquement la voix des parents dans leur planification, et les soutenir dans cette démarche
- Développer un projet de parents partenaires permettant de mobiliser, de manière longitudinale, des parents montréalais autour de thématiques complexes, afin d'améliorer les interventions intersectorielles concernant par exemple la maltraitance, les écrans ou les besoins en logement.
- Poursuivre l'expérimentation de méthodes novatrices pour mettre en lumière le point de vue des enfants de différents âges et milieux.

Engagements de la DRSP :

- Mener un projet pilote de parents partenaires pour guider l'amélioration continue des services de soutien à la parentalité
- Poursuivre l'expérimentation de méthodes novatrices pour mettre en lumière le point de vue des enfants



RÉFÉRENCES

- ¹ Nicole F. BERNIER., [Vers une approche axée sur la Santé dans toutes les politiques aux paliers fédéral, provincial et territorial?](#) Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2023.
- ² Centre de collaboration nationale sur les politiques et la santé (CCNPPS), [L'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec](#), 2012.
- ³ [CHARTRE D'OTTAWA pour la promotion de la santé](#), Une conférence internationale pour la promotion de la santé, Vers une nouvelle santé publique, 17-21 novembre 1986.
- ⁴ Pascale MANTOURA et Val MORRISON
- ⁵ World Health Organization, [Working together for equity and healthier populations: sustainable multisectoral collaboration based on Health in All Policies approaches](#), 2023.
- ⁶ *Ibid.*
- ⁷ Angèle BILODEAU et Collab., [Understanding the challenges of intersectoral action in public health through a case study of early childhood programmes and services](#), Critical Public Health, 28(2), 225–236, Juin 2017.
- ⁸ S. GOLDFELD et Collab., [Foundational Community Factors \(FCFs\) for Early Childhood Development: A report on the Kids in Communities Study](#), 2017.
- ⁹ Alexandra MATTE-LANDRY et al., [Milieux de vie des petits citoyens : perspectives de personnes influentes sur les facteurs environnementaux en lien avec le développement des jeunes enfants et le bien-être des familles](#), Revue de psychoéducation, volume 51, numéro 3,
- ¹⁰ Nick SPENCER et Collab., [Addressing inequities in child health and development: towards social justice](#), BMJ Paediatr Open. 2019
- ¹¹ Entente ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) : « Des services accessibles et complémentaires », [Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes](#), Priorités nationales et Plan de travail 2011-2013.
- ¹² Regroupement des instances de concertation en petite enfance de Montréal (RICPEM), [Se concerter pour mettre en place des communautés bienveillantes pour les tout.E-petit.E.S et leur famille](#), Cadre de référence, 2023.
- ¹³ Suzanne DE BLOIS, Julie LAFOREST et Mathieu MASSE-JOLICOEUR, Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, [Mémoire des directrices et directeurs régionaux de santé publique du Québec](#), 2019.
- ¹⁴ Avenir d'Enfants des communautés engagées, [Le récit d'un projet collectif en petite enfance au Québec, Bilan d'Avenir d'Enfants](#), octobre 2019.
- ¹⁵ Site web de la [Coalition montréalaise des tables de quartier](#) (consulté le 3 octobre 2024)
- ¹⁶ RICPEM, Cadre de référence, *op. Cit.*, 2023.
- ¹⁷ Regroupement des instances de concertation en petite enfance de Montréal, S'unir pour bâtir leur avenir, [Pour un financement de l'action concertée locale à la hauteur des besoins des tout-petit.e.s.](#)
- ¹⁸ Ronda C. ZAKOCS et Erika M. EDWARDS, [What explains community coalition effectiveness?: a review of the literature](#), AM J Prev Med., 2006.
- ¹⁹ Julie Poissant, INSPQ, [Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants, États des connaissances](#), 2014.
- ²⁰ J Hope CORBIN, Jacky JONES et Margaret M. BARRY, [What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature](#), Health Promot Int., 2018.



- ²¹ Fay Hanleybrown, John KANIA et Mark KRAMER, [Channeling Change: Making Collective Impact Work](#), Stanford Social Innovation Review, 2012.
- ²² AE 2017
- ²³ Mathieu ROY et Étienne LAVOIE-TRUDEAU, CIUSSS de l’Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Rapport de recherche : [portrait de la pratique et effets du travail de proximité sur la capacité des parents à favoriser le développement global des enfants](#), juillet 2019.
- ²⁴ AGIRTÔT.ORG, Espace de partage pour l’action concertée en petite enfance, [Zoom sur le travail de proximité](#).
- ²⁵ Maxime CLÉMENT et Collab., Bilan d’avenir d’enfants, [Le récit d’un projet collectif en petite enfance au Québec](#), 2019.
- ²⁶ Mathieu ROY et Étienne LAVOIE-TRUDEAU, CIUSSS de l’Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Rapport de recherche, *op. Cit.*, 2019.
- ²⁷ Fannie DAGENAIS et Jean-Pierre HOTTE, [Rapport préliminaire du comité-conseil Agir pour que chaque tout-petit développe son plein potentiel](#), Montréal, Québec, 2019.
- ²⁸ Renée DUFOUR et Paule LEBEL, DRSP CCSMTL, l’expérience citoyenne au service de la prévention, [Cadre de référence et outils de mise en œuvre pour une participation efficace de la population](#), 2020.
- ²⁹ *Ibid.*
- ³⁰ AGIRTÔT.ORG, Espace de partage pour l’action concertée en petite enfance, [La Voix des parents : une démarche collaborative](#).
- ³¹ Conseil québécois des services éducatifs à la petite enfance (CQSEPE), [KOMM, L’outil de communication qu’il vous faut!](#)
- ³² [Projet Constellation](#)
- ³³ [Bureau d’information de Parc-Extension](#)
- ³⁴ [Centre de pédiatrie sociale de Montréal-Nord. École-Famille-Communauté](#)
- ³⁵ [Une naissance, un livre](#)
- ³⁶ [Boîte Bienvenue bébé pour les bébés montréalais](#), 2024.



CONCLUSION

Toutes les forces sont en place

Ce rapport s'est donné pour objectif d'éclairer la réalité des enfants montréalais – et celle des inégalités sociales de santé qui les touchent – en mettant à profit une approche alliant connaissances scientifiques et savoirs expérientiels.

On s'est imprégnés des données. On a sillonné les milieux de vie qui font le quotidien des enfants montréalais. On a exploré le potentiel des actions concertées qui émanent des communautés et qui sont soutenues par des politiques publiques favorisant le développement des enfants et l'équité en santé.

À l'issue de ce travail d'envergure, voici les principaux constats qui s'imposent :

- Le visage des familles montréalaises et de leurs enfants se transforme ; la nature et l'organisation des services qu'on leur offre doivent s'y adapter.
- En matière de santé et de développement, on continue d'observer d'importantes inégalités entre les quartiers de Montréal et selon le statut socioéconomique des familles; ces inégalités sont évitables.
- Les conditions et les milieux de vie dans lesquels grandissent les enfants ont un impact majeur – positif ou négatif – sur leur santé et leur développement. Quartier, logement, milieu de garde et école, tous ces environnements peuvent favoriser leur envol ou, lorsqu'il y a cumul de vulnérabilités, leur couper les ailes.
- En ce qui a trait à l'environnement familial, la réalité des parents est fragilisée par de multiples facteurs de stress qui se répercutent sur les enfants : difficultés à se loger, problèmes financiers, conciliation travail-famille, sans oublier les préoccupations liées à l'utilisation des écrans.
- Les familles montréalaises vivant en situation de vulnérabilité, notamment celles issues de l'immigration récente, se heurtent souvent à de multiples obstacles pour accéder aux différents services et en tirer des bénéfices pour leurs enfants.



Que peut-on faire ? Ensemble, beaucoup.

Devant ces constats, il faut avant tout se donner les moyens de suivre de près la santé et le développement des enfants à l'échelle locale, en s'attardant aux déterminants sous-jacents. Des données locales plus étoffées et accessibles aux partenaires permettraient de mieux analyser les inégalités, et d'intervenir avec un maximum d'efficacité en s'adaptant aux réalités des différents quartiers montréalais.

Il nous revient de faire de nos quartiers des milieux de vie dont l'environnement physique et social favorise la santé des enfants et celle de leurs familles. Ensemble, on peut espérer développer des milieux de vie complets, équitables et bienveillants pour nos enfants. On peut également viser à leur offrir des services de proximité qui sont accessibles, de qualité et bien intégrés entre eux à l'échelle locale.

À nous de travailler davantage ensemble : relier les acteurs pertinents de nos différents réseaux – santé, SGEE, scolaire, municipal et communautaire. C'est ainsi que pourront naître les meilleures idées pour offrir aux familles, où qu'elles habitent, des environnements plus favorables et des services plus complets.

Toutes les forces sont en place. Les partenaires montréalais ont prouvé à maintes reprises, au fil du temps, qu'ils savent se mobiliser pour les enfants. Notre tournée locale de l'EQDEM nous a révélé de façon éclatante l'étendue de leur expérience, la vigueur de leur motivation – et les fruits de leurs bonnes idées.

Il faut continuer à s'inspirer de ces nombreuses initiatives et de ces bons coups qui, dans plusieurs quartiers déjà, font toute la différence.

À tous ceux et celles qui travaillent sur le terrain ou qui ont le pouvoir d'en influencer les règles, la DRSP offre son soutien et sa pleine participation. Et l'ensemble de la population montréalaise peut compter sur son leadership et son engagement envers la santé de nos enfants.



