

Inégalités sociales de santé : comprendre pour agir avec soin

Lise Bélanger, M.D, FRCPC, pédiatre
Alena Valderrama, M.D, FRCPC, spécialiste en
santé publique et médecine préventive

Avec la collaboration de **Ileana Sattler**,
étudiante en médecine, McGill University

Table des matières¹

Mise en contexte	3
Situer les concepts de base	3
Déterminants sociaux en lien avec la santé et le développement	5
Déterminants liés aux environnements économiques et de travail.....	5
Revenu.....	5
Emploi	6
Sécurité alimentaire.....	6
Scolarité	7
Déterminants liés aux caractéristiques, expériences et comportements individuels	7
Prédispositions génétiques et biologiques	7
Trouble de santé mentale dont la dépression périnatale.....	7
Expérience de la petite enfance	8
Un exemple actuel.....	8
Habitudes de vie.....	8
La consommation d'alcool ou de drogues	8
Le genre et l'âge.....	8
Aptitudes personnelles et sociales	9
Déterminants liés à l'environnement social.....	9
Soutien social et participation sociale.....	9
Monoparentalité	9
Stigmatisation et exclusion sociale	10
Immigration récente (moins de 5 ans).....	10
Déterminants liés à l'environnement physique.....	10
Qualité de l'air, de l'eau et du sol	10
Logement	10
Aménagement du territoire	11
Difficultés d'accès à un transport	11
Déterminants liés au système de santé et des services sociaux.....	11

1. La table des matières du présent document est interactive. Vous pouvez cliquer sur un élément afin d'y avoir directement accès.

Comment agir sur les déterminants de la santé et le développement des tout-petits	12
Populations en contexte de vulnérabilité	13
Modèle du « stress toxique » versus modèle de la « santé relationnelle » et résilience.....	13
Expériences adverses de l'enfance (<i>adverse childhood experiences</i>)	16
Politiques publiques pour favoriser le développement des enfants et diminuer les inégalités sociales de santé	16
Stratégies et programme particulier pour diminuer les inégalités sociales de santé des tout-petits.....	18
L'intervention nutritionnelle OLO « <i>Mille jours pour savourer la vie</i> ».....	18
SIPPE (Services Intégrés en Périnatalité et pour la Petite Enfance)	19
Service de garde éducatif de qualité.....	19
Maternelle 4 ans	20
Promotion, soutien et protection de l'allaitement	20
Actions et activités des organismes communautaires.....	21
Littératie	21
Pédiatrie sociale en communauté	22
Conclusion	22
Références	23

Mise en contexte

Au fil des dernières années, des questions ont été ajoutées aux feuillets de suivi de l'ABCdaire et au recueil de données à propos de certains déterminants sociaux. La littérature pédiatrique inclut de plus en plus d'aspects abordant des éléments de la santé publique. L'importance d'agir en amont des problèmes de santé et de développement ressort dans tous les débats liés aux familles et aux enfants.

Ce document est destiné aux professionnels qui désirent contribuer à un meilleur devenir pour les enfants du Québec en allant plus loin dans la compréhension de leur rôle que le suivi systématique individuel de la santé et du développement. Il vise à illustrer comment les concepts de base inhérents à la vision biopsychosociale de la santé sont multiples et interreliés, et comment les situations d'inégalités sociales de santé (ISS) affectent la vie et le devenir des enfants. On y précise les déterminants de la santé et le clinicien est guidé pour situer les questions portant sur ces éléments dans les outils de l'ABCdaire. On y résume également des concepts utiles à la compréhension des impacts du stress toxique et des conséquences des expériences adverses de l'enfance. Plusieurs pratiques, ressources, politiques et programmes ayant des impacts permettant de réduire les ISS que vivent les enfants et leur famille sont présentés.

La section des références permet au clinicien désireux de bonifier ses connaissances d'identifier rapidement diverses lectures pertinentes.

Situer les concepts de base

Les **inégalités sociales de santé (ISS)** se définissent comme des écarts entre les individus, les groupes socio-économiques ou les territoires en regard de nombreux aspects de la santé des populations. Elles sont, pour la plupart, évitables et injustes. Elles sont évitables, car elles résultent de processus sociaux sur lesquels il est possible d'agir en réduisant les écarts dans l'exposition ou la distribution de certains déterminants de la santé. Elles sont injustes, car dans notre société, tous devraient avoir une chance égale de bonne santé ou de survie, quel que soit son statut social (Pampalon et coll., 2013). Les définitions proposées dans la littérature reflètent toutes les impacts des relations entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale ; elles débordent le seul champ de la santé au profit du fonctionnement global de la société : les rapports de force, les différences selon le genre, la structure de distribution de revenus, les conditions de vie dans le milieu local ou au travail et l'accessibilité aux services.

Le **Système de surveillance des inégalités sociales de santé au Québec (SSISSQ)** présente des **mesures d'inégalité** pour différents indicateurs de santé. Ces mesures permettent de dresser un portrait actuel des ISS et d'en faire le suivi systématique dans le temps pour le Québec. Cette information peut notamment être utilisée afin de soutenir l'élaboration de politiques et de programmes de santé publique visant à réduire les ISS (Pampalon et coll., 2013).

Les **déterminants de la santé** désignent tous les facteurs qui influencent l'état de santé de la population sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Les déterminants sociaux de la santé sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements où les enfants naissent, grandissent et se développent (Institut national de santé publique du Québec, 2017). Ils sont présentés à la section **Déterminants sociaux en lien avec la santé et le développement** du présent document, à la page 5.

Il existe des **disparités de répartition** de ces déterminants entre les différents échelons de la société, engendrant ainsi des **inégalités sociales de santé** (Poissant & Institut national de santé publique du Québec, 2015). Les écarts extrêmes dans les revenus et la richesse, par exemple, ont des conséquences négatives pour la santé des personnes vivant sous le seuil de la pauvreté, et ces effets sont amplifiés quand elles sont rassemblées dans des régions pauvres. Par contre, les bien-nantis qui vivent dans des régions riches sont globalement en meilleure santé.

Cela diffère des **inégalités de santé** qui se définissent comme étant la distribution inégale de l'état de santé liée à des facteurs génétiques et physiologiques non inhérents à des aspects d'équité et de justice sociale (Lambert et coll., 2014).

Le **gradient social de santé** est relié à une distribution inégale du pouvoir, des ressources, des biens et des services. Il importe donc de prendre en compte cet enjeu lors des interventions sur l'ensemble des déterminants de la santé (Institut national de santé publique du Québec, 2017).

Le gradient de santé est présent dès la grossesse et le début de la vie de l'enfant, et a des impacts potentiels sur la santé physique et mentale pendant tout leur parcours de vie. Chez l'enfant, l'impact de ces déterminants sociaux de la santé est particulièrement important, étant donné la grande vulnérabilité de leur cerveau en croissance. Le développement affectif et cognitif de l'enfant est lié de manière très précoce à la qualité de ses relations d'attachement et à la réponse à ses besoins fondamentaux par ses parents (ou substituts des parents).

Par exemple, les résultats de l'EQDEM (Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle) montrent des écarts de développement importants entre les enfants lors de leur entrée à l'école (Institut de la statistique du Québec, 2020). Les enfants vivant dans les quartiers les plus défavorisés sont plus à risque au regard de leur développement que les enfants vivant dans les quartiers mieux nantis.

Compte tenu du caractère multidimensionnel de la santé des individus, il devient incontournable pour le réseau de la santé de collaborer avec des partenaires d'autres secteurs d'activités (éducation, emploi, alimentation, logement, transport, environnement, etc.) pour être en mesure d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

La **promotion de la santé** est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant le soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités ou environnements permettant de faire des choix sains (Agence de la santé publique du Canada & Organisation mondiale de la Santé, 1986).

Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie (Agence de la santé publique du Canada & Organisation mondiale de la Santé, 1986).

La **prévention clinique (PC)** englobe les activités effectuées par le clinicien auprès de ses patients, par exemple l'immunisation, le counseling, la chimioprophylaxie et le dépistage (Groulx et coll., 2007). Ces activités ont un potentiel pour améliorer la santé des populations,

diminuer des inégalités de santé et sauver des coûts au système de soins (Guyon et coll., 2016). La PC offre à chaque âge, de la naissance à l'âge adulte, la possibilité d'intervenir tôt afin de promouvoir la santé et de prévenir de nombreuses maladies (Soto et coll., 2010). Les activités en prévention clinique sont dispensées par le biais de programmes populationnels, mais également de manière opportuniste par les cliniciens lors de leur pratique usuelle (Guyon et coll., 2016).

La petite enfance est une période qui comporte de potentielles vulnérabilités dans tous les aspects de la santé et du développement de l'enfant. Les services préventifs destinés aux jeunes enfants, tels que la promotion et le soutien à l'allaitement, la vaccination, la prévention de la carie dentaire, sont donc d'une importance cruciale pour favoriser le développement et la santé globale de cette population.

L'ABCdaire propose aux cliniciens les activités de prévention clinique basées sur les meilleurs éléments de preuve. Elles correspondent à celles que propose le MSSS et sont priorisées selon leur potentiel d'impact sur la santé des populations (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019).

Déterminants sociaux en lien avec la santé et le développement

Les déterminants de la santé se divisent en 5 catégories :

- ✓ Déterminants liés aux environnements économiques et de travail
- ✓ Déterminants liés aux caractéristiques, expériences et comportements individuels
- ✓ Déterminants liés à l'environnement social
- ✓ Déterminants liés à l'environnement physique
- ✓ Déterminants liés au système de santé et des services sociaux

Quelques exemples de politiques publiques qui permettent d'agir sur ces déterminants afin de tenter de réduire les impacts des situations de vie difficiles des enfants sont présentés dans la section [Politiques publiques pour favoriser le développement des enfants et diminuer les inégalités sociales de santé](#), à la page 16.

Déterminants liés aux environnements économiques et de travail

Revenu

Le **revenu d'une personne constitue le déterminant de santé le plus important**, puisqu'il exerce une influence sur l'ensemble des conditions et des habitudes de vie.

Selon l'EQDEM, les enfants issus des milieux défavorisés sont plus nombreux à être vulnérables à la maternelle (34 %) que les enfants plus favorisés (22 %) (Falster et coll., 2018).

Certaines populations affichent des taux de pauvreté des familles plus élevés. On retrouve parmi celles-ci les populations qui comptent un fort pourcentage d'Autochtones, de personnes racisées, d'immigrants et de familles monoparentales ou de faible scolarisation. Cette corrélation témoigne de la persistance des inégalités systémiques et de la discrimination, lesquelles se traduisent par un taux de chômage élevé, une faible participation au marché du travail et un pourcentage élevé de locataires et de personnes dépensant plus de 30 % de leur revenu pour se loger.

Au Canada, en 2018 10,8 % des enfants de 0 à 17 ans vivaient en situation de pauvreté.

Emploi

L'emploi offre un revenu et un sentiment d'identité aux individus. La perte d'emploi peut engendrer du stress et une diminution de l'estime de soi. Par exemple, les enfants de mères monoparentales qui occupent un emploi permettant d'améliorer le revenu de la famille présenteraient moins de problèmes de comportement et un meilleur développement socioaffectif (Fuller et coll., 2002)

Ce n'est pas que le fait que le parent ait ou non un emploi qui influence le devenir des enfants. Les **horaires de travail atypiques** d'au moins un des deux parents seraient associés à la manifestation de problèmes de comportement et à des difficultés socioaffectives chez les jeunes enfants, surtout ceux dont les parents sont dépressifs, ont de faibles habiletés parentales et interagissent moins avec leur enfant (Li et coll., 2014).

Au Québec, la proportion de personnes en emploi a plus que triplé au cours des quatre dernières décennies chez les mères de 25 à 54 ans avec enfants de moins de 6 ans. Elle est passée de 26 % en 1976 à 78 % en 2018 chez les mères vivant avec un conjoint, et de 33 % à 71,9 % chez **les mères** monoparentales pour la même période (*Observatoire des tout-petits*, 2019a).

Sécurité alimentaire

La **sécurité alimentaire** se définit par « l'accès en tout temps à une alimentation saine et suffisante » (*Observatoire des tout-petits*, 2019a). En situation d'insécurité alimentaire, l'enfant n'a pas accès à certains aliments essentiels. Au Québec, la principale cause est un manque de revenu permettant leur achat. Par ailleurs, les mesures pour faciliter l'accès à des logements abordables sont également déterminantes pour assurer la sécurité alimentaire des tout-petits. De fait, diminuer les dépenses dites incompressibles — comme le loyer — permet aux familles de consacrer une partie plus importante de leurs revenus à l'alimentation (*Observatoire des tout-petits*, 2021 ; Statistique Canada, 2021).

L'insécurité alimentaire affecte non seulement la santé physique des enfants, mais également leur développement (*Observatoire des tout-petits*, 2019b). Elle peut, en effet, causer des carences nutritionnelles. La recherche montre qu'il existe un lien entre une carence en fer chez les jeunes enfants et un retard de développement émotionnel, cognitif et moteur. Plusieurs études rapportent également un lien entre l'insécurité alimentaire et l'obésité infantile. Cela peut s'expliquer notamment par le fait que l'alimentation des

enfants vivant de l'insécurité alimentaire est faible en fruits et légumes, en produits laitiers et en d'autres aliments nutritifs, qui sont plus coûteux. Les enfants de 5 ans qui ont grandi dans des ménages faisant face à de l'insécurité alimentaire sont deux fois plus à risque de présenter des symptômes d'hyperactivité et d'inattention (Belsky et coll., 2010 ; Blanchet & Rochette, 2011 ; Dubois et coll., 2011 ; Gundersen et coll., 2008 ; Kirkpatrick & Tarasuk, 2008 ; Pulgarón, 2013).

En 2017-2018, l'insécurité alimentaire touchait 9,2 % des familles du Québec avec des enfants de moins de 5 ans, près de 24 % lorsque ces ménages étaient monoparentaux et près de 50 % lorsqu'aucun des 2 parents n'avait de diplôme du secondaire (Maisonneuve et coll., 2014).

Scolarité

Le niveau d'éducation est étroitement associé au revenu des personnes, à leur sécurité d'emploi et à leurs conditions de travail. L'éducation des personnes influence également leur engagement dans la communauté, la compréhension du monde qui les entoure ainsi que de leur aptitude à prendre soin de leur santé.

- › Selon les données de l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2017 (EQDEM), la proportion d'enfants vulnérables dans au moins une sphère développementale augmente à mesure que le niveau de scolarité du parent décroît, surtout la scolarité de la mère (Falster et coll., 2018 ; Lavoie et coll., 2019).
- › L'atteinte d'un statut socio-économique (SSE) plus élevé à l'âge adulte n'efface pas complètement l'effet du SSE bas dans l'enfance.

Déterminants liés aux caractéristiques, expériences et comportements individuels

Prédispositions génétiques et biologiques

Elles désignent l'ensemble des caractéristiques biologiques présentes à la naissance ou acquises par la suite pouvant prédisposer une personne à développer certaines maladies ou, au contraire, être favorable à sa santé.

Trouble de santé mentale dont la dépression périnatale

Les connaissances actuelles montrent des liens entre la maladie mentale des parents et des pratiques parentales moins adaptées, des risques plus élevés de maladie mentale chez l'enfant et une moins bonne qualité de la relation mère-enfant (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012). En particulier, la **dépression périnatale** est associée à un risque augmenté d'altération du développement socioaffectif et cognitif de l'enfant (Center of the Developing Child, 2007). Il est possible de consulter les recommandations relatives à la prévention de la dépression maternelle périnatale sur le site Web de l'ABCdaire².

2. <https://enseignement.chusj.org/ENSEIGNEMENT/files/71/71548aed-7939-4989-9027-d7076cf8a7f0.pdf>.

Au Québec en 2018, 11 % des mères d'enfants âgés de 6 mois à 5 ans présentaient des symptômes dépressifs modérés à graves, tandis que la proportion était plus faible chez les pères (7 %) (Julien et coll., 2019).

Expérience de la petite enfance

Les expériences vécues pendant la petite enfance (conditions et habitudes de vie) influencent la capacité d'adaptation, la santé et le bien-être d'une personne.

UN EXEMPLE ACTUEL

En plus des effets sur la cellule familiale, la situation de pandémie et de confinement peut entraîner également des répercussions sur plusieurs plans dans les communautés, telles qu'un affaiblissement du filet de sécurité autour des familles et des enfants qui cumulent des facteurs de vulnérabilité sociale et économique, ou encore un risque accru de stigmatisation. **L'impact de la pandémie de la COVID-19 n'est pas uniforme pour tous et les inégalités sociales de santé ont été accentuées** : les populations et les quartiers les plus défavorisés sont généralement ceux qui sont les plus affectés par les mesures de confinement, notamment la fermeture des milieux de travail, la difficulté des citoyens d'appliquer les mesures de protection individuelles ou l'incapacité pour les parents occupant un emploi précaire à avoir accès à l'aide financière. La dégradation de la situation financière accroît, entre autres, le risque d'insécurité alimentaire, de trouble de santé mentale chez les parents et de violence familiale (Suleman, 2020).

Habitudes de vie

Les habitudes de vie et les autres comportements liés à la santé sont à la source de maladies et de complications, particulièrement les maladies chroniques. Différentes stratégies de santé publique peuvent mener à l'amélioration des habitudes de vie et au changement des comportements. La promotion d'une saine alimentation et d'un mode de vie actif doit s'ancrer dans la petite enfance, car les habitudes de vie s'établissent durant les premières années de vie et les parents ont un rôle majeur à jouer dans leur transmission.

La consommation d'alcool ou de drogues

En 2012, l'Institut de la statistique du Québec rapportait que 4 % des mères et 13 % des pères avaient une consommation d'alcool à risque, alors que 2 % des mères et 5 % des pères d'enfants âgés de 6 mois à 5 ans ont présenté des problèmes de consommation de drogues sur une période de 12 mois (Institut de la statistique du Québec, 2012).

Le genre et l'âge

L'âge de la mère au moment de la naissance (moins de 20 ans) est associé à la santé de l'enfant, à son développement cognitif et à sa réussite scolaire. Les enfants nés des mères les plus jeunes seraient les plus vulnérables sur le plan du développement (Shonkoff et coll., 2012). De plus, la grossesse survient le plus souvent chez les adolescentes de milieux défavorisés et chez celles qui ont des apports nutritionnels insuffisants (Jutte et coll.,

2010). Cette vulnérabilité diminue au fur et à mesure que l'âge de la mère augmente, et ce, jusqu'à 35 ans (Ordre professionnel des diététistes du Québec, 2020). La situation économique des femmes est susceptible d'être moins favorable que celle des hommes.

Aptitudes personnelles et sociales

Chaque personne développe des capacités (mentales et physiques) et des compétences sociales pour faire face aux défis de la vie quotidienne et entrer en relation avec les autres. Celles-ci influencent la manière dont l'individu assimile les connaissances pour prendre soin de sa santé (littératie) et son aptitude à développer un réseau de soutien social. Ces aspects sont centraux dans le développement de la capacité des parents d'identifier et de trouver réponse aux besoins de l'enfant (Institut national de santé publique du Québec, 2016a).

Déterminants liés à l'environnement social

Soutien social et participation sociale

Le soutien social procure plusieurs bienfaits pour la santé. Entre autres, les personnes qui en bénéficient peuvent se confier lorsqu'elles éprouvent des difficultés et recevoir de l'aide au besoin. L'état de santé serait aussi positivement associé à l'appartenance à des organismes, à la réciprocité (le fait de donner et de recevoir de l'aide) et à des activités de bénévolat (Institut national de santé publique du Québec, 2016b).

Selon les données de l'ELDEQ, les enfants des familles rapportant un faible soutien social étaient 3 fois plus susceptibles d'être vulnérables sur le plan cognitif que les enfants provenant de familles ayant un niveau de soutien plus élevé (Brabant et coll., 2015). Selon l'Institut de la statistique du Québec, la proportion des mères avec un faible niveau de soutien social est passée de 23 % en 2004 à 10 % en 2018 (Institut de la statistique du Québec, 2004 ; Julien et coll., 2019).

Monoparentalité

Ce facteur de risque est en lien avec l'absence de soutien du conjoint, un plus faible revenu et un cumul de stress relié à l'organisation familiale. Plusieurs études confirment que les enfants issus de familles monoparentales sont plus susceptibles d'être vulnérables sur le plan du développement (Desrosiers, 2013).

Selon l'EQDEM 2017, 14 % des enfants de maternelle étaient issus de familles monoparentales (Ordre professionnel des diététistes du Québec, 2020).

Stigmatisation et exclusion sociale

Certains groupes d'individus seraient plus susceptibles d'être victimes d'exclusion sociale ou de discrimination (p. ex. : les minorités visibles, les femmes, les personnes ayant des limitations fonctionnelles ou des handicaps invisibles comme les personnes autistes) et donc de vivre dans des conditions de vie moins favorables à la santé.

Immigration récente (moins de 5 ans)

Ce facteur est en lien avec un plus faible revenu, avec un plus faible soutien social en l'absence de réseau et avec la langue parlée à la maison. En effet, près de 60 % des enfants dont les parents **ne maîtrisent aucune des deux langues officielles** (français ou anglais) accusent un retard de vocabulaire à l'entrée à la maternelle, comparativement à 11 % des enfants vivant au sein d'une famille francophone (Janus & Duku, 2007).

La proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine du développement est plus grande chez les enfants nés à l'extérieur du Canada (34 %) que chez les enfants nés au Canada (27 %) (Falster et coll., 2018).

Déterminants liés à l'environnement physique

Qualité de l'air, de l'eau et du sol

La qualité de l'environnement physique (qualité de l'eau potable, des eaux de baignade, de l'air et des sols, qualité et sécurité des produits de consommation) a un lien étroit avec la santé des populations. De plus, il est important de noter que les enfants sont plus sensibles que les adultes à la qualité de leur environnement (National Research Council & Institute of Medicine [US], 2004). Ils sont en pleine croissance, ce qui signifie qu'ils ont tendance à consommer plus que les adultes par rapport à leur poids, et cela les expose à plus de toxines. Ces toxines peuvent aussi causer plus de dommages irréversibles chez les enfants, puisque plusieurs de leurs systèmes sont encore en développement. Il est également important de noter que les enfants se comportent différemment des adultes (ils rampent au sol, mettent des objets dans leur bouche, etc.) et n'ont pas non plus les connaissances/compétences nécessaires pour se protéger, ce qui les rend encore plus à risque (World Health Organization, 2021). Par exemple, la pollution de l'air a été associée à des troubles du développement cognitif chez l'enfant (Ferguson et coll., 2013). De plus en plus de maladies, principalement respiratoires et gastro-intestinales, sont reconnues comme étant liées à la pollution de l'air et de l'eau chez les enfants, et leur présence au sein de cette population ne fait qu'augmenter (Landrigan et coll., 2019). Certains sous-groupes sont affectés par des conditions spécifiques (les populations du Nunavik, par exemple).

Logement

Un logement insalubre, comportant de la moisissure ou surpeuplé présente un risque pour la santé des personnes. Par exemple, l'air pollué à l'intérieur des logements (par la moisissure, le tabac, les matériaux de construction, etc.) peut causer de l'irritation respiratoire, des crises d'asthme, des allergies et affecter le système nerveux central des enfants (National Research Council & Institute of Medicine [US], 2004). Le surpeuplement, quant

à lui, a été associé à plusieurs comorbidités telles que des difficultés à gérer le stress, des problématiques de santé mentale, des interactions parent-enfant plus difficiles, etc. (Weitzman et coll., 2013). Aussi, le coût élevé du logement réduit la disponibilité des ressources pour se procurer d'autres biens essentiels, ou ne permet tout simplement pas à la famille de trouver un logement approprié. Les enfants ayant vécu en situation de logement instable ou même sans logement fixe sont 25 % plus à risque d'avoir une mauvaise santé une fois adulte, et leur taux de mortalité est plus élevé à l'âge adulte. Changer souvent de domicile rend aussi les enfants plus à risque de développer des problèmes de santé mentale et de comportements, de faire de l'abus de substances, de vivre des grossesses à l'adolescence et d'avoir de mauvaises performances à l'école (Weitzman et coll., 2013).

Aménagement du territoire

L'aménagement du territoire renvoie à la manière dont les infrastructures (routes, parcs, transport en commun, services de proximité, etc.) d'une communauté sont organisées. Cet aménagement influence, entre autres, l'accès de la population à des services (p. ex. : services de santé, alimentation), à des environnements (p. ex. : parcs) ou des activités (p. ex. : activités sociales ou sportives) favorables à la santé. Il permet aussi d'optimiser l'environnement afin d'offrir une meilleure qualité de vie. Par exemple, les effets du bruit sont de plus en plus reconnus comme ne se limitant pas à causer des problèmes d'attention, mais pouvant aussi influencer le sommeil, l'apprentissage en milieu scolaire et l'acceptation sociale d'activités ou de projets. Les pratiques d'aménagement sont variées, que ce soit dans le design du quartier ou l'orientation des édifices, mais elles permettent d'atténuer ces effets (Martin & Gauthier, 2018).

Difficultés d'accès à un transport

Les conditions socio-économiques affectent la capacité des ménages à circuler librement et à vaquer à leurs occupations quotidiennes : se déplacer pour voir son médecin, trouver des logements abordables, magasiner à moindre coût, se chercher du travail, etc. Les ménages à faible revenu rencontrent une grande vulnérabilité et de grandes difficultés à se déplacer (Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health et coll., 2012). Cela nuit donc à leur accès aux services de santé, mettant les enfants plus à risque.

Déterminants liés au système de santé et des services sociaux

Les progrès dans les soins de santé et dans le développement pharmaceutique ont des effets indéniables sur l'amélioration de la santé et du bien-être. L'accès à des services de santé et à des services sociaux de qualité influence l'état de santé général de la population.

Comment agir sur les déterminants de la santé et le développement des tout-petits

Soutenue par l'OMS, la Charte d'Ottawa (1986) pour la promotion de la santé identifie plus précisément cinq grandes stratégies pour faire la promotion de la santé (Agence de la santé publique du Canada & Organisation mondiale de la Santé, 1986) :

- ✓ Le développement de politiques publiques saines
- ✓ La création de milieux favorables
- ✓ Le renforcement de l'action communautaire/développement des communautés
- ✓ Le renforcement des aptitudes individuelles
- ✓ La réorientation des services de santé

Lorsqu'un clinicien se forme pour utiliser l'ABCdaire, il renforce ses aptitudes individuelles en matière de santé et de développement des enfants de 0 à 5 ans. Conséquemment, il devient outillé pour renforcer les aptitudes individuelles des parents (stratégie 4). Cela le rend plus mobilisé pour connaître les actions, les services et les programmes disponibles dans sa communauté. Il peut ainsi procéder, au besoin, à une réorientation optimale de ses petits patients dans toutes les trajectoires possibles, ou contribuer à l'élaboration de nouvelles offres de services mieux adaptées (stratégie 1).

Sur une base individuelle, chaque suivi est aussi une opportunité d'échanger avec les parents sur leur contexte de vie. Cet échange régulier devient un **« environnement de soin favorable » à un sentiment d'accueil non stigmatisant, propice à ce que le parent puisse nommer les situations plus difficiles qu'il rencontre.** De plus, le clinicien renforce les aptitudes individuelles du parent par le biais de conseils préventifs orientés vers les meilleures pratiques. On parle ici de **prévention clinique**. Ainsi, plus qu'une visite de surveillance du développement et de la santé, la visite de suivi devient un tremplin pour la prévention.

Par ailleurs, au-delà des actions prises vis-à-vis les services eux-mêmes, ce sont les politiques publiques (stratégie 1) qui ont le plus grand impact sur les inégalités en santé. Le clinicien peut contribuer au développement de ces politiques et en favoriser l'implantation. Par exemple, les politiques d'allaitement développées dans plusieurs CHU, CISSS et CIUSSS du Québec sont le fruit de la collaboration de divers professionnels des directions jeunesse et des directions de santé publique, en partenariat avec toutes les directions des établissements et les cliniciens comme acteurs clés.

Les grandes sociétés de pédiatrie dans le monde ont des politiques et des énoncés de principes qui guident les cliniciens dans leurs actions. Ainsi, depuis 2012, en raison des preuves solides étayant les conséquences à long terme des conditions de vie difficiles pendant la petite enfance sur la santé, l'American Academy of Pediatrics fait des déclarations quant à la nécessité d'élargir les frontières de la pédiatrie afin de mieux tenir compte des environnements dans lesquels les enfants grandissent (ACEs Aware, 2021; American Academy of Pediatrics, 2021; Garner & Yogman, 2021). La Société canadienne de pédiatrie a publié des points de pratique semblables en soulignant l'importance d'identifier les déterminants sociaux de la santé chez les enfants³.

3. <https://enfantsneocanadiens.ca>

Populations en contexte de vulnérabilité

Une population en contexte de vulnérabilité est une population ayant un risque accru de problématique de santé, avec des risques cumulés dans une trajectoire de vie et par leurs conditions de vie (Frohlich & Potvin, 2008).

Cette notion s'applique aux enfants de 0 à 5 ans, qui sont souvent incapables de comprendre l'impact d'une décision ou, tout simplement, d'exprimer leurs besoins. Ils sont totalement dépendants des adultes qui les entourent, ils ne peuvent eux-mêmes protéger leurs intérêts. Les enfants issus de certaines populations (sans-abri, immigrante, autochtone, monoparentale) présentent ce risque plus élevé qui peut venir affecter leur santé négativement.

- ✓ La **sensibilité culturelle** comprend des comportements et des gestes qui sont respectueux et authentiques dans la communication verbale et non verbale afin de transmettre de façon neutre de la sensibilité et de l'appréciation à l'égard de la diversité d'autrui.
- ✓ La **compétence culturelle** est l'ensemble des capacités comportementales et politiques des systèmes ou des professionnels à travailler efficacement avec des personnes de cultures différentes en proposant des services adaptés aux besoins culturels considérés comme uniques (Leininger, 1988).

Modèle du « stress toxique » versus modèle de la « santé relationnelle » et résilience

Le **stress toxique se définit par une activation excessive ou prolongée du système physiologique de réponse au stress, en l'absence du tampon procuré par des relations sécurisantes et stables** (Garner & Yogman, 2021). Chez l'enfant, une telle exposition à l'adversité, tout particulièrement lors de ses 2 premières années de vie, peut altérer le développement normal et avoir des effets négatifs durables sur la trajectoire de santé et de développement (Center of the Developing Child, 2007; Suleman et coll., 2020). La période périnatale est un moment de grande sensibilité du développement cérébral. Des difficultés dans le développement des connexions neuronales peuvent avoir pour conséquence des anomalies dans toutes les sphères du neurodéveloppement (Sokolowski & Boyce, 2017). Des modifications de l'architecture du cerveau s'en suivent et peuvent entraîner une altération du développement des fonctions intellectuelles et des troubles du système de l'affectivité, des émotions et de la mémoire (Center of the Developing Child, 2007).

Le mécanisme par lequel cet impact se produit est lié à l'effet des hormones de stress sur l'expression des gènes impliqués dans les connexions neuronales de l'enfant (épigénétique) (Sokolowski & Boyce, 2017).

Le stress toxique est le dénominateur biologique commun entre les différentes causes d'adversité dans l'enfance (pauvreté, abus, négligence, violence familiale, problèmes de santé mentale parentale ou abus de substance, etc.). Comme les structures qui permettent au cerveau de moduler ou d'éteindre la réponse au stress deviennent matures plus tard dans la vie de l'enfant, la précocité du stress toxique influence la sévérité des atteintes.

La sécrétion prolongée d'hormone de stress entraîne aussi une réponse inflammatoire avec libération de cytokines et altération du système immunitaire (Suleman et coll., 2020). Cet impact est réversible en tout ou en partie lorsque l'enfant se trouve dans des conditions favorisant sa résilience. Le stress toxique précoce peut aussi provoquer une hyperréactivité ultérieure pour les stress mineurs avec des conséquences mentales et physiques qui persistent à l'âge adulte, telle que la susceptibilité au syndrome métabolique et aux maladies cardio-vasculaires (Center of the Developing Child, 2007 ; McCain et coll., 2011 ; Suleman et coll., 2020).

En 2012, une politique entière de l'AAP visait à mettre en lumière l'importance d'avoir un modèle éco-bio-développemental pour guider nos actions (Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health et coll., 2012).

Une mise à jour du cadre de référence a été publiée par l'AAP en août 2021 et l'organisme propose maintenant le cadre de référence de la « santé relationnelle » (Garner & Yogman, 2021).

La santé relationnelle réfère à la capacité de développer et de maintenir des relations sécurisantes, stables et nourrissantes (SSNRs : Safe, Stable and Nurturing Relationships) qui, à leur tour, préviennent l'activation extrême ou prolongée du système de réponse au stress. Elles agissent comme un tampon (*buffer*) contre l'adversité et promeuvent les habiletés nécessaires pour être **résilient dans le futur** (Garner & Yogman, 2021).

Cette mise à jour met l'accent sur le fait que le cadre de référence centré sur les menaces actuelles et à long terme sur la santé et le bien-être et le stress toxique (tels les iniquités économiques, le racisme systémique, les situations d'isolement des familles immigrantes, etc.) demeure d'actualité. Cependant, elle souligne qu'il s'agit d'un modèle centré sur le problème alors que le cadre de la santé relationnelle est centré sur la solution.

Les fondements scientifiques de ce cadre de référence incluent les notions suivantes :

- ✓ Non seulement le nouveau-né est programmé pour se connecter socialement et émotionnellement avec l'adulte donneur de soins, mais les parents du nouveau-né sont aussi « reprogrammés » pour se connecter à leur nouveau-né. Des études d'imagerie chez de nouveaux parents démontrent qu'il y a des circuits neuronaux majeurs qui changent en contexte de parentalité.
- ✓ **L'importance que l'enfant ait autour de lui des adultes engagés et à l'écoute ne cesse pas après la période néonatale.**
- ✓ La **résilience** est maintenant comprise comme étant la manifestation de capacités, de ressources et d'habiletés qui permet à certains enfants, familles et communautés de rebondir face à l'adversité (National Scientific Council on the Developing Child, 2015).
- ✓ **Il y a entre autres 5 facteurs modifiables de résilience** sur lesquels les donneurs de soins pédiatriques peuvent agir :
 - › S'assurer que les problèmes de santé mentale des parents sont pris en charge.
 - › Encourager un style parental attentif et empreint de compassion.
 - › Construire un style parental positif et des habiletés sur le plan des fonctions exécutives.

- › Enseigner l'autonomie dans les habiletés et les routines de soins personnels.
- › Utiliser des interventions centrées sur le trauma (état de stress post-traumatique ou trauma complexe) et éduquer les familles sur les traumas. (Duffee 2021).

✓ **Il est possible de s'épanouir malgré l'adversité :**

- › Il y a plus de chance qu'un enfant avec un cumul d'expériences adverses de l'enfance, mais une famille bien unie et résiliente, se trouve à bien s'épanouir malgré l'adversité en comparaison avec un enfant sans expérience adverse, mais avec des liens familiaux faibles et une faible résilience.
- › **Trois indicateurs d'une bonne capacité de s'épanouir** sont observables et peuvent être soulignés aux parents : l'enfant a de l'intérêt et de la curiosité à apprendre des choses nouvelles, l'enfant travaille pour finir ce qu'il commence, l'enfant reste calme et en contrôle devant une difficulté.

✓ **L'AAP recommande aux équipes d'offrir des soins pédiatriques qui incluent les caractéristiques suivantes :**

- › Comprendre les cadres de référence du stress toxique et de la santé relationnelle.
- › **Avoir des relations respectueuses, solidaires et fortes avec les familles** et les patients pour faciliter l'acceptation des stratégies de prévention individuelle, d'intervention et de traitement (pour ce faire, il faut prendre en charge ses biais personnels, développer une humilité culturelle et offrir des conseils culturellement adaptés).
- › Avoir des liens solides, respectueux et solidaires, et des collaborations efficaces avec les **partenaires de la communauté** qui offrent ces services.
- › Reconnaître qu'il y a un **large éventail de situations adverses**, certaines plus aiguës et d'autres liées à des situations de vie chroniques, qui peuvent déclencher la réponse de stress toxique et nuire à l'installation de relations sécurisantes, stables et nourrissantes.
- › Mettre en place des **interventions de santé publique** qui aident à prévenir le stress toxique et qui permettent d'améliorer la santé relationnelle. Elles intègrent **verticalement** :
 - Des interventions populationnelles universelles (p. ex. : politiques publiques facilitant la conciliation travail famille).
 - Des interventions destinées aux familles qui vivent des conditions défavorables sur le plan des déterminants de la santé ou des expériences adverses de l'enfance (p. ex. : insécurité alimentaire).
 - Des interventions pour aider à réparer les relations familiales compromises et affectées par des **diagnostics** liés au stress toxique (p. ex. : des approches pour faciliter l'attachement dans les familles d'accueil).
- › **Intégrer horizontalement les actions des partenaires** (de l'éducation, de la justice et des services privés) pour briser les barrières à la résilience des familles sur le palier local.

Expériences adverses de l'enfance (*adverse childhood experiences*)

Certains enfants sont particulièrement vulnérables à cause d'expériences de vie qui ont été démontrées par de nombreuses études comme étant significativement associées à des perturbations dans leur devenir à l'âge adulte.

Le Center for Disease Control and Prevention met à la disposition des cliniciens une mine d'or d'informations sur ces conditions.

Les expériences adverses de l'enfance incluent des situations potentiellement traumatiques telles :

- ✓ Vivre de la violence, de l'abus ou de la négligence.
- ✓ Être témoin de violence à la maison ou dans la communauté.
- ✓ Avoir un membre de la famille qui tente ou complète un suicide.

Elles incluent aussi des aspects de l'environnement familial qui minent leur sentiment de sécurité, de stabilité et d'attachement tels que grandir dans une famille où il y a de l'abus de substances ; des problèmes de santé mentale ; de l'instabilité causée par une séparation parentale ou l'incarcération d'un parent (Centers for Disease Control and Prevention, 2019; Duffee et coll., 2021)

La théorie des « *life course* » signale que le développement de la santé se déroule continuellement tout au long de la vie, de la conception à la mort, et est façonné par les expériences antérieures et les interactions environnementales, ce qu'on appelle en effet des **parcours de vie**.

S'ajoutent ainsi aux notions d'interactions environnementales et de périodes critiques des notions de cumul des facteurs de risque et de protection tout au long de la vie.

Il n'est jamais tard pour agir pour nos tout-petits (Halfon & Hochstein, 2002).

Politiques publiques pour favoriser le développement des enfants et diminuer les inégalités sociales de santé

Réalisé par l'Observatoire des tout-petits (Observatoire des tout-petits, 2021), un récent portrait démontre qu'il existe au Québec plusieurs politiques publiques qui peuvent avoir des répercussions positives sur le bien-être et le développement des tout-petits ainsi que sur la qualité de vie de leurs familles. Ces politiques sont élaborées et adoptées par le gouvernement du Canada, le gouvernement du Québec et les municipalités.

Parmi ces politiques, certaines visent directement le bien-être ou le développement de l'enfant, alors que d'autres cherchent à soutenir leurs parents ou à améliorer les conditions de vie des familles. En effet, le développement d'un enfant est influencé par ses expériences dans les différents environnements où il naît, vit et grandit, comme sa famille, les services éducatifs à l'enfance qu'il fréquente et sa communauté. C'est la raison pour laquelle le développement des enfants doit être soutenu par des politiques qui ciblent directement

l'enfant et par des politiques plus larges qui agissent sur tous les environnements dans lesquels évolue le tout-petit. Le portrait couvre 14 thématiques ; en voici quelques exemples.

Afin de contrer l'insécurité alimentaire, il existe plusieurs programmes, allant de **politiques alimentaires canadiennes à des banques alimentaires et des jardins collectifs**.

Plusieurs politiques publiques visent le problème du logement, principalement en finançant des habitations abordables ou en offrant des subventions aux familles dans le besoin. Ces politiques sont surtout efficaces parce qu'elles réduisent le stress des parents, leur permettent d'offrir plus de temps à leur enfant et de mettre l'argent épargné dans d'autres domaines. Aussi, des familles de toutes sortes d'origines ont accès aux logements sociaux, créant une « mixité sociale » qui permet de diminuer la discrimination et la violence dans les villes, créant un meilleur contexte de vie pour les tout-petits.

Le **revenu des familles** joue un rôle déterminant dans la vulnérabilité des enfants. Plusieurs politiques ont été conçues pour offrir des allocations (pour les enfants, pour la famille), des assurances (emploi, parentale) ou encore des réductions (crédit d'impôt, services de garde subventionnés). Il existe par exemple un supplément pour enfant handicapé qui vise à soutenir les familles prenant soin de ces enfants, puisque les coûts plus élevés qui y sont associés mettent ces familles dans une position plus vulnérable. Les services de garde subventionnés sont aussi importants, puisqu'ils permettent aux mères d'être présentes sur le marché du travail et, ainsi, de contribuer au revenu familial, ce qui est d'autant plus important pour les familles monoparentales. Le Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) permet une certaine sécurité financière pendant la période où un des parents est en arrêt de travail. Toutes ces mesures soutiennent donc les parents financièrement afin de leur permettre de mieux répondre aux besoins de leurs enfants, que ce soit pour la scolarité, l'alimentation, le logement, etc.

La **conciliation famille-travail-étude** est un autre facteur influençant le développement de l'enfant à cause du stress qu'elle occasionne chez les parents. La RQAP joue encore un rôle essentiel, en permettant à plus de mères et de pères de bénéficier du congé parental (respectivement 69,3 % en 2005 à 79,6 % en 2019, et 27,8 % en 2005 à 72 % en 2019), afin que tous aient les moyens de passer du temps avec leur bébé naissant. Un projet de loi pour favoriser la conciliation famille-travail est aussi en train d'être mis sur pied afin d'offrir plus de semaines de congé avec prestations.

Ces politiques publiques sont basées sur des preuves scientifiques (Roberts, 2012).

Oui, il est possible de diminuer les ISS.

Ainsi, on peut diviser les approches en deux grands groupes :

- ✓ Les suppléments au revenu, les prestations pour l'achat de services de santé, la mise sur pied d'activités qui font la promotion du développement de la petite enfance, le suivi et l'aide aux femmes enceintes, le développement des habiletés relationnelles.
- ✓ La réduction de l'exposition aux conditions de vie défavorables (insécurité alimentaire, environnement non sécuritaire) et/ou aux comportements défavorables à la santé (mauvaise alimentation, usage du tabac, etc.) avec des approches pour des populations en contexte de vulnérabilité.

Mackenbach affirme que les interventions gouvernementales les plus utiles sont celles qui réduisent la pauvreté elle-même (2014).

Stratégies et programme particulier pour diminuer les inégalités sociales de santé des tout-petits

Après avoir échangé avec les familles et identifié avec elles leurs besoins, l'orientation des familles vers des programmes spécifiques ou des ressources communautaires locales fait partie des soins de qualité (Fazalullasha et coll., 2014).

Il est suggéré à tout nouveau clinicien de consulter le site Internet de sa direction de santé publique et de sa direction jeunesse. De plus, il est utile de prendre contact avec les organismes de sa région pour s'assurer de bien connaître les modalités d'accès pour sa clientèle.

L'intervention nutritionnelle OLO « Mille jours pour savourer la vie »

Les enfants de 0 à 2 ans en situation de faible revenu sont plus à risque de conditions qui compromettent leur croissance et leur développement : insuffisance de poids à la naissance, insécurité alimentaire, déficit en énergie et nutriments, surpoids et obésité en vieillissant, etc. (Jutte et coll., 2010).

L'intervention nutritionnelle OLO devrait être offerte à toutes les femmes enceintes vivant sous le seuil de faible revenu familial établi par Statistique Canada, et ce, le plus tôt possible au début de la grossesse (Deschamps et coll., 2019). L'intervention nutritionnelle OLO devrait privilégier une approche d'accompagnement lors des rencontres avec les femmes enceintes et leurs familles afin de renforcer leur pouvoir d'agir et faciliter le changement de comportement.

L'intervention nutritionnelle OLO devrait comprendre au moins une rencontre mensuelle avec la femme enceinte pendant sa grossesse. Ceci correspond à au moins 6 rencontres si l'intervention nutritionnelle OLO débute à la 12^e semaine de grossesse. L'intervenante remet le nombre de coupons OLO à la femme enceinte selon le moment de sa prochaine rencontre avec une intervenante OLO afin qu'elle puisse consommer quotidiennement les aliments offerts (un œuf, un litre de lait par jour et un sac de légumes congelés par semaine). Elle remet aussi les suppléments prénataux de vitamines et minéraux à la femme enceinte afin qu'elle puisse en prendre une dose par jour tout au long de sa grossesse.

L'intervention nutritionnelle OLO devrait être offerte aux femmes suivies jusqu'à leur accouchement. Par la suite, seuls les outils de « 1000 jours pour savourer la vie » devraient être distribués aux familles pour soutenir l'acquisition de saines habitudes alimentaires chez les tout-petits et leur famille. Ce dernier volet se poursuivrait jusqu'à l'âge de 2 ans. Grâce à ce programme, les familles :

- ✓ Sont soutenues pour poursuivre l'allaitement.
- ✓ Acquièrent des connaissances sur l'alimentation et les besoins de l'enfant.
- ✓ Découvrent les ressources de leur communauté.
- ✓ Reçoivent une trousse à outils.
- ✓ Amorcent l'aventure parentale avec une plus grande confiance.

Le rôle du clinicien est de connaître ces ressources et d'en parler positivement aux futures familles. Par le biais de l'avis de grossesse ou du guichet jeunesse de son CIUSSS ou CIUSSS, le clinicien peut indiquer au CLSC qu'une famille en devenir bénéficierait de ce programme.

SIPPE (Services Intégrés en Périnatalité et pour la Petite Enfance)

Les SIPPE s'inscrivent dans un continuum d'intervention en promotion de la santé et en prévention pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ils ont pour objet de soutenir la santé et le développement des jeunes enfants dès la 12^e semaine de grossesse, et peuvent être offerts aux familles jusqu'à l'entrée à l'école.

Ils comportent des services de promotion et de prévention individualisés, précoces, intensifs et de longue durée, offerts par un intervenant privilégié.

Les domaines d'intervention sont ceux de l'attachement, du développement de l'enfant, des besoins de base, des soins médicaux, de la santé préventive et du réseau de soutien.

Le cadre de référence du programme définit les critères d'admission suivants (Painchaud Guérard, 2021) :

- ✓ Toute femme enceinte et son partenaire ou encore tout parent responsable d'un enfant de moins de 12 mois.
- ✓ Vivant sous le seuil de faible revenu.
- ✓ Présentant au moins un facteur de risque parmi les suivants : sous-scolarisation et/ou isolement social.

De nombreuses **portes d'entrée** peuvent être utilisées pour faciliter le recrutement d'une proportion optimale de la clientèle admissible : suivi de grossesse par les groupes de médecine familiale, les sages-femmes ou les gynécologues-obstétriciens, avis de grossesse, organismes communautaires ou programme OLO, éducation prénatale de groupe ou en ligne, accouchement ou vaccination de l'enfant, etc. Les stratégies employées peuvent varier d'une région à l'autre selon l'organisation des services.

Bien que les SIPPE puissent offrir un accompagnement aux familles jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 5 ans, **l'entrée dans le programme doit s'effectuer avant son 12^e mois de vie**. En effet, il est démontré que les bénéfices des programmes de type SIPPE sont plus importants lorsque les familles y entrent pendant la grossesse ou tôt après la naissance de l'enfant.

Les parents d'un premier enfant ont plus de chances de retirer des bénéfices de l'intervention parce qu'ils y sont plus ouverts et n'ont pas déjà adopté de comportements problématiques, lesquels sont plus faciles à prévenir en amont qu'à modifier lorsqu'ils ont déjà été bien installés avec un autre enfant.

Service de garde éducatif de qualité

La fréquentation d'un service de garde éducatif à l'enfance de qualité est un **déterminant de protection prioritaire** pour le développement global des jeunes enfants. Les enfants qui vivent en situation de vulnérabilité économique ou qui éprouvent des difficultés dans une ou plusieurs sphères de leur développement ont particulièrement besoin de ce soutien adapté à leur situation pour réaliser leur plein potentiel, à condition qu'il soit de qualité (**Recommandation A**) (Ministère de la Famille, 2021). Dans la région de Montréal, le programme Interventions éducatives précoces (IÉP) permet d'augmenter la fréquentation des services de garde éducatifs de qualité et la capacité de répondre aux besoins spécifiques de ces enfants vulnérables (Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique

& Santé Canada, 1994). Il s'agit, entre autres, de places dédiées à cette clientèle par une collaboration entre les intervenants des CISSS et les services de garde éducatifs à l'enfance ou les haltes-garderies communautaires. Ce programme intervient en amont afin de favoriser le développement optimal des tout-petits et faciliter leur transition vers l'école.

Maternelle 4 ans

Ce programme vise à favoriser le développement global de l'enfant et s'inscrit en continuité avec le programme éducatif des services de garde éducatifs du Québec et en amont du programme d'éducation préscolaire destiné aux enfants de 5 ans.

La maternelle 4 ans est déployée de manière progressive dans les écoles de la province. Elle **n'est pas un service obligatoire**. Son déploiement à plus large échelle bonifie l'offre de services éducatifs du Québec.

Chaque enfant est unique et ses besoins le sont tout autant. L'objectif de la maternelle 4 ans est d'amener chaque jeune à exploiter son plein potentiel. C'est pourquoi tous les enfants sont admissibles à la maternelle 4 ans à temps plein. **La maternelle 4 ans peut être particulièrement utile aux enfants qui ne sont jamais allés en garderie ou qui ne bénéficient pas d'une place dans un milieu de garde de qualité**. L'enseignante utilisera des approches éducatives pour aider les tout-petits à développer leur plein potentiel. Elle est d'ailleurs formée pour identifier les enfants qui pourraient avoir des difficultés à la maternelle et pour les orienter vers les bonnes ressources.

Le programme de la maternelle 4 ans vise le développement global de chaque enfant en lui offrant des défis adaptés à ses besoins et à ses intérêts. **Le jeu est le contexte privilégié** dans le développement de l'enfant. L'enfant réalise ainsi des apprentissages qui lui permettent de s'exprimer, d'expérimenter, de structurer sa pensée et d'élaborer sa vision du monde.

Promotion, soutien et protection de l'allaitement

L'allaitement est aujourd'hui considéré comme un important enjeu de santé. Comme il constitue la norme biologique pour l'alimentation des nourrissons, les organismes compétents recommandent l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois de vie et, par la suite, l'allaitement avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés jusqu'à 2 ans ou au-delà (Institut national de santé publique du Québec, 2018).

Ainsi, près de 90 % des femmes québécoises entreprennent l'allaitement à la naissance. Toutefois, peu d'entre elles allaitent de façon exclusive à 6 mois et poursuivent leur allaitement jusqu'à 1 an ; bon nombre de femmes rencontrent des difficultés avec l'allaitement, lesquelles auraient pu être évitées avec un soutien professionnel approprié en prénatal, durant le travail, à la naissance de même qu'après la naissance. En conséquence, plusieurs femmes arrêtent l'allaitement, ou l'allaitement exclusif, plus tôt qu'elles ne l'avaient souhaité, souvent avant même d'avoir quitté la maternité.

Vous trouverez, dans la section des « Documents utiles pour les professionnels, » le chapitre portant sur l'allaitement, des ressources pour soutenir les femmes dans leurs décisions quant à l'alimentation de leurs bébés (Dionne et coll., 2001 ; Organisation mondiale de la Santé, 2003 ; Santé Canada, 2012).

Actions et activités des organismes communautaires

De manière générale, les organismes communautaires favorisent l'action visant à contrer l'exclusion et à promouvoir l'égalité. Ils luttent contre la pauvreté et la discrimination, et travaillent à l'amélioration des conditions de vie des citoyens. Les organismes communautaires autonomes, de manière générale, œuvrent dans plusieurs secteurs contribuant à l'amélioration des conditions de vie des familles et des enfants (petite enfance, familles, femmes, immigrants, sécurité alimentaire, logement, défense des droits, soutien aux parents d'enfants handicapés, hébergement pères-enfants, éducation, etc.).

Plus précisément, les organismes communautaires autonomes du secteur de la famille ont comme mission de soutenir les mères et les pères dans l'exercice de leur rôle auprès de leurs enfants et de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des familles dans les milieux dans lesquels ils sont implantés. On compte parmi eux les organismes communautaires Famille et les centres de ressources périnatales. Afin de remplir leur mission, les organismes communautaires mènent des actions de soutien social, d'éducation de la population et d'assistance matérielle. Ces actions ont comme principale caractéristique d'être adaptées aux réalités et aux besoins des familles, qui varient d'une communauté à l'autre.

Si l'enfant ne fait pas l'objet d'un programme spécifique, le clinicien doit connaître son milieu pour guider les familles vers les ressources appropriées dans sa communauté, par exemple à l'aide de la ligne téléphonique 2-1-1 qui donne accès à un répertoire local de ces ressources⁴.

Littératie

La littératie en santé fait référence aux connaissances, à la motivation et aux compétences nécessaires pour trouver, comprendre, évaluer et utiliser l'information en santé en vue de prendre des décisions dans la vie de tous les jours au regard de l'utilisation des services de santé, des mesures de prévention et de promotion de la santé, et ceci en vue de maintenir ou d'améliorer la santé et la qualité de vie tout au long du parcours de vie des personnes (Sorensen et coll., 2012 ; OMS, 2013).

Certains organismes communautaires ont des actions de facilitation pour les familles.

En milieu clinique, il est possible de contribuer au développement de la littératie en santé des parents. Voici quelques stratégies :

Stratégies pour mieux communiquer avec les parents

Communication verbale

- › Utiliser un langage usuel, non médical
- › Parler clairement et plus lentement
- › Limiter le contenu à 3 messages-clés
- › Répéter les messages-clés
- › S'assurer que le parent a bien compris l'information

4. <https://www.211quebecregions.ca/>

Communication écrite

- › Utiliser du matériel avec un degré de langage équivalant à une 5e ou à une 6e année du primaire
- › Utiliser des phrases courtes et simples
- › Éviter le jargon médical ; définir au besoin
- › Limiter le contenu à des messages-clés
- › Séparer l'information en sections définies
- › Réviser le contenu avec le patient en soulignant les points importants
- › Utiliser des aides visuelles
- › Utiliser des illustrations simples, en évitant les détails superflus
- › Utiliser des modèles à manipuler
- › Utiliser des vidéos ou des liens Internet pour des vidéos en ligne

(Adapté de Hersh et coll., 2015)

Pédiatrie sociale en communauté

Développée par le Dr Gilles Julien, la pédiatrie sociale en communauté est une approche de santé globale intégrant à la médecine, la pratique du droit et les sciences sociales, permettant :

- ✓ D'offrir des soins et des services intégrés et personnalisés aux enfants en difficulté âgés de 0 à 18 ans.
- ✓ De dépister, de réduire ou d'éliminer les stress toxiques nuisant à leur développement dans le respect de l'ensemble de leurs droits fondamentaux.
- ✓ De redonner aux jeunes et à leur famille du pouvoir et de l'espoir afin de reprendre le contrôle de leur vie tout en étant accompagnés par leur communauté et les établissements.

La pédiatrie sociale cherche à soutenir les familles en situation de vulnérabilité en permettant à tous les enfants d'accéder aux soins et services dont ils ont besoin et en mettant la communauté au cœur de la prise en charge de l'enfant (Fondation Dr Julien, 2021). La pédiatrie sociale est en continuité avec les programmes et les politiques de santé publique qui ont une approche populationnelle.

Conclusion

Les enfants les plus à risque sur le plan de leur développement sont aussi les plus réceptifs aux interventions et aux environnements stimulants (Boivin et coll., 2012).

Les outils de l'ABCdaire permettent aux cliniciens d'offrir à chaque enfant et à sa famille une rencontre médicale avec une approche complète et de qualité. La surveillance de la santé et du développement est offerte à tous, en plus d'une guidance complète et adaptée en matière de prévention clinique et de conseils généraux. Les cliniciens exercent ainsi une action importante de promotion de la santé et de prévention primaire. Évidemment, cela n'est possible que si chaque famille dispose d'un clinicien formé et disponible. L'accessibilité est un enjeu important et l'interdisciplinarité entre les infirmières et les médecins fait partie de la solution.

Par ailleurs, bien comprendre à quel point les inégalités sociales de santé affectent le devenir des enfants motive le clinicien à prendre le temps d'une manière distincte pour certaines familles. Au fait du rôle capital qu'il exerce quand il prend soin de questionner les familles à propos de leur quotidien sur le plan des déterminants sociaux, le clinicien devient partie prenante de l'amélioration des chances des enfants en contexte de vulnérabilité en identifiant les besoins, les ressources et les gestes qui peuvent changer leur trajectoire de vie. Certains enfants ont déjà un cumul de stress toxique et l'on se doit de leur donner des opportunités de développer leur résilience. Réduire les inégalités sociales de santé qui sont évitables et injustes ne peut être accompli que par des équipes arrimées, des politiques publiques et des approches intersectorielles.

Pour soutenir la collecte d'information auprès des familles sur les déterminants sociaux de la santé, l'équipe de l'ABCdaire vous offre le **Questionnaire Famille**. Il vous aidera à repérer les enfants en contexte de vulnérabilité et à valider le désir du parent de recevoir de l'aide. Vous trouverez ce document et son guide d'utilisation dans **la section Outils, sur le site Web de l'ABCdaire du suivi collaboratif 0-5 ans du CHU Sainte-Justine**.

D'autres éléments de questionnement ont aussi été ajoutés dans la section « Contexte de vie » des feuilles de suivi autour de certains déterminants sociaux.

Références

- ACEs Aware. (2021). Trauma-Informed Care. ACEs Aware. <https://bit.ly/3LNmOiA>
- Agence de la santé publique du Canada & Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé*. Gouvernement du Canada. <https://bit.ly/3BGNfC6>
- American Academy of Pediatrics. (2021). *AAP Equity Agenda*. AAP. <https://bit.ly/3H4VhWj>
- Belsky, D. W., Moffitt, T. E., Arseneault, L., Melchior, M. & Caspi, A. (2010). Context and Sequelae of Food Insecurity in Children's Development. *American Journal of Epidemiology*, 172(7), 809-818. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq201>
- Blanchet, C. & Rochette, L. (2011). *Sécurité et insécurité alimentaire chez les Québécois : Une analyse de la situation en lien avec leurs habitudes alimentaires*. Institut national de santé publique du Québec.
- Boivin, M., Hertzman, C., Barr, R. G., Boyce, W. T., Fleming, A., MacMillan, H., Odgers, C., Sokolowski, M. B. & Trocmé, N. (2012). *Early Childhood Development : Adverse Experiences and Developmental Health*. Royal Society of Canada & Canadian Academy of Health Sciences.
- Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou, G., Borgès Da Silva, R., Comeau, Y. & Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : Une revue de la littérature. *Santé publique*, 27, 27-37. <https://bit.ly/3BAXeB0>
- Center of the Developing Child. (2007). *InBrief : The Science of Early Childhood Development*. 2.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Preventing Adverse Childhood Experiences : Leveraging the Best Available Evidence*. National Center for Injury Prevention and Control.

- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *État de situation : Portrait de la périnatalité et de la petite enfance au Québec* (p. 249) [Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux].
- Deschamps, J., Boyer, É., Duplessis Brochu, M. & Fondation Olo. (2019). *L'intervention nutritionnelle Olo—Cadre de référence*. 60.
- Desrosiers, H. (2013). *Conditions de la petite enfance et préparation pour l'école : L'importance du soutien social aux familles*. 18, 16.
- Dionne, S., Jetté, S., Guay, L., Saint-Germain, M.-J. & Veilleux, S. (2001). *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
<https://bit.ly/3s5qvlv>
- Dubois, L., Francis, D., Burnier, D., Tatone-Tokuda, F., Girard, M., Gordon-Strachan, G., Fox, K. & Wilks, R. (2011). *Household Food Insecurity and Childhood Overweight in Jamaica and Québec : A gender-based Analysis*. *BMC Public Health*, 11, 199. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-199>
- Duffee, J., Szilagyi, M., Forkey, H., Kelly, E. T., Council on Community Pediatrics, Council on Foster Care, Adoption and Kinship Care, Council on Child Abuse and Neglect & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2021). Trauma-Informed Care in Child Health Systems. *Pediatrics*, 148(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052579>
- Falster, K., Hanly, M., Banks, E., Lynch, J., Chambers, G., Brownell, M., Eades, S. & Jorm, L. (2018). Maternal Age and Offspring Developmental Vulnerability at Age Five : A Population-based Cohort Study of Australian Children. *PLoS Medicine*, 15(4), e1002558.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002558>
- Fazalullasha, F., Taras, J., Morinis, J., Levin, L., Karmali, K., Neilson, B., Muskat, B., Bloch, G., Chan, K., McDonald, M., Makin, S. & Ford-Jones, E. L. (2014). From Office Tools to Community Supports : The Need for Infrastructure to Address the Social Determinants of Health in Paediatric Practice. *Paediatrics & Child Health*, 19(4), 195-199.
<https://doi.org/10.1093/pch/19.4.195>
- Ferguson, K. T., Cassells, R. C., MacAllister, J. W. & Evans, G. W. (2013). The Physical Environment and Child Development : An International Review. *International journal of psychology : Journal internationale de psychologie*, 48(4), 437-468.
<https://doi.org/10.1080/00207594.2013.804190>
- Fondation Dr Julien. (2021). Le modèle de pédiatrie sociale en communauté. *Fondation D'Julien*. <https://fondationdrjulien.org/la-psc/le-modele/>
- Frohlich, K. & Potvin, L. (2008). The Inequality Paradox : The Population Approach and Vulnerable Populations. *American journal of public health*, 98, 216-221.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>
- Fuller, B., Caspary, G., Kagan, S., Gauthier, C., Huang, D., Carroll, J. & McCarthy, J. (2002). Does Maternal Employment Influence Poor Children's Social Development? *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 470-497. <https://bit.ly/33CPWrH>
- Garner, A. & Yogman, M. (2021). Preventing Childhood Toxic Stress : Partnering With Families and Communities to Promote Relational Health. *Pediatrics*, 148(2), e2021052582.
<https://doi.org/10.1542/peds.2021-052582>
- Groulx, S., Pakenham, C., Québec (Province) & Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://bit.ly/36nvMmp>

Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique & Santé Canada. (1994). *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Santé Canada.

Gundersen, C., Lohman, B., Eisenmann, J., Garasky, S. & Stewart, S. (2008). Child-Specific Food Insecurity and Overweight Are Not Associated in a Sample of 10- to 15-Year-Old Low-Income Youth. *The Journal of nutrition*, 138, 371-378. <https://doi.org/10.1093/jn/138.2.371>

Guyon, A., Lemieux, V. & Perreault, R. (2016). *Soutenir la prévention clinique : Comment faire mieux ?* Gouvernement du Québec.

Haeck, C. & Lefebvre, P. (2016). A Simple Recipe : The Effect of a Prenatal Nutrition Program on Child Health at Birth. *Labour Economics*, 41, 77-89. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2016.05.003>

Halfon, N. & Hochstein, M. (2002). Life Course Health Development : An Integrated Framework for Developing Health, Policy, and Research. *The Milbank Quarterly*, 80(3), 433-479, iii. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00019>

Hersh, L., Salzman, B. & Snyderman, D. (2015). Health Literacy in Primary Care Practice. *American Family Physician*, 92(2), 118-124.

Institut de la statistique du Québec. (2004, 2012). Zone 0-5 ans - Environnement physique et social. Statistique Québec. <https://bit.ly/3p6dUTM>

Institut de la statistique du Québec. (2012). Zone 0-5 ans — Environnement familial. Statistique Québec. <https://bit.ly/3lnK7O5>

Institut de la statistique du Québec. (2020). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle*. Statistique Québec. <http://statistique.quebec.ca/eqdem>

Institut national de santé publique du Québec. (2016a). *Principaux déterminants de la santé — Caractéristiques, expériences et comportements individuels*. INSPQ. <https://bit.ly/3p6em4q>

Institut national de santé publique du Québec. (2016b). *Principaux déterminants de la santé - Environnement social*. INSPQ. <https://bit.ly/3JFTUiz>

Institut national de santé publique du Québec. (2017). *Déterminants de la santé*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante>

Institut national de santé publique du Québec. (2018). *Allaitement | Information périnatale*. INSPQ. <https://inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/allaitement>

Janus, M. & Duku, E. (2007). The School Entry Gap : Socioeconomic, Family, and Health Factors Associated With Children's School Readiness to Learn. *Early Education and Development - EARLY EDUC DEV*, 18(3), 375-403. <https://doi.org/10.1080/10409280701610796a>

Julien, D., Clément, M.-È. & Lévesque, S. (2019). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4^e édition de l'enquête* (p. 150). Institut de la statistique du Québec.

Jutte, D. P., Roos, N. P., Brownell, M. D., Briggs, G., MacWilliam, L. & Roos, L. L. (2010). The Ripples of Adolescent Motherhood : Social, Educational, and Medical Outcomes for Children of Teen and Prior Teen Mothers. *Academic Pediatrics*, 10(5), 293-301. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.06.008>

Kirkpatrick, S. I. & Tarasuk, V. (2008). Food Insecurity is Associated with Nutrient Inadequacies among Canadian Adults and Adolescents. *The Journal of Nutrition*, 138(3), 604-612. <https://doi.org/10.1093/jn/138.3.604>

- Lambert, R., St-Pierre, J., Lemieux, L., Chapados, M., Lapointe, G., Bergeron, P., Choinière, R., Leblanc, M.-F. & Trudel, G. (2014). *Avenues politiques : Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé*. Institut national de santé publique du Québec.
https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1822_Avenues_Politiques_Reducire_ISS.pdf
- Landrigan, P. J., Fuller, R., Fisher, S., Suk, W. A., Sly, P., Chiles, T. C. & Bose-O'Reilly, S. (2019). Pollution and Children's Health. *The Science of the Total Environment*, 650(Pt 2), 2389-2394.
<https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2018.09.375>
- Lavoie, A., Gingras, L., & Audet, N. (2019). *Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2017*. Statistique Québec.
- Leininger, M. M. (1988). Leininger's Theory of Nursing : Cultural Care Diversity and Universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160. <https://doi.org/10.1177/089431848800100408>
- Li, J., Johnson, S. E., Han, W.-J., Andrews, S., Kendall, G., Strazdins, L. & Dockery, A. (2014). Parents' Nonstandard Work Schedules and Child Well-being : A Critical Review of the Literature. *The Journal of Primary Prevention*, 35(1), 53-73. <https://doi.org/10.1007/s10935-013-0318-z>
- Mackenbach, J. P. (1994). Socioeconomic Inequalities in Health in The Netherlands : Impact of a Five Year Research Programme. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 309(6967), 1487-1491.
<https://doi.org/10.1136/bmj.309.6967.1487>
- Maisonneuve, C., Blanchet, C. & Hamel, D. (2014). *L'insécurité alimentaire dans les ménages québécois : Mise à jour et évolution de 2005 à 2012*. 12.
- Martin, R. & Gauthier, M. (2018). *Meilleures pratiques d'aménagement pour prévenir les effets du bruit environnemental sur la santé et la qualité de vie : Guide*. Institut national de santé publique du Québec.
- McCain, M. N., Mustard, J. F. & McCuaig, K. (2011). *Early Years Study 3 : Making Decisions, Taking Action*.
- Ministère de la Famille. (2021). *Consultation sur les services de garde éducatifs à l'enfance*. Gouvernement du Québec.
<https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/cahier-consultation-SGEE.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Guide des bonnes pratiques en prévention clinique*. MSSS Québec.
<https://www.msss.gouv.qc.ca/aide-decision-app/conclusion.php?situation=pc-adulte>
- National Research Council & Institute of Medicine (US). (2004). *Influences on Children's Health. Dans Children's Health, The Nation's Wealth : Assessing and Improving Child Health*. National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92200/>
- National Scientific Council on the Developing Child. (2015). *Supportive Relationships and Active Skill-Building Strengthen the Foundations of Resilience : Working Paper No. 13*. Center on the Developing Child at Harvard University. <https://bit.ly/3H8RFm2>
- Observatoire des tout-petits. (2019a). *Répartition des mères de 25-54 ans avec enfants de moins de 6 ans selon le statut d'activité*. <https://bit.ly/35hf5Zv>
- Observatoire des tout-petits. (2019b). *Répartition des naissances selon la scolarité de la mère (dernier niveau réussi)*. Observatoire des tout-petits. <https://bit.ly/3la2eXA>
- Observatoire des tout-petits. (2021). *Que faisons-nous au Québec pour nos tout-petits et leur famille ? Portrait des politiques publiques* (p. 270) [Portrait]. Fondation Lucie et André Chagnon.

Ordre professionnel des diététistes du Québec. (2020). *Pour une meilleure prise en charge nutritionnelle en 1^{re} ligne pendant la grossesse et chez les 0-5 ans*. 7.

Organisation mondiale de la Santé (Éd.). (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*.

Painchaud Guérard, G. (2021). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Cadre de référence* (Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux). Gouvernement du Québec.

Pampalon, R., Hamel, D., Alix, C., Landry, M., Institut national de santé publique du Québec & Vice-présidence aux affaires scientifiques. (2013). *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec : Rapport de recherche*. Institut national de santé publique du Québec.

Poissant, J. & Institut National de santé publique du Québec. (2015). *Les inégalités sociales de santé et la petite enfance*. Inégalités sociales de santé, Besançon. <https://bit.ly/3p0ksTB>

Pulgarón, E. R. (2013). Childhood Obesity : A Review of Increased Risk for Physical and Psychological Comorbidities. *Clinical Therapeutics*, 35(1), A18-32. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2012.12.014>

Roberts, H. (2012). *What Works in Reducing Inequalities in Child Health—Second edition*. Policy Press.

Santé Canada. (2012, septembre 13). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois* [Éducation et sensibilisation]. <https://bit.ly/3LSCW2y>

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>

Sokolowski, M. B. & Boyce, W. T. (2017). *Relations entre l'épigénétique et l'adversité pendant l'enfance et le risque pour le développement*. 8.

Soto, J. C., Chauvet, M. L., Groulx, S. & Provost, S. (2010). Pratiques cliniques préventives et besoins pour leur intégration chez des médecins d'un centre hospitalier universitaire à Montréal. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 101(1), 65-71. <https://doi.org/10.1007/BF03405565>

Statistique Canada. (2021, juin 10). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes— Composante annuelle (ESCC)*. Gouvernement du Canada. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226

Suleman, S., Ratnani, Y., Loock, C., Stockley, K., Bennett, S., Jetty, R., Smart, K., Gander, S. & Section de la pédiatrie sociale. (2020, septembre 14). *Ce que peuvent faire les pédiatres pour soutenir les enfants et les adolescents pendant la pandémie de COVID-19*. Société canadienne de pédiatrie. <https://bit.ly/3HaBogu>

Weitzman, M., Baten, A., Rosenthal, D. G., Hoshino, R., Tohn, E. & Jacobs, D. E. (2013). Housing and Child Health. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 43(8), 187-224. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2013.06.001>

World Health Organization. (2021). *Children's Environmental Health*. WHO. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/children-environmental-health>