



# Portrait de santé 2021 de la population de la Capitale-Nationale

---

## Santé des 0-5 ans

---

Direction de santé publique du Centre intégré universitaire  
de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale  
Novembre 2021

Ce document est une réalisation de la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale.

#### **Coordination**

Judith Rose-Maltais, Équipe Planification/évaluation, équité en santé, surveillance/vigie, administration (PESA)

Mélanie St-Onge, Service Planification/évaluation, équité en santé, surveillance/vigie, administration (PESA)

#### **Analyse des données statistiques et rédaction**

Isabelle Mauger, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe PESA

#### **Collaboration - actions régionales**

Monik St-Pierre, agente de planification, de programmation et de recherche, service Développement sain et global des individus (DSGI) – Périnatalité-Petite enfance

Julie Fortier, agente de planification, de programmation et de recherche, service DSGI – Périnatalité-Petite enfance

Marie-Michèle Dubeau, agente de planification, de programmation et de recherche, service Modes de vie et environnements sains et sécuritaires

#### **Relecture**

Myriam Duplain, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe PESA

Monik St-Pierre, agente de planification, de programmation et de recherche, service DSGI – Périnatalité-Petite enfance

Julie Fortier, agente de planification, de programmation et de recherche, service DSGI – Périnatalité-Petite enfance

#### **Mise en forme**

Marie-Josée Paquet, technicienne en administration, équipe PESA

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet

[www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca](http://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca)

Dépôt légal, Bibliothèques et Archives nationales du Québec, 2021

ISBN : 978-2-550-81958-5

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source en soit mentionnée.

Référence suggérée :

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Portrait de santé 2021 de la population de la Capitale-Nationale. Santé des 0-5 ans*. Québec, Direction de santé publique, 2021, 43 p.

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

# TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures .....	4
Liste des tableaux.....	6
Liste des sigles et des acronymes .....	7
Introduction.....	8
Faits saillants .....	9
Information méthodologique.....	10
<b>I. DÉMOGRAPHIE</b>	
- Population d'enfants de 0-5 ans .....	11
- Naissances vivantes .....	12
- Variation des naissances .....	13
- Naissances multiples .....	14
- Natalité .....	15
- Indice synthétique de fécondité .....	16
- Fécondité chez les 15 à 19 ans et les 35 et plus .....	17
<b>II. CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES</b>	
- Structure familiale .....	18
- Vivre avec un seul parent .....	19
- Vivre en situation de faible revenu.....	20
- Revenu moyen et médian après impôt des familles biparentales .....	21
- Revenu moyen et médian après impôt des familles monoparentales .....	22
- Scolarité des mères .....	23
<b>III. DÉVELOPPEMENT</b>	
- Naissances de faible poids .....	24
- Naissances prématurées .....	25
- Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine .....	26
- Maltraitance .....	27
- Développement des enfants à la maternelle .....	28
<b>IV. HOSPITALISATION ET MORTALITÉ</b>	
- Hospitalisation en soins physiques de courte durée chez les enfants de moins de un an .....	29
- Hospitalisation en soins physiques de courte durée chez les enfants de 1-5 ans .....	30
- Mortalité chez les enfants .....	31
<b>SOURCE DES DONNÉES ET RÉFÉRENCES</b>	
I. Démographie.....	32
II. Conditions socioéconomiques.....	34
III. Développement .....	36
IV. Hospitalisation et mortalité .....	38
<b>INFORMATION COMPLÉMENTAIRE.....</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXES</b>	
Annexe A – Territoires sociosanitaires de la Capitale-Nationale.....	41
Annexe B – Mesure du panier de consommation – MPC .....	42

## LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Répartition (% , n) des 0-5 ans par RLS, Capitale-Nationale, 2020.....	<u>11</u>
Figure 2.	Évolution de la proportion des 0-5 ans, Capitale-Nationale, 1984 à 2020.....	<u>11</u>
Figure 3.	Proportion des 0-5 ans pour chacun des territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2020.....	<u>11</u>
Figure 4.	Répartition (% , n) des naissances vivantes par RLS, Capitale-Nationale, 2019.....	<u>12</u>
Figure 5.	Évolution du nombre annuel de naissances vivantes, Capitale-Nationale, 1983 à 2019.....	<u>12</u>
Figure 6.	Variation des naissances par RLS, Capitale-Nationale, 2015 à 2019.....	<u>13</u>
Figure 7.	Variation des naissances par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015 à 2019 .....	<u>13</u>
Figure 8.	Évolution des naissances multiples, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019 .....	<u>14</u>
Figure 9.	Natalité par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019.....	<u>15</u>
Figure 10.	Natalité par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019 .....	<u>15</u>
Figure 11.	Évolution de la natalité, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019 .....	<u>15</u>
Figure 12.	ISF (nombre moyen d'enfants par femme) par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019 .....	<u>16</u>
Figure 13.	ISF (nombre moyen d'enfants par femme) par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019 .....	<u>16</u>
Figure 14.	Évolution de l'ISF (nombre moyen d'enfants par femme), Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019.....	<u>16</u>
Figure 15.	Fécondité chez les 15-19 ans par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019 .....	<u>17</u>
Figure 16.	Fécondité chez les 15-19 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019 .....	<u>17</u>
Figure 17.	Évolution de la fécondité chez les 15-19 ans, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019 .....	<u>17</u>
Figure 18.	Évolution de la fécondité par groupe d'âge chez les 35 ans et plus, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019 .....	<u>17</u>
Figure 19.	Répartition de la structure des familles avec enfants de 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2016.....	<u>18</u>
Figure 20.	Enfants de 0-5 ans vivant avec un seul parent par RLS, Capitale-Nationale, 2016.....	<u>19</u>
Figure 21.	Enfants de 0-5 ans vivant avec un seul parent par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2016.....	<u>19</u>
Figure 22.	Évolution de la proportion des 0-5 ans vivant avec un seul parent, Capitale-Nationale, 1996 à 2016.....	<u>19</u>
Figure 23.	Enfants de 0-5 ans vivant sous la MPC par RLS, Capitale-Nationale, 2015.....	<u>20</u>
Figure 24.	Enfants de 0-5 ans vivant sous la MPC par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015.....	<u>20</u>
Figure 25.	Taux de prestataires d'aide sociale, enfants de 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, mars 2020.....	<u>20</u>
Figure 26.	Revenu moyen des familles biparentales par RLS, Capitale-Nationale, 2015.....	<u>21</u>
Figure 27.	Revenu moyen des familles biparentales par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015.....	<u>21</u>
Figure 28.	Revenu médian des familles biparentales par RLS, Capitale-Nationale, 2015.....	<u>21</u>
Figure 29.	Revenu médian des familles biparentales par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015 .....	<u>21</u>
Figure 30.	Revenu moyen des familles monoparentales par RLS, Capitale-Nationale, 2015.....	<u>22</u>
Figure 31.	Revenu moyen des familles monoparentales par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015 .....	<u>22</u>
Figure 32.	Revenu médian des familles monoparentales par RLS, Capitale-Nationale, 2015.....	<u>22</u>
Figure 33.	Revenu médian des familles monoparentales par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015.....	<u>22</u>
Figure 34.	Répartition des naissances selon le niveau de scolarité de la mère par RLS, Capitale-Nationale, période 2017-2019 .....	<u>23</u>
Figure 35.	Répartition des naissances selon le niveau de scolarité de la mère par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2017-2019 .....	<u>23</u>
Figure 36.	Évolution des naissances selon le niveau de scolarité de la mère, Capitale-Nationale, périodes 2005-2007 à 2017-2019 ...	<u>23</u>
Figure 37.	Naissances de faible poids par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019.....	<u>24</u>
Figure 38.	Évolution des naissances de faible poids, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019.....	<u>24</u>

## LISTE DES FIGURES

---

Figure 39.	Naissances de faible poids selon l'âge et la scolarité de la mère, Capitale-Nationale, période 2015-2019 .....	24
Figure 40.	Naissances prématurées par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019 .....	25
Figure 41.	Évolution des naissances prématurées, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019 .....	25
Figure 42.	Naissances prématurées selon l'âge et la scolarité de la mère, Capitale-Nationale, période 2015-2019 .....	25
Figure 43.	Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019 .....	26
Figure 44.	Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019 .....	26
Figure 45.	Évolution des naissances ayant un retard de croissance intra-utérine, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019 .....	26
Figure 46.	Signalements retenus, enfants de 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2018-2019.....	27
Figure 47.	Évolution des signalements retenus, enfants de 0-5 ans, Capitale-Nationale, périodes 2008-2009 à 2018-2019.....	27
Figure 48.	Évaluations fondées avec sécurité ou développement compromis, enfants de 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2018-2019.....	27
Figure 49.	Évolution des évaluations fondées avec sécurité ou développement compromis, enfants de 0-5 ans, Capitale-Nationale, périodes 2008-2009 à 2018-2019.....	27
Figure 50.	Enfants à la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement par RLS, Capitale-Nationale, 2017.....	28
Figure 51.	Enfants à la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2017.....	28
Figure 52.	Hospitalisation lors de la première année de vie par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019 .....	29
Figure 53.	Hospitalisation lors de la première années de vie par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019 .....	29
Figure 54.	Évolution de l'hospitalisation lors de la première année de vie, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019 .....	29
Figure 55.	Répartition de l'hospitalisation lors de la première année de vie selon le diagnostic, Capitale-Nationale, période 2015-2019 .....	29
Figure 56.	Hospitalisation chez les 1-5 ans par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019 .....	30
Figure 57.	Hospitalisation chez les 1-5 ans par territoire de CSLC, Capitale-Nationale, période 2015-2019.....	30
Figure 58.	Évolution de l'hospitalisation chez les 1-5 ans, Capitale-Nationale, périodes 1991-1995 à 2015-2019 .....	30
Figure 59.	Répartition de l'hospitalisation chez les 1-5 ans selon le diagnostic, Capitale-Nationale, période 2015-2019.....	30
Figure 60.	Évolution de la mortalité chez les moins de un an, Capitale-Nationale, périodes 1984-1988 à 2014-2018.....	31
Figure 61.	Répartition des causes de mortalité les plus fréquentes chez les moins de un an, Capitale-Nationale, période 2014-2018.....	31
Figure 62.	Évolution de la mortalité chez les 1-5 ans (taux p. 100 000) Capitale-Nationale, périodes 1984-1988 à 2014-2018.....	31

## LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau I.	Répartition des 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2020.....	<u>11</u>
Tableau II.	Répartition des naissances vivantes par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2019.....	<u>12</u>
Tableau III.	Naissances multiples par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019.....	<u>14</u>
Tableau IV.	Naissances multiples par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019.....	<u>14</u>
Tableau V.	Familles recomposées et monoparentales (%) avec enfants de 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2016.....	<u>18</u>
Tableau VI.	Caractéristiques des enfants et des familles associées à un plus grand risque de vulnérabilité à la maternelle, EQPPEM, 2017.....	<u>28</u>
Tableau VII.	Principales causes de mortalité (rang) chez les 1 à 5 ans, ensemble du Québec, période 2014-2018.....	<u>31</u>

## LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

---

CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DES	Diplôme d'études secondaires
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle
EQPPEM	Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISF	Indice synthétique de fécondité
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ISS	Inégalités sociales de santé
MPC	Mesure du panier de consommation
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OLO	Œuf, lait, orange/légumes
OMS	Organisation mondiale de santé
PNS	Plan national de surveillance
RLS	Réseau local de services
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

## INTRODUCTION

---

Ce module thématique du *Portrait de santé 2020 de la population de la Capitale-Nationale* présente des données sur la santé des 0-5 ans et il sera mis à jour aux cinq ans. Il s'inscrit dans le mandat légal de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants découlant de la Loi sur la santé publique (Publications Québec, 2021). La surveillance vise à informer régulièrement les décideurs, les intervenants, les médias et la population sur l'état de santé et ses déterminants dans le but d'influencer ou de soutenir la mise en place de services ou conditions favorisant le maintien, l'amélioration ou le rétablissement de la santé.

Au Québec, ce mandat de surveillance populationnelle est balisé par le *Plan national de surveillance* (PNS) regroupant actuellement près de mille indicateurs provenant de plus de cent cinquante sources. Les productions de surveillance ne se limitent pas aux modules thématiques du portrait de santé. Par exemple, certaines sont réservées aux données du recensement canadien et aux enquêtes de santé réalisées par Statistique Canada et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

L'exercice de la surveillance repose sur trois questions fondamentales :

- 1) Quelle est la situation selon les données les plus récentes?
- 2) Quelles sont les différences entre les sous-groupes de la population?
- 3) Si les données le permettent, quelle est la tendance temporelle?

Ce portrait a été réalisé dans le but de soutenir la réflexion des acteurs concernés et la mise en place de mesures d'intervention en périnatalité et en petite enfance dont la mission vise le développement et le bien-être des enfants et de leur famille. La santé périnatale et les conditions socioéconomiques dans lesquelles les enfants évoluent agissent autant sur leur santé physique que sur leur développement social et émotif ou leur réussite éducative, d'où l'importance de se préoccuper de la santé de nos tout-petits.

Ce document présente des indicateurs de santé et des caractéristiques sociodémographiques ayant une influence sur le développement de l'enfant à l'échelle locale, c'est-à-dire des données disponibles pour les territoires des centres locaux de services communautaires (CLSC). Ces indicateurs sont regroupés sous quatre sections : la démographie, les conditions socioéconomiques, le développement ainsi que l'hospitalisation et la mortalité.

Les caractéristiques de l'état de santé des tout-petits présentés dans ce document permettront de mieux connaître les conditions d'existence des plus jeunes et des familles de la région de la Capitale-Nationale ainsi que de constater les écarts de santé observés en fonction des territoires de résidence et des inégalités sociales de santé.

Pour la majorité des indicateurs, les données sont présentées par des fiches spécifiques comportant trois zones d'information :

- CE DONT IL S'AGIT : espace descriptif offrant de l'information utile à la compréhension des données;
- CONSTATS : zone regroupant les données illustrées par divers graphiques et les principaux constats d'analyse;
- ACTIONS RÉGIONALES : espace présentant des exemples de services ou d'activités en promotion/prévention.



## FAITS SAILLANTS

---

Dans l'ensemble, les tout-petits de la Capitale-Nationale se portent bien. D'un point de vue régional, les conditions socioéconomiques sont plus favorables que pour l'ensemble du Québec et plusieurs gains ont été réalisés en lien avec la santé des nouveau-nés, tels que la diminution de la proportion de naissances prématurées, du taux de fécondité chez les femmes de 15-19 ans et de la mortalité chez les tout-petits. Toutefois, la maltraitance envers nos enfants est une situation préoccupante, de même que les inégalités sociales de santé dans la région. Les enfants ne sont pas tous égaux face aux conditions qui favorisent leur développement optimal et de grandes disparités existent au sein de notre région. En agissant tôt dans le parcours de vie des enfants et dans celui de leur famille, il est possible d'influencer les différents aspects de la santé et de réduire les écarts liés aux inégalités sociales de santé (ISS) et territoriaux.

- En 2020, les enfants de 0-5 ans représentent environ 6 % de la population totale de la région et ce poids relatif est variable d'un territoire à l'autre, passant de 3,1 % à 7,6 %.
- La Capitale-Nationale, tout comme l'ensemble du Québec, a connu une hausse importante de naissances entre 2005 et 2011. Depuis les dernières années, le nombre de naissances tend à diminuer.
- L'évolution des naissances, pour la période 2015 à 2019, varie d'un territoire de CLSC à un autre. La majorité des territoires connaît une diminution des naissances à des degrés différents et seulement deux territoires poursuivent leur croissance.
- Après une augmentation de l'indice synthétique de fécondité (ISF), une légère tendance à la diminution est maintenant observée. Il est maintenant à 1,48 pour 2019, s'éloignant ainsi du seuil de renouvellement des générations qui est de 2,1 enfants par femme.
- Le taux de fécondité a grandement diminué chez les 15-19 ans et il est en hausse constante chez les 35-39 ans.
- Dans la région de la Capitale-Nationale, 11,1 % des enfants âgés de 0-5 ans vivent avec un seul parent. Cette proportion varie entre 7 % et 24 % selon les territoires de CLSC.
- La proportion des tout-petits vivant en situation de pauvreté, selon la mesure du panier de consommation (MPC), est de 6,7 % pour la région et varie entre 2,7 % à 19,4 % selon les territoires de CLSC.
- Les nourrissons ont des mères de plus en plus scolarisées. Pour la région, près de 50 % des bébés nés durant la période 2017-2019 avaient une mère avec un diplôme universitaire, comparativement à 38 % en 2005-2007. On note aussi une légère tendance à la diminution des nourrissons ayant une mère sans diplôme d'études secondaires (DES), passant de 3,4 % en 2005-2007 à 1,9 % en 2017-2019.
- En ce qui concerne la santé des nouveau-nés, il y a une certaine stabilité de la proportion de nouveau-nés de faible poids ainsi que prématurés depuis 1985-1989 et une diminution des naissances ayant un retard intra-utérin est observée.
- Certains enfants à la maternelle sont plus à risque de rencontrer des difficultés d'apprentissage scolaire et social. C'est le cas pour 25 % des enfants de la Capitale-Nationale. Certaines caractéristiques des enfants, des parents et des familles sont associées à cette vulnérabilité.
- Le taux de signalements retenus à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), ainsi que le taux d'évaluations jugées fondées avec la sécurité ou le développement de l'enfant compromis, est en hausse dans la région, et ce, depuis 2008-2009. Tout comme pour plusieurs indicateurs, de grandes disparités existent au sein des territoires de la Capitale-Nationale.
- Au cours de leur première année de vie, certains enfants peuvent être hospitalisés plusieurs fois principalement en raison des conditions reliées à leur naissance. Il s'agit d'un taux de 91 276 hospitalisations pour 100 000 enfants de moins de un an. L'hospitalisation chez les enfants de 1-5 ans est beaucoup moins fréquente que chez les moins de un an : 5 453 hospitalisations pour 100 000 enfants.

Dans la région, la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, en collaboration avec les partenaires du milieu, propose plusieurs actions et offre de nombreux services pour soutenir, et ce, dès leur conception, le développement et le bien-être des tout-petits et de leur famille. Ses actions visent à agir sur des déterminants associés au milieu de vie des familles. Elle propose une offre de service individualisée dès la conception de l'enfant à naître, que ce soit en nutrition, en éducation périnatale, au soutien à l'allaitement, au soutien aux pratiques parentales, à la prévention de problèmes de santé buccodentaire, etc., jusqu'aux interventions concertées et systémiques pour favoriser la création d'environnements favorables et la mise en œuvre de politiques visant le développement global de l'enfant et de sa réussite éducative.

Il importe de poursuivre le travail et de trouver de nouvelles approches afin de rejoindre le plus grand nombre de familles et, tout particulièrement, les familles provenant de milieux vulnérables afin de tendre vers l'équité en santé et ainsi favoriser le développement global de tous les enfants.

## INFORMATION MÉTHODOLOGIQUE

---

Ce document regroupe plusieurs statistiques exprimées en taux (p. 1 000 ou p. 10 000) ou en proportion caractérisant les conditions de vie, la démographie et l'état de santé des tout-petits de la région de la Capitale-Nationale. La majorité des indicateurs sont présentés pour chacun des quatre réseaux locaux de services (RLS) ainsi que pour les treize territoires de CLSC (voir Annexe A).

Tous les indicateurs retenus sont traités selon la dernière période disponible, celle-ci variant selon les sources de données utilisées. Une définition des indicateurs se retrouve dans la zone « Ce dont il s'agit » de chacune des fiches.

Les données sont comparées à la valeur québécoise afin de déterminer les territoires qui se démarquent par une différence statistique (au seuil 0,05). Un code de couleur est utilisé pour indiquer qu'une valeur est significativement plus élevée ou moins élevée que le reste du Québec :

Situation par rapport au reste du Québec  
■ Avantageuse ■ Comparable ■ Désavantageuse

Les données précédées du symbole « \* » doivent être utilisées avec prudence, car leur coefficient de variation entre 15 % et 25 % indique un manque de fiabilité. Les données illustrées par le symbole « \*\* » signifient qu'elles sont trop peu fiables pour être inscrites en raison de leur coefficient de variation supérieur à 25 %. Dans ces cas, il est possible de voir la tendance probable dans la longueur du bâtonnet du graphique.

Les données ont été extraites à l'Infocentre de santé publique de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et auprès du système d'information Projet intégration jeunesse (PIJ).

Il importe de préciser que les données populationnelles exploitées en surveillance de la santé :

- ne sont jamais disponibles en temps réel en raison de la fréquence des collectes de données, du délai du traitement et de validation, des standard de diffusion, etc.);
- sont soumises à des règles méthodologiques (standard des statistiques reconnu pour le calcul des indicateurs, mesure de fiabilité et de précision);
- sont soumises à des règles éthiques en vertu de la protection de la confidentialité;
- sont utiles principalement pour établir des tendances (disparité selon les territoires, sexe, groupe d'âge, variation temporelle, etc.);
- ne présentent pas de valeurs exactes, mais constituent de bons estimés de la réalité;
- sont moins précises lorsqu'on diminue la taille des populations auxquelles elles sont appliquées.

**Ce dont il s'agit** – Calculée par l'ISQ pour tous les ministères et organismes publics afin de soutenir divers exercices de planification, la population totale est une projection démographique basée sur les données de recensement de Statistique Canada auxquelles sont appliquées des procédures statistiques qui tiennent compte des dernières tendances de mortalité, fécondité et en migrations (internes et externes) qui pourraient s'observer dans cette population. Les projections de la population sont des données officielles pour tous les organismes publics pour établir la structure de la population parce que les données régulières du recensement canadien ne sont pas corrigées, il s'agit d'une photo au moment du recensement en 2016 (ISQ, 2019) Concernant les figures présentées, la répartition de la population représente l'ensemble des données pour la Capitale-Nationale, tandis que la proportion représente les données pour chacun des territoires de CLSC, c'est-à-dire le poids relatif des tout-petits par territoire.

Fig. 1 – Répartition (% , n) des 0-5 ans par RLS, Capitale-Nationale, 2020

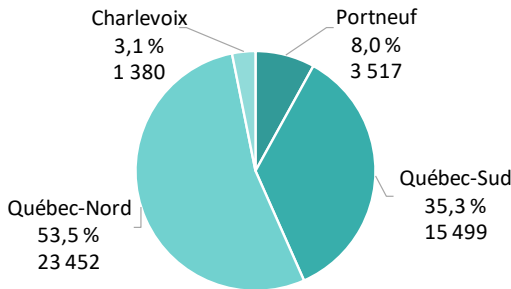


Fig. 2 – Évolution de la proportion des 0-5 ans, Capitale-Nationale, 1984 à 2020

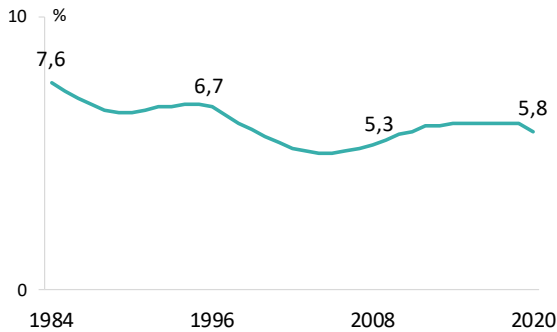
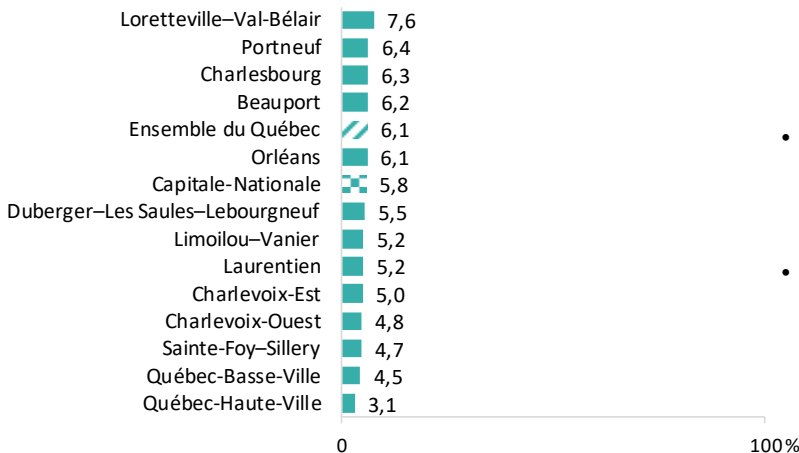


Tableau I. Répartition des 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2020

TERRITOIRE DE CLSC	Proportion %	Nbre
Portneuf	8,0	3517
Laurentien	7,5	3268
Dubergier–Les Saules–Lebourgneuf	6,6	2880
Sainte-Foy–Sillery	9,0	3926
Québec-Haute-Ville	2,7	1170
Québec-Basse-Ville	2,8	1209
Limoilou–Vanier	6,9	3046
Loretteville–Val-Bélair	19,4	8486
Charlesbourg	16,1	7071
Beauport	12,9	5652
Orléans	5,1	2243
Charlevoix-Ouest	1,4	620
Charlevoix-Est	1,7	760
<b>Capitale-Nationale</b>	<b>100 %</b>	<b>43 848</b>
<b>Ensemble du Québec</b>		<b>522 105</b>

Fig. 3 – Proportion des 0-5 ans pour chacun des territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2020



**Constats**

- En 2020, la Capitale-Nationale compte près de 44 000 enfants de 0-5 ans, dont la répartition varie considérablement d'un territoire à l'autre. Un peu plus de la moitié des 0-5 ans de la Capitale-Nationale habite dans le RLS Québec-Nord (Fig. 1). Plus précisément, près de 20 % des tout-petits de la Capitale-Nationale habitent le territoire de Loretteville–Val-Bélair (Tableau I).
- Depuis les années 1980, une diminution du poids relatif des tout-petits dans la population générale est observée (Fig. 2). Les 0-5 ans représentent 5,8 % de la population de la Capitale-Nationale qui compte 755 459 personnes au total (donnée non présentée).
- En regardant la proportion des 0-5 ans pour chacun des territoires de CLSC, on constate que la population totale de Loretteville–Val-Bélair est constituée de près de 8 % d'enfants de 0-5 ans et que la population de Québec-Haute-Ville est composée de 3 % de 0-5 ans (Fig. 3).

**Ce dont il s'agit** – Une naissance vivante est définie comme une expulsion ou une extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non, et que le placenta soit demeuré ou non attaché (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2008), cela exclut donc les mortinaissances.

Fig. 4 – Répartition (% , n) des naissances vivantes par RLS, Capitale-Nationale, 2019

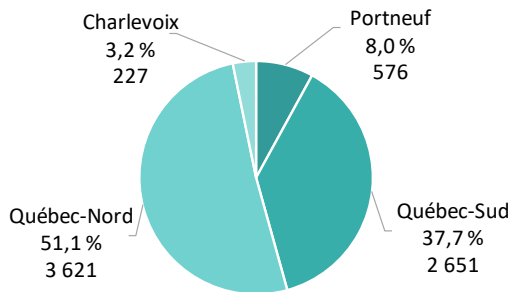
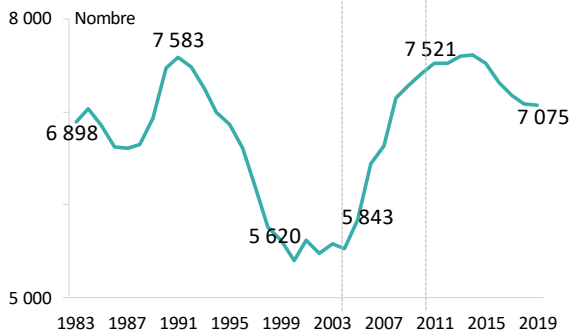


Fig. 5 – Évolution du nombre annuel de naissances vivantes, Capitale-Nationale, 1983 à 2019



Note: 2005-2011 : croissance rapide des naissances

Tableau II. Répartition des naissances vivantes par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2019

TERRITOIRE DE CLSC	Proportion %	N <sup>bre</sup>
Portneuf	8,1	576
Laurentien	7,2	509
Duberge-Les Saules-Lebourgneuf	6,8	480
Sainte-Foy-Sillery	9,0	640
Québec-Haute-Ville	3,3	230
Québec-Basse-Ville	3,1	220
Limoilou-Vanier	8,1	572
Loretteville-Val-Bélair	18,1	1 281
Charlesbourg	15,4	1 092
Beauport	12,7	902
Orléans	4,9	346
Charlevoix-Ouest	1,3	94
Charlevoix-Est	1,9	133
<b>Capitale-Nationale</b>	<b>100 %</b>	<b>7 075</b>
<b>Ensemble du Québec</b>		<b>82 872</b>

## Constats

- Le RLS de Québec-Nord compte un peu plus de la moitié des bébés nés en 2019 (près de 3 600) (Fig. 4).
- Le territoire de Loretteville-Val-Bélair est celui où nous retrouvons la proportion la plus élevée de nouveau-nés de la Capitale-Nationale (Tableau II).
- Après la croissance rapide des naissances entre 2005 et 2011, le nombre tend maintenant à diminuer depuis les dernières années pour s'établir à 7 075 naissances en 2019 (Fig. 5). Selon les dernières données de l'ISQ (ISQ, 2021), le nombre de naissances estimé pour 2020 est de 6 887 pour la Capitale-Nationale (donnée non présentée).
- Pour l'année 2019, 46 % des naissances étaient des premiers-nés, 35 % étaient le second enfant de leur mère, 13 % le troisième et 6 % le quatrième ou plus (données non présentées).

*Le nombre de naissances varie à travers les années. Ainsi, on peut avancer l'hypothèse que le nombre de naissances pourrait continuer à diminuer au cours des prochaines années. En effet, puisqu'il y avait moins de naissances entre 2000 et 2004 (années correspondant au creux de la courbe de naissance, Fig. 5), il y aura donc moins de femmes en âge d'avoir des enfants dans quelques années.*

**Ce dont il s'agit** — La variation des naissances permet d'observer l'évolution des naissances pour une période donnée et pour un territoire donné. Pour le présent cas, il s'agit de l'écart entre 2015 et 2019. Une proportion positive signifie que les naissances augmentent, une proportion négative, qu'elles diminuent. Un taux zéro, ou près de zéro, signifie que le mouvement des naissances est stable. Une croissance importante peut exercer une certaine pression sur les ressources dédiées à la petite enfance (ex. : vaccination des nourrissons, suivi médical, service de garde).

Fig. 6 – Variation des naissances par RLS, Capitale-Nationale, 2015 à 2019

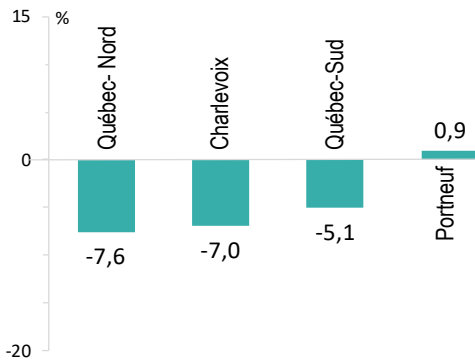
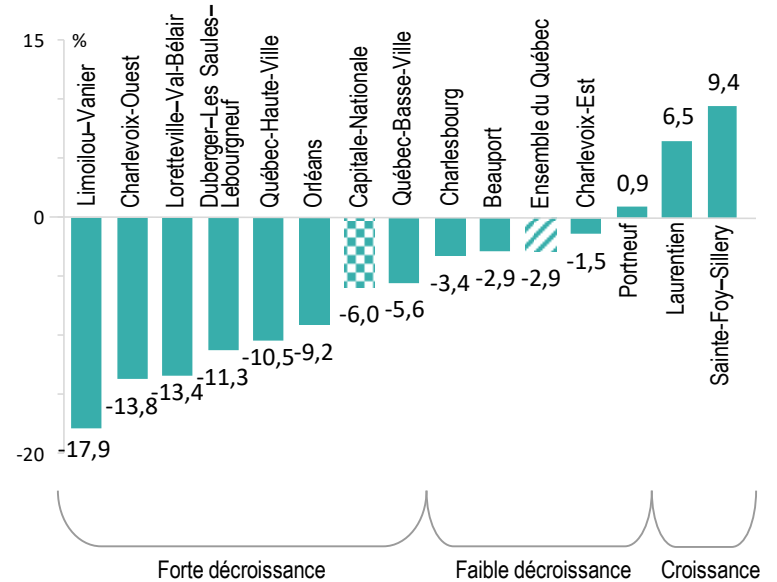


Fig. 7 – Variation des naissances par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015 à 2019



## Constats

- Entre 2015 et 2019, seul le RLS de Portneuf connaît une stabilité des naissances; les autres RLS connaissent plutôt une décroissance des naissances (Fig. 6).
- La diminution des naissances touche tous les territoires de CLSC de la région, à l'exception des territoires de Laurentien et de Sainte-Foy-Sillery, qui connaissent une augmentation des naissances entre 2015 et 2019, et de Portneuf, qui est stable. La décroissance des naissances est plus prononcée pour sept territoires de CLSC (Fig. 7).

*Il y a dix ans, l'ensemble des territoires de CLSC, de même que la Capitale-Nationale et l'ensemble du Québec, avait connu une croissance des naissances assez importante.*

- *Pour la période 2005 à 2009, le territoire de Portneuf avait connu une augmentation de 36,6 % des naissances (donnée non présentée). Pour cette même période, la Capitale-Nationale avait connu une augmentation de 25 % des naissances. Avec la diminution de 6 % des naissances pour la région, il est donc possible d'affirmer qu'y a un revirement de situation.*
- *Cette différence peut s'expliquer par l'augmentation rapide des naissances entre 2005 et 2011 et la tendance à la baisse des naissances que nous connaissons depuis les dernières années (voir Fig. 5 de la fiche « Naissances vivantes »).*

**Ce dont il s'agit** – Il s'agit du développement simultané de plusieurs fœtus dans la cavité utérine. Le calcul des naissances multiples considère uniquement les naissances vivantes. Un enregistrement est entré pour chaque naissance vivante pour le type de naissance et non pas pour un accouchement (ex. : les jumeaux sont enregistrés comme deux nouveau-nés provenant d'une naissance double et non comme un accouchement de jumeaux).

Les grossesses multiples constituent une préoccupation en matière de santé publique, car celles-ci sont plus souvent associées au faible poids à la naissance, à la prématurité, à la paralysie cérébrale, à la mortalité infantile et à des problèmes de santé maternelle (Agence de la santé publique du Canada, 2013).

Tableau III. – Naissances multiples par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019

TERRITOIRE DE CLSC	Proportion %	N <sup>bre</sup> a m <sup>1</sup>
Portneuf	3,0	17
Québec-Sud	2,7	72
Québec-Nord	2,8	104
Charlevoix	*2,8	6

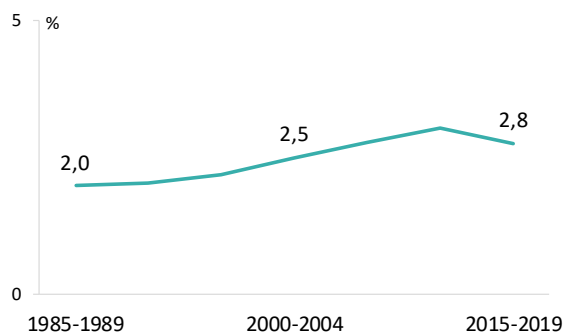
<sup>1</sup>N<sup>bre</sup> a m : nombre annuel moyen

Tableau IV. – Naissances multiples par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019

TERRITOIRE DE CLSC	Proportion %	N <sup>bre</sup> a m <sup>1</sup>
Portneuf	3,0	17
Laurentien	2,6	13
Duburger–Les Saules–Lebourgneuf	2,8	14
Sainte-Foy–Sillery	2,1	13
Québec-Haute-Ville	3,6	8
Québec-Basse-Ville	*2,6	6
Limoilou–Vanier	2,8	17
Loretteville–Val-Bélair	2,5	34
Charlesbourg	3,0	33
Beauport	2,7	25
Orléans	3,2	12
Charlevoix-Ouest	*2,0	< 5
Charlevoix-Est	*3,3	< 5
<b>Capitale-Nationale</b>	<b>2,9</b>	<b>211</b>
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>2,9</b>	<b>2 484</b>

<sup>1</sup>N<sup>bre</sup> a m : nombre annuel moyen

Fig. 8 – Évolution des naissances multiples, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019



## Constats

- La quasi-totalité des naissances multiples est issue de grossesses impliquant deux bébés. Les autres cas de naissances multiples sont principalement des triplés, tandis que les naissances de quadruplés, quintuplés, etc. sont des événements très rares.
- Les naissances multiples représentent environ 3 % des naissances dans la région. La proportion est relativement similaire d'un RLS à l'autre (Tableau III).
- Lorsqu'on regarde chacun des territoires de CLSC, les naissances multiples sont, en proportion, un peu plus nombreuses dans les territoires de Québec-Haute-Ville et d'Orléans (Tableau IV)
- Depuis la période 1985-1989, on observe une tendance à la hausse des naissances multiples (Fig. 8). L'augmentation de l'âge à la maternité, conjuguée au recours plus fréquent à certaines techniques de procréation assistée, expliquent en grande partie cette croissance (ISQ, 2012 , Statistique Canada, 2020).

**Ce dont il s'agit** — La natalité est le nombre de naissances au sein d'une population. On parle plutôt du taux de natalité au sein d'une population; c'est le rapport entre le nombre de naissances vivantes enregistrées par la population pour une période donnée, exprimé pour mille habitants. Le taux de natalité est fortement influencé par la structure d'âge de la population et reflète non seulement la fécondité des femmes, mais aussi leur poids dans la population (Infocentre de l'INSPQ, 2018). Ainsi, pour les mêmes taux de fécondité par âge, une population avec une proportion élevée de femmes en âge de procréer (15-49 ans) aura un taux de natalité supérieur à celui d'une population ayant une proportion plus faible de femmes de ce groupe d'âge.

Fig. 9 – Natalité par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019

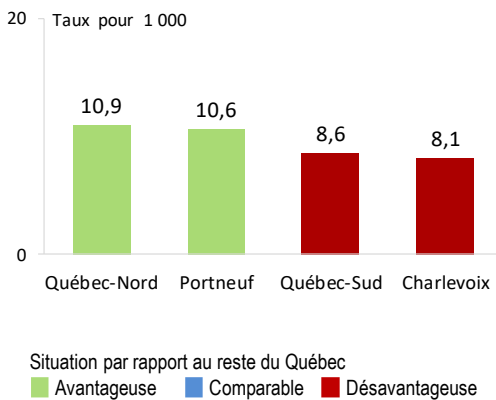


Fig. 10 – Natalité par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019

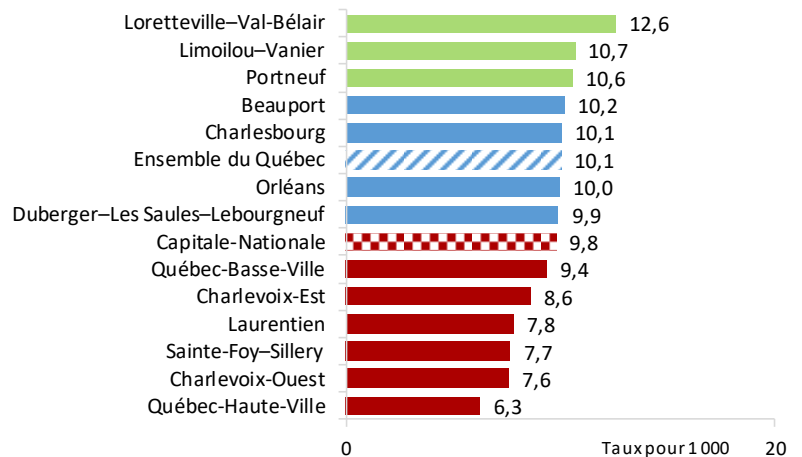
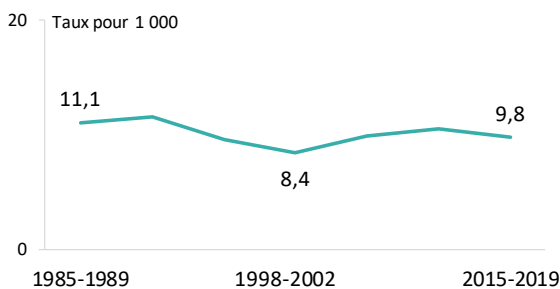


Fig. 11 – Évolution de la natalité, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019



### Constats

- Les RLS de Québec-Nord et de Portneuf présentent un taux de natalité significativement plus élevé que celui du reste du Québec (Fig. 9).
- Selon les territoires de CLSC, le taux de natalité pour la période 2015-2019 varie entre 6 et 13 naissances pour 1 000 habitants (Fig. 10).
- Bien que le taux de natalité ait connu une baisse importante jusqu'au début des années 2000, une légère remontée est observée depuis, semblable à la courbe des naissances (Fig. 11).
- Au Canada, le taux de natalité est également en diminution, passant de 11,4 pour 1 000 habitants en 2008 à 9,9 pour 1 000 en 2019 (données non présentées, Statistique Canada, 2021).

**Ce dont il s'agit** – L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants que les femmes de 15-49 ans auront au cours de leur vie. Cela réfère au nombre d'enfants qu'aurait hypothétiquement une femme au cours de sa vie reproductive, si elle connaissait les taux de fécondité par âge observés au cours d'une période. Cet indice statistique permet de mesurer la tendance d'une population à augmenter ou à diminuer naturellement (ne tient pas compte des flux migratoires). Un ISF de 2,1 enfants par femme permet d'assurer le renouvellement naturel d'une population ([ISQ, 2019](#)).

Fig. 12 – ISF (nombre moyen d'enfants par femme) par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019

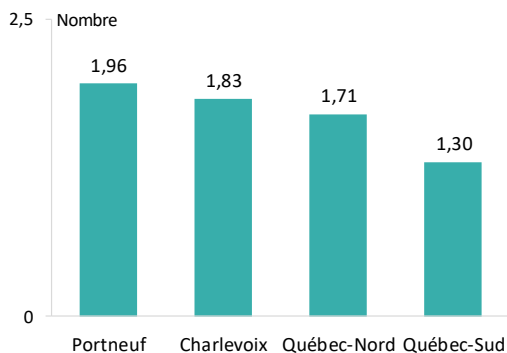


Fig. 13 – ISF (nombre moyen d'enfants par femme) par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019

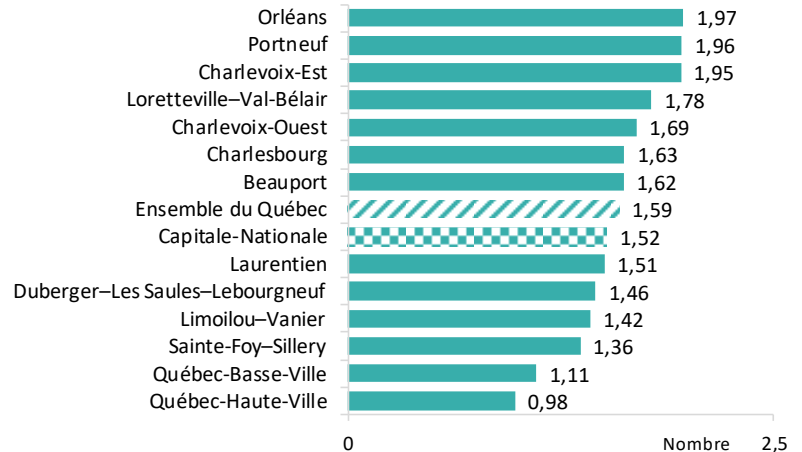
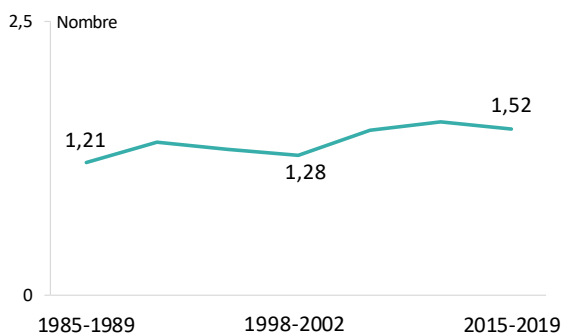


Fig. 14 – Évolution de l'ISF (nombre moyen d'enfants par femme), Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019



## Constats

- Le RLS Portneuf est le seul se rapprochant le plus du seuil de renouvellement des générations (ISF de 2,1 enfants par femme) (Fig. 12).
- L'ISF varie beaucoup selon les territoires de CLSC. Par exemple, on peut compter en moyenne deux enfants par femme à Orléans alors que pour Québec-Haute-Ville, on compte moins d'un enfant par femme. Il y a donc, une proportion plus grande de femmes n'ayant pas eu d'enfants sur ce territoire.
- Les territoires d'Orléans, de Portneuf et de Charlevoix-Est présentent les valeurs les plus élevées, ceux se rapprochant le plus du seuil de renouvellement naturel des générations (ISF de 2,1 enfants par femme) (Fig. 13).
- Au niveau régional, même si l'ISF connaît actuellement une diminution, il demeure néanmoins au-dessus des valeurs observées à la période 1985-1989 (Fig. 14).
- Parmi l'ensemble des régions sociosanitaires, la Capitale-Nationale présente, avec Montréal (ISF de 1,38), les ISF les plus bas de la province en 2019 : 1,48 enfant par femme (donnée non présentée, [Deschênes et Girard, 2020](#)).
- Dans la décennie 1950, au Québec comme au Canada, l'ISF était d'environ 4 enfants par femmes (donnée non présentée, [ISQ, 2021](#)) Au Canada, l'ISF a également diminué depuis les dernières années, passant de 1,69 enfant par femme en 2008 à 1,47 enfant par femme en 2019 (données non présentées, [Statistique Canada, 2020](#))



**Ce dont il s'agit** – La fécondité est le nombre de naissances vivantes de mères d'un groupe d'âge pour une période donnée, divisé par la population féminine du même groupe d'âge pour la même période. Il ne faut pas confondre cet indicateur avec le taux de grossesses qui englobe les naissances vivantes, les mortinaissances, les interruptions volontaires de grossesses (IVG) et les avortements spontanés (Infocentre de l'INSPQ, 2015).

Plusieurs actions en santé publique ont été mises en place afin de diminuer la proportion de naissances auprès des adolescentes en raison des nombreux facteurs de risque, autant pour l'enfant que pour la mère, qui sont largement documentés. Toutefois, les femmes âgées de 35 ans et plus sont aussi à risque. La fécondité chez les adolescentes et les femmes âgées de 35 ans et plus est associée à un plus grand risque de naissances de faible poids, de naissances prématurées et de mortalité infantile. Les femmes de 35 ans et plus sont plus susceptibles de souffrir d'hypertension, de diabète gestationnel, de placenta prævia (localisation anormale du placenta) et présentent des risques plus élevés de complications et d'interventions lors de l'accouchement ou de subir une césarienne (Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

Fig. 15 – Fécondité chez les 15-19 ans par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019

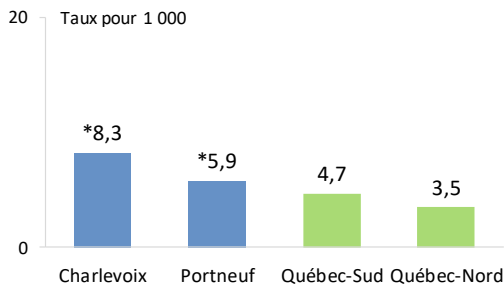


Fig. 16 – Fécondité chez les 15-19 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019

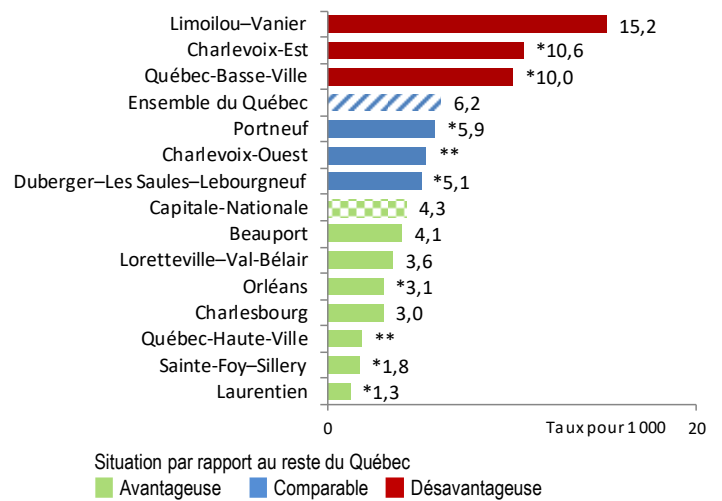


Fig. 17 – Évolution de la fécondité chez les 15-19 ans, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019

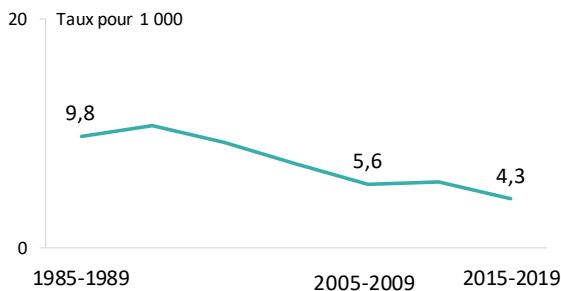
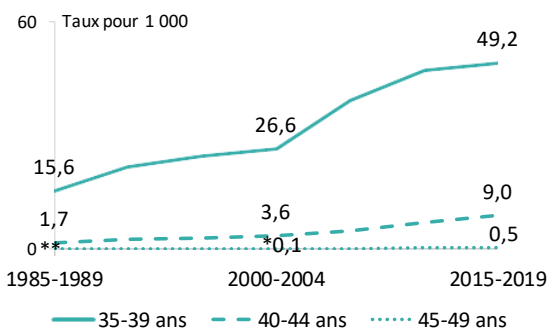


Fig. 18 – Évolution de la fécondité par groupe d'âge chez les 35 ans et plus, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019

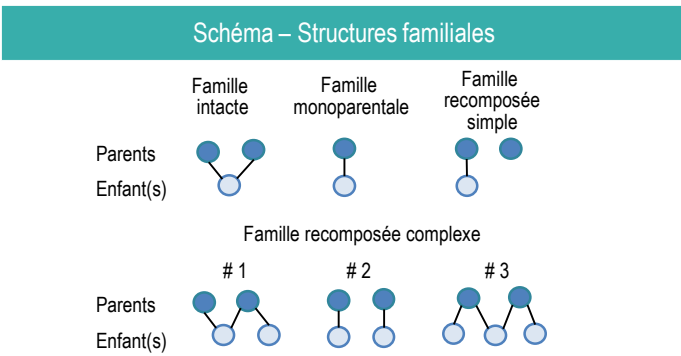


- ### Constats
- Le taux de fécondité chez les adolescentes des RLS de Québec-Sud et de Québec-Nord est inférieur à celui du reste du Québec (Fig. 14). Par contre, les territoires de CLSC de Limoilou-Vanier et de Basse-Ville, tous dans le RLS Québec-Sud, ont des taux supérieurs au reste du Québec (Fig. 15).
  - La fécondité chez les 15-19 ans a connu une diminution importante à travers les années. Par exemple, dans les années 1990, le territoire regroupé de Basse-Ville-Limoilou-Vanier avait un taux autour de 40 pour 1 000. Cette diminution est principalement due à l'entrée en vigueur de l'ordonnance collective de la contraception, incluant la contraception orale d'urgence (COU) (Fig. 16).
  - Le taux de fécondité, qui est en hausse chez les femmes de 35 ans et plus, est plus marquée depuis les 15 dernières années, plus précisément chez les 35-39 ans (Fig. 17). Il n'est donc pas étonnant de constater que l'âge moyen des mères à la naissance du premier enfant est de 29 ans, soit 4 ans plus tard qu'en 1983 (donnée non présentée, ISQ, 2021)

**Actions régionales** – Plusieurs actions de santé publique sont mises en place pour prévenir la grossesse à l'adolescence, telles que journées annuelles de concertation sur la promotion d'une sexualité saine et responsable chez les jeunes par et pour les organismes communautaires jeunesse; distribution de condoms auprès des infirmières scolaires et des intervenants jeunesse; diffusion de l'outil de sensibilisation destiné aux parents des élèves de 5<sup>e</sup> secondaire *Pour une sortie de bal et d'après-bal inoubliable*; présentation de la pièce de théâtre *Embrasse-moi (si tu veux)* dans certaines écoles secondaires; approche *École en santé*; accompagnement de milieux scolaires pour la promotion d'une sexualité saine et responsable auprès des jeunes et en collaboration avec les partenaires; développement d'outils de sensibilisation et d'éducation à la sexualité pour les enfants et les adolescents.

**Ce dont il s'agit** – Les structures familiales présentées concernent les familles ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans. Le recensement canadien de 2016 a permis, pour la première fois, de documenter la diversité des structures familiales; le schéma ci-dessous illustre les diverses combinaisons possibles. Dans les cas de séparation ou de divorce, Statistique Canada considère le parent qui a la garde principale pour déterminer le sexe du parent de la famille monoparentale. Pour les familles en garde partagée, c'est le moment du recensement qui est déterminant, c'est-à-dire si l'enfant vivait avec son père ou sa mère la journée du recensement (10 mai 2016).

Le milieu familial demeure un déterminant majeur de la santé, car il joue un rôle dans le développement physique, cognitif, social et affectif des enfants, tout en continuant d'agir sur les comportements des individus et sur leur santé à tous les âges de la vie. Pour en connaître davantage sur l'impact de la structure de la famille comme déterminant de la santé, veuillez consulter le document [Structure de la famille dans la Capitale-Nationale, 2019](#).



- Famille intacte** : tous les enfants sont les enfants des deux conjoints.
  - Famille monoparentale** : au moins un enfant vit avec un parent seul la plupart du temps
  - Famille recomposée** : au moins un enfant de **seulement un** des conjoints et dont la naissance ou l'adoption est survenue avant la relation actuelle.
  - Famille recomposée simple** : tous les enfants sont les enfants de **seulement un** des conjoints, et dont la naissance ou l'adoption est survenue avant la relation actuelle.
  - Famille recomposée complexe** :
    - # 1. Enfant(s) de l'un des conjoints **et** au moins un autre enfant issu du couple.
    - # 2. Enfant(s) de chaque **et** aucun autre enfant.
    - # 3. Enfant(s) de chaque **et** au moins un autre enfant issu du couple.
- (Statistique Canada, 2017)

## Constats

- Les familles intactes représentent plus du trois quarts des familles ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans (Fig. 19).
- La proportion de familles monoparentales est plus élevée pour les territoires de Québec-Basse-Ville et de Limoilou–Vanier (Fig. 19).
- Lorsqu'on regarde plus spécifiquement les familles recomposées, la proportion de la structure recomposée complexe est environ deux fois plus nombreuse que la structure recomposée simple (Tableau V).
- Même si la proportion de familles monoparentales ayant une femme à leur tête demeure plus élevée, il y a tout de même une certaine proportion de familles monoparentales dont le parent est masculin (Tableau V).

Fig. 19 – Répartition de la structure des familles avec enfants de 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2016

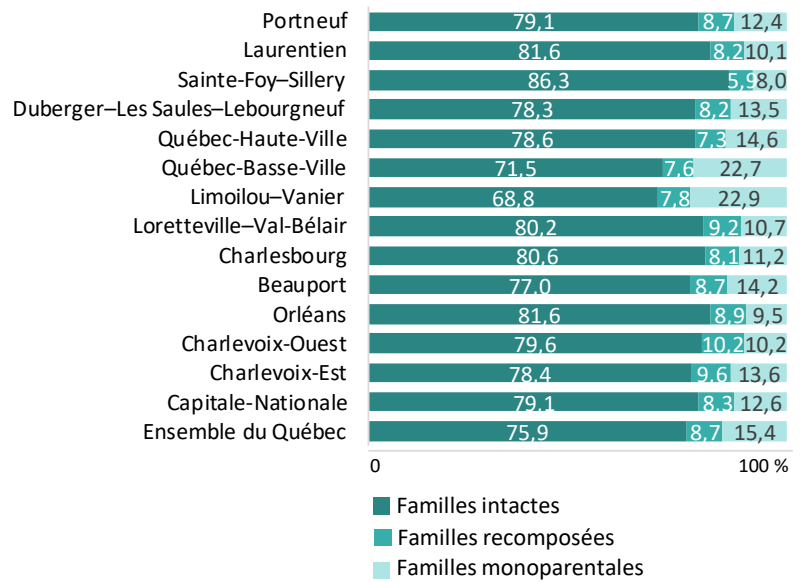


Tableau V – Familles recomposées et monoparentales (%) avec enfants de 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2016

TERRITOIRE DE CLSC	RECOMPOSÉE		MONOPARENTALE - PARENT	
	SIMPLE	COMPLEXE	MASCULIN	FÉMININ
Portneuf	2,5	6,2	3,1	9,1
Laurentien	3,4	4,6	2,7	7,4
Sainte-Foy–Sillery	2,1	3,4	1,7	6,3
Duburger–Les Saules–Lebourgneuf	3,3	4,6	3,5	10,4
Québec-Haute-Ville	3,1	4,2	4,7	10,4
Québec-Basse-Ville	2,3	3,5	4,7	17,4
Limoilou–Vanier	2,9	5,1	4,4	18,5
Loretteville–Val-Bélair	2,9	6,3	3,3	7,4
Charlesbourg	2,8	5,3	2,7	8,5
Beauport	2,8	5,8	3,1	11,0
Orléans	2,7	6,5	3,3	6,5
Charlevoix-Ouest	4,1	8,2	4,1	7,1
Charlevoix-Est	1,6	7,2	2,4	9,6
<b>Capitale-Nationale</b>	<b>2,9</b>	<b>5,5</b>	<b>3,1</b>	<b>9,4</b>
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>2,9</b>	<b>5,8</b>	<b>3,0</b>	<b>12,4</b>

**Ce dont il s'agit** – Il s'agit d'un enfant vivant avec un parent seul, peu importe l'état matrimonial du parent (célibataire, séparé, divorcé ou veuf). La monoparentalité en tant que telle n'est pas un facteur de risque pour l'enfant, mais le fait qu'elle soit associée à davantage de précarité et d'isolement. Les personnes à la tête d'une famille monoparentale font face aux mêmes difficultés que les autres parents, mais le plus souvent avec des ressources financières plus limitées. Selon certains auteurs, la monoparentalité présente un lien avec la vulnérabilité, quant à la préparation pour l'entrée à l'école (Kershaw et autres, 2007).

Fig. 20 – Enfants de 0-5 ans vivant avec un seul parent par RLS, Capitale-Nationale, 2016

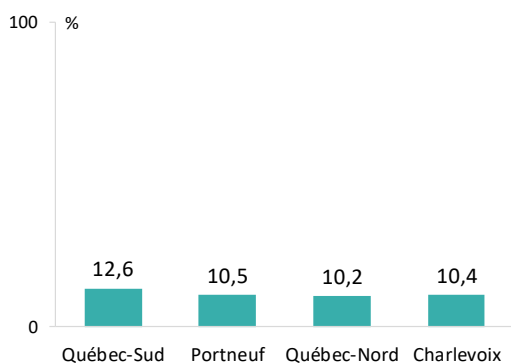


Fig. 21 – Enfants de 0-5 ans vivant avec un seul parent par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2016

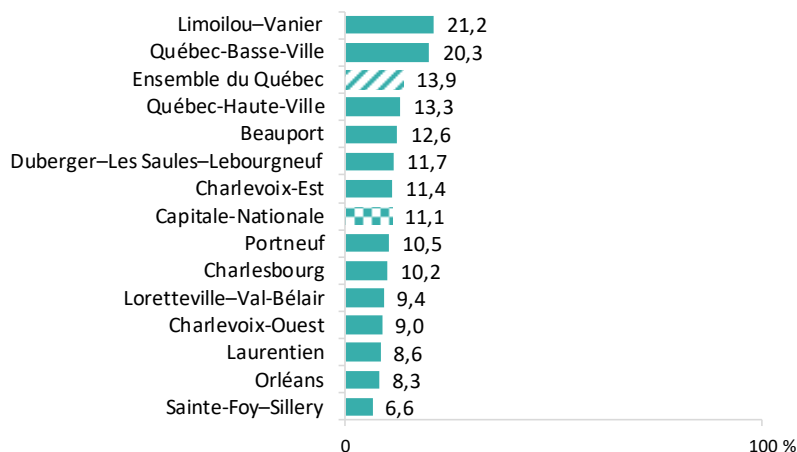
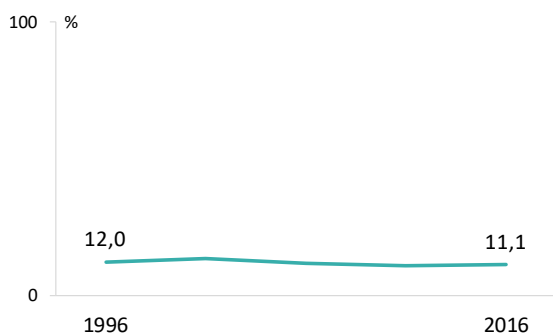


Fig. 22 – Évolution de la proportion des 0-5 ans vivant avec un seul parent, Capitale-Nationale, 1996 à 2016



### Constats

- La proportion d'enfants de 0-5 ans vivant avec un seul parent est plus élevée dans le RLS Québec-Sud (Fig. 20).
- En effet, les proportions les plus élevées se retrouvent dans les territoires de Limoilou-Vanier et de Basse-Ville, où environ 20 % des tout-petits vivent avec un seul parent. Cette situation est moins présente pour les territoires de Laurentien, d'Orléans et de Sainte-Foy-Sillery (Fig. 21).
- Pour la région, la proportion d'enfants vivant avec un parent seul est stable depuis 1996 (Fig. 22). Il est tout même important de noter que pour le territoire de Québec-Basse-Ville, la proportion de 0-5 ans vivant avec un seul parent a grandement diminué. En 2006, cette situation était connue pour près de 30 % des enfants (donnée non présentée).

**Actions régionales** – Les activités de santé publique visent notamment à réduire la précarité et l'isolement des familles par des actions de promotion, de prévention et de protection. La création d'environnements favorables dans le cadre du programme Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) propose des projets qui tentent de répondre à certains besoins des parents et permettent de tisser des liens entre eux pour former des réseaux d'entraide. D'autre part, les tables de concertation locales favorisent l'émergence de nombreux projets et activités qui s'adressent aux familles pour, notamment, briser leur isolement (ex. : projet de pairage Voisines, rencontres en allaitement, matinées mère-enfants, le relais PÈRE).

**Ce dont il s'agit** – La mesure du faible revenu retenue pour cette fiche est celle fondée sur la mesure du un panier de consommation (MPC). Cette mesure établit des seuils de pauvreté qui reposent sur le coût d'un panier de biens et de services (aliments, habillement, logement, transport et autres éléments) correspondant à un niveau de vie de base modeste pour les personnes seules et les familles (Statistique Canada). Pour connaître les seuils utilisés lors du recensement 2016, se référer à l'annexe B. Cette fiche présente également un autre indicateur pour parler des enfants vivant dans des conditions économiques précaires, soit les prestataires d'assistance sociale (comprend le Programme d'aide sociale, Programme de solidarité sociale, Programme objectif emploi du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale [MTESS]). Cette aide financière de dernier recours s'adresse aux personnes ayant peu ou pas de moyens pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille.

Les enfants qui vivent sous le seuil de pauvreté, et plus particulièrement de façon persistante, sont plus à risque d'éprouver des difficultés, telles que des problèmes de santé, des retards de développement et des troubles de comportement. Ils sont également plus susceptibles d'avoir un faible revenu à l'âge adulte (Fleury, 2008). Cet indicateur est aussi associé au niveau de préparation à l'école, particulièrement dans les domaines langage/aptitudes cognitives et compétences sociales (Kershaw et autres, 2007; Lemelin et Boivin, 2007).

Fig. 23 – Enfants de 0-5 ans vivant sous la MPC par RLS, Capitale-Nationale, 2015

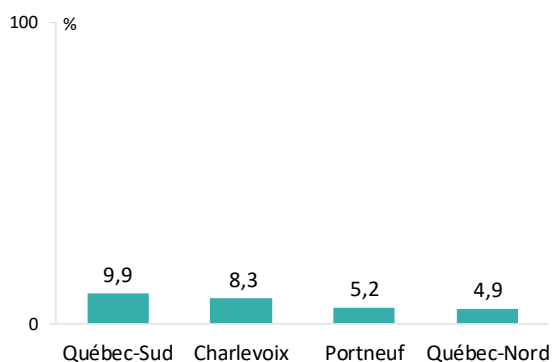


Fig. 24 – Enfants de 0-5 ans vivant sous la MPC par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015

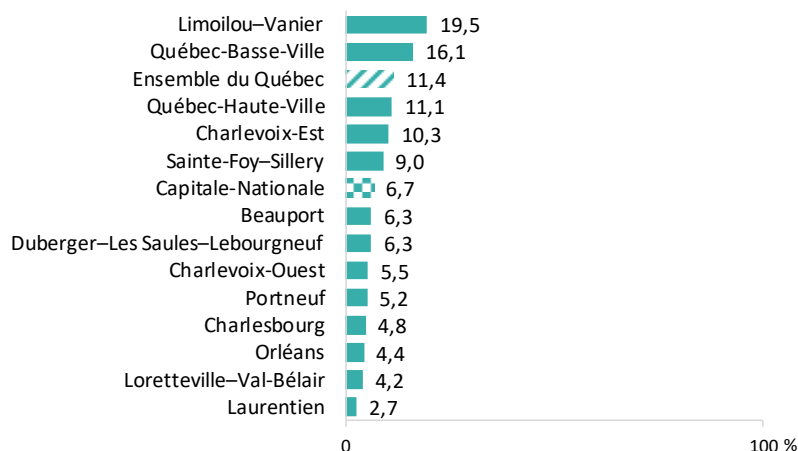
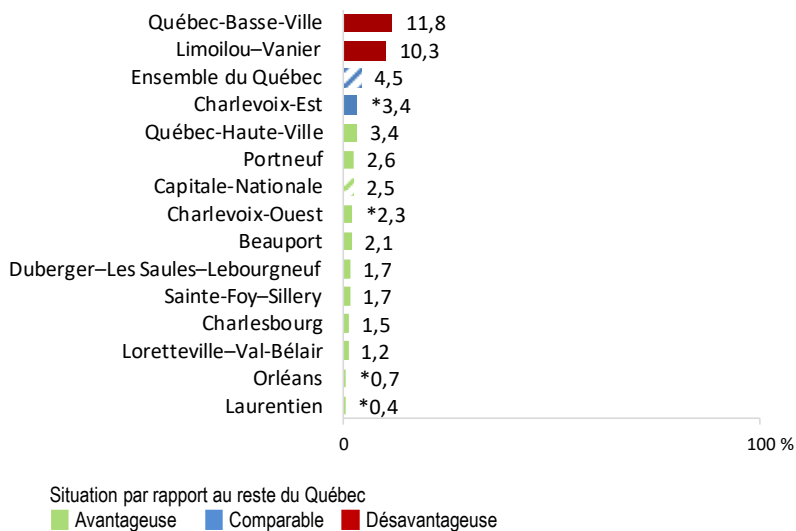


Fig. 25 – Taux de prestataires d'aide sociale (%), enfants de 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, mars 2020



### Constats

- Dans la région de la Capitale-Nationale, près de 7 % des enfants âgés de 0-5 ans vivent sous la MPC en 2015 (Fig. 24).
- Tous les territoires de la Capitale-Nationale sont concernés par les enfants vivant dans un contexte de pauvreté, mais à des degrés différents. Par exemple, il y a une plus grande proportion de tout-petits vivant sous la MPC dans le RLS de Québec-Sud (Fig. 23).
- Les proportions les plus élevées se retrouvent dans les territoires de Limoilou-Vanier et de Québec-Basse-Ville, où 1 enfant sur 5 vit dans des conditions de pauvreté. Cette situation est moins fréquente pour le territoire de CLSC Laurentien (Fig. 24).
- Les tout-petits dont la famille est prestataires d'assistance sociale sont près de cinq fois plus nombreux dans Québec-Basse-Ville que dans l'ensemble de la région (Fig. 25). Cette situation est deux fois plus fréquente auprès des familles monoparentales (donnée non présentée). Les revenus provenant des prestations d'aide sociale sont nettement insuffisants pour assurer un bon développement des jeunes.

**Actions régionales** – La réduction de la pauvreté et des ISS est un objectif visé par plusieurs actions et programmes déployés dans la région, dont les SIPPE à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Les tables locales de concertation intersectorielle en petite enfance et la concertation régionale *Grandissons tous ensemble (GTE)*, sur lesquelles siègent de nombreux partenaires, ont pour mandat de créer et de soutenir des environnements favorables au développement des tout-petits, tout particulièrement pour les familles vivant en contexte de pauvreté.

# Revenu moyen et médian après impôt des familles biparentales

## II – Conditions socioéconomiques

**Ce dont il s'agit** – Le niveau de revenu de la population est un des principaux indicateurs des conditions de vie et de bien-être d'une société. Le revenu des familles présenté s'applique aux familles biparentales ayant au moins un enfant âgé de 0 à 4 ans et comprend le revenu total (y compris les transferts gouvernementaux), moins l'impôt sur le revenu (revenu après impôt).

Le revenu moyen additionne tous les revenus et divise le nombre obtenu par le nombre de familles biparentales. Pour calculer le revenu médian, les revenus sont d'abord classés en ordre de grandeur et ensuite, on coupe cette série en deux groupes égaux. Le revenu situé au milieu est le revenu médian : parmi les familles biparentales, 50 % des familles ont un revenu inférieur à ce montant et 50 %, un revenu supérieur. Afin d'avoir un portrait plus juste de la situation de revenu d'une famille, il est suggéré d'utiliser le revenu médian, car il est moins influencé par les valeurs extrêmes.

Pour connaître l'existence ou non de disparité entre les revenus d'un territoire, on observe si la moyenne est à peu près égale à la médiane (répartition comparable) ou si la moyenne s'écarte de la médiane (répartition non comparable). Si la moyenne est supérieure à la médiane, les valeurs extrêmes sont davantage vers le haut de l'échelle. Dans le cas inverse, les valeurs extrêmes se situent davantage vers le bas de l'échelle.

Fig. 26 – Revenu moyen des familles biparentales par RLS, Capitale-Nationale, 2015

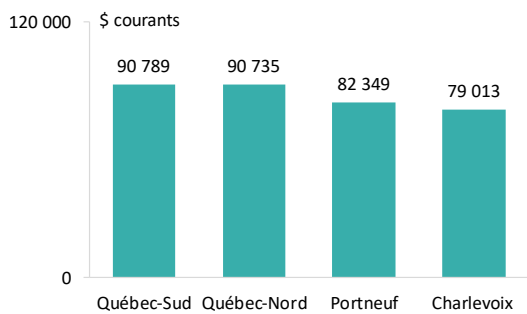


Fig. 27 – Revenu moyen des familles biparentales par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015

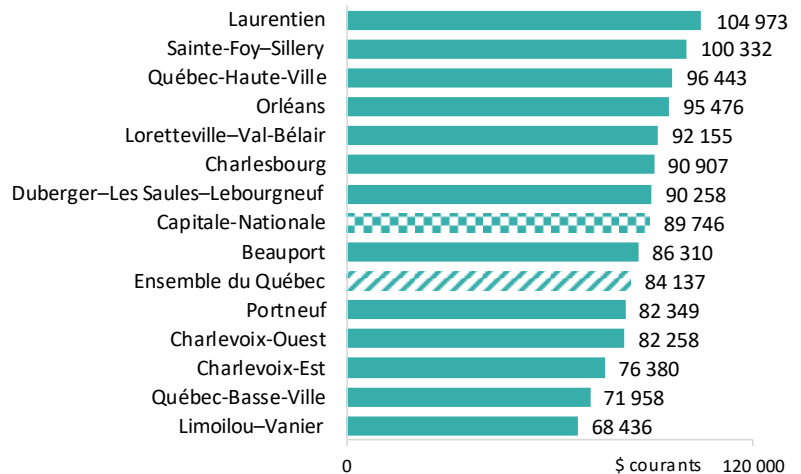


Fig. 28 – Revenu médian des familles biparentales par RLS, Capitale-Nationale, 2015

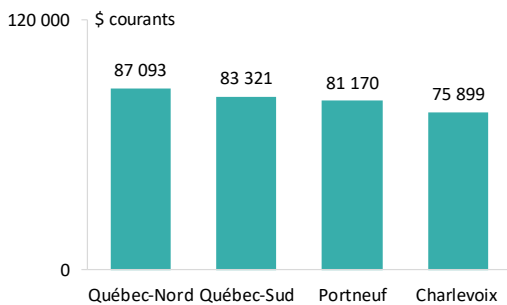
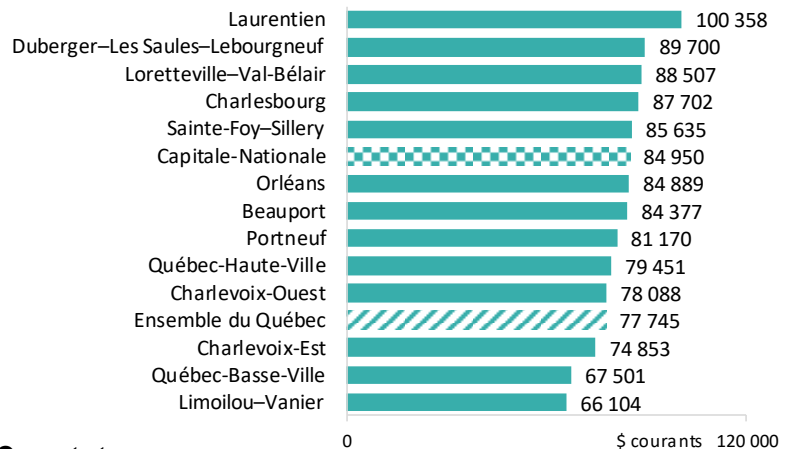


Fig. 29 – Revenu médian des familles biparentales par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015



### Constats

- Mettre en relation le revenu moyen et médian permet d'observer si les revenus des familles sont relativement similaires ou s'il y a présence plus importante de valeurs extrêmes. Ainsi, en comparant le revenu moyen et médian après impôt des familles biparentales avec au moins un enfant de 0-4 ans des RLS de la région (Fig. 26 et 28), il est possible de constater que Portneuf est le seul RLS où le revenu moyen est très peu influencé par les valeurs extrêmes, comparativement aux autres RLS où le revenu moyen est influencé par la présence de revenus plus élevés.
- Pour certains territoires de CLSC, le revenu moyen est très près du revenu médian. C'est le cas de Duburger-Les Saules-Lebourgneuf. Le revenu moyen n'est donc pas influencé par les valeurs extrêmes. Par contre, pour d'autres territoires, le revenu moyen s'éloigne de façon plus marquée du revenu médian, notamment pour Québec-Haute-Ville et Sainte-Foy-Sillery, où le revenu moyen est fortement influencé par la présence de hauts revenus (Fig. 27 et 29).

# Revenu moyen et médian après impôt des familles monoparentales

**Ce dont il s'agit** – Le niveau de revenu de la population est un des principaux indicateurs des conditions de vie et de bien-être d'une société. Le revenu des familles présenté s'applique aux familles monoparentales ayant au moins un enfant âgé de 0 à 4 ans et comprend le revenu total (y compris les transferts gouvernementaux), moins l'impôt sur le revenu (revenu après impôt).

Le revenu moyen additionne tous les revenus et divise ce montant par le nombre de familles monoparentales. Pour calculer le revenu médian, les revenus sont d'abord classés en ordre de grandeur et ensuite, on coupe cette série en deux groupes égaux. Le revenu situé au milieu est le revenu médian : parmi l'ensemble des familles monoparentales, 50 % des familles ont un revenu inférieur à ce montant et 50 %, un revenu supérieur. Afin d'avoir un portrait plus juste de la situation de revenu d'une population, il est suggéré d'utiliser le revenu médian après impôt.

Pour connaître l'existence ou non de disparité entre les revenus d'un territoire, on observe si la moyenne est à peu près égale à la médiane (répartition comparable) ou si la moyenne s'écarte de la médiane (répartition non comparable). Si la moyenne est supérieure à la médiane, les valeurs extrêmes sont davantage vers le haut de l'échelle. Dans le cas inverse, les valeurs extrêmes se situent davantage vers le bas de l'échelle.

Fig. 30 – Revenu moyen des familles monoparentales par RLS, Capitale-Nationale, 2015

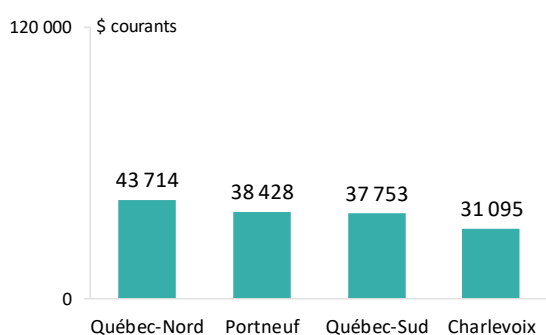


Fig. 31 – Revenu moyen des familles monoparentales par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015

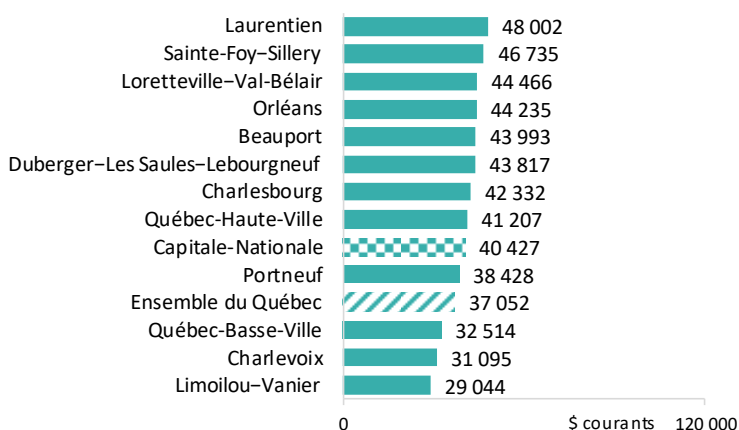


Fig. 32 – Revenu médian des familles monoparentales par RLS, Capitale-Nationale, 2015

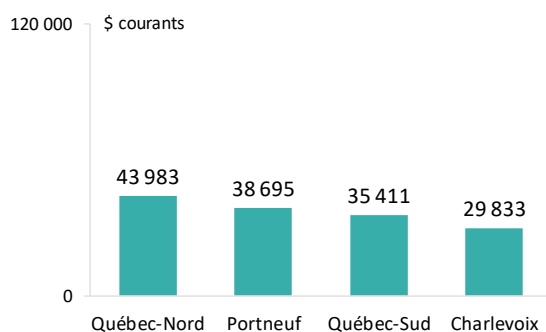
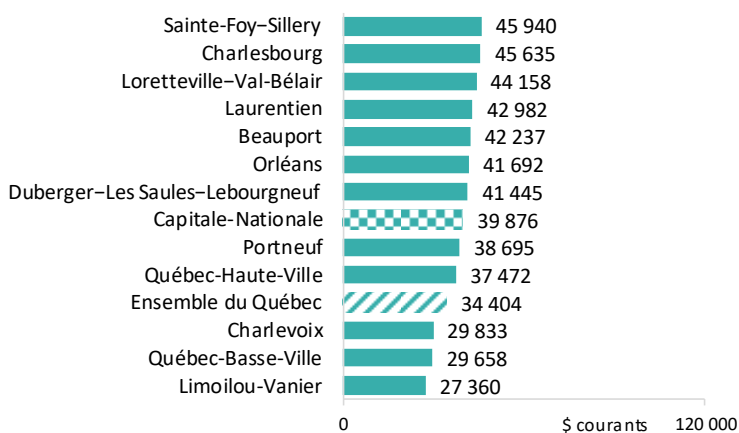


Fig. 33 – Revenu médian des familles monoparentales par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015



### Constats

- Mettre en relation le revenu moyen et médian permet d'observer si les revenus des familles sont relativement similaires ou s'il y a présence d'écart entre les revenus les plus bas et les plus élevés. Concernant les familles monoparentales, il existe très peu de différence entre le revenu médian et moyen après impôt pour chacun des RLS (Fig. 30 et 32). Pour la majorité des territoires de CLSC, le revenu moyen après impôt se rapproche du revenu médian après impôt pour les familles monoparentales, excepté pour le territoire de Laurentien où la disparité entre les deux types de revenus est plus importante (Fig. 31 et 33).
- Lorsque le revenu moyen se situe au-dessus du revenu médian cela signifie qu'il y a davantage de revenus élevés. Cette situation s'applique à plusieurs territoires, à l'exception du territoire de Charlesbourg. En effet, le revenu moyen des familles monoparentales de ce territoire est inférieur au revenu médian, il y a donc davantage de revenus inférieurs à 45 635 \$ (Fig. 31 et 33).

**Ce dont il s’agit** – Il s’agit du plus haut niveau scolaire obtenu par la mère au moment de la naissance de l’enfant : moins que le secondaire (0-10 ans de scolarité); secondaire (11-13 ans de scolarité); collégial (14-15 ans de scolarité); universitaire (16 ans et plus de scolarité). Les données portent sur la proportion de nouveau-nés en 2017.

Le niveau de scolarité de la mère à la naissance du bébé a un impact sur la santé physique ainsi que sur le développement cognitif et langagier des enfants. Notamment, ces mères sont plus sujettes à adopter de mauvaises habitudes de vie durant la grossesse principalement en raison d’un manque d’informations. De plus, les personnes sans diplôme sont souvent confinées à des emplois précaires et moins bien rémunérés; l’enfant risque de grandir dans des conditions socioéconomiques plus difficiles. La scolarité de la mère peut également influencer la persévérance scolaire des enfants; la sous-scolarisation des mères et leurs difficultés à accompagner leurs enfants dans leur parcours scolaire sont intimement liées au décrochage scolaire de leurs enfants (Fédération autonome de l’enseignement, 2015). Les personnes ayant abandonné l’école courent plus de risques de voir leurs enfants décrocher à leur tour. Dans la Capitale-Nationale, 46 % des jeunes du secondaire ayant des parents sans diplôme se situent à un niveau élevé à l’indice de risque de décrochage scolaire, comparativement à 12 % des élèves ayant des parents avec un diplôme universitaire (EQSJS, 2016-2017).

Fig. 34 – Répartition des naissances selon le niveau de scolarité de la mère par RLS, Capitale-Nationale, période 2017-2019

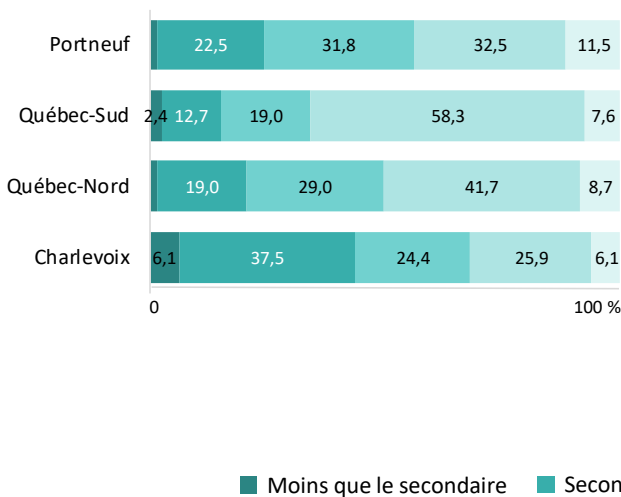


Fig. 35 – Répartition des naissances selon le niveau de scolarité de la mère par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2017-2019

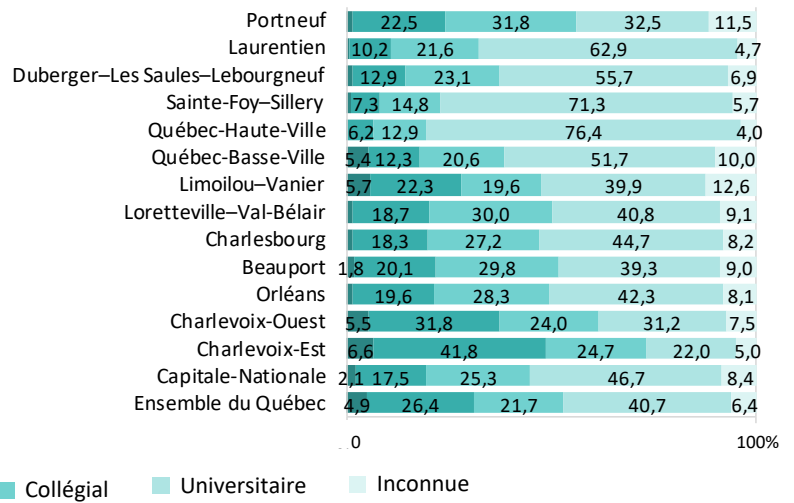
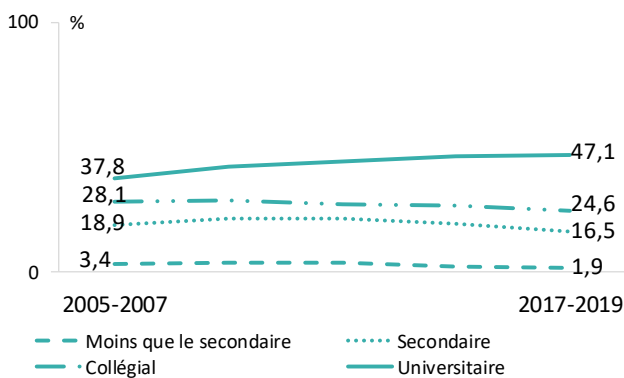


Fig. 36 – Évolution des naissances (%) selon le niveau de scolarité de la mère, Capitale-Nationale, périodes 2005-2007 à 2017-2019



**Constats**

- Les trois quarts des bébés nés durant la période 2017-2019 avaient une mère ayant terminé des études supérieures (collégiales et universitaires) (Fig. 36).
- La proportion de nouveau-nés ayant une mère sans DES est plus élevée dans le RLS Charlevoix avec 6 % des naissances (Fig. 34).
- De grandes disparités existent parmi les territoires de CLSC. Ce sont les territoires de Charlevoix-Est et Ouest, de Limoilou–Vanier et de Basse-Ville où les proportions de bébés ayant une mère sans DES sont les plus élevées de la région (Fig. 35).
- Pour certains territoires, la catégorie « Scolarité inconnue » présente une proportion de plus de 10 % (Fig. 35).
- Parmi les quatre catégories de scolarité, les plus grandes variations sont auprès des bébés ayant une mère avec un diplôme universitaire, où la proportion a augmenté de 25 % et ceux ayant une mère sans DES où la proportion a diminuée de 44 % (Fig. 36).

**Ce dont il s'agit** — Ce sont des nourrissons dont le poids est inférieur à 2 500 grammes (5,5 livres), indépendamment de leur âge gestationnel (OMS, 1990). Il s'agit d'un indicateur important de santé publique en raison d'une forte association entre le faible poids à la naissance et la mortalité et la morbidité infantiles (INSPQ, 2016). Dans les pays industrialisés, la prématurité serait la cause principale des naissances de faible poids (environ les deux tiers des naissances de faible poids) (Tucker, 2004). En grandissant, d'autres problématiques peuvent se développer, notamment la cécité, des problèmes d'audition, d'asthme, de diabète de type 2, d'hypertension et de maladies coronariennes (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Le faible poids à la naissance et la prématurité sont aussi associés à des difficultés d'apprentissage scolaire (Ohlsson et Prakesh Kumar, 2008).

Plusieurs facteurs sont modérément ou fortement associés aux naissances de faible poids et à la prématurité : les naissances multiples, le jeune âge de la mère (moins de 20 ans) ou son âge avancé (plus de 35 ans), ses conditions socioéconomiques (ex.: conditions défavorisées, conditions de travail défavorables, monoparentalité), ses habitudes de vie (ex. : tabagisme, consommation de drogues et d'alcool), la présence de conditions médicales (hypertension, diabète), les antécédents de naissances de faible poids ou prématurées et les traitements contre l'infertilité.

Fig. 37 – Naissances de faible poids par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019

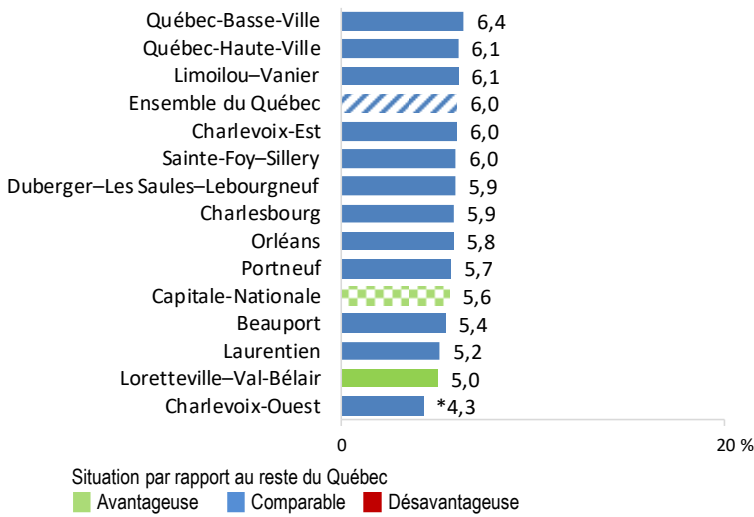
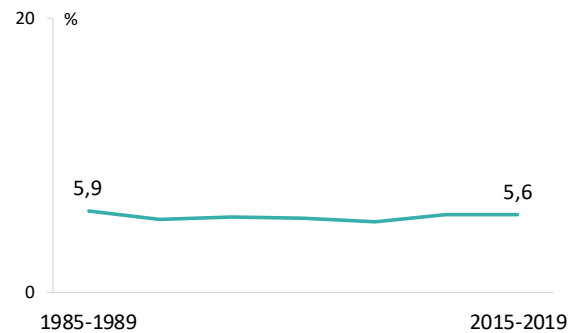


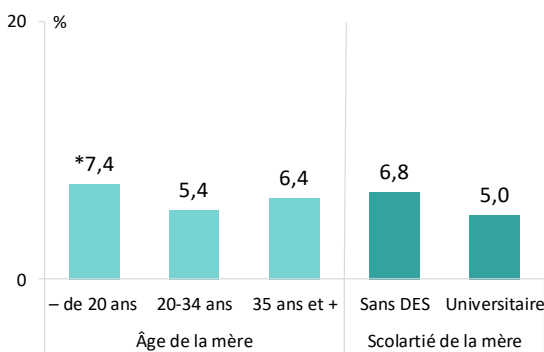
Fig. 38 – Évolution des naissances de faible poids, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019



## Constats

- La quasi-totalité des territoires de CLSC ont une proportion de naissances de faible poids comparable au reste du Québec (Fig. 37) et la proportion régionale est stable depuis plusieurs années (Fig. 38).
- Dans les pays développés, la proportion de ces naissances se situe en moyenne autour de 6 à 8 %. La Suède présente la plus faible proportion avec 2,4 % en 2015 (Blencowe, 2019). Le Canada était à 6 % en 2013.
- Les naissances de faible poids font face à des ISS: elles sont plus fréquentes chez les mères âgées de moins de 20 ans et chez celles de 35 ans et plus, de même que chez les mères sans DES (Fig. 39). La donnée québécoise montre que la proportion est aussi plus élevée chez les mères avec un DES comparativement à celles avec un diplôme universitaire.

Fig. 39 – Naissances de faible poids selon l'âge et la scolarité de la mère, Capitale-Nationale, période 2015-2019



À l'opposé, les naissances de poids élevé (plus de 8,8 livres) peuvent également être un facteur de risque pour la santé de la mère et de l'enfant : complications lors de l'accouchement, dystocie des épaules, une plus grande prévalence d'asthme, de diabète de type 2, de surpoids et d'obésité durant l'enfance et à l'âge adulte (Dubois et autres, 2007). Certaines prédisposition de la mère, telles que la prise du poids dépassant 25% durant la grossesse, le diabète et l'âge (35 ans et plus) peuvent être des facteurs à considérer (Ridha et autres, 2017).

**Actions régionales** — Plusieurs actions sont mises en place dans la région pour favoriser la santé des nourrissons. Le Programme OLO (œuf, lait, orange) œuvre auprès des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité en mettant à leur disposition une offre d'aliments (œuf, lait, orange et légumes) et de multivitamines prénatales dans le cadre d'un accompagnement nutritionnel visant à réduire le nombre de bébés de petit poids. Le programme SIPPE propose un accompagnement des familles, de la période prénatale jusqu'à l'âge de 5 ans. Un deuxième volet au programme SIPPE vise à créer des environnements favorables au développement optimal des enfants. Ces programmes sensibilisent également les femmes à l'importance de réduire la consommation de substances et informent les mères et les pères sur les méfaits de la cigarette, de l'alcool et des drogues illicites, ainsi que des conséquences possibles du cannabis durant la grossesse. Aussi, le programme Pour une maternité sans danger apporte un soutien aux travailleuses enceintes ou qui allaitent en leur permettant de bénéficier de mesures préventives afin que le travail qu'elles occupent soit sécuritaire pour leur grossesse, le bébé à naître ou l'enfant qu'elles allaitent.



**Ce dont il s’agit** — Une naissance prématurée est une naissance qui a lieu avant 37 semaines complètes de grossesse (OMS, 1990). Les bébés nés prématurément sont plus à risque de présenter des troubles ou des difficultés neurodéveloppementales par rapport aux bébés nés à terme et ce risque augmente en fonction du degré de la prématurité. Par exemple, ces bébés présentent un plus grand risque de syndrome de détresse respiratoire, de maladies pulmonaires chroniques, de maladies cardiovasculaires, d’asthme et de pertes auditives et visuelles (Agence de la santé publique du Canada, 2008). La prématurité, tout comme le faible poids à la naissance, est l’une des principales causes de décès, de morbidité et d’incapacité observée chez les nouveau-nés (Johansson et autres, 2004; Kramer et autres, 2000). Le faible poids à la naissance et la prématurité sont aussi associés à des difficultés d’apprentissage scolaire (Ohlsson et Prakeshkumar, 2008).

Plusieurs facteurs sont modérément ou fortement associés aux naissances de faible poids et à la prématurité. Parmi ceux-ci figurent les naissances multiples, le jeune âge de la mère (moins de 20 ans) ou son âge avancé (plus de 35 ans), ses conditions socioéconomiques (ex.: conditions défavorisées, conditions de travail défavorables, monoparentalité), ses habitudes de vie (ex. : tabagisme, consommation de drogues et d’alcool), la présence de conditions médicales (hypertension, diabète), les antécédents de naissances de faible poids ou prématurées et les traitements contre l’infertilité.

Fig. 40 – Naissances prématurées par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019

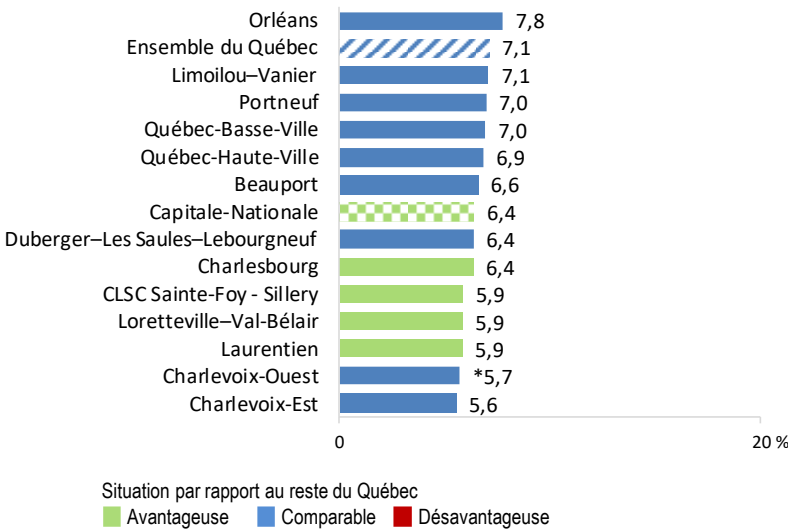


Fig. 41 – Évolution des naissances prématurées, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019

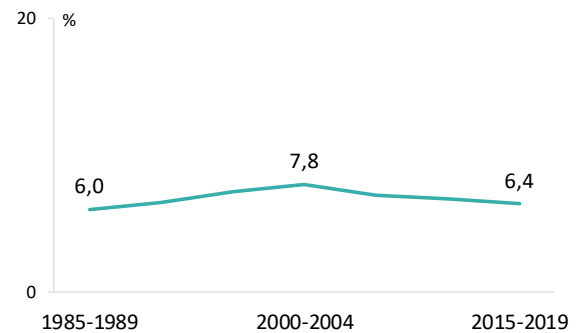
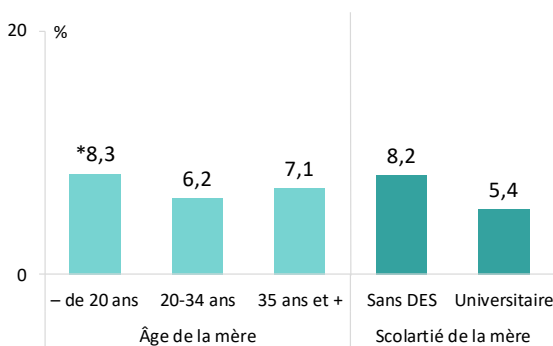


Fig. 42 – Naissances prématurées selon l’âge et la scolarité de la mère, Capitale-Nationale, période 2015-2019



**Constats**

- La majorité des territoires de la Capitale-Nationale se compare au reste du Québec pour ce qui est de la proportion de naissances prématurées. Pour quatre territoires de CLSC, cette proportion est inférieure au reste du Québec (Fig. 40). Au Canada, il s’agit de 7,8 % des naissances qui étaient prématurées en 2013.
- Après une augmentation constante, la proportion de naissances prématurées diminue depuis 2000-2004 (Fig. 41).
- Tout comme pour les naissances de faible poids, les ISS touchent aussi les naissances prématurées. Elles sont plus fréquentes chez les mères âgées de moins de 20 ans et chez celles de 35 ans et plus, de même qu’après des mères sans DES (Fig. 42). Les nourrissons ayant une mère avec un DES sont également plus vulnérables. En effet, les données québécoises montrent que la proportion est aussi plus élevée chez les mères avec un DES que chez celles avec un diplôme universitaire (donnée non présentée).

**Actions régionales** — Pour favoriser une naissance à terme et un bébé en santé, chaque femme enceinte reçoit un guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*. Par ailleurs, le programme de mesures préventives *Pour une maternité sans danger* aide les femmes à poursuivre une grossesse sécuritaire et protège le bébé à naître ou l’enfant qui est allaité en apportant un soutien aux femmes enceintes dont le milieu de travail n’est pas recommandé pour leur condition. Les actions décrites à la fiche « Naissances de faible poids » s’appliquent également pour les naissances prématurées.

**Ce dont il s'agit** – Nouveau-né dont le poids à la naissance se situe au-dessous du 10<sup>e</sup> percentile des courbes de référence pour le poids à la naissance selon l'âge gestationnel par rapport au nombre total des naissances vivantes simples (INSPQ, 2016). Cet indicateur s'applique uniquement aux naissances vivantes simples dont l'âge gestationnel se situe entre 22 et 43 semaines. On ne tient pas compte des accouchements multiples puisque leur profil de croissance est différent (Santé Canada, 2003).

Le retard de croissance dans l'utérus est principalement dû à une insuffisance placentaire; le placenta n'est pas en mesure d'échanger adéquatement l'oxygène, le glucose ou d'autres nutriments essentiels avec le fœtus. D'autres facteurs de risque, similaires à ceux des naissances de faible poids et prématurées, sont aussi associés au retard de croissance intra-utérine. Les risques pour la santé du nourrisson sont les mêmes que pour les naissances de faible poids et prématurées.

Fig. 43 – Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019

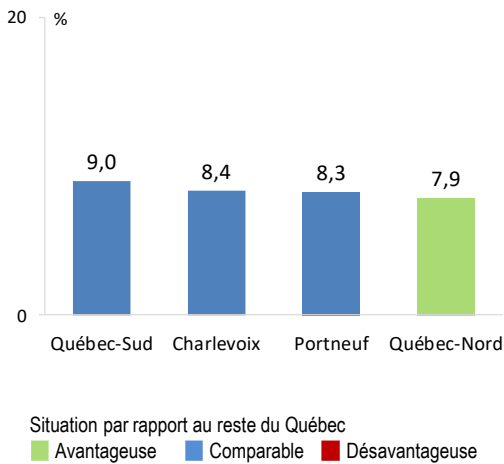


Fig. 44 – Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019

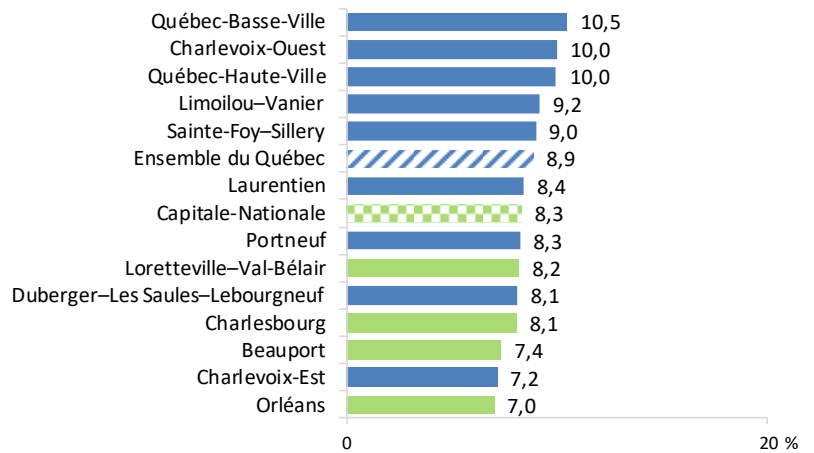
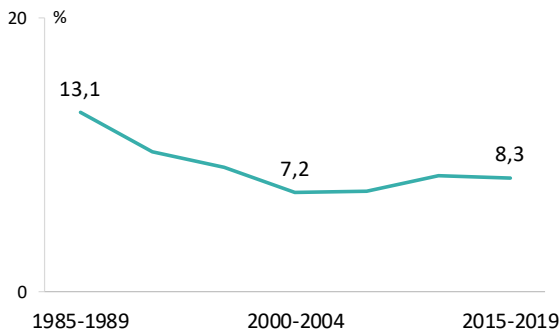


Fig. 45 – Évolution des naissances ayant un retard de croissance intra-utérine, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019



## Constats

- Par rapport au reste du Québec, le RLS de Québec-Nord est le seul à connaître une situation avantageuse à l'égard des naissances ayant un retard de croissance intra-utérine (Fig. 43).
- Comparativement au reste du Québec, les territoires d'Orléans, Beauport, Charlesbourg et Loretteville-Val-Bélair, ont une proportion inférieure de naissances ayant un retard de croissance intra-utérine. (Fig. 44).
- Après une diminution constante de 1985-1989 à 2000-2004, la proportion de naissances ayant un retard de croissance intra-utérine demeure relativement stable (Fig. 45).
- Selon les données pour l'ensemble du Québec, les naissances ayant un retard de croissance intra-utérine sont plus fréquentes chez les mères âgées de 20 ans et moins et chez celles ayant un DES ou moins (données non présentées).

**Actions régionales** – Les programmes OLO, SIPPE et Maternité sans danger visent à réduire certains facteurs de risque associés aux naissances ayant un retard de croissance intra-utérine. Le Programme OLO propose une offre d'aliments (œuf, lait, orange/légumes) et de multivitamines prénatales dans le cadre d'un accompagnement nutritionnel visant à réduire le nombre de bébés de petit poids. Le programme SIPPE procure un accompagnement des familles, de la période prénatale jusqu'à l'âge de 5 ans. Aussi, le programme Pour une maternité sans danger apporte, aux travailleuses enceintes ou qui allaitent, un soutien leur permettant de bénéficier de mesures préventives afin que le travail qu'elles occupent soit sécuritaire pour leur grossesse, le bébé à naître ou l'enfant qu'elles allaitent.

**Ce dont il s'agit** – Les situations de maltraitance sont signalées à la DPJ et la Loi sur la protection de la jeunesse a pour but d'assurer la protection des enfants âgés de moins de 18 ans dont la sécurité ou le développement est ou peut être compromis. Lors d'un signalement, il y a d'abord une analyse de la situation et avec l'information reçue, la DPJ décide de retenir ou non le signalement. Le premier indicateur présenté dans cette fiche traite des signalements retenus en 2018-2019. Par la suite, la DPJ fait une évaluation plus approfondie de la situation retenue et détermine si la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis ou non (deuxième indicateur présenté dans cette fiche).

La maltraitance (abus physiques ou sexuels, mauvais traitements psychologiques, négligence et abandon) envers les enfants constitue une menace sérieuse à leur développement. Ces enfants sont à risque élevé de problèmes de développement cognitif (retard de langage, problème d'attention, etc.), affectif (comportements agressifs, anxiété, faible estime de soi, etc.), physique (modification de la structure du cerveau, etc.) et social (retrait, évitement, opposition, etc.). Les impacts négatifs peuvent persister jusqu'à l'âge adulte et se manifester tout au long de la vie (repli sur soi, difficultés scolaires, maladies chroniques, violence dans les relations, mauvaise santé mentale, etc.) (Laforest, Maurice et Bouchard, 2018).

Fig. 46 – Signalements retenus, enfants de 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2018-2019

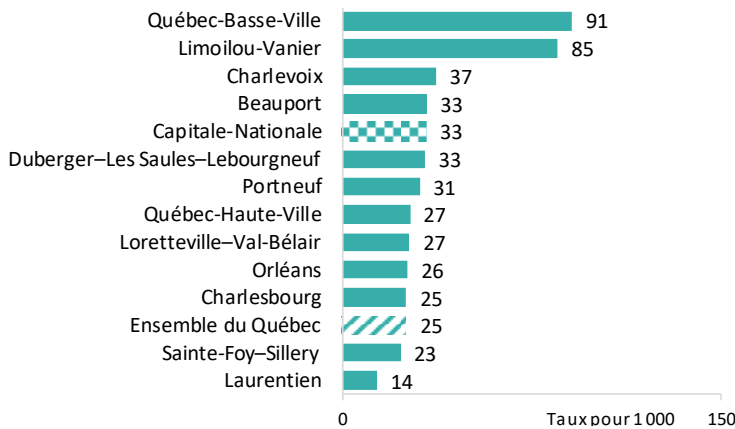


Fig. 48 – Évaluations fondées avec sécurité ou développement compromis, enfants de 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2018-2019

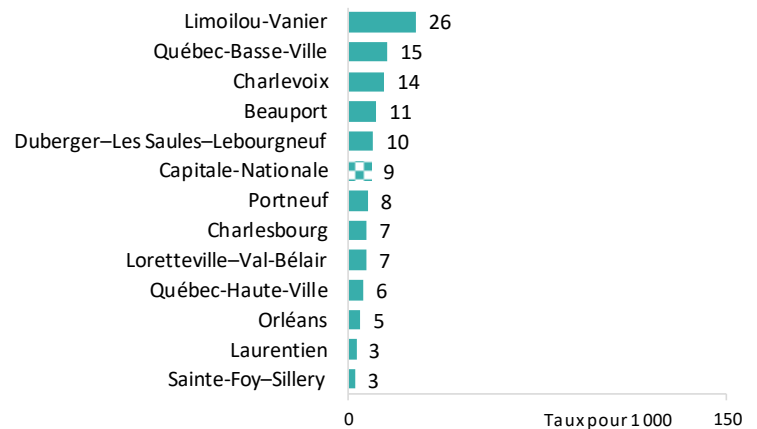


Fig. 47 – Évolution des signalements retenus, enfants de 0-5 ans, Capitale-Nationale, périodes 2008-2009 à 2018-2019

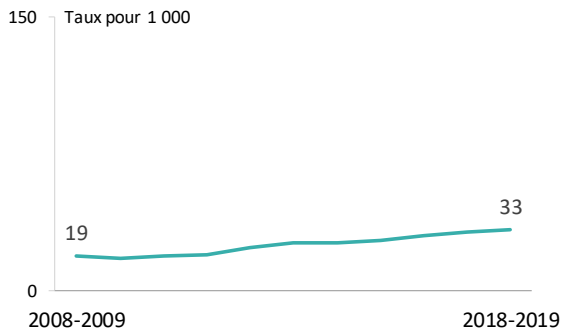
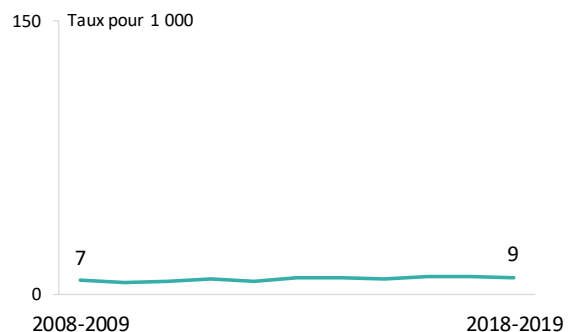


Fig. 49 – Évolution des évaluations fondées avec sécurité ou développement compromis, enfants de 0-5 ans, Capitale-Nationale, périodes 2008-2009 à 2018-2019



**Constats**

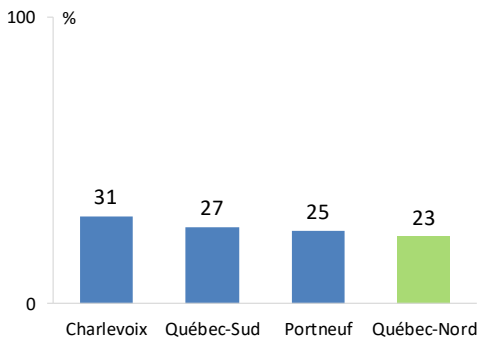
- Le taux de signalements retenus est nettement plus élevé pour les territoires de Québec-Basse-Ville et de Limoilou-Vanier (Fig. 46).
- Le taux de signalements retenu est en augmentation constante dans la Capitale-Nationale depuis 2008-2009 et il est maintenant à 33 p. 1 000 enfants de 0-5 ans, soit 1 490 signalements en 2018-2019) (Fig. 47).
- Le taux d'évaluations fondées avec sécurité ou développement compromis est plus marqué sur le territoire de Limoilou-Vanier (Fig. 48).
- Le taux d'évaluations fondées avec sécurité ou développement compromis a augmenté depuis 2008-2009 mais de façon moins marquée que le taux de signalements retenus (Fig. 49). Les évaluations fondées avec sécurité ou développement compromis auprès des 0-5 ans représentent environ 25 % des signalements retenus (données non présentées).

**Actions régionales** – Dans la région, le programme SIPPE, par ses visites à domicile, vise notamment le soutien aux habiletés parentales et l'amélioration des conditions de vie des familles par la création d'environnements favorables au développement des tout-petits et au projet de vie des familles. Depuis un peu plus d'un an, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et ses partenaires ont amorcé le déploiement de l'approche Triple P (pratiques parentales positives) dans la région. Des conférences publiques sont disponibles pour les parents d'enfants de 0 à 12 ans éprouvant des difficultés de communication, d'éducation et d'encadrement. Des intervenants œuvrant auprès des familles à risque reçoivent une formation Triple P. D'autres interventions sont également dispensées par les organismes communautaires et au sein du CIUSSS.

**Ce dont il s'agit** – Le développement des enfants à la maternelle est mesuré grâce à l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM). Cette enquête permet de dresser un premier portrait du développement global des enfants pour chacune des régions du Québec à la maternelle ainsi qu'un portrait pour chacun des cinq domaines visés : santé physique et bien-être; compétences sociales; maturité affective; développement cognitif et langagier; habiletés de communication et connaissances générales. Un enfant est considéré comme « vulnérable » lorsque son score pour un domaine de développement se situe dans le 10<sup>e</sup> percentile inférieur de l'ensemble des scores. Comme le développement de l'enfant est un processus global et intégré, les données sont présentées pour l'indicateur « vulnérable dans au moins un domaine de développement ».

Les enfants vulnérables à la maternelle sont plus susceptibles de manifester des difficultés liées à l'apprentissage scolaire et à l'adaptation sociale. Selon les résultats de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ), ces enfants risquent d'avoir de moins bons rendements scolaires en première année, un rendement scolaire sous la moyenne en quatrième année et ils sont moins susceptibles de réussir les épreuves ministérielles de français en sixième année (Simard, Lavoie et Audet, 2017).

Fig. 50 – Enfants à la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement par RLS, Capitale-Nationale, 2017



### Constats

- Le RLS Québec-Nord est le seul à présenter une proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement inférieure au reste du Québec (Fig. 50).
- Lorsqu'on regarde les territoires de CLSC, il y a un enfant sur deux qui est vulnérable dans au moins un domaine de développement pour le sous-territoire de Vanier (Fig. 51).
- Comparés aux données de 2012, le territoire de Duberger–Les Saules–Lebourgneuf (21 % à 28 %), la région de la Capitale-Nationale (23 % à 25 %) et l'ensemble du Québec (26 % à 28 %) ont connu une augmentation significative de la proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement. Seulement le territoire de Québec-Basse-Ville a connu une diminution significative de la proportion d'enfants vulnérables, passant de 40 % à 26 % (données non illustrées).
- Selon l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle (EQPPEM 2017), certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques des enfants et des familles sont associées à un plus grand risque de vulnérabilité. Ainsi, les garçons, les enfants nés en juillet, août ou septembre, ceux ayant des parents faiblement scolarisés et ceux vivant dans un ménage à faible revenu sont plus susceptibles d'être vulnérables à la maternelle (Tableau VI).

Fig. 51 – Enfants à la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2017

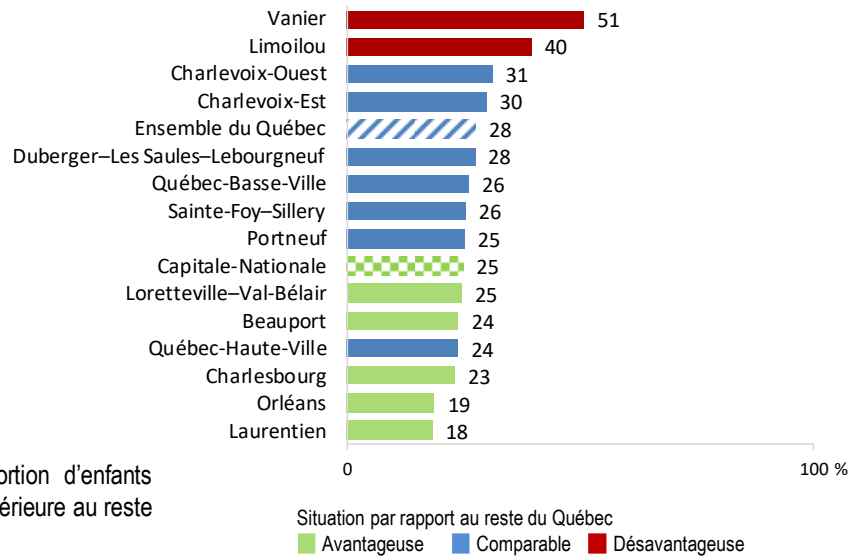


Tableau VI – Caractéristiques des enfants et des familles associées à un plus grand risque de vulnérabilité à la maternelle, EQPPEM, 2017

CARACTÉRISTIQUES	PLUS GRANDE PROBABILITÉ
Sexe de l'enfant	Garçons
Mois de naissance de l'enfant	Juillet, août, septembre
Scolarité des/du parent(s)	sans DES ou uniquement un DES
Revenu du ménage	Ménage à faible revenu

**Actions régionales** – Intervenir auprès des familles dès le début de la grossesse est un facteur de protection pour diminuer la vulnérabilité des enfants à la maternelle. L'implantation de programmes de santé publique et des activités de soutien, tels que la diffusion et la vulgarisation de l'importance de l'agir tôt, de l'attachement sécurisant pour l'enfant et du soutien en allaitement, favorisent le développement global des tout-petits. Parmi ces programmes, Fluppy vise à réduire les comportements perturbateurs chez les enfants à la maternelle et assure le développement des compétences sociales. En plus du volet d'animation en classe, le programme cible des familles avec des besoins spécifiques et leur propose un accompagnement individuel. Le programme SIPPE, quant à lui, procure un accompagnement aux familles, de la période prénatale jusqu'à l'âge de 5 ans.

**Ce dont il s'agit** – L'hospitalisation en soins physiques de courte durée consiste à au moins une nuit de séjour hors de l'urgence. « Les données représentent des hospitalisations et non des individus. Un individu peut, en effet, être hospitalisé à plusieurs reprises au cours d'une période donnée (1 an, 2 ans, 3 ans, etc.) » (INSPQ, 2008). Les indicateurs d'hospitalisation (taux, nombre) sont présentés en fonction du territoire de résidence des patients et non du lieu d'hospitalisation (centre hospitalier).

L'hospitalisation est en fonction de l'état de santé, mais aussi en raison de facteurs autres comme la disponibilité des lits et des services, les pratiques médicales, l'accessibilité physique, la distance entre le lieu de résidence et le centre hospitalier, les décisions administratives des directions hospitalières, la spécialisation des hôpitaux, etc. La prudence est donc de mise lorsque des données d'hospitalisation sont utilisées pour mesurer la morbidité (état de santé). Ainsi, il ne faut pas conclure que les bébés de la Capitale-Nationale sont en moins bonne santé que le reste du Québec ou que les bébés sont plus malades qu'il y a 20 ans. L'interprétation des comparaisons géographiques ou temporelles des données d'hospitalisation est difficile et demande une connaissance précise des facteurs autres que l'état de santé pour les unités géographiques ou les périodes temporelles faisant l'objet des comparaisons (Infocentre de l'INSPQ, 2015).

Fig. 52 – Hospitalisation lors de la première année de vie par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019

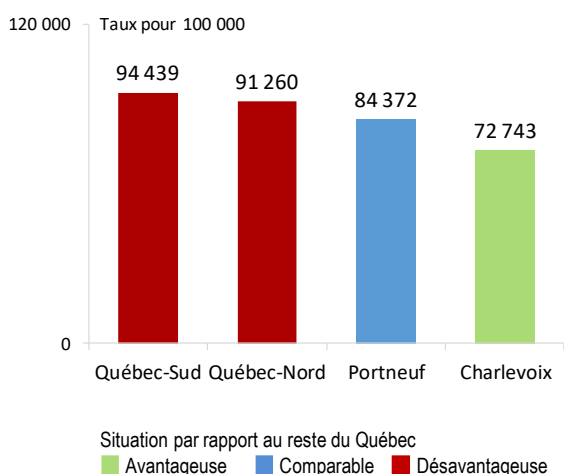


Fig. 53 – Hospitalisation lors de la première années de vie par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019

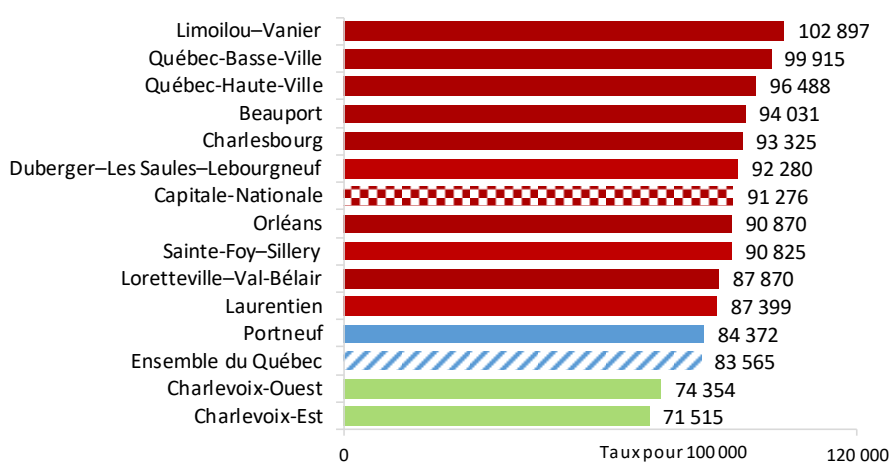


Fig. 54 – Évolution de l'hospitalisation lors de la première année de vie, Capitale-Nationale, périodes 1991-1995 à 2015-2019

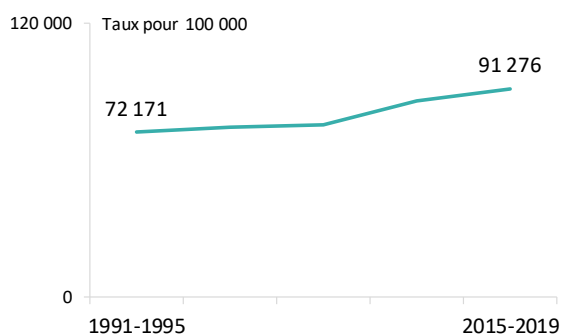
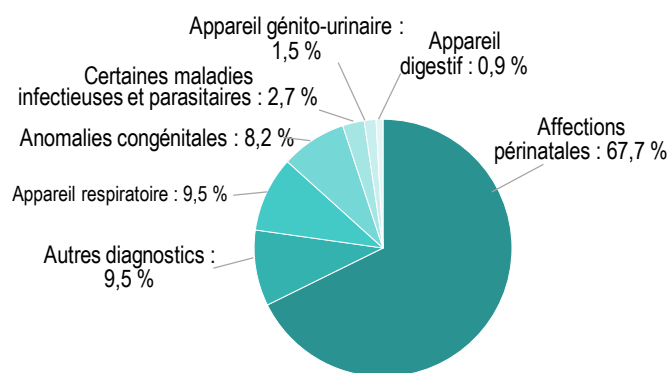


Fig. 55 – Répartition de l'hospitalisation lors de la première année de vie selon le diagnostic, Capitale-Nationale, période 2015-2019



### Constats

- Comme mentionné, d'autres facteurs que l'état de santé peuvent être à l'origine d'une hospitalisation, surtout lorsqu'il s'agit de personnes plus vulnérables comme les jeunes enfants. Il est donc difficile de comparer les territoires et également de parler de tendance temporelle. Prenant en compte ces mises en garde, il est tout de même possible d'observer que les enfants âgés de moins de un an du territoire de Limoilou-Vanier et de Québec-Basse-Ville connaissent davantage de séjours hospitaliers que les enfants des autres territoires (Fig. 53).
- Les enfants de moins de un an sont principalement hospitalisés en raison de certaines affections périnatales (ex. : faible poids, prématurités, retard de croissance intra-utérine, asphyxie, sepsie, complications à la suite de l'accouchement, etc.) (Fig. 55). Lorsque nous comparons les sexes, il est observé que les garçons sont plus souvent hospitalisés que les filles (données non illustrées).

**Ce dont il s'agit** — L'hospitalisation en soins physiques de courte durée consiste à au moins une nuit de séjour hors de l'urgence. « Les données représentent des hospitalisations et non des individus. Un individu peut, en effet, être hospitalisé à plusieurs reprises au cours d'une période donnée (1 an, 2 ans, 3 ans, etc.) » (INSPQ, 2008). Les indicateurs d'hospitalisation (taux, nombre) sont présentés en fonction du territoire de résidence des patients et non du lieu d'hospitalisation (centre hospitalier).

L'hospitalisation est en fonction de l'état de santé, mais aussi en raison de facteurs autres comme la disponibilité des lits et des services, les pratiques médicales, l'accessibilité physique, la distance entre le lieu de résidence et le centre hospitalier, les décisions administratives des directions hospitalières, la spécialisation des hôpitaux, etc. La prudence est donc de mise lorsque des données d'hospitalisation sont utilisées pour mesurer la morbidité (état de santé). Ainsi, il ne faut pas conclure que les bébés de la Capitale-Nationale sont en moins bonne santé que le reste du Québec ou que les bébés sont plus malades qu'il y a 20 ans. L'interprétation des comparaisons géographiques ou temporelles des données d'hospitalisation est difficile et demande une connaissance précise des facteurs autres que l'état de santé pour les unités géographiques ou les périodes temporelles faisant l'objet des comparaisons (Infocentre de l'INSPQ, 2015).

Fig. 56 – Hospitalisation chez les 1-5 ans par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019

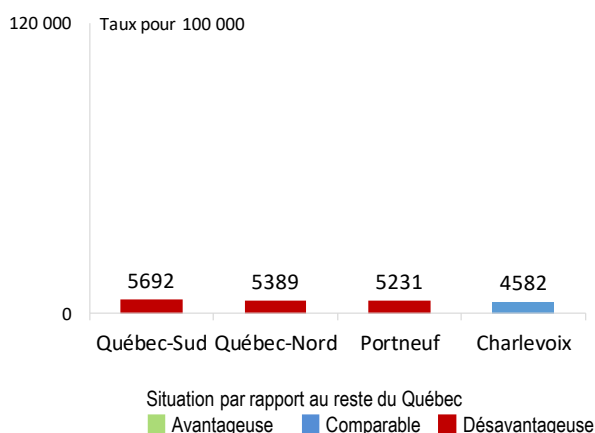


Fig. 57 – Hospitalisation chez les 1-5 ans par territoire de CSLC, Capitale-Nationale, période 2015-2019



Fig. 58 – Évolution de l'hospitalisation chez les 1-5 ans, Capitale-Nationale, périodes 1991-1995 à 2015-2019

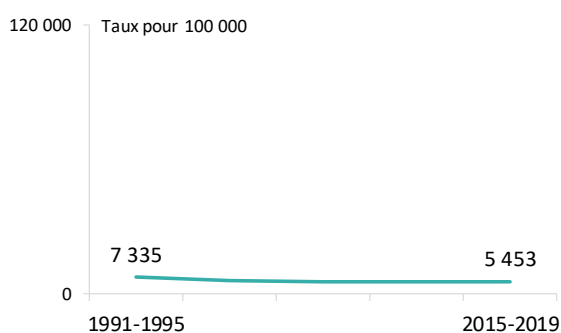
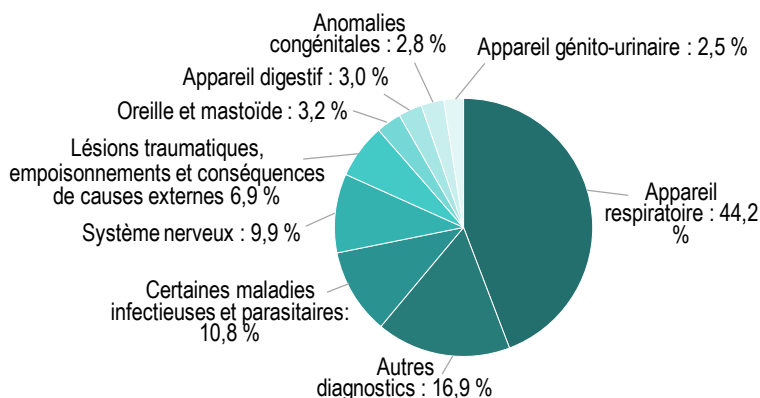


Fig. 59 – Répartition de l'hospitalisation chez les 1-5 ans selon le diagnostic, Capitale-Nationale, période 2015-2019



### Constats

- Tel que mentionné, il peut être difficile de comparer les territoires et de statuer clairement sur la tendance temporelle, compte tenu de d'autres facteurs que l'état de santé peuvent être à l'origine d'une hospitalisation, surtout lorsqu'il s'agit de personnes plus vulnérables comme les jeunes enfants. Considérant ces mises en garde, il est tout de même possible d'observer que les enfants âgés de 1 à 5 ans des territoires de Québec-Basse-Ville et de Limoilou-Vanier connaissent davantage de séjours hospitaliers et que le taux d'hospitalisation pour la majorité des territoires de CLSC est supérieur au reste du Québec. Québec-Haute-Ville, Orléans et Charlevoix-Est et Charlevoix-Ouest se comparent au reste du Québec (Fig. 57).
- Les enfants de 1-5 ans sont principalement hospitalisés en raison de maladies de l'appareil respiratoire (ex. : pneumonie, asthme, bronchite) (Fig. 59). En comparant le taux d'hospitalisation selon le sexe, les données montrent que les garçons sont plus souvent hospitalisés que les filles (données non illustrées).

**Ce dont il s'agit** – Le taux de mortalité infantile (enfants âgés de moins de un an) est considéré comme un bon indice de l'état de santé d'une société puisqu'il reflète notamment la qualité de la prestation de soins de santé, l'efficacité des soins préventifs ainsi que l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant. Le décès d'un nourrisson peut entraîner des conséquences psychologiques pour les parents et les personnes soignantes (Agence de la santé publique du Canada, 2019). Selon L'OMS (2008), la plupart des décès chez les enfants âgés de un à cinq ans sont dus à des maladies qui peuvent être évitées. Le faible poids à la naissance représente un facteur de risque important.

## Chez les enfants de moins de un an

Fig. 60 – Évolution de la mortalité chez les moins de un an, Capitale-Nationale, périodes 1984-1988 à 2014-2018

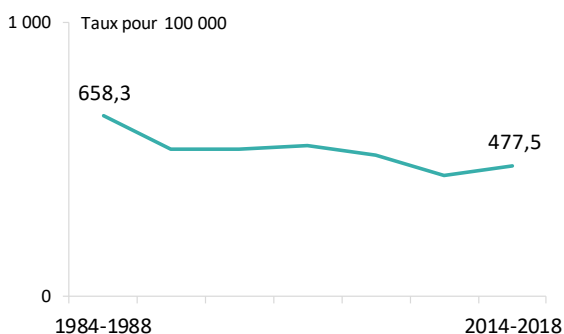
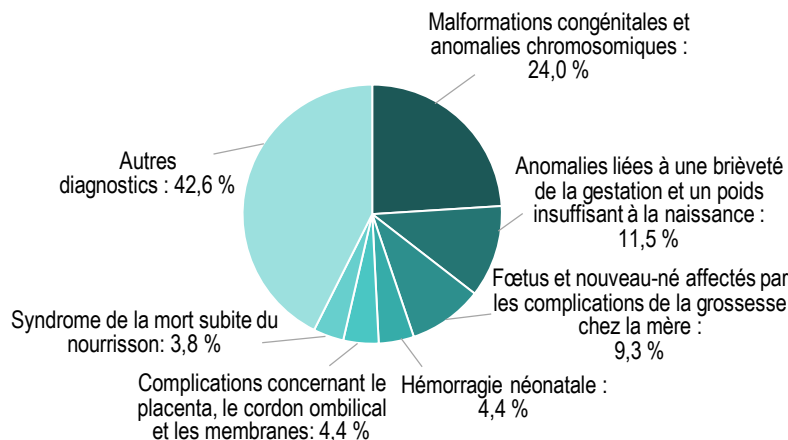


Fig. 61 – Répartition des causes de mortalité les plus fréquentes chez les moins de un an, Capitale-Nationale, période 2014-2018



## Chez les enfants de 1-5 ans

Fig. 62 – Évolution de la mortalité chez les 1-5 ans, Capitale-Nationale, périodes 1984-1988 à 2014-2018

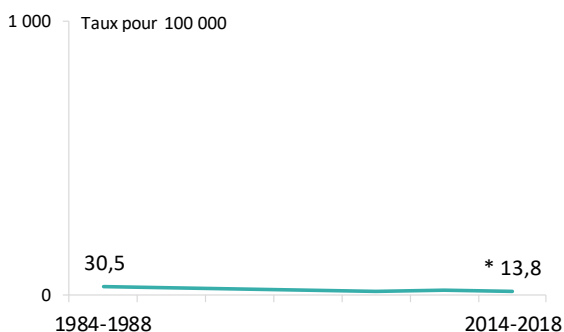


Tableau VII – Principales causes de mortalité (rang) chez les 1 à 5 ans, ensemble du Québec, période 2014-2018

Cause de décès	Rang
Causes externes de morbidité et de mortalité (accidents de transport, traumatismes non intentionnels)	1
Tumeurs malignes	2
Maladies du système nerveux	3
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	4
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	5

## Constats

- Le taux de mortalité infantile a connu une diminution importante depuis la période 1984-1988 (Fig. 60). En fait, le taux de mortalité infantile a chuté dans presque tous les pays au cours du siècle dernier grâce à l'amélioration des installations sanitaires, de la nutrition, de l'alimentation des nourrissons et des soins de santé maternels et infantiles (Agence de la santé publique du Canada, 2019).
- Les principales causes de décès chez les enfants âgés de moins de un an, mise à part les autres diagnostics, sont celles reliées aux malformations congénitales (24 %) et aux complications liées à la prématurité et au faible poids à la naissance (11,5 %) (Fig. 61). Près de 80 % des décès infantiles surviennent lors de la première semaine de naissance.
- La mortalité chez les 1-5 ans a aussi connu une diminution importante; soit une diminution de plus de la moitié en 30 ans (Fig. 62), mais elle demeure moins fréquente que la mortalité infantile. Il est difficile de présenter les données pour les principales causes de décès au niveau régional en raison du nombre peu élevé (moins de 5 décès en moyenne par année). En regardant les données pour l'ensemble du Québec, les causes externes de morbidité et de mortalité (accidents de transport, traumatismes non intentionnels [ex.: noyade], etc.) sont la principale cause de décès pour la période 2014-2018 chez les jeunes enfants québécois.

## SOURCES DES DONNÉES

Fiche	Titre de la figure/du tableau	Source
Population d'enfants de 0-5 ans	Fig. 1 – Répartition (% , n) des 0-5 ans par RLS, Capitale-Nationale, 2020	Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). <i>Estimations et projections démographiques</i> .
	Fig. 2 – Évolution de la proportion des 0-5 ans, Capitale-Nationale, 1984 à 2020	
	Fig. 3 – Proportion des 0-5 ans pour chacun des territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2020	
	Tableau I. Répartition des 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2020	
Naissances vivantes	Fig. 4 – Répartition (% , n) des naissances vivantes par RLS, Capitale-Nationale, 2019	MSSS. <i>Registre des événements démographiques du Québec</i> (fichier des naissances).
	Fig. 5 – Évolution du nombre annuel de naissances vivantes, Capitale-Nationale, 1983 à 2019	
	Tableau II. Répartition des naissances vivantes par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2019	
Variation des naissances	Fig. 6 – Variation des naissances par RLS, Capitale-Nationale, 2015 à 2019	MSSS. <i>Registre des événements démographiques du Québec</i> (fichier des naissances).
	Fig. 7 – Variation des naissances par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015 à 2019	
Naissances multiples	Tableau III. Naissances multiples par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019	MSSS. <i>Registre des événements démographiques du Québec</i> (fichier des naissances).
	Tableau IV. Naissances multiples par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019	
	Fig. 8 – Évolution des naissances multiples, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019	
Natalité	Fig. 9 – Natalité par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019	MSSS. <i>Registre des événements démographiques du Québec</i> (fichier des naissances) et <i>Estimations et projections démographiques</i> .
	Fig. 10 – Natalité par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019	
	Fig. 11 – Évolution de la natalité, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019	
Indice synthétique de fécondité	Fig. 12 – ISF (nombre moyen d'enfants par femme) par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019	MSSS. <i>Registre des événements démographiques du Québec</i> (fichier des naissances).
	Fig. 13 – ISF (nombre moyen d'enfants par femme) par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019	
	Fig. 14 – Évolution de l'ISF (nombre moyen d'enfants par femme), Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019	
Fécondité chez les 15-19 ans et les 35 ans et plus	Fig. 15 – Fécondité chez les 15-19 ans par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019	MSSS. <i>Registre des événements démographiques du Québec</i> (fichier des naissances) et <i>Estimations et projections démographiques</i> .
	Fig. 16 – Fécondité chez les 15-19 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019	
	Fig. 17 – Évolution de la fécondité chez les 15-19 ans, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019	
	Fig. 18 – Évolution de la fécondité par groupe d'âge chez les 35 ans et plus, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019	



## RÉFÉRENCES

Fiche	Référence
Introduction	<ul style="list-style-type: none"> <li>PUBLICATIONS QUÉBEC. Loi sur la santé publique, chapitre S-2.2. En ligne : <a href="http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-2.2">[http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-2.2]</a>. À jour au 1<sup>er</sup> août 2021.</li> </ul>
Population d'enfants de 0-5 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. <i>Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066</i>, édition 2019, 86 p. En ligne : <a href="https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/perspectives-demographiques-du-quebec-et-des-regions-2016-2066-edition-2019.pdf">[https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/perspectives-demographiques-du-quebec-et-des-regions-2016-2066-edition-2019.pdf]</a>. Révision : 23 juillet 2019.</li> </ul>
Naissances vivantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Naissances, décès, accroissement naturel et mariages par région administrative, Québec, 1986, 1991, 1996, 2001 et 2006-2020. En ligne : <a href="https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/naissances-deces-accroissement-naturel-et-mariages-par-region-administrative-quebec">[https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/naissances-deces-accroissement-naturel-et-mariages-par-region-administrative-quebec]</a>. Mise à jour 13 juillet 2021.</li> <li>ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes</i>, 10<sup>e</sup> édition, vol. 2., Genève, Suisse, 2008. En ligne : <a href="https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_fr_2008.pdf">[https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_fr_2008.pdf]</a></li> </ul>
Naissances multiples	<ul style="list-style-type: none"> <li>AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Fertilité. Dernière modification : 2013-02-05. En ligne : <a href="https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/fertilite/risques-pour-sante-lies-procreation-assistee.html">[https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/fertilite/risques-pour-sante-lies-procreation-assistee.html]</a></li> <li>INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, <i>Les naissances de jumeaux au Québec, 1980-2010</i>, vol. 16, n° 3, 2012. En ligne : <a href="https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/donnees-sociodemographiques-en-bref-volume-16-no-3-juin-2012.pdf">[https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/donnees-sociodemographiques-en-bref-volume-16-no-3-juin-2012.pdf]</a></li> <li>STATISTIQUE CANADA. Le quotidien – Naissances, 2019. Diffusion : 2020-09-29 et modification : 2020-11-23. En ligne : <a href="https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200929/dq200929e-fra.htm">[https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200929/dq200929e-fra.htm]</a></li> </ul>
Natalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Infocentre de santé publique, fiche indicateur « Taux de natalité », 2018.</li> <li>STATISTIQUE CANADA. Tableau 13-10-0418-01 Taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge et indice synthétique de fécondité (naissances vivantes). En ligne : <a href="https://doi.org/10.25318/1310041801-fra">[https://doi.org/10.25318/1310041801-fra]</a></li> </ul>
Indice synthétique de fécondité	<ul style="list-style-type: none"> <li>DESCHÉNES, Nathalie, et Chantal GIRARD. <i>Les naissances au Québec et dans ses régions en 2019</i>, Bulletin sociodémographique, 2020, vol. 24, no 4, p. 1-8. En ligne : <a href="https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/les-naissances-au-quebec-et-dans-ses-regions-en-2019.pdf">[https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/les-naissances-au-quebec-et-dans-ses-regions-en-2019.pdf]</a></li> <li>INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Données sociodémographiques en bref, Naissances, décès et mariages au Québec en 2018, Données provisoires, 2019, vol. 23, n° 3. En ligne : <a href="https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01614FR_dembref2019T02F00.pdf">[https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01614FR_dembref2019T02F00.pdf]</a></li> <li>INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Taux de fécondité selon le groupe d'âge de la mère, indice synthétique de fécondité et âge moyen à la maternité, Québec, 1951-2020, 2021. En ligne : <a href="https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/taux-de-fecondite-selon-le-groupe-dage-de-la-mere-indice-syntheque-de-fecondite-et-age-moyen-a-la-maternite-quebec">[https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/taux-de-fecondite-selon-le-groupe-dage-de-la-mere-indice-syntheque-de-fecondite-et-age-moyen-a-la-maternite-quebec]</a></li> <li>STATISTIQUE CANADA. Tableau 13-10-0418-01 Taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge et indice synthétique de fécondité (naissances vivantes). En ligne : <a href="https://doi.org/10.25318/1310041801-fra">[https://doi.org/10.25318/1310041801-fra]</a></li> </ul>
Fécondité chez les 15-19 ans et les 35 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> <li>INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. <i>Le moment propice : pourquoi l'âge de la mère est déterminant</i> Institut canadien d'information sur la santé, 2011. En ligne : <a href="https://publications.gc.ca/site/eng/9.605519/publication.html">[https://publications.gc.ca/site/eng/9.605519/publication.html]</a></li> <li>INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Infocentre de santé publique, Infocentre de santé publique de l'INSPQ. Fiche indicateur « Taux de grossesse selon l'âge », 2015.</li> <li>INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Taux de fécondité selon le groupe d'âge de la mère, indice synthétique de fécondité et âge moyen à la maternité, Québec, 1951-2020, 2021. En ligne : <a href="https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/taux-de-fecondite-selon-le-groupe-dage-de-la-mere-indice-syntheque-de-fecondite-et-age-moyen-a-la-maternite-quebec">[https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/taux-de-fecondite-selon-le-groupe-dage-de-la-mere-indice-syntheque-de-fecondite-et-age-moyen-a-la-maternite-quebec]</a></li> </ul>

## SOURCES DES DONNÉES

Fiche	Titre de la figure/du tableau	Référence/source
Structure familiale	Fig. 19 – Répartition de la structure des familles avec enfant de 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2016	Statistique Canada. <i>Recensement Canadien</i> .
	Tableau V – Familles recomposées et monoparentales (%) avec enfant de 0-5 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2016	
Vivre avec un seul parent	Fig. 20 – Enfants de 0-5 ans vivant avec un seul parent par RLS, Capitale-Nationale, 2016	Statistique Canada. <i>Recensement Canadien</i> .
	Fig. 21 – Enfants de 0-5 ans vivant avec un seul parent par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2016	
	Fig. 22 – Évolution de la proportion des 0-5 ans vivant avec un seul parent, Capitale-Nationale, 1996 à 2016	
Vivre en situation de faible revenu	Fig. 23 – Enfants de 0-5 ans vivant sous la MPC par RLS, Capitale-Nationale, 2015	Statistique Canada. <i>Recensement Canadien</i> .
	Fig. 24 – Enfants de 0-5 ans vivant sous la MPC par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015	
	Fig. 25 – Taux de prestataires d'aide sociale, enfants âgés de moins de 6 ans par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, mars 2020	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec (MTESS). <i>Statistiques mensuelles des trois programmes d'assistance sociale</i> .  MSSS. <i>Estimations et projections démographiques</i> .
Revenu moyen et médian après impôt des familles biparentales	Fig. 26 – Revenu moyen des familles biparentales par RLS, Capitale-Nationale, 2015	Statistique Canada. <i>Recensement Canadien</i> .
	Fig. 27 – Revenu moyen des familles biparentales par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015	
	Fig. 28 – Revenu médian des familles biparentales par RLS, Capitale-Nationale, 2015	
	Fig. 29 – Revenu médian des familles biparentales par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015	
Revenu moyen et médian après impôt des familles monoparentales	Fig. 30 – Revenu moyen des familles monoparentales par RLS, Capitale-Nationale, 2015	Statistique Canada. <i>Recensement Canadien</i> .
	Fig. 31 – Revenu moyen des familles monoparentales par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015	
	Fig. 32 – Revenu médian des familles monoparentales par RLS, Capitale-Nationale, 2015	
	Fig. 33 – Revenu médian des familles monoparentales par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2015	
Scolarité des mères	Fig. 34 – Répartition des naissances selon le niveau de scolarité de la mère par RLS, Capitale-Nationale, période 2017-2019	MSSS. <i>Registre des événements démographiques du Québec (fichier des naissances)</i> .
	Fig. 35 – Répartition des naissances selon le niveau de scolarité de la mère par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2017-2019	
	Fig. 36 – Évolution des naissances selon le niveau de scolarité de la mère, Capitale-Nationale, périodes 2005-2007 à 2017-2019	

## RÉFÉRENCES

Fiche	Référence
Structure familiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. Profils de recensement 2016 dans la Capitale-Nationale, Structure de la famille dans la Capitale-Nationale, Québec, Direction de santé publique. 2 p., sept. 2019. En ligne : <a href="https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/fic_structure_de_la_famille_2019-09.pdf">[https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/fic_structure_de_la_famille_2019-09.pdf]</a></li> <li>• STATISTIQUE CANADA. Recensement de la population de 2016 : Familles, ménages et état matrimonial, 2017. En ligne : <a href="https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/98-501/98-501-x2016004-fra.cfm#a2_1">[https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/98-501/98-501-x2016004-fra.cfm#a2_1]</a>. Date de diffusion : le 16 juin 2017.</li> </ul>
Vivre avec un seul parent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KERSHAW, P. et autres. <i>Towards social care program of research : a population-level study neighborhood effects on child development, Early Education and development</i>, 2007, vol. 18, n° 3.</li> </ul>
Vivre en situation de faible revenu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DJIDEL, S. et autres. <i>Vers une mise à jour du panier de consommation</i>. Statistique Canada. En ligne : <a href="https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75f0002m/75f0002m2019013-fra.htm">[https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75f0002m/75f0002m2019013-fra.htm]</a>. Date de diffusion : le 6 décembre 2019.</li> <li>• FLEURY, D. <i>Les enfants à faible revenu</i>, Perspectives, Statistique Canada, 2008. En ligne : <a href="https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-001-x/2008105/pdf/10578-fra.pdf">[https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-001-x/2008105/pdf/10578-fra.pdf]</a></li> <li>• KERSHAW, P. et autres. <i>Towards social care program of research : a population-level study neighborhood effects on child development, Early Education and development</i>, 2007, vol. 18, n° 3.</li> <li>• LEMELIN, J.P., et M. BOIVIN. <i>Mieux réussir dès la première année : l'importance de la préparation à l'école</i>, dans Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2010), Québec, Institut de la statistique du Québec, 2007, vol. 4, fascicule 2.</li> </ul>
Scolarité des mères	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FÉDÉRATION AUTONOME DE L'ENSEIGNEMENT. <i>Le décrochage scolaire des filles : la possibilité d'agir, la nécessité de le faire!</i>, Rapport d'analyse de l'étude exploratoire « Les conséquences du décrochage scolaire des filles », 2015, 24 p. En ligne : <a href="https://www.lafae.qc.ca/wp-content/uploads/2015/05/201505_decrochage-des-filles_rapport-analyse.pdf">[https://www.lafae.qc.ca/wp-content/uploads/2015/05/201505_decrochage-des-filles_rapport-analyse.pdf]</a></li> <li>• GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. <i>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), cycles 2016-2017</i>. Sources de données de l'Infocentre de l'Institut national de santé publique.</li> </ul>

## SOURCES DES DONNÉES

Fiche	Titre de la figure/du tableau	Source
Naissances de faible poids	Fig. 37 – Naissances de faible poids par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019	MSSS. <i>Registre des événements démographiques du Québec</i> (fichier des naissances).
	Fig. 38 – Évolution des naissances de faible poids, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019	
	Fig. 39 – Naissances de faible poids selon l'âge et la scolarité de la mère, Capitale-Nationale, période 2015-2019	
Naissances prématurées	Fig. 40 – Naissances prématurées par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019	MSSS. <i>Registre des événements démographiques du Québec</i> (fichier des naissances).
	Fig. 41 – Évolution des naissances prématurées, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019	
	Fig. 42 – Naissances prématurées selon l'âge et la scolarité de la mère, Capitale-Nationale, période 2015-2019	
Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine	Fig. 43 – Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019	MSSS. <i>Registre des événements démographiques du Québec</i> (fichier des naissances).
	Fig. 44 – Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019	
	Fig. 45 – Évolution des naissances ayant un retard de croissance intra-utérine, Capitale-Nationale, périodes 1985-1989 à 2015-2019	
Maltraitance	Fig. 46 – Signalements retenus, enfants de 0-5 ans, par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2018-2019	MSSS. <i>Banque de données communes du Projet intégration Jeunesse</i> (BDC-PU).
	Fig. 47 – Évolution des signalements retenus, enfants de 0-5 ans, Capitale-Nationale, périodes 2008-2009 à 2018-2019	
	Fig. 48 – Évaluations fondées avec sécurité ou développement compromis, enfants de 0-5 ans, Capitale-Nationale, période 2018-2019	
	Fig. 49 – Évolution des évaluations fondées avec sécurité ou développement compromis, enfants de 0-5 ans, Capitale-Nationale, périodes 2008-2009 à 2018-2019	
Développement des enfants à la maternelle	Fig. 50 – Enfants à la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement par RLS, Capitale-Nationale, 2017	ISQ. <i>Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM), cycles 2012 et 2017</i> , gouvernement du Québec.
	Fig. 51 – Enfants à la maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement par territoires de CLSC, Capitale-Nationale, 2017	
	Tableau VI – Caractéristiques des enfants et des familles associées à un plus grand risque de vulnérabilité à la maternelle, EQPPEM, 2017	

## RÉFÉRENCES

Fiche	Référence
Naissances de faible poids	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AGENCE MCGUIRE. « <i>Epidemiology of preterm birth</i> », <i>The British Medical Journal</i>, vol. 329, 18 sept. 2004, p. 675-678.</li> <li>• AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. <i>Rapport sur la santé périnatale au Canada</i>, 2008. En ligne : <a href="https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/2008/cphr-rspsc/pdf/cphr-rspsc08-fra.pdf">[https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/2008/cphr-rspsc/pdf/cphr-rspsc08-fra.pdf]</a></li> <li>• BLENCOWE, H., et autres. <i>National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis</i>, 2019. En ligne : <a href="https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30565-5/fulltext">[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30565-5/fulltext]</a></li> <li>• DUBOIS, L., et autres. « Déterminants d'un poids élevé à la naissance selon la région géographique au Canada », <i>Maladies chroniques au Canada</i>, vol. 28, n° 1-2, 2007. En ligne : <a href="https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/28-1/pdf/cdic281-2_7_f.pdf">[https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/28-1/pdf/cdic281-2_7_f.pdf]</a></li> <li>• INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. <i>Les naissances de faibles poids</i>, 2016. En ligne : <a href="https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/f001_naissances_de_faible_poids.pdf">[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/f001_naissances_de_faible_poids.pdf]</a></li> <li>• OHLSSON, A., et S. PRAKESHKUMAR. <i>Determinants and prevention of low birth weight: a synopsis of the evidence</i>, Institut of Health Economics. 2008. En ligne : <a href="http://sandbox.ihe.ca/advanced-search/determinants-and-prevention-of-low-birth-weight-a-synopsis-of-the-evidence">[http://sandbox.ihe.ca/advanced-search/determinants-and-prevention-of-low-birth-weight-a-synopsis-of-the-evidence]</a></li> <li>• ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. <i>Définitions, normes et conditions de notification recommandées concernant la mortalité fœtale</i>. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales, 1990, 43, 220-227.</li> <li>• RIDHA, F., et autres. « Facteurs de risque et pronostic materno-foetal de la macrosomie foetale: étude comparative à propos de 820 cas », <i>Pan African Medical Journal</i>. 2017;28:126. Doi:10.11604/pamj. En ligne : <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5837180/">[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5837180/]</a></li> </ul>
Naissances prématurées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. <i>Rapport sur la santé périnatale au Canada</i>, édition 2008, Ottawa 2008, 355 p. En ligne : <a href="https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/rapport-sante-perinatale-canada-edition-2008.html">[https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/rapport-sante-perinatale-canada-edition-2008.html]</a></li> <li>• JOHANSSON, S., et autres. « <i>Preterm delivery, level of care, and infant death in Sweden: a population-based study</i> », <i>Pediatrics</i>, vol. 113, n° 5, 2004, p. 1230-1235.</li> <li>• KRAMER, M. S., et autres. « <i>The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality</i> ». <i>Journal of the American Medical Association</i>, 2000, vol. 284, n° 7, p. 843-849. doi:10.1001/jama.284.7.843</li> <li>• OHLSSON, A., et S. PRAKESHKUMAR. <i>Determinants and prevention of low birth weight: a synopsis of the evidence</i>, Institut of Health Economics. 2008. En ligne : <a href="http://sandbox.ihe.ca/advanced-search/determinants-and-prevention-of-low-birth-weight-a-synopsis-of-the-evidence">[http://sandbox.ihe.ca/advanced-search/determinants-and-prevention-of-low-birth-weight-a-synopsis-of-the-evidence]</a></li> <li>• ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. <i>Définitions, normes et conditions de notification recommandées concernant la mortalité fœtale</i>. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales, 1990, 43, 220-227.</li> </ul>
Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. <i>Les naissances de faibles poids</i>, 2016, 8 p. En ligne : <a href="https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/f001_naissances_de_faible_poids.pdf">[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/f001_naissances_de_faible_poids.pdf]</a></li> <li>• SANTÉ CANADA. <i>Rapport sur la santé périnatale au Canada</i>, Ottawa, 2003. En ligne : <a href="https://publications.gc.ca/site/eng/9.682310/publication.html">[https://publications.gc.ca/site/eng/9.682310/publication.html]</a></li> </ul>
Maltraitance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LAFOREST, J., P. MAURICE et L. M. BOUCHARD. <i>Rapport québécois sur la violence et la santé</i>. Institut national de santé publique du Québec, Montréal, 2018. En ligne : <a href="https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante">[https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante]</a></li> </ul>
Développement des enfants à la maternelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LAVOIE, A. <i>Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle (EQPPEM) 2017 – Tome 2</i>. Examen du lien entre la fréquentation des services de garde et le développement des enfants de maternelle, Institut de la statistique du Québec, 81 p. En ligne : <a href="https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-le-parcours-prescolaire-des-enfants-de-maternelle-2017-tome-2-examen-du-lien-entre-la-frequentation-des-services-de-garde-et-le-developpement-des-enfants-de-maternelle.pdf">[https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-le-parcours-prescolaire-des-enfants-de-maternelle-2017-tome-2-examen-du-lien-entre-la-frequentation-des-services-de-garde-et-le-developpement-des-enfants-de-maternelle.pdf]</a></li> <li>• SIMARD, M., A. LAVOIE et N. AUDET. <i>Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) 2017</i>, Institut de la statistique du Québec. En ligne : <a href="https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-le-developpement-des-enfants-a-la-maternelle-2017-portrait-statistique-pour-le-quebec-et-ses-regions-administratives.pdf">[https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-le-developpement-des-enfants-a-la-maternelle-2017-portrait-statistique-pour-le-quebec-et-ses-regions-administratives.pdf]</a></li> <li>• DESROSIERS, H., Maryse DION TREMBLAY et autres (2014, mise à jour en 2020). <i>La trousse SYNEL sur la réussite éducative</i>, Québec, Institut de la statistique du Québec, 36 p. En ligne : <a href="https://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/publications/trousse_synel/trousse_synel.html">[https://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/publications/trousse_synel/trousse_synel.html]</a></li> </ul>

## SOURCE DES DONNÉES

Fiche	Titre de la figure/du tableau	Source
Hospitalisation en soins physiques de courte durée chez les enfants de moins de un an	Fig. 52 – Hospitalisation lors de la première année de vie par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019	MSSS. <i>Fichier du système Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO)</i> .  Institut canadien d'information sur la santé. <i>Base de données sur les congés des patients</i> .  Ministère de la Santé et des Services sociaux. <i>Estimations et projections démographiques</i> .
	Fig. 53 – Hospitalisation lors de la première années de vie, par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, période 2015-2019	
	Fig. 54 – Évolution des hospitalisations lors de la première année de vie, Capitale-Nationale, périodes 1991-1995 à 2015-2019	
	Fig. 55 – Répartition des hospitalisations lors de la première année de vie selon le diagnostic, Capitale-Nationale, période 2015-2019	
Hospitalisation en soins physiques de courte durée chez les enfants de 1-4 ans	Fig. 56 – Hospitalisation chez les 1-5 ans par RLS, Capitale-Nationale, période 2015-2019	MSSS. <i>Fichier du système Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO)</i> .  Institut canadien d'information sur la santé. <i>Base de données sur les congés des patients</i> .  Ministère de la Santé et des Services sociaux. <i>Estimations et projections démographiques</i> .
	Fig. 57 – Hospitalisation chez les 1-5 ans par territoire de CSLC, Capitale-Nationale, période 2015-2019	
	Fig. 58 – Évolution de l'hospitalisation chez les 1-5 ans, Capitale-Nationale, périodes 1991-1995 à 2015-2019	
	Fig. 59 – Répartition de l'hospitalisation chez les 1-5 ans selon le diagnostic, Capitale-Nationale, période 2015-2019	
Mortalité chez les enfants	Fig. 60 – Évolution de la mortalité chez les moins de un an, Capitale-Nationale, périodes 1984-1988 à 2014-2018	Ministère de la santé et des services sociaux. <i>Registre des événements démographiques du Québec (fichier des décès)</i> .  Ministère de la Santé et des Services sociaux. <i>Estimations et projections démographiques</i> .
	Fig. 61 – Répartition des causes de mortalité les plus fréquentes chez les moins de un an, Capitale-Nationale, période 2014-2018	
	Fig. 62 – Évolution de la mortalité chez les 1-5 ans Capitale-Nationale, périodes 1984-1988 à 2014-2018	
	Tableau VII – Principales causes de mortalité (rang) chez les 1 à 5 ans, ensemble du Québec, période 2014-2018	

## RÉFÉRENCES

Fiche	Référence
Hospitalisation en soins physiques de courte durée chez les enfants de moins de un an	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. <i>Cadre méthodologique du complément en ligne du Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006</i>, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, Montréal, 2008.</li> <li>• INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Infocentre de santé publique, Infocentre de santé publique de l'INSPQ. Fiche indicateur « Taux d'hospitalisation au cours de la première années de vie selon le diagnostic principale », 2015.</li> </ul>
Hospitalisation en soins physiques de courte durée chez les enfants de 1-5 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. <i>Cadre méthodologique du complément en ligne du Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006</i>, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, Montréal, 2008.</li> <li>• INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Infocentre de santé publique, Infocentre de santé publique de l'INSPQ. Fiche indicateur « Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon les grands regroupements de diagnostic », 2015.</li> </ul>
Mortalité chez les enfants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Inégalités relatives à la mortalité infantile au Canada, 2019. En ligne : [<a href="https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/inegalites-mortalite-infantile-infographie.html">https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/inegalites-mortalite-infantile-infographie.html</a>]</li> <li>• ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes</i>, 10<sup>e</sup> édition, vol. 2., Genève, Suisse, 2008. En ligne : [<a href="https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_fr_2008.pdf">https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_fr_2008.pdf</a>]</li> </ul>

## INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

---

Pour en connaître davantage sur l'état de santé et les déterminants de santé des enfants du Québec :

- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec 2018 – Les attitudes parentales et les pratiques familiales (EVFVEQ), 2019. En ligne : [\[https://statistique.quebec.ca/fr/document/la-violence-familiale-dans-la-vie-des-enfants-du-quebec-2018\]](https://statistique.quebec.ca/fr/document/la-violence-familiale-dans-la-vie-des-enfants-du-quebec-2018)
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ). En ligne : [\[http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/\]](http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/)
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Mieux connaître la parentalité au Québec : un portrait à partir de l'enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfant de 0 à 5 ans, 2015. En ligne : [\[https://statistique.quebec.ca/fr/document/mieux-connaître-la-parentalite-quebec\]](https://statistique.quebec.ca/fr/document/mieux-connaître-la-parentalite-quebec)
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Zone 0-5 ans. En ligne : [\[https://statistique.quebec.ca/docs-ken/vitrine/0\\_5\\_ans/index.html\]](https://statistique.quebec.ca/docs-ken/vitrine/0_5_ans/index.html)
- OBSERVATOIRE DES TOUT-PETITS. En ligne: [\[https://tout-petits.org/\]](https://tout-petits.org/)



# ANNEXE A

## TERRITOIRES SOCIO SANITAIRES DE LA CAPITALE-NATIONALE

Les données de santé et de déterminants de la santé sont disponibles sur la base d'un découpage sociosanitaire, soit le référentiel territorial M34, créé par décret gouvernemental en 1981 sous l'autorité du MSSS qui en assure la mise à jour annuellement. La Capitale-Nationale comme région sociosanitaire ou réseau territorial de services se décline par ses quatre réseaux locaux de services et par ses treize territoires de centre local de services communautaires. Les termes RLS et CLSC réfèrent ici au concept de territoire de résidence et non à celui d'établissement de santé. Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux doit s'appuyer sur des données probantes pour assumer sa responsabilité populationnelle sur l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale

Pour les RLS de Québec-Sud et de Québec-Nord, ce découpage diffère un peu du découpage municipal, mais il a l'avantage de demeurer stable, bien qu'il soit annuellement actualisé. Cette caractéristique est primordiale dans l'exercice de la surveillance, car cette stabilité permet de suivre les tendances temporelles de l'état de santé, ce que permettent difficilement les découpages municipaux soumis à divers phénomènes politiques comme des fusions, défusions, modifications, etc. La Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale dispose de plus de trois décennies de données de santé ou de déterminants avec ce découpage sociosanitaire.

### Correspondance entre les territoires sociosanitaires et municipaux

Réseau local de services (RLS)	Centre local de services communautaires (CLSC)	Quartiers de la Ville de Québec	Autres municipalités de la Capitale-Nationale
Portneuf	Portneuf	Aucun	MRC de Portneuf
Québec-Sud	Laurentien	Cap-Rouge, Aéroport	L'Ancienne-Lorette, Saint-Augustin-de-Desmaures
	Duburger–Les Saules–Lebourgneuf	Duburger–Les Saules, Neufchâtel-Est–Lebourgneuf (en partie)	Aucune
	Sainte-Foy–Sillery	Pointe-de-Sainte-Foy, Sillery, Cité-Universitaire, Plateau, Saint-Louis	Aucune
	Québec-Haute-Ville	Vieux-Québec-Colline parlementaire (sans Cap-Blanc), Montcalm, Saint-Sacrement, Saint-Jean-Baptiste	Aucune
	Québec-Basse-Ville	Cap-Blanc, Saint-Roch, Saint-Sauveur	Aucune
	Limoilou–Vanier	Vieux-Limoilou, Maizerets, Lairet, Vanier	Aucune
Québec-Nord	Loretteville–Val-Bélair	Loretteville, Val-Bélair, Neufchâtel-Est–Lebourgneuf (en partie), Saint-Émile, Châtels	Saint-Gabriel-de-Valcartier, Wendake, Fossambault-sur-le-Lac, Lac-St-Joseph, Shannon, Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier
	Charlesbourg	Lac-Saint-Charles, Notre-Dame-des-Laurentides, Jésuites, Quartiers 4-2, 4-3, 4-5, 4-6	Lac-Beauport, Lac-Delage, Stoneham-et-Tewkesbury
	Beauport	Chûtes-Montmorency, Vieux-Moulin, Quartiers 5-1, 5-2, 5-4	Sainte-Brigitte-de-Laval
	Orléans	Aucun	MRC de l'Île-d'Orléans, MRC de la Côte-de-Beaupré
Charlevoix	Charlevoix-Ouest	Aucun	MRC de Charlevoix
	Charlevoix-Est	Aucun	MRC de Charlevoix-Est

## ANNEXE B

### MESURE DU PANIER DE CONSOMMATION - MPC

*Développée et révisée par Emploi et développement social Canada (EDSC base 2011)*

La MPC a été mise au point en 2000, puis remaniée par la suite. Elle est calculée avec le revenu disponible dans les familles et un ensemble de dépenses. On obtient le revenu disponible après avoir retiré du revenu total les diverses cotisations, déductions et charges sociales. Les dépenses considérées s'appuient sur un panier de biens et services de base couvrant les besoins de subsistance et d'intégration sociale (logement, nourriture, vêtements et chaussures, transports, soins personnels, ameublement, service téléphonique, lecture, loisirs et divertissements). Un revenu supérieur aux seuils n'est pas garant d'une sortie de la pauvreté (voir tableau ci-dessous).

#### Montants correspondant aux seuils de faible revenu selon la collectivité et la taille de l'unité familiale : MPC 2015\*

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	5 personnes	6 personnes
Régions rurales	17 275 \$	24 430 \$	29 920 \$	34 549 \$	38 627 \$	42 314 \$
Moins de 30 000 habitants	17 319 \$	24 492 \$	29 997 \$	34 637 \$	38 725 \$	42 421 \$
30 000 à 99 999 habitants	16 436 \$	23 243 \$	28 467 \$	32 871 \$	36 751 \$	40 259 \$
100 000 à 49 999 habitants	16 854 \$	23 834 \$	29 191 \$	33 707 \$	36 786 \$	41 282 \$
Région métropolitaine de recensement de Québec	17 167 \$	24 278 \$	29 734 \$	34 334 \$	38 387 \$	42 050 \$
Région métropolitaine de recensement de Montréal	17 714 \$	25 051 \$	30 681 \$	35 427 \$	39 609 \$	43 389 \$

- Portneuf = 30 000 à 99 999 habitants

- 10 autres territoires de CLSC = Région métropolitaine de recensement de Québec

- Charlevoix-Est = moins de 30 000 habitants

- Charlevoix-Ouest = moins de 30 000 habitants

Direction de santé publique  
2400, avenue D'Estimauville  
Québec (Québec) G1E 7G9

[www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca](http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca)

**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale**

**Québec** 

