

---

# Les enfants de 0 à 5 ans du RLS d'Arthabaska-de l'Érable

## Tableaux de bord pour la responsabilité populationnelle

Direction de santé publique et de la responsabilité populationnelle

Avril 2016

*Équipe Surveillance-Évaluation*

*Fortuné Sossa, Yves Pepin et Sylvie Bernier*

## **Analyse et rédaction**

Fortuné Sossa, agent de planification, programmation et recherche

Yves Pepin, agent de planification, programmation et recherche

Sylvie Bernier, agente de planification, programmation et recherche

## **Mise en page**

Lyne Dubois, agente administrative

## **Supervision professionnelle et administrative**

Eric Tremblay

## **Note**

Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à la condition que la source soit mentionnée.

Toute reproduction doit être fidèle au texte utilisé.

## **Dépôt légal 2016**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Document disponible au : <http://ciusssmcq.ca/>

## Avant-propos

Les tableaux de bord produits à l'Infocentre national visent à donner un accès rapide et facile à des informations pertinentes sur l'état de santé de la population et de ses déterminants en soutien à la responsabilité populationnelle. Les indicateurs retenus pour ces tableaux sont regroupés par thématiques pour chaque groupe de population (0-5 ans, 6-17 ans, 18-64 ans, 65 ans et plus) selon l'âge et le sexe.

Cette division des tableaux de bord en clientèles selon le grand groupe d'âge (qui sont parfois divisées en groupes d'âge plus restreints) limite la production d'une information à un niveau local, car elle devient moins précise pour des découpages très fins selon l'âge et le sexe. L'utilisateur constatera que ce sont souvent des données régionales, voire québécoises qui sont présentées dans les tableaux par RLS. De plus, les tableaux de bord que l'on retrouve à l'Infocentre de santé publique ne fournissent pas d'analyse des indicateurs présentés.

De ce fait, afin de fournir un meilleur éclairage sur l'indicateur ou le phénomène à l'étude au niveau local, l'analyse de chacun des tableaux a été faite en faisant référence aux travaux produits par l'équipe de surveillance de la Direction de santé publique régionale (portrait de santé, recueil statistique, etc.).

Cette production est l'analyse descriptive du tableau de bord de la population de la petite enfance (0 à 5 ans) du RLS d'Arthabaska-de l'Érable pour l'exercice de la responsabilité populationnelle.



## Table des matières

Avant-propos .....	3
Faits saillants .....	7
Profil démographique .....	9
Mortalité et hospitalisations .....	17
Développement.....	25
Milieu familial .....	31



## Faits saillants

### Profil sociodémographique

- La proportion des 0-5 ans du RLS (6,4 %) est semblable à celle de la région et du Québec.
- Le nombre moyen d'enfants par femme est en hausse, la valeur observée sur le territoire du RLS (1,9 : au-dessous du seuil de remplacement des générations) est supérieure à celle de la région et du Québec.
- Les mères du RLS ont en moyenne leurs enfants à un âge plus jeune que celles du Québec (la situation est comparable avec la région).
- Les femmes de 20-29 ans du RLS se démarquent par une fécondité plus élevée que celles de la région et du Québec. La fécondité des jeunes femmes de 15-19 ans du RLS est aussi supérieure à celle des Québécoises.
- La proportion de familles monoparentales parmi les familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans du RLS (24 %) est semblable à celle observée dans l'ensemble du Québec, mais inférieure à celle de la région.
- Parmi les familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans, celles qui sont en situation de monoparentalité sont proportionnellement plus nombreuses à vivre sous le seuil de faible revenu (après impôt) que les familles biparentales. Sur le territoire du RLS, on retrouve une proportion moindre de familles monoparentales qui sont confrontées à cette situation comparativement à la région sociosanitaire.
- La proportion des enfants de 0 à 5 ans qui vivent dans une famille monoparentale est en baisse. Pour le RLS, cette valeur demeure inférieure à celle de la région et du Québec.

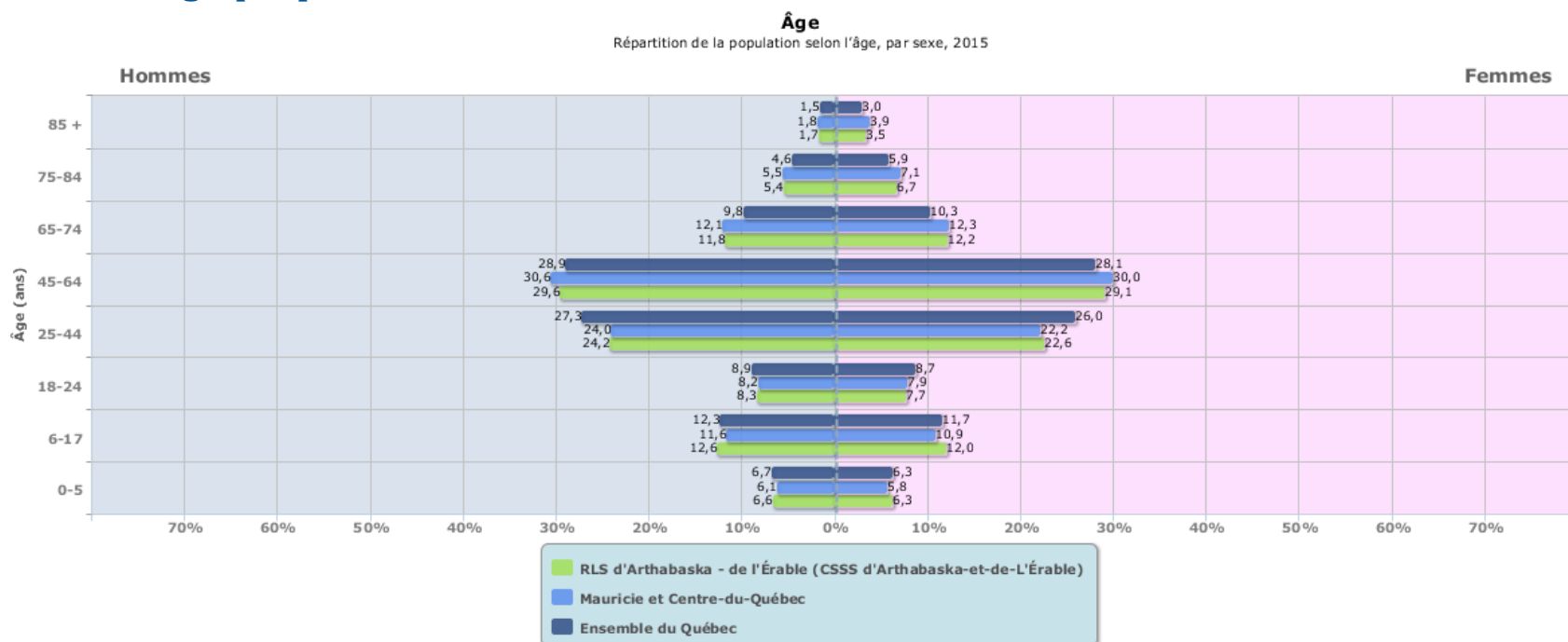
### État de santé globale

Pour les indicateurs non disponibles à l'échelle du RLS, ceux de la région ou de la province donnent un ordre de grandeur de la problématique.

- Les taux de mortalité périnatale ou infantile (toutes causes confondues) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec sont comparables à ceux de l'ensemble de la province. Ces taux n'ont pas significativement changé entre les périodes de 2002-2006 à 2007-2011.

- En ce qui a trait aux causes de décès chez les enfants québécois de 1 à 4 ans, les décès provenant des causes externes de morbidité et de mortalité (accidents de transport, chutes, agressions, etc.) sont les plus nombreux.
- Le taux moyen d'hospitalisation en soins physiques de courte durée chez les enfants de moins d'un an du RLS est plus élevé que celui du Québec (la situation est comparable avec la région). Le taux observé chez les enfants de 1 à 4 ans est aussi plus élevé que celui du Québec, mais moindre que le taux observé dans la région.
- Dans la région comme au Québec, les taux moyens d'hospitalisation pour les tumeurs chez les enfants de 1-4 ans sont du même ordre de grandeur.
- La proportion de naissances prématurées est en baisse entre 2002-2006 et 2007-2008, tant sur le territoire du RLS que dans la région et au Québec. La proportion du RLS (6,5 %) est moins élevée que celle observée dans la région et au Québec en 2007-2011.
- La proportion de naissances vivantes ayant un retard de croissance intra-utérine semble avoir augmentée entre 2002-2006 et 2007-2011 dans la région, une tendance confirmée sur le territoire du RLS et dans l'ensemble du Québec. La proportion du RLS en 2007-2011 (8,2 %) ne se distingue pas statistiquement de celle de la région et au Québec en 2007-2011.
- La proportion de naissances vivantes de faible poids est demeurée stable entre 2002-2006 et 2007-2011, tant sur le territoire du RLS que dans la région et au Québec. La proportion du RLS en 2007-2011 (5,5 %) ne se distingue pas statistiquement de celle observée dans la région et la province.
- Les difficultés comportementales sont les plus souvent rapportées chez les enfants présentant un niveau modéré ou sévère de difficulté socioémotionnelle au Québec (40 %).
- Dans la région sociosanitaire, le pourcentage d'enfants de maternelle vulnérables dans au moins un domaine de développement est inférieur à celui du Québec. La tendance régionale semble s'observer sur le territoire du RLS.
- Plus des trois quarts des enfants québécois de 6 mois à 6 ans ont été victimes d'au moins une agression psychologique, et près de la moitié ont connu un épisode de violence physique mineure ou sévère dans les 12 derniers mois.
- Plus du quart des enfants québécois âgés de 6 mois à 4 ans ont été victimes d'au moins un comportement à caractère négligent par un adulte de la maison dans les 12 mois précédents.
- Plus du quart des enfants québécois âgés de 6 mois à 6 ans ont été témoins de conduites à caractère violent entre conjoints dans la dernière année.
- Les deux tiers des mères québécoises ont une attitude favorable à la punition corporelle envers leurs enfants.

## Profil démographique



Source(s) : Estimations et projections démographiques, MSSS, 2014  
Données du graphique mises à jour le 19 décembre 2014

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

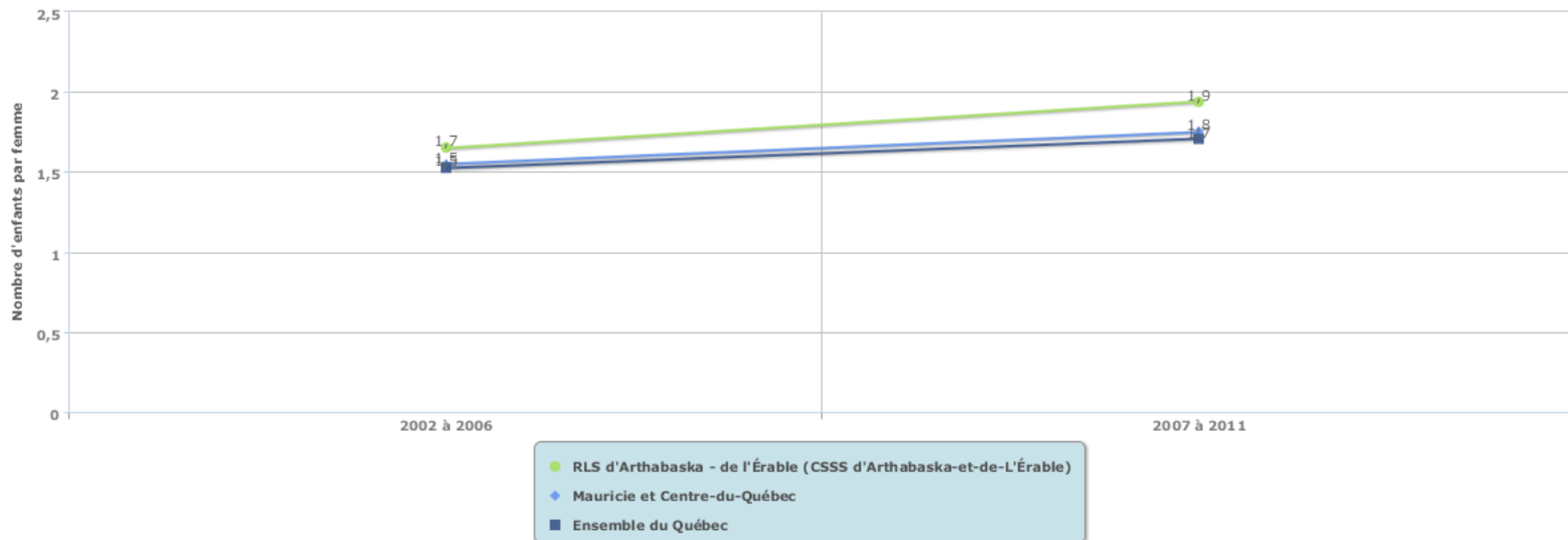
La population du RLS d'Arthabaska-de l'Érable est estimée à 95 494 habitants en 2015, ce qui représente 18,7 % des effectifs de la région.

Suivant la répartition par âge et sexe :

- La proportion des enfants de 0-5 ans du RLS (6,4 %) est semblable à celle de la région et de la province. Les garçons de ce groupe d'âge représentent 6,6 % de la population masculine du RLS (6,1 % dans la région et 6,7 % au Québec) et les filles 6,3 % de la population féminine (5,8 % dans la région et 6,3 % au Québec).
- La proportion des jeunes de 6-17 ans du territoire du RLS est équivalente à celle de la province (mais légèrement plus grande que celle de la région).
- La proportion des adultes de 18 à 64 ans est comparable à celle de la région, mais moins élevée qu'au Québec.
- À l'autre extrémité, la proportion des aînés de 65 ans et plus du territoire du RLS se compare à celle de la région, mais est plus élevée qu'au Québec.

### Nombre moyen d'enfants par femme

Évolution du nombre moyen d'enfants par femme (indice synthétique de fécondité), 2002 à 2011



Source(s) : Estimations et projections démographiques, MSSS, 2014; Fichier des naissances, MSSS, 2014  
Données du graphique mises à jour le 17 juillet 2014

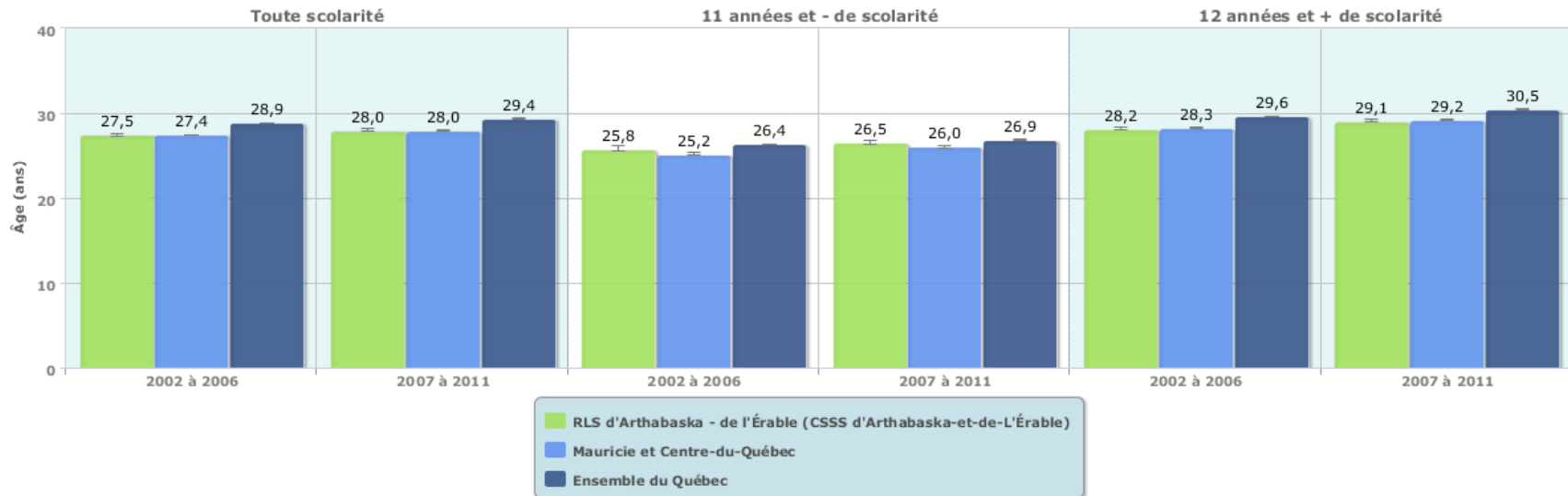
Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

L'indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme) dans le RLS d'Arthabaska-de-l'Érable pour la période 2007-2011 est plus élevé (1,9 enfant) que celui de la région (1,8 enfant) et du Québec (1,7). Ces valeurs demeurent inférieures au seuil jugé nécessaire pour assurer le remplacement des générations (2,1 enfants par femme).

Entre les périodes 2002-2006 et 2007-2011, on a observé une tendance à la hausse du nombre moyen d'enfants par femme dans les trois territoires. En 2002-2006, l'indice était de 1,7 enfant par femme dans le RLS comparativement à 1,5 pour le Québec et la région.

### Âge moyen des mères

Évolution de l'âge moyen des mères à l'accouchement selon leur nombre d'années de scolarité, 2002 à 2011



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.  
**np**: Valeur peu précise, donc non présentée (le cas échéant).  
 \* Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).  
**Source(s)**: Fichier des naissances, MSSS, 2014  
**Données du graphique mises à jour le** 17 juillet 2014

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Les mères du RLS d'Arthabaska-de l'Érable (toute scolarité confondue) ont en 2007-2011 un âge moyen à l'accouchement inférieur à celui des mères du Québec, mais comparable à celui de la région.

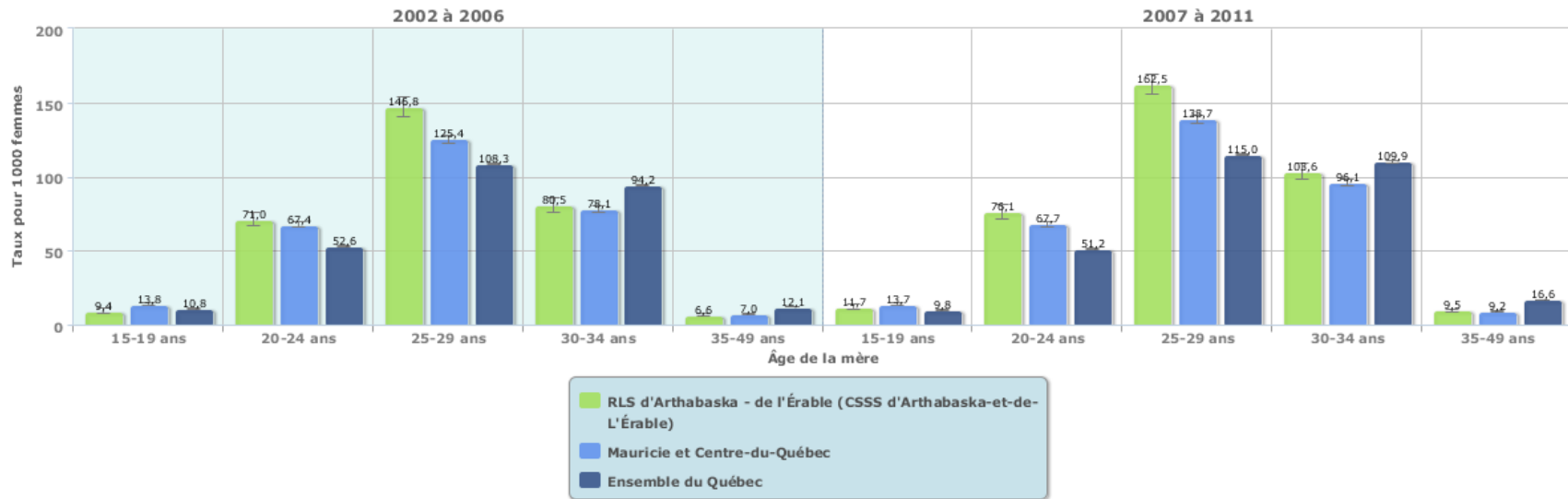
Les mères plus scolarisées (12 ans et plus de scolarité) reportent davantage leur maternité que les mères moins scolarisées (11 années et moins) comme l'indique leur âge moyen à l'accouchement plus élevé. Cette tendance s'observe pour les trois niveaux géographiques.

On observe une hausse de l'âge moyen à la maternité entre 2002-2006 et 2007-2011 pour les trois territoires présentés, les femmes tendent donc à avoir leurs enfants plus tard. Cette hausse se vérifie, peu importe la scolarité de la mère.

L'âge moyen à l'accouchement moindre des mères du RLS comparativement au Québec s'observe, peu importe le niveau de scolarité de la mère.

## Fécondité

Taux annuel moyen de fécondité selon l'âge de la mère, 2001-2010



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.

np: Valeur peu précise, donc non présentée (le cas échéant).

\* Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).

Source(s): Estimations et projections démographiques, MSSS, 2014; Fichier des naissances, MSSS, 2014  
Données du graphique mises à jour le 17 juillet 2014

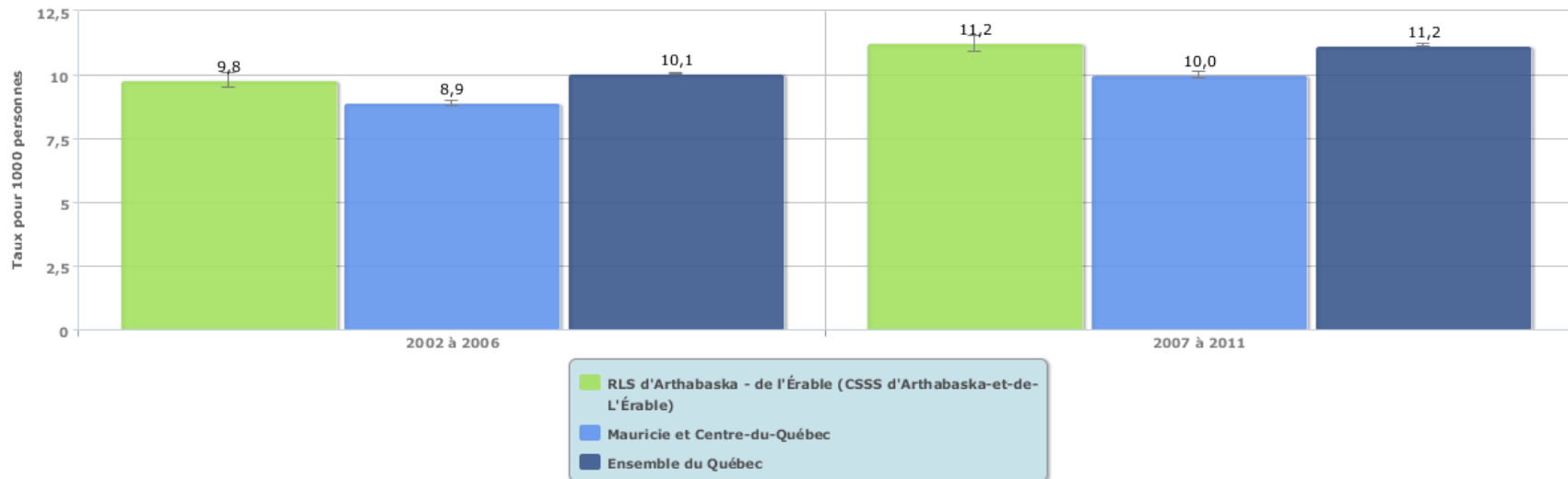
Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Dans l'ensemble, les femmes de 25-29 ans sont les plus fécondes devant celles de 30-34 ans et de 20-24 ans. La fécondité des femmes de moins de 20 ans et de 35 ans et plus est nettement plus marginale. On observe toutefois des différences selon le territoire et la période.

- Le RLS présente pour la période 2007-2011, un taux de fécondité précoce (15-19 ans) supérieur à celui de la province, mais moins élevé que dans la région. Toutefois le taux du RLS se comparait à celui du Québec en 2002-2006.
- Les femmes de 20-24 ans et de 25-29 ans du RLS sont plus fécondes que celles de la région et de la province en 2007-2011. En 2002-2006, le taux de fécondité des 20-24 ans du RLS ne se distinguait pas de celui de la région.
- Comme la région, les femmes de 30-34 ans et de 35-49 ans du RLS ont une fécondité moindre qu'au Québec. Celles de 30-34 ans du RLS présentent cependant un taux plus élevé que celui de la région en 2007-2011.
- On observe, entre 2002-2006 et 2007-2011, une légère baisse de la fécondité précoce au Québec, mais une relative stabilité du taux dans la région, la différence de taux entre ces périodes pour le RLS n'est pas statistiquement significative. Le taux de fécondité des femmes de 20-24 ans du Québec a légèrement fléchi entre ces périodes alors qu'il est demeuré pratiquement identique dans la région. L'écart observé pour le RLS n'atteint pas le seuil de signification statistique. Pour les trois territoires, le taux de fécondité des femmes de 25-29 ans, 30-34 ans et de 35-49 ans a augmenté entre 2002-2006 et 2007-2011.

## Natalité

Taux annuel moyen de natalité, 2002-2011



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.

**np**: Valeur peu précise, donc non présentée (le cas échéant).

\* Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).

**Source(s)**: Estimations et projections démographiques, MSSS, 2014; Fichier des naissances, MSSS, 2014  
**Données du graphique mises à jour le** 17 juillet 2014

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

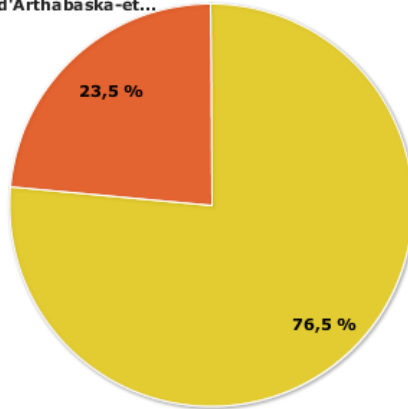
Dans l'ensemble, le taux de natalité observé dans le territoire d'Arthabaska-de l'Érable est semblable à celui de la province, mais il est plus élevé que celui de la région. L'écart positif du RLS avec la région dépend à la fois de la structure par âge de la population et du niveau de fécondité des femmes en âge de procréer (15-49 ans).

Entre les périodes 2002-2006 et 2007-2011, on a observé dans l'ensemble une légère augmentation du taux de natalité dans les trois territoires.

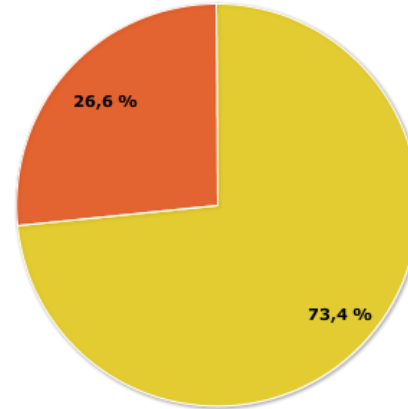
### Structure des familles

Répartition des familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans selon la structure de la famille, 2011

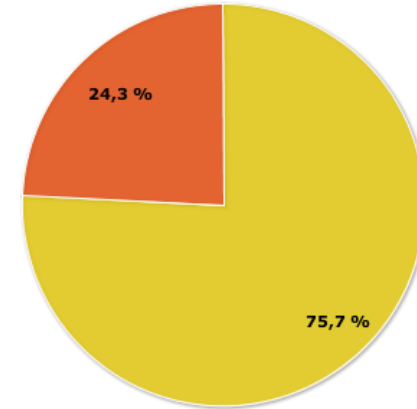
RLS d'Arthabaska - de l'Érable (CSSS  
d'Arthabaska-et...



Mauricie et Centre-du-Québec



Ensemble du Québec



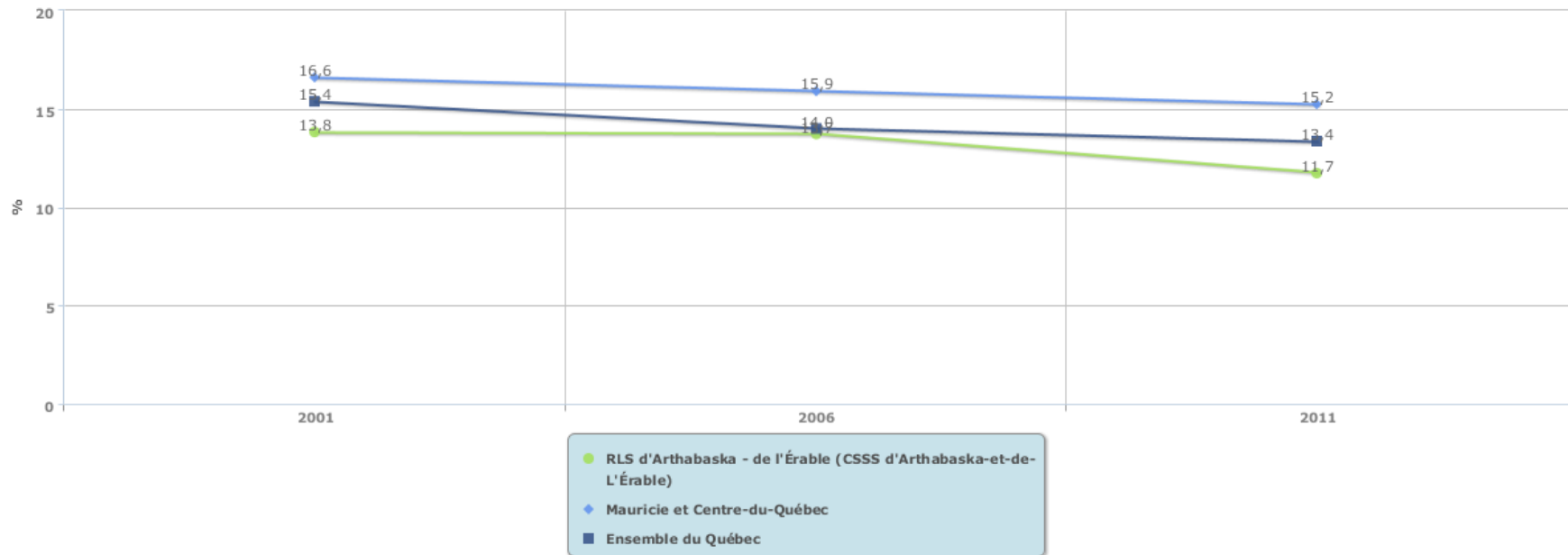
Source(s) : Recensement 2011, Statistique Canada  
Données du graphique mises à jour le 14 mars 2014

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Tout comme au Québec, on retrouve sur le territoire du RLS, environ 24 % de familles monoparentales parmi les familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans. Cette proportion est inférieure à celle de la région (27 %).

### Vivre avec un seul parent

Évolution de la proportion des enfants de 0 à 5 ans vivant avec un seul parent, 2001 à 2011



Source(s): Recensements 2001, 2006 et 2011, Statistique Canada  
Données du graphique mises à jour le 13 février 2014

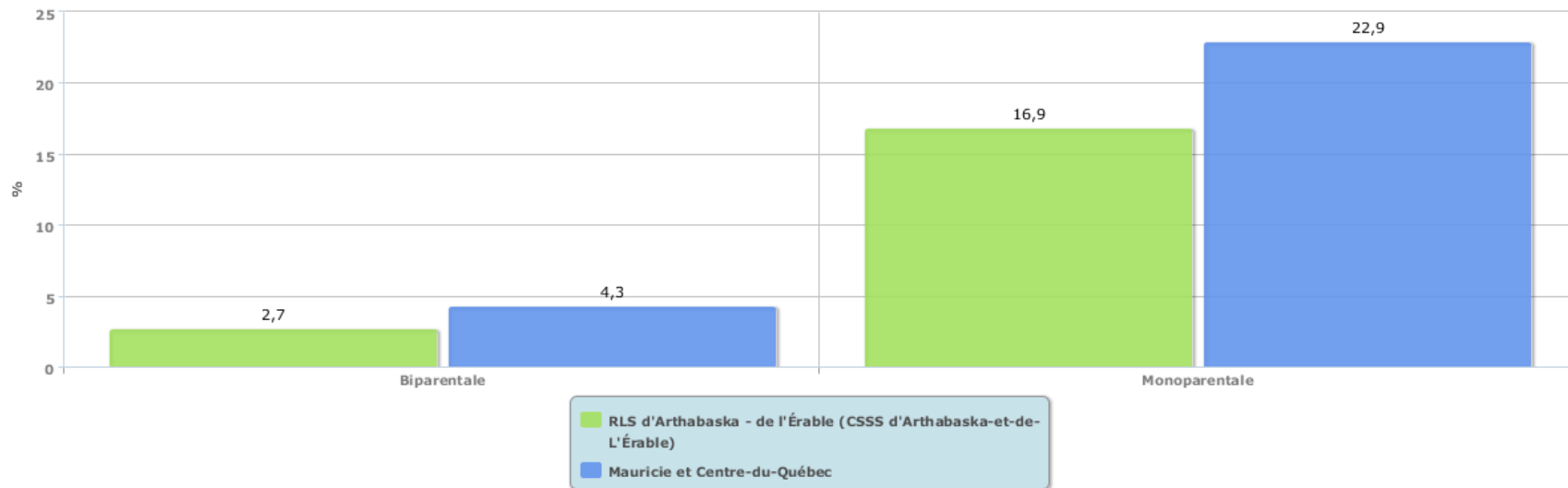
Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Les enfants de 0-5 ans du RLS d'Arthabaska-de l'Érable sont proportionnellement moins nombreux à vivre avec un seul parent au recensement de 2011 (12 %) que ceux de la région (15 %) et de la province (13 %).

De 2001 à 2011, on observe une diminution constante de la proportion des 0-5 ans vivant dans une famille monoparentale pour la région et le Québec. Dans le RLS, par contre, cette proportion est demeurée pratiquement stable entre 2001 et 2006 (14 %) avant de finalement diminuer.

### Seuil de faible revenu

Proportion des familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu (SFR) après impôt selon la structure de la famille, 2005



**so :** La population dans les réserves indiennes et les personnes de moins de 15 ans hors familles de recensement ne sont pas comptabilisées dans le calcul de cet indicateur. La valeur est donc sans objet.

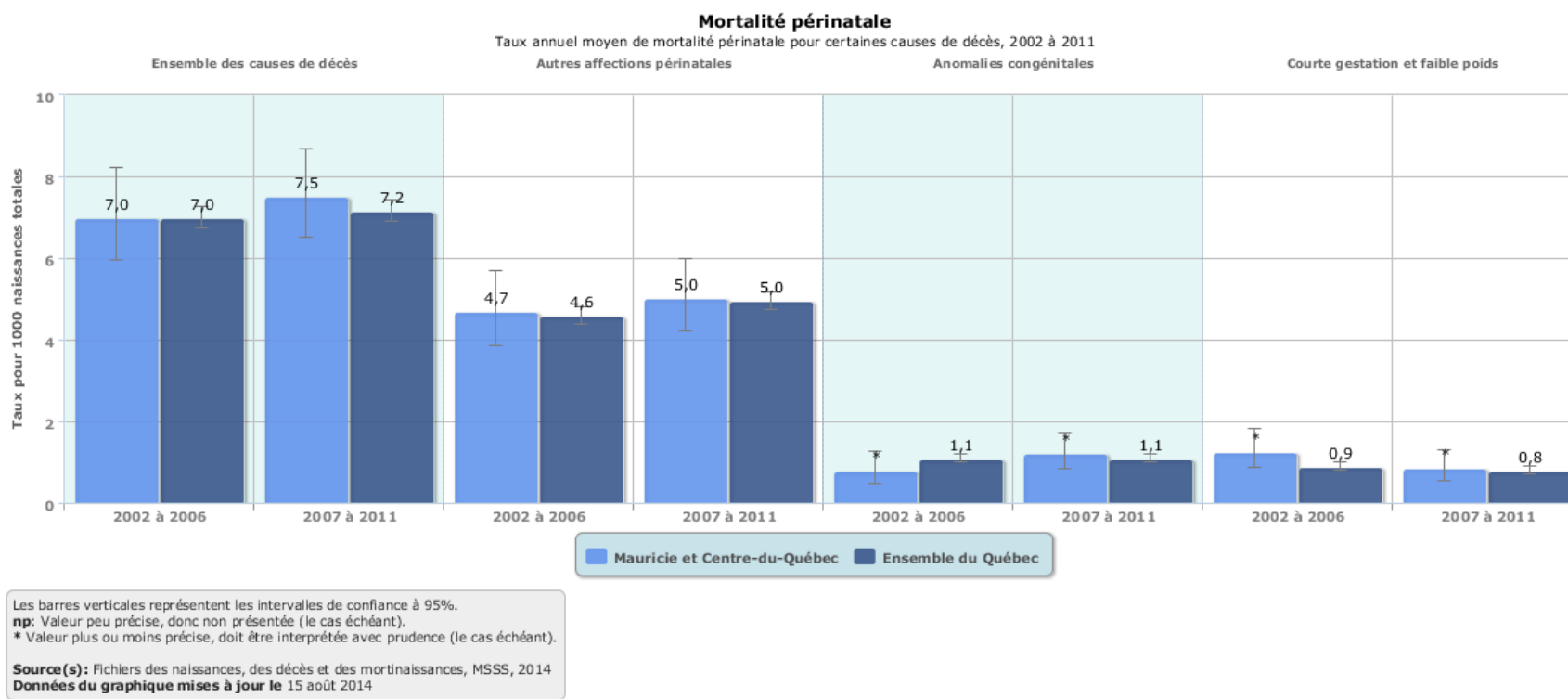
**Source(s) :** Recensement 2006, Statistique Canada  
**Données du graphique mises à jour le :** 07 avril 2010

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Au sein des familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans au recensement de 2006, celles qui sont en situation de monoparentalité sont nettement plus nombreuses à vivre sous le seuil de faible revenu (après impôt) que les familles biparentales.

Sur le territoire du RLS, les proportions de familles (tant monoparentales que biparentales) avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu (après impôt) sont inférieures à celles que l'on observe au niveau régional. Cette mesure tient compte de la taille des familles et de leur municipalité de résidence.

## Mortalité et hospitalisations



Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

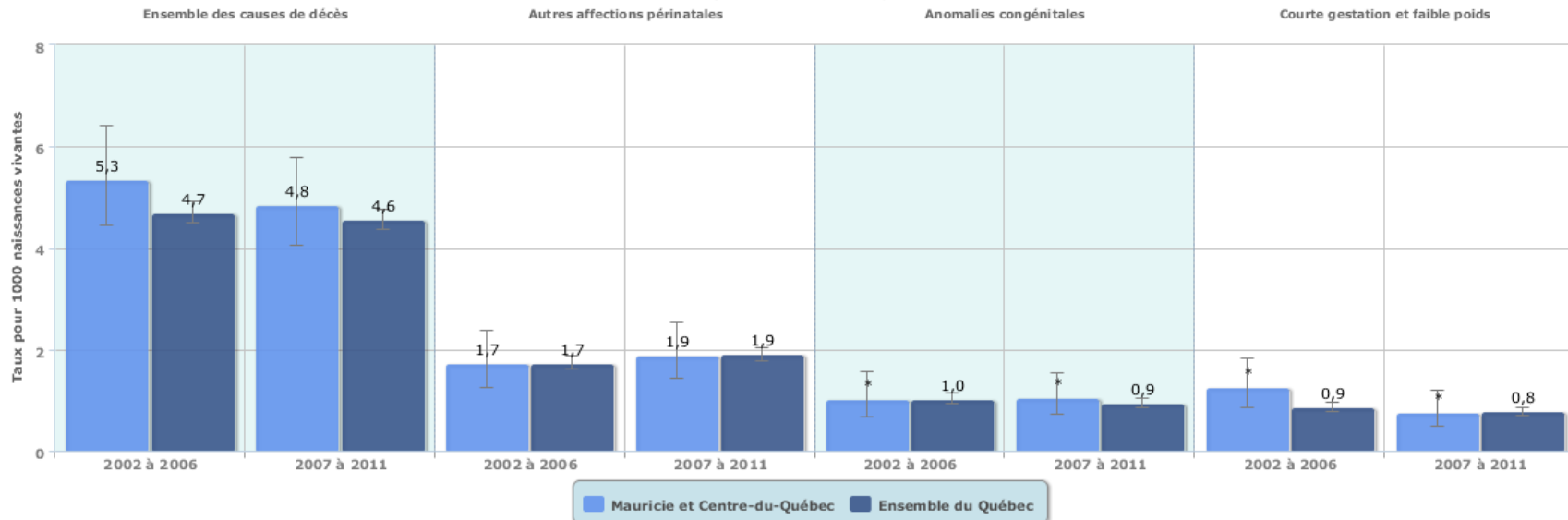
Le taux de mortalité périnatale (pour l'ensemble des causes) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec est comparable à celui de l'ensemble de la province. Ce taux n'a pas significativement changé entre les périodes 2002-2006 et 2007-2011. Au niveau local, le taux de mortalité périnatale du territoire d'Arthabaska-de l'Érable se compare bien avec celui de la province ([voir lien vers le recueil statistique](#)).

Parmi les trois principales causes de mortalité présentées, les décès attribuables aux «Autres affections périnatales » (complications de la grossesse chez la mère, anomalies liées à une gestation prolongée et un poids élevé à la naissance, infections bactériennes du nouveau-né, etc.) présentent le taux le plus élevé tant dans la région que pour la province. La mortalité causée par les « anomalies congénitales » ou la « courte gestation et faible poids » est nettement moins importante. Il n'y a pas de différences significatives de taux dans la région entre les deux périodes pour chacune des causes retenues (mais le taux pour « Autres affections périnatales » a légèrement augmenté au Québec).

Pour la région, les taux de mortalité périnatale pour « Anomalies congénitales » et « Courte gestation et faible poids » présentent toutefois d'importants coefficients de variation qui rendent l'interprétation difficile et dont il faut tenir compte.

## Mortalité dans la première année de vie

Taux annuel moyen de mortalité infantile, 2002 à 2011



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.  
 np: Valeur peu précise, donc non présentée (le cas échéant).  
 \* Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).

Source(s): Fichiers des décès et des naissances, MSSS, 2014  
 Données du graphique mises à jour le 18 août 2014

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Le taux de mortalité infantile (pour l'ensemble des causes) observé dans la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec se rapproche de celui de l'ensemble de la province. Ce taux n'a pas significativement changé entre les périodes 2002-2006 et 2007-2011. Au niveau local, le taux de mortalité infantile du territoire d'Arthabaska-de l'Érable se compare bien avec celui de la province ([voir lien vers le recueil statistique](#)).

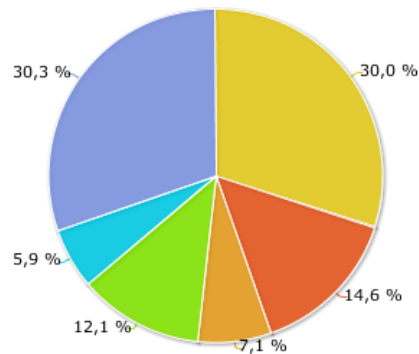
Selon les trois principales causes de décès examinées, le taux de mortalité attribué aux « Autres affections périnatales » est le plus élevé dans la région et la province, devançant les décès causés par les « Anomalies congénitales » ou par la « Courte gestation et faible poids » qui ont des taux similaires. Le taux pour chacune de ces causes n'a pas significativement changé entre les deux périodes.

Les taux de mortalité infantile pour les anomalies congénitales et la courte gestation et faible poids pour la région présentent toutefois des coefficients de variation élevés qui rendent l'interprétation difficile et dont il faut tenir compte.

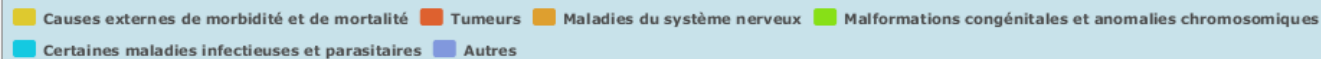
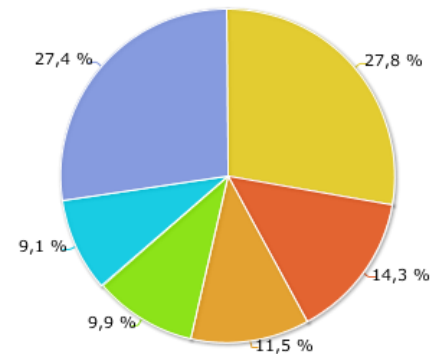
### Principales causes de décès

Répartition des décès chez les enfants de 1 à 4 ans selon les principaux regroupements de causes au Québec, 2002 à 2011

2002 à 2006



2007 à 2011



Source(s) : Fichier des décès, MSSS, 2014  
Données du graphique mises à jour le 08 septembre 2014

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

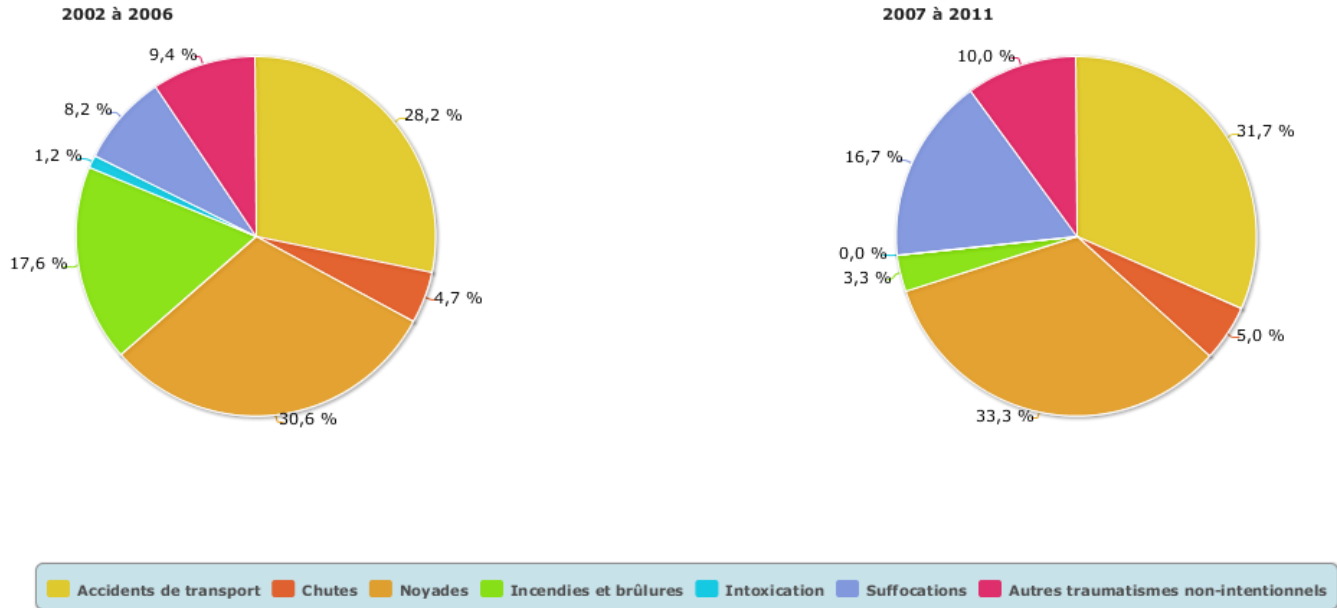
Au chapitre de la répartition des décès chez les enfants de 1-4 ans selon les principaux regroupements de causes au Québec, on a constaté, pour la période 2007-2011, que les décès provenant des causes externes de morbidité et de mortalité (accidents de transport, chutes, agressions, etc.) sont les plus nombreux (28 %) devant les tumeurs (14 %). Les maladies du système nerveux représentent 11,5 % des décès, soit un ordre de grandeur comparable aux malformations congénitales et anomalies chromosomiques (10 %) et à certaines maladies infectieuses et parasitaires (9 % des décès). Par ailleurs, étant donné les multiples causes de mortalité, le tiers des décès se retrouvent dans la catégorie « Autres » (comprenant notamment la mort subite du nourrisson).

Pour l'ensemble du Québec, les principales causes de décès chez les enfants de 1-4 ans en 2002-2006 et en 2007-2011 sont demeurées les mêmes, bien que les proportions de décès ont quelque peu varié.

Le peu de décès à 1-4 ans ne permet guère de produire une distribution à l'échelle de la région (et encore moins au niveau local).

### Principales causes de mortalité par traumatismes non-intentionnels

Répartition des décès chez les enfants de 1 à 4 ans selon les principales causes de décès par traumatismes non-intentionnels au Québec, 2002 à 2011



Source(s) : Fichier des décès, MSSS, 2014  
Données du graphique mises à jour le 14 août 2014

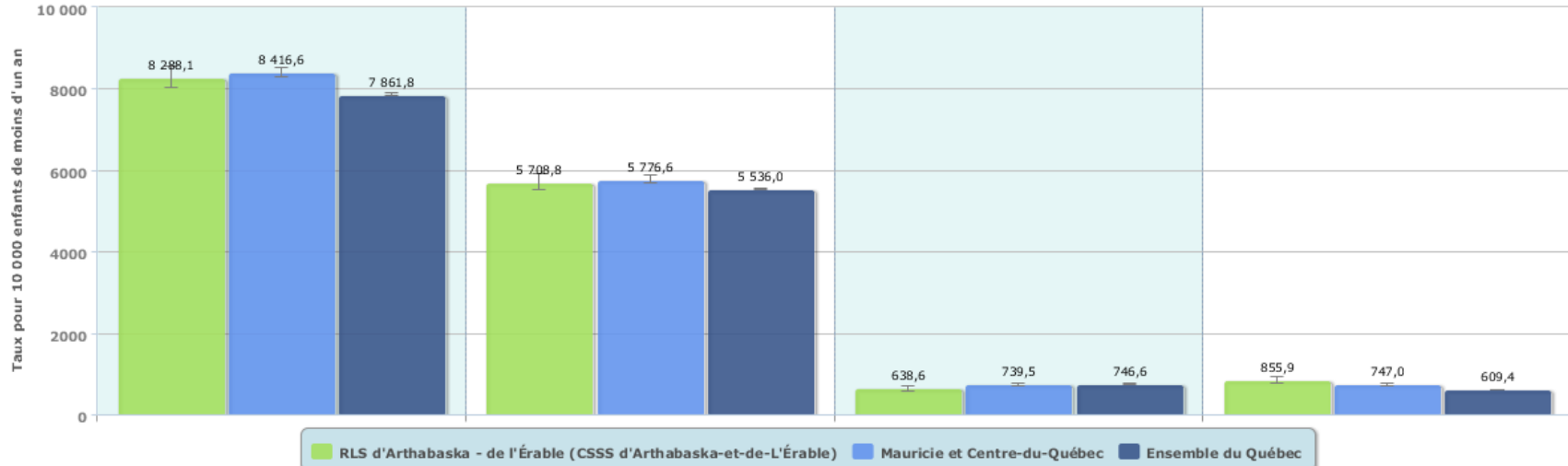
Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Le peu de décès à l'échelle régionale (et encore moins au niveau local) ne permet pas d'établir une telle distribution. À l'échelle québécoise, les décès par noyade (33,3 %) et par accident de transport (31,7 %) constituent les deux principales causes de décès par traumatisme non intentionnel qui représentent chacune près du tiers de ces décès en 2007-2011. Ces deux causes devancent en importance les décès causés par suffocation (17 %), par chute (5 %) et par incendie et brûlure (3 %). Les décès par intoxication sont plus marginaux, particulièrement entre 2007 et 2011.

La part relative de ces causes au sein des décès par traumatisme varie sensiblement entre les deux périodes comme l'indique la répartition pour la période 2002-2006 qui présentait notamment une part plus importante de décès par incendie et brûlure.

### Hospitalisations dans la première année de vie

Taux annuel moyen d'hospitalisation en soins physiques de courte durée au cours de la première année de vie selon certains diagnostics principaux, avril 2009 à mars 2014



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.  
 np: Valeur peu précise, donc non présentée (le cas échéant).  
 \* Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).  
**Source(s)**: Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS, 2015; Base de données sur les congés des patients, ICIS, 2014; Estimations et projections démographiques, MSSS, 2014  
**Données du graphique mises à jour le** 19 janvier 2015

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Le taux annuel moyen d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des diagnostics des enfants de moins d'un an du territoire d'Arthabaska-de l'Érable se compare au taux régional, mais il est supérieur à celui de la province.

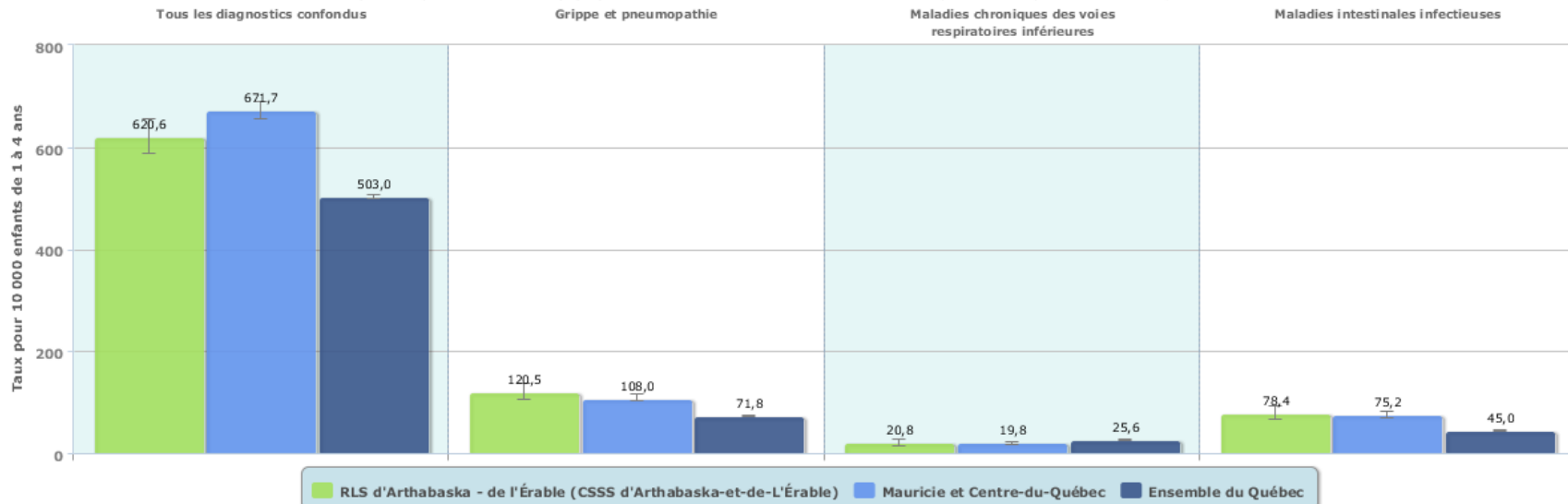
Selon les trois principaux regroupements de diagnostics mis en évidence :

- Les affections périnatales représentent la part la plus importante des hospitalisations dans la première année de vie pour les trois territoires. Le taux du RLS pour ce regroupement ne se distingue pas statistiquement de celui de la région et du Québec.
- Le taux moyen d'hospitalisation pour anomalies congénitales observé dans le RLS apparaît moins élevé que celui de la région et du Québec.
- Pour les maladies de l'appareil respiratoire, le RLS se démarque par un taux moyen d'hospitalisation plus élevé que celui de la région et du Québec.

Au regard du nombre des hospitalisations, il y a lieu de préciser que certains déterminants de santé comme l'accessibilité, la capacité du système à prendre en charge, la taille du territoire desservi et le poids démographique des enfants de moins d'un an peuvent engendrer des disparités par RLS.

### Hospitalisations pour problèmes de santé

Taux annuel moyen d'hospitalisation en soins physiques de courte durée chez les enfants de 1 à 4 ans pour certains problèmes de santé, avril 2009 à mars 2014



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.

np: Valeur peu précise, donc non présentée (le cas échéant).

\* Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).

Source(s): Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS, 2015; Base de données sur les congés des patients, ICIS, 2014; Estimations et projections démographiques, MSSS, 2014

Données du graphique mises à jour le 16 janvier 2015

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

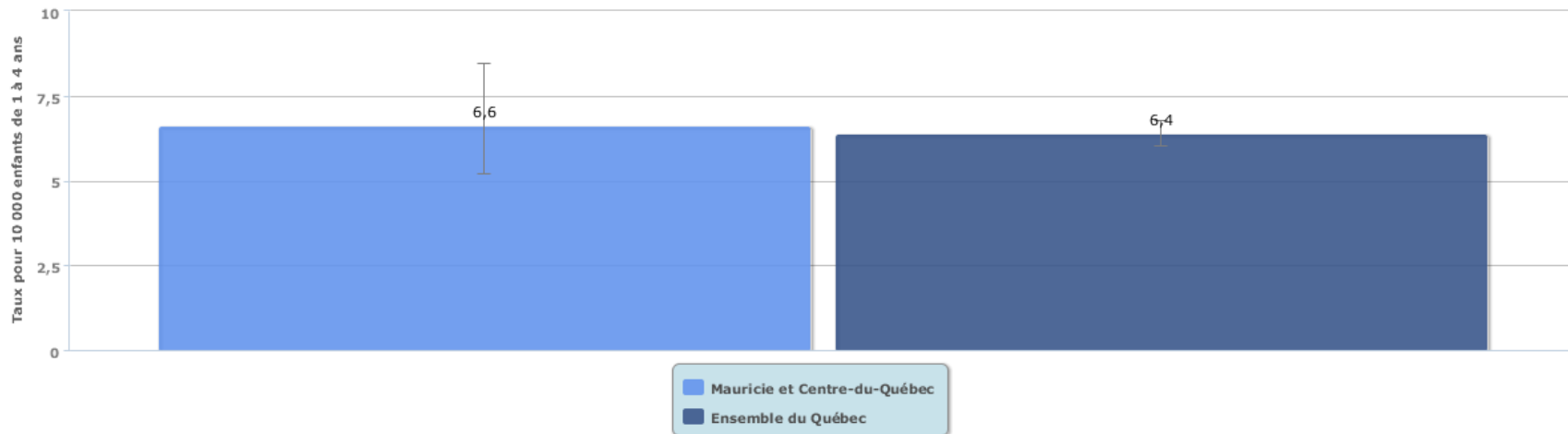
Le taux annuel moyen d'hospitalisation en soins physiques de courte durée, tous les diagnostics confondus, des enfants de 1 à 4 ans du RLS est plus élevé que celui du Québec, mais moindre que le taux observé dans la région.

Sur le territoire du RLS, le taux d'hospitalisation enregistré pour chaque regroupement de diagnostics est plus élevé que celui de la province, sauf pour les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures pour lesquelles l'on observe un taux comparable à celui du Québec. L'écart avec la région pour chacun de ces regroupements n'est pas statistiquement significatif.

Au regard du nombre des hospitalisations, il y a lieu de préciser que certains déterminants de santé comme l'accessibilité, la capacité du système à prendre en charge, la taille du territoire desservi et le poids démographique des enfants de 1-4 ans peuvent engendrer des disparités par territoires.

### Hospitalisations pour tumeur

Taux annuel moyen d'hospitalisation en soins physiques de courte durée chez les enfants de 1 à 4 ans pour un diagnostic de tumeur, avril 2009 à mars 2014



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.

**np:** Valeur peu précise, donc non présentée (le cas échéant).

\* Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).

**Source(s):** Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS, 2015; Base de données sur les congés des patients, ICIS, 2014; Estimations et projections démographiques, MSSS, 2014

**Données du graphique mises à jour le** 16 janvier 2015

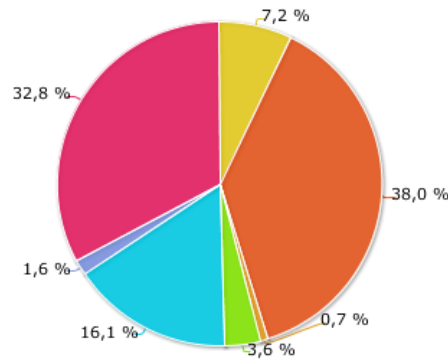
Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Le taux annuel moyen d'hospitalisation dû aux tumeurs chez les jeunes enfants de 1 à 4 ans de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec est comparable à celui de la province.

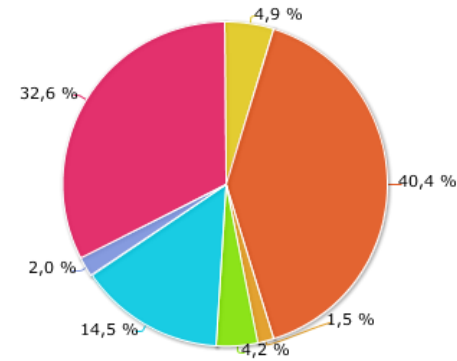
### Principales causes d'hospitalisations pour traumatismes non-intentionnels

Répartition des hospitalisations en soins physiques de courte durée chez les enfants de 1 à 4 ans selon les principales causes de traumatismes non-intentionnels, avril 2009 à mars 2014

Mauricie et Centre-du-Québec



Ensemble du Québec



Accidents de transport Chutes Noyades Incendies et brûlures Intoxication Suffocations Autres traumatismes non-intentionnels

Source(s) : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS, 2015; Base de données sur les congés des patients, ICIS, 2014  
Données du graphique mises à jour le 19 janvier 2015

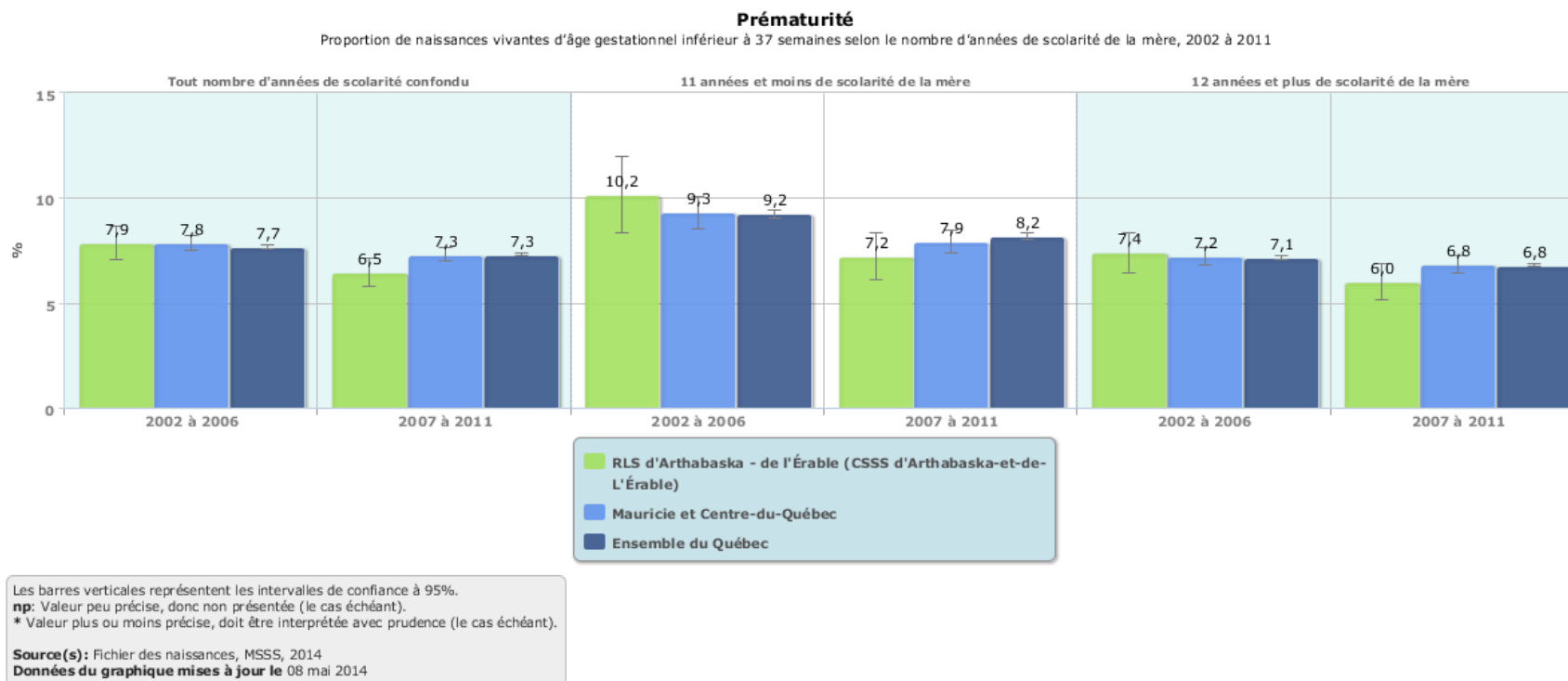
Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Au sein des hospitalisations pour traumatismes non intentionnels des enfants de 1-4 ans, la part relative représentée par les principales causes dans la région est quasiment du même ordre de grandeur que celle du Québec.

Les accidents de transports constituent la première cause d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels de ces enfants devant de loin les intoxications comme deuxième cause. Les hospitalisations dues aux noyades, aux chutes, aux incendies et brûlures et aux suffocations sont les plus fréquentes par la suite.

Par ailleurs, étant donné les nombreuses causes de traumatismes, près du tiers de ces hospitalisations se retrouvent dans la catégorie résiduelle « Autres traumatismes non intentionnels ».

## Développement



Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Pour la période 2007-2011, on a observé une proportion moindre de naissances prématurées (âge gestationnel < 37 semaines) sur le territoire du RLS (6,5 %) comparativement à la région et au Québec (7,3 % chacun). Le RLS ne présentait pas de différence avec le Québec et la région pour la période 2002-2006. Les données locales reposent sur peu de cas, les proportions moins précises peuvent présenter des fluctuations importantes.

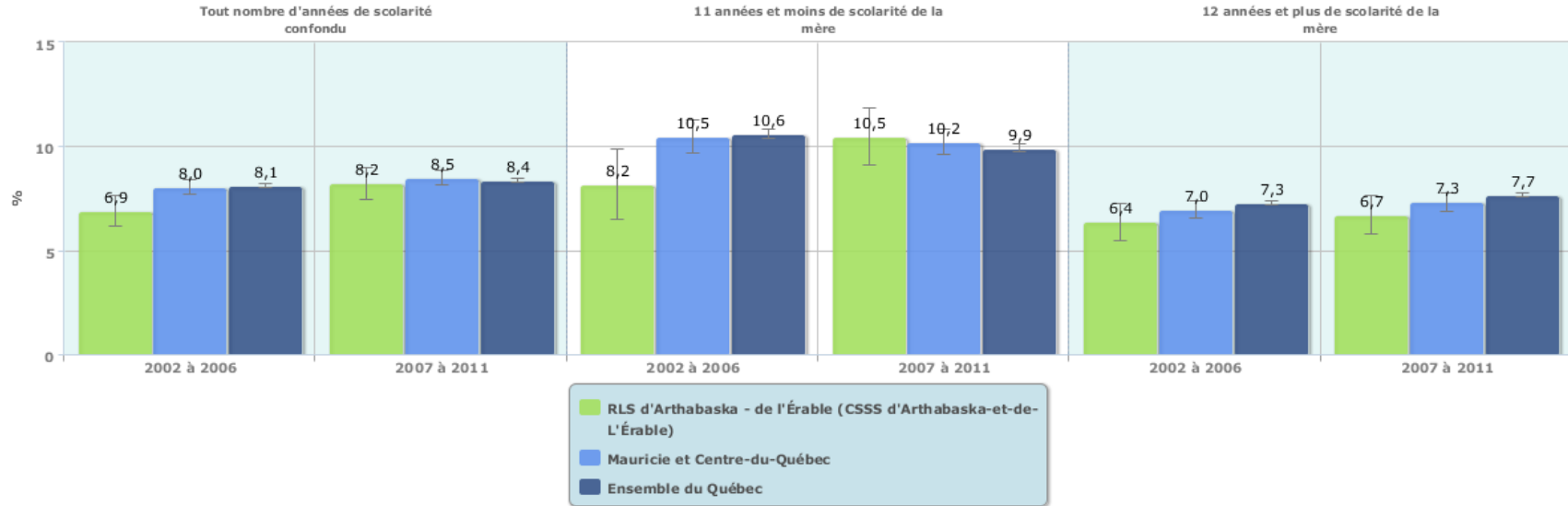
Entre 2002-2006 et 2007-2011, la proportion des naissances prématurées a diminué dans les trois territoires présentés.

Les mères qui ont 12 années et plus de scolarité se distinguent par une plus faible proportion de naissances prématurées que celles en ayant 11 années ou moins. Cette tendance vaut pour le Québec et la région. L'écart en ce sens observé pour le RLS n'atteint pas le seuil de signification statistique en 2007-2011.

La diminution de la proportion de naissances prématurées entre 2002-2006 et 2007-2011 se perçoit davantage chez les mères ayant 11 ans et moins de scolarité, et ce, pour les trois niveaux géographiques.

### Retard de croissance intra-utérine

Proportion de naissances vivantes simples de poids insuffisant pour l'âge gestationnel selon le nombre d'années de scolarité de la mère, 2002 à 2011



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.  
**np**: Valeur peu précise, donc non présentée (le cas échéant).  
 \* Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).  
**Source(s)**: Fichier des naissances, MSSS, 2014  
**Données du graphique mises à jour le** 08 mai 2014

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Pour la période 2007-2011, la proportion de naissances vivantes présentant un retard de croissance intra-utérine sur le territoire du RLS (8,2 %) se compare à celle de la région et du Québec.

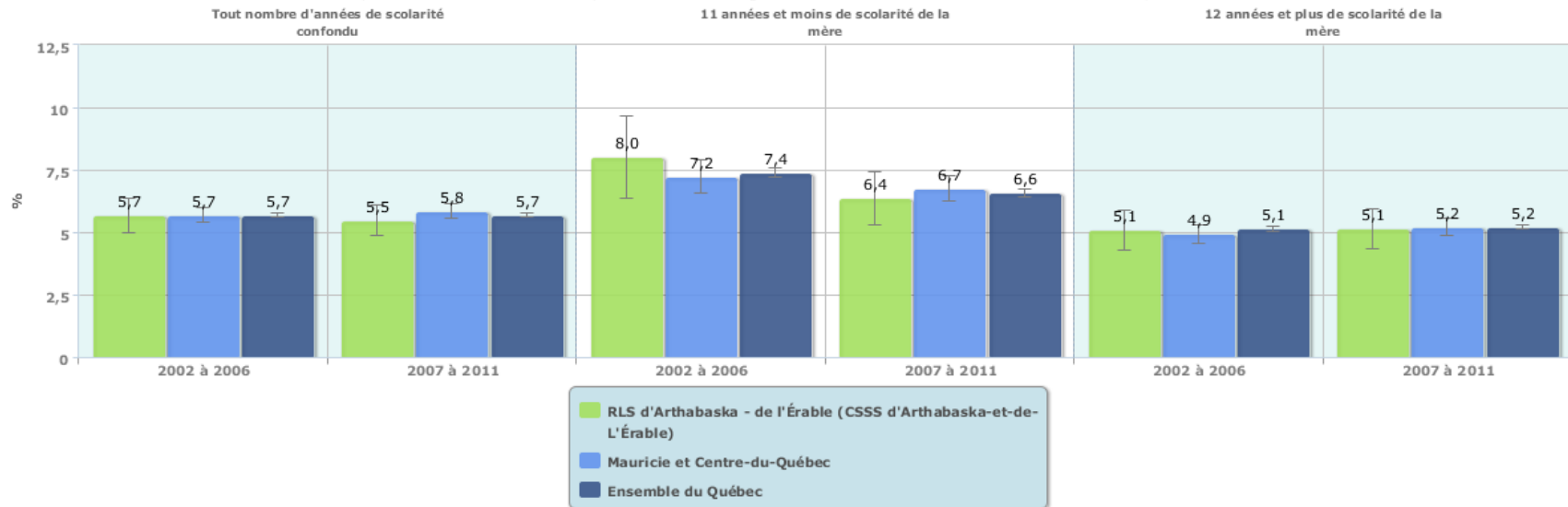
Depuis la période 2002 à 2006, la proportion des naissances vivantes ayant un retard de croissance intra-utérine a augmenté au Québec et dans le RLS. Les valeurs régionales reprennent aussi cette tendance sans que l'écart n'atteigne le seuil de signification statistique.

Les mères qui ont 12 années de scolarité et plus se distinguent par une plus faible proportion de naissances avec un retard de croissance intra-utérine que celles moins scolarisées. Cette tendance s'observe pour les trois territoires.

Au niveau québécois, la légère augmentation de naissances ayant un retard de croissance intra-utérine entre 2002-2006 et 2007-2011 apparaît attribuable aux mères ayant 12 ans et plus de scolarité, la situation semblant plutôt s'améliorer pour les mères de moins de 12 ans de scolarité. Au niveau régional, cette tendance n'atteint pas le seuil de signification statistique. Sur le plan local, les valeurs moins précises rendent cette tendance moins nette.

### Faible poids à la naissance

Proportion de naissances vivantes de poids inférieur à 2 500 grammes selon le nombre d'années de scolarité de la mère, 2002 à 2011



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.  
 np: Valeur peu précise, donc non présentée (le cas échéant).  
 \* Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).  
 Source(s): Fichier des naissances, MSSS, 2014  
 Données du graphique mises à jour le 08 mai 2014

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

En 2007-2011, le RLS d'Arthabaska-de l'Érable a enregistré 5,5 % de naissances vivantes de faible poids, une proportion comparable à celle de la région et du Québec.

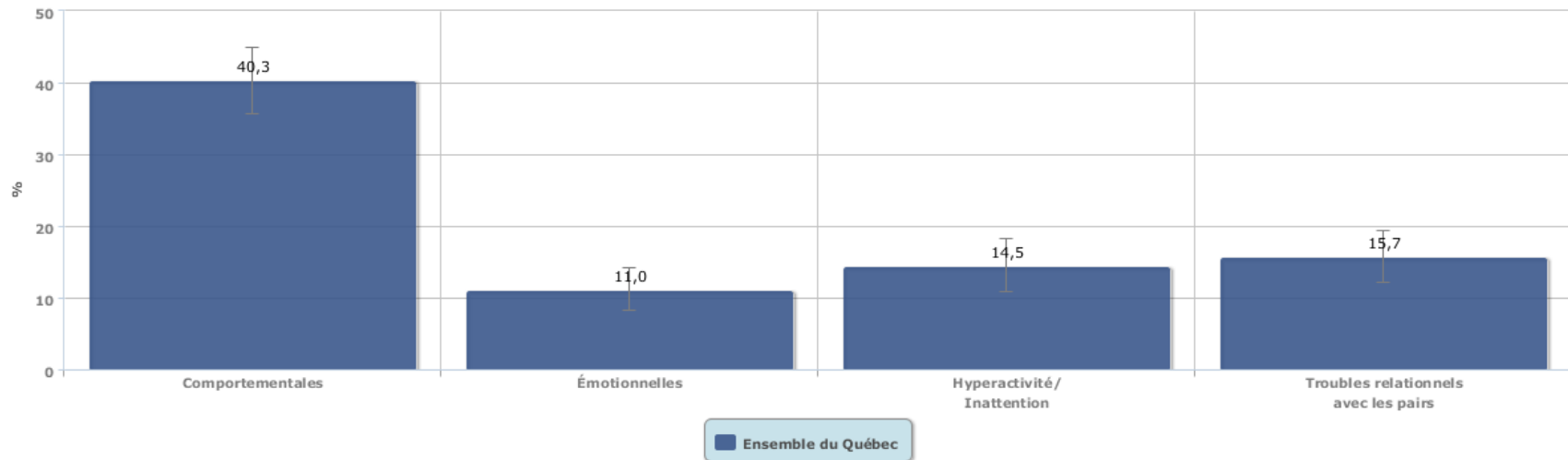
Depuis 2002-2006, la proportion de naissances vivantes de faible poids est demeurée presque stable dans les trois territoires présentés.

On note par ailleurs des différences de proportions de naissances vivantes de faible poids selon le niveau de scolarité de la mère. Celles qui ont 12 années de scolarité et plus se distinguent par une plus faible proportion de naissances vivantes de faible poids tant dans la région qu'au Québec. Le RLS semble reprendre cette tendance sans que la différence de proportion n'atteigne le seuil de signification statistique.

Entre 2002-2006 et 2007-2011, on a observé pour le Québec, une tendance à la baisse de la proportion de naissances vivantes de faible poids chez les mères de moins de 12 années de scolarité. La région et le RLS semblent aussi suivre cette tendance sans que les différences observées n'atteignent le seuil de signification statistique.

### Difficultés socioémotionnelles

Proportion des enfants de 3 à 5 ans qui présentent un niveau modéré ou sévère de difficultés socioémotionnelles selon des types de difficulté au Québec, 2008



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.  
np: Valeur peu précise, donc non présentée (le cas échéant).  
\* Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).  
**Source(s)**: Enquête québécoise sur la santé de la population 2008, ISQ  
**Données du graphique mises à jour le** 11 octobre 2013

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

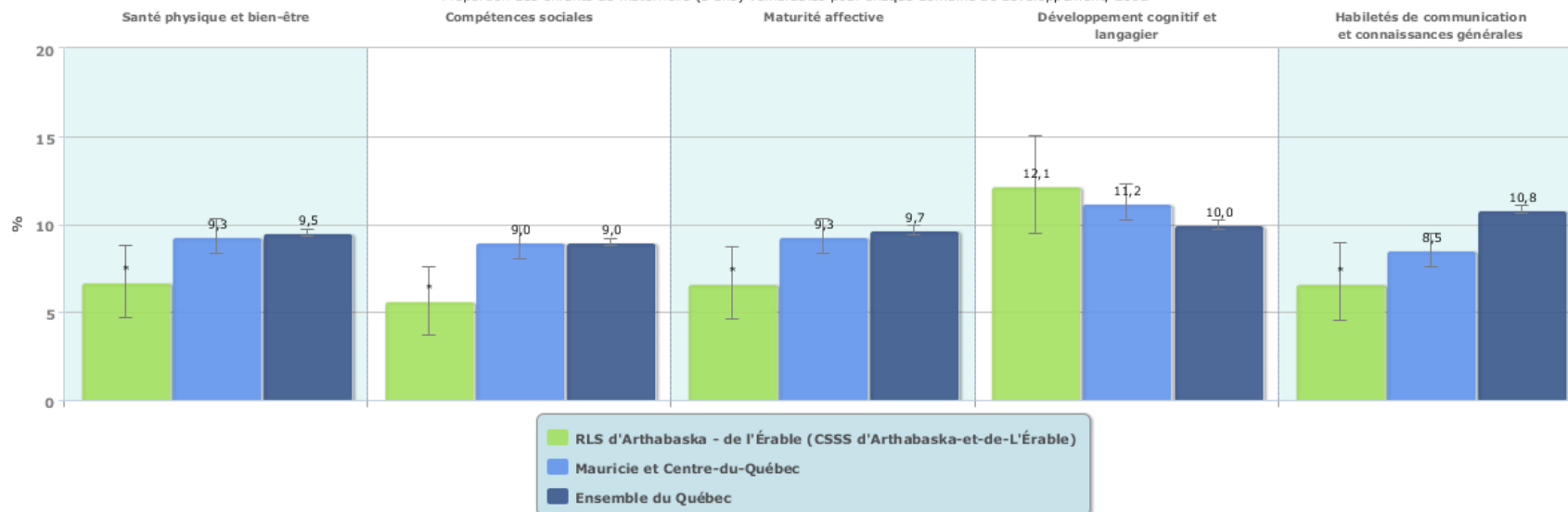
Pour l'ensemble de la province, 13 % des enfants de 3 à 5 ans présentent un niveau modéré ou sévère de difficultés socioémotionnelles (données non présentées dans la figure).

Selon le type de difficultés éprouvées :

- Les difficultés comportementales sont les plus fréquentes (40 %).
- On note également que 16 % des cas se rapportent aux troubles relationnels avec les pairs, 15 % à l'hyperactivité/inattention et 11 % à des troubles émotionnels.

### Vulnérabilité par domaine de développement

Proportion des enfants de maternelle (5 ans) vulnérables pour chaque domaine de développement, 2012



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.  
**np**: Valeur non présentée (le cas échéant) pour protéger la confidentialité des individus ou pour des raisons de précision.  
**\*** Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).

**Source(s)**: Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012, ISQ  
**Données du graphique mises à jour le** 29 janvier 2014

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

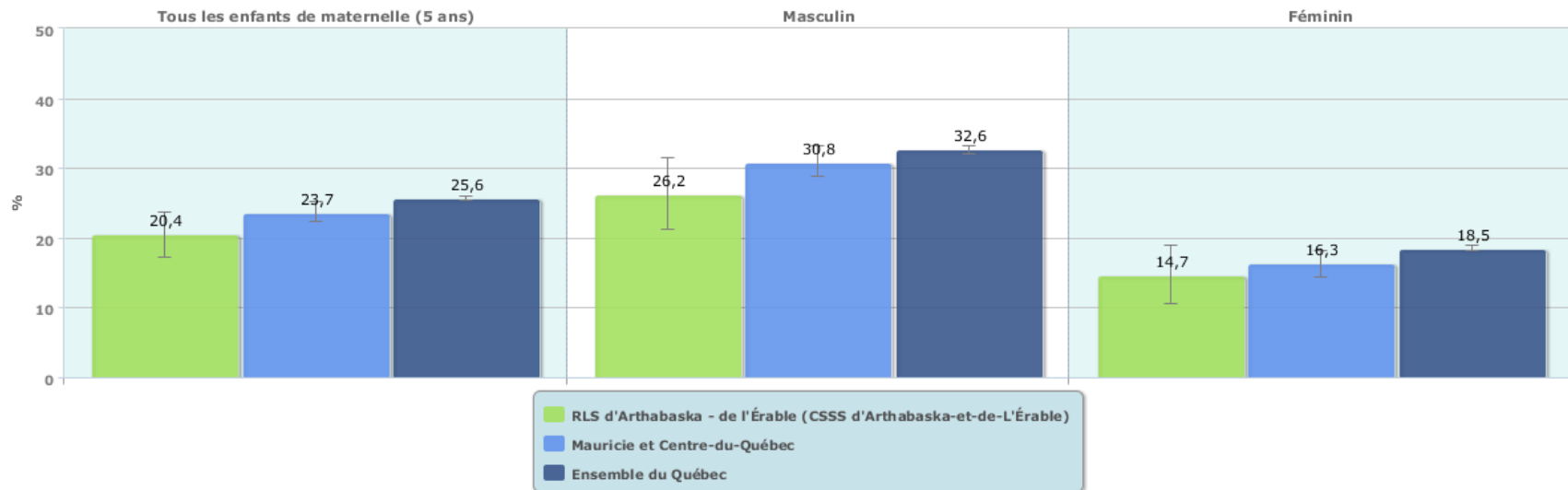
D'après l'EQDEM de 2012, le pourcentage d'enfants de maternelle vulnérables varie selon le domaine de développement et le territoire concerné.

La région se compare au Québec en ce qui concerne le domaine de la santé physique et bien-être, des compétences sociales et de la maturité affective. Par contre, la proportion des enfants vulnérables dans le domaine du développement cognitif et langagier de la région est plus élevée que celle du Québec, tandis que la proportion de ceux vulnérables quant aux habiletés de communication et connaissances générales est moindre qu'au Québec.

Les enfants du RLS paraissent moins vulnérables que ceux de la province dans les domaines de santé physique et bien-être, des compétences sociales, de la maturité affective et des habiletés de communication et connaissances générales. Ces écarts se voient aussi avec la région, sauf pour les habiletés de communication et connaissances générales. La tendance locale repose, toutefois, sur très peu de cas et doit être interprétée avec prudence, d'autant plus qu'un taux de non-réponse plus important à l'enquête se retrouve pour ce RLS.

## Vulnérabilité

Proportion des enfants de maternelle (5 ans) vulnérables dans au moins un domaine de développement selon le sexe de l'enfant, 2012



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.  
np: Valeur non présentée (le cas échéant) pour protéger la confidentialité des individus ou pour des raisons de précision.  
\* Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).

Source(s): Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012, ISQ  
Données du graphique mises à jour le 29 janvier 2014

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

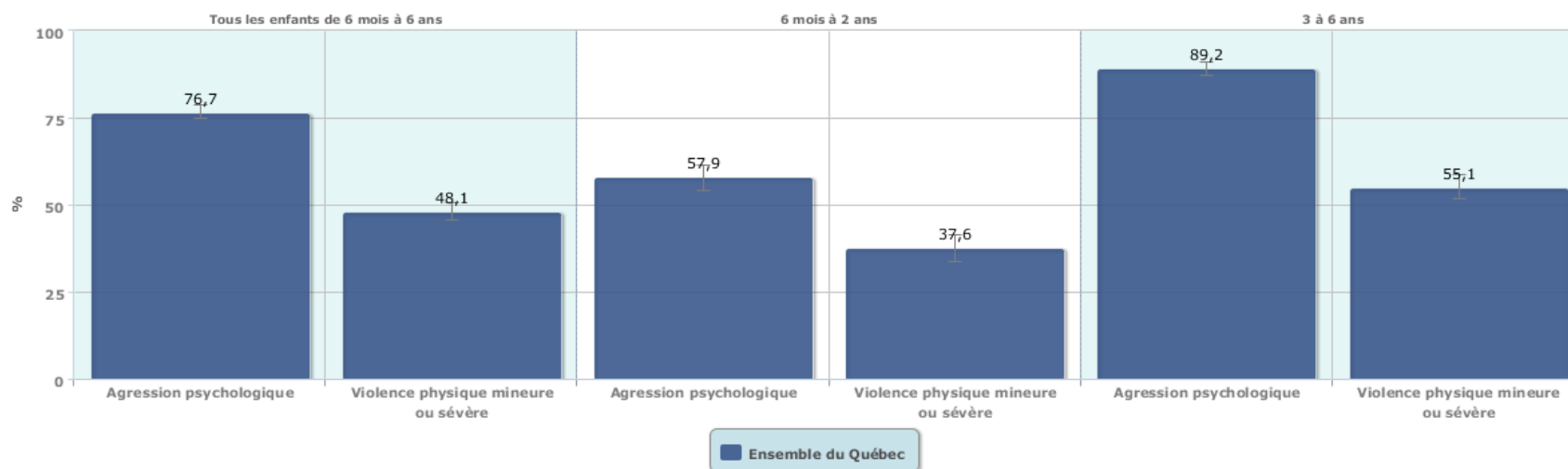
La région sociosanitaire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec se distingue favorablement du Québec par une proportion moindre d'enfants de maternelle vulnérables dans au moins un des domaines de développement, particulièrement chez les filles.

Le RLS d'Arthabaska-de l'Érable, comme la région, présente une proportion moindre d'enfants vulnérables dans au moins un des cinq domaines que celle du Québec. Cet écart se voit singulièrement chez les garçons, la différence en ce sens des filles n'atteint pas le seuil de signification statistique. Les différences avec la région ne sont pas statistiquement significatives. La prudence est de mise dans les comparaisons, les données du RLS reposent sur moins de jeunes et un plus grand nombre de non-réponses à l'enquête a été constaté pour ce territoire.

## Milieu familial

### Violence

Proportion des enfants âgés de 6 mois à 6 ans victimes de conduites à caractère violent par un adulte de la maison au cours des 12 derniers mois selon le groupe d'âge de l'enfant au Québec, 2012



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.

np: Valeur non présentée (le cas échéant) pour protéger la confidentialité des individus ou pour des raisons de précision.

\* Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).

Source(s): Enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec en 2012—Les attitudes parentales et les pratiques familiales, ISQ

Données du graphique mises à jour le 19 août 2013

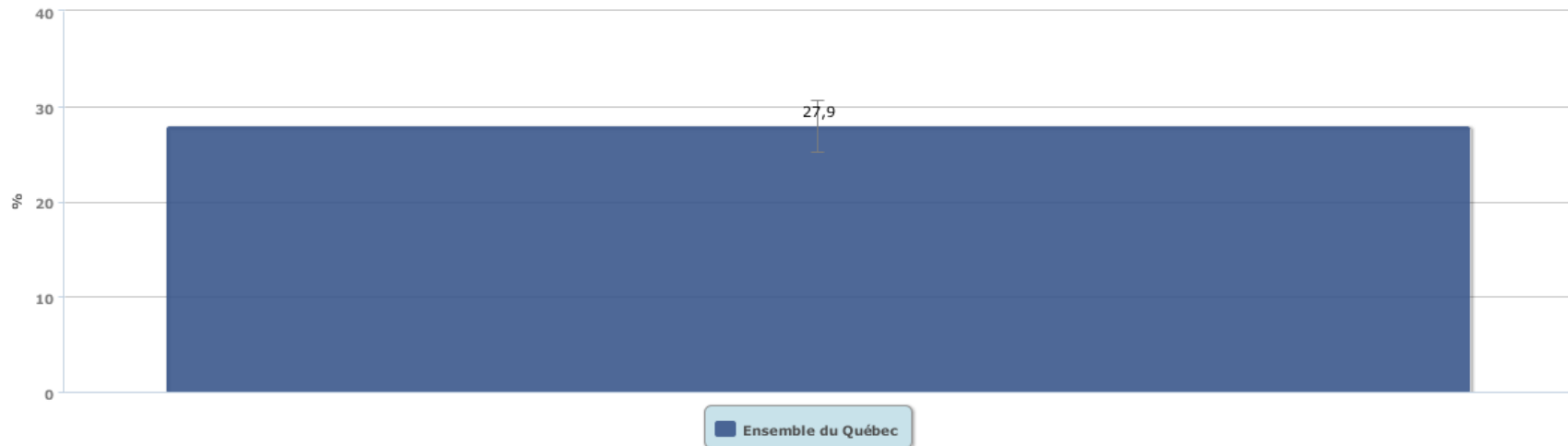
Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Pour l'ensemble du Québec, les données de l'enquête de 2012 sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec montrent que plus des trois quarts des enfants de 6 mois à 6 ans ont été victimes d'au moins une agression psychologique et que près de la moitié ont connu au moins un épisode de violence physique mineure ou sévère.

Pour ces deux indicateurs, les enfants de 3 à 6 ans présentent des proportions nettement plus élevées que ceux du groupe d'âge 6 mois à 2 ans.

### Négligence

Proportion des enfants âgés de 6 mois à 4 ans victimes d'un comportement à caractère négligent par un adulte de la maison au cours des 12 derniers mois au Québec, 2012



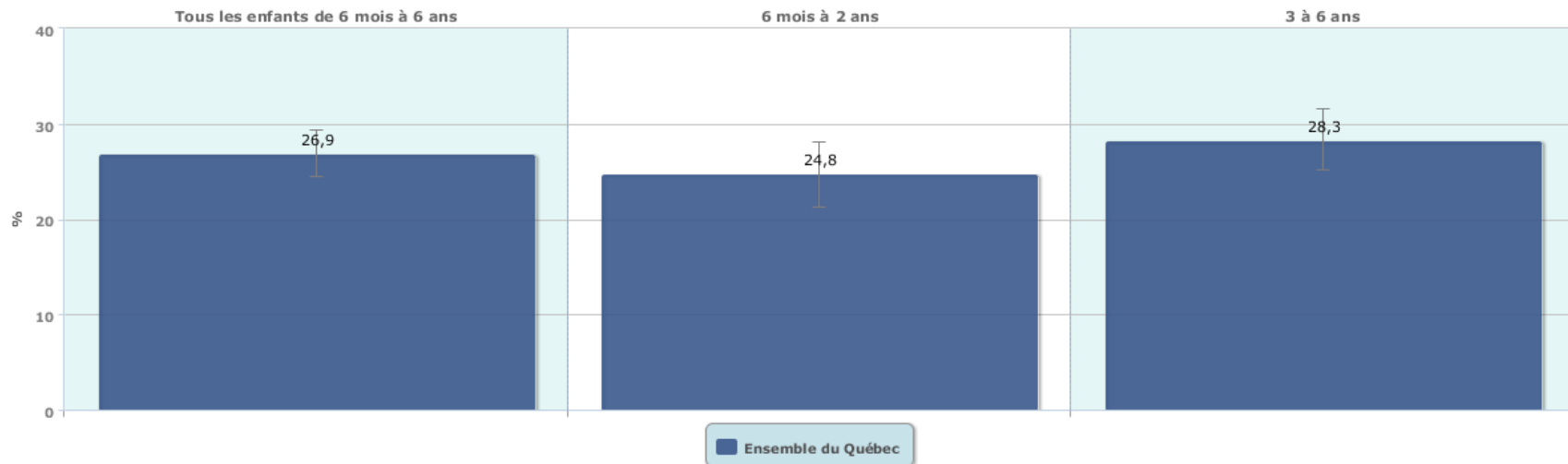
Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.  
**np:** Valeur non présentée (le cas échéant) pour protéger la confidentialité des individus ou pour des raisons de précision.  
**\*** Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).  
**Source(s):** Enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec en 2012—Les attitudes parentales et les pratiques familiales, ISQ  
**Données du graphique mises à jour le** 19 août 2013

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Pour l'ensemble du Québec, les données de l'enquête de 2012 sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec indiquent que 28 % des enfants de 6 mois à 4 ans ont été victimes d'au moins un comportement à caractère négligent par un adulte de la maison au cours des 12 derniers mois qui ont précédé l'enquête.

### Exposition à la violence entre conjoints

Proportion des enfants âgés de 6 mois à 6 ans exposés à une conduite à caractère violent entre conjoints au sein du ménage au cours des 12 derniers mois selon le groupe d'âge de l'enfant au Québec, 2012



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.  
**np:** Valeur non présentée (le cas échéant) pour protéger la confidentialité des individus ou pour des raisons de précision.  
**\*** Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).  
**Source(s):** Enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec en 2012—Les attitudes parentales et les pratiques familiales, ISQ  
**Données du graphique mises à jour le** 19 août 2013

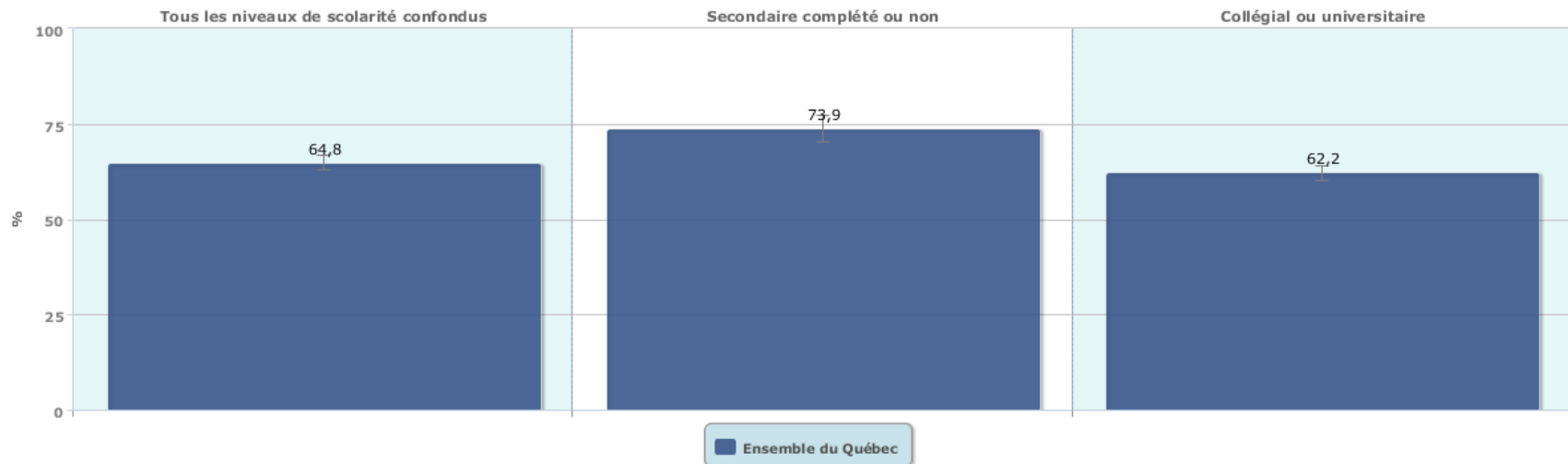
Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Selon l'enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec en 2012, environ 27 % des enfants de 6 mois à 6 ans du Québec ont été témoins de conduites à caractère violent entre conjoints au cours de l'année précédente.

La proportion d'enfants de 6 mois à 2 ans exposés à cette conduite ne se distingue pas statistiquement de celle des enfants de 3 ans à 6 ans.

### Attitude face à la punition corporelle

Proportion des mères ayant une attitude favorable à la punition corporelle envers les enfants selon le niveau de scolarité de la mère au Québec, 2012



Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95%.  
**np:** Valeur non présentée (le cas échéant) pour protéger la confidentialité des individus ou pour des raisons de précision.  
**\*** Valeur plus ou moins précise, doit être interprétée avec prudence (le cas échéant).  
**Source(s):** Enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec en 2012—Les attitudes parentales et les pratiques familiales, ISQ  
**Données du graphique mises à jour le** 19 août 2013

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ

Près des deux tiers des mères québécoises (65 %) ont une attitude favorable à la punition corporelle envers leurs enfants.

La proportion diminue considérablement selon le niveau de scolarité de la mère, passant de 74 % pour les mères ayant seulement terminé leurs études secondaires à 62 % pour les mères ayant une scolarité de niveau collégial ou universitaire.