



INTERVENIR POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES PLUS JEUNES

LES DIFFICULTÉS SOCIOAFFECTIVES CHEZ LES ENFANTS DE 3 À 14 ANS AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN



Analyse et rédaction

Marie-Claude Clouston

Adaptation, conception et relecture

Anne-Pascale Maltais

Relecture

Annie Girard

Andrée Lapointe

Révision des contenus

Ann Bergeron

Emmanuelle Arth

Jacinthe Dumont

Martine Fortin

Crédits pour les photos : Emmanuelle Arth, Galerie de photos de Microsoft office

Ce document est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse suivante :

www.santesaglac.com (section Documentation)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN : 978-2-923962-28-3 (version papier)

ISBN : 978-2-923962-29-0 (version PDF)

Toute reproduction partielle ou totale de ce document est autorisée à la condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

En résumé	4
Introduction.....	5
Le <i>Strenghts and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ)	6
Les difficultés socioaffectives chez les enfants du Saguenay–Lac-Saint-Jean.....	8
Des difficultés socioaffectives relativement fréquentes	8
Les jeunes garçons plus touchés	8
Une association avec le revenu.....	8
La perception des parents cohérente avec les résultats	9
Les types de difficultés vécues par les enfants	10
Des difficultés émotionnelles comparables chez les filles et les garçons.....	10
Des difficultés de comportement fréquentes durant l'enfance.....	11
Des difficultés d'hyperactivité et d'inattention plus fréquentes chez les garçons	11
Des difficultés relationnelles avec les pairs qui varient selon le revenu	11
Un niveau de comportement prosocial jugé normal pour la majorité des enfants.....	12
Les problèmes diagnostiqués par un professionnel de la santé	13
Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), un trouble fréquent.....	13
D'autres diagnostics moins fréquents.....	15
Intervenir pour la santé et le bien-être des plus petits.....	16
Conclusion.....	17
Bibliographie.....	18
 Annexe 1 : Questions du <i>Strenghts and Difficulties Questionnaire</i> selon le type de difficultés.....	 21

EN RÉSUMÉ...

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2008*, au Saguenay–Lac-Saint-Jean...

- Environ 13 % des enfants de 3 à 14 ans vivent des difficultés socioaffectives modérées ou sévères, une proportion comparable à celle du Québec.
- La perception des parents est cohérente avec les résultats obtenus à l'échelle du *Strenghts and Difficulties Questionnaire* (SDQ) utilisée pour mesurer le niveau global de difficultés socioaffectives de l'enfant.
- Les difficultés de comportement et les troubles relationnels avec les pairs sont les types de difficultés les plus fréquents chez les enfants de la région.
- Les garçons sont en proportion plus nombreux à vivre des difficultés socioaffectives. Les difficultés liées à l'hyperactivité ou à l'inattention de même que les troubles relationnels avec les pairs sont également plus fréquents chez ces derniers.
- Le TDA/H est le problème le plus fréquemment diagnostiqué chez les enfants de la région parmi ceux mesurés dans l'enquête et il affecte en majorité les garçons.
- Les diagnostics médicaux de problème de comportement sont peu fréquents et affectent surtout les garçons.
- Une faible proportion des enfants de 3 à 14 ans ont reçu, selon le parent, un diagnostic de retard de développement, de déficience physique, de dépression, d'anxiété ou d'autisme.

Introduction

La santé mentale et psychosociale des enfants et des adolescents est un enjeu important en santé publique. Puisque certains troubles vécus par les enfants peuvent avoir de lourdes conséquences sur leur développement qui se répercuteront jusqu'à l'âge adulte, il est important que ces problèmes soient détectés de manière précoce (Rothenberger, Becker et Erhart, 2008). Une étude réalisée en Colombie-Britannique a récemment établi qu'environ 15 % des enfants et des jeunes de cette province souffriraient d'un problème de santé mentale (Waddell et Shepherd, 2002). Si cette prévalence s'appliquait au Québec, cela représenterait près de 230 000 individus (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005).

Jusqu'à maintenant, on ne disposait d'aucune donnée régionale pour réaliser une surveillance continue du développement des enfants. C'est d'ailleurs pour cette raison que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a intégré des questions sur les difficultés socioaffectives des enfants de 3 à 14 ans dans l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2008* (EQSP 2008). Cette thématique a notamment été documentée à partir d'un outil utilisé pour le dépistage des problèmes de santé mentale chez les enfants intitulé le SDQ. Cet outil comprend un ensemble de questions qui permettent d'obtenir un niveau global de difficultés socioaffectives. Il sert aussi à mesurer le niveau de difficultés vécues par l'enfant dans certaines dimensions spécifiques dont les difficultés émotionnelles et les troubles de comportement, de relations avec les pairs, d'hyperactivité et d'inattention. Il renseigne aussi sur le niveau de comportement prosocial de l'enfant. En plus de cet outil, quelques questions concernant certains diagnostics que l'enfant aurait pu avoir reçu d'un professionnel de la santé sont également incluses dans l'EQSP 2008.

Découlant de cette enquête, l'objectif de ce document est de mesurer l'ampleur des difficultés socioaffectives vécues par les enfants de 3 à 14 ans au Saguenay–Lac-Saint-Jean. La première partie présente le questionnaire SDQ en plus de faire la synthèse des principaux constats qui se dégagent de l'analyse des données concernant le niveau global de difficultés socioaffectives. De manière plus spécifique, la seconde partie fait état des résultats obtenus pour chaque type de difficulté. La dernière section présente finalement des données concernant certains problèmes de santé diagnostiqués chez les enfants par un professionnel de la santé.

L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008

L'EQSP 2008 est une enquête à portée régionale financée par le MSSS et réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). La collecte des données s'est déroulée du 13 février 2008 au 15 mars 2009.

La population visée est composée de l'ensemble des personnes âgées de 15 ans et plus qui vivent dans un ménage privé au Québec. Le nombre total de répondants est de 4 008 pour la région. Une seconde population d'intérêt était visée par l'EQSP 2008, soit les enfants âgés de 3 à 14 ans vivant dans les ménages privés.

Les données les concernant ont été recueillies auprès d'un des parents (incluant beaux-parents, parents adoptifs ou tuteurs). Ainsi, dans le cas où le répondant de 15 ans et plus sélectionné était le parent d'un ou de

plusieurs enfants de 3 à 14 ans habitant le ménage au moins la moitié du temps, une sélection aléatoire d'un de ces enfants était effectuée afin que le parent réponde à des questions sur le développement psychosocial de son enfant. Le nombre de jeunes de 3 à 14 ans est de 524 pour l'ensemble de la région. Toutes les données présentées dans ce document sont représentatives de l'ensemble des jeunes de cet âge dans la région.

En raison de la petite taille de l'échantillon régional, toutes les analyses selon le groupe d'âges (3-5 ans et 6-14 ans) et le revenu du ménage ont été réalisées uniquement à l'échelle du Québec. Pour la même raison, les données par territoire de réseau local de service (RLS) ne sont pas disponibles.

Le Strengths and Difficulties Questionnaire

Le SDQ est un questionnaire qui sert au dépistage des problèmes de santé mentale chez les enfants (Goodman, 1997, 2001; Goodman et Goodman, 2009, 2011). Il mesure notamment la présence de comportements qui témoignent de difficultés émotionnelles telles que l'agression physique, l'isolement, l'anxiété, la difficulté à se concentrer et l'impulsivité (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Ces difficultés peuvent engendrer chez l'enfant des problèmes de fonctionnement au sein de la famille ou à l'école (Institut de la statistique du Québec et autres, 2010).

Le SDQ peut être utilisé en milieu clinique, mais aussi pour la recherche épidémiologique (Goodman, 2001; Woerner et autres, 2004). Plusieurs études ont validé ses qualités psychométriques en contexte populationnel, et ce, dans plusieurs pays (Goodman, 2001, Rothenberger, Becker, et Erhart, 2008).

Il s'adresse aux enfants de 3 à 16 ans et il peut être complété par le parent, le professeur ou l'enfant s'il est âgé d'au moins 11 ans. Des études ont démontré que le questionnaire complété par le parent avait une bonne valeur prédictive (Goodman, 2001).

Le SDQ comprend 20 questions auxquelles le parent peut répondre par « pas vrai », « un peu vrai » ou « très vrai ». À chaque réponse est associé un nombre de points, points qui sont additionnés pour obtenir un score reflétant le niveau global de difficultés socioaffectives vécues par l'enfant. Les questions peuvent aussi être regroupées en quatre sous-échelles pour obtenir un score mesurant les niveaux de difficultés 1) émotionnelles, 2) de relations avec les pairs, 3) d'hyperactivité et d'inattention et 4) de comportement.

Adapté de : Institut de la Statistique du Québec, Questionnaire–Enquête québécoise sur la santé de la population 2008.

En pensant au comportement de votre enfant au cours des 6 derniers mois, dites-moi si les énoncés suivants sont « pas vrai », « un peu vrai » ou « très vrai ». Si vous trouvez que l'énoncé ne s'applique pas du tout à votre enfant, vous répondrez « pas vrai ».

Votre enfant...

...est agité, turbulent, hyperactif (ne tient pas en place)

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

...se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

...fait souvent des crises de colère ou s'emporte facilement

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

...est plutôt solitaire, a tendance à jouer seul

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

...est en général obéissant, fait habituellement ce que les adultes demandent

- Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- ★ Très vrai

...s'inquiète souvent, paraît souvent soucieux

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

...a la bougeotte, se tortille constamment (ne tient pas en place)

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

...a au moins un ami

- Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- ★ Très vrai

...se bagarre souvent avec les autres enfants ou les tyrannise

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

...est souvent malheureux, abattu ou pleure souvent

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

... est généralement aimé des autres enfants

- Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- ★ Très vrai

...est facilement distrait, a du mal à se concentrer

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

...est mal à l'aise ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

...ment ou triche souvent¹

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

...est harcelé ou tyrannisé par d'autres enfants

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

...réfléchit avant d'agir¹

- Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- ★ Très vrai

...vole à la maison, à l'école ou ailleurs¹

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

...s'entend mieux avec les adultes qu'avec les autres enfants

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

...a de nombreuses peurs, est facilement effrayé

- ★ Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- Très vrai

...va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, maintient bien son attention

- Pas vrai
- ❖ Un peu vrai
- ★ Très vrai

Pour chaque ★, accorder 0 point
Pour chaque ❖, accorder 1 point
Pour chaque ●, accorder 2 points

**L'enfant obtient une majorité de ★
(de 0 à 13 points)**

Difficultés socioémotionnelles faibles

**L'enfant obtient une majorité de ❖
(de 14 à 16 points)**

Difficultés socioémotionnelles modérées

**L'enfant obtient une majorité de ●
(de 17 à 40 points)**

Difficultés socioémotionnelles sévères

Les enfants qui obtiennent un score élevé au SDQ ont plus de risque de souffrir d'un problème de santé mentale (Goodman et Goodman, 2011). Un score élevé est aussi associé à un risque plus élevé de troubles psychiatriques diagnostiqués (Goodman, 2001, Vostanis, 2006). Cependant, cela ne veut pas nécessairement dire que l'enfant a reçu ou recevrait un diagnostic en lien avec ces difficultés s'il consultait un médecin (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012)

1. Pour les enfants de 3 et 4 ans, ces questions ont été remplacées par les questions suivantes : « ... est souvent opposant envers les adultes », « ...peut s'arrêter et réfléchir avant d'agir » et « ... peut être méchant envers les autres » et le choix de réponse a été adapté en conséquence.

Les difficultés socioaffectives chez les enfants du Saguenay–Lac-Saint-Jean

En 2008, au Saguenay–Lac-Saint-Jean...

Une majorité de ★ (de 0 à 13 points)

87 % des enfants de 3 à 14 ans vivent des **difficultés socioaffectives faibles**.

Une majorité de ✧ (de 14 à 16 points)

8* % des enfants de 3 à 14 ans vivent des **difficultés socioaffectives modérées**.

Une majorité de ● (de 17 à 40 points)

5* % des enfants de 3 à 14 ans vivent des **difficultés socioaffectives sévères**.

**Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur à 25 %, données à interpréter avec prudence.*

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Des difficultés socioaffectives relativement fréquentes

En 2008, au Saguenay–Lac-Saint-Jean, 13 % des enfants âgés de 3 à 14 ans ont obtenu un score de 14 ou plus à l'échelle du SDQ (encadré ci-dessus). Cela veut dire que près de 4 120 enfants vivent des difficultés socioaffectives modérées (8 %) ou sévères (5 %). Ces proportions sont comparables à celles des enfants québécois du même âge où 12 % se classent dans la catégorie modérée ou sévère de l'échelle. Au Québec², aucune différence n'est observée entre les enfants de 3 à 5 ans (13 %) et ceux de 6 à 14 ans (12 %).

Les enfants qui obtiennent un score élevé au SDQ ont plus de risque de souffrir d'un problème de santé mentale (Goodman et Goodman, 2011). Un score élevé est aussi associé à un risque plus élevé de trouble psychiatrique diagnostiqué (Goodman, 2001, Vostanis, 2006). Cependant, cela ne veut pas nécessairement dire que l'enfant a reçu ou recevrait un diagnostic en lien avec ces difficultés s'il consultait un médecin (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012).

Les jeunes garçons plus touchés

Les garçons de la région sont en proportion plus nombreux à vivre des difficultés socioaffectives (figure 1). Seulement 8 % des filles ont un niveau global modéré ou sévère de difficultés contre 16 % des garçons. Des 4 120 enfants touchés par ces difficultés, on dénombre donc 2 763 garçons et 1 357 filles. Ces proportions sont comparables à celles des jeunes Québécoises (10 %) et Québécois (15 %).

Une association avec le revenu

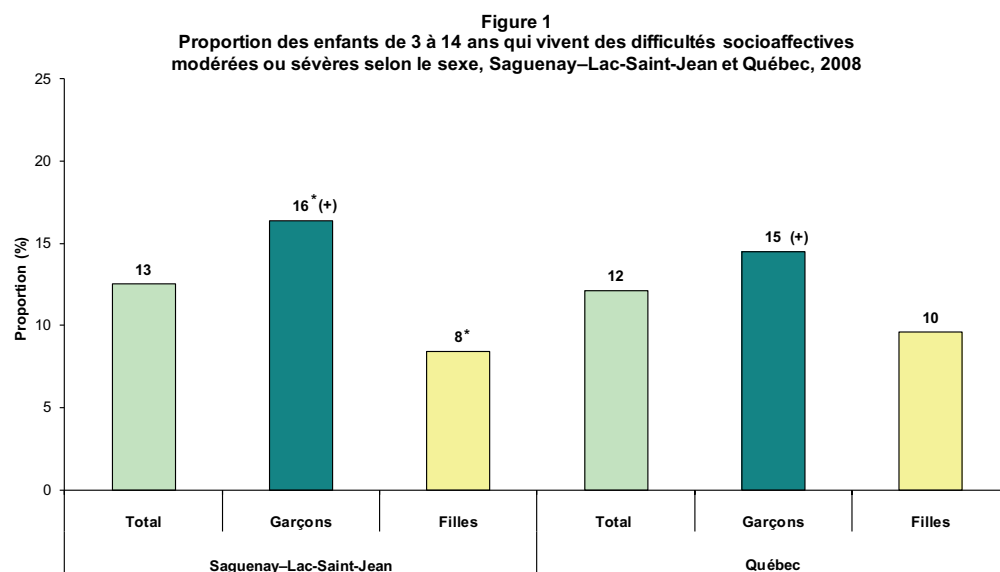
Les données québécoises indiquent une association entre la proportion d'enfants qui vivent des difficultés modérées ou sévères et le niveau de revenu familial ajusté pour tenir compte de la taille de la famille et de la communauté (encadré de la page suivante). En effet, 15 % des enfants du quintile inférieur de revenu avaient un niveau modéré ou élevé de difficultés socioaffectives comparativement à 8 % des enfants du quintile supérieur.

2. En raison de la petite taille de l'échantillon régional, toutes les analyses selon le groupe d'âges (3-5 ans et 6-14 ans) et le revenu du ménage ont été réalisées uniquement à l'échelle du Québec. Pour la même raison, les données par territoire de réseau local de services ne sont pas disponibles.

La perception des parents cohérente avec les résultats

L'enquête comportait quelques questions complémentaires au SDQ qui traitaient de la perception du parent sur les difficultés vécues par l'enfant et leur gravité. À la question, « Selon vous, en général, votre enfant éprouve-t-il des difficultés dans un ou plusieurs des domaines suivants : émotions, concentration, comportement et capacité à s'entendre avec les autres? », 31 % des parents ont répondu par l'affirmative. Lorsqu'on demandait ensuite de qualifier ces difficultés de mineures, modérées ou graves, 16 % des enfants de 3 à 14 ans éprouvaient des difficultés modérées ou graves selon le parent. Cette proportion était plus élevée chez les garçons (21 %) que chez les filles (11 %)³. Ces résultats sont statistiquement comparables à ceux obtenus à partir de la mesure du SDQ alors que 13 % des enfants de 3 à 14 ans sont classés dans la catégorie « difficultés socioaffectives modérées ou sévères ».

Les données de l'enquête démontrent en outre que parmi les enfants pour qui le parent déclare des difficultés dans les domaines des émotions, de la concentration, du comportement ou de la capacité à s'entendre avec les autres, 14 % vivent des difficultés qui sont considérées comme un fardeau moyen ou énorme pour la famille. Dans la plupart des cas, l'enfant est de sexe masculin. La perception du parent est un facteur important. Un parent qui perçoit des difficultés graves chez son enfant est plus à risque de douter de ses compétences parentales, ce qui peut avoir un impact sur la relation avec l'enfant (Beauvais et autres, 2010a).



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population 2008*.
* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur à 25 %, estimations à interpréter avec prudence.
(+) Indique une différence statistiquement significative entre les filles et les garçons à un seuil de 5 %.

L'indice de revenu dans l'EQSP

L'indice de revenu utilisé pour le traitement des données de l'EQSP 2008 est construit à partir du revenu familial autodéclaré par le répondant. Ce revenu est ajusté en fonction des seuils de faible revenu en tenant compte de la taille du ménage et de la communauté. Les revenus ajustés sont ensuite divisés en quintiles, c'est-à-dire qu'ils sont regroupés en cinq catégories égales représentant chacune 20 % de la population. Ainsi, les 20 % des revenus les plus faibles forment le quintile inférieur et les 20 % des revenus les plus élevés constituent le quintile supérieur. Dans ce document, les quintiles inférieur et supérieur ont été comparés pour étudier les relations avec le revenu à l'échelle du Québec.

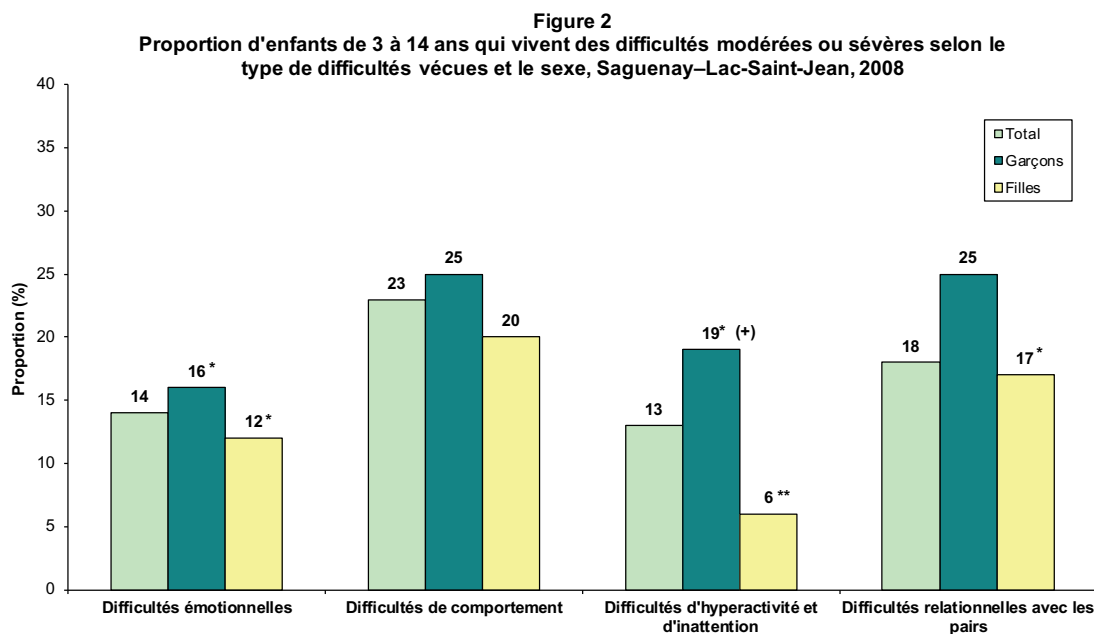
3. Chez les filles de la région, les données obtenues à partir de l'échantillon sont imprécises (le coefficient de variation de l'estimation est supérieur à 15 % et inférieur à 25 %). Il faut donc interpréter les données avec prudence.

Les types de difficultés vécues par les enfants

Tel que présenté dans la section précédente, le SDQ est utilisé pour obtenir la proportion d'enfants selon le niveau global de difficultés socioaffectives. Cet outil permet aussi de calculer un score pour quatre types de difficultés spécifiques : 1) les difficultés émotionnelles, 2) les difficultés de comportement, 3) les difficultés d'hyperactivité et d'inattention et 4) les difficultés relationnelles avec les pairs. Le score obtenu à chacune de ces sous-échelles varie de 0 à 10. Un enfant est considéré comme ayant des difficultés modérées ou sévères à partir d'un score de 3 pour les difficultés de comportement et les troubles relationnels avec les pairs, d'un score de 4 pour les difficultés émotionnelles et d'un score de 6 pour les difficultés d'hyperactivité et d'inattention.

En plus de ces quatre types de difficultés, le SDQ comprend également une série de cinq questions qui s'intéressent au niveau de comportement prosocial de l'enfant (annexe 1). Ces questions, bien que partie intégrante de l'outil, ne sont pas utilisées pour obtenir le score global de difficultés socioaffectives de l'enfant, présenté à la section précédente. Ces cinq questions n'ont donc pas été incluses dans le test des pages 6 et 7, mais les résultats sont présentés dans cette section avec ceux obtenus dans la région pour les quatre types de difficultés mesurées par l'outil. Les questions d'enquête spécifiques à chacune des échelles sont présentées à titre informatif à l'annexe 1.

Enfin, mentionnons qu'en raison de la taille de l'échantillon régional, toutes les analyses selon le groupe d'âges (3-5 ans et 6-14 ans) ou le revenu sont encore une fois réalisées à partir des données québécoises.



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population 2008*.
* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur à 25 %, estimations à interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif.
(+) Indique une différence statistiquement significative entre les filles et les garçons à un seuil de 5 %.

Des difficultés émotionnelles comparables chez les filles et les garçons

L'échelle de difficultés émotionnelles est construite à partir de cinq questions qui mesurent certains symptômes de dépression, d'anxiété ou de phobies chez les enfants (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012) (annexe 1). Les enfants qui présentent un score élevé à cette échelle sont plus portés que

les autres enfants à être inquiets ou soucieux, à pleurer souvent, à avoir peur, à être mal à l'aise dans les nouvelles situations ou à souffrir de certains symptômes physiques tels que des nausées, des maux de tête ou de ventre.

À l'instar des enfants québécois de 3 à 14 ans, 14 % des enfants de la région vivent des difficultés émotionnelles modérées ou sévères. C'est donc dire que près de 4 500 enfants sont susceptibles de composer avec des difficultés d'ordre émotionnel, soit 2 600 garçons et 1 900 filles. Même si on semble constater des écarts entre les garçons (16 %) et les filles (12 %), les données ne permettent pas de conclure à une différence qui est significative sur le plan statistique. L'analyse des données québécoises ne permet pas non plus d'affirmer que cette proportion varie selon l'âge de l'enfant ou le revenu du ménage.

Des difficultés de comportement fréquentes durant l'enfance

Les enfants qui ont des difficultés de comportement ont tendance à faire des crises de colère, à être désobéissants ou agressifs, à voler ou à mentir. Pour ces difficultés, l'échelle est construite à partir de cinq questions dont deux varient en fonction de l'âge de l'enfant (annexe 1). Dans la région, environ 7 400 enfants, soit 23 % des 3 à 14 ans présentent des difficultés de comportement modérées ou sévères. Aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les garçons (25 %) et les filles (20 %). Une proportion comparable d'enfants québécois vivent des difficultés de ce type.

Au Québec, des différences sont notées en fonction de l'âge de l'enfant alors que les 3 à 5 ans sont en proportion plus nombreux à vivre ces difficultés. En effet, 40 % des enfants de 3 à 5 ans présentent un score élevé à cette échelle contre seulement 21 % de ceux âgés de 6 à 14 ans. La proportion varie également en fonction du revenu alors que 32 % des enfants des ménages du quintile inférieur vivent des difficultés de comportement modérées ou sévères comparativement à 20 % des enfants des ménages du quintile supérieur.

Des difficultés d'hyperactivité et d'inattention plus fréquentes chez les garçons

Les enfants ayant des difficultés d'hyperactivité et d'inattention sont plus enclins à être agités, turbulents, hyperactifs, facilement distraits ou à avoir du mal à se concentrer. Cinq questions ont été utilisées pour déterminer la proportion d'enfants vivant des difficultés modérées ou sévères, dont une diffère selon l'âge de l'enfant (annexe 1).

Environ 13 % des enfants de la région éprouvent des difficultés d'hyperactivité et d'inattention, ce qui représente près de 4 200 enfants. Ces difficultés semblent cependant plus fréquentes chez les garçons (19 %) qui sont, toutes proportions gardées, plus nombreux que les filles (6 %)⁴ à vivre ce type de difficultés. Au Québec, les difficultés d'hyperactivité et d'inattention affectent près de 15 % des enfants, ce qui est statistiquement similaire à la proportion observée dans la région. On ne décele pas non plus de différence selon l'âge de l'enfant et le revenu du ménage.

Des difficultés relationnelles avec les pairs qui varient selon le revenu

La proportion d'enfants qui vivent des difficultés relationnelles avec les pairs est obtenue à partir de cinq questions qui visent à cibler les enfants qui ont tendance à être isolés, à avoir peu d'amis, à être plutôt solitaires, à être harcelés ou tyrannisés par les autres enfants et à s'entendre mieux avec les adultes. Dans la région, près de 21 % des enfants étaient classés dans la catégorie modérée ou sévère de cette échelle. C'est donc dire que les difficultés relationnelles avec les pairs touchent près d'un enfant sur cinq, soit 6 800 enfants de 3 à 14 ans. Cette proportion est sensiblement la même que celle qui prévaut pour le Québec (18 %).

4. Chez les filles de la région, les données obtenues à partir de l'échantillon sont imprécises (le coefficient de variation de l'estimation est supérieur à 25 %). Les données sont donc présentées à titre indicatif seulement.

S'il n'y a aucune différence selon l'âge de l'enfant, les résultats varient cependant selon le sexe. Chez les enfants québécois, les difficultés relationnelles avec les pairs semblent plus fréquentes chez les garçons (22 %) que chez les filles (14 %). Même si l'on observe le même écart entre les garçons (25 %) et les filles (17 %) de la région, la différence n'est pas statistiquement significative.

En outre, la proportion d'enfants qui vivent des difficultés modérées ou sévères de relations avec les pairs est plus importante dans les ménages à faible revenu. En tenant compte de la taille de la famille et de la communauté, 27 % des enfants des ménages des quintiles inférieurs présentent de telles difficultés alors que la proportion n'est que de 10 % chez les enfants des ménages du quintile supérieur.

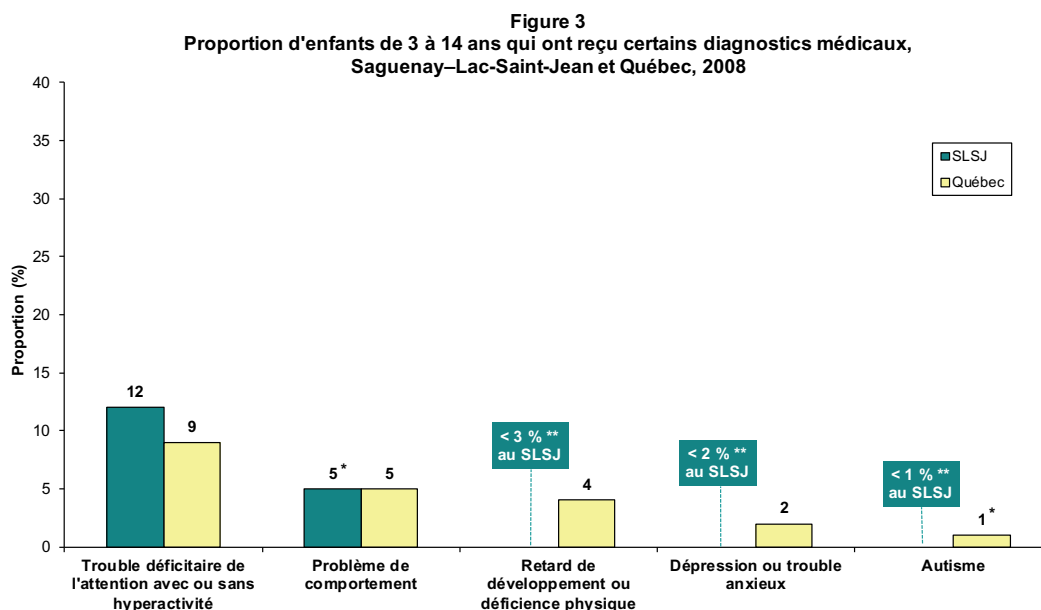
Un niveau de comportement prosocial jugé normal pour la majorité des enfants

Le SDQ comprend également une série de cinq questions qui s'intéressent au niveau de comportement prosocial de l'enfant (annexe 1). Bien que ces questions ne soient pas incluses dans le score global de difficultés socioaffectives de l'enfant, cette sous-échelle renseigne tout de même sur ses compétences sociales. On définit ce type de compétences par la « capacité de l'enfant à démontrer de la sensibilité à l'égard des besoins des autres, de comprendre leur point de vue et de rechercher l'interaction sociale positive » (Beauvais et autres, 2010b).

Dans cette enquête, les enfants qui ont un comportement prosocial considéré comme « normal » sont des enfants qui sont attentifs aux autres, qui partagent facilement, qui aident les autres et qui sont gentils avec les enfants plus jeunes. Dans la région, 96 % des enfants présentent un niveau de comportement prosocial considéré comme normal, c'est-à-dire qu'ils obtiennent un score de 6 et plus à cette sous-échelle. La proportion est similaire à celle observée au Québec (95 %) et on ne note aucun écart statistique selon le sexe, l'âge ou le revenu familial.

Les problèmes diagnostiqués par un professionnel de la santé

Pendant l'entrevue téléphonique, on demandait également au parent si un médecin ou un professionnel de la santé lui avait déjà dit que l'enfant présentait l'un des troubles suivants : trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), dépression ou trouble anxieux, problèmes de comportement, autisme et retard de développement ou déficience physique. Dans la région, environ 15 % des enfants de 3 à 14 ans avaient reçu au moins un de ces diagnostics en 2008. La figure 3 présente les prévalences autodéclarées par les parents pour chacun des troubles.



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population 2008*.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur à 25 %, estimations à interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif.

Le TDA/H, un trouble fréquent

Le TDA/H est un trouble d'ordre neurologique complexe et multifactoriel qui est caractérisé par un manque d'attention et de concentration, de l'agitation et parfois de l'hyperactivité et de l'impulsivité (Charach, 2010). Pour que ce trouble soit diagnostiqué, les symptômes doivent affecter l'enfant de manière excessive pour son âge et son niveau de développement. Même si les symptômes peuvent se manifester très tôt dans l'enfance, c'est généralement au primaire, vers l'âge de 7 ans, que l'on diagnostique le TDA/H.

La génétique est l'une des principales causes du TDA/H. Elle expliquerait effectivement 75 % des cas (Vincent et Proulx, 2010). L'hyperactivité et l'inattention chez l'enfant ont également été associées au stress pendant la période prénatale, au faible poids à la naissance de même qu'au tabagisme et à la consommation d'alcool pendant la grossesse (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007; Biederman et Faraone, 2005; Charach, 2010; Fergusson, Woodward et Horwood, 1998). Une atteinte au cerveau (infection, anoxie, traumatisme crânien) pourrait aussi être responsable du trouble. En ce qui concerne les facteurs sociaux ou environnementaux, ils ne peuvent être retenus comme seule cause du TDA/H. Selon le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec, ils peuvent cependant « précipiter ou aggraver la situation ou contribuer à sa persistance » (2001).

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, le TDA/H est le problème le plus fréquemment diagnostiqué parmi ceux mesurés dans l'enquête (figure 3). Selon les informations autodéclarées par les parents, ce trouble affecte en 2008 près de 12 % des enfants âgés de 3 à 14 ans. Cela représente environ 3 800 enfants dont la majorité est âgée de 6 à 14 ans. Même si on semble constater des écarts avec le Québec (9 %),

aucune différence statistiquement significative n'est dans les faits observée. Dans la région, la prévalence de ce trouble est plus importante chez les garçons alors que 16 % ont reçu un diagnostic médical selon le parent contre seulement 6 %⁵ des filles. Ce constat est cohérent avec la littérature où de nombreuses études notent une prévalence plus élevée chez les garçons (Biederman et Faraone, 2005; Charach, 2010; Cardin et autres, 2011; Polanczyk et autres, 2007).

La prévalence du TDA/H

Le TDA/H est l'une des conditions chroniques les plus fréquentes chez les enfants d'âge scolaire. Dans la littérature, la prévalence du TDA/H peut varier de 1 % à 20 % selon les auteurs. Une étude réalisée par Polanczyk et autres (2007) a démontré que les écarts observés seraient principalement dus à des différences dans la méthodologie employée. En effet, la définition utilisée de même que l'informateur influenceraient la prévalence obtenue. Les études qui utilisent comme sources d'information des données autodéclarées par le parent ou le professeur auraient tendance à obtenir des prévalences plus élevées que celles où des critères diagnostiques sont privilégiés. À partir d'un éventail d'études internationales, Polanczyk et autres ont estimé à environ 5,29 % la prévalence du TDA/H à travers le monde.

Le TDA/H est un trouble de santé chronique et il existe plusieurs façons d'en traiter les symptômes. Selon les lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec, l'utilisation d'une médication n'est pas nécessaire dans tous les cas et elle doit faire partie d'un plan qui prévoit plusieurs moyens d'intervention. Dans tous les cas, la décision d'introduire une médication ou non «[...] doit être individualisée en fonction de l'ensemble des symptômes, du degré de leurs répercussions, de l'amélioration à cibler, de l'acceptation de la médication par les parents et, dans le cas des adolescents, par le patient lui-même » (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2001 : 14). En 2008, dans la région, 2 600 enfants de 3 à 14 ans prennent un médicament en raison de ce trouble, ce qui représente 70 % de ceux chez qui le parent a déclaré un diagnostic de TDA/H.

Les manifestations de ce trouble peuvent affecter le rendement scolaire, l'estime de soi de même que les relations avec la famille et les pairs. Bien que les symptômes puissent s'atténuer avec l'âge, les enfants atteints peuvent continuer d'éprouver des difficultés sur le plan cognitif même à l'âge adulte. Des études ont démontré que ce trouble avait des impacts à long terme, les adultes atteints de TDA/H pendant l'enfance étant plus susceptibles d'avoir une personnalité antisociale, des troubles d'anxiété, des problèmes avec la justice, un taux plus élevé d'accidents, de tabagisme ou de dépendance à certaines substances ainsi que des problèmes conjugaux ou d'employabilité (Charach, 2010; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007). La comorbidité est également courante chez les enfants atteints : trouble oppositionnel avec provocation (30-50 %), trouble des conduites (25 %), trouble de l'humeur (18 %), trouble anxieux (25 %) et trouble d'apprentissage (15% à 60 %) (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2001).

5. Les données obtenues à partir de l'échantillon sont imprécises (le coefficient de variation de l'estimation est supérieur à 25 %). La proportion est présentée à titre indicatif seulement.

D'autres diagnostics moins fréquents

Par ailleurs, on estime qu'environ 5 % des enfants de 3 à 14 ans dans la région ont reçu un diagnostic de problèmes de comportement, un diagnostic qui semble plus prévalent chez les garçons. Les troubles de comportement peuvent se définir comme « [...] un ensemble de comportements observables et structurés qui perdurent et qui démontrent la désorganisation [...] » dans plusieurs sphères de la vie d'un enfant (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010 : 390). Il peut s'agir notamment de situations où l'enfant porte atteinte à sa propre intégrité physique ou psychologique ou à celle d'une autre personne (*Ibid.*).

Il n'existe pas de diagnostic spécifique de troubles de comportement dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV*. Ces troubles sont plutôt associés à d'autres diagnostics qui correspondent à ces définitions : le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble des conduites, les troubles de déficits de l'attention/hyperactivité, le trouble du comportement perturbateur non spécifié (Pouliot, 2008). Lors de l'enquête, on demandait au parent si un médecin ou un professionnel de la santé leur avait déjà dit que leur enfant présentait un problème de comportement. On ne sait donc pas si le parent a répondu en faisant référence à l'un ou l'autre de ces diagnostics.

Par ailleurs, bien que ces données ne soient présentées qu'à titre indicatif en raison de l'imprécision des estimations, on évalue à moins de 3 % la prévalence des retards de développement ou de déficience physique, à moins de 2 % la proportion d'enfants souffrant de dépression ou de troubles anxieux et à moins de 1 % celle de l'autisme dans la région. Ces proportions sont similaires à celles observées à l'échelle du Québec.

Intervenir pour la santé et le bien-être des plus petits

Le *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008* prévoit un ensemble d'activités qui visent à favoriser le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des enfants. Ces activités sont traduites régionalement dans le *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean Mise à jour 2009-2012* (PAR-SP) qui prévoit plusieurs mesures pour promouvoir le développement en santé des plus jeunes de la région. On pense notamment aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), à l'approche École en santé ou à divers programmes d'intervention qui visent à prévenir les troubles de comportement ou à développer les compétences personnelles et sociales des enfants (encadré ci-dessous).

Le PAR-SP prévoit également des activités qui s'adressent spécifiquement aux femmes enceintes. Il a été mentionné que le tabagisme et la consommation d'alcool pendant la grossesse pouvaient être associés à certains troubles d'hyperactivité et d'inattention (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007; Biederman et Faraone, 2005; Charach, 2010; Fergusson et autres, 1998). Les plus récentes données régionales obtenues dans le cadre de *l'Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006* indiquaient que pour 38 % des enfants, la mère déclarait avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse. En outre, les femmes de la région étaient proportionnellement plus nombreuses à avoir fumé pendant la grossesse (27 %) en comparaison avec celles du Québec (18 %). Même si cette enquête ne permet pas de déterminer la quantité ni la fréquence à laquelle ces femmes ont consommé du tabac ou de l'alcool pendant la grossesse, cette situation demeure tout de même préoccupante.

Activités du PAR-SP en lien avec la problématique

- 1.4 Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes.
- 1.7 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, incluant les composantes suivantes : accompagnement des familles et soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être.
- 1.8 Recommandation aux familles défavorisées de bénéficier de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, et orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces.
- 1.9 Intervention concernant le soutien éducatif précoce pour les enfants d'âge préscolaire venant de milieux défavorisés.
- 1.10 Intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants et la prévention des troubles du comportement dans les classes de maternelle et de première année des milieux scolaires défavorisés (par exemple, le programme Fluppy) comportant : un volet axé sur l'enfant, un volet axé sur les parents, un volet axé sur la classe.
- 1.11 Planification et mise en œuvre des interventions de promotion de la santé et du bien-être ainsi que des interventions de prévention en milieu scolaire selon l'approche École en santé, en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de même que son réseau.

Devant la complexité de la question des problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* prévoit quant à lui des orientations spécifiques pour guider l'organisation des services pour cette clientèle. Parmi ces orientations, un dépistage et une intervention précoces pour limiter l'impact des problèmes qui peuvent persister ou se développer à l'âge adulte est une piste envisagée. En outre, le soutien des familles et l'intervention dans les milieux de vie des enfants font également partie des mesures à privilégier. En concordance avec ces orientations, plusieurs organismes communautaires qui s'adressent aux familles animent des activités auprès de groupes d'enfants et de parents en privilégiant des programmes de développement des habiletés sociales qui ont un impact sur le comportement des enfants de cinq ans et moins issus de milieux défavorisés.

Conclusion

Selon les données de l'EQSP 2008, les difficultés socioaffectives sont relativement fréquentes durant l'enfance et l'adolescence, particulièrement chez les garçons. Ces derniers sont en effet proportionnellement plus nombreux que les filles à vivre des troubles relationnels avec les pairs ou des troubles d'hyperactivité et d'inattention. Chez les enfants de 3 à 5 ans, ce sont surtout les troubles de comportement qui sont le plus rapportés par les parents.

Même si ces difficultés semblent courantes, cela n'implique pas nécessairement que tous les enfants qui en souffrent ont reçu ou recevraient un diagnostic en lien avec ces troubles s'ils consultaient un professionnel de la santé. Il a d'ailleurs été mentionné que dans la région, seulement 5 % des enfants de 3 à 14 ans ont effectivement reçu un diagnostic de troubles de comportement selon les données autodéclarées par le parent. En outre, un peu plus d'un enfant de 3 à 14 ans sur dix a reçu un diagnostic de TDA/H, ce qui en fait le diagnostic le plus courant dans la région parmi ceux mesurés dans l'enquête. Encore une fois, un plus grand nombre de garçons que de filles ont reçu un tel diagnostic.

Les difficultés socioaffectives vécues par les plus jeunes sont d'intérêt en santé publique. Ces difficultés peuvent en effet avoir un impact important sur la vie des enfants qui en souffrent et sur leur famille. Elles peuvent également représenter un fardeau considérable sur les systèmes d'éducation, de santé et de justice.

Ainsi, plus l'intervention se fait tôt dans le développement de l'enfant, plus ses impacts auront de bénéfices à long terme (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). De là toute l'importance de promouvoir le bien-être des enfants, de créer des environnements favorables à leur développement, de planifier des actions spécifiques pour les jeunes qui sont à risque de souffrir de ces difficultés, de dépister ces troubles de manière précoce et d'offrir des services qui répondent à leurs besoins.

Bibliographie

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (2007). « Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescent With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 46, n° 7, p. 894-921.

BEAUVAIS, B. et autres (2010). *Répartition des enfants de 3 à 14 ans selon le niveau de difficultés socioéconomiques (EQSP)*, Fiche indicateur de l'Infocentre de santé publique du Québec, version novembre 2010, 9 p.

BEAUVAIS, B. et autres (2010a). *Proportion des enfants de 3 à 14 ans éprouvant des difficultés socioémotionnelles selon le parent (EQSP)*, Fiche indicateur de l'Infocentre de santé publique du Québec, version novembre 2010, 5 p.

BEAUVAIS, B. et autres (2010b). *Répartition des enfants de 3 à 14 ans selon le niveau de comportement prosocial (EQSP)*, Fiche indicateur de l'Infocentre de santé publique du Québec, version novembre 2010, 6 p.

BIEDERMAN, J. et V. FARAONE (2005). « Attention-deficit Hyperactivity Disorder », *The Lancet*, Vol. 366, 16 juillet, p. 237-248.

CARDIN, J.-F. et autres (2011). *Les symptômes d'hyperactivité et d'inattention chez les enfants de la période préscolaire à la deuxième année du primaire*, Institut de la statistique du Québec, Série étude longitudinale du développement des enfants du Québec – ELDEQ, n° 12, 8 p.

CHARACH, A. (2010). *Enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : épidémiologie, comorbidité et évaluation*, Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, publié sur Internet en mai 2010.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2001). *Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central - Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec*, Collège des Médecins du Québec, 26 p.

FERGUSON, D. M., L. J. WOODWARD et L. J. HORWOOD (1998). « Maternal Smoking During Pregnancy and Psychiatric Adjustment in Late Adolescence », *Archives of General Psychiatry*, vol. 55, n° 8, p. 721-727.

GOODMAN, R. (1997). « The Strengths and Difficulties Questionnaire : A Research Note », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

GOODMAN, R. (2001). « Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 p. 1337-1345.

GOODMAN, A. et R. GOODMAN (2009). « Strengths and Difficulties Questionnaire as a Dimensional Measure of Child Mental Health », *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, p. 400-403.

GOODMAN, A. et R. GOODMAN (2011). « Population Mean Scores Predict Child Mental Disorder Rates : Validating SDQ Prevalence Estimators in Britain », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 52, n° 1, p. 100-108.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête québécoise sur la santé de la population*, Québec, Gouvernement du Québec, 117 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 96 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*, Québec, Gouvernement du Québec, 926 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Les enfants du Québec : regard sur leur santé socioaffective*, Collection Des données à l'action, Québec, Gouvernement du Québec, 15 p.

POLANCZYK, G. et autres (2007). « The Worldwide Prevalence of ADHD : a Systematic Review and Meta-regression Analysis », *American Journal of Psychiatry*, volume 164, n° 6, p. 942-948.

POULIOT, B. (2008). « Les troubles du comportement à l'adolescence : mieux les connaître car souvent associés à la consommation problématique de psychotropes », *Info-toxico*, Centre de réadaptation Domrémey Mauricie/Centre du Québec, Novembre 2008, vol. 20, n° 2, 4 p.

ROTHENBERGER, A., A. BECKER et M. ERHART (2008). « Psychometric Properties of the Parent Strengths and Difficulties Questionnaire in the General Population of German Children and Adolescents : Results of the BELLA Study », *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 17, supplément 1, p. 99-105.

VINCENT, A. et S.-P. PROULX (2010). « Le TDAH chez l'adulte : « Docteur, si j'avais su avant... » », *Le clinicien*, Octobre, p. 51-54.

VOSTANIS, P. (2006). « Strengths and Difficulties Questionnaire : Research and Clinical Applications », *Current Opinion in Psychiatry*, 2006, vol. 19, p. 367-372.

WADDELL, C. et autres (2002). « Child Psychiatric Epidemiology and Canadian Public Policy-Making: the State of the Science and the Art of the Possible », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 47, n° 9, p. 825-832.

WADDELL, C. et C. SHEPHERD (2002). *Prevalence of Mental Disorders in Children and Youth*, Vancouver, Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, University of British Columbia, 5 p.

WOERNER, W. et autres (2004). « The Strengths and Difficulties Questionnaire Overseas : Evaluation and Applications of the SDQ beyond Europe », *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 13, supplément 2, p. II/47-II/54.

YOUTHINMIND (2009). *SDQ-Information for Researchers and Professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaire*, <http://sdqinfo.org>, consulté en mai 2012.

Annexe 1

Questions du *Strenghts and Difficulties Questionnaire* (SDQ) selon le type de difficultés

En pensant au comportement de votre enfant au cours des 6 derniers mois, dites-moi si les énoncés suivants sont « pas vrai », « un peu vrai » ou « très vrai ». Si vous trouvez que l'énoncé ne s'applique pas du tout à votre enfant, vous répondrez « pas vrai ».

Difficultés émotionnelles

Votre enfant...

...Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées

...S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux

...Est souvent malheureux, abattu ou pleure souvent

...Est mal à l'aise ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens

...A de nombreuses peurs, est facilement effrayé

Difficultés de comportements

Votre enfant...

...Fait souvent des crises de colères ou s'emporte facilement

...Est généralement obéissant, fait habituellement ce que les adultes lui demandent

...Se bagarre souvent avec les autres enfants ou les tyrannise

Si l'enfant est âgé de 3 à 4 ans :

...Est souvent opposant, envers les adultes

...Peut être méchant, envers les autres

Si l'enfant est âgé de 5 à 14 ans :

...Ment ou triche souvent

...Vole à la maison à l'école ou ailleurs

Difficultés d'hyperactivité et d'inattention

Votre enfant...

...Est agité, turbulent, hyperactif (ne tient pas en place)

...A la bougeotte, se tortille constamment (ne tient pas en place)

...Est facilement distrait, a du mal à se concentrer

...Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, maintient bien son attention

Si l'enfant est âgé de 3 à 4 ans :

...Peut s'arrêter et réfléchir avant d'agir

Si l'enfant est âgé de 5 à 14 ans :

...Réfléchit avant d'agir

Difficultés relationnelles avec les pairs

Votre enfant...

- ...Est plutôt solitaire, à tendance à jouer seul
- ...A au moins un ami
- ...Est généralement aimé des autres enfants
- ...Est harcelé ou tyrannisé par d'autres enfants
- ...S'entend mieux avec les adultes qu'avec les autres enfants

Comportement prosocial

Votre enfant...

- ... Est attentif aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent
- ... Partage facilement avec les autres enfants (friandises, jouets, crayons, etc.)
- ... Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien
- ... Est gentil avec les enfants plus jeunes
- ... Est toujours prêt à aider les autres (parents, professeurs, autres enfants)