



Portrait de santé des enfants de 1 à 5 ans de la région de la Chaudière-Appalaches et du territoire du réseau local de services de Beauce



Portrait de santé des enfants de 1 à 5 ans de la région de la Chaudière-Appalaches et du territoire du réseau local de services de Beauce

RÉDACTION, TRAITEMENT ET ANALYSE

Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre

Lucie Roy, agente de planification, de programmation et de recherche
Sylvie Veilleux, technicienne en recherche psychosociale

Service en promotion de la santé physique et psychosociale

Marie-Josée Asselin, agente de planification, de programmation et de recherche

Lise Bélanger, médecin conseil

Martine Couture, agente de planification, de programmation et de recherche

Odette Laplante, médecin conseil

Barbara Tessier, médecin conseil

COLLABORATION

Élise Bertrand, dentiste conseil

France Delagrave, agente de planification, de programmation et de recherche

Diane Langlois, agente de planification, de programmation et de recherche

François Léveillé, technicien en recherche psychosociale

COMITÉ DE LECTURE

Annie Bourassa, agente de planification, de programmation et de recherche

Pierre-Luc Lévesque, agent d'information

RÉVISION DU TEXTE

Lucie Pelchat, agente administrative

MISE EN PAGE

Lucie Pelchat et Sylvie Lepage, agentes administratives

REMERCIEMENTS

Louise Dallaire, conseillère en recherche, ministère de la Famille et des Aînés

Lucie Larose, initiatrice du projet, agente de planification, de programmation et de recherche, ASSS Chaudière-Appalaches

Yann Latulippe, statisticien, Régie des rentes du Québec

Lucie Tremblay, agente de planification, de programmation et de recherche, ASSS Chaudière-Appalaches

Document produit par le Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre de la Direction de santé publique et de l'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux (ASSS)

de Chaudière-Appalaches

363, route Cameron

Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'à l'adresse

<http://www.agencesss12.gouv.qc.ca>

Citation suggérée pour ce document

Roy, Lucie et collab. 2011. *Portrait de santé des enfants de 1 à 5 ans de la région de la Chaudière-Appalaches et du territoire du réseau local de services de Beauce*. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique et de l'évaluation. Sainte-Marie. 50 p.

Lorsque le contexte le permet, les genres masculin et féminin utilisés dans ce document désignent aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN 978-2-89548-668-8 (version imprimée)

ISBN 978-2-89548-669-5 (version PDF)

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2011

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Contexte sociodémographique	9
Environnement familial et socioéconomique	13
Habitudes de vie	17
Santé physique	21
Développement de l'enfant et problèmes neurodéveloppementaux	28
Maltraitance	33
Données pour le territoire du RLS de Beauce.....	39
Conclusion générale	44
Références	45

INTRODUCTION

Le développement des jeunes enfants est un sujet d'actualité. Il est normal que leur existence soit au centre de nos préoccupations puisque nous leur accordons une place importante dans nos vies et nous consentons des efforts substantiels comme parents et comme collectivité pour assurer leur sécurité et leur bien-être.

Il convient dans cette perspective de bien documenter la réalité que vivent les jeunes. Afin de servir la mission des centres de santé et de services sociaux (CSSS), la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) a réalisé un portrait des enfants de 1 à 5 ans dans le but de combler un manque évident de données autour de cette clientèle pour mieux cibler l'intervention. Ce document présente donc un portrait de santé des enfants de 1 à 5 ans de la région de la Chaudière-Appalaches et, plus spécifiquement, ceux résidant sur le territoire desservi par le réseau local de services (RLS) de Beauce. Nous y décrivons tout d'abord les données démographiques les plus récentes. Nous rendons compte ensuite des principaux déterminants de santé comme l'environnement social, familial et socioéconomique ainsi que des habitudes de vie. Nous identifions les principaux problèmes de santé physique, incluant la santé dentaire et les problématiques liées au développement de l'enfant et à la maltraitance.

Chaque thème débute par une mise en contexte descriptive du problème et de son impact sur la santé et le développement de l'enfant. Nous présentons ensuite les données disponibles sur le sujet. La plupart des résultats régionaux et locaux sont comparés à ceux observés ailleurs au Québec et aux périodes précédentes. Une description des données disponibles pour le territoire de RLS et de municipalité régionale de comté (MRC) offre une perspective locale.

Ce portrait de santé actualise les données du portrait sur les 1 à 4 ans produit en 1996 par la DSPE de Chaudière-Appalaches. La DSPE remplit ainsi son mandat d'informer la population des problèmes de santé des individus qui la composent. Nous souhaitons que le portrait actuel soutienne les intervenants, du réseau de la santé et de services sociaux ainsi que leurs partenaires, dans leurs actions en cours et dans le développement de nouveaux projets.

Notes méthodologiques

Différentes sources de données ont été utilisées pour la réalisation de ce portrait. Ces sources sont identifiées au bas des tableaux ou des figures.

Les données sont présentées sous forme de nombre, de proportion (pourcentage), de taux brut ou de taux standardisé. Le taux standardisé est utilisé lors de comparaisons pour enlever l'effet d'éventuelles différences de structures d'âge entre deux populations. La population de référence utilisée pour appliquer le taux est celle du Québec en 2006.

La signification des symboles (+), (-) et (↑), (↓), utilisés dans les tableaux ou les figures, apparaît au bas de ceux-ci.

Finalement, le coefficient de variation est utilisé afin d'évaluer la précision des données. La signification des symboles utilisés (*) ou (n.p.) se retrouve au bas des tableaux ou figures.

CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Plusieurs programmes et activités s'adressent aux enfants âgés de 1 à 5 ans et à leur famille. C'est le cas des SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance), des activités de stimulation précoce comme YAPP (Y'a Personne de Parfait), PACE (Programme d'action communautaire pour les enfants), des activités de détection des difficultés et de la préparation à l'école comme ELE (Éveil à la Lecture), Ali et Passe-partout. Ce sont des éléments clés propices au développement harmonieux de la petite enfance.

L'étude de l'évolution démographique des enfants permet de comprendre la distribution des enfants et des familles afin de mieux répondre à leurs besoins en répartissant les ressources disponibles et en planifiant les effectifs pédagogiques et les services de santé au niveau local et régional.

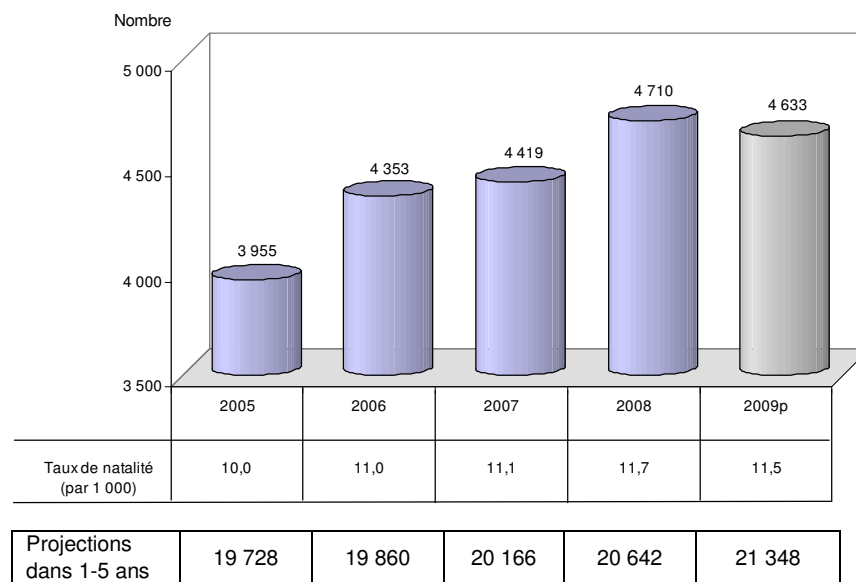


UNE RECRUDESCENCE RÉCENTE DES NAISSANCES

Dans la région, en 2005, il y a eu 3 955 naissances alors qu'en 2008, on en compte 4 710, soit une augmentation de près de 19 %. Les données de 2009, bien que provisoires, tendent à démontrer une légère diminution des naissances.

Par ailleurs, les projections démographiques montrent que la région connaîtra un « mini baby boom » puisque la proportion de jeunes de 1 à 5 ans qui était en 2006 de 5 % devrait augmenter à court terme à 5,7 % en 2013 puis redescendre par la suite.

**Nombre de naissances et taux de natalité,
Chaudière-Appalaches**



Note : Pour 2009, les données sont provisoires.

Source : MSSS, fichier des naissances

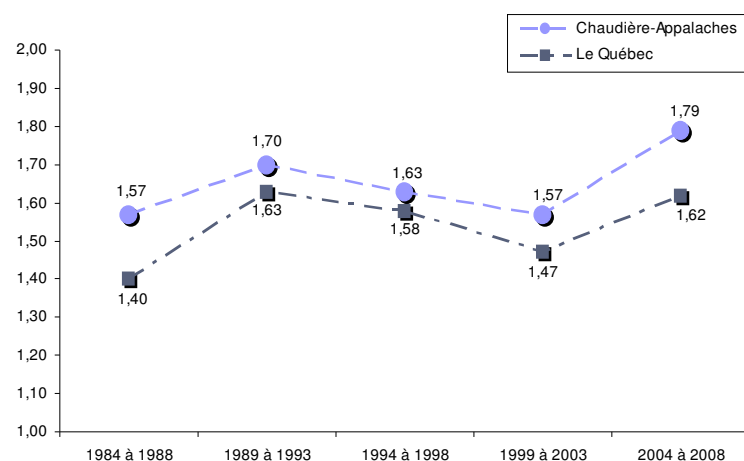
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

PLUS D'ENFANTS PAR FEMME DANS LA RÉGION

La région compte 29 930 familles avec 1 enfant, 26 045 avec 2 enfants, 10 610 avec 3 enfants et plus et 17 520 familles avec enfants de moins de 5 ans.

Les données sur le nombre d'enfants par femme montrent que les femmes en âge de procréer de 2004 à 2008 en Chaudière-Appalaches donnent naissance en moyenne à 1,79 enfant par femme, comparativement à 1,62 enfant chez les Québécoises. L'indice synthétique de fécondité, semble plus élevé chez les femmes de la région par rapport aux Québécoises depuis la période 1984-1988. Cela étant dit, le nombre d'enfants par femme demeure en dessous du seuil de renouvellement de la population (2,1), tant dans la région qu'au Québec.

Indice synthétique de fécondité

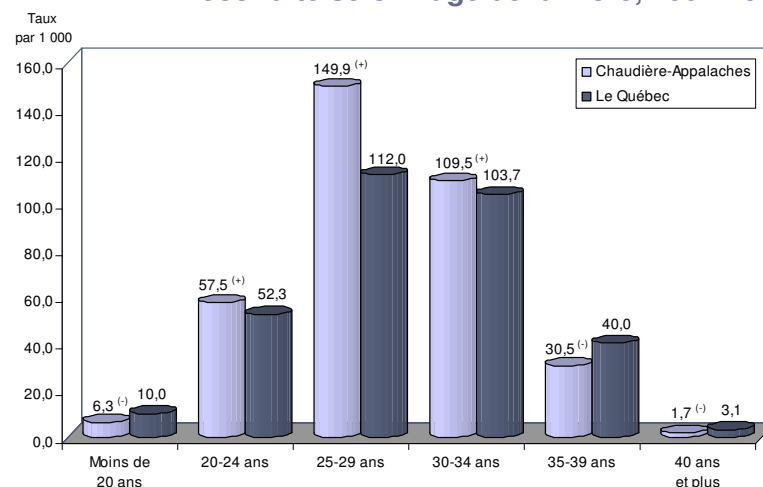


Données tirées de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 20 janvier 2011.

Source : MSSS, fichier des naissances

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

Fécondité selon l'âge de la mère, 2004-2008



Données tirées de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 20 janvier 2011.

(+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 que celle du Québec

Source : MSSS, fichier des naissances

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

L'Indice synthétique de fécondité estime le nombre moyen d'enfants que les femmes en âge de procréer auront au cours de leur vie. La fécondité enseigne sur l'évolution de la natalité, indépendamment du vieillissement de la population (INSPQ, 2006).

APPORT PLUS FAIBLE D'IMMIGRANTS À L'INDICE DE FÉCONDITÉ

L'immigration pourrait jouer un rôle dans l'augmentation des effectifs de la population. Mais en Chaudière-Appalaches, la proportion des familles d'immigrants avec enfant de moins de 5 ans est nettement moins élevée qu'au Québec (3,7 % c. 23,3 %).

MOINS DE NAISSANCES À RISQUE DANS LA RÉGION

La région présente des taux de fécondité plus faibles que ceux du Québec chez les mères à risque, c'est-à-dire celles dont l'âge est inférieur à 20 ans (6,3 c. 10 par 1 000), ou de 35 à 39 ans (30,5 c. 40) et de 40 ans plus (1,7 c. 3,1). En Chaudière-Appalaches comme au Québec, la majorité des enfants naissent d'une mère âgée entre 25 et 34 ans. La région a d'ailleurs des taux supérieurs au Québec pour ces groupes mais des taux plus bas de mères âgées de 35 ans et plus.

Par ailleurs, naître d'une mère adolescente augmente les risques de retard de croissance intra-utérin ou de prématurité. Cette situation peut aussi limiter l'accès de la mère à la poursuite de sa scolarité et éventuellement à un emploi suffisamment rémunérateur. De plus, les mères adolescentes vivent plus souvent dans des environnements sociaux désavantagés[1].

Les mères de 35 ans et plus sont plus à risque de connaître des grossesses multiples, à la fois naturellement ou dû à l'utilisation de techniques de procréation assistée. Elles souffrent en plus grandes proportions de diabète gestationnel et d'hypertension et subissent davantage d'interventions obstétricales (ex. : césariennes)[1].

ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIOÉCONOMIQUE

L'environnement familial et socioéconomique d'un enfant tend à déterminer sa vulnérabilité aux problèmes de santé et de développement[2].

La monoparentalité, l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, son niveau de scolarité, le revenu des parents, le fait d'occuper un emploi ou le recours aux prestations d'assistance-emploi peuvent influencer l'état de santé du jeune enfant.

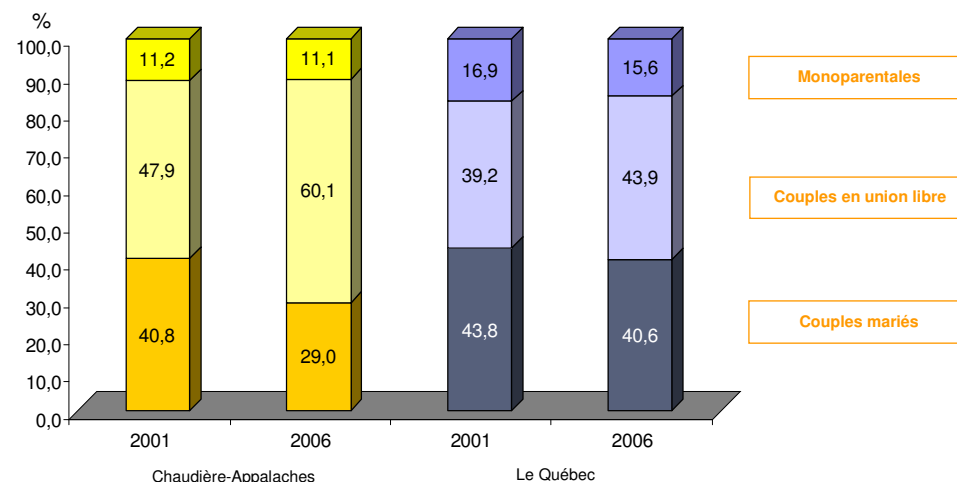


COMPOSITION DE LA FAMILLE AVEC ENFANTS DE 5 ANS ET MOINS : PLUS DE COUPLES EN UNION LIBRE

Depuis 2006, la majorité des familles de la région avec enfants en jeune âge vit en union libre (60,1 %). Cette proportion a augmenté de façon considérable comparativement à 2001 (47,9 %). La région compte des proportions moins élevées de couples mariés et de familles monoparentales avec de jeunes enfants que le Québec mais une proportion plus élevée de couples vivant en union libre[3].

Le fait d'être marié ou non au moment de la naissance de l'enfant est un facteur déterminant pour les séparations précoces. L'Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec rapporte que la proportion des enfants de 30 mois qui ont vécu la séparation de leurs parents est de seulement 3,4 % chez les parents mariés et de 16 % si les parents étaient en union libre. Selon cette même étude, près de 3 enfants sur 10 (28 %) ont déjà vécu dans un ménage monoparental avant d'entrer en première année du primaire.

Familles avec au moins un enfant de 5 ans et moins



Source : Statistique Canada, recensements 2001 et 2006

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

MONOPARENTALITÉ

Une famille sur neuf est monoparentale

La proportion de familles monoparentales avec enfants de 5 ans et moins est moindre en Chaudière-Appalaches qu'au Québec tant en 2001 qu'en 2006. Vivre avec un seul parent peut présenter un risque pour l'enfant de connaître des situations difficiles. Le risque devient plus important si le parent est de sexe féminin[4] en raison d'un risque plus élevé de faible revenu. Une famille sur neuf (11,1 %) avec un enfant de 5 ans et moins est monoparentale en 2006, soit 1 940 familles. Cette proportion n'a pas varié depuis 2001 (11,2 %) dans la région.

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Les familles monoparentales plus à risque

Selon des données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008, dans la région, 17,6 % des personnes vivant dans des ménages en couple avec des enfants connaissent un niveau de détresse psychologique élevé (20,8 % au Québec). Dans les familles monoparentales, ce taux atteint 32,1 % (32,2 % pour le Québec)[5]. Ce facteur pourrait être associé à des risques de négligence.

SCOLARITÉ DE LA MÈRE

Une faible proportion de mères peu scolarisées

Au cours de la période 2004-2008, on compte, en moyenne, 201 mères possédant moins de 11 ans de scolarité (5,1 % des mères concernées). Il s'agit d'une amélioration par rapport à la période 1999-2003 alors que ce pourcentage était de 8,4 % (moyenne annuelle de 303 mères). La proportion de mères faiblement scolarisées (moins de 11 années de scolarité) est moins élevée dans la région qu'au Québec en 2004-2008 (5,1 % comparativement à 8,8 %). Le faible niveau de scolarité de la mère augmente le risque de retard de croissance et de faible poids à la naissance. Les femmes moins scolarisées occupent généralement des emplois précaires avec un salaire peu élevé, ce qui entraîne des conditions socioéconomiques difficiles, qui ont un impact sur le développement des enfants. Cette situation est aggravée si la mère est le seul soutien de famille[1].

SITUATION ÉCONOMIQUE DE LA FAMILLE

Moins d'enfants vivent dans des familles sous le seuil de faible revenu qu'au Québec

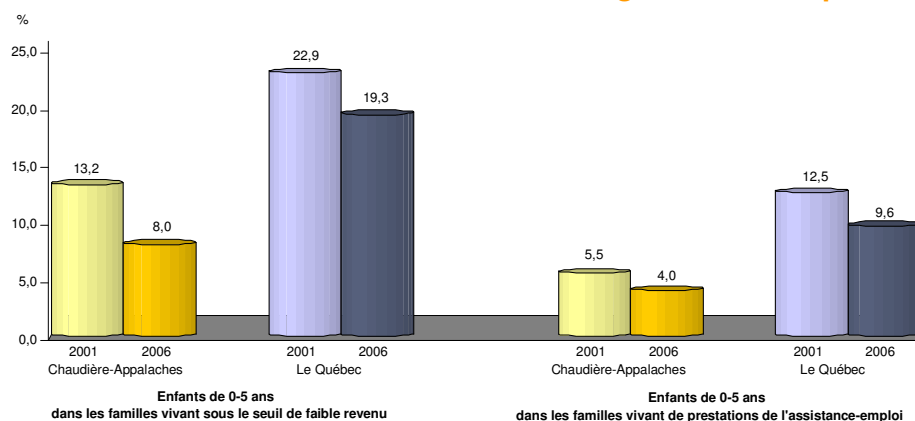
Environ 8 % des enfants de 0 à 5 ans de la région, soit 1 950 enfants, vivent dans une famille sous le seuil de faible revenu avant impôt¹. Ce pourcentage est deux fois moins élevé qu'au Québec (19,3 %). La proportion d'enfants sous le seuil de faible revenu a diminué en Chaudière-Appalaches, passant de 13,2 % en 2001 à 8 % en 2006. Au Québec, cette baisse est moins importante (22,2 % en 2001; 19,3 % en 2006).

On constate cette même tendance à la baisse chez les enfants de 0 à 5 ans vivant dans des familles prestataires de l'assistance-emploi (aide sociale). Au total, 957 enfants se retrouvent dans cette situation en 2006. La proportion a diminué dans la région de 5,5 % à 4 % de 2001 à 2006. Le pourcentage d'enfants concernés est moins élevé qu'au Québec (4 % c. 9,6 %).

Par ailleurs, la proportion de familles biparentales avec enfant de 0 à 4 ans dont aucun des deux parents n'est sur le marché de l'emploi en 2006 est deux fois moins élevée dans la région (1,4 % soit 200 familles), comparativement à 3,7 % au Québec (données non illustrées).

Lorsqu'on fait un bilan de la situation socioéconomique des familles, on constate que l'écart entre la région et la province avantage la région, quel que soit l'indicateur utilisé. Cependant, la moyenne régionale masque la réalité de communautés plus vulnérables des territoires de RLS ou de MRC de la région. La section portant sur le territoire du RLS permettra d'observer les disparités entre ce territoire, ses localités et la région.

Les enfants dans les familles désavantagées économiquement



Sources : Statistique Canada, recensements 2001 et 2006
Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale, fichier des prestataires de l'assistance-emploi
ISQ, perspectives de population à partir du recensement de 2006
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

¹ Niveau de revenu auquel on estime qu'une famille consacre 20 % de plus que la famille moyenne à la nourriture, au logement et à l'habillement, ce qui réduit son revenu disponible pour d'autres dépenses telles que la santé, l'éducation, le transport et les loisirs (Statistique Canada, 2007 No 75F0002MIF au catalogue — N° 004)

La situation socioéconomique dans laquelle vivent les parents a un impact sérieux sur le bien-être et le développement des enfants et leur capacité de réussite scolaire. Tous les efforts doivent être mis en place pour améliorer les chances de chaque enfant de se développer et d'être bien préparé à l'école.

Familles vulnérables

En Chaudière-Appalaches, entre 2006 et 2010, 1 025 familles répondent aux critères permettant d'offrir les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Dispensés par les CSSS et soutenus par les organismes communautaires-familles depuis 2004, ces services s'adressent aux familles en raison du jeune âge de la mère (<20 ans) et aux familles vivant sous le seuil de faible revenu dont la mère a plus de 20 ans et n'a pas de secondaire V. Huit cent quatre-vingt-dix familles vulnérables (environ 80 % des familles répondant aux critères) ont bénéficié de services associés à leurs besoins par un suivi à domicile, de l'accompagnement dans le milieu ou de l'intervention de groupe.

CHAUDIÈRE-APPALACHES, UNE RÉGION BIEN POSITIONNÉE...

**LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES EST BIEN POSITIONNÉE AU POINT DE VUE SOCIOÉCONOMIQUE PAR RAPPORT AU QUÉBEC.
ELLE MARQUE DES PROGRÈS ÉVIDENTS DANS LE TEMPS, CE QUI DEVRAIT ENCOURAGER LA POURSUITE DES ACTIONS DÉJÀ ENTREPRISES
POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES ENFANTS QUI ONT EU UN DÉPART DIFFICILE DANS LA VIE.**

UN RÉSEAU DE SERVICES DE GARDE BIEN ENRACINÉ

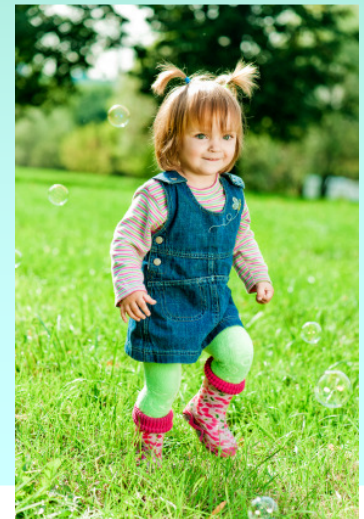
Les services de garde éducatifs à l'enfance sont offerts par les Centres de la petite enfance (CPE) (au total 46), les garderies subventionnées (au total 14) et non subventionnées (au total 4) ainsi que les services de garde en milieu familial. Selon le Rapport annuel 2009-2010 du ministère de la Famille et des Aînés, il y a 10 426 places à contribution réduite en services de garde (places à 7 \$) dans la région de la Chaudière-Appalaches : 3 673 places en CPE, 728 en garderies subventionnées, 223 en garderies non subventionnées et enfin, 6 025 places en milieu familial. En 2008, la Conférence régionale des élus (CRÉ) de Chaudière-Appalaches a acquis 1 253 places supplémentaires dont le développement s'est échelonné sur une période de 3 ans : 377 places en 2008, 410 en 2009 et 466 en 2010.

La qualité du programme éducatif et des services devraient contribuer à favoriser le développement des enfants et spécialement ceux provenant d'un environnement moins stimulant. Selon l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ) de 2004, environ la moitié des enfants des familles à faible revenu fréquentent régulièrement les services de garde comparativement à une proportion de 74 % chez les mieux nantis. Bien que cette situation puisse s'améliorer pour les premiers, les places à contribution réduite constituent un incitatif direct à l'utilisation de ces services, un plus pour l'ensemble des familles et les familles moins favorisées en particulier. Mais outre les contraintes financières, il y a l'insuffisance de places disponibles et le manque d'accessibilité géographique qui constituent d'autres obstacles à l'accès aux services de garde.

HABITUDES DE VIE

Tout comme l'environnement familial et socioéconomique, les habitudes de vie influencent très tôt le développement des enfants.

Quatre aspects sont considérés ici : l'allaitement maternel, l'alimentation de l'enfant, le mode de vie physiquement actif et l'exposition à la fumée de tabac.



ALLAITEMENT : DE NOMBREUX AVANTAGES POUR L'ENFANT...

Le lait maternel est le meilleur aliment pour les jeunes enfants. Il offre de nombreux impacts sur la santé des nourrissons et des enfants : diminution du risque de développer des infections (ex. : otite, gastroentérite, infection des voies respiratoires supérieures, entérocolite nécrosante chez les prématurés, méningites bactériennes) et diminution de la sévérité de celles-ci. L'allaitement a un effet protecteur contre l'asthme, la bronchiolite, la dermatite atypique et l'obésité. Plusieurs études[6] démontrent qu'il protège contre la leucémie infantile, les lymphomes hodgkiniens, les diabètes de type I et II, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le syndrome de mort subite du nourrisson, les maladies inflammatoires de l'intestin ainsi que la maladie cœliaque. De nombreux bénéfices ont été également rapportés en ce qui a trait à la santé de la mère[6].

L'ALLAITEMENT MATERNEL MOINS RÉPANDU EN CHAUDIÈRE-APPALACHES QU'AU QUÉBEC

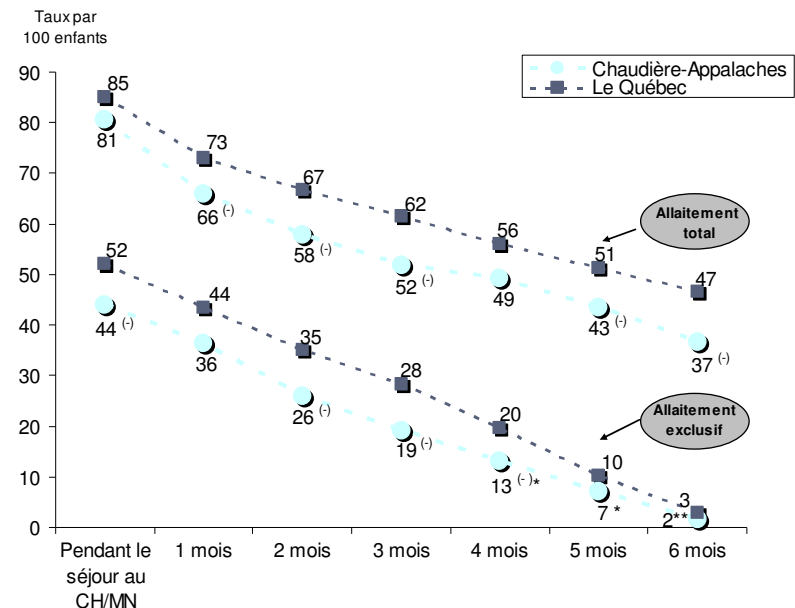
L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande d'allaiter exclusivement de la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois (allaitement exclusif). La poursuite de l'allaitement avec l'introduction d'aliments complémentaires (allaitement total) est recommandée jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus, si souhaité par la mère et l'enfant[7]. La pratique de l'allaitement après l'âge d'un an demeure une habitude peu répandue. Selon une enquête réalisée par l'Institut de la statistique du Québec de 2005 à 2006, les taux régionaux durant le séjour à l'hôpital à la naissance se situent à 44 % pour l'allaitement exclusif et à 81 % pour l'allaitement total puis diminuent pour atteindre respectivement 2 % et 37 %, 6 mois après la naissance. L'allaitement maternel est moins répandu en Chaudière-Appalaches qu'au Québec. Seulement 2 % des enfants de 1 à 5 ans de la région ont été nourris selon les recommandations de l'OMS.

ALIMENTATION : DE 0 À 5 ANS, C'EST L'ÂGE À LAQUELLE SE FORGENT LES HABITUDES ALIMENTAIRES

Déterminant majeur de l'état de santé, une alimentation adéquate constitue un facteur indispensable au développement de l'enfant aux plans physique, psychologique et social. Une alimentation équilibrée fournit les nutriments et l'énergie nécessaires pour le maintien de la santé et une croissance optimale. L'alimentation influence également la condition physique et la disposition à l'apprentissage. Il importe d'acquérir de bonnes habitudes alimentaires en bas âge puisqu'elles se maintiennent à l'âge adulte.

Seules des données pour le Québec sont disponibles. Ainsi, une forte majorité (91,7 %) des enfants de 2 ans et demi mangent à des heures irrégulières et leurs parents ne suivent pas les recommandations spécifiques à la consommation de fruits et légumes ainsi que des viandes et substituts[8]. Le même profil de consommation s'observe chez les jeunes de 4 ans, en ce qui concerne le non-respect des recommandations alimentaires concernant les portions de viandes et substituts (61 %), des produits laitiers (52 %) et de fruits et légumes (21 %). Ces mêmes enfants consomment quotidiennement des produits riches en gras saturés et en sucre[9].

Allaitement maternel 2005-2006



* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
(+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 que celle du Québec.

Source : ISQ, Enquête sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

TABAGISME : TROP D'ENFANTS EXPOSÉS À LA FUMÉE SECONDAIRE

L'exposition des enfants à la fumée secondaire représente un facteur de risque important pour le développement de certaines maladies comme l'otite, l'asthme (crises plus intenses et fréquentes), la bronchiolite et la pneumonie[10].

Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESSC) réalisée par Statistique Canada, la proportion d'enfants québécois de 5 ans et moins exposés à la fumée secondaire à la maison est passé de 20 % en 2003 à 13,3 % en 2007-2008. Ceci dit, le taux québécois demeure près de 2 fois plus élevé que le taux canadien.

UN ENFANT DE 2 À 5 ANS SUR 5 PRÉSENTE UN SURPOIDS

Les mauvaises habitudes alimentaires se traduisent souvent par des problèmes de surpoids (embonpoint et obésité) chez les enfants. Selon l'ESSC menée en 1978-1979 et 2004 un enfant sur 5, âgé entre 2 et 5 ans, présente déjà un surpoids, cette proportion est stable, soit 21 % au cours des deux périodes[11].

DÉPENDANCES ET TOXICOMANIE (ALCOOL, DROGUES)

Outre les risques pour la grossesse et l'enfant à naître (voir aussi la section sur les troubles reliés à l'alcoolisation fœtale) la prise d'alcool ou de drogues par un ou l'autre des parents comporte un risque d'accident, et peut être associé à des mauvais traitements, en particulier à la négligence[12], mais également à la violence physique ou psychologique envers les enfants[13].

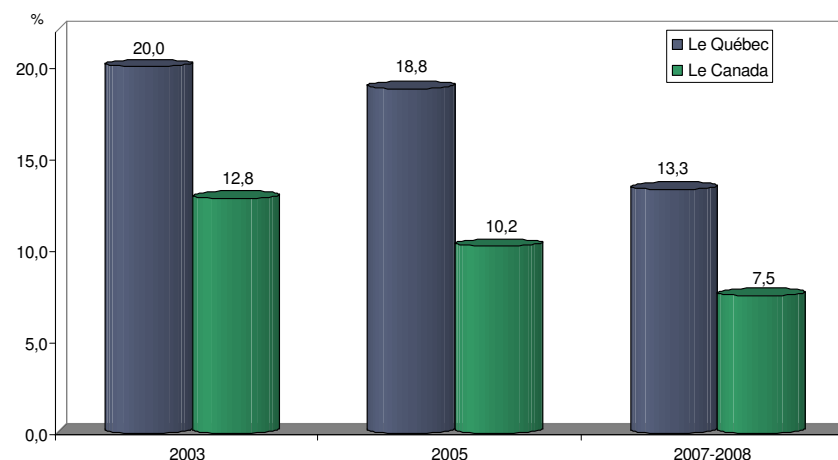
Selon l'ESSC de 2001, 85,5 % des québécoises en âge d'avoir des enfants (15 à 44 ans) consomment de l'alcool; 13,8 % d'entre elles consomment de façon excessive au moins une fois par mois[14]. En Chaudière-Appalaches, en 2006, près de 40 % des femmes déclarent avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse (34 % pour le Québec[15]). Toujours en 2006, la consommation d'alcool dite « excessive » (plus de 5 verres, 12 fois et plus par an) dans la population générale, atteint 18,2 % dans la région (16,7 % au Québec[16]).

La consommation de drogue est présente chez 13,7 % des personnes vivant dans des ménages en couple avec des enfants et chez 21 % des personnes vivant dans des familles monoparentales[17].

La toxicomanie parentale est un problème complexe et nécessite une action concertée et multidisciplinaire.

Le dépistage de la consommation abusive d'alcool et le counseling préventif par les cliniciens sont recommandés[18].

Fumée secondaire dans la maison en présence d'enfants de 5 ans ou moins



Note : Il convient d'être prudent avec la comparaison des données d'enquêtes dans le temps puisque les tests de comparabilité n'ont pas encore été réalisés pour les deux derniers cycles de l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes (ESSC).

Source : Statistique Canada, ESSC

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

LA DÉPRESSION MATERNELLE COMME FACTEUR DE RISQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

La dépression est un problème de santé mentale courant. Au Canada, sa prévalence atteint 6 % et le ratio femme homme est de 2 pour 1. Au Québec, 1 femme sur 10 souffrira de dépression durant la grossesse, alors que 1 sur 8 vivra une dépression postnatale[19]. Les femmes en âge de procréer sont donc particulièrement vulnérables à la dépression. Comme mères, elles le sont davantage et tout particulièrement au cours des premiers mois suivant l'accouchement. Compte tenu de son occurrence, elle constitue un facteur de risque relativement commun pour le développement de l'enfant[20] : une grande proportion de jeunes mères présente des symptômes suffisamment graves pour nuire à leur capacité de prendre soin de leur enfant)[21].

Les problèmes de développement de l'enfant associés à la dépression maternelle incluent les problèmes socioaffectifs, cognitifs et comportementaux[20, 22]. L'enfant en bas âge est particulièrement vulnérable aux conduites parentales et dépend de sa mère pour être stimulé. La mère souffrant d'une dépression est plus souvent inconstante, permissive et indifférente. Les enfants de mères dépressives sont deux à trois fois plus à risque de connaître des troubles de l'humeur, de mal fonctionner sur les plans cognitif, social et scolaire et d'être en mauvaise santé physique[23].

Afin d'améliorer les conditions de vie de l'enfant et celle de la mère, les praticiens des SIPPE, infirmières, sages-femmes, médecins et gynécologues en cabinet privé ou GMF, doivent être attentifs à repérer les symptômes de dépression particulièrement en période pré et post-natale, en assurant la référence à des services diagnostiques, de traitement et de suivi[18, 24]. La prise en charge doit également prévoir l'implication des pères, des ressources communautaires et des autres partenaires du réseau de la santé.

SANTÉ PHYSIQUE

Cette section donne un aperçu des problèmes de santé physique des enfants de 1 à 5 ans de la région de la Chaudière-Appalaches. Nous présentons d'abord les données de mortalité et d'hospitalisation dans leur ensemble. Nous examinons ensuite les motifs d'hospitalisation les plus fréquents : les maladies respiratoires, les maladies infectieuses, les maladies de l'appareil digestif et les blessures. Un coup d'œil sur les maladies à déclaration obligatoire et la santé dentaire complète le tout.

La grande majorité des enfants de 1 à 5 ans se porte bien et prend un bon départ dans la vie[25]. Les problèmes dont ils sont atteints entraînent relativement peu de décès et d'hospitalisation.



MORTALITÉ

Les blessures, première cause de décès chez les 1 à 5 ans

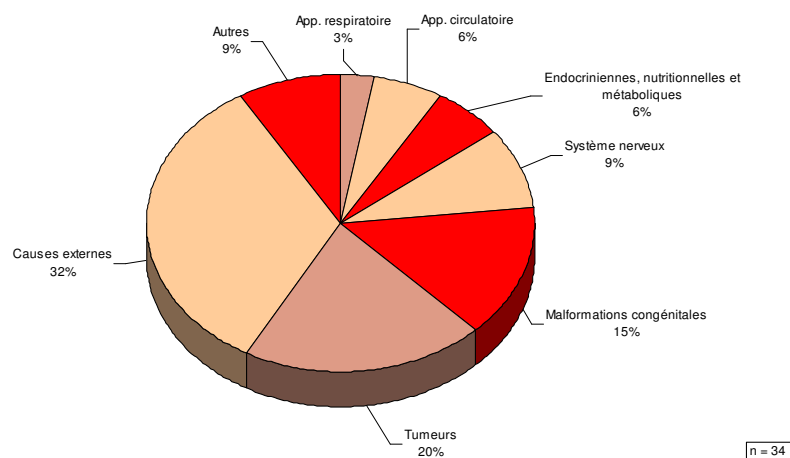
De 2000 à 2006, 34 enfants de 1 à 5 ans sont morts dans la région, pour une moyenne d'environ 5 enfants, et un taux de mortalité annuel moyen de 24,1 par 100 000. Près du tiers (32,4 %) de ces enfants sont décédés des suites d'une blessure (causes externes) soit 10 enfants en 7 ans, 20,6 % d'un cancer et 14,7 % de malformations congénitales. Les proportions de décès dues aux tumeurs et malformations congénitales sont un peu plus élevées en Chaudière-Appalaches qu'au Québec (respectivement 20,6 % c. 17 % et 14,7 % c. 10,1 %).

HOSPITALISATION

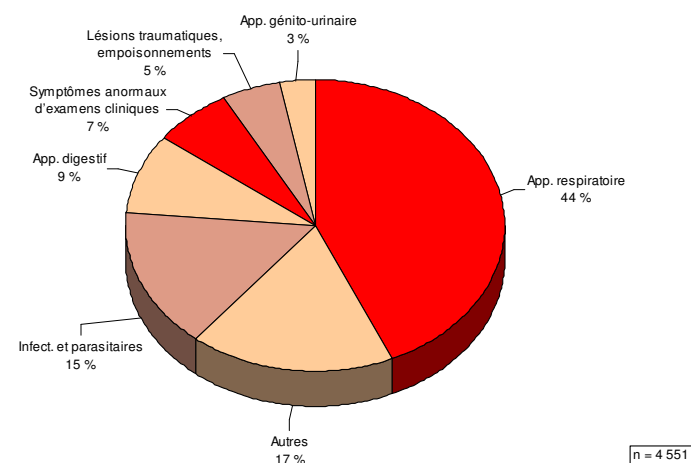
Les maladies de l'appareil respiratoire, première cause d'hospitalisation chez les 1 à 5 ans

En Chaudière-Appalaches, on rapporte 4 551 épisodes d'hospitalisations d'enfants de 1 à 5 ans de 2006 à 2009, soit une moyenne de 1 517 par an. Les principaux motifs sont des maladies de l'appareil respiratoire (43,4 %), la catégorie « autres causes d'hospitalisation » (17 %), les maladies infectieuses et parasitaires (15,4 %) ainsi que des maladies de l'appareil digestif (9 %, surtout des gastroentérites). Ces motifs sont aussi les plus souvent observés au Québec (respectivement 40 %, 25,1 %, 11,5 % et 9,6 %).

Mortalité chez les enfants de 1 à 5 ans, 2000-2006



Épisodes d'hospitalisations pour soins physiques de courte durée chez les enfants de 1 à 5 ans, avril 2006 à mars 2009



Source : MSSS, fichiers des décès

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

Source : MSSS, fichiers Med-Écho

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

Le taux d'hospitalisation chez les 1 à 5 ans est près de 1,4 fois plus élevé en Chaudière-Appalaches qu'au Québec (750,1 par 10 000 contre 546,3 par 10 000, différence significative). Ceci reflète des taux significativement plus élevés d'hospitalisation associée à des maladies de l'appareil respiratoire, des maladies infectieuses et parasitaires, de maladies de l'appareil digestif ainsi que des « symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire », sans précision de diagnostic. Cette situation est observable chez les filles et les garçons. Par ailleurs, les fillettes ont un taux d'hospitalisation supérieur aux Québécoises pour les maladies de l'appareil génito-urinaire et autres hospitalisations. Les données ne permettent pas de savoir s'il s'agit de pratiques d'hospitalisation différentes ou de maladies plus fréquentes ou plus graves. Par ailleurs, l'absence d'unité d'observation pédiatrique dans des urgences de la région entraîne l'hospitalisation d'enfants qui requièrent une observation de plusieurs heures; ceci pourrait avoir pour effet d'augmenter le nombre d'hospitalisations.

**Nombre annuel moyen et taux brut (/10 000) des épisodes d'hospitalisations
pour soins physiques de courte durée selon les causes chez les enfants de 1 à 5 ans,
avril 2006 à mars 2009**

Cause d'hospitalisation	Chaudière-Appalaches						Le Québec	
	Filles		Garçons		Sexes réunis		Sexes réunis	
	Nombre annuel moyen	Taux brut (/10 000)	Nombre annuel moyen	Taux brut (/10 000)	Nombre annuel moyen	Taux brut (/10 000)	Nombre annuel moyen	Taux brut (/10 000)
Maladies de l'appareil respiratoire	280	283,9 (+)	379	365,8 (+)	659	325,8 (+)	8 331	218,5
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	114	115,8 (+)	119	114,6 (+)	233	115,2 (+)	2 406	63,1
Maladies de l'appareil digestif	65	65,8 (+)	72	69,2 (+)	137	67,6 (+)	1 998	52,4
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	47	47,3 (+)	53	50,9 (+)	99	49,1 (+)	1 384	36,3
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	29	29,7	49	47,3	78	38,7	1 484	38,9
Maladies de l'appareil génito-urinaire	38	38,2 (+)	8	* 7,4	45	22,4	718	18,8
Autres	119	120,2 (+)	147	141,7	265	131,2 (+)	4 513	118,3
Ensemble des causes	692	700,9 (+)	825	797,0 (+)	1 517	750,1 (+)	20 833	546,3

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 que celle du reste du Québec.

Sources : MSSS, Fichiers Med-Écho et MSSS, perspectives de population à partir du recensement 2006

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

MALADIES RESPIRATOIRES : DES GRIPPES, DES PNEUMONIES

Les maladies de l'appareil respiratoire sont la première cause d'hospitalisation chez les 1 à 5 ans de la région avec une moyenne de 220 hospitalisations par an. Le taux brut pour cette maladie est 1,5 fois plus élevé que celui du Québec (325,8 contre 218,5 par 10 000). Cet écart est significatif tant chez les garçons que chez les filles.

Les maladies respiratoires les plus souvent à l'origine d'hospitalisation chez les enfants de la région sont la grippe et les pneumopathies (1 épisode sur 3) et les affections aiguës des voies respiratoires supérieures² (1 épisode sur 4).

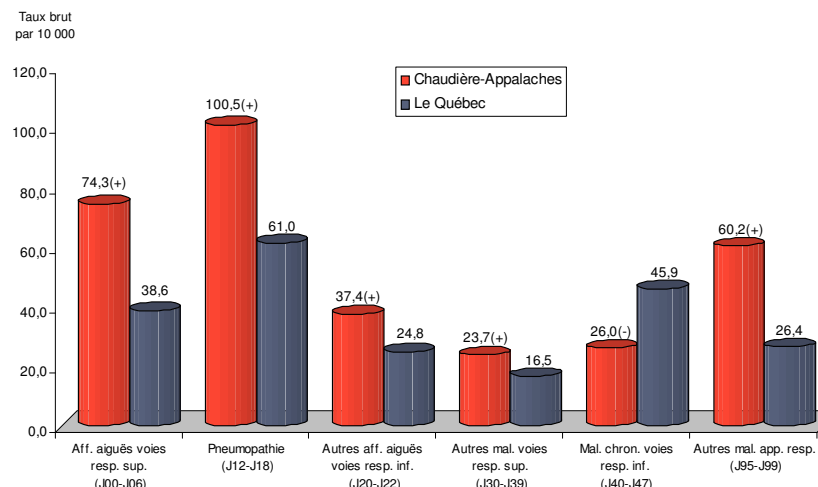
INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES ET OTITES

Selon des données tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, les infections des voies respiratoires supérieures sont fréquentes chez les jeunes enfants. Ceux-ci souffrent en moyenne de 3 à 8 infections par année. En 2008-2009, les parents de 23 % des enfants canadiens âgés de 2 et 3 ans ont indiqué que leur enfant avait souffert d'infections des voies respiratoires supérieures fréquentes. Cette prévalence est plus élevée au Québec, et ce, depuis les 14 années d'observation de l'enquête. Au Québec, ce pourcentage est passé de 28 % à 39 %[26].

L'otite (infection ou inflammation de l'oreille moyenne) est également très fréquente chez les jeunes enfants. En 2008-2009, 50 % des enfants âgés de 2 et 3 ans avaient souffert d'au moins une otite depuis la naissance et 13 % en avait eu quatre ou plus. Au Québec, comme dans d'autres provinces, cette prévalence a diminué depuis les années 2000-2001[26].

² Rhino-pharyngite, amygdalite aiguë, sinusite, laryngite, épiglottite ou trachéite

Épisodes d'hospitalisations pour soins physiques de courte durée pour maladie de l'appareil respiratoire chez les enfants de 1 à 5 ans, avril 2006 à mars 2009



* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
(+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 que celle du reste du Québec.

Sources : MSSS, fichiers Med-Écho

MSSS, perspectives de population à partir du recensement 2006

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

ALLERGIES ET ASTHME

En 2004-2005, 10 % des enfants canadiens de 5 ans et moins avaient au moins une allergie déclarée. Les allergies alimentaires dominent avec une prévalence de 5 %. Les plus fréquentes sont les allergies au lait, œufs, poissons, crustacés et arachides. Suivent les allergies autres telles que les allergies cutanées, 4,3 % et enfin les allergies respiratoires, 2,3 %. Les garçons en sont davantage atteints que les filles (11,2 % versus 8,7 %)[27].

L'asthme est une affection chronique des voies respiratoires inférieures caractérisée par des crises de difficultés respiratoires avec, respiration sifflante, toux et expectorations. Ces symptômes surviennent typiquement la nuit, lors d'activité physique, d'exposition à des allergènes ou à des irritants ou lors d'infection des voies respiratoires[28] (ex. : pollution atmosphérique, fumée de tabac). Il atteint davantage les garçons que les filles et est plus présent en milieu urbain que rural. Chez les enfants de moins de 5 ans, la prévalence de l'asthme en 2004-2005 était de 8,8 %, selon les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Ce sont 11,5 % des garçons et 6,3 % des filles vivant en milieu urbain qui en souffrent, alors qu'en milieu rural, ces taux s'établissent à 8,6 % chez les garçons et 5,9 % chez les filles[27]. La proportion des enfants souffrant d'asthme est plus élevée lorsqu'un parent fume[27].

En 2008-2009, la proportion des enfants canadiens âgés de 2 à 7 ans, souffrant d'asthme, s'établit à environ 10 %. Comme dans d'autres provinces canadiennes, le pourcentage de l'asthme chez les 2 à 7 ans a diminué au Québec au fil des ans[26].

En Chaudière-Appalaches, entre 2006 et 2010 (avril à mars), le taux annuel moyen d'hospitalisation pour asthme chez les 1 à 4 ans est de 27,6 pour 10 000, ce qui est significativement plus faible que celui du Québec (46,6 pour 10 000). Enfin, des études canadiennes et américaines démontrent que le faible revenu est associé à une prévalence accrue de l'asthme[29].

MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES, SURTOUT DES GASTROENTÉRITES

Les maladies infectieuses et parasitaires sont la deuxième cause d'hospitalisation chez les enfants de 1 à 5 ans de la région. Le taux brut d'hospitalisation pour ces maladies est 1,8 fois plus élevé que celui du Québec (115,2 c. 63,1 par 100 000). La majorité de ces hospitalisations est due à des épisodes de gastroentérites.

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Les chutes, première cause de blessures accidentelles chez les garçons et les filles

La grande majorité des traumatismes qui entraînent des hospitalisations chez les enfants de 1 à 5 ans sont des traumatismes non intentionnels (72 hospitalisations, soit un taux de 35,8 par 10 000 enfants). La fréquence observée des hospitalisations attribuables à des traumatismes est comparable à celle du Québec (35,8 comparativement à 35,3 pour 10 000). Le plus souvent les chutes sont la principale cause d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels, tant chez les garçons que chez les filles de 1 à 5 ans (30 épisodes d'hospitalisations en 3 ans, soit une moyenne de 10 par année).

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)

Le campylobacter, maladie la plus souvent déclarée chez les 1 à 5 ans

Les maladies à déclaration obligatoire sont des infections et intoxications que les médecins ont l'obligation de signaler au directeur de santé publique de la région. Les maladies à déclaration obligatoire qui affectent le plus les enfants de 1 à 5 ans, sont la coqueluche, les streptocoques, le campylobacter, la giardiose et la salmonellose. Les deux premières maladies occasionnent surtout des infections respiratoires alors que les trois autres causent surtout des diarrhées.

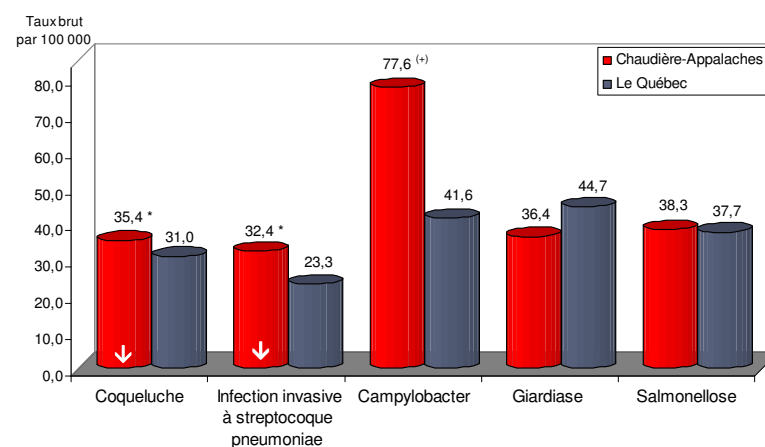
Le taux de déclaration pour 2005 à 2009 est comparable à celui du Québec pour toutes les maladies à déclaration obligatoire, à l'exception du campylobacter qui accuse l'écart le plus prononcé par rapport au Québec (1,9 fois plus élevé). Cette dernière, qui cause des diarrhées souvent persistantes, est la MADO la plus fréquente dans ce groupe d'âge.

Le taux de déclaration des MADO a diminué en Chaudière-Appalaches de 2000-2004 à 2005-2009 pour toutes ces maladies. Toutefois, la baisse est significative uniquement pour la coqueluche (qui passe de 68,8 à 35,4 par 100 000 entre les deux périodes) et les streptocoques (50,1 à 32,4 par 100 000).

UNE BONNE COUVERTURE VACCINALE POUR NOS ENFANTS

Les données complètes sur la couverture vaccinale des enfants du groupe d'âge de 1 à 5 ans ne sont pas disponibles pour la région. Ainsi, il faut se reporter à l'enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 et 2 ans[30]. Les résultats de cette enquête montrent qu'en 2008, 85 % des enfants ont reçu tous les vaccins recommandés entre 0 et 1 an et 83 % des enfants ont reçu les vaccins recommandés entre 13 mois et 2 ans³.

Principales MADO chez les 1 à 5 ans, 2005-2009



* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 que celle du reste du Québec.

Sources : Fichier des MADO, Interfaces générés par ldsidc selon la mise à jour des données du 1^{er} mars 2010
MSSS, perspectives de population à partir du recensement 2006

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

³ Mentionnons que les jeunes de 3^e secondaire de Chaudière-Appalaches affichent une couverture complète pour les vaccins reçus entre 0 et 6 ans variant entre 85,5 % et 90,6 %.

UNE MOINS BONNE SANTÉ BUCCODENTAIRE DANS LES MILIEUX DÉFAVORISÉS

La présence de caries dentaires chez les enfants perturbe la qualité du sommeil, l'estime de soi et le comportement dès le plus jeune âge en raison de la douleur et de l'impact esthétique. Un enfant atteint par la carie de la petite enfance est plus à risque de récurrence de carie en dentition primaire et permanente[31].

Selon les données de 1998-1999, 42 % des enfants du Québec sont touchés par la carie dentaire; à l'âge de 5-6 ans, 24 % des enfants cumulent à eux seuls 90 % de toute la carie dentaire[32]. Le risque de carie est particulièrement élevé chez les enfants provenant de milieux défavorisés[33]. Une étude descriptive réalisée dans la région en 2009 a permis d'effectuer un examen à tous les enfants considérés à haut risque de carie dentaire à la maternelle ainsi qu'à un échantillon d'enfants considérés à bas risque. Plus des trois quarts des enfants de 5 ans de Chaudière-Appalaches présentent des caries, y compris les caries débutantes et plus du tiers ont des obturations (plombages), ce qui donne une moyenne de 5,5 surfaces dentaires cariées, absentes ou obturées par enfant de 5 ans. Vingt pourcent des enfants de 5 ans de la région sont considérés à haut risque de carie dentaire et 10 % des enfants cumulent à eux seuls 58 % de toutes les caries[34].

Toujours selon la même étude, les données sur l'hygiène buccodentaire indiquent par ailleurs que 10 % des enfants ne se brossent pas les dents tous les jours. De même, seulement 27 % des enfants de la région ont eu une première visite chez le dentiste avant l'âge de 3 ans, alors qu'il est recommandé de consulter un professionnel dentaire à partir de 12 mois pour tous les enfants. La région de la Chaudière-Appalaches est considérée à risque moyen au regard de la santé buccodentaire.

EN CONCLUSION

Le défi des parents consiste à aider les enfants à se développer tout en les protégeant. La vaccination ainsi que des mesures d'hygiène de base, présentes à domicile et dans les milieux de garde, sont efficaces pour réduire la transmission aux tout-petits et au reste de leur famille. La lutte contre la pauvreté contribue aussi à réduire les problèmes de santé physique.

DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET PROBLÈMES NEURODÉVELOPPEMENTAUX

Parler du développement de l'enfant, c'est parler du changement qui survient chez l'être humain durant cette période. **L'enfant dispose d'un potentiel inné et de caractéristiques biologiques et génétiques uniques (facteurs personnels) à la naissance, que viendront alors influencer l'environnement immédiat puis socioéconomique et culturel plus large dans lequel il vit.** Une atteinte peut être présente dès la naissance découlant de causes variées comme l'exposition à des toxines pendant la vie intra utérine (alcool, drogues, tabac et médicaments), la prématurité, le petit poids de naissance, une souffrance périnatale, une atteinte chromosomique, métabolique (ex. : phénylcétonurie), endocrinienne (ex. : hypothyroïdie congénitale) ou physique (ex. : malformations, maladies infectieuses, etc.). Des atteintes sur le plan physique peuvent aussi survenir après la naissance et causer des retards dans le développement ou des déficiences : accidents, traumatismes crâniens, maladies infectieuses, problèmes métaboliques ou endocriniens, maladies dégénératives, cécité, surdité, etc.

L'environnement immédiat c'est l'entourage de ses parents et sa fratrie puis des intervenants du service de garde et ensuite de l'école. C'est dans cet environnement que le bébé, d'abord très vulnérable, développera la **sécurité affective** et la **relation d'attachement** à ses parents et/ou soignants. Des circonstances de vie moins favorables (comme l'abus et la négligence parentale, la maladie mentale chez un parent), peuvent amener l'enfant à développer des relations d'attachement moins optimales (évitantes, ambivalentes, désorganisées) plutôt que sécurisantes.

L'environnement de l'enfant comporte aussi le contexte physique, socioéconomique et culturel plus large dans lequel il vit. Tous ces contextes interagissent pour faciliter le développement en offrant des **facteurs de protection** (ex. : stabilité de l'éducateur du service de garde) ou le compliquer en additionnant des **facteurs de risque** (ex. : défavorisation sociale ou économique, absence de services, etc.). Certains programmes comme les SIPPE et des actions communautaires contribuent à atténuer certains facteurs de risque et à aider les familles à développer des facteurs de protection.

Pour mieux comprendre les différents types de changements que vit l'enfant, on subdivise le développement en différentes sphères : motricité globale et fine, parole et langage, cognition, socialisation et relation interpersonnelle, activité de la vie quotidienne et autonomie.

Dans la prochaine section, nous présenterons les données régionales disponibles sur différents problèmes du développement de l'enfant.

PROBLÈMES NEURODÉVELOPPEMENTAUX

RETARD DE DÉVELOPPEMENT

On parle d'un retard de développement lorsque l'enfant présente un délai dans l'acquisition des compétences d'une sphère (ex. : retard de langage, retard moteur, global, etc.). Le retard peut être léger, modéré ou sévère, selon le décalage mesuré par rapport à la moyenne des enfants du même âge. Un retard global de développement touche 5 à 10 % des enfants (confirmé à partir de tests standardisés)[35].

Un retard global de développement se définit par des retards significatifs dans 2 sphères ou plus (sans nécessairement qu'il y ait ultérieurement de déficience intellectuelle), diagnostiqués chez des enfants de moins de 5 ans. Il survient chez 1 à 3 % de ceux-ci[36]. Dans la région, en 2009, 38 enfants (1,8 enfant par 1 000) de 1 à 5 ans portant ce diagnostic reçoivent un supplément pour enfant handicapé.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Les enfants aux prises avec une déficience intellectuelle ont des problèmes de raisonnement et d'apprentissage et éprouvent des difficultés dans leurs activités quotidiennes. Leur développement moteur est généralement plus lent que chez d'autres enfants comme c'est aussi le cas pour leur apprentissage de l'élocution et du langage.

La déficience intellectuelle est imputable à de nombreux facteurs, tels que la génétique ou une infection au cerveau. La déficience intellectuelle de près de la moitié des enfants atteints ne résulte d'aucune cause médicale particulière connue. Un à 3 % des enfants de moins de 5 ans ont ce type de déficience intellectuelle. Le degré de déficience intellectuelle varie de léger (QI 50-70), modéré (QI 35-49) à sévère (QI 20-35) ou profond (QI <20). Les enfants chez qui un diagnostic de déficience intellectuelle a été posé continuent de se développer et acquièrent de nouvelles compétences au fil des ans. Toutefois, il est rare qu'ils rattrapent les enfants de leur âge. Les enfants ayant une déficience intellectuelle ont généralement besoin de différents types de soutien et de services, tant dans leur vie d'enfant d'âge scolaire que dans leur vie d'adulte.

Dans la région, les enfants de 0 à 5 ans souffrant de déficience intellectuelle ont parfois été suivis au Centre de réadaptation en déficience physique parce que le retard moteur ou langagier prédominait. La plupart seront suivis au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) dès que l'évaluation de l'intelligence aura pu être réalisée (en général après l'âge de 3 ans). Le CRDI assure actuellement le suivi spécialisé de 54 enfants de 0 à 5 ans présentant une déficience intellectuelle. En Chaudière-Appalaches, 8 enfants de 1 à 5 ans recevaient le soutien aux enfants handicapés (SEH) en 2009 pour cette raison.

TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

L'expression « trouble envahissant du développement » (TED) regroupe plusieurs syndromes affectant le développement de l'enfant aux plans cognitif, social, affectif, intellectuel, sensoriel et en matière d'acquisition du langage[37]. Des déficiences plus ou moins importantes touchent trois aspects du développement : les interactions sociales, la communication verbale et non verbale de même que les intérêts et les comportements. Ces derniers peuvent présenter un caractère restreint, stéréotypé et répétitif. Les TED regroupent le trouble autistique, le syndrome d'Asperger, le trouble envahissant du développement non spécifié, le désordre désintégratif de l'enfance et le syndrome de Rett[38].

Le TED touche environ 6 enfants pour 1 000[39]. L'autisme, la forme la plus fréquente, touche 1 à 2 enfants pour 1 000. Les garçons sont plus fréquemment affectés d'un TED que les filles, avec un ratio de 4 garçons pour 1 fille. Les enfants ayant un TED se retrouvent dans toutes les classes sociales. L'âge maternel et paternel plus avancé (plus de 35 ans pour la femme et plus de 40 ans pour l'homme) est associé à un risque augmenté[39].

L'autisme se manifeste dès le jeune âge. Les indices francs d'un développement anormal se doivent d'être connus de tous.

Absence de babillage, de gestes ou de capacité de pointer à 12 mois, pas de mots isolés à 16 mois, pas de phrases spontanées à 24 mois, toute perte d'acquis langagier ou social à tout âge.

Un diagnostic et une intervention intensive précoces sont démontrés utiles pour améliorer le devenir des enfants atteints. Bien qu'environ 70 % des enfants autistes présentent une déficience intellectuelle, il existe des formes plus légères sans déficience intellectuelle ou délai de langage expressif. Les difficultés d'intégration sociale, d'apprentissage ou de comportement peuvent alors être la raison de consultation.

Au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Chaudière-Appalaches, il existe un service d'intervention intensive comportementale destiné à cette clientèle. Cinquante-deux enfants de 0 à 5 ans sont suivis par une équipe multidisciplinaire en 2010. Parmi ceux-là, 29 enfants de 1 à 5 ans, ont reçu, en 2009, le supplément pour enfant handicapé (SEH) de la Régie des rentes du Québec (RRQ).

LE SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE ET L'ENSEMBLE DES TROUBLES CAUSÉS PAR L'ALCOOLISATION FŒTALE

L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF) réfère à des anomalies congénitales causées par la consommation d'alcool au cours de la grossesse. Ceci comprend notamment le syndrome d'alcoolisation foetale (SAF) (caractérisé par des malformations faciales typiques) et d'autres troubles neurodéveloppementaux (accompagnés de retard intellectuel, de troubles cognitifs, etc.). On estime que 9 enfants pour 1 000 naissent avec l'ETCAF au Canada[40]. Ces troubles comportent encore des défis au plan du diagnostic pour les cliniciens.

TROUBLE DÉFICITAIRE D'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ (TDAH)

Affectant de 5 à 12 % des enfants canadiens d'âge scolaire, le trouble déficitaire d'attention avec hyperactivité se caractérise par 3 symptômes principaux : l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité[41]. Plus de 60 % de ces enfants maintiendront leurs symptômes à l'âge adulte. Le trouble survient fréquemment en association avec d'autres problèmes tels des troubles d'apprentissage, la déficience intellectuelle et le retard mental, les troubles de conduites et d'opposition, les troubles anxieux, de l'humeur, etc. Plusieurs symptômes de ce trouble peuvent se manifester précocement et le diagnostic est parfois fait chez les moins de 5 ans.

DÉFICIENCE DU LANGAGE

Différents problèmes peuvent toucher le langage et la parole chez l'enfant. Nous traiterons ici les 2 plus fréquents. Le retard de langage se manifeste par un ralentissement de l'apprentissage du vocabulaire, de la structure de la phrase et de la prononciation des mots nouveaux et complexes. La compréhension verbale et le désir de communiquer sont généralement adéquats. Le retard est récupéré au seuil de l'âge scolaire en général. Ces enfants peuvent bénéficier d'un suivi en orthophonie et de conseils et de mesures de soutien aux parents. Le trouble de langage se caractérise par des déficits linguistiques persistants et plus sévères. Ces déficits atteignent soit le plan de l'expression ou celui de la compréhension. Le suivi orthophonique est très important car ces enfants sont très à risque de problèmes scolaires et émotionnels.

En Chaudière-Appalaches, on compte 53 enfants de 1 à 5 ans qui ont obtenu le soutien pour enfant handicapé en raison de trouble de langage en 2009.

DÉFICIENCE MOTRICE

La RRQ inclut dans cette catégorie plusieurs anomalies ou maladies qui touchent la motricité (par exemple, paralysie du plexus brachial, pieds bots, limitations nécessitant marchette ou fauteuil roulant, nanisme, malformation du système musculo squelettique, maladie neuromusculaire, infirmité motrice cérébrale, séquelles de traumatisme, etc. En Chaudière-Appalaches, en 2009, 24 enfants de 1 à 5 ans ont reçu le supplément pour enfant handicapé (SEH) de la RRQ pour problème de déficience motrice.

LA DÉFICIENCE MOTRICE CÉRÉBRALE (DMC)

Ce problème neurologique touche 2 à 2,5 enfants par 1 000 dans le monde. Il s'agit d'un trouble de la posture et du mouvement dû à une lésion ou à une dysfonction du cerveau en développement. L'anomalie du cerveau peut survenir avant, pendant ou après la naissance. Elle peut être génétique, malformative, ou originant d'une infection ou d'une anoxie (manque d'O²). Cette condition est plus fréquente chez le bébé très prématuré. La moitié des personnes atteintes auront besoin d'adaptations pour se déplacer (béquilles, marchette, fauteuil roulant). Soixante-dix pourcent de ces enfants présentent aussi d'autres déficits, surtout déficience intellectuelle. Les atteintes sensorielles sont fréquentes ainsi que les troubles de la parole et du langage.

Le CRDP suit des enfants qui présentent une déficience motrice cérébrale ou d'autres retards moteurs associés à d'autres conditions. Pour l'année 2009-2010, 883 enfants de 0 à 17 ans sont suivis aux 4 points de service. Nous ne disposons pas de nombre exact d'enfants de 0 à 5 ans. Le SEH de la RRQ pour une déficience motrice a été accordé à 24 enfants de 1 à 5 ans (taux de 1,1 enfant par 1 000) de la région en 2009.

DÉFICIENCE VISUELLE

En Chaudière Appalaches, les enfants présentant une déficience visuelle sont suivis dans la région de Québec à l'IRD PQ (Institut de réadaptation en déficience physique de Québec) programme déficience visuelle. Ils suivent 54 clients de notre région dont 5 de 0 à 5 ans. Les personnes qui présentent une déficience visuelle peuvent se diviser en deux catégories : fonctionnellement aveugle (toute personne qui utilise les autres sens pour acquérir ses connaissances) ou fonctionnellement voyante (utilise principalement sa vision pour acquérir ses connaissances avec ou sans aide ou adaptation). Seulement 7 % des enfants avec déficience visuelle font partie de la première catégorie. Ces enfants présentent régulièrement d'autres problématiques développementales. En 2009, le SEH a été attribué à un enfant de 1 à 5 ans présentant une déficience visuelle.

DÉFICIENCE AUDITIVE

La déficience auditive désigne la perte complète ou partielle de la capacité à entendre. La surdité peut être héréditaire. Elle peut aussi être due à des problèmes survenus pendant la grossesse ou lors de l'accouchement (ex. : prématurité, infection maternelle pendant la grossesse, médicaments oto-toxiques). Elle peut survenir pendant l'enfance (ex. : méningite, rougeole, oreillons) ou plus tard (ex. : bruits intenses). La déficience auditive peut ralentir le développement du langage ou des aptitudes cognitives ce qui peut amener des retards scolaires. Elle peut mener à la stigmatisation sociale. Il est démontré que le dépistage et le traitement précoces chez les nouveau-nés et les jeunes enfants permettent de prévenir les troubles du langage et les difficultés d'apprentissage. Du 1^{er} janvier au 31 août 2010, 1 244 bébés ont été dépistés en vertu du programme de dépistage de la surdité du CSSS Alphonse-Desjardins, site Hôtel-Dieu de Lévis. Deux cas de surdité ont été dépistés. Encore peu de familles de la région ont bénéficié du SEH en 2009 pour cette cause. En 2009, 8 enfants de 1 à 5 ans de la région bénéficient du SEH pour déficience auditive.

CE QUE NOUS DISENT LES STATISTIQUES DE LA RRQ

Selon les données de la RRQ sur les suppléments pour enfants handicapés de 1 à 5 ans, les troubles du développement sont les problèmes les plus fréquents dans la région en 2006-2008, avec un taux de 5,5 enfants par 1 000. Ces taux ont augmenté graduellement au cours des dernières années, passant de 2,8 en 2000-2002 à 5,5 en 2006-2008. Les autres problèmes de développement pour lesquels la RRQ verse un SEH sont les cas de déficience motrice (un taux de 1,4 enfant par 1 000), de déficience auditive (un taux de 0,2 enfant par 1 000) et de déficience visuelle (un taux de 0,2 enfant par 1 000).

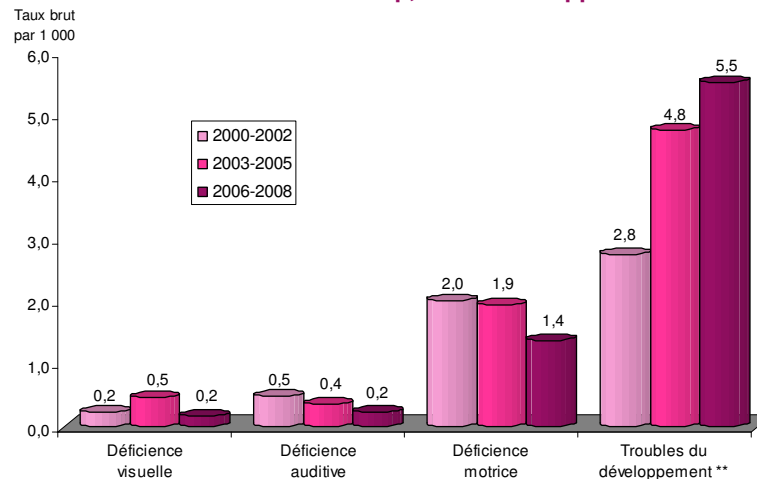
Pour être reconnu handicapé, l'enfant doit avoir une déficience ou un trouble de développement qui le limite de façon importante dans les activités de la vie quotidienne pendant une période prévisible d'au moins 1 an. Ainsi, les critères de sévérité prévus par cette loi fiscale font-ils en sorte que de nombreux enfants ne rejoignant pas ces critères ne sont pas comptés dans les statistiques de la région.

CONCLUSION

Une priorité : le dépistage et l'intervention précoces

Le dépistage et l'intervention précoces ont un impact crucial sur le développement des enfants entre 0 et 5 ans. En dépit des déficits, le cerveau encore en croissance offre un grand potentiel d'acquisition de capacités. Le suivi médical systématique favorise le diagnostic précoce des troubles du développement. C'est en interdisciplinarité avec plusieurs autres professionnels que le suivi de l'enfant et de la famille est réalisé.

Taux d'enfants handicapés de 1-5 ans recevant les suppléments de la RRQ selon la nature de l'handicap, Chaudière-Appalaches



Note : Ont été exclues de la figure, les données de la catégorie «les autres déficiences physiques».

Sources : Régie des rentes du Québec, situation de décembre de chaque année

MSSS, perspectives de population à partir du recensement 2006

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

** Les enfants qui présentent un diagnostic de retard de développement ou déficience cognitive, retard psychomoteur, de TED et la déficience du langage sont regroupés dans les statistiques de la RRQ sous la rubrique troubles du développement. Il existe 2 autres sous-groupes que sont les troubles du comportement et les autres troubles psychoaffectifs qui semblent moins toucher les enfants de 0 à 5 ans. Aucun cas dans la région ne bénéficiait du SEH pour ces raisons en 2009.

MALTRAITANCE

L'enfance est aussi une période d'adaptation intense pour la famille et peut s'accompagner de risques d'abus et de négligence. La maltraitance se définit comme : « *toute forme de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir* »[42]. Les enfants victimes de maltraitance présentent un risque élevé de problèmes comportementaux, affectifs et sociaux ultérieurs[43], notamment de comportements à risques multiples (tabagisme, toxicomanie, obésité, promiscuité sexuelle, sédentarité, tentatives de suicide, etc.). La maltraitance est également associée à des maladies chroniques futures (cancer, maladie cardiaque, diabète, etc.)[44]. Bien que ces situations surviennent dans tous les milieux, elles sont souvent associées à la défavorisation socioéconomique, aux inégalités sociales, au sous-emploi, à l'isolement et à l'exclusion sociale[44], à l'alcoolisme ou à la toxicomanie parentale[12]. Les facteurs de risques sont souvent communs, mais certains sont spécifiques aux types d'abus. Une transmission intergénérationnelle des problèmes survient fréquemment[45], souvent initiée dans le plus jeune âge par des schémas d'attachement perturbés[46].

Au Québec, la Loi de la protection de la jeunesse stipule que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis dans les situations suivantes (LPJ, art. 38) :

- a) Abandon : soins, entretien ou éducation non assumés par les parents ou remplaçants;
- b) Négligence : besoins fondamentaux de l'enfant au plan physique, de santé ou éducatif non comblés (alimentation, vêtements, hygiène, logement, soins, surveillance, encadrement, scolarisation);
- c) Mauvais traitements psychologiques : indifférence, dénigrement, rejet affectif, isolement, menace, exploitation, travail forcé, exposition à la violence conjugale ou familiale;
- d) Abus sexuel : gestes à caractère sexuel avec ou sans contact physique;
- e) Abus physique : sévices corporels ou soumission à des méthodes éducatives déraisonnables;
- f) Troubles de comportement sérieux : enfant se comportant de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui.

L'AMPLEUR RÉELLE DES ABUS PHYSIQUES, SEXUELS, PSYCHOLOGIQUES ET DE LA NÉGLIGENCE ENVERS LES JEUNES ENFANTS EST DIFFICILE À CONNAÎTRE

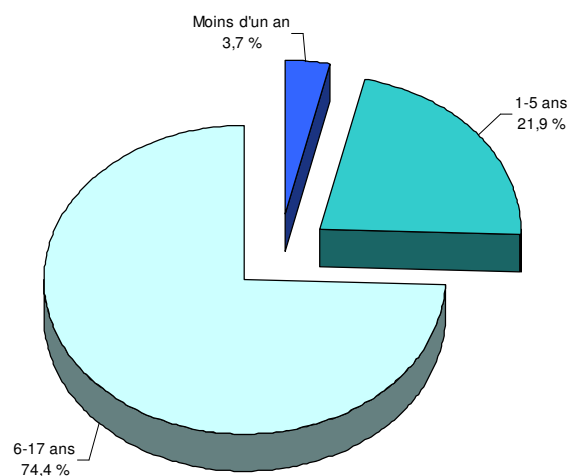
Les principales données disponibles au Québec dépendent des signalements obtenus dans le cadre de la Loi de la protection de la jeunesse. Cette loi ne vise que les cas d'exception, les signalements retenus et les « prises en charge », ceux-ci correspondent aux cas les plus sérieux[47]. Ces données sous-estiment par conséquent l'ampleur réelle des abus. De plus, leur nombre peut varier selon la sensibilité et la propension des citoyens et des professionnels à signaler. Il peut également dépendre, dans une certaine mesure, de la disponibilité des services en protection de la jeunesse.

AMPLEUR DES SIGNALEMENTS RETENUS : ENVIRON 375 CAS PAR ANNÉE

Entre 2002 et 2006, 18 signalements sont retenus annuellement par 1 000 enfants âgés de 1 à 5 ans, pour un total de 375 signalements par an en moyenne. Les enfants de 1 à 5 ans comptent pour 21,9 % des signalements retenus chez les 0 à 17 ans. Ce sont en fait le quart des signalements retenus qui touchent les moins de 5 ans.

La répartition des signalements chez les 1 à 5 ans de la région met en évidence la négligence : 76,9 % des cas; 13,1 % des signalements concernent les abus physiques : 9,1 % les abus sexuels. Les abandons et troubles de comportement représentent moins de 1 % des signalements.

Signalements retenus, avril 2002 à mars 2007

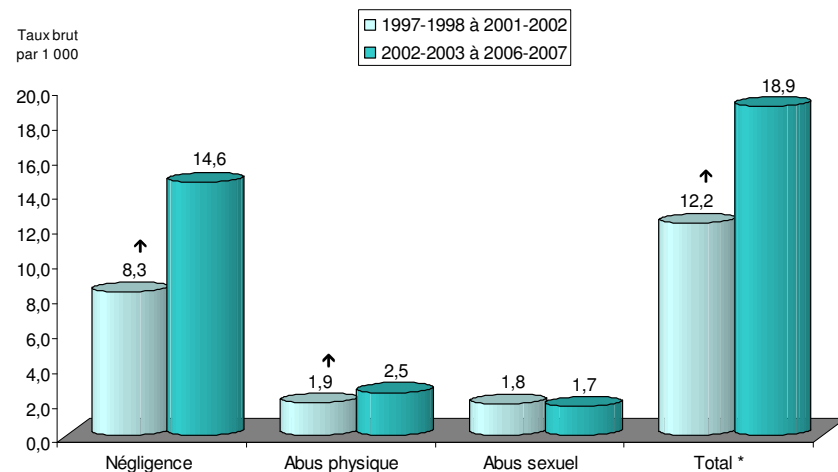


Source : Banque de données commune, CJ-LPJ
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

DES TAUX DE SIGNALEMENTS RETENUS QUI AUGMENTENT

Les taux de signalements retenus chez les 1 à 5 ans, toutes causes confondues, ont augmenté en Chaudière-Appalaches (12,2 par 1 000 en 1997-2001 à 18,9 par 1 000 en 2003-2007). Cette augmentation est principalement reliée aux signalements pour négligence (8,3 à 14,6 par 1 000) et dans une moindre mesure pour abus physiques (1,9 à 2,5 par 1 000). Le taux de signalements pour les cas d'abus sexuels demeure inchangé (1,8 à 1,7 par 1 000).

Signalements retenus selon la cause



* Sont inclus dans le total, les abandons et les troubles de comportements, ils représentent 1 % du total des signalements chez les 1 à 5 ans.

Sources : Banque de données commune, CJ-LPJ

MSSS, Perspectives de population à partir du recensement 2006

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

Le nombre de signalements retenus, toutes catégories confondues, est à peu près le même chez les filles (en moyenne 180 par année) et chez les garçons (en moyenne 196 par année). La réalité est toutefois différente selon le sexe pour certaines catégories d'abus. Il y a deux fois plus de signalements pour abus sexuels chez les filles (en moyenne 23 par année) que chez les garçons (en moyenne 11 par année) soit des taux de 2,4 (chez les filles) et 1 par 1 000 chez les garçons mais deux fois plus de cas d'abus physiques chez les garçons (en moyenne 33 par année) que chez les filles (en moyenne 16 par année) soit des taux de 3,3 et 1,6 par 1 000 (données non illustrées).

VIOLENCE ENCORE TROP FRÉQUENTE

Suivant les données de l'Enquête québécoise sur la violence familiale[13], environ 57 % des enfants de 3 à 6 ans auraient vécu de l'agression psychologique, 65 % de la violence physique mineure et environ 6 % de la violence physique sévère au moins une fois dans les 12 mois précédents l'enquête[13]. Chez les 0 à 2 ans, ces proportions sont de 29 %, 43 % et 4 % respectivement⁴. Selon plusieurs chercheurs, les tout-petits (de 0 à 3 ans) sont plus à risque d'être victime d'abus ou de négligence que les enfants plus âgés.

Le fait d'être issu d'une famille nombreuse (4 enfants et plus) est associé à un risque plus élevé de maltraitance[42] et de négligence[42, 48].

Pour réduire l'abus physique ou psychologique et la négligence, des actions sont requises tôt dans la vie des familles. Les SIPPE poursuivent cet objectif de même que les programmes de stimulation précoce visant les habiletés parentales. L'action au niveau des communautés permet aussi d'améliorer les conditions de vie et d'influencer les normes sociales[44].

LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE ET LEURS ENFANTS

La politique de périnatalité mentionne l'importance de tenir compte de la violence conjugale et l'exposition des enfants à cette violence, mais rappelle également qu'il y a lieu de porter une attention toute particulière à la détection des indices qui laissent présager la présence de cette problématique au cours de la grossesse de la femme. Plusieurs études, notamment celles du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI_VIFF), rapportent de la littérature qu'environ 21 % des femmes victimes de violence conjugale ont été maltraitées lorsqu'elles étaient enceintes et pour 40 % de ces femmes, la violence a débuté au cours de leur grossesse⁵.

Bien que la région de la Chaudière-Appalaches se situe parmi les 11 régions sociosanitaires qui présentent en 2008 des taux d'infractions (163,2 par 100 000) commises dans un contexte conjugal inférieurs à ceux de la province⁶, c'est néanmoins 574 femmes qui ont fait appel et déclaré aux services policiers avoir vécu de la violence conjugale. Toutefois, ces données ne représentent que les femmes qui ont opté d'aviser les policiers, et ce, pour des actes de violence conjugale criminalisés (voies de fait, harcèlement criminel, séquestration, tentative d'homicide et homicide). Plusieurs autres formes de violence conjugale ne sont pas intégrées au code criminel et ne peuvent donc faire l'objet d'un appel aux services policiers. Il est question ici de violence psychologique et verbale, de violence économique, violence spirituelle, etc.

La violence familiale

La violence familiale est une expression qui englobe de nombreuses formes de violence, de mauvais traitement ou de négligence que des adultes ou des enfants peuvent vivre dans une relation intime, parentale, ou une relation de dépendance.

Dans sa Politique d'intervention en matière de violence conjugale, le gouvernement du Québec définit la violence conjugale comme suit :

La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que des actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extra maritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie.

⁴ Ces taux de la violence dans la famille varient en fait très légèrement selon qu'ils sont rapportés par les pères ou les mères. Les taux présentés ici demeurent approximatifs, puisqu'ils sont calculés à partir des taux spécifiques pour les mères et pour les pères. Les taux de violence physique sévère sont donnés à titre indicatifs en raison d'un coefficient de variation élevé, supérieur à 25 %.

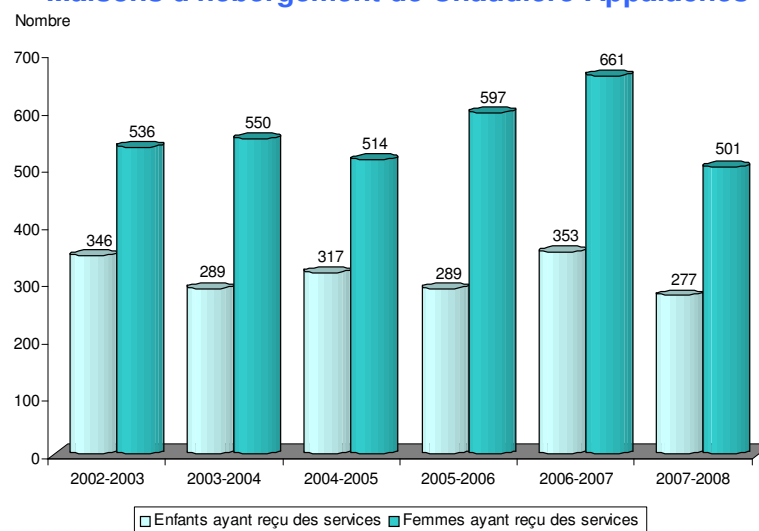
⁵ Principales sources de références ayant abordé la problématique de la violence faite aux femmes et le vécu des enfants exposés à la violence conjugale www.criiff.qc.ca/enfants; Suderman et Jaffe 1999, Arseneau, L., Lampron, C Levaque, R., Paradis, F., (2005), Le Centre québécois de ressources en promotion de la sécurité et en prévention de la criminalité (www.crpspc.qc.ca), INSPQ _La violence conjugale

⁶ Ministère de la Sécurité publique, Statistiques 2008 sur la criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec (nov 2009).

Plus près de nous, les auteurs de « L'étude régionale sur les signalements reçus et retenus en protection de la jeunesse en Chaudière-Appalaches »[47] rapportent, dans leurs observations sur les caractéristiques des parents dont les signalements d'enfants ont été retenus, que « [...] plus d'une situation de négligence sur quatre [...] pourrait être associée à des cas de violence conjugale et d'enfants exposés à cette violence. À cet égard, on peut comprendre que des épisodes répétés de violence conjugale ont un impact direct sur la disponibilité physique et affective de la mère envers ses enfants et sur son état psychologique. Les enfants exposés à cette violence vivent quant à eux, dans un climat de peur et peuvent même dans certains cas, subir également de la violence physique.

Au cours de la période couvrant les années 2002 à 2008, les quatre maisons d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale de la région ont hébergé 1 925 femmes et 1 355 enfants. Ces données représentent une moyenne annuelle de 320 femmes et 225 enfants. Au cours de cette même période, ces ressources ont également offert des services en externe à 1 434 autres femmes et 516 enfants, soit une moyenne annuelle de 239 femmes et 86 enfants. Au total, nous parlons donc de 3 359 femmes victimes de violence conjugale et de 1 871 enfants qui ont subi ou ont été exposés à la violence conjugale en Chaudière-Appalaches au cours de ces années. Par ailleurs, les responsables de ces maisons d'hébergement nous confirment que les femmes qui fréquentent leurs services sont généralement celles qui refusent de porter plainte auprès des policiers pour violence conjugale. Les enfants qui séjournent dans leurs murs sont très souvent en bas âge ou encore, sont à leur début de l'école primaire.

Enfants et femmes ayant reçu des services pour violence conjugale (en hébergement ou en externe) Maisons d'hébergement de Chaudière-Appalaches



Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

Considérant ce contexte régional, un nombre non négligeable de femmes et d'enfants ont besoin de services et il va de soi qu'un repérage précoce des femmes victimes permettrait notamment de prévenir l'aggravation des problèmes de santé physique et mentale de la mère, et d'assurer également la sécurité et le développement optimal de leurs enfants. La période de suivi de grossesse et celle des visites postnatales seraient, sans aucun doute, des moments privilégiés pour repérer précocement ces femmes et ces enfants et faire les interventions appropriées. À cet égard, les médecins cliniciens, les urgentologues, les gynécologues, les pédopsychiatres, les infirmières et l'ensemble des intervenants psychosociaux sont des professionnels particulièrement interpellés pour effectuer ce repérage de cas et référer aux ressources spécialisées.



DONNÉES POUR LE TERRITOIRE DU RLS DE BEAUCE

Les données décrivent la situation des enfants de 1 à 5 ans sur le territoire du RLS de Beauce. Elles concernent la réalité démographique, l'environnement familial et socioéconomique, les causes principales d'hospitalisation ainsi que les signalements retenus au regard de la maltraitance. Quelques caractéristiques des communautés locales complètent le tout. Certaines données ne sont pas disponibles à l'échelle du territoire; c'est le cas, par exemple, des données sur les habitudes de vie, les décès et les problèmes de développement des enfants de 1 à 5 ans.

DÉMOGRAPHIE

Les enfants de 1 à 5 ans représentent 5,4 % de la population du RLS de Beauce en 2006. Selon les projections démographiques, cette proportion augmenterait à 5,8 % en 2011. On observe le même phénomène pour la région de la Chaudière-Appalaches et le Québec. C'est la MRC Robert-Cliche qui aura, en 2011, la proportion la plus élevée (6,3 %).

Le territoire du RLS de Beauce enregistre 880 naissances en 2008 pour un taux de 12,7 naissances par 1 000, ce qui est supérieur au taux du Québec (11,3). Les résultats du territoire de la MRC de Robert-Cliche expliquent cette différence avec un taux de 13,7 par 1000.

L'indice synthétique de fécondité sur le territoire du RLS, de 2004-2008, s'élève à 1,83 enfant par femme. C'est une augmentation par rapport à la période précédente (1,65 en 1999-2003). Au Québec, l'indice est de 1,62 en 2004-2008. L'augmentation de la valeur est également observée au Québec par rapport à 1999-2003.

DÉTERMINANTS DE SANTÉ

- Le territoire du RLS de Beauce présente des taux de fécondité plus faibles que ceux du Québec chez les mères à risque, c'est-à-dire celles dont l'âge est inférieur à 20 ans (7 c. 10 par 1 000), de 35 à 39 ans (26,1 c. 40) ou de 40 ans plus (1,5 c. 3,1).
- Environ 1 famille sur 8 avec enfants de 5 ans et moins du RLS de Beauce (13,3 %) est monoparentale. Cette proportion varie selon la MRC (11,6 % dans Robert-Cliche, 14 % dans Beauce-Sartigan). Au Québec, la proportion correspondante est de 15,6 %.
- Le territoire du RLS de Beauce compte 325 enfants de 0 à 5 ans dans des familles vivant sous le seuil de faible revenu. Ceci représente 7,1 % des enfants de cet âge en 2006, comparativement à 12,9 % en 2001.
- La proportion d'enfants du RLS dont les parents sont prestataires de l'assistance-emploi (aide sociale) est de 4,4 % en 2004-2006. On observe un écart entre les deux MRC (3,3 % Robert-Cliche, 4,8 % Beauce-Sartigan). Le pourcentage observé en Chaudière-Appalaches est de 4,4 %. La donnée québécoise correspondante n'est pas disponible.
- Dans la Beauce, 7,4 % des mères possèdent moins de 11 ans de scolarité, soit une position plus avantageuse que l'ensemble du Québec (8,8 %). On note toutefois des écarts entre les 2 MRC (6,4 % Robert-Cliche, 7,9 % dans Beauce-Sartigan).

PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE

Les maladies de l'appareil respiratoire constituent la principale cause d'hospitalisation chez les enfants de 1 à 5 ans du RLS de Beauce.

Le territoire du RLS de Beauce accuse des taux d'hospitalisation plus élevés que ceux du Québec en 2006-2009 pour :

- l'ensemble des problèmes de santé (783,9 c. 546,3 par 10 000);
- les maladies de l'appareil respiratoire (364,4 c. 218,5 par 10 000) soit un taux 1,7 fois plus élevé;
- certaines maladies infectieuses et parasitaires (109,3 c. 63,1 par 10 000).

SIGNALEMENTS RETENUS

Le taux de signalements retenus pour maltraitance sur le territoire du RLS de Beauce, de 2002 à 2006, est de 17,5 par tranche de 1 000 enfants de 1 à 5 ans. Ce taux reste toutefois comparable à celui de la région de la Chaudière-Appalaches (18,9). Le taux observé la MRC de Robert-Cliche est significativement moins élevé que celui de la région (13,4 c. 18,9 par 1 000).

ENFANTS EXPOSÉS À LA VIOLENCE CONJUGALE

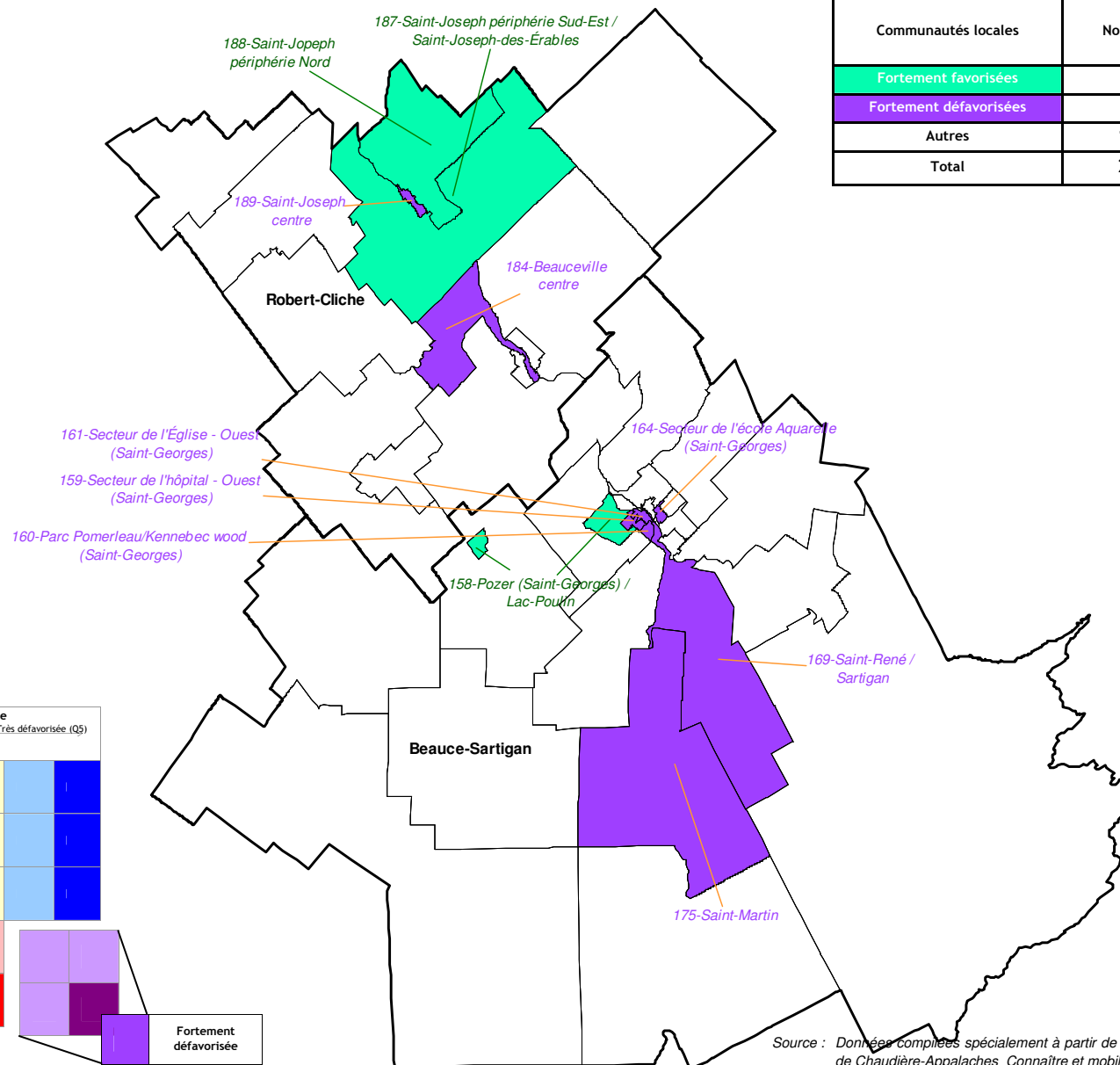
La maison du Havre L'éclaircie des femmes offre des services d'aide en hébergement ou en externe aux femmes victimes de violence conjugale et aux enfants exposés à cette violence sur les territoires de Beauce et des Etchemins. Au cours de la période couvrant les années 2002-2008, la maison d'aide et d'hébergement a offert des services à 1 054 femmes et à 514 enfants soit une moyenne annuelle de 176 femmes et 86 enfants.

CARACTÉRISATION DES COMMUNAUTÉS LOCALES

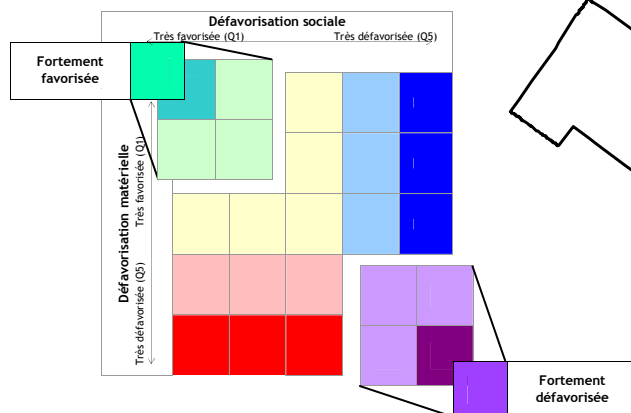
Une consultation a été effectuée en 2008 auprès d'acteurs locaux de la région afin d'identifier des communautés locales, c'est-à-dire « de petits territoires où les gens se rencontrent, se connaissent ou partagent des affinités communes »[49]. L'indice de défavorisation matérielle et sociale[50] a été appliqué à ces nouveaux découpages territoriaux plus fins.

- Les trois communautés très favorisées du RLS de Beauce se retrouvent en périphérie de Saint-Joseph et de Saint-Georges (Pozer, Lac Poulin). Les huit communautés fortement défavorisées sont localisées dans les secteurs centraux de certaines villes : Saint-Joseph-Centre, Beauceville-centre, secteurs de l'Église, de l'école et de l'Hôpital à Saint-Georges ainsi que Saint-Martin et Saint-René / Sartigan.

**Communautés locales fortement favorisées et fortement défavorisées,
selon l'Indice de défavorisation matérielle et sociale (Pampalon), 2006**
Beauce (comparées aux 200 communautés locales de la région de la Chaudière-Appalaches)



Communautés locales	Nombre	1-5 ans y vivant (n ^{bre})
Fortement favorisées	3	290
Fortement défavorisées	8	645
Autres	14	910
Total	25	1 845



Source : Données compilées spécialement à partir de : «Caractérisation des communautés locales de Chaudière-Appalaches. Connaître et mobiliser pour mieux intervenir », 2009

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

TABLEAU SYNTHÈSE DES INDICATEURS, LE QUÉBEC, CHAUDIÈRE-APPALACHES, BEAUCE ET SES TERRITOIRES

		Le Québec	Chaudière-Appalaches	Beauce		Robert-Cliche	Beauce-Sartigan	Source de données	
		% ou tx	% ou tx	% ou tx	N ^{bre} total	% ou tx	% ou tx		
► Population (1-5 ans) (% de la population totale)	2006	4,9	5,0 n.e.	5,4 n.e.	3 704	5,5 n.e.	5,3 n.e.	Perspectives de population	
	2011	5,4	5,6 n.e.	5,8 n.e.	4 097	6,3 n.e.	5,7 n.e.	Perspectives de population	
► Naissances (tx par 1 000)	2005	10,1	10,0 n.s.	10,7 n.s.	733	11,1 n.s.	10,5 n.s.	Fichier des naissances	
	2008	11,3	11,7 (+)	12,7 (+)	880	13,7 (+)	12,3 (+)	Fichier des naissances	
► Indice synthétique de fécondité (n ^{bre})	1999-2003	1,47	1,57 n.e.	1,65 n.e.	3 597	1,74 n.e.	1,61 n.e.	Fichier des naissances	
	2004-2008	1,62	1,79 n.e.	1,83 n.e.	3 951	1,99 n.e.	1,77 n.e.	Fichier des naissances	
► Fécondité selon l'âge de la mère (tx par 1 000)	2004-2008	43,5	53,4 (+)	48,4 (+)	3 951	53,6 (+)	46,6 (+)	Fichier des naissances	
• Moins de 20 ans		10,0	6,3 (-)	7,0 (-)	80	5,3 (-)	7,7 (-)		
• 20-24 ans		52,3	57,5 (+)	71,3 (+)	829	74,4 (+)	70,1 (+)		
• 25-29 ans		112,0	149,9 (+)	159,6 (+)	1 768	176,4 (+)	153,5 (+)		
• 30-34 ans		103,7	109,5 (+)	98,7 n.s.	964	107,4 n.s.	95,6 (-)		
• 35-39 ans		40,0	30,5 (-)	26,1 (-)	269	32,6 n.s.	23,9 (-)		
• 40 ans et plus		3,1	1,7 (-)	1,5 (-)	41	* 1,3 (-)	* 1,6 (-)		
► Familles avec enfants de 0-5 ans (%)	2006	100,0	100,0	100,0	3 300	100,0	100,0	Recensement	
• De couples mariés		40,6	29,0 n.e.	35,0 n.e.	1 155	37,0 n.e.	34,2 n.e.		
• De couples en union libre		43,9	60,1 n.e.	52,3 n.e.	1 725	51,9 n.e.	52,4 n.e.		
• Monoparentales		15,6	11,1 n.e.	13,3 n.e.	440	11,6 n.e.	14,0 n.e.		
► Enfants de 0-5 ans dans les familles vivant sous le seuil de faible revenu (avant impôt) (%)	2001	22,9	13,2 n.e.	12,9 n.e.	565	10,7 n.e.	13,7 n.e.	Recensement	
	2006	19,3	8,0 n.e.	7,1 n.e.	325	n.p. n.e.	8,1 n.e.	Recensement	
► Enfants de 0-5 ans de familles prestataires de l'assistance-emploi (tx par 100)	2001-2003	n.c.	5,2 n.e.	4,8 n.s.	631	3,0 (-)	5,5 n.s.	Prestataires assistance-emploi	
	2004-2006	n.c.	4,4 n.e.	4,4 n.s.	580	3,3 (-)	4,8 n.s.	Prestataires assistance-emploi	
► Naissances dont la mère a moins de 11 ans de scolarité (%)	1999-2003	13,0	8,4 (-)	13,8 n.s.	464	9,5 (-)	15,4 (+)	Fichier des naissances	
	2004-2008	8,8	5,1 (-)	7,4 (-)	263	6,4 (-)	7,9 n.s.	Fichier des naissances	
► Hospitalisations (1-5 ans selon les principales causes) (tx par 10 000)	2006-2007 à 2008-2009	546,3	750,1 (+)	783,9 (+)	882	806,7 (+)	774,6 (+)	Fichier des hospitalisations	
• Maladies de l'appareil respiratoire		218,5	325,8 (+)	364,4 (+)	410	372,5 (+)	361,1 (+)		
• Certaines maladies infectieuses parasitaires		63,1	115,2 (+)	109,3 (+)	123	* 104,7 (+)	111,2 (+)		
• Maladies de l'appareil digestif		52,4	67,6 (+)	40,9 n.s.	46	* 70,8 n.s.	* 28,7 (-)		
• Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs		36,3	49,1 (+)	40,9 n.s.	46	* 33,9 n.s.	* 43,7 n.s.		
► Signalements retenus (1-5 ans) (tx par 1 000)	1997-2001	n.c.	12,2 n.e.	13,6 n.s.	262	11,6 n.s.	14,2 (+)	CJ-LPJ	
	2002-2006	n.c.	18,9 n.e.	17,5 n.s.	317	13,4 (-)	19,0 n.s.	CJ-LPJ	

* La valeur doit être interprétée avec prudence car le coefficient de variation est supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %.

(-) (+) Test statistique montrant une valeur significativement plus faible (-) ou plus élevée (+) qu'ailleurs au Québec au seuil de 0,05. Par contre, pour les indicateurs dont les données sont n.c., la comparaison a été faite avec ailleurs dans la région, au seuil de 0,05.

n.c. Les données ne sont pas comparables à celles des autres territoires. Elles ne sont donc pas présentées.

n.e. Test statistique non effectué.

n.p. La valeur n'est pas présentée car le coefficient de variation est supérieur à 33,3 % ou la valeur est trop imprécise à cause de l'échantillonnage.

n.s. Test statistique démontrant aucune différence statistique.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre, 2011

CONCLUSION GÉNÉRALE

Les données exclusives au Québec nous apprennent qu'une forte proportion d'enfants Québécois ont développé de mauvaises habitudes alimentaires dès le très jeune âge. L'exposition des jeunes à la fumée secondaire semble diminuer, mais trop de jeunes Québécois demeurent encore exposés en 2007-2008.

Les données régionales portent principalement sur les habitudes de vie des jeunes et de leurs parents. On y voit que Chaudière-Appalaches compte des proportions moins importantes que le Québec d'enfants qui ont été allaités. Par ailleurs, les maladies à déclaration obligatoire ont diminué au cours des dernières années; ceci dit, les infections à *Campylobacter* demeurent plus répandues dans la région qu'au Québec. L'état de santé dentaire des enfants de Chaudière-Appalaches montre que des progrès sont nécessaires : les trois quarts des enfants ont des caries et seulement le quart des jeunes ont visité le dentiste avant l'âge de trois ans. Les traumatismes sont la première cause de décès, alors que les maladies respiratoires sont la première cause d'hospitalisation. Les troubles envahissants du développement seraient pour leur part, moins nombreux en Chaudière-Appalaches, qu'au Québec. Les données ne permettent toutefois pas de savoir s'il s'agit en partie d'une sous-estimation.

Les résultats sociodémographiques spécifiques au territoire de Beauce nous apprennent que le RLS compte un taux plus élevé de naissances que le Québec. L'examen des déterminants de santé montre pour sa part que les proportions de mères ayant donné naissance avant l'âge de 20 ans ou après 35 ans et d'enfants dont la mère est peu scolarisée ainsi que d'enfants vivant dans des familles vivant sous le seuil du faible revenu sont moins élevées que le Québec.

On recense relativement plus d'hospitalisations chez les enfants de la région qu'au Québec en 2006-2009. Le territoire du RLS de Beauce ne fait pas exception. Les maladies respiratoires sont la première cause d'hospitalisation. Mentionnons cependant que nous ne pouvons déterminer la proportion attribuable aux pratiques hospitalières et aux références dans les centres de services secondaires.

Enfin, c'est en moyenne 375 signalements par année qui ont été retenus par le Centre jeunesse dans la région, le plus souvent pour des cas de négligence. Le territoire du RLS de Beauce obtient des taux de signalement pour maltraitance comparable à ceux de la région.

Bien que des progrès aient été réalisés, au terme de cette description, beaucoup reste à faire pour mettre en place ou consolider des mesures pour réduire les inégalités, promouvoir les saines habitudes de vie, créer des environnements favorables à la santé et au développement de l'enfant, poursuivre les campagnes de vaccination, stimuler les enfants à risque ou présentant des retards de développement et protéger ceux dont la sécurité est menacée. Afin que ces actions aient une portée maximale, il importe que les mesures impliquent les enfants, leurs familles, les milieux de garde et les communautés.

RÉFÉRENCES

1. Agence de la santé publique du Canada. 2008. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa. 354 p.
2. Dorvil, H. et R. Mayer. 2007. *Problèmes sociaux : Tome II Études de cas et interventions sociales*. Les presses de l'Université Laval, Québec. 679 p.
3. Tremblay, L. et coll. 2007. *L'état de santé et de bien-être des enfants de 0 à 5 ans de la Capitale-Nationale : Tout-petits, grands espoirs*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, Québec. 152 p.
4. Beaudoin, C., P. J. Hamel et C. Le Bourdais. 1987. *Les femmes et la pauvreté : histoires de familles, histoires d'emplois?* Revue internationale d'action communautaire, Vol. 18 (n° 58) : p. 170.
5. Traoré, I., H. Camirand et J. Baulne. 2010. *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : analyse des données régionales. Recueil statistique*. Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, Québec. 877 p.
6. IP, S. et autres. 2007. *Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries*. Agence for Healthcare Research and Quality, Tufts-New England Medical Center Evidence-Based Practice Center, Rockville. 415 p.
7. Organisation mondiale de la santé. 2003. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève. 30 p.
8. Dubois, L. et M. Girard. 2002. *Évolution des comportements et des pratiques alimentaires dans Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois*, Vol. 2, n° 5. Institut de la statistique du Québec, Québec. 61 p.
9. Desrosiers, H. et autres. 2005. *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*. Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, Québec. 163 p.
10. Santé Canada. 2008. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada 2008*. En ligne, http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2008/ann_summary-sommaire-fra.php. Consulté le 13 mai 2011.
11. Shields, M. 2006. *L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents*. Rapports sur la santé. 17 (3) : p. 27-43.
12. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 1999. *La double problématique toxicomanie et négligence parentale : Avis du comité permanent de lutte à la toxicomanie au Ministre de la Santé et des Services sociaux et au Ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux, Québec. 22 p.
13. Clément, M.-E. et al. 2005. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004*. Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, Québec. 162 p.
14. April, N. et A. Bourret. 2004. *État de situation sur le syndrome d'alcoolisation foetale au Québec*. Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Québec. 65 p.
15. Neill, G. et al. 2006. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*. Québec. 92 p.

16. Institut national de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut de la statistique. 2006. *Portrait de santé du Québec et de ses régions : Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Les statistiques*. Gouvernement du Québec, Québec. 659 p.
17. Camirand, H. et al. 2010. *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, Québec. 205 p.
18. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2008. *Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, Québec. 103 p.
19. Poulin, M.-J. 2005. Les troubles psychiatriques périnataux. Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA, Centre Hospitalier Robert Giffard. (Notes de la conférence tenue au CHAU Hôtel-Dieu de Lévis, le 31 mai 2005).
20. Société Canadienne de pédiatrie - Comité de la pédiatrie psychosociale. 2008. *Énoncés de principes : La dépression de la mère et le développement de l'enfant (sur Internet)*. Paediatrics & Child Health 2004. 9 (8) : p. 589-598, Réapprouvé en 2008. Disponible à l'adresse: <http://www.cps.ca/francais/enonces/pp/pp04-03.htm>.
21. Campbell, S. B. 2010. *La dépression de la mère et l'adaptation de l'enfant durant la petite enfance*. In : Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [sur Internet]. Montréal, Québec. Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, p. 1-6. Disponible à l'adresse <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/CampbellSBFRxp.pdf>.
22. *Synthèse sur la dépression maternelle*. 2010.. In : Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [sur Internet], Montréal, Québec. Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. Disponible à l'adresse http://www.enfant-encyclopedie.com/pages/PDF/synthese-depression_maternelle.pdf.
23. Cummings, E. M. et C. D. Kouros. 2009. *La dépression de la mère et sa relation avec le développement et l'adaptation des enfants*. In : Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [sur Internet], Montréal, Québec. Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, p. 1-7. Disponible à l'adresse <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Cummings-KourosFRxp.pdf>.
24. MacMillan, H. L. et al. 2005. *Screening for depression in primary care : recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care*. Canadian Medical Association Journal. 172 (1) : p. 33-35.
25. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2007. *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Riches de tous nos enfants, la pauvreté et des répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 162 p.
26. Statistique Canada - Le Quotidien. 2010. *Étude : Tendances récentes des infections des voies respiratoires supérieures, des infections de l'oreille et de l'asthme chez les enfants 2008-2009*. En ligne, <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/101117/dq101117b-fra.htm>.
27. Ressources humaines et développement social Canada, l'Agence de santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada. 2008. *Le bien-être des jeunes enfants au Canada*. Gouvernement du Canada, 74 p.

28. Conseil du médicament. 2006. *Outil d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme*. Gouvernement du Québec, 4 p.
29. Chen, Y. et al. 2002. *L'association entre l'adéquation du revenu et l'asthme chez les canadiens*. Gouvernement du Canada, Statistique Canada, 8 p.
30. Institut national de santé publique du Québec. 2009. *Rapport de recherche - Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2008*. Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Québec. 205 p.
31. Losso, E. M. et al. 2009. *Severe early childhood caries : an integral approach*. *Jornal de pediatria*. 85 (4) : p. 295-300.
32. Brodeur, J.-M. et al. 2001. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*. Direction de la santé publique de Montréal-Centre et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal, Montréal, Québec. 160 p. Disponible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-222-01.pdf>.
33. Paquet, G. et D. Hamel. 2005. *Des alliés pour la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale dans Etude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) - De la naissance à quatre ans*, Gouvernement du Québec, Institut de la Statistique du Québec, Québec. Vol. 3, fascicule 4, 16 p.
34. Véronneau, J. et autres. 2009. *Prévalence de la carie dentaire au stade initial sur trois territoires québécois à risque variable et documentée auprès d'enfants âgés de 5 ans*. Données présentées au 10^e Colloque de santé dentaire publique 2009, non publié.
35. Bricker, D., J. Squires et al. 1999. *Ages and Stages Questionnaires (ASQ) : A Parent-Completed, Child-Monitoring System, Second Edition*. Brookes Publishing Compagny.
36. Shevell, M. et al. 2003. *Practice parameter : Évaluation of the child with global developmental delay : Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society*. *Neurology*. 60 : p. 367-380.
37. Strock, M. 2004. *Autism Spectrum Disorders (pervasive Development Disorders)*. Bethesda, Md : Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health. NIH Publication N°. NIH-04-5511. Disponible à l'adresse <http://www.nimh.nih.gov/publicat/autism.cfm>.
38. Fombonne, E. 2003. *Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders : an update*. *J Autism Dev Disord*. 33 (4) : p. 365-382.
39. Noisieux, M. 2009. *Surveillance des troubles envahissants du développement chez les enfants de 4 à 17 ans de la Montérégie, 2000-2001 à 2007-2008*. Direction de santé publique de la Montérégie, Longueuil. 56 p.
40. *Synthèse sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale*. 2007. In : Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [sur Internet], Montréal, Québec. Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. Disponible à l'adresse <http://cedje2.dev.absolunet.com/pages/PDF/alcoolisation-foetale.pdf>.

41. Canadian ADHD Resource Alliance. 2009. *Introduction au TDAH*. En ligne, http://www.caddra.ca/cms4/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid. Consulté le 13 décembre 2010.
42. Organisation mondiale de la santé. 2002. *Chapitre 3 : La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs*. dans Rapport mondial sur la violence et la santé, Organisation mondiale de la santé, Genève. p.63-95.
43. Pollak, S. 2005. *L'impact de la maltraitance sur le développement psychosocial des jeunes enfants*. In : Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [sur Internet], Montréal, Québec. Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, p. 1-7. Disponible à l'adresse <http://www.enfant-encyclopedie.com/pages/PDF/PollakFRxp.pdf>.
44. World Health Organization et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. 2006. *Preventing Child Maltreatment : a guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization, Geneva. 90 p.
45. Massé, R. 1994. *Antécédents de violence et transmission intergénérationnelle de la maltraitance*. Prisme. (4) : p. 239-249.
46. Santé Canada. 2003. *Les premiers contacts font toute la différence : Liste des indices de vérification de l'attachement : points à surveiller et questions à poser par les professionnels*. En ligne, http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/pub/fc-pc/prof_liste-fra.php. Consulté le 16 décembre 2009.
47. Belzile, D. et M. Couture. 2006. *Étude régionale sur les signalements reçus et retenus en protection de la jeunesse en Chaudière-Appalaches : Rapport*. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique, Sainte-Marie. 130 p.
48. Mayer, M. et al. 2007. *Characteristics differentiating neglected children from other reported children*. Journal of Family Violence. Vol. 22 (N° 8): p. 721 - 732.
49. Garant, S. et A. Bourassa. 2009. *Caractérisation des communautés locales : connaître et mobiliser pour mieux intervenir. Série de 11 portraits*. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie.
50. Pampalon, R., D. Hamel et G. Raymond. 2004. *Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec; mise à jour 2001*. Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Québec. 11 p.

