Éléments préliminaires pour une planification en Famille-Enfance

Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

Département de santé communautaire
de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme

CHRDL Centre Hospitalier Régional De Lanaudière

Département de santé communautaire
du Centre hospitalier régional De Lanaudière

1985

INSPQ - Montréal
3 5567 00001 1822

HV
700
.Q44
H64
P85

DEPARTEMENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE L'HOTEL-DIEU DE ST-JEROME

DEPARTEMENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LANAUDIERE

ELEMENTS PRELIMINAIRES

POUR UNE PLANIFICATION EN

FAMILLE-ENFANCE

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

1985

AVANT-PROPOS

À l'origine, il y a maintenant près de trois ans, l'idée de concevoir une problématique régionale en Famille-Enfance émergeait. C'est d'un intérêt partagé, entre mesdames Lucille Rocheleau du DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme et Louise Thibault du DSC du CHRDL, qu'est né ce projet. Cette idée permettrait d'éviter un dédoublement d'énergie compte tenu d'une part, d'un ralliement de pensée et d'approche communes aux deux instigatrices et d'autre part, des similitudes existantes entre la sous-région des Laurentides et celle De Lanaudière, d'un point de vue socio-démographique.

Le projet d'association échafaudé était alors présenté et accepté par les instances administratives d'antan des deux DSC. On officialisait donc cette alliance en date du 25 mars 1983. Ainsi, on allait permettre la naissance d'une première expérience régionale en matière de planification sanitaire.

C'est suite à la conception des premiers jalons du projet que madame Lucille Rocheleau quittait le DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, en juin 1983, pour l'obtention d'un poste de coordonnatrice au CLSC Jean-Olivier Chénier. Afin de mener à terme le projet en cours, le DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme engageait une ressource sur une base contractuelle. C'est ainsi qu'à compter du mois de janvier 1984, ce projet pouvait être poursuivi.

Finalement, c'est dans un souci d'échange et de travail multidisciplinaires qu'au cours de ce même mois prenait forme un comité de travail. Ce comité était composé de deux conseillères en planification-programmation en Famille-Enfance, deux agents de recherche, deux médecins-conseils et de deux coordonnatrices des programmes. Ajoutons à cela que l'expertise de différents autres professionnels (dentistes-conseils, coordonnateurs en santé et sécurité au travail, etc.) a été mise à contribution, selon les besoins.

REMERCIEMENTS

Ce document est le fruit de l'effort et de la participation de nombreuses personnes. Nous aimerions, ici, souligner l'apport spécifique de certaines d'entre elles sans qui ce projet n'aurait pu être mené à terme:

- Madame Louise Thibault, agente de planification en Famille-Enfance, DSC du CHRDL (a quitté en octobre 1984).

- Madame Hélène Minville, conseillère en planification en Famille-Enfance DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme (jusqu'en décembre 1984) et pour le DSC du CHRDL (jusqu'en juin 1985)

- Madame Elizabeth Cadieux, conseillère en recherche et en planification, DSC du CHRDL.

- Monsieur André Maroist, coordonnateur du service de recherche et d'évaluation, DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme.

- Madame Sylvie Prémont, agente de planification et de programmation en Famille-Enfance, DSC du CHRDL (est entrée en fonction en août 1985).

Soulignons le précieux concours des différentes personnes qui ont aussi collaboré à la rédaction de certains textes constituant notre document:

- Madame Krystyna Drouin, médecin-conseil en santé mentale, DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme (a quitté en juin 1984).

- Madame Clara Dufour, coordonnatrice des programmes, DSC De l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme (a quitté en octobre 1984).

- Madame Jeanne-Louise Dufresne, audiologiste, DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme.

- Madame Johanne Reid, coordonnatrice des programmes, DSC du CHRDL.

- Monsieur Pierre Robillard, médecin-conseil, DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme.

Mentionnons l'important travail de soutien technique et de secrétariat, assuré avec patience et minutie, de mesdames Gisèle Rousseau, Guylaine Charbonneau et Jacinthe Bélisle.

Il faut également remercier les chefs des DSC pour leur appui sur le plan administratif:

- Monsieur Bernard Pouliot, DSC du CHRDL (a quitté en juin 1983).

- Monsieur Réjean Paradis, DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme (a quitté en août 1984).

- Monsieur Gilles Poupart, DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme (est entré en fonction en octobre 1984).

- Monsieur Laurent Marcoux, DSC du CHRDL (est entré en fonction en octobre 1983).

Finalement, remercions les multiples personnes qui ont été sollicitées en vue d'obtenir:

- une connaissance des services dispensés dans la région L-L

- un regard critique et constructif en ce qui concerne des textes constituant notre document

- une lecture finale de l'ensemble du document.

A toutes ces personnes, nos plus sincères remerciements.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS i

REMERCIEMENTS ii

TABLE DES MATIÈRES iv

LISTE DES TABLEAUX x

LISTE DES ANNEXES xvi

LISTE DES ABRÉVIATIONS xviii

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1: DES PROBLÈMES AFFECTANT LA QUALITÉ DE VIE DE LA MÈRE, DE L'ENFANT DURANT LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT, DU JEUNE ENFANT ET DE LA FAMILLE 3

PREMIÈRE PARTIE: QUELQUES PROBLÈMES AFFECTANT LA QUALITÉ DE VIE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT DURANT LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT 4

1.1 LES PROBLÈMES MÉDICAUX ASSOCIÉS À LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT 4

1.2 L'INSUFFISANCE DE POIDS À LA NAISSANCE 6
1.2.1 Des statistiques québécoises et régionales 6
1.2.2 Les facteurs de risque 10
1.2.3 Les avenues préventives 10

1.3 LA VIOLENCE CONJUGALE..... 11
1.3.1 Des statistiques américaines et canadiennes 11
1.3.2 Les facteurs prédisposants 12
1.3.3 Les conséquences du vécu de violence 13
1.3.4 Les avenues préventives 14

1.4	LA GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE.....	16
1.4.1	Des statistiques québécoises et régionales.....	16
1.4.2	Les facteurs de risque.....	18
1.4.3	Les conséquences de la grossesse à l'adolescence.....	20
1.4.4	Les options de l'adolescente face à la grossesse.....	22
1.4.5	Les avenues préventives.....	23

DEUXIEME PARTIE: LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET LES PROBLEMES AFFECTANT LA QUALITE DE VIE DU JEUNE ENFANT ET DE LA FAMILLE..... 27

1.5	LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT DE 0 A 5 ANS.....	27
1.5.1	Cadre général sur le développement.....	27
1.6	QUELQUES PROBLEMES DE DEVELOPPEMENT.....	29
1.6.1	Les avenues préventives.....	33
1.7	PRINCIPAUX PROBLEMES DE SANTE CHEZ LES ENFANTS AGES DE MOINS DE 5 ANS.....	45
1.7.1	Les principales causes de mortalité chez les enfants de moins d'un an.....	45
1.7.1.1	La situation pour le Québec.....	46
1.7.1.2	La situation dans la région Laurentides-De Lanaudière.....	47
1.7.1.3	Les facteurs de régression de la mortalité infantile.....	48
1.7.1.4	Les principales causes de mortalité chez les moins d'un an et certains éléments de prévention.....	49
1.7.2	La mortalité chez les enfants âgés de 1 à 4 ans.....	56
1.7.2.1	Les principales causes de mortalité chez les enfants de 1 à 4 ans.....	56
1.7.2.2	Trois des principales causes de décès chez les 1 à 4 ans et certains éléments de prévention.....	57
1.8	LES PRINCIPALES CAUSES DE MORBIDITE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS.....	66
1.8.1	Le retard de croissance d'origine biologique.....	66
1.8.2	Les maladies des organes sensoriels.....	67
1.8.2.1	Les troubles auditifs.....	67
1.8.2.2	Les troubles visuels.....	70
1.8.3	Les maladies de l'appareil respiratoire.....	72
1.8.4	Les handicaps physiques et mentaux.....	72

1.8.5 Les accidents routiers 76
1.8.6 Les intoxications 77
1.8.7 Les problèmes bucco-dentaires du jeune enfant et les orientations à préconiser 79
1.8.8 L'enfant négligé - maltraité - abusé sexuellement 81
1.8.8.1 Les définitions 82
1.8.8.2 Des statistiques québécoises et régionales 83
1.8.8.3 Les facteurs de risque 85
1.8.8.4 Un profil de l'enfant maltraité et du milieu à risque élevé de mauvais traitements 88
1.8.8.5 Les conséquences des mauvais traitements 89
1.8.8.6 Les avenues préventives 92

1.9 DES SITUATIONS PARTICULIÈRES AFFECTANT LA QUALITÉ DE VIE DU JEUNE ENFANT ET DE LA FAMILLE 98
1.9.1 Le bouleversement de la dynamique familiale 98
1.9.1.1 L'enfant handicapé 98
1.9.1.2 L'adoption d'un enfant, l'adoption d'une famille 100
1.9.1.3 La famille reconstituée 101
1.9.1.4 Le problème du chômage 102
1.9.1.5 Les situations de perte 103
1.9.1.6 La famille monoparentale 105
1.9.1.7 L'isolement géographique et social 106
1.9.1.8 L'angoisse de séparation 107
1.9.1.9 Les conséquences du comportement des parents sur les enfants 108
1.9.2 La surmédicalisation 109

CONCLUSION 111

ANNEXES 112

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES 161

CHAPITRE 2: LES MANDATS DÉVOLUS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE: NÉCESSITÉ D'UN BILAN SITUATIONNEL SUR LES ACTIVITÉS ET LES SERVICES AFFÉRENTS DISPENSÉS 181

2.1 LA DIFFUSION DE L'INFORMATION PRÉVENTIVE SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT 183
2.1.1 L'inscription aux cours prénatals 184

2.1.2	L'organisation des cours prénatals.....	186
2.1.3	Les attentes des femmes face aux cours prénatals	188
2.1.4	L'étalement à la période scolaire de l'information habituellement donnée aux cours prénatals	191
2.1.5	Les deux niveaux privilégiés d'intervention....	191
2.2	LE DEPISTAGE ET L'ENREGISTREMENT DES FEMMES ENCEINTES, PARTICULIEREMENT LES GROSSESSES A RISQUE ELEVE	192
2.2.1	Lors des cours prénatals	193
2.2.2	En cabinet privé	193
2.2.3	Une collaboration à améliorer entre les intervenants des secteurs publics et privés....	194
2.2.4	Les facteurs de risque sur le plan nutritionnel en cours de grossesse	195
2.2.4.1	Les services de consultation en diététique	196
2.3	CREATION D'UN COMITE REGIONAL EN PERINATALITE..	198
2.3.1	La régionalisation des services en obstétrique	198
2.3.1.1	Le choix du lieu d'accouchement	199
2.3.2	La distribution de certaines ressources médicales et psychosociales dans les CH	202
2.3.3	Un comité consultatif régional en périnatalité	205
2.3.4	Les comités locaux en périnatalité	206
2.3.4.1	Le comité nursing périnatal de St-Jérôme.....	206
2.3.4.2	Le comité d'humanisation des soins en période prénatale dans les CH	207
2.3.5	La distribution de certains services en périnatalité au CHRDL.....	207
2.3.5.1	Des services en obstétrique	208
2.3.5.2	Des services en post-partum.....	213
2.3.5.3	Des services à la pouponnière	214
2.3.5.4	En guise de conclusion.....	218
2.4	LA TENUE D'UN REGISTRE POSTNATAL DES RISQUES ELEVES CHEZ LA MERE ET L'ENFANT	220
2.4.1	Macrosystème d'avis de naissance du MAS: le formulaire SP-1	220
2.4.2	L'émergence de systèmes parallèles: les systèmes locaux de références	221
2.4.3	Un moyen traditionnellement privilégié, maintenant remis en question: les visites à domicile	223
2.4.4	Le dépistage des familles plus vulnérables.....	224
2.4.4.1	L'utilisation d'une grille de facteurs de risque comme instrument de travail	224

2.4.4.2	Que devons-nous d'abord viser?	225
2.5	LA SURVEILLANCE DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT	226
2.5.1	Les activités des services de prévention en période postnatale	227
2.5.2	Définir une approche plus soutenue et continue	229
2.5.3	Les demandes de la clientèle	230
2.5.3.1	Un réseau de soutien en postnatal	231
2.5.3.2	L'aide à la maison	231
2.5.3.3	Les services de garde	232
2.5.4	Les activités de dépistage	234
2.5.4.1	Des activités à réévaluer	236
2.5.5	Les services psychosociaux	237
2.5.5.1	Du Centre de services sociaux Laurentides-De Lanaudière	237
2.5.5.2	Des Centres locaux de services communautaires	238
2.5.6	Des services en pédiatrie	240
2.5.6.1	La situation dans la sous-région des Laurentides	240
2.5.6.2	La situation dans la sous-région De Lanaudière	240
2.5.7	Les services en psychiatrie infantile	241
2.5.7.1	Les secteurs de CLSC couverts par les cliniques externes.....	241
2.5.7.2	Les ressources en clinique externe	242
2.5.7.3	Les listes d'attente aux cliniques	243
2.5.7.4	Les centres de jour	243
2.5.8	Les services en orthophonie-audiologie.....	245
2.5.8.1	Situations de la sous-région des Laurentides	245
2.5.8.2	La situation de la sous-région De Lanaudière	246
2.5.9	Les services aux personnes handicapées	247
2.5.10	Des activités favorisant le développement de la compétence parentale	248
2.5.10.1	Des expériences en CLSC	249
2.5.10.2	Des expériences au sein des commissions scolaires	249
2.5.11	Des ressources et organismes communautaires....	250
2.6	LA COUVERTURE VACCINALE.....	252
2.6.1	Quelques statistiques régionales.....	252
2.6.2	L'organisation des cliniques d'immunisation dans la région L-L	253
2.6.2.1	Les activités rattachées aux cliniques d'immunisation et les intervenants impliqués...	253

2.7 L'EDUCATION SANITAIRE 254
2.7.1 Deux définitions de l'éducation sanitaire 255
2.7.2 Les rôles et les champs d'intervention de l'éducateur sanitaire..... 256
2.7.3 De l'enseignement magistral au Coffee-tea..... 256
2.7.4 Conscientiser les femmes mais aussi la collectivité aux risques liés à l'environnement et à un droit acquis; le retrait préventif 258
2.7.5 Un autre contexte propice à la transmission de messages de type culpabilisant 261
2.7.6 Un moyen d'intervention à explorer, l'action communautaire 264
2.7.7 En guise de conclusion 266

CONCLUSION 268

ANNEXES 270

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES 298

CHAPITRE 3: ESSAI DE SYNTHESE ET DE PROJECTION PREALABLE A L'ETAPE DE DETERMINATION DE PRIORITES 307

3.1 DES PROBLEMES RECONNUS PRIORITAIRES PAR QUELQUES ORGANISMES 308
3.1.1 Les problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement 312
3.1.2 Les problèmes du jeune enfant de 0 à 5 ans 313

3.2 UNE SYNTHESE DES PROBLEMES CONSIDERES DANS LE CADRE DES DEUX CHAPITRES PRECEDENTS 315

3.3 LES ELEMENTS NECESSAIRES À UNE ANALYSE GLOBALE DES BESOINS DE SANTE D'UNE POPULATION 317

CONCLUSION 318

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES 319

CONCLUSION 321

BIBLIOGRAPHIE 322

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE 1 — DES PROBLÈMES AFFECTANT LA QUALITÉ DE VIE DE LA MÈRE, DE L'ENFANT DURANT LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT, DU JEUNE ENFANT ET DE LA FAMILLE

Tableau 1.1 — Distribution des grossesses et des accouchements avec complications et des accouchements sans complication, sous-région, région L-L, en valeurs absolues et relatives, 1981-1982 et 1982-1983 6

Tableau 1.2 — Distribution des naissances vivantes de poids insuffisant (≤2 500 g) selon le groupe d'âge de la mère, sous-région, région L-L, en valeurs absolues et relatives, 1980, 1981 et 1982 8

Tableau 1.3 — Distribution des naissances vivantes de poids insuffisant (≤2 500 g) sur l'ensemble des naissances vivantes selon la durée de gestation (en semaines), sous-région, région L-L, en valeurs absolues et relatives, 1980, 1981 et 1982 9

Tableau 1.4 — Les éléments-clés au plan des conséquences de la grossesse à l'adolescence 21

Tableau 1.5 — Quelques notions sur le développement de l'enfant de 0-1 an 30

Tableau 1.6 — Quelques notions sur le développement de l'enfant de 1-2 ans 31

Tableau 1.7 — Quelques notions sur le développement de l'enfant de 3-5 ans 32

Tableau 1.8 — Quelques difficultés de développement chez l'enfant de 0-1 an et facteurs explicatifs 34

Tableau 1.9 — Quelques difficultés de développement chez l'enfant de 1-2 ans et facteurs explicatifs 36

Tableau 1.10	Quelques difficultés de développement chez l'enfant de 3-5 ans et facteurs explicatifs	38
Tableau 1.11	Objectifs, types d'activités, outils et expériences réalisées pour chaque niveau d'intervention dans le champ du développement de l'enfant	43
Tableau 1.12	Distribution du nombre de décès (en valeurs absolues et relatives), du total des naissances vivantes et du taux de mortalité infantile par 1000 naissances vivantes, sous-région, région L-L, 1980, 1981 et 1982	48
Tableau 1.13	Principales causes de mortalité infantile selon le nombre de décès, le taux pour 100 000 naissances vivantes, au Québec en 1979-1980	50
Tableau 1.14	Principales causes de mort accidentelle chez les enfants de moins d'un an, Canada, en valeurs absolues et relatives, 1974 à 1978	55
Tableau 1.15	Principales causes de décès chez les enfants de 1 à 4 ans selon le nombre de décès, le taux par 100 000 enfants, États-Unis, 1980	57
Tableau 1.16	Principales causes de décès accidentels chez les enfants de 1 à 4 ans selon le nombre de décès et le pourcentage, Canada, 1974 à 1978	60
Tableau 1.17	Nombre de décès par diverses causes de maladies infectieuses chez les enfants âgés de 1 à 4 ans, États-Unis, 1980	65
Tableau 1.18	Nombre d'examens (en cabinet, à domicile, chez les malades inscrits en centre d'accueil et en centre hospitalier de soins prolongés), selon l'ordre décroissant de la fréquence de diagnostics pour le groupe d'âge des moins de 5 ans, ensemble des médecins dans le cadre de l'Assurance-maladie (rémunération à l'acte), Québec, en valeurs absolues et relatives, 1982	73

Tableau 1.19	Origines des handicaps chez les enfants survivant à la première année et considérés comme handicapés, France, en valeurs absolues et relatives, 1968	74
Tableau 1.20	Répartition des signalements, selon l'article 38 f, pour l'ensemble des enfants âgés de 0 à 5 ans au moment du signalement, sous-région, région L-L, en valeurs absolues et relatives, 01-04-1983 au 31-03-1984	85
Tableau 1.21	Facteurs de risques relatifs à l'enfance maltraitée	87
Tableau 1.22	Objectifs d'intervention selon les différents niveaux de prévention dans le domaine de l'enfance maltraitée	94
Tableau 1.23	Suggestions d'activités et expériences réalisées en prévention primaire dans le domaine de l'enfance maltraitée	95
Tableau 1.24	Suggestions d'activités et expériences réalisées en prévention secondaire dans le domaine de l'enfance maltraitée	96
Tableau 1.25	Suggestions d'activités et expériences réalisées en prévention tertiaire dans le domaine de l'enfance maltraitée	97
CHAPITRE 2	LES MANDATS DÉVOLUS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE: NÉCESSITÉ D'UN BILAN SITUATIONNEL SUR LES ACTIVITÉS ET LES SERVICES AFFÉRENTS DISPENSÉS	
Tableau 2.1	Distribution du nombre de naissances, du nombre et du pourcentage d'inscriptions aux cours prénatals, par sous-région, 1979-1980, 1980-1981, 1981-1982, et 1982-1983	185

Tableau 2.2	Organisation des cours prénatals selon certaines caractéristiques structurelles, par organisme dispensateur du secteur public, sous-région, 1984	187
Tableau 2.3	Organisation des cours prénatals en piscine selon certaines caractéristiques, selon les municipalités qui offrent ces cours et les autres dispensateurs, sous-région, 1983-1984	190
Tableau 2.4	Distribution du nombre de diététistes et du nombre de jours par semaine alloués au service de consultation externe en diététique, selon le CH, sous-région, 1983-1984	196
Tableau 2.5	Distribution des accouchements selon le lieu de l'accouchement, par territoire de CLSC, sous-région Laurentides, en valeurs absolues et relatives, 1981	200
Tableau 2.6	Nombre de cas d'hospitalisations relatifs à la grossesse et à l'accouchement, selon le lieu d'hospitalisation, par territoire de CLSC (découpage MRC), sous-région De Lanaudière, en valeurs absolues et relatives, 01-04-1982 au 31-03-83	201
Tableau 2.7	Distribution de certaines ressources médicales et psychosociales, du nombre total de lits de courte durée, en gynéco-obstétrique et en pédiatrie, et du nombre d'accouchements, selon le CH, sous-région, région L-L, 1983-1984...	203
Tableau 2.8	Distribution de certains services offerts en obstétrique, selon le CH, sous-région, 1983-1984	209
Tableau 2.9	Distribution des accouchements selon le genre et le CH, sous-région Laurentides, en valeurs absolues et relatives, 1981	210
Tableau 2.10	Distribution des accouchements selon le genre et le CH, sous-région De Lanaudière, en valeurs absolues et relatives, 1982-1983	210

Tableau 2.11	Distribution du type d'anesthésie lors de l'accouchement selon le CH, sous-région Laurentides, en valeurs absolues et relatives, 1981	212
Tableau 2.12	Distribution du type d'anesthésie lors de l'accouchement selon le CH, sous-région De Lanaudière, en valeurs absolues et relatives, 1983-1984	212
Tableau 2.13	Distribution de certains services offerts en post-partum, selon le CH, sous-région, 1983-1984	213
Tableau 2.14	Distribution de certains services offerts à la pouponnière selon le CH, sous-région, 1983-1984	214
Tableau 2.15	Distribution du type d'allaitement selon le CH de l'accouchement, sous-région Laurentides, en valeurs absolues et relatives, 1981	216
Tableau 2.16	Distribution du type d'allaitement selon le CH de l'accouchement, sous-région De Lanaudière, en valeurs absolues et relatives, 1983-1984	216
Tableau 2.17	Distribution du type de cohabitation selon le CH, sous-région Laurentides, 1981	218
Tableau 2.18	Distribution de services postnatals selon le CLSC et le point de service du DSC, sous-région, 1983-1984	228
Tableau 2.19	Distribution des garderies et des prématernelles selon le territoire de CLSC et le point de service de DSC, sous-région, région L-L, 1984	233
Tableau 2.20	Distribution des ressources psychosociales selon le CLSC et le point de service de DSC, sous-région, région L-L, 1983-1984	239
Tableau 2.21	Distribution des ressources professionnelles en clinique externe de psychiatrie infantile, selon le point de service du CH, sous-région, région L-L, 1983-1984	242

Tableau 2.22 Distribution des ressources professionnelles selon le Centre de jour en psychiatrie infantile, sous-région, région L-L, 1983-1984 244

Tableau 2.23 Distribution des ressources en orthophonie et en audiologie selon le CH, sous-région, région L-L, 1983-1984 245

Tableau 2.24 Taux brut (pour 100 enfants) de vaccination complétée par maladie, chez les enfants de maternelle et de première année, sous-région, région L-L, 1982-1983 252

CHAPITRE 3 ESSAI DE SYNTHÈSE ET DE PROJECTION PRÉALABLE À L'ÉTAPE DE DÉTERMINATION DE PRIORITÉS

Tableau 3.1 Répartition de différents problèmes de santé prioritaires énoncés par le Surgeon General en 1979, le Comité d'experts canadiens en 1984, le Conseil des affaires sociales et de la famille en 1980 et le DSC de la Cité de la Santé à Laval en 1984 310

Tableau 3.2 Répartition des problèmes médicaux, psychosociaux et organisationnels selon la période prénatale et celle s'étalant de la naissance (prépartum inclus) à 5 ans 316

LISTE DES ANNEXES

CHAPITRE 1	DES PROBLÈMES AFFECTANT LA QUALITÉ DE VIE DE LA MÈRE, DE L'ENFANT DURANT LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT, DU JEUNE ENFANT ET DE LA FAMILLE	
Annexe I	Formulaire d'assurance hospitalisation AH-101P (rév. 11-81)	113
Annexe II	Classification internationale des maladies	115
Annexe III	Distribution des naissances vivantes selon le poids à l'accouchement (en grammes) et le groupe d'âge de la mère, par territoire de CLSC (découpage MRC), sous-région, région L-L, 1980, 1981 et 1982	125
Annexe IV	Distribution des naissances vivantes selon le poids à l'accouchement (en grammes) et le groupe d'âge de la mère, par territoire de CLSC (découpage MRC), sous-région, région L-L, en pourcentages, 1980, 1981 et 1982	135
Annexe V	Distribution des naissances vivantes selon le poids à l'accouchement (en grammes) et la durée de gestation (en semaines), par territoire de CLSC (découpage MRC), sous-région, région L-L, 1980, 1981 et 1982	145
Annexe VI	Distribution des naissances vivantes selon le poids à l'accouchement (en grammes) et la durée de gestation (en semaines), par territoire de CLSC (découpage MRC), sous-région, région L-L, en pourcentages, 1980, 1981 et 1982	151
Annexe VII	Schéma des composantes de la mortalité infantile et de la mortalité périnatale	157
Annexe VIII	Les dix principales causes de mortalité infantile aux Etats-Unis, 1980.....	159

CHAPITRE 2	LES MANDATS DÉVOLUS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE: NÉCESSITÉ D'UN BILAN SITUATIONNEL SUR LES ACTIVITÉS ET LES SERVICES AFFÉRENTS DISPENSÉS	
Annexe I	Typologie: Stratégies d'intervention face aux cours prénatals	271
Annexe II	Attestation d'une déclaration de naissance vivante, Formulaire SP-1 (rév. 06-81)	273
Annexe III	Dossier prénatal et obstétrical du Québec	275
Annexe IV	Risques sur le plan nutritionnel	285
Annexe V	Risques nutritionnels pendant la grossesse - Référence systématique et éventuelle en diététothérapie	287
Annexe VI	Nombre et taux de certains actes chirurgicaux dispensés par l'ensemble des médecins, dans le cadre de l'assurance-maladie, rémunération à l'acte, Québec 1977 et 1982	290
Annexe VII	Grille de dépistage des facteurs de risque chez l'enfant et dans son environnement	292
Annexe VIII	Distribution du nombre d'établissements et d'employés par groupe de secteurs prioritaires, sous-région, région L-L, 1981	294
Annexe IX	Risques professionnels liés au travail domestique	296

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CASF	Conseil des affaires sociales et de la famille
CH	Centre hospitalier
CHRDL	Centre hospitalier régional De Lanaudière
CLSC	Centre local de services communautaires
CPJ	Comité de la protection de la jeunesse
CRSSSM-M	Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal-Métropolitain
CSS	Centre des services sociaux
CSSL-L	Centre des services sociaux Laurentides-De Lanaudière
CSST	Commission de santé et sécurité au travail
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSC	Département de santé communautaire
Région L-L	Région Laurentides-De Lanaudière
MAS*	Ministère des Affaires sociales
MRC	Municipalité régionale de comté
OMS	Organisation mondiale de la santé
Programme Péri-SMI	Programme en périnatalité, santé maternelle et infantile

* Depuis juillet 1985, le ministère des Affaires sociales est désigné sous le nom de ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS)

INTRODUCTION

Comme son titre l'indique, notre document présente des éléments préliminaires pour une planification en Famille-Enfance. En d'autres termes, c'est un instrument de travail détenant un ensemble d'éléments, qui sont en quelque sorte des balises nécessaires à une mise à jour en matière de promotion de la santé de la mère, de l'enfant et de la famille. Ce document, par son contenu, peut être qualifié d'outil de changement ou de réflexion en prévision d'une planification sanitaire renouvelée. Les prérequis à cette planification sont de trois ordres: les variables démographiques et socio-économiques, les facteurs de risque à la santé, les pratiques sanitaires et les ressources. Ce sont donc, en essence, les paramètres que notre démarche vise à identifier.

Pour les fins de notre travail, les variables démographiques et socio-économiques retenues globalement sont: le nombre de familles selon le genre (époux-épouse ou monoparentale), le nombre d'enfants âgés de moins de 6 ans par famille et selon son genre, le niveau de scolarité, l'activité, le revenu et finalement la natalité. Précisons que ces différentes variables ainsi que leurs analyses font partie d'un document d'accompagnement du présent ouvrage. Celui-ci s'intitule: "Profil démographique et socio-économique: quelques caractéristiques pertinentes relatives à l'évolution de la famille et de la natalité dans la région Laurentides-De Lanaudière".

La population-cible qui nous intéresse est, à prime abord, la femme enceinte et le jeune enfant couvrant ainsi la période de gestation jusqu'à l'entrée scolaire. Mais c'est aussi la famille, puisque le partenaire ou le conjoint, le ou les autre(s) enfant(s) ne sont pas dissociés d'un événement comme celui, par exemple, de la grossesse lorsque celle-ci se présente.

Les périodes de vie déjà présumées, qui sont de notre intérêt, se regroupent comme suit: les périodes prénatale, de l'accouchement, du post-partum et postnatale et la période se rapportant au développement de l'enfant jusqu'à 5 ans. Par ailleurs, même si les discussions touchant la période préconceptuelle ne dominent pas au sein de notre document, soulignons que si on veut tenir compte de l'ensemble du processus de la naissance, on doit donc considérer aussi les individus pouvant ou désirant enfanter.

Pratiquement, notre document comprend trois chapitres. Le premier rend compte d'un ensemble de problèmes affectant la qualité de vie de la mère, de l'enfant et de la famille dans le contexte de vie d'aujourd'hui. C'est dans ce cadre que les facteurs de risque, l'ampleur, les conséquences de même que des avenues préventives en regard de chacun de ces problèmes sont décrits.

Le second chapitre, pour sa part, donne une description sommaire des services, des pratiques et des ressources relatifs à notre problématique. S'intéressant aux services dispensés par les organismes de la santé et des services sociaux (CH, CLSC, CSS, etc.) dans notre région, ce chapitre s'attarde, de plus, à ceux d'autres institutions (commission scolaire, Office des services de garde à l'enfance, etc.).

Finalement, le dernier chapitre comporte trois sections bien distinctes. La première fait état des problèmes reconnus prioritaires par quatre organismes responsables de planification en matière de santé. La deuxième présente une synthèse des problèmes de type médical, psychosocial et organisationnel traités dans notre premier et second chapitre. Enfin, la troisième est un bilan des éléments primordiaux pour les fins d'une analyse globale des besoins de santé de la population.

CHAPITRE 1

DES PROBLÈMES AFFECTANT LA QUALITÉ DE VIE DE LA MÈRE, DE L'ENFANT DURANT LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT DU JEUNE ENFANT ET DE LA FAMILLE

CHAPITRE 1

DES PROBLÈMES AFFECTANT LA QUALITÉ DE VIE DE LA MÈRE, DE L'ENFANT DURANT LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT, DU JEUNE ENFANT ET DE LA FAMILLE

Le présent chapitre se veut une analyse des différents problèmes influençant la qualité de vie de la mère, de l'enfant en période de grossesse et à l'accouchement, du jeune enfant et de la famille. L'objectif visé est de mettre à jour l'ampleur, les facteurs de risque, les conséquences ainsi que des avenues préventives applicables en regard de chacun d'eux.

C'est à la lumière d'une revue de littérature et de statistiques que cette mise à jour a été possible. Surtout en ce qui a trait à l'ampleur des problèmes à l'étude, c'est en autant que faire se peut que nous avons utilisé des données propres à notre région.

Pratiquement, ce chapitre se divise en deux parties. En première partie, nous trouvons quelques problèmes affectant la mère et l'enfant particulièrement lors de la grossesse et à l'accouchement. Une seconde partie s'intéresse au développement de l'enfant ainsi qu'aux problèmes affectant la qualité de vie du jeune enfant et de la famille.

PREMIÈRE PARTIE

QUELQUES PROBLÈMES AFFECTANT LA QUALITÉ DE VIE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT DURANT LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT

1.1 LES PROBLÈMES MÉDICAUX ASSOCIÉS À LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT

La grossesse et l'accouchement sont considérés comme des phénomènes physiologiques normaux. Il n'en reste pas moins que plusieurs facteurs peuvent contribuer à en compliquer leur déroulement. Pour objectiver cette affirmation en ce qui concerne la région, nous avons peu de données fiables et comparables.

Les seules données actuellement disponibles nous proviennent des informations tirées du formulaire de l'Assurance-hospitalisation (AH-101 P)* du ministère des Affaires sociales (MAS). À titre indicatif nous avons reproduit au tableau 1.1 les données comparatives les plus récentes que nous possédons pour notre région. Ces données sont relatives au nombre de grossesses et d'accouchements avec complications ainsi que d'accouchements sans complication par rapport à l'ensemble des accouchements pour les périodes de 1981-1982 et de 1982-1983.

Dans l'ensemble de la région L-L, il y a eu 1015 accouchements de moins en 1982-1983 (8474) comparativement à l'année 1981-1982 (9489). Par ailleurs, nous constatons une diminution tant au niveau des accouchements normaux (12,0 %), des complications liées à la grossesse (15,3 %) que des complications survenues en cours de travail et à l'accouchement (5,5 %). De façon plus spécifique, si nous regardons uniquement les données horizontales du tableau 1.1, nous notons une diminution (538) des accouchements normaux, c.-à-d. un écart négatif de 0,7 % (47,2 % en 1982-1983 et 46,5 % en 1981-1982), une chute (312) des complications liées à la grossesse, c.-à-d. un écart négatif de 1,1 % (20,3 % en 1982-1983 et 21,4 % en 1981-1982) et finalement une faible régression (165) des accouchements avec complications survenues en cours de travail et à l'accouchement, c.à-d. un écart positif de 1,8 % (33,2 % en 1982-1983 et 31,4 % en 1981-1982).

Si l'on raffine les données au niveau des deux sous-régions, nous remarquons que c'est dans la sous-région des Laurentides que les variations entre les deux périodes retenues sont les plus fortes, sauf en ce qui a trait aux accouchements normaux.

À l'aide de ces chiffres, nous sommes en mesure de reconnaître les disparités qui existent au sujet des complications liées soit à la grossesse ou soit au travail et à l'accouchement, entre les périodes retenues et même entre les deux sous-régions. Tenter d'expliquer ce qui est à l'origine de ces disparités pourrait faire, à elles seules, l'objet d'études ultérieures.

---

* Un exemplaire de ce formulaire est produit en annexe I.

Tableau 1.1 :

Distribution des grossesses et des accouchements avec complications et des accouchements sans complication, sous-région, région L-L, en valeurs absolues et relatives, 1981-1982 et 1982-1983

TERRITOIRE		COMPLICATIONS LIEES PRINCIPALEMENT A LA GROSSESSE(1)		ACCOUCHEMENT SANS COMPLICATION ET AUTRES INDICATIONS DE SOINS(2)		COMPLICATIONS SURVENANT PRINCIPALEMENT AU COURS DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT(3)		TOTAL DES ACCOUCHEMENTS	
		N	%	N	%	N	%	N	%
SOUS-REGION LAURENTIDES	1981-1982	1 087	21,0	2 462	47,5	1 633	31,5	5 182	100,0
	1982-1983	820	18,4	2 191	49,1	1 447	32,5	4 458	100,0
SOUS-REGION DE LANAUDIERE	1981-1982	946	22,0	2 019	46,9	1 342	31,2	4 307	100,0
	1982-1983	901	22,4	1 752	43,6	1 363	33,9	4 016	100,0
REGION L-L	1981-1982	2 033	21,4	4 481	47,2	2 975	31,4	9 489	100,0
	1982-1983	1 721	20,3	3 943	46,5	2 810	33,2	8 474	100,0

(1) Code CIMA, 640 à 648 - voir annexe II.
N.B.: Les infections urinaires et les toxémies gravidiques n'ont pas été incluses dans ces données.
(2) Code CIMA, 650 à 659 - voir annexe II.
(3) Code CIMA, 660 à 669 - voir annexe II.
N.B.: Les complications mentionnées peuvent aller de la simple déchirure du périné à la rupture utérine.

Source:
Ministère des Affaires sociales, Assurance hospitalisation du Québec (AH-101 P) 1981-1982 et 1982-1983, Sortie J54.T983.S01.

1.2 L'INSUFFISANCE DE POIDS À LA NAISSANCE

1.2.1 Des statistiques québécoises et régionales

Au Québec, le pourcentage des naissances dont le poids était inférieur à 2500 grammes et ce, indépendamment de la durée de gestation, est passé de 9,3 % qu'il était en 1970 à 6,5 % en 1980, alors qu'au Canada il se situait à 7,8 % en 1970 et à 6,0 % en 1980 (Levasseur, 1983)(1). Quoique comparables aux taux canadiens, les taux provinciaux demeurent relativement élevés lorsqu'on sait que la Suède avait déjà atteint un taux de 4,0 % au milieu des années soixante-dix (Levasseur, 1983)(2). Voyons maintenant la situation propre à notre région.

Le tableau 1.2 nous permet de voir l'importance relative que prend la proportion des naissances vivantes de poids insuffisant (<2500 g) entre les années 1980 et 1982. Pour l'ensemble de la région L-L, chez les 15 à 44 ans, on constate un taux qui diminue graduellement passant de 6,8 % en 1980 à 6,5 % en 1981 et à 6,2 % en 1982. Il n'y a aucune différence significative entre la sous-région des Laurentides et celle De Lanaudière.

Cependant, si on distingue les 15 à 19 ans, nous observons qu'en 1980 la sous-région De Lanaudière présentait un taux de 7,1 % de naissances vivantes de poids insuffisant comparativement à 5,7 % dans la sous-région des Laurentides. D'autre part, toujours dans ce même groupe d'âge, le taux varie de 5,7 % en 1980 à 9,9 % en 1981 dans la sous-région des Laurentides contre 7,1 % en 1980 et 9,3 % en 1981 dans celle De Lanaudière. Si nous observons davantage les nombres que les pourcentages, on se rend compte qu'entre 1980 et 1981 le nombre de bébés de petit poids de ces jeunes mères double pratiquement dans la sous-région des Laurentides, passant de 11 en 1980 à 20 en 1981 tandis que dans celle De Lanaudière la différence est moins grande étant de 10 en 1980 et 12 en 1981. Toutefois, la situation dans la sous-région des Laurentides se normalise puisqu'en 1982, nous dénombrons 13 naissances vivantes de poids insuffisant. Nous avons là un bel exemple illustrant que la prévalence est sensible à la loi des petits nombres. De plus, nous pouvons signaler que les adolescentes de 15-19 ans de notre région ont eu 1,25 fois plus de bébés de poids insuffisant que les femmes de 20-44 ans et ce, toutes proportions gardées.

Finalement les données régionales que nous possédons sur l'ampleur du problème de l'insuffisance de poids à la naissance nous confirment que la situation n'est pas plus problématique dans notre région que pour l'ensemble du Québec. Toutefois, nous devrons avoir comme point de mire le taux de 4 % déjà atteint par la Suède il y a environ 10 ans.

Il est intéressant dans le cadre de notre étude de connaître la relation existante entre les naissances vivantes de poids inférieur à 2500 grammes et la durée de gestation. Malheureusement, dans ce cas-ci, nous n'avons pas de données comparables pour l'ensemble de la province ou du Canada.

Le tableau 1.3 nous démontre que pour l'ensemble de la région L-L, la majorité, c.-à-d. les deux-tiers des naissances de bébés de poids insuffisant (61,8 % en 1980, 62,0 % en 1981, 64,2 % en 1982), surviennent avant terme (<38 semaines). L'autre tiers (37,3 % en 1980, 36,9 % en 1981, 35,6 % en 1982)

sont nés à terme (entre 38 et 41 semaines). Il faut aussi remarquer que seulement près de 40,0 % (37,6 % en 1980, 36,9 % en 1981, 39,2 % en 1982) de toutes les naissances vivantes survenues avant 38 semaines ont un poids insuffisant. En d'autres termes, plus de 60,0 % des enfants nés vivants avant 38 semaines ont un poids supérieur à 2500 grammes.

Tableau 1.2

Distribution des naissances vivantes de poids insuffisant (<2 500 g) selon le groupe d'âge de la mère, sous-région[1], région L-L, en valeurs absolues et relatives, 1980, 1981 et 1982

TERRITOIRE	AGE DE LA MÈRE		<2 500 GRAMMES			TOTAL DES NAISSANCES VIVANTES		
			1980	1981	1982	1980	1981	1982
SOUS-REGION LAURENTIDES	15-19 ans	%	5,7	9,9	8,4	100,0	100,0	100,0
		N	11	20	13	192	201	155
	20-44 ans	%	6,7	6,5	6,1	100,0	100,0	100,0
		N	276	271	236	4 101	4 172	3 864
	15-44 ans	%	6,7	6,6	6,2	100,0	100,0	100,0
		N	288	291	249	4 293	4 373	4 019
SOUS-REGION DE LANAUDIERE	15-19 ans	%	7,1	9,3	8,2	100,0	100,0	100,0
		N	10	12	12	141	129	146
	20-44 ans	%	6,7	6,2	6,3	100,0	100,0	100,0
		N	265	251	264	3 926	4 064	4 193
	15-44 ans	%	6,8	6,3	6,3	100,0	100,0	100,0
		N	275	264	243	4 067	4 193	3 870
REGION L-L	15-19 ans	%	6,3	9,7	8,3	100,0	100,0	100,0
		N	21	32	25	335	330	301
	20-44 ans	%	6,8	6,3	6,2	100,0	100,0	100,0
		N	549	523	487	8 096	8 236	7 588
	15-44 ans	%	6,8	6,5	6,2	100,0	100,0	100,0
		N	570	555	492	8 451	8 566	7 889

[1] Vous trouverez en annexes III et IV des tableaux détaillés selon les zones de CLSC (découpage MRC) des deux sous-régions.

Source:
Ministère des Affaires sociales: Données vitales 1980, 1981 et 1982, Sortie K29.T930.S20, données tirées des annexes III et IV.

Tableau 1.3

Distribution des naissances vivantes de poids insuffisant (≤2 500 g.) sur l'ensemble des naissances vivantes selon la durée de gestation (en semaines), sous-région (1), région L-L, en valeurs absolues et relatives, 1980, 1981 et 1982

			≤2 500 GRAMMES			TOTAL DES NAISSANCES VIVANTES		
TERRITOIRE	ANNEE		<38 s.	38 à 41 s.	≥42 s.	<38 s.	38 à 41 s.	≥42 s.
SOUS-REGION LAURENTIDES	1980	%	36,0	3,2	0,4			
		N	172	116	1	478	3 589	229
	1981	%	40,0	2,6	1,4			
		N	192	96	3	485	3 667	222
	1982	%	38,5	2,7	0,5			
		N	157	91	1	408	3 392	222
SOUS-REGION DE LANAUDIERE	1980	%	38,6	2,8	1,9			
		N	175	96	4	453	3 409	206
	1981	%	34,1	3,1	1,4			
		N	152	109	3	446	3 542	209
	1982	%	39,9	2,6	0,0			
		N	159	84	-	398	3 291	183
REGION L-L	1980	%	37,6	3,0	1,1			
		N	353	213	5	939	7 055	443
	1981	%	36,9	2,8	1,4			
		N	344	205	6	931	7 209	430
	1982	%	39,2	2,6	0,2			
		N	316	175	1	806	6 683	405

(1) Vous trouverez en annexes V et VI des tableaux détaillés selon les zones de CLSC (découpage MRC) des deux sous-régions.

Source:
- Selon le "Rapport du groupe fédéral de travail sur les grossesses à risque élevé et les systèmes d'enregistrement des données prénatales", 1983, p. 39: - <38 semaines (moins de 259 jours) = enfant prématuré
  - 38 à 41 semaines (259 à 295 jours) = enfant né à terme
  - ≥42 semaines (294 jours ou plus) = enfant né après terme
- Ministère des Affaires sociales, Données vitales 1980, 1981 et 1982, Sortie K29.T930.S20, données tirées des annexes V et VI.

1.2.2 Les facteurs de risque

Dans la revue de littérature sur la mortalité et la morbidité périnatale effectuée au DSC de Joliette, Lemyre et Ducharme (1984) ont fait ressortir les principaux facteurs de risque reliés à l'insuffisance de poids à la naissance. Ces facteurs sont:

- grossesse pendant l'adolescence
- grossesse chez les plus de 30 ans
- toxicomanie et médicaments
- maigreur avant la grossesse
- malnutrition avant la grossesse
- antécédents obstétricaux défavorables
- obésité avant la grossesse
- pathologie avant la grossesse
- perte de poids durant la grossesse
- gain de poids insuffisant pendant la grossesse
- mauvaise alimentation durant la grossesse
- grossesses rapprochées
- milieu défavorisé
- grossesses gémellaires
- usage du tabac
- consommation d'alcool
- stress et environnement
- mauvaise information en matière de nutrition [3].

Or ce sont, pour la plupart, des facteurs où la relation avec l'insuffisance de poids est bien établie. Toutefois, nous possédons peu d'études qui font le lien direct entre le stress et l'environnement ou le milieu défavorisé avec l'insuffisance de poids. À ce sujet, la littérature récente et les relevés démographiques démontrent l'importance de ces éléments sur la présente problématique (McNabb et Sauvé, 1985; Vanier et Sauvé, 1984). Il est d'ailleurs reconnu que le revenu est sans doute le facteur externe qui conditionne le plus l'état nutritionnel car il a un effet direct sur le budget alimentaire, le choix des aliments et la qualité du régime alimentaire.

1.2.3 Les avenues préventives

Les moyens d'intervention mis de l'avant pour réduire l'incidence des bébés de poids insuffisant proposent non seulement de donner de l'information pertinente, complète et objective aux femmes enceintes sur l'importance d'un suivi régulier de la grossesse et sur les dangers que représentent une mauvaise alimentation, l'usage du tabac, de l'alcool, des médicaments et des drogues mais aussi de tenter de modifier certaines conditions qui auraient un impact sur des habitudes de vie nocives pour elles et pour l'enfant qu'elles portent.

Une étude récente (Belliveau et Lauzier, 1982) du DSC de l'hôpital St-Joseph de Rimouski insiste, entre autres ,sur l'importance des facteurs d'ordre diététique dans la génèse de ce problème et suggère les avenues préventives suivantes:

> *"Recommandation 1: Identification des femmes enceintes.*
>
> Améliorer le mécanisme de la collaboration des professionnels de la santé oeuvrant auprès des femmes enceintes afin de référer le plus tôt possible les grossesses à risque élevé avec problèmes nutritifs en vue d'une évaluation nutritionnelle.
>
> *Recommandation 2: Organisation d'un service de consultation nutritionnelle pour le contrôle des grossesses à risque élevé d'après la méthode du Dispensaire diététique de Montréal*.*
>
> Offrir aux femmes enceintes à risque des soins médicaux et nutritionnels continus en fournissant des suppléments alimentaires à celles de revenu faible."

Selon une étude française (Papiernik-Berkhauer, 1982)[4], la prématurité s'associe à un certain nombre de facteurs et recommande en particulier le dépistage des grossesses à risque en général et la modification de l'activité physique pendant la grossesse pour les femmes reconnues à risque.

1.3 LA VIOLENCE CONJUGALE

1.3.1 Des statistiques américaines et canadiennes

La grossesse est une période de remise en question (période de crise) qui bouleverse souvent les valeurs de l'individu ou du couple. Si des difficultés conjugales existent déjà, la grossesse ne fait que les aggraver. La croyance populaire veut qu'un enfant rapproche le couple, mais la réalité peut parfois être bien différente.

Des difficultés au sein du couple peuvent entraîner des mésententes, des troubles de communication et aller même jusqu'à l'éclatement de la famille, c.-à-d. la séparation ou le divorce durant la grossesse ou dans les mois qui suivent la naissance de l'enfant. Cette situation peut même conduire à la violence physique.

---

* Ils font référence à: Higgins, A., "Nutritional status and outcome of pregnancy", Executive Director, Montreal Diet Dispensary, June 1975.

Dans son mémoire préparé pour le Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, Debra J. Lewis (1982) nous apprend que la violence grave (coups de poing, coups de pied) caractérise les relations d'environ 10 p. 100 des couples mariés ou non. La fréquence de la violence moins grave (poussées, gifles) et de l'abus sur le plan psychologique est beaucoup plus élevée.

Les épisodes de violence peuvent se produire à tout moment de la vie conjugale, lors de la grossesse ou même durant les relations prémaritales. Des études américaines (Bernard et Bernard, 1983; Cate et al., 1982; Makepeace, 1981)(5) indiquent qu'une proportion importante de jeunes (variant de 20 à 60 % des échantillons étudiés) ont été victimes de violence prémaritale ou ont avoué avoir été violents eux-mêmes envers un ex-partenaire.

1.3.2 Les facteurs prédisposants

Il n'existe pas de portrait-type de femmes victimes de violence. Elles sont de tous les âges, elles proviennent de tous les milieux socio-économiques (Roy, 1977)(6) et elles ont différents niveaux de scolarité. La description de l'homme violent offre un portrait aussi diversifié (Larouche, 1985; Philippe, 1985)(7)(8), Gelles (1979); Strauss (1979) ainsi que Johnson (1984) ont identifié des caractéristiques qui peuvent expliquer les manifestations de violence en milieu conjugal et durant les périodes de fréquentations, spécialement lorsque la relation est significative(9).

Les principales caractéristiques communes aux couples mariés ou non qui peuvent favoriser la violence sont:

1) une longue période de temps passée ensemble;

2) un grand nombre d'activités partagées;

3) un droit implicite d'influencer l'autre;

4) des rôles et des responsabilités basés sur le sexe et les compétences de chacun;

5) un stress lié à la croissance et au développement des enfants;

6) une connaissance des craintes et des vulnérabilités de l'autre;

7) une tolérance culturelle et une acceptation du comportement violent comme mode de résolution de conflits. Hofeller (1982) [10] ajoute que les femmes victimes de violence ont intégré les stéréotypes féminins. Elles craignent de briser la stabilité familiale et sont moins préparées à s'affirmer selon leurs besoins personnels.

A ces caractéristiques peut s'ajouter un autre facteur fréquemment relevé dans la littérature sur la violence. Il s'agit de la transmission de la violence de génération en génération. Il semble que le fait d'avoir été victime de violence durant l'enfance ou témoin de violence entre ses parents augmente le risque que l'individu soit lui-même violent dans ses relations interpersonnelles (Gelles et Steinmetz, 1980; Steinmetz, 1977; Strauss et al., 1977, 1979) [11].

Cate et al., (1982) [12] ont pour leur part démontré que les jeunes qui n'ont pas été impliqués dans une relation abusive ont des attitudes moins favorables envers la violence prémaritale que ceux ayant vécu une relation abusive.

Le travail auprès des hommes violents tend à démontrer que ces derniers sont d'abord des personnes ordinaires qui ne savent pas comment réagir face aux situations stressantes (Philippe, 1985) [13]. Selon un auteur, ces hommes n'ont pas beaucoup d'attachements significatifs à l'extérieur du cercle familial et ils ont peu d'amis. Leur vie étant centrée autour de leur femme, cette dernière devient au fil des jours celle qui déterminera l'ensemble de ses expériences. Graduellement, il la croira responsable de ce qui lui arrive et tentera d'avoir un contrôle sur ses propres émotions d'impuissance et de rage en contrôlant verbalement ou même physiquement sa femme.

1.3.3 Les conséquences du vécu de violence

La nature des conséquences reliées à la violence conjugale ainsi que la gravité des séquelles varient selon les éléments suivants:

1- la nature de la violence subie;

2- la fréquence et la gravité des actes abusifs;

3- le potentiel et les ressources de la victime.

Selon la littérature, un nombre important de femmes violentées présente le syndrome de la victime: elles sont constamment en état d'appréhension, elles réagissent nerveusement aux bruits de porte, au son du téléphone (Hilberman, 1980) (14), elles ne dévoilent pas leur nom, leur adresse ou de l'information qui peut réduire leur sécurité physique. D'autres problèmes peuvent se présenter comme des problèmes somatiques, insomnie et tentatives de suicide (Hilberman, 1980)(15) et des problèmes de maladie mentale tels que la dépression et la schizophrénie (Rounsaville et Lipton, 1979)(16).

Les réactions des hommes peuvent être de plusieurs ordres. Selon Philippe (1985), les hommes demandent de l'aide surtout lorsqu'ils sont en état de crise, lorsque le partenaire vient de quitter la maison ou lorsqu'il se retrouve seul(17). A ce moment-là, l'homme est confronté à sa solitude et à son désespoir.

1.3.4 Les avenues préventives

Peu de femmes battues demandent des services (Mac Leod et Cadieux, 1980(18) ou dénoncent ouvertement leur situation de violence. De manière générale, il est admis dans les différents travaux sur la recherche d'aide que les femmes confrontées à une situation problématique se tournent d'abord vers leur réseau primaire de relation, soit la famille et les ami(e)s et font appel aux organismes de services qu'en dernier ressort (Simard, 1981)(19). Lorsqu'elles consultent, il leur arrive souvent de faire face à des jugements sociaux négatifs ou à une absence de services adaptés à leur situation. Dans une revue de littérature, Bilodeau (1985) présente les résultats de différents travaux portant sur la recherche d'aide des femmes victimes de violence conjugale ainsi que sur la réponse de leur environnement.

Les pistes d'intervention pour la violence intrafamiliale peuvent être classifiées à partir du modèle de la santé communautaire selon les niveaux d'intervention primaire, secondaire et tertiaire.

Pour chacun des niveaux, nous décrivons quelques objectifs d'intervention et de stratégies d'intervention.

1) Le niveau primaire

Les objectifs peuvent être de:

- informer et sensibiliser les individus au phénomène de la violence;

- développer chez les individus des habiletés à faire face aux situations stressantes qui peuvent les conduire à des manifestations de violence;

- apprendre aux individus à entretenir des relations interpersonnelles satisfaisantes;

- agir sur les facteurs de l'environnement qui peuvent être associés aux comportements de violence.

Comme interventions, on peut penser à des actions telles:

- campagnes d'éducation préventive auprès du public par le biais des médias (Taggart, 1985)[20] et de programmes d'information;

- intégration de rencontres portant sur la vie conjugale et sur la situation d'être parents dans les programmes scolaires;

- éducation des jeunes, des futurs parents et des jeunes couples sur la résolution de problèmes et sur la communication: partage des expériences et du vécu en groupe;

- création de lieux de rencontres pour les jeunes à l'extérieur ou à l'intérieur des écoles; amélioration de l'aménagement physique des lieux familiaux ou publics lorsqu'ils agissent comme éléments stressants;

- création de réseaux de gardiennage et de support au rôle de parents afin de permettre à ces derniers de se retrouver et de pouvoir se consacrer du temps.

2) Le niveau secondaire

Les objectifs peuvent être de:

- prévenir les manifestations de violence en amenant l'individu à demander de l'aide s'il en ressent le besoin;

- améliorer le dépistage;

- tenter de résoudre une crise de violence intra-familiale de façon adéquate et rapide.

On peut définir quelques interventions comme:

- informer la population des différentes sources d'aide (maison d'hébergement, CSS, CLSC, policier, etc.);

- créer de nouvelles ressources pour mieux dépister les femmes victimes de violence (ex.: protocole d'intervention à l'urgence des hôpitaux);

- former des professionnels et des bénévoles au dépistage des femmes victimes de violence ainsi qu'à l'intervention en situation de crise;

- créer de nouvelles ressources pour venir en aide aux femmes victimes de violence (ex.: maison d'hébergement);

- établir des mécanismes de référence entre les différentes ressources pour assurer un support à la femme victime de violence et à sa famille.

3) Le niveau tertiaire

Le principal objectif de ce niveau d'intervention est d'éviter les récidives et les répétitions du comportement de violence. Pour ce faire, on peut suggérer des moyens tels:

- fournir un support d'aide à la femme lors de son hospitalisation et suite à la crise pour qu'elle retrouve une autonomie psychologique;

- fournir un support d'ordre psychologique, financier et légal à la femme qui décide de quitter le milieu familial;

- développer des stratégies d'intervention qui visent à rejoindre l'homme abusif. (Ex.: un service pour hommes violents: Pro-gam)(21).

1.4 LA GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE

1.4.1 Des statistiques québécoises et régionales

En août 1984, le Conseil des affaires sociales et de la famille situait aux environs de 8500 à 9000 le nombre annuel de grossesses au Québec chez les 15-19 ans, pour les dernières années (Thebault et Filion, 1985)(22). Entre 1976 et 1982, le pourcentage d'adolescentes qui devenaient enceintes annuellement semblait stable en se situant autour de 3 %.*

---

* Source: Statistique Canada, Catalogue 82-204 (1979-1982) et catalogue 82-211 (1974-1982).

Pour l'année 1979, nous avons un aperçu du nombre des adolescentes de moins de 19 ans qui sont devenues enceintes dans la région Laurentides-De Lanaudière puisque nous possédons le nombre d'avortements thérapeutiques* effectués durant cette même année. Ces données ne relèvent pas le nombre total d'adolescentes enceintes puisque nous ne possédons pas le nombre d'avortements clandestins.

Pour l'ensemble de la région, 72 avortements étaient pratiqués chez cette clientèle (47 dans Laurentides et 25 dans De Lanaudière). Ces avortements ont pu être effectués autant par des établissements à l'extérieur de la région que dans la région. Pour la région De Lanaudière, il n'y a pas de centre d'interruption de grossesse tandis que dans la région des Laurentides, il en existe un au centre hospitalier St-Eustache.

Si on ajoute ces données au nombre d'adolescentes qui ont eu leur bébé, on peut estimer à 404 le nombre minimum de grossesses survenues dans notre région chez les moins de 20 ans en 1979. En plus des avortements clandestins, nous ne connaissons pas le nombre d'avortements thérapeutiques chez cette clientèle qui ont eu cours pour les années 1980 à 1982, ce qui nous aurait permis d'établir des comparaisons.

Cette synthèse nous permet de conclure qu'il y a une certaine stabilité dans le nombre de naissances chez les moins de 20 ans pour l'ensemble de la région. Toutefois, nous ne connaissons pas, faute de données comparatives, l'évolution du ratio d'avortements clandestins et thérapeutiques dans la région.

1.4.2 Les facteurs de risque

La grossesse à l'adolescence résulte généralement de la convergence de facteurs multiples, non nécessairement pathologiques. Différents facteurs peuvent contribuer au risque tels:

- les facteurs biologiques:
  - . maturation sexuelle plus hâtive
  - . "âge gynécologique"
- les facteurs socio-culturels et familiaux:
  - . message social face à la sexualité
  - . influence des pairs

---

* Source: Ministère des Affaires sociales, Assurance hospitalisation du Québec (AH-101) 1979, Sortie J31.725.S20 (Laurentides) Sortie J31.715.S40 (De Lanaudière).

. irresponsabilité masculine
. "pattern" familial (rejet parental, etc.)
. communication parents-enfant
. milieu socio-économique défavorisé

- les facteurs cognitifs:

. immaturité intellectuelle

- les facteurs psychologiques:

. stade de développement
. théories psychanalytiques

- les facteurs éducationnels, sexualité et contraception:

. éducation sexuelle tardive ou inadéquate, en particulier chez les garçons
. contraception inadéquate ou inexistante

Parmi ces facteurs, seule la contraception inadéquate ou inexistante fait consensus dans la littérature. Pour les autres facteurs, il est difficile d'en préciser le rôle soit comme effet, soit comme cause d'une grossesse précoce. Le facteur relatif au milieu socio-économique en est peut-être le meilleur exemple.

Une étude menée en 1985 (Lavoie, 1985)[25] auprès de 27 mères adolescentes de la région de Québec a tenté de cerner des caractéristiques de ces mères relativement aux thèmes suivants: les comportements et attitudes face à la grossesse, l'entourage social, la situation socio-économique et les problèmes psychologiques.

Sans relever toutes les conclusions de cette étude, nous en rapportons quelques éléments pertinents. Concernant leurs attitudes face à la grossesse, les mères adolescentes étudiées sont contentes lorsqu'elles apprennent qu'elles sont enceintes et elles décident de garder leur enfant même si la naissance n'était pas planifiée. L'avortement et l'adoption ne sont pas envisagés surtout pour une question morale. Dans cette étude, aucune adolescente ayant opté pour une interruption de grossesse n'a été interrogée.

La principale source de support des jeunes mères est leur famille personnelle et leurs ami(e)s. Ces ressources s'avèrent plus accessibles et plus polyvalentes que les professionnels. La majorité ne vivent plus avec leurs parents. Le plus grand besoin des mères est le partage d'activités sociales. Suit le

support affectif ainsi que le besoin d'information et d'aide concrète et matérielle. Elles expriment d'ailleurs une insatisfaction face à leurs loisirs et face au support émotif. Le tiers des mères sont étudiantes à temps complet au secondaire avant leur grossesse. La moitié des mères vivent des prestations d'aide sociale comme source principale de revenus. Quant aux problèmes psychologiques, les mères adolescentes ne semblent pas présenter une plus faible estime d'elles-mêmes ni plus de symptômes psychophysiologiques et ne semblent pas plus dépressives en général que leurs pairs.

1.4.3 Les conséquences de la grossesse à l'adolescence

Les conséquences d'une grossesse à l'adolescence sont à la fois d'ordre individuel et collectif. Une revue de littérature en ce domaine permet de relativiser certaines idées préconçues en ce qui a trait, par exemple, aux complications médicales de la grossesse. La gravité et l'impact des problèmes seront fonction de plusieurs éléments que vous retrouverez dans le tableau 1.4. Ce tableau-synthèse a été élaboré dans le cadre d'une recherche sur le sujet (Thebault et Filion, 1985)[26].

Ainsi les conséquences de la grossesse sur l'adolescente et ses proches varient selon les ressources de l'adolescente elle-même et selon le support et la compréhension de son milieu immédiat et de sa communauté.

Malgré ces variables, des études relèvent certains risques plus élevés associés à la grossesse chez l'adolescente et ce, tant sur le plan de la santé que sur le plan social:

- Sur le plan de la santé

Selon Dawson et al., (1979), on remarque un taux plus élevé de bébés de petit poids, un taux de toxémie plus élevé et en général plus de difficultés durant la grossesse et à l'accouchement[27]. Le Collège Américain des Obstétriciens et des Gynécologues (1979) précise que le taux de bébés de poids insuffisant à la naissance est deux fois plus élevé chez les adolescentes de moins de 18 ans que chez les femmes dans la vingtaine. Ces jeunes mères présenteraient, par ailleurs, davantage d'anémie ferriprive et d'autres problèmes reliés à la nutrition et à l'état général de santé[28].

Tableau I.4:

Les éléments-clés au plan des conséquences de la grossesse à l'adolescence

	TYPES DE CONSÉQUENCES	ÉLÉMENTS-CLÉS
POUR LA MÈRE	. COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES	. suivi médical de la grossesse
	. CONSÉQUENCES SOCIALES	. support à long terme en post-partum
		. état matrimonial
		. poursuite de la scolarité
	. COMPÉTENCE PARENTALE	. formation au rôle parental
	. GROSSESSES SUBSÉQUENTES	. fidélité à la contraception
POUR L'ENFANT	. COMPLICATIONS MÉDICALES	. poids de naissance
	. CONSÉQUENCES PSYCHOSOCIALES	. interaction mère-enfant
		. structure familiale
		. niveau socio-économique
		. support à long terme
POUR LE PÈRE	. CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES	. support
	. CONSÉQUENCES SOCIALES	. état matrimonial
		. orientation professionnelle
		. poursuite de la scolarité
	. COMPÉTENCE PARENTALE	. formation au rôle parental
POUR LA FAMILLE ÉLARGIE	. CONSÉQUENCES PSYCHOSOCIALES	. support
		. approche familiale
		. accent sur grand-mère maternelle
POUR LA SOCIÉTÉ	. PERTES EN POTENTIEL HUMAIN	. disponibilité et accessibilité des services et du support nécessaires aux plans psycho-social, scolaire, médical, etc., à tous les niveaux d'intervention.
	. PERTES ÉCONOMIQUES	

Source:
THÉBAULT, M., FILION, G., "Grossesse et adolescence. Élaboration d'une stratégie globale d'intervention", Département de santé communautaire de l'Hôpital St-Luc, mars 1985, pp. 7-8.

Toujours selon Dawson et al., (1979)[29], l'âge ne semble pas être le facteur prépondérant qui entraînerait les complications mentionnées plus haut; ce sont surtout des facteurs d'ordre culturel et psychosocial reliés à l'adolescence.

- Sur le plan social

L'adaptation que nécessite l'arrivée d'un enfant a des répercussions importantes sur les plans d'avenir de l'adolescente. Comparées à leurs pairs, elles arrêtent leurs études beaucoup plus tôt, ont souvent un travail moins gratifiant ou moins rémunérateur et elles dépendent dans une plus grande proportion du Bien-être social. De par leur condition, elles se retrouvent souvent isolées. Ayant perdu une bonne partie de leurs amis car elles n'ont plus les mêmes intérêts, elles doivent se reconstituer un nouveau réseau de support social. C'est dans les milieux défavorisés sur le plan socio-économique qu'on retrouve le plus grand nombre d'adolescentes enceintes de sorte qu'elles ont tendance à perpétuer le cycle de la pauvreté (Dawson et al., 1979)[30].

Les besoins des adolescentes jeunes mères sont multiples: besoin de partage d'activités sociales, de support affectif, d'information, d'aide concrète et matérielle, de scolarisation et d'un milieu de vie adéquat. Le problème est complexe et aucune intervention si elle est isolée ne pourra être efficace. Si on veut aider les adolescentes enceintes, il faudra d'abord se préoccuper avec elles de leurs principales difficultés tant au plan familial, économique et social. Certaines difficultés pourront être résolues par l'adolescente mais d'autres nécessiteront l'implication du conjoint, de la famille, de la collectivité et même de la société.

1.4.4 Les options de l'adolescente face à la grossesse

Devant l'évidence de la grossesse, l'adolescente doit faire un premier choix entre l'avortement ou la poursuite de la grossesse. Si elle opte pour cette dernière éventualité, d'autres alternatives se posent comme la garde de son enfant ou l'adoption.

Quelle que soit la prise de décision de l'adolescente, différents facteurs intra-psychiques ou relatifs à son environnement influencent ses orientations. Pourtant, chacune des options se doit d'être envisagée et le choix final revient à l'adolescente elle-même si on veut minimiser les conséquences de sa situation (Thebault et Filion, 1985)[31].

1.4.5 Les avenues préventives

Selon une revue d'études et de programmes d'intervention récents, Thebault et Filion (1985) suggèrent quelques priorités et recommandations pour la promotion d'une sexualité responsable et pour la prévention de la grossesse à l'adolescence et de ses conséquences(32). A partir de la recension des interventions proposées, discutées ou évaluées, elles dégagent quatre perspectives différentes à considérer dans l'élaboration d'un programme.

1) Intervention et populations-cibles

. le groupe-cible est les adolescents. On insiste sur la nécessité d'impliquer les garçons dans les programmes sur l'éducation sexuelle et la contraception (Charbonneau et al., 1984 ; Greer, 1982; Tessier, 1984; Mecklenburg et al., 1983; Phipps-Yonas, 1980)(33);

. l'environnement du jeune étant important pour qu'il intègre la notion de sexualité, on propose de rejoindre les parents et les différents intervenants du monde scolaire, de l'éducation et de la santé pour:

- de la formation (Brann et al., 1979; Charbonneau et al., 1984; Cliche, 1984; Grenier et al., 1984; Maslach et al., 1983; Mc Anarney et al., 1975; Mecklenburg et al., 1983; Paveel et al., 1985)(34);

- de la promotion en faveur de l'éducation sexuelle pour les jeunes (Johnson et al., 1979; Klerman, 1980; Maslach, 1983; Snug, 1982)(35);

- l'amélioration de la communication jeunes-adultes (Charbonneau et al., 1984; Klerman, 1980; Phipps-Yonas, 1980; Tessier, 1984)(36);

. on suggère aussi de diffuser dans la communauté les mêmes messages que dans les autres milieux d'éducation (Freudenberg, 1981; Gratton et al., 1984; Johnson et al., 1979; Phipps-Yonas, 1980)(37).

2) Interventions-ressources-services

Ce volet concerne l'utilisation des ressources et les différents types de services disponibles. On a comparé les lieux où on donne des services:

. l'école semble le milieu privilégié pour l'information en matière de sexualité et de contraception (Allen et al., 1980; Klerman, 1980; Maslach et al., 1983; Phipps-Yonas, 1980; Snug, 1982)(38). Dans ce milieu, des expériences ont été tentées en vue de suivre des adolescentes durant leur grossesse (Foltz et al., 1972; Mecklenburg, 1983; Taylor, 1983; Zelman, 1982)(39) ou après l'accouchement (McAfee et al., 1984)(40);

. on remarque que les cliniques ou centres spécialisés pour les jeunes se développent de plus en plus. Ces cliniques sont fréquentées par les jeunes lorsqu'on y retrouve les éléments-clés suivants:

- sont accessibles (Tessier, 1984)(41);

- y travaille un personnel qualifié et diversifié (Philliper et al., 1982; Phipps-Yonas, 1980; Tessier, 1984)(42);

- offre une multiplicité de services. Ces derniers sont conçus pour les jeunes et répondent à toute la gamme de leurs besoins (éducation sexuelle, contraception, suivi médical, support quant à la prise de décision pour le devenir de la grossesse, support à l'environnement familial, etc.) (Allen et al., 1980; Charbonneau et al., 1984; Mecklenburg, 1983; Block et al., 1980; Klerman, 1980; Phipps-Yonas, 1980)(43);

. au plan des ressources alternatives, peu de recherches font l'inventaire des services dispensés. Toutefois, à partir de quelques expériences, il appert que les maisons de jeunes sont un lieu privilégié d'éducation, d'information et d'intervention. Aussi, quelques interventions novatrices ont tenté de rejoindre les jeunes et futures mères adolescentes par le biais des loisirs (CLSC St-Henri)(44).

3) Interventions-approches

Indépendamment du type de services, il se dégage un consensus sur:

- l'importance de l'approche multidisciplinaire (Allen et al., 1980; Block et al., 1980; Levenson et al., 1978, 1979; Mc Anarney et al., 1975)(45);

- l'importance de la concertation entre les différentes instances gouvernementales, communautaires et professionnelles (Johnson et al., 1979; Phipps-Yonas, 1980; Bran et al., 1979; Cliche, 1984; Freudenberg, 1981; Maslach et al., 1983; Snug, 1982)(46), ceci dans le but d'offrir une gamme de services autant pour les adolescents que pour les parents (Anastasiow, 1983; Johnson et al., 1979; Levenson et al., 1978; Mercer, 1983; Verreau, 1984; Charbonneau et al., 1984)(47);

- l'information ou le counselling par les pairs gagne de plus en plus de vogue (Adams et al., 1976; Bérubé, 1985; Clarke, 1983; Cliche, 1984; Greer et al., 1979; Tessier, 1984)(48). Ceci n'exclut pas l'emploi d'autres approches telles: la méthode de résolution de problèmes, la mise en situation et les interventions centrées sur la personne;

- l'utilisation des mass média pour l'information de masse (Charbonneau et al., 1984; Johnson et al., 1979; Parcel et al., 1985)(49).

4) Intervention et efficacité

Ce volet apporte quelques indications sur l'évaluation de ces programmes:

- on souligne l'efficacité des programmes d'éducation et de contraception lorsqu'ils sont basés sur une approche-réseau communautaire ou une approche intensive avec services variés en milieu scolaire (Brann et al., 1979) (50);

- les cliniques de planning ont observé une réduction du nombre de grossesses surtout chez les adolescentes qui ont fidèlement suivi les programmes de planning (Darroch Forest et al., 1981; Jones et al., 1982; Namerow et al., 1982)(51);

. dans les milieux où on retrouve un personnel qualifié dans des domaines variés et des services multidisciplinaires, on a observé une meilleure évolution des jeunes tant au point de vue de la scolarité, de la diminution des grossesses subséquentes que dans le devenir psychosocial (Klerman, 1980; Levy et al., 1983; Mc Anarney et al., 1978)[52];

. les programmes de support aux jeunes mères sont efficaces surtout lorsqu'ils s'échelonnent sur une période de quelques mois et sont offerts à domicile (Bell et al., 1983; Thompson et al., 1982)[53].

C'est à partir de ces données que Thebault et Filion (1985)[54] suggèrent comme stratégie d'intervention, une approche intégrant tous les niveaux de prévention: primaire, secondaire et tertiaire. Cette stratégie doit toucher toutes les dimensions de la sexualité, au plan de l'activité sexuelle comme au plan de ses conséquences et s'étendre à toute la collectivité. Elles suggèrent un programme-cadre dans lequel on fait de la promotion de la santé tout en s'articulant autour de la grossesse. On y aborde les aspects suivants:

- la sexualité: vie sexuelle et ses conséquences;
- la contraception;
- la grossesse et les suites de la grossesse[55].

DEUXIÈME PARTIE

LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET LES PROBLÈMES AFFECTANT LA QUALITÉ DE VIE DU JEUNE ENFANT ET DE LA FAMILLE

Dans cette deuxième partie, nous donnerons quelques indications sur le développement de l'enfant de moins de 5 ans en essayant de tracer pour chaque niveau de développement les principales acquisitions de l'enfant et ce, tant au plan physique, social, intellectuel, affectif, moral et moteur. Nous tenterons par la suite de faire ressortir les principaux troubles de développement et problèmes de santé affectant la qualité de vie du jeune enfant et de sa famille.

Depuis les dernières décennies, des changements importants ont modifié le profil des problèmes de santé des enfants. Ces problèmes sont identifiés principalement par l'analyse des causes de décès et des motifs d'hospitalisation.

Toutefois, tous les problèmes ne peuvent pas être expliqués que par des indicateurs traditionnels de santé. En effet, durant la même période, on a assisté à l'apparition de nouveaux problèmes jusque-là relégués au second plan que l'on a appelé "la nouvelle morbidité.". C'est pourquoi nous parlerons d'une part des troubles de développement (troubles d'apprentissage, difficulté d'adaptation, troubles de langage, énurésie, problèmes de croissance, etc.) et d'autre part des problèmes de santé (principales causes de mortalité et de morbidité).

Finalement, nous essaierons dans la mesure du possible, d'inventorier les éléments de prévention possibles pour réduire l'incidence de ces situations.

1.5 LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT DE 0 À 5 ANS

1.5.1 Cadre général sur le développement

On peut diviser le développement de l'enfant en différents stades. Pour des fins de compréhension, nous avons délimité le développement de l'enfant selon certaines catégories d'âge: 0-1 an, 1-2 ans et 3-5 ans. Ces choix ont été établis à partir des principales théories de développement.

À chacun de ces stades, l'enfant connaît une maturité qui touche divers plans: moteur, intellectuel, moral, affectif, social et physique. Comme le dit Erickson (1963)(56), la croissance d'un de ces niveaux de développement influence l'évolution des autres niveaux. Ainsi, selon les stades, certaines acquisitions doivent précéder le développement de sphères d'activités. Par exemple, pour les enfants de 0-1 an, certaines acquisitions sensori-motrices permettent à l'enfant de prendre contact plus pleinement avec son environnement donc, par conséquent, favorisent son développement social.

À chaque stade, l'enfant développe de nouvelles capacités et découvre de nouveaux moyens qui lui permettent de se confronter à de nouvelles tâches. À chaque stade, l'enfant se développe sur tous les plans mais, selon le milieu de l'enfant et ses capacités intrinsèques, il peut se développer davantage sur un plan plutôt que sur un autre. Le niveau de développement varie donc d'un enfant à l'autre.

Dans les théories de développement de l'enfant de 0-5 ans, une notion est fondamentale soit celle de l'interdépendance entre les stades définis selon les groupes d'âge. En effet, il apparaît que l'enfant ne peut passer à un stade ultérieur de développement que s'il possède toutes les acquisitions propres au stade où il est rendu. En d'autres mots, si on prend comme exemple le développement social de l'enfant de 3 ans, ce dernier aura plus d'aptitudes à devenir autonome si dès son jeune âge, il a pu développer grâce aux interactions positives de sa famille envers lui, une confiance de base envers le monde extérieur. Ainsi, un problème de développement qui tarde à se résoudre, peut handicaper le développement ultérieur de l'enfant.

Ceci dit, il importe d'ajouter que la majorité des enfants rencontrent des difficultés au cours de leur enfance. Ces dernières font partie du processus normal de développement. Si l'enfant qui vit des difficultés particulières bénéficie du support de ses parents, est stimulé par son milieu, est initié à certaines activités et reçoit l'attention et l'affection nécessaires, ce moment de difficultés pourrait même lui servir de tremplin et lui fournir l'occasion de se dépasser. Les problèmes rencontrés peuvent ainsi être temporaires si les ressources qui entourent l'enfant se concertent et s'unissent pour tenter de comprendre et de résoudre le problème, que ce dernier soit de sources biologique, psychologique, familiale ou sociale. Toutefois, si le problème est nié ou non dépisté il peut s'aggraver au fil des mois, et devenir sévère au point où il y a troubles de développement. Certains troubles de développement peuvent aussi être d'origine organique et apparaître très tôt après la naissance.

Finalement, plusieurs éléments peuvent faciliter ou entraver le bon développement de l'enfant. Certains facteurs relèvent de l'enfant lui-même et d'autres de son milieu environnemental que ce dernier soit défini en termes d'environnement physique, affectif ou relationnel.

La notion de développement de l'enfant est une notion très vaste qui regroupe une multitude de secteurs tels les niveaux et les phases de développement, les problèmes les plus fréquents, les facteurs prédisposants, le dépistage, les thérapies utilisées, les interventions de la famille, de la communauté, etc..

Il nous est impossible, de par la nature de ce document, d'approfondir chacune de ces notions. Toutefois, nous tentons d'apporter quelques clarifications et des pistes d'orientation en résumant, de façon schématique, les lignes directrices qui reviennent le plus fréquemment dans la littérature lorsqu'on essaie de définir les principales acquisitions de l'enfant pour chacune des catégories d'âge.

Nous trouvons dans les tableaux 1.5, 1.6, 1.7 les principales notions sur le développement de l'enfant de 0-1 an, 1-2 ans et 3-5 ans.

1.6 QUELQUES PROBLÈMES DE DÉVELOPPEMENT

Comme nous l'avons dit précédemment, tous les enfants et les parents d'enfants de 0-5 ans rencontrent des difficultés mineures ou majeures. Ces difficultés peuvent toucher toutes les sphères de développement de l'enfant et ainsi être d'ordre physique, social, affectif, moteur, intellectuel et relationnel.

Certaines difficultés font partie intégrante du processus de croissance. Si elles sont envisagées à temps, elles ne sont pas sources de handicaps ou de troubles majeurs. Ce volet compose la majorité des situations vécues par les familles et les enfants. C'est pourquoi nous avons mis davantage l'accent sur ce dernier.

Les tableaux 1.8, 1.9 et 1.10 regroupent de façon schématique pour chaque groupe d'âge (0-1 an, 1-2 ans, 3-5 ans), des problèmes ou difficultés de développement fréquemment rencontrés chez les enfants. Pour certains d'entre eux, nous tentons aussi, à la lumière des recherches sur le sujet, d'apporter des indications sur les facteurs qui peuvent expliquer

Tableau 1.5

Quelques notions sur le développement de l'enfant de 0 - 1 an

DÉVELOPPEMENT AFFECTIF	DÉVELOPPEMENT SOCIAL	DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL	DÉVELOPPEMENT MORAL
Stade oral de développement: la bouche est l'organe le plus sensible et sert à connaître l'environnement. Les six premiers mois de l'existence demeurent vécus sous un mode très passif (stade oral passif) durant lequel l'enfant se contente de recevoir les soins et l'affection de son entourage. À compter du sixième mois, la poussée des dents amène l'enfant à être plus actif et à agir à son tour sur son entourage. Le sevrage devient une expérience importante parce qu'il représente pour l'enfant une première séparation affective avec la mère. Pour ne pas créer de traumatisme, il se doit donc d'être effectué avec progression. Le huitième mois marque une étape importante, la relation avec la mère étant définitivement installée à cette période. La peur de l'étranger vient témoigner de cette relation exclusive avec la mère [57].	Le mode de relation de l'enfant peut se résumer par «Je suis ce que je reçois». Selon une recherche récente, les bébés expriment leurs émotions de trois façons différentes: pleurs, rires, sourires. Période durant laquelle la confiance doit s'installer de façon fondamentale si l'enfant veut poursuivre son développement. Le sentiment de confiance ne peut s'établir que dans la relation positive avec la mère ou son substitut. Une carence affective dans les soins, autant physiques qu'affectifs, provoquera un sentiment de méfiance et de honte chez l'enfant envers lui-même d'abord et envers tout l'entourage. Les manifestations positives de ce stade chez l'adolescent sont: - bonne perception de la réalité tant sur le plan physique que social - mutualité dans le contact - capacité de réciprocité: peut recevoir et donner en retour DONC: confiance dans le temps et dans les autres. - régularité des choses (routine) - perspective dans le temps, projection dans l'avenir - sentiment d'être bien dans sa peau; d'être soi-même - estimation que le monde est bon [58].	Stade **sensori-moteur** dans lequel les sens deviennent le mode exclusif de connaissance de l'environnement. Le schème de l'objet permanent est l'acquisition la plus importante de cette période. Cette acquisition permet à l'enfant de comprendre les effets des déplacements visibles et invisibles. Les réflexes, présents à la naissance, deviennent la base sur laquelle se développera tout le potentiel intellectuel de l'enfant. Les étapes du développement moteur sont: 1) le contrôle de la tête 2) la position assise 3) la rotation du corps 4) la locomotion avant la marche 5) la position debout 6) la marche 7) la manipulation d'objets 8) le développement de la coordination entre l'oeil et la main (Papalia et Olds, 1983) [59].	Stade où il n'y a pas de notion d'intentionnalité. Le bien et le mal sont perçus selon les conséquences physiques (Kohlberg, 1976; Selman, 1976) [60].

Tableau 1.6

Quelques notions sur le développement de l'enfant de 1-2 ans

DÉVELOPPEMENT AFFECTIF	DÉVELOPPEMENT SOCIAL	DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL	DÉVELOPPEMENT MORAL	DÉVELOPPEMENT MOTEUR
Stade anal de développement dans lequel l'anus devient la zone érogène importante. L'apprentissage à la propreté devient la caractéristique majeure de ce stade. La facilité de cet apprentissage sera fonction de la relation avec la mère, l'enfant se servant de ses selles comme d'une monnaie d'échange dans ses relations. Une attitude négative dans la relation amènera une difficulté d'apprentissage à la propreté et des problèmes d'énurésie et d'encoprésie [61].	C'est l'ambivalence qui caractérise ce stade. Un juste dosage doit s'établir entre laisser aller l'enfant, lui permettre des essais et le retenir ou l'empêcher. Ce dosage permettra à l'enfant de développer une forte estime de soi et par conséquent son autonomie. Période durant laquelle l'enfant recherchera à devenir **autonome** s'il a suffisamment acquis de confiance en soi et envers ses parents. Les parents deviennent pour l'enfant des personnes autonomes, et il pourra se concevoir lui-même comme autonome et entier. Ce mode de relation est dû aux acquisitions nouvelles (maîtrise musculaire, motrice, acquisition progressive du langage) qui lui permettent de créer une certaine distanciation par rapport aux autres. Une mauvaise relation avec la mère ou son substitut amènera un **doute de soi** et une **honte de soi** [62]. L'autonomie s'acquiert d'abord face à la propreté pour se répercuter ensuite dans tous les secteurs d'activité de l'enfant. Certains auteurs ont fait des études sur l'amitié au cours de la petite enfance. Il appert que la sociabilité du jeune, l'intérêt qu'il porte aux autres ainsi que sa disposition à créer des liens d'amitié se forment très tôt. Selon les auteurs, un enfant qui se montre amical à l'âge de 2 1/2 ans, qui s'intéresse aux autres enfants et qui est capable de faire face aux copains agressifs, sera sociable à l'âge de 7 1/2 ans (Waldop et Halverson, 1975) [63]. C'est à cet âge que l'enfant fait face aux premières contraintes sociales. Lors de l'apprentissage à la propreté, l'enfant constate qu'il y a un certain ordre social qui est établi et qu'il faut respecter. Ses actes sont approuvés ou désapprouvés par ses parents en fonction de cet ordre social. Si ce stade de développement est vécu de façon positive l'enfant va développer les attitudes suivantes: - état de bien-être, - autonomie, régulation avec l'entourage, - sentiment qu'il peut à la fois se contrôler par lui-même et se laisser aller, - sentiment de valeur personnelle, - bonne estime de soi.	Stade **pré-opératoire** dans lequel la pensée précède maintenant l'action. Les symboles font leur apparition et l'enfant peut désormais transformer la réalité. Le langage, l'imitation différée et les jeux symboliques deviennent les manifestations les plus évidentes de cette pensée symbolique [64]. Selon Kaplan (1971) [65] les enfants apprennent à comprendre le langage avant de pouvoir parler. Lorsqu'ils commencent à parler, ils ont à traverser trois stades distincts (Eisenson et al. 1973) [66]: 1- phrase de un mot; 2- phrase de plusieurs mots, c'est un langage plutôt télépathique; 3- émissions verbales grammaticalement correctes. L'enfant de cet âge pose des questions surtout pour connaître le monde, tel ou tel objet afin de consolider son autonomie et son emprise sur la réalité.	Dans la théorie de Selman (1976) [67] et Kohlbert (1976) [68], l'enfant découvre qu'il peut exister chez l'autre un point de vue et un raisonnement différent du sien. Il se concentre cependant toujours sur un seul point de vue. Pour juger du bien et du mal, c'est le point de vue de l'autorité qui compte.	Entre 1 et 3 ans, les enfants progressent rapidement au plan moteur. A cet âge, ils se sont grandement améliorés au niveau de la coordination oeil-main et de la motricité fine. De plus, ils peuvent accomplir une variété d'activités motrices telles marcher, courir, sauter, lancer, attraper, frapper, faire rebondir, gambader, escalader, etc.

Tableau 1.7

Quelques notions sur le développement de l'enfant de 3-5 ans

DÉVELOPPEMENT AFFECTIF	DÉVELOPPEMENT SOCIAL	DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL	DÉVELOPPEMENT MORAL
Stade phallique de développement dans lequel l'enfant déplace sa curiosité sur les organes génitaux. La découverte des différences anatomiques permettent à l'enfant de se trouver une identité sexuelle définitive. La situation oedipienne amènera l'enfant, lors de son dénouement, à s'identifier au parent de son sexe et à acquérir son identité[68]. La constatation d'une différence de sexe et le désir de s'identifier à la personne du même sexe fait que l'enfant attribue des menaces fantasmatiques à ses parents.	Période dans laquelle l'enfant fait preuve **d'initiative**, indispensable à la poursuite de son développement global. Le sens de l'initiative lui permet de découvrir son corps et l'amène à se situer par rapport aux autres. Ce sens de l'initiative ne se limite cependant pas aux données de son corps mais se généralise au monde total qui l'entoure[69]. Au stade précédent l'enfant a eu la ferme conviction qu'il est une personne (autonomie) mais à ce niveau, il doit trouver quelle sorte de personne il deviendra. Les parents et les frères et soeurs s'ils sont assez vieux doivent favoriser des initiatives chez l'enfant pour qu'il développe soit sa masculinité ou sa féminité. L'enfant doit sentir que tous le perçoivent comme un garçon ou une fille selon ce qu'il est et il se conduira simultanément comme on le perçoit. Automatiquement il pourra user de ses potentialités. L'identification à son propre sexe et les initiatives se font surtout à travers les jeux. Brimer ce sens de l'initiative à propos de la découverte de son corps c'est l'amener à se sentir **coupable** pour ce qui touche la sexualité mais également pour un mode de connaissance ultérieur[70].	La pensée **intuitive** permet à l'enfant de tenir compte davantage de la réalité. Les choses sont désormais envisagées sous un angle de plus en plus extérieur[71]. Il n'envisage plus la réalité à partir de ce qu'il éprouve lui-même mais devient capable d'envisager les choses de plus en plus comme extérieures à lui-même. La perception sert d'outil pour comprendre la réalité et l'intuition demeure la dernière étape avant l'atteinte d'une pensée logique. L'enfant de cet âge veut savoir et veut découvrir le pourquoi des choses. La réponse à une question engendrant une nouvelle question de l'enfant, les parents peuvent facilement perdre patience devant cet enfant questionneur qui ne semble jamais être pleinement satisfait. Cette période de question est en fait la seconde que l'enfant traverse. La première se situait vers l'âge de deux ans et avait un caractère différent.	Début de la morale intériorisée chez l'enfant. Formation du surmoi à partir de la situation oedipienne[72].

l'apparition ou la non résolution de la difficulté en question dans chacune des sphères de développement.

Certaines notions mentionnées dans les tableaux sont davantage élaborées dans d'autres parties du document, le lecteur est alors référé aux sections appropriées. Inversement, nous avons volontairement fourni plus de détails pour des éléments peu élaborés dans l'ensemble du document.

Finalement, quoique les troubles graves de développement soient nommés, nous appuyons peu sur ces derniers car ils affectent une proportion très faible de notre population.

1.6.1 Les avenues préventives

Plusieurs avenues préventives peuvent être tracées pour prévenir les problèmes de développement de l'enfant. En se référant au modèle de la santé communautaire, nous pouvons délimiter trois axes d'intervention: la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire. Chacun de ces axes se fonde sur des objectifs spécifiques et peut s'opérationnaliser par des activités réalisées autant auprès de l'enfant que de sa famille.

Les champs d'intervention possibles en ce domaine sont multiples. Nous pouvons, dans un premier temps, diviser deux secteurs principaux d'intervention. Le premier qui se voudrait global ne viserait pas de problématique en particulier mais embrasserait le développement général de l'enfant. Le second, plus spécifique, viserait des problématiques précises touchant des sphères de développement particulières telles le langage, le développement moteur, la socialisation, etc..

Nous pouvons donc aborder la problématique du développement sous ces deux angles. En termes d'avenues préventives, cette analyse nous ouvre donc les portes à une liste innombrable d'interventions déjà réalisées dans le milieu. Il serait difficile de toutes les inventorier, encore, faudrait-il en voir l'utilité. À ce niveau, plusieurs interventions sont bien connues par le milieu. De plus, d'autres sections du document abordent cette question pour des problématiques particulières.

Tableau 1.8

Quelques difficultés de développement chez l'enfant de 0-1 an et facteurs explicatifs

	QUELQUES DIFFICULTÉS DE DÉVELOPPEMENT	QUELQUES FACTEURS ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT
DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL	- Déficience mentale. Il semble que 3,0 % des enfants nés seront diagnostiqués comme déficients durant leur croissance. Selon différents auteurs, la prévalence de ce problème se situe à 1,0 % dans les pays occidentaux[73]. - Enfant passif, non stimulé - Troubles sensori-moteurs	- Stimulation du milieu et de l'environnement de l'enfant - Hérédité et statut socio-économique - Alimentation - Méthode d'éducation - Nombre d'enfants et rang dans la fratrie - Support social à l'endroit des parents (Papalia et Olds, 1983)[74].
DÉVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL	- Enfant anxieux; réagit mal à la séparation. Paradoxalement, plus l'attachement de l'enfant à la personne qui en prend soin est puissant, plus il peut la quitter facilement (Clarke-Stewart, 1977)[75] - Difficultés d'adaptation de l'enfant aux nouvelles situations.	- Identification par les parents du tempérament de l'enfant. Thomas et al. (1968)[76] ont identifié trois types de tempérament: 1) l'enfant qui s'adapte facilement: cycles biologiques réguliers, se réveille la nuit mais ne pleure pas, aime les nouveaux aliments; on peut prévoir quand il veut manger ou dormir, etc. 2) l'enfant qui s'adapte difficilement: se réveille en hurlant, fonctions biologiques irrégulières, "pique des crises", a de la difficulté à s'adapter à des situations nouvelles, etc. 3) l'enfant qui s'adapte lentement: ses réactions positives ou négatives sont faibles, les nouvelles situations le rebutent mais il s'y fait vite s'il n'est pas bousculé. L'identification du tempérament de base d'un enfant permet aux parents d'adapter leurs soins au caractère de l'enfant. - Événements et atmosphère qui entourent l'alimentation. - Qualité de la relation mère-enfant plutôt que quantité. - Qualité de la relation père-enfant ainsi que la qualité de la relation de l'enfant vis-à-vis ses frères et soeurs. - Nombre d'enfants dans la famille. - L'attitude du parent. Selon quelques recherches, l'attitude du parent semble influencé par le sexe de l'enfant. (Papalia et Olds, 1983)[77].

Tableau 1.8 (SUITE)

Quelques difficultés de développement chez l'enfant de 0-1 an et facteurs explicatifs

	QUELQUES DIFFICULTÉS DE DÉVELOPPEMENT	QUELQUES FACTEURS ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT
DÉVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL	- Crises fréquentes des enfants: des cris et des pleurs fréquents.	
	- Comportements agressifs. Durant la première année, les manifestations agressives les plus fréquentes sont les crises de colère sous formes: 1) d'explosions: pleurs, crises de larmes; 2) d'activités motrices: taper, mordre, tout lancer, bouger continuellement.	
	- Crainte des étrangers (entre le 8e et le 12e mois). Cette réaction peut être normale à une certaine période. Bien que la plupart du temps, un bébé se montre méfiant à l'égard des étrangers, lorsqu'il a appris à les distinguer de son entourage habituel, il ne les craint pas toujours (Papalia et Olds, 1983)[78].	- Peut varier selon la situation où l'enfant a une manifestation de crainte: le bébé peut réagir négativement parce qu'on dérange son activité ou à cause de la façon dont un étranger l'aborde. - Présence ou absence des parents. - Qualité de l'attachement aux personnes qui en sont responsables. - Le tempérament de l'enfant. - L'identité de l'étranger (Papalia et Olds, 1983)[79].
	- Difficultés créées par les hospitalisations de l'enfant, la vie en institution ou les séparations temporaires (Bowlby, 1960; Olds, 1975; Rutter, 1977; Rheingold et Eckerman, 1970)[80].	- Quantité d'attention donnée à l'enfant. - Âge et niveau de maturité de l'enfant. - Qualité de la relation entre l'enfant et sa famille avant et après la séparation (Papalia et Olds, 1983)[81].
	- Difficultés suite à la séparation ou au divorce des parents.	- Peu d'études chez les jeunes enfants.
	- Troubles graves de la personnalité; troubles psychiatriques: - autisme - manifestations psychotiques - dépression Ces troubles sont rares. Ils se retrouvent chez une faible proportion de jeunes.	
DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE	- Tout problème de santé physique: causes de mortalité et morbidité chez l'enfant: . retards de croissance . mort subite . handicaps divers . anomalies congénitales - affections périnatales . autres problèmes de santé physique (voir sections 1.7.1 et 1.8)	Voir sections 1.7.1 et 1.8

Tableau 1.9

Quelques difficultés de développement chez l'enfant de 1-2ans et facteurs explicatifs

	QUELQUES DIFFICULTÉS DE DÉVELOPPEMENT	QUELQUES FACTEURS ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT
DEVELOPPEMENT INTELLECTUEL	- Troubles du langage (voir tableau 1.10, section développement intellectuel).	- Le type d'interaction verbale qui s'établit entre l'enfant et la personne qui s'en occupe. Ce type d'interaction va varier selon: A) Caractéristiques du discours de la mère; phrases simples, débit lent, répétitions, tournures syntaxes simples, etc. B) Fréquence des rapports verbaux entre l'adulte et l'enfant. C) Attitude de la personne qui s'occupe de l'enfant. Des études ont montré que l'attitude change selon le niveau d'instruction de l'adulte, son milieu d'appartenance sociale et le rang qu'occupe le bébé dans la famille. (Papalia et Olds, 1983)[83].
	- Déficience mentale (voir tableau 1.8, section développement intellectuel) - Enfant non-stimulé, passif.	Voir tableau 1.8, section développement intellectuel.
DEVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL	- Les comportements agressifs. L'agressivité est généralement la conséquence d'une frustration. Or l'enfant de cet âge étant confronté à plusieurs frustrations, il devient donc plus sensible, plus susceptible de réactions agressives. L'agressivité peut se manifester sous formes: 1) d'explosions: pleurs, crises de larmes, se jeter par terre, etc. 2) d'activités motrices: taper, agripper, tout lancer, courir partout, etc. 3) le négativisme généralisé: non, opposition à tout. Vers la fin de la deuxième année, on peut entendre un langage agressif: t'es pas fine, vas-t'en, je ne t'aime plus... (Gasse et Roy, 1983)[84]. - Attitude de fermeture au monde extérieur. - Négativisme. - Dépendance vis-à-vis l'adulte, manque d'autonomie. - Hyperactivité. - Instabilité.	- Les sources de l'agressivité de l'enfant sont: 1) La première de ces sources est constituée des interdictions des adultes et du sentiment d'impuissance que l'enfant éprouve face à elles. 2) La seconde source de frustration et d'attitudes agressives vient du fait que l'enfant veut agir seul mais qu'il ne connaît pas encore ses limites. Aussi se fâche-t-il intensément lorsqu'il constate qu'il ne réussit pas à faire ce qu'il veut. 3) La troisième source de frustration et d'agressivité est la faiblesse des moyens intellectuels dont l'enfant dispose pour comprendre les situations. Sa pensée très égocentrique ne lui permet pas encore l'objectivité nécessaire à la saisie des dimensions de la vie en société. Devant ces sources de frustrations et face à l'agressivité qu'elles génèrent, l'enfant peut se sentir très anxieux et insécure et il peut même en arriver à avoir peur de sa propre agressivité, ce qui augmente à son tour son anxiété et sa tension nerveuse. Cette insécurité qu'il ressent et qu'il tente de compenser pose à l'adulte la question des attitudes éducatives à adopter face à la réaction d'agressivité [85]. - Le développement social et affectif de l'enfant sera influencé selon les éléments suivants: . attitudes parentales (voir tableau 1.10, section développement affectif et social). . méthodes d'éducation . identification par le parent du tempérament de l'enfant (voir tableau 1.8, section développement affectif et social) . qualité de la relation enfant/parents-famille . support social à l'endroit des parents . occasion pour les enfants de passer beaucoup de temps avec d'autres enfants du même âge (Papalia et Olds, 1983:166).

Tableau 1.9 (SUITE)

Quelques difficultés de développement chez l'enfant de 1-2ans et facteurs explicatifs

	QUELQUES DIFFICULTÉS DE DÉVELOPPEMENT	QUELQUES FACTEURS ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT
DÉVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL	- Enfants maltraités et négligés (voir section 1.8.8) - Troubles de comportements sévères; troubles psychiatriques: . manifestations obsessives-compulsives . manifestations phobiques . manifestations d'angoisse . réactions de retrait	(voir section 1.8.8)
DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE	- Enurésie (voir tableau 1.10, section développement physique).	Voir tableau 1.10, section développement physique.
	- Encoprésie. L'encoprésie est l'absence de contrôle sur les sphincters qui sont responsables de la défécation. L'enfant ne peut parvenir à contrôler ses matières fécales. L'encoprésie peut être décelée et diagnostiquée véritablement à partir de l'âge de trois ans. Elle est trois fois plus fréquentes chez les garçons que chez les filles. Tout comme l'énurésie elle peut être dite "primaire" selon les mêmes critères[87].	L'encoprésie peut avoir des explications physiologiques ou médicales similaires à l'énurésie. Elle y est souvent associée d'ailleurs. L'encoprésie peut également avoir une explication psychologique. Dans cette perspective il a été observé que l'apprentissage à la propreté avait débuté trop tôt et avec une grande intensité. Les traits de personnalité des enfants qui vivent l'encoprésie sont surtout faits d'anxiété. Ces enfants ont généralement de la difficulté à s'affirmer. Dépendants de leur mère, ils ont une faible tolérance à la frustration. L'encoprésie est plus rare que l'énurésie. Elle est par contre plus sérieuse et provoque chez les parents des réactions plus intenses. Lorsque ces derniers sont devant le fait que leur enfant vit de l'encoprésie, ils sont portés à devenir plus tolérants, se sentent coupables de l'échec dans l'éducation à la propreté. Les parents ont alors tendance à passer d'un extrême à l'autre. Cette attitude ne solutionne pas le problème mais peut contribuer à amplifier car l'enfant réalise alors un gain secondaire, il fait réagir ses parents et les contrôle d'une certaine façon [88].
	- Problèmes de croissance . retard de croissance (voir section 1.8.1) . négligence (voir section 1.8.8)	Voir sections 1.8.1 et 1.8.8
	- Problèmes bucco-dentaires (voir section 1.8.7)	Voir section 1.8.7
	- Enfants maltraités et négligés (abus physiques et négligence) (voir section 1.8.1)	Voir section 1.8.1
	- Principales causes de mortalité (voir section 1.7.2) . accidents . anomalies congénitales . tumeurs malignes	Voir section 1.7.2
	- Principales causes de morbidité . retard de croissance . maladies des organes sensoriels (troubles auditifs et visuels, voir section 1.8.2) . maladies de l'appareil respiratoire (voir section 1.8.3)	Voir section 1.8

Tableau 1.10

Quelques difficultés de développement chez l'enfant de 3-5 ans et facteurs explicatifs

	QUELQUES DIFFICULTÉS DE DÉVELOPPEMENT	QUELQUES FACTEURS ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT
DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL	- Troubles de langage. A mesure que l'enfant vieillit, le langage se développe et ses fonction changent. A cet âge, le langage social ou socialisé sert à la communication. Ce langage est défini par Garney et Hogan (1973)[89] comme un discours qui s'adapte exactement au discours ou à la conduite de l'interlocuteur. Il peut servir à échanger de l'information, à critiquer, demander ou menacer. Or, certains enfants connaissent des retards de développement. On peut regrouper les troubles du langage en deux catégories. . Troubles de la parole: - trouble de débit - trouble de l'articulation ou de phonologie - difficultés vocales . Troubles du langage: - retard ou absence de langage. On ne connaît pas la prévalence réelle des troubles du langage chez les enfants d'âge préscolaire. Leroux et l'Homme (1981)[90], dans une étude exploratoire, estiment la prévalence des troubles du langage chez les enfants de 3 ans à 21,8 % ± 3,3 %. L'étude de Dudley et Delage (1980)[91] chez des enfants franco-québécois d'âge scolaire (maternelle à la 2e année), citent que la proportion des enfants présentant des troubles du langage ou de la parole est de 15,0 % ± 2,0 % en précisant qu'au niveau de la maternelle ce taux est de 23,0 %. De plus, une enquête à caractère exploratoire menée par Louise Paré (1980)[92] orthophoniste-audiologiste du DSC du CHRDL démontre que, sur 2836 enfants âgés de 4,5 à 5,5 ans de la sous-région De Lanaudière, 15,0 % de ces jeunes présentent des problèmes de la parole et du langage.	- Facteurs relatifs à l'enfant. Il semble que lorsque l'enfant est incertain de la façon dont il doit accomplir une tâche ou bien des besoins de son interlocuteur, il ne dépasse pas le langage égocentrique[93]. - Appartenance à des classes sociales. Les enfants issus de milieux économiquement faibles acquièrent le langage plus lentement, retiennent des prononciations peu évoluées plus longtemps, connaissent moins de mots et font des phrases plus courtes que les enfants de la classe moyenne (Cazden, 1968)[94]. - L'interaction parent-enfant.
	- Difficultés d'apprentissage.	Facteurs qui influencent le rendement intellectuel: - Le développement social et affectif de l'enfant; "Dans une étude, on a observé une forte corrélation entre le fonctionnement social et affectif à l'âge préscolaire et le rendement intellectuel ultérieur. Kohn et Rosman (1972) en concluent: "Ces résultats portent à croire que l'enfant curieux, éveillé et sûr de lui-même pourra tirer un apprentissage de son environnement, alors que l'enfant passif, apathique et replié sur lui-même n'en tirera, tout au plus, qu'un apprentissage limité, étant donné la moindre importance des contacts; il se peut même qu'il évite systématiquement ceux-ci (p. 450)"[95], - L'interaction parent-enfant; "A partir des résultats de plusieurs études (Clarke-Stewart, 1977), nous pouvons nous faire une image des parents qui ont des jeunes enfants dont le rendement intellectuel augmente au cours de la période préscolaire. Ces parents sont sensibles, chaleureux et aimants. Ils se montrent très compréhensifs face au comportement de leurs enfants, les laissent explorer et s'exprimer. Lorsqu'ils veulent modifier certains aspects de leur conduite, ils font appel au raisonnement ou aux sentiments plutôt qu'à des règles rigides. Ils utilisent un langage et des techniques d'enseignement relativement élaborés avec leurs enfants, encouragent leur autonomie et leur créativité, et ont recours à la lecture, à la formation et au jeu pour favoriser leur croissance. Les enfants réagissent à cette attention en faisant preuve de curiosité, de [illegible], de goût pour l'exploration et en obtenant [illegible] résultats à l'école"[93]

Tableau 1.10 (SUITE)

Quelques difficultés de développement chez l'enfant de 3-5 ans et facteurs explicatifs

	QUELQUES DIFFICULTÉS DE DÉVELOPPEMENT	QUELQUES FACTEURS ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT
DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL		Des études font aussi ressortir l'importance de la présence des deux parents et de la situation financière de la famille. - Statut socio-économique. - La télévision éducative. Certaines études américaines ont tenté d'évaluer les effets d'une émission telle que "Sesame Street", une émission retransmise au Québec sur le réseau anglais. Tous les groupes d'enfants observés ont manifesté des progrès, mais avec des variations. Les plus jeunes (3 ans) font plus de progrès que les enfants de 5 ans. Les enfants qui regardent souvent l'émission font les mêmes progrès, qu'ils proviennent d'un milieu favorisé ou non. On a observé que les auditeurs réguliers du programme aiment mieux l'école et y réussissent mieux que les enfants qui ne l'écoutent que rarement (Bogats et Ball, 1971)[97]. Plus près de nous, Passe-partout, une série télévisée quotidienne présentée aux petits Québécois d'âge préscolaire, se propose d'amener l'enfant à agir et à apprendre par lui-même, à découvrir son corps et son environnement, et à maîtriser la parole. La revue Passe-partout complète la série télévisée en proposant à l'enfant un autre mode de communication, l'écriture. La revue suggère également aux parents différentes activités reliées à la série télévisée, les incitant ainsi à participer davantage à la réalité quotidienne de l'enfant notamment grâce au dialogue avec l'enfant [98].
DÉVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL	- Problème d'identification à son propre sexe - problème d'identité. - Difficultés touchant les relations parents-enfants. Impatience des parents devant les questions des enfants [100].	- Relation familiale harmonieuse; bonne coopération dans la famille. - Bonne relation dans le couple; bonne communication. - Pour que l'identification se réalise harmonieusement il faut que les deux parents soient eux-mêmes bien intégrés. La façon dont chaque conjoint a intégré sa propre sexualité est un élément fondamental (Papalia et Olds, 1983)[99]. - Quelques attitudes parentales favorables face aux questions: . Disponibilité des parents face aux diverses questions soit de répondre de façon concrète, éviter des réponses abstraites et surtout ne pas mentir. Manquer de disponibilité ne signifie pas que les parents ne répondent pas à toutes les questions de l'enfant; ceci serait inhumain. Démontrer une disponibilité à l'enfant, c'est lui faire comprendre que ses questions sont naturelles, qu'on ne les repousse pas. On peut les retarder à cause d'occupations urgentes mais on ne les balaye pas du revers de la main [101].

Tableau 1.10 (SUITE)

Quelques difficultés de développement chez l'enfant de 3-5 ans et facteurs explicatifs

DÉVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL

QUELQUES DIFFICULTÉS DE DÉVELOPPEMENT	QUELQUES FACTEURS ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT
- Difficultés touchant les relations parents-enfants. Incertitude des parents face à l'intérêt des enfants pour les organes génitaux. Dans ces jeux, l'enfant n'a pas d'autres buts en soi que la découverte de son corps et la découverte du monde. Pour y parvenir il prend les moyens mis à sa disposition, à sa portée, et dont il peut retirer une satisfaction. La découverte d'une nouvelle partie du corps est exactement comme la découverte d'un nouveau jouet[102].	- Quelques attitudes parentales facilitantes: . Il est souvent difficile pour les parents de savoir quelle attitude adopter en de telles circonstances, notamment si l'on garde encore soi-même des préjugés négatifs face au domaine de la sexualité. . Une interdiction systématique de la part des parents à laisser "jouer" leur enfant et une interdiction qui implique même une punition à l'enfant, n'est que le reflet de sa propre difficulté à composer avec la sexualité et surtout de sa propre incapacité d'envisager la sexualité du point de vue de l'enfant. . L'attitude à prendre est, soit de laisser faire l'enfant exactement comme nous l'avons laissé faire avec d'autres jouets, ou encore, de profiter de l'occasion pour lui enseigner ce qu'il désire savoir. Au lieu d'empêcher l'enfant de continuer à jouer au docteur, on peut très bien lui expliquer que ce jeu est effectivement très plaisant et lui apprendre qu'un véritable médecin fait de tels examens mais qu'il ne se contente pas de regarder les organes génitaux de ses patients; il les examine partout. . Avec cette attitude, des parents ne viendront pas donner à l'enfant un sentiment de culpabilité face au domaine de la sexualité. Il acceptera cet aspect de lui-même comme faisant partie d'une globalité, ni plus ni moins importante que tout le reste, et il pourra ainsi probablement vivre une sexualité plus saine. . Ceci ne veut pas dire que le parent doit laisser vivre les expériences voulues sans rien contrôler. Toutefois, cette réponse doit aussi impliquer que le parent soit conscient du pourquoi il veut défendre ou permettre à son enfant de vivre telle ou telle expérience[103]. - Quelques éléments d'éducation sexuelle: . Dans un climat familial ouvert, la curiosité naturelle de l'enfant incitera, à partir de l'âge de trois ou quatre ans, à poser des questions et notamment, sur la provenance des enfants et sur les différences anatomiques. . Les réponses à fournir se doivent d'être aussi directes et simples que possible. L'enfant de quatre ans qui demande d'où viennent les bébés peut être facilement satisfait si on lui explique simplement qu'ils viennent du ventre de la mère. Il reviendra probablement quelques temps plus tard en demandant comment ça se fait que les bébés sont placés dans le ventre de la mère. L'explication qu'il veut alors est d'un caractère pratique. Étant à la période des questions orientées vers le comment plutôt que sur le pourquoi, l'enfant attend une réponse qu'il puisse imaginer. . L'utilisation d'un vocabulaire adéquat. Il est toujours préférable de nommer les parties du corps par leur nom véritable. . Le climat affectif est une dimension majeure au contexte familial et il est de nature à influencer l'enfant. Ainsi, l'attitude des parents face à leur propre corps et à leur sexualité sont des aspects déterminants du climat relationnel. . La perception parentale de la sexualité a un effet direct sur l'enfant. Si le monde du corps fait l'objet d'une [illegible] les parents, l'enfant risque [illegible] sentiments de pudeur excessive [illegible] [104].

Tableau 1.10 (SUITE)

Quelques difficultés de développement chez l'enfant de 3-5 ans et facteurs explicatifs

	QUELQUES DIFFICULTÉS DE DÉVELOPPEMENT	QUELQUES FACTEURS ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT
DÉVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL	- Rivalité continuelle et compétition entre les enfants. A cet âge, l'enfant apprend à vivre en groupe et à respecter des règles de jeu. - Agressivité - colère. L'enfant exprime plus facilement sa colère mais contrôle encore difficilement ses gestes d'agression [105]. - Ambivalence, sentiment d'incapacité, anxiété. - Troubles psychiatriques, angoisse (refoulement très marqué), attitudes réactionnelles	Voir tableau 1.9, section développement affectif et social. Au niveau des attitudes parentales, on suggère: - ne pas réprimander un geste d'agression en jugeant l'enfant; - faire découvrir à l'enfant une autre façon d'exprimer leur colère et de se défouler que celle de frapper un copain; - permettre à l'enfant d'exprimer verbalement sa colère afin qu'il apprenne à connaître celle-ci, qu'il découvre les raisons qui l'ont motivée et par la suite, il trouvera des moyens plus acceptables de l'exprimer [106].
DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE	- Enurésie. L'énurésie est le manque de contrôle sur l'émission d'urine durant la nuit. Ce manque de contrôle est involontaire et apparaît au moment où la maturité physiologique devrait généralement être acquise. Cet âge se situe aux environs de quatre ans, de sorte qu'on ne parle pas d'énurésie avant que l'enfant ait atteint ce stade. L'énurésie est dite "primaire" lorsque l'enfant de plus de quatre ans n'a pas encore fait l'acquisition de ce contrôle. Elle est appelée "énurésie secondaire" lorsque l'enfant après avoir acquis ce contrôle sphinctérien durant une période de plusieurs mois, le perd soudainement. En plus du facteur âge, il faut, pour parler d'énurésie véritable chez un enfant, que celui-ci mouille son lit au moins une fois par semaine. Cette difficulté de contrôle se retrouve deux fois plus souvent chez les garçons que chez les filles, sans que l'on connaisse exactement les causes de ce phénomène [107]. - Encoprésie (voir tableau 1.9, section développement physique.	- Les causes psychologiques de l'énurésie doivent être nuancées selon qu'elle est primaire ou secondaire. Dans sa forme primaire, la plus fréquente, on retrouve chez les parents une hésitation anxieuse au niveau des apprentissages à la propreté. Dans certains cas, les parents ont attendu trop longtemps avant de mettre en branle le processus éducatif, et lorsqu'ils ont tenté de le faire, ils ont procédé de façon brusque et difficile à intégrer pour l'enfant. Dans le cas d'énurésie secondaire c'est généralement l'inverse qui s'est produit. Les parents ont procédé très tôt et de façon très autoritaire. L'enfant a acquis de force le contrôle sphinctérien mais une frustration importante survenue plus tard le lui a fait perdre. Ne pouvant tolérer cette frustration, l'enfant a régressé, fait un retour en arrière en termes de contrôle afin de vivre une "dépendance" qui lui a été trop rapidement interdite, qu'il n'a pas suffisamment vécue. Rappelons que le moment idéal pour entreprendre cette éducation se situe lorsque l'enfant tente d'imiter ses parents. Si on profite de ce désir de l'enfant, l'apprentissage à la propreté peut devenir une suite d'épisodes heureux, surtout s'ils sont vécus dans le jeu et si les parents en profitent pour valoriser l'enfant [108]. L'énurésie qui n'est pas explicable par des facteurs de circonstances ou par des causes médicales comme des lésions et des désordres neurologiques, est d'origine psychologique. Les recherches en ce sens montrent que les enfants énurésiques présentent des traits de personnalité semblables. La majorité de ces enfants manifestent une forte tendance à l'agitation ainsi que des signes d'agressivité. Ces enfants éprouvent une difficulté générale avec le contrôle d'eux-mêmes. Certains, en plus petit nombre, sont par contre plutôt passifs et portés à l'auto agression. L'agressivité est plutôt dirigée sur eux-mêmes que vers l'extérieur. (Voir tableau 1.9, section développement physique).

C'est afin de donner une vision d'ensemble et avant tout de tracer des pistes d'orientation que nous avons opté d'analyser cette problématique dans son sens global et de tracer les avenues préventives dans cette même optique.

Le tableau 1.11 retrace pour chacun des niveaux d'intervention, les objectifs généraux poursuivis, quelques types d'activités possibles à réaliser, des outils expérimentés dans le milieu ainsi que quelques expériences d'interventions qui peuvent être source d'inspiration.

Ce tableau schématique n'a pas la prétention de faire une liste exhaustive de tout ce qui existe sur le sujet. Ce tableau est donc incomplet en soi et reste à être amélioré au fil des expériences.

Tableau 1.11:

Objectifs, types d'activités, outils et expériences réalisées pour chaque niveau d'intervention dans le champ du développement de l'enfant.

	PREVENTION PRIMAIRE	PREVENTION SECONDAIRE	PREVENTION TERTIAIRE
OBJECTIFS	- Réduire les facteurs de risques associés aux problèmes de développement de l'enfant.	- Dépistage et intervention à court terme. - Dépister précocement les troubles de développement et intervenir de façon rapide et efficace lors de crise.	- Eviter l'aggravation des problèmes de développement; faciliter la rééducation.
TYPES D'ACTIVITES	- Tout programme d'information et d'éducation auprès des parents et de la famille de l'enfant. Ces programmes peuvent toucher autant les connaissances (le développement de l'enfant, la stimulation de l'enfant selon les catégories d'âge, tout sujet qui préoccupe les parents, etc.) que les attitudes. - Tout programme d'assistance aux enfants qui vivent des conditions particulières; familles monoparentales, enfant unique, peu stimulé par son environnement, etc.	- Programme d'information et de sensibilisation aux différentes sources d'aide disponibles dans la communauté. - Création de nouvelles ressources pour dépister les enfants et les familles à risque et intervenir en situation de crise. - Programme de formation des intervenants au dépistage et à l'évaluation des enfants et familles à risque . - Etablir des mécanismes de coordination entre les intervenants. - Etablir des mécanismes de référence pour le suivi des enfants et des familles dépistées.	- Poursuivre la recherche pour développer de nouvelles approches thérapeutiques et découvrir de nouveaux moyens d'interventions. - Développer des ressources dans la communauté pour venir en aide aux enfants et aux familles aux prises avec un enfant qui a de graves difficultés de développement (parrainage d'enfants, groupe d'entraide, etc.). - Etablir des mécanismes de références entre les différentes sources d'aide à l'enfant et à sa famille.

Tableau 1.11 : (SUITE)

Objectifs, types d'activités, outils et expériences réalisées pour chaque niveau d'intervention dans le champ du développement de l'enfant.

	PREVENTION PRIMAIRE	PREVENTION SECONDAIRE	PREVENTION TERTIAIRE
OUTILS	- Programme d'activités et mini-guide d'attitudes favorisant le développement socio-affectif des enfants. CLSC Hull [109]. - Pamphlets sur différents thèmes sur le développement de l'enfant. U.Q.T.R.: . les crises . l'enfant agité . la discipline . un deuxième enfant . la période du non . le sommeil . le langage . la sexualité . le développement moteur . les peurs . l'apprentissage social . mes parents se séparent [110]. - L'enfant d'âge pré-scolaire. Guide de rencontres de parents sur la relation parents-enfants. C.P.J. Ministère de la Justice, 1983 [111]. - Programme de stimulation. Nicole David, 1981 [112].	- Guide pour l'évaluation de la maturation des enfants de 0 à 5 ans. Hôpital Ste-Justine, 1971 [116]. - Profil de développement S.E.E.D. Denver, Ontario [117]. - Le questionnaire d'évaluation du comportement au préscolaire (QECP). Normes de la C.E.C.M., Montréal, 1984 [118]. - Instrument d'observation et d'intervention à l'usage des éducateurs du préscolaire. H. Paquette, Institut de recherches psychologiques, Montréal, 1979 [119]. - Le Denver. Questionnaire pour le prédépistage et l'évaluation complète [120]. - Echelle de développement Harvey, Editions Behaviora Inc., Brossard [121].	
EXPÉRIENCES RÉALISÉES	- Voir expériences relatées au tableau sur l'enfance maltraitée. - Les Grands frères et grandes soeurs de Montréal. - Maison de la famille, Montréal - Les ludothèques; les garderies - Le programme passe-partout, M.E.Q., Québec - Les ateliers pré-scolaires, CLSC Brandon [113] - Programme de sensibilisation à la vie familiale, ACSM, Division de Québec, 1977 [114] - Les petits soleils de Tétraultville rue Lebrun, Montréal; Centre d'activités parents-enfants d'âge pré-scolaire. - Les Barbaparents. CLSC Longueil-est, 1984 [115]	- Voir expériences relatées au tableau sur l'enfance maltraitée. - Programme d'intervention précoce à Laval, 1983 [122]. - Programme de formation parentale, Hôpital St-Sauveur [123]. - Programme d'intervention précoce enfants/famille (P.I.P.E.F.), CLSC Hull, 1984 [124]. - Programme de stimulation précoce, Nicole David, 1981 [125].	- Voir expériences relatées au tableau sur l'enfance maltraitée. - Programme de formation parentale, Hôpital St-Sauveur [126]. - Neutering program for parents and children, Illinois, [127]. - Interdisciplinary infant stimulation - Parent education intervention program upon infant development, Université McGill [128] [129]. - Programme d'intervention précoce enfants/famille (P.I.P.E.F.) CLSC Hull, 1984 [130]

1.7 PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 5 ANS

Nous nous attaquerons en premier lieu à la mortalité infantile, soit celle qui touche les enfants de moins d'un an. En effet, c'est surtout au cours des premières heures, des premiers jours, de la première année de vie d'un nouveau-né que se concentrent les plus grands risques de complications pouvant entraîner le décès de l'enfant, mais aussi l'altération de la qualité future de vie. De façon générale, la majorité des décès des enfants âgés de 0 à 5 ans surviennent davantage au cours de cette première année de vie qu'à la période de 1 à 4 ans.

1.7.1 Les principales causes de mortalité chez les enfants de moins d'un an

La mortalité infantile est depuis longtemps un indicateur privilégié de l'état de santé d'une population. De nombreuses recherches ont en effet démontré la relation très étroite de cette mortalité avec un ensemble de facteurs qui influencent directement l'état de santé général: que ce soit des facteurs socio-économiques (l'occupation du père et de la mère), des conditions de l'environnement (l'alimentation en eau potable, les facilités hygiéniques et le logement), les caractéristiques culturelles ou la disponibilité des soins médicaux en général. Sur le plan international, la mortalité infantile est un indicateur qui peut servir à distinguer les pays dits développés des pays sous-développés (Bernard, 1978) (131).

Ainsi, de 1975 à 1977, le taux de mortalité infantile* pour la planète se situait à 99 par 1000 naissances vivantes, allant de 11 à 20 dans les pays industrialisés et de 100 à 200 dans les pays moins développés. Cette différence, dans l'ordre de grandeur des taux, était attribuable principalement aux effets des maladies gastro-intestinales et respiratoires et à la malnutrition.

Le déclin de la mortalité infantile dans les pays industrialisés au cours du 20e siècle est le résultat d'une grande diminution des taux de mortalité postnéonatale** (décès du 28e jour au 364e jour inclusivement) par rapport aux taux de mortalité néonatale (décès de la naissance à 27 jours inclusive-

---

* Taux de mortalité infantile: $\frac{\text{Nombre de décès au cours de la première année de vie}}{\text{Total des naissances vivantes}} \times 1000$

** Se référer à l'annexe VII pour visualiser les différentes composantes de la mortalité en bas âge.

ment). Ce changement dans la mortalité postnéonatale est relié à l'amélioration des conditions sociales, économiques et environnementales qui a bénéficié à tous mais particulièrement à la santé des nourrissons (Maxcy-Rosenau, 1980) (132).

1.7.1.1 La situation pour le Québec

Alors que les taux de mortalité infantile aux États-Unis pour les années 1979, 1980 et 1981 se situaient respectivement à 13,1, 12,6 et 11,9 par 1000 naissances vivantes (National Center of Health Statistics, 1983 et 1984) (133) (134), le Québec de son côté enregistrait, pour les années 1979 à 1980, des taux de 10,2 et 9,6 par 1000 naissances vivantes. Dès lors, la situation pour le Québec était renversée puisqu'il comptait auparavant parmi les provinces du Canada à forte mortalité infantile (Levasseur, 1983) (135) comme le démontre la synthèse suivante:

- en 1931: 112,9 décès par 1000 naissances vivantes
- en 1961: 31,5 décès par 1000 naissances vivantes, comparativement à 27,4 au Canada
- en 1971: 17,3 décès par 1000 naissances vivantes, comparativement à 17,8 au Canada
- en 1978: 11,5 décès par 1000 naissances vivantes, comparativement à 12,0 au Canada (Roy, 1983) (136), (Levasseur, 1983) (137).

Ces diverses données nous donnent une bonne idée des progrès accomplis au Québec. Toutefois, des améliorations sont encore possibles si l'on considère que le taux atteint de 10,2 en 1979 le situait encore derrière des pays comme la France, la Suède ou le Japon, pour ne nommer que ceux-là. Ces derniers montraient déjà en 1979 des taux respectifs de 10,0, 7,5 et 7,9 (Roy, 1983) (138), (Ministère de la Santé en France, 1984) (139).

Entre les années 1971 et 1980, la mortalité infantile au Québec chutait de 44,0 %. Cette amélioration est due en grande partie à une régression très importante de la mortalité néonatale précoce (0 à 6 jours) qui diminuait de 49,0 %, la mortalité néonatale tardive (7 à 27 jours) de 28,0 % et la mortalité postnéonatale (28 à 364 jours) décroissait quant à elle de 37,0 % (Levasseur, 1983) (140).

Depuis 1976, le taux global de mortalité connaît, de par ses différentes composantes, le même profil: 60,0 % des décès surviennent durant la première semaine de vie, 10,0 % entre le 7e et le 27e jour et 30,0 % entre le 28e jour et le 364e jour de vie (Levasseur, 1983)(141).

Par ailleurs, il est aussi intéressant de relever que la mortinatalité (28 semaines de gestation et plus) s'est aussi améliorée de 41,0 % au cours de ces mêmes années. Le taux passait de 8,5 par 1000 naissances totales* en 1971 à 5,0 en 1980. La mortalité périnatale (mortinaissances et décès néonatals précoces) s'est améliorée quant à elle de 45,0 %, les taux passant de 19,4 décès par 1000 naissances totales* en 1971, à 10,6 en 1980 (Levasseur, 1983)(142).

1.7.1.2 La situation dans la région Laurentides-De Lanaudière

Le nombre de décès chez les enfants de moins d'un an dans la région L-L entre les années 1974 et 1978 était de 10,6 par 1000 naissances vivantes. Notre région occupait le troisième rang puisqu'elle n'était dépassée que par les régions des Cantons-de-l'Est et du sud de Montréal. Ces dernières présentaient respectivement des taux de 9,5 et 10,3. Dans l'ensemble de la province, on affichait alors un taux de 11,3 pour la même période (Pampalon, 1983)(143).

Concernant les statistiques les plus récentes que nous possédons pour la région L-L, nous notons en 1980 un accroissement substantiel du taux de mortalité infantile (16,6) par rapport à la période dont nous venons de parler plus haut. Toutefois, en 1981 et 1982, les taux redescendent pour atteindre 11,2 et 10,5 (tableau 1.12). Malheureusement, en ce qui concerne ces deux dernières années, par manque de données, aucune comparaison n'est possible avec d'autres régions administratives.

Toujours selon le tableau 1.12, si on compare les deux sous-régions, on se rend compte que le nombre de décès chez les moins d'un an est plus grand dans la sous-région des Laurentides que dans celle De Lanaudière. En effet, les taux enregistrés dans la sous-région des Laurentides sont de 18,4 en 1980, 13,3 en 1981 et 11,4 en 1982 comparativement à la sous-région De Lanaudière où les taux sont de 14,7 en 1980, 9,1 en 1981 et 9,6 en 1982.

---

* Par naissances totales, on entend les naissances vivantes et les morts-nés.

Tableau 1.12

Distribution du nombre de décès (en valeurs absolues et relatives), du total des naissances vivantes et du taux de mortalité infantile par 1000 naissances vivantes, sous-région, région L-L, 1980, 1981 et 1982

TERRITOIRE	1980				1981				1982			
	N	%	TOTAL DES NAISSANCES VIVANTES	TAUX	N	%	TOTAL DES NAISSANCES VIVANTES	TAUX	N	%	TOTAL DES NAISSANCES VIVANTES	TAUX
SOUS-REGION LAURENTIDES	79	56,8	4 296	18,4	58	60,4	4 374	13,3	46	55,4	4 022	11,4
SOUS-REGION DE LANAUDIERE	60	43,2	4 070	14,7	38	39,6	4 196	9,1	37	44,6	3 872	9,6
REGION L-L	139	100,0	8 366	16,6	96	100,0	8 570	11,2	83	100,0	7 894	10,5

Source:
Ministère des Affaires sociales, Registre de la population, 1980, 1981 et 1982, Sortie K29.T955.S01.

En ce qui a trait plus spécifiquement à la mortalité périnatale (mortinaissances et décès néonatals précoces) il est rassurant de constater que la région L-L, avec un taux de 6,4, se situait légèrement sous la moyenne provinciale (6,6) pour les années 1974-1978. Encore une fois, seules les régions des Cantons-de-l'Est et du sud de Montréal enregistraient de meilleurs taux avec respectivement 4,8 et 6,0 (Pampalon, 1983) (144). Malheureusement, nous n'avons pas de données plus récentes dans ce cas-ci pour la région L-L.

1.7.1.3 Les facteurs de régression de la mortalité infantile

Tous les progrès observés au Québec au cours des cinquante dernières années sont dus à des facteurs qu'on peut regrouper en deux grands groupes:

a) on peut mentionner que la majeure partie de la réduction de la mortalité infantile au cours de toutes ces années est imputable au contrôle des maladies infectieuses; la proportion de décès dus à cette cause passait de 47,0 % à 3,0 % en cinquante ans (Levasseur, 1983) (145).

b) les facteurs responsables de la baisse de la mortalité infantile et plus particulièrement de la mortalité néonatale, depuis une quinzaine d'années, sont autant d'ordre socio-économique, démographique que sanitaire:

"- Des changements dans les modes et les standards de vie ont favorisé, par exemple, l'espacement des naissances, la diminution des grandes multipares, l'abaissement de la fécondité des femmes faisant partie de groupes d'âge à risque et la réduction de la taille de la famille. Ces modifications dans la structure d'âge et la parité des mères ont contribué à diminuer le nombre de grossesses à risque élevé.

- Par ailleurs, une plus grande diffusion de l'information à la population en général et aux femmes enceintes en particulier a permis l'adoption de mesures préventives, par exemple, une meilleure alimentation.

- Enfin, l'amélioration des soins à la mère et au nouveau-né, facilitée par l'Assurance-maladie, l'implantation des unités périnatales et la régionalisation des services d'obstétrique, de même que l'élévation du niveau d'instruction et des conditions socio-économiques en général sont autant de facteurs qui ont influencé la régression de la mortalité infantile." (Levasseur, 1983) (146).

1.7.1.4 Les principales causes de mortalité chez les moins d'un an et certains éléments de prévention

Le tableau 1.13 qui suit nous indique que les affections périnatales et les anomalies congénitales sont responsables de plus de 75 % de la mortalité infantile au Québec. Suivent en ordre la mort subite du nourrisson avec 5,4 %* des décès, les maladies de l'appareil respiratoire (5,0 %) et les accidents, traumatismes et empoisonnements (3,3 %).

---

* L'importance des décès dus au syndrome de mort subite au Québec, c.-à-d. un taux de 54 pour 100 000 naissances vivantes, est probablement une sous-estimation. Cela est dû principalement à une difficulté dans la classification de cette cause de décès. En effet, un certain nombre de ces décès sont sans doute classés sous les rubriques "pneumonies", "autres causes mal définies ou inconnues de morbidité et de mortalité" et "suffocation mécanique accidentelle dans un lit ou un berceau" (Santé et Bien-être social Canada, 1980) (147). Vraisemblablement, le taux québécois pourrait être plus près du taux canadien (130 pour 100 000) enregistré pour la période de 1976-1981 (Santé et Bien-être social Canada, 1983) (148).

Tableau 1.13 :

Principales causes de mortalité infantile selon le nombre de décès, le taux pour 100 000 naissances vivantes, au Québec en 1979-1980

RANG	CAUSE	CODE CIM-9	QUEBEC	
			NOMBRE (moyenne annuelle)	TAUX
1	Affections périnatales	760-779	412 (1)	629,6
2	Anomalies congénitales	740-759	331	336,0
3	Mort subite	798	53	54,0
4	Maladies de l'appareil respiratoire	460-519	49	50,0
5	Accidents, traumatismes et empoisonnements	E800-949	32	33,0
	TOTAL DES DECES		981	994,0

(1) Québec - affections périnatales

Ce chiffre se subdivise aussi de la façon suivante:

	Nombre de décès (moyenne annuelle)	Décès pour 100 000 naissances vivantes	Distribution %
Affections périnatales	412	417,0	100,0
- anoxie et hypoxie du nouveau-né	226	229,0	54,8
- prématurité et insuffisance de poids	57	58,0	14,3
- complication du travail et de l'accouchement	80	82,0	19,7
- autres	49	50,0	11,2

Source:
- Levasseur, M., 1983 (149).

a) Les affection périnatales

Concernant plus particulièrement les affections périnatales, plus de la moitié (54,8 %) des décès sont dus à des maladies anoxémiques et hypoxémiques du nouveau-né. En plus de causer des décès, ces maladies sont susceptibles de causer une plus grande morbidité chez ceux qui survivent, surtout en termes de séquelles neurologiques. La surveillance prénatale demeure donc le meilleur moyen de dépister environ la moitié des nouveau-nés à risque d'asphyxie. Une autre action préventive consiste à inciter les services d'obstétrique à se doter d'un équipement de réanimation néonatale et de réanimateurs qualifiés (Levasseur, 1983) (150).

En deuxième position par leur fréquence, les complications associées au travail et à l'accouchement sont identifiées comme la cause directe d'environ 20 % des décès par suite d'affections périnatales. Une meilleure surveillance prénatale sera de nature à éviter ou tout au moins à réduire les principales complications (la grossesse multiple, le décollement prématuré du placenta et les traumatismes obstétricaux) (Levasseur, 1983) (151).

Environ 15 % des décès par affections périnatales sont causés par l'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité. En plus de contribuer directement au décès, ces deux facteurs se conjuguent de manière indirecte avec une quantité d'autres facteurs pour causer le décès ou pour contribuer de manière importante à la morbidité chez le nourrisson. Comme nous l'avons souligné précédemment, plus des deux tiers des décès chez les enfants de moins d'un an surviennent durant le premier mois de vie, en majorité durant la première semaine de vie. Un grand nombre (plus des deux tiers) de ces décès au cours du premier mois surviennent chez des enfants pesant moins de 2500 grammes à la naissance. Donc, si l'on veut réduire davantage la mortalité infantile, il faut d'abord réduire le nombre de naissance de poids insuffisant* (Levasseur, 1983) (152).

b) Les anomalies congénitales

On estime qu'environ 2,0 % à 3,0 % des enfants sont atteints d'une anomalie physique ou mentale à la naissance et qu'environ 10,0 % de ces enfants mourront durant leur première année de vie (Levasseur, 1983) (153). Par ailleurs, il est probable qu'environ 40,0 % à 60,0 % de toutes les grossesses avortent spontanément. La majeure partie de ces avortements sont en relation avec une aberration cytogénétique chez le foetus, en particulier dans les cas de fausse couche au premier trimestre (Maxcy-Rosenau, 1980) (154).

---

* Se référer à ce sujet à la section 1.2 du présent chapitre.

L'origine des malformations congénitales peut être reliée dans environ 25,0 % des cas à des facteurs génétiques et dans 10,0 % des cas à des facteurs environnementaux connus (Levasseur, 1983)[155].

En ce qui concerne les facteurs génétiques, on peut mentionner les aberrations chromosomiques, les anomalies du tube neural et un certain nombre de maladies du métabolisme. L'action préventive vis-à-vis ces problèmes consiste alors à interrompre la grossesse lorsque le diagnostic d'anomalie foetale a été posé.

Certaines personnes sont considérées à haut risque génétique: les parents porteurs d'une translocation équilibrée, les mères âgées (surtout après 35 ans), les parents ayant des antécédents familiaux de maladies génétiques, les parents ayant déjà eu un enfant porteur d'une anomalie et les couples stériles à cause d'avortements répétés. Les services de prévention devraient comprendre le dépistage génétique des parents, la détection précoce des maladies génétiques chez l'enfant et enfin des conseils génétiques aux parents qui désirent avoir d'autres enfants (Levasseur, 1983)[156].

En ce qui concerne les facteurs environnementaux, il y a lieu de mentionner les infections chez la mère (rubéole, cytomégalovirus, toxoplasmose, etc.), les agents physiques (rayons-X, hyperthermie, exposition à la chaleur excessive au début de la grossesse, etc.) et les agents chimiques (plusieurs produits domestiques et industriels, médicaments).

La prévention des anomalies congénitales occasionnées par la présence de ces facteurs, selon Madeleine Levasseur (1983), se résumerait au contrôle des infections maternelles, de la consommation des médicaments ainsi que de l'exposition aux radiations et aux produits chimiques[157].

c) Le syndrome de mort subite du nourrisson

Ce syndrome occuperait le premier rang au chapitre des décès, si l'on excluait les causes de décès affectant les 2 premières semaines de vie de l'enfant, pour la période allant de 2 semaines à 1 an (The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, 1982)[158]. Ces décès surviennent plus souvent au cours des deuxième et troisième mois de vie et l'incidence est plus élevée chez les prématurés et chez les nourrissons vivant en milieu de pauvreté.

L'étiologie de ces décès est encore indéterminée. Autrefois, on imputait la mort subite et inexpliquée des nourrissons à une obstruction des voies respiratoires résultant d'un grossissement du thymus ou d'une réaction allergique aux protéines du lait, associations qui se sont depuis révélées non fondées. Des hypothèses plus récentes parlent d'un lien entre ce syndrome et l'apnée périodique du sommeil. D'autres causes possibles pourraient être des anomalies du système cardio-vasculaire ou du système nerveux central ou encore des infections virales des voies respiratoires, etc...

Selon différents experts, nous pouvons présentement regrouper les facteurs de risque liés à cette cause de décès de la manière suivante (Santé et Bien-être social Canada, 1983):

- chez la mère:

  . mère de moins de 20 ans
  . mère célibataire
  . grossesses rapprochées
  . cigarette
  . abus de stupéfiants

- chez le nourrisson:

  . enfant mâle (chez les blancs)
  . prématuré/faible poids à la naissance
  . troubles d'allaitement
  . infection respiratoire bénigne
  . grossesse multiple
  . origine amérindienne ou inuit

- facteurs saisonniers

  . peu d'exposition à l'air extérieur
  . mois d'hiver

- facteurs socio-économiques:

  . situation socio-économique difficile des parents (159).

Ce syndrome fait présentement l'objet de recherches intensives à cause de son importance comme cause de mortalité infantile. À l'heure actuelle, la lutte est surtout centrée sur le recours à des appareils de surveillance qui avertissent les parents de nourrissons présentant des états voisins du syndrome de mort subite du nourrisson, des épisodes d'apnée prolongée ou de bradycardie qui pourraient conduire à l'hypoxie ou à la

L'étiologie de ces décès est encore indéterminée. Autrefois, on imputait la mort subite et inexpliquée des nourrissons à une obstruction des voies respiratoires résultant d'un grossissement du thymus ou d'une réaction allergique aux protéines du lait, associations qui se sont depuis révélées non fondées. Des hypothèses plus récentes parlent d'un lien entre ce syndrome et l'apnée périodique du sommeil. D'autres causes possibles pourraient être des anomalies du système cardio-vasculaire ou du système nerveux central ou encore des infections virales des voies respiratoires, etc...

Selon différents experts, nous pouvons présentement regrouper les facteurs de risque liés à cette cause de décès de la manière suivante (Santé et Bien-être social Canada, 1983):

- chez la mère:

  . mère de moins de 20 ans
  . mère célibataire
  . grossesses rapprochées
  . cigarette
  . abus de stupéfiants

- chez le nourrisson:

  . enfant mâle (chez les blancs)
  . prématuré/faible poids à la naissance
  . troubles d'allaitement
  . infection respiratoire bénigne
  . grossesse multiple
  . origine amérindienne ou inuit

- facteurs saisonniers

  . peu d'exposition à l'air extérieur
  . mois d'hiver

- facteurs socio-économiques:

  . situation socio-économique difficile des parents (159).

Ce syndrome fait présentement l'objet de recherches intensives à cause de son importance comme cause de mortalité infantile. À l'heure actuelle, la lutte est surtout centrée sur le recours à des appareils de surveillance qui avertissent les parents de nourrissons présentant des états voisins du syndrome de mort subite du nourrisson, des épisodes d'apnée prolongée ou de bradycardie qui pourraient conduire à l'hypoxie ou à la

mort. Il est possible, par ailleurs, d'éliminer certains facteurs de risque connus, tels que l'inhalation passive de fumée de tabac. L'élimination d'autres facteurs (tels que les polluants de l'air ambiant) est cependant plus problématique (Santé et Bien-être social Canada, 1983)[160].

Des moyens d'intervention ont enfin été élaborés dans le but de soutenir les familles ou les personnes dont un enfant a été victime de ce syndrome, de manière à minimiser au maximum les séquelles psychopathologiques et psychosociales chez ces familles éprouvées (Comité de prévention en santé mentale de l'Hôpital du Haut-Richelieu, 1980)[161].

d) Les maladies respiratoires

Les maladies respiratoires constituent la 4e cause de mortalité chez les moins d'un an. Le syndrome de détresse respiratoire est la cause principale associée aux conditions propres à la période périnatale.

De plus, les pneumonies associées ou consécutives à d'autres infections aiguës (l'otite, la grippe, la laryngite, la trachéite et la bronchite, par exemple) ou à d'autres problèmes tels les anomalies congénitales, la prématurité et l'insuffisance de poids représentent une cause fréquente de mortalité par maladie respiratoire.

Il faut donc viser à assurer une meilleure surveillance médicale, à apporter un support adéquat à l'enfant, à diffuser une information efficace aux parents pour améliorer les conditions qui provoquent un tel décès. D'où l'importance accordée à la prévention de la prématurité, de l'insuffisance de poids et des anomalies congénitales dans une politique de santé qui vise à réduire la mortalité infantile et à augmenter les chances de survie en bonne santé des nouveau-nés.

e) Les accidents

Relativement aux accidents mortels chez les moins d'un an, nous avons une idée un peu plus précise des principales causes de décès en observant le tableau 1.14.

Tableau 1.14

Principales causes de mort accidentelle chez les moins d'un an, Canada, en valeurs absolues et relatives, 1974 à 1978

RANG	CAUSE	DECES ACCIDENTELS N	%
1	Asphyxie	514	66,3
2	Circulation routière	102	13,2
3	Feu (brûlure)	74	9,5
4	Chute	31	4,0
5	Noyade	26	3,4
6	Empoisonnement	12	1,5
-	Ensemble des autres causes	16	2,1
	TOUTES CAUSES	775	100,0

Source:
Conseil canadien de la sécurité (Racette, 1981) [162]

Ce sont donc les asphyxies qui déciment un peu plus des deux tiers, 66,3 % des très jeunes enfants canadiens. La suffocation mécanique chez le tout-petit est due "...soit à l'absorption, l'inhalation de divers liquides ou substances (surtout alimentaires), soit à un étouffement par un objet extérieur (literie, sangles, etc.)" (Morais-Rochon, 1973) [163].

Viennent ensuite les accidents routiers avec 13,2 %, le feu (brûlure) 9,5 %, les chutes 4,0 %, les noyades 3,4 % et enfin les empoisonnements avec 1,5 %. Concernant plus particu-

lièrement les accidents routiers, des études récentes soulignent qu'il y a eu 3 enfants de moins d'un an tués en 1982, 4 enfants tués en 1983 et que la proportion des enfants de moins d'un an décédés en circulation routière a augmenté de 10,5 à 23 % de 1977 à 1981 (164). De façon plus spécifique, on rapporte qu'environ 300 nouveau-nés sont tués dans un accident d'automobile chaque année aux États-Unis après avoir quitté l'hôpital pour se rendre à domicile parce qu'ils ne sont pas attachés dans un siège d'auto pour bébé (L'Archevêque, 1979) (165).

Nous reviendrons plus en détail sur les causes dans la section 1.7.2.2.

1.7.2 La mortalité chez les enfants âgés de 1 à 4 ans

Afin de connaître l'évolution des taux de mortalité au Québec, chez les enfants âgés de plus d'un an, nous ne pouvons malheureusement nous référer qu'aux statistiques concernant les enfants de 1 à 14 ans. Ces statistiques nous apprennent donc que de 439 décès pour 100 000 enfants de 1 à 14 ans en 1930, nous sommes passés à un taux de 43 pour 100 000 en 1980. Ce taux aurait donc subi une baisse de 90,0 %. Cette chute est tout aussi spectaculaire que celle déjà observée au sujet de la mortalité chez l'enfant de moins d'un an (Levasseur, 1983) (166).

Les statistiques québécoises, pour la période de 1979-1980, nous fournissent toutefois le taux de mortalité pour 100 000 habitants chez les enfants de 1 à 4 ans et ce, selon le sexe. Donc, nous savons d'une part que le taux de mortalité général chez les 1 à 4 ans est de 55 pour 100 000 pour les deux années précitées et, d'autre part, qu'il existe une surmortalité masculine, 61 pour 100 000 chez les garçons par rapport à 49 pour 100 000 chez les filles. La différence entre les garçons et les filles s'expliquerait par un surplus d'accidents mortels chez les premiers. Cette différence, dans un rapport de 1,24 chez les 1 à 4 ans au Québec est tout à fait comparable à celle observée en France, où le rapport se situe à 1,25 (Levasseur, 1983) (167), (Ministère de la santé en France, 1984) (168).

1.7.2.1 Les principales causes de mortalité chez les enfants de 1 à 4 ans

Afin d'identifier les causes possibles de décès chez ces jeunes enfants, nous nous référons maintenant à la situation américaine pour l'année 1980 puisque nous n'avons pas eu ce type d'informations pour le Québec ou pour la région L-L.

Ainsi, comme le souligne le tableau 1.15 qui suit, ce sont les accidents qui constituent avec 40,0 % des décès la principale cause de mortalité chez les jeunes américains. La deuxième place appartient aux anomalies congénitales avec 12,5 %, suivie des tumeurs malignes avec 7,0 %, des homicides avec 3,9 % et des pneumonies et influenza avec 3,2 %. Comme on peut l'observer, les causes responsables du plus grand nombre de décès chez cette population sont bien différentes de celles notées chez les moins d'un an.

Tableau 1.15

Principales causes de décès chez les enfants de 1 à 4 ans, selon le nombre de décès, le taux par 100 000 enfants, Etats-Unis, 1980

RANG	CAUSE	CODE CIM-9	NOMBRE	TAUX
1	Accidents et effets adverses (dont les accidents de véhicules-moteurs "E810-E825" constituent plus du tiers avec 1179 décès pour un taux de 9,2/100 000)	E800-E949	3 315	25,9
2	Anomalies congénitales	740-759	1 026	8,0
3	Tumeurs malignes, incluant les tumeurs malignes des tissus lymphatiques et hématopoïétiques (dont les Leucémies "204-208" constituent le tiers avec 188 décès pour un taux de 1,5/100 000)	140-208	573	4,5
4	Homicides et interventions de la force publique[1]	E960-E978	267	2,1
5	Pneumonies et influenza	480-487	267	2,1
-	Autres causes	Tous les autres codes	2 689	21,0
	TOUTES CAUSES		8 187	63,7

(1) Comprend surtout, à cet âge-là, coups et blessures, alimentation insuffisante ou abandon avec intention criminelle, et autres conditions semblables; la composante "intervention de la force publique" est très négligeable.

Source:
National Center for Health Statistics, 1983 [169]

1.7.2.2 Trois des principales causes de décès chez les 1 à 4 ans et certains éléments de prévention

Pour terminer cette section consacrée aux principales causes de mortalité chez les enfants âgés de 1 à 4 ans, nous reprendrons plus en détail l'examen de trois de ces causes, et cela, tout en mettant en relief certains éléments de prévention à privilégier pour en réduire l'incidence.

a) Les accidents

Les accidents sont actuellement la première cause de décès chez les enfants de moins de quatre ans. En observant les données du tableau 1.16, on note qu'en 1974-1978, les accidents en rapport avec la circulation routière occupent la première place représentant le tiers de l'ensemble des morts accidentelles. Suivent les noyades constituant 24,4 % des décès, les brûlures avec 18,8 % et les asphyxies avec 6,7 %. Il est bon de noter que même si les empoisonnements ne représentent que 2,6 % des décès par accident, il n'en demeure pas moins une importante cause de morbidité, justifiant ainsi la quantité de mesures mises en place pour les prévenir*.

C'est en tenant compte de l'importance qu'occupent déjà les accidents dans ce groupe d'âge, de leur évolution grandissante comme principale cause de décès au cours des quelques tranches d'âge subséquentes et de la grande morbidité consécutive à bon nombre d'accidents non mortels qu'on voit immédiatement la place de premier plan que doivent prendre ceux-ci dans le développement des programmes de prévention. Ces programmes viseront à la fois à rendre l'environnement de l'enfant plus sécuritaire et à développer chez les individus (enfants, parents, gardiennes, puéricultrices, etc.) composant notre société, des comportements préventifs à l'égard des diverses causes d'accidents.

1) Les accidents de la circulation routière

Quesnel et Leduc mentionnent que 197 enfants de moins de quatre ans ont été tués comme passagers d'automobile au Québec entre 1968 et 1978, ce qui fait environ 19,7 enfants tués chaque année au Québec. De 1979 à 1981, la moyenne annuelle de décès comme passagers d'automobile était de 11 enfants pour ce même groupe d'âge. Selon le ministère des Transports à Ottawa, le nombre est passé à 9 en 1982 et à 10 en 1983. De plus, les données de la RAAQ** démontrent que 3,4 % des victimes décédées sur les routes comme passagers, ont entre 0 et 4 ans et que ce groupe représente 1,7 % des décès sur les routes du Québec en 1982. Les genres d'accidents les plus fréquents sont les collisions avec un autre véhicule automobile, avec une bicyclette et les accidents piétonniers (170).

Le plus tragique, c'est que l'on pourrait diminuer ces chiffres d'une façon significative. En effet, Reicheiderfer (1976), Hoadley et al. (1981) rapportent qu'une utilisation adéquate des sièges de sécurité pour enfants pourrait sauver 91 % des

---

* Voir section 1.8.6

** Régie de l'assurance automobile du Québec

vies dans un accident d'auto, de même qu'il pourrait réduire les blessures de 60 à 78 %. De plus, une enquête réalisée par Transports Canada révèle que seulement 24 % des enfants de moins de 5 ans profitent, en automobile, de tous les moyens de protection (171).

Ainsi, au Québec, le taux déclaré d'utilisation des dispositifs de sécurité (ceinture de sécurité et dispositif de retenue)* pour le jeune enfant dans un véhicule de promenade, démontre bien qu'il subsiste encore des résistances parmi la population, et cela, malgré les diverses campagnes gouvernementales de sensibilisation, l'obligation légale (depuis avril 1982) pour les moins de 5 ans d'être bouclés s'ils prennent place sur la banquette avant, et la surveillance policière (Régie de l'assurance automobile du Québec, 1984) (172). En effet, une enquête menée par Diane Lacroix et parue en 1983, révèle que pour l'ensemble des individus qui déclarent circuler régulièrement ou occasionnellement avec un enfant de moins de 5 ans:

"- ...moins de la moitié des répondants (37,5 %) déclarent posséder un siège d'auto pour enfant, et 93,2 % de ces personnes indiquent que l'enfant utilise habituellement le siège d'auto;

- 65,6 % des personnes ne possédant pas de siège d'auto et circulant régulièrement ou occasionnellement avec un jeune enfant déclarent que les enfants portent la ceinture de sécurité." (Lacroix, 1983) (173)

Cette même enquête nous apprend, par ailleurs, que les individus qui ne possèdent pas de siège d'auto pour leurs enfants invoquent dans 54,4 % des cas que ce n'est pas nécessaire et dans 29,9 % des cas que l'enfant refuserait d'y prendre place (174).

Si la sécurité routière en automobile retient de plus en plus l'attention de tout le monde, il ne faudrait pas oublier que:

"Dans le vaste champ des actions à entreprendre pour améliorer la sécurité des usagers de la route, la sécurité des cyclistes constitue un problème qu'on ne saurait négliger. Même si les cyclistes ne représentent pas une proportion importante des victimes de la route, les accidents de bicyclettes infligent à la société une lourde perte, en raison du jeune âge des victimes." (Ledoux, 1984) (175)

---

* Voir section 1.8.5

Tableau 1.16

Principales causes de décès accidentels chez les enfants de 1 à 4 ans, selon le nombre de décès et le pourcentage, Canada, 1974 à 1978

RANG	CAUSE	DECES ACCIDENTELS	
		N	%
1	Circulation routière	659	32,3
2	Noyade	498	24,4
3	Feu (brûlure)	383	18,8
4	Asphyxie	137	6,7
5	Chute	90	4,4
6	Véhicule-moteur autre que ceux considérés pour la circulation routière	84	4,1
7	Machinerie (1)	79	3,9
8	Empoisonnement	54	2,6
9	Coup	36	1,8
10	Arme à feu	11	0,5
11	Avion	7	0,3
	TOTAL DES DECES	2 038	

(1) Comprend entre autres les moissonneuses, les batteuses, etc.

Source:
Conseil canadien de la sécurité (Racette, 1981)[176]

2) Les noyades

Après les accidents routiers, les noyades occupent le deuxième rang des décès par accident chez les jeunes enfants. Rappelons aussi que la noyade est la cinquième cause de décès accidentels chez les enfants de moins d'un an (tableau 1.16).

Plusieurs précautions seraient à prendre afin d'éviter les noyades. En termes de prévention, d'une part, on devrait toujours se rappeler qu'on ne doit jamais laisser un bébé ou un enfant âgé de moins de 3 ans seul dans une baignoire et que les jeunes enfants (9 mois à 5 ans) qui se retrouvent dans une piscine, un lac ou une rivière, perdent le sens de l'orientation et s'éloignent du bord au lieu de s'en rapprocher (L'Archevêque, 1979)(177). D'autre part, dans une région où les lacs et les rivières abondent, l'apprentissage précoce de la natation et de la sécurité nautique par l'enfant ainsi que la connaissance des parents de la réanimation de base devraient être davantage généralisées. De plus, il ne faut pas sous-estimer la témérité des enfants d'âge préscolaire qui en sont à une phase d'exploration et d'expérience dans leur environnement. La tentation d'imiter les adultes est souvent plus grande que leur habilité à s'en sortir si un problème survient (Mac Lachlan, 1984)(178).

3) Les brûlures

Les brûlures sont la troisième cause de décès par accident chez les jeunes enfants. Au Canada, entre 1974 et 1978, ce sont 457 enfants de moins de 5 ans qui ont péri dans un incendie (tableaux 1.14 et 1.16).

Outre les incendies, les échaudures provoquent aussi bon nombre de décès. Celles-ci ont fait 159 victimes, entre juillet 1973 et octobre 1977 aux États-Unis; 75,0 % de ces victimes appartenaient au groupe des moins de 5 ans et de plus de 65 ans (L'Archevêque, 1979). Beaucoup de brûlures pourraient être évitées en obturant les prises de courant, en éloignant les tout-petits des fils électriques, des poêles et des fourneaux, en gardant le thermostat d'eau chaude à une température inférieure à 50°C (125°F) et finalement, en se procurant des détecteurs de fumée (L'Archevêque, 1979)(179).

4) L'asphyxie

En quatrième place, on retrouve l'asphyxie avec 6,7 % des décès accidentels canadiens pour la période 1974-1978.

En effet, lorsque l'enfant grandit et devient très mobile, il rencontre plusieurs sources d'asphyxie. Les corps étrangers les plus souvent retrouvés au niveau des bronches sont, par ordre de fréquence, les pièces de monnaie, les morceaux de papier, les punaises, les clous, les épingles, les morceaux de nourriture (arachide et maïs soufflé) et enfin les ballons dégonflés et les crayons de cire (L'Archevêque, 1979) (180).

Par conséquent, il faut s'assurer que ces corps étrangers ne sont pas à la portée des enfants. Ceci dénote donc l'importance d'habiliter les parents à intervenir de façon adéquate dans diverses situations d'urgence ou de crise. À cet effet, plusieurs organismes dispensent des cours de premiers soins et de secourisme (Croix-Rouge et Ambulance St-Jean).

5) La chute

Au Canada, entre 1974 et 1978, 121 décès accidentels par chute sont survenus chez les enfants de moins de 5 ans.

Si chez l'enfant de moins d'un an qui apprend subitement à se tourner, les chutes d'une table ou d'un comptoir sont fréquentes, il faut se méfier, par la suite, des escaliers, surtout avec l'usage répandu des marchettes, des chaises hautes et des lits d'enfants à côté insuffisamment levé (moins des trois-quarts de la hauteur de l'enfant). Il faut cependant noter que le lit à barreaux cesse d'être une protection et devient un risque lorsque l'enfant acquiert l'aptitude d'escalader le côté de lit pour s'en échapper. Les ouvertures (portes, fenêtres) rendues accessibles sont une autre source d'accidents souvent fatals.

> "Aux États-Unis, une étude portant sur l'accroissement du nombre de chutes fatales dont les enfants sont victimes, a mis en lumière le risque que constituent les maisons multifamiliales à plusieurs étages, surtout dans les quartiers d'habitations à loyer modique." (Morais-Rochon, 1973) (181)

Il est donc important que les parents assurent une surveillance suffisante et prêtent attention au bon entretien des escaliers et des endroits dangereux pour l'enfant.

6) La machinerie

La machinerie, particulièrement celle agricole, est un autre facteur de décès accidentels. Malheureusement, nous n'avons aucune statistique sur les accidents causés par la machinerie agricole chez l'enfant. Toutefois, nous savons, et ce, sans distinction d'âge, qu'au Québec, en 1977, le tracteur a tué 20 personnes et en a blessé 107 (L'Archevêque, 1979)(182).

Parmi les erreurs les plus fréquemment commises qui occasionnent des décès et aussi des blessures, on retrouve: le transport sur des chargements élevés (bottes de foin, l'acceptation d'un passager sur un tracteur en marche, la permission donnée à un enfant de jouer avec une machine agricole, se placer entre deux pièces d'équipement en marche qu'on veut relier, etc.) (L'Archevêque, 1979)(183).

Puisque dans notre région l'exploitation agricole a sa place, cette problématique mériterait davantage d'être étudiée.

b) Les anomalies congénitales

Comme le mentionne le tableau 1.15, les anomalies congénitales décrochent la deuxième place chez les enfants âgés de 1-4 ans.

Nous référons le lecteur à la section 1.7.1.4 pour connaître les causes et les éléments préventifs associés à cette cause importante.

c) Les tumeurs malignes

Comme on l'a noté antérieurement au tableau 1.15, les tumeurs malignes (incluant les tumeurs malignes des tissus lymphatiques et hématopoïétiques) occupent la troisième place au niveau de la mortalité dans ce groupe d'âge. Environ le tiers de ces tumeurs malignes est constitué par les leucémies et cette proportion monte à 37,0 % si l'on ajoute les autres tumeurs des tissus lymphatiques et hématopoïétiques (National Center for Health Statistics, 1983)(184). Tant que l'étiologie des tumeurs ne sera pas parfaitement connue, il sera très difficile de mettre en place des mesures préventives. Toutefois, on sait que l'exposition à des radiations durant la grossesse constitue un facteur de risque et qu'il est possible d'agir préventivement à ce niveau en limitant au maximum la prise des radiographies durant cette période.

d) Les infections

En ce qui concerne les maladies infectieuses, les différentes sources statistiques ne font état habituellement que des pneumonies et de l'influenza. En se basant sur des données américaines de 1980, et si l'on regroupe un certain nombre de causes de décès selon diverses maladies infectieuses, on peut obtenir le tableau 1.17 qui suit.

Avec ce tableau, on constate que les méningites et les infections méningococciques réunies sont responsables de près de 40,0 % des décès causés par les maladies infectieuses. Ensuite, ce sont les pneumonies qui sont en cause dans 30,0 % des cas. On retient aussi de ce tableau qu'aucune des maladies visées par les calendriers de vaccination habituels ne s'y retrouve, ce qui confirme l'efficacité de ces calendriers.

En termes de prévention nous savons, d'une part, qu'il existe présentement un vaccin antipneumococcique et un vaccin antiméningococcique. Ces vaccins ne sont toutefois utilisés que dans certaines conditions précises et pour certains groupes particuliers de population. Il est par ailleurs peu probable qu'ils soient éventuellement offerts à la population en général, à moins d'un revirement dans la situation épidémiologique. D'autre part, des mesures de prophylaxie efficaces sont toutefois disponibles et fortement recommandées pour les enfants de ce groupe d'âge qui viennent en contact étroit avec un cas de méningite à méningocoque ou à Haemophilus influenza (American Academy of Pediatrics, 1982) (185).

Tableau 1.17 :

Nombre de décès par diverses causes de maladies infectieuses chez les enfants âgés de 1 à 4 ans, États-Unis, 1983

CAUSE	CIM-9	NOMBRE
Maladies infectieuses et parasitaires dont:	001-139	328
- certaines maladies intestinales	004-009	24
- infections méningococciques	036	110
- septicémie	038	71
Méningites	320-322	223
Bronchites et bronchiolites aiguës	466	54
Pneumonies et influenza dont:	480-487	267
- pneumonies	480-486	255
- influenza	487	12
TOTAL DES DÉCÈS		862

Source :
National Center for Health Statistics, 1983, (186)

1.8 LES PRINCIPALES CAUSES DE MORBIDITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Les causes de morbidité chez l'enfant sont nombreuses et diverses. L'analyse de la répartition des hospitalisations selon les principales causes permet d'évaluer quels sont les problèmes de santé les plus importants. Cette méthode d'analyse a toutefois la lacune de donner priorité aux problèmes dont les déterminants sont biologiques ou qui se manifestent de façon aiguë. Les problèmes psychosociaux, les maladies chroniques, les handicaps, etc., malgré leurs répercussions importantes sur la qualité de vie et le devenir des enfants, sont rarement cités comme diagnostic principal motivant une hospitalisation ou une visite médicale et pourtant, ils sont de plus en plus répandus. Cette section tentera de relever les principales causes de morbidité rencontrées chez les moins de 5 ans.

1.8.1 Le retard de croissance d'origine biologique

La croissance a toujours constitué un excellent indicateur de l'état de santé d'un enfant. Les retards se manifestent principalement sous la forme d'un gain de poids insuffisant chez le nourrisson et d'un gain de taille insuffisant par la suite.

Du point de vue étiologique, il y a lieu de mentionner tout d'abord que tout processus pathologique suffisamment sévère au niveau du métabolisme normal peut entraîner une inhibition de la croissance du corps. Dans le cas d'une maladie aiguë de brève durée, les effets seront absents ou négligeables. Cependant, dans le cas d'affections fréquentes ou prolongées, la croissance sera sûrement entravée d'une certaine manière et l'atteinte pourra même être permanente. Par ailleurs, dans le cas de maladies plus sévères et plus complexes, le retard de croissance pourra n'être qu'une des manifestations pathologiques et pourra même passer presque inaperçu devant la sévérité des autres symptômes.

Les principales causes peuvent être regroupées de la manière suivante (The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, 1982)(187), (Handbook of Pediatrics, 1977)(188), (Collu, 1984)(189).

- les facteurs génétiques
- les anomalies de fonctionnement des principaux systèmes
- les maladies systémiques
- les influences environnementales
- le retard de croissance d'origine inconnue

Il est possible de remédier en tout ou en partie à certains retards de croissance, compte tenu de l'étiologie sous-jacente, de la disponibilité d'un traitement efficace et de la durée du phénomène de retard. Le traitement pourra être aussi simple qu'une correction de la diète ou aussi complexe qu'une transplantation rénale.

On voit donc l'importance de prendre de façon répétée le poids, la taille et la circonférence crânienne et de reporter ces mesures sur une feuille dite de courbe de croissance dans le but de repérer rapidement un retard, de poser un diagnostic précoce et d'appliquer, s'il y a lieu, les mesures correctives appropriées. Il est à noter que cet examen se fait habituellement lors des visites médicales.

1.8.2 Les maladies des organes sensoriels

1.8.2.1 Les troubles auditifs

Les problèmes auditifs les mieux documentés et les plus courants chez l'enfant sont de deux ordres:

- les problèmes de conduction affectant l'oreille externe et/ou l'oreille moyenne;

- les problèmes neurosensoriels affectant l'oreille interne et/ou le nerf auditif.

Il arrive dans certains cas de retrouver chez un même sujet un problème de conduction associé à un problème neurosensoriel. Nous parlons alors d'une atteinte mixte.

Une autre catégorie de troubles auditifs se rajoutera lorsque les problèmes plus spécifiques d'audition entraînant parfois des troubles d'apprentissage ou de compréhension seront mieux connus (par exemple, certains individus avec une audition normale à l'audiogramme peuvent avoir de la difficulté à discriminer certains sons entre eux, ou des difficultés à l'analyse et à la synthèse auditive au niveau des mots, etc.) (Johnson et Myklebust, 1967)[190]. Il s'agit des atteintes plus spécifiques aux aires auditives supérieures ainsi que des différents problèmes d'intégration auditive.

Voyons maintenant plus en détail les deux types de problèmes auditifs les plus répandus.

a) Les problèmes de conduction

Certains auteurs ont évalué à 50,0 % le nombre d'enfants d'un an qui auront eu au moins un épisode d'otites. À 2 ans, le pourcentage augmente à 65,0 %, alors qu'à 3 ans, 75,0 à 90,0 % des enfants auront eu au moins un épisode d'otites et 30,0 %, trois otites et plus (Fortier et al., 1982) (191).

De plus, on note une recrudescence d'otites en période hivernale et une plus forte propension à l'otite chez les enfants en garderie, plus particulièrement semble-t-il, chez les garçons (Fortier et al., 1982) (192).

Quand on aborde le sujet des otites, on se doit de souligner les divergences que l'on rencontre au sujet de son traitement. Tout d'abord, 35,0 à 65,0 % des otites sont séreuses et se résorbent spontanément, sans traitement et sans qu'on puisse prédire dans quels cas ces résolutions spontanées surviendront (Fortier et al., 1982) (193).

Selon leurs écoles de pensée, certains médecins auront tendance à être peu interventionnistes alors que d'autres auront plutôt tendance à intervenir d'emblée.

Pour l'instant, aucun traitement n'a démontré sa capacité de répondre à l'ensemble des problèmes d'otites.

b) Les problèmes neurosensoriels

Les problèmes neurosensoriels se traduisent par une surdité permanente dont la forme et la gravité varient d'un individu à l'autre, allant d'une surdité légère pouvant être sélective sur certains sons à une surdité totale (unilatérale ou bilatérale).

Selon le document de Boudreault et Forget (1984) (194), la surdité neurosensorielle sévère ou profonde aurait une incidence de 1 pour 1000 chez les enfants d'âge préscolaire et ce, incluant les surdités congénitales et acquises. Ils précisent, de plus, qu'en ce qui concerne spécifiquement les surdités congénitales, 1 enfant sur 1500 aurait une perte auditive dès sa naissance. Enfin, ces auteurs spécifient que 75,0 % des surdités permanentes seraient acquises dès l'âge de 3 ans (alors que le langage est encore en voie d'acquisition).

> "Les conséquences d'un tel déficit sensoriel se situent à différents niveaux: développement de la parole et du langage; développement cognitif, émotionnel et social. Or, la gravité de ces conséquences dépend grandement de l'âge auquel le diagnostic de surdité est posé et le processus de réhabilitation engagé. Il est admis de façon générale que l'identification la plus précoce possible est souhaitable. Par identification précoce on entend l'identification de la présence d'un problème auditif important avant 6 mois (ou dès l'apparition dans le cas de surdité acquise). Il est en effet possible de reconnaître avec une précision remarquable le degré et le type de perte auditive dès l'âge de 6 mois. Avant cet âge, on peut toutefois être certain de la présence ou non d'une perte importante.
>
> Si on tarde à découvrir la surdité, on doit s'attendre à des séquelles permanentes , tant du point de vue neurologique que du développement linguistique. Dans les deux cas, les séquelles sont dues à un manque de stimulation durant des périodes critiques de développement. Cette période critique pour le développement neurologique se situe durant les premiers mois de vie (Koegel et Felsenfeld, 1977). De même, les deux premières années constituent une période critique pour le développement du langage." (Boudreault et Forget, 1984) (195)

La prévention primaire des problèmes neurosensoriels passe évidemment par les diverses étiologies en cause, lorsqu'elles sont connues et lorsque des moyens efficaces sont aussi connus (par exemple: vaccination contre la rubéole des femmes en âge de procréer, pratique obstétricale et néonatale adéquates, recours à des antibiotiques non ototoxiques lorsque c'est possible, etc.). L'information aux parents, par exemple lors des cliniques de vaccination, s'inscrit aussi à ce niveau de prévention.

La prévention secondaire pour ce type de problème visera un dépistage précoce de la surdité, de manière à mettre en place rapidement les mesures et moyens d'éducation et de rééducation spécialisés indispensables au développement maximal de l'enfant. Pour ce faire, certaines stratégies peuvent être élaborées tel un suivi audiologique des enfants présentant un risque élevé de surdité.

1.8.2.2 Les troubles visuels

Plusieurs problèmes visuels se manifestent avant l'âge de 5 ans. Une revue de littérature effectuée par le DSC de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme indique que les problèmes visuels importants chez l'enfant de 0 à 5 ans se présentent de la manière suivante (Lajeunesse, Maroist et Robillard, 1981) [196], (Nadon-Tardif et al., 1982) [197]:

Problème	Pourcentage
- strabisme:	1,5 % à 3,0 % des enfants
- amblyopie:	1,0 % à 2,0 % des enfants
- erreurs de réfraction:	10,0 % des enfants se répartissant ainsi: myopie 3,0 % hypermétropie 5,0 % et astigmatisme 3,0 %*
- problème de vision des couleurs:	4,5 % des enfants (8,0 % de garçons et 0,5 % de filles)
- autres pathologies décelables à l'observation (infections, malformations, tumeurs):	1,0 % des enfants

La pathologie importante à rechercher chez l'enfant de cet âge est sans contredit l'amblyopie fonctionnelle. Cette affection qui consiste généralement en une faiblesse de l'acuité visuelle plus ou moins complète au niveau d'un oeil a très peu de chances d'être corrigée après l'âge de 5 ou 6 ans. Les causes de cette affection sont généralement un strabisme (manifeste ou latent) ou une erreur de réfraction plus marquée à un oeil qu'à l'autre. Cependant, elle peut survenir suite à une privation de stimuli visuels soit par cataracte congénitale, opacité de la cornée ou inégalité de réfraction entre les deux yeux.

De plus, il faut noter que les problèmes visuels peuvent avoir des conséquences graves sur le développement de l'enfant: troubles d'apprentissage, problèmes de comportement, lenteur des progrès scolaires, etc.. On estime à 80 % le vo-

---

* Si le total ne correspond pas à 10,0 %, ceci est dû au fait qu'un même enfant peut présenter plus d'une erreur de réfraction.

lume des connaissances dont l'acquisition est tributaire de la vision (Milot, 1977)[198]. La vision influence donc d'une manière prépondérante l'épanouissement de l'enfant tant sur le plan physique que psychique.

Le dépistage des divers problèmes visuels peut se faire au moyen de tests relativement simples et fiables (Bohémier et al., 1981)[199]. Toutefois, parmi les tests les plus connus, peu d'études ont été effectuées pour confirmer leur fiabilité et leur validité. On connaît donc peu la sensibilité et la spécificité de chaque test. Par contre, plusieurs de ces tests sont régulièrement utilisés pour le dépistage et/ou le diagnostic des troubles visuels. En pratique, leur validité n'est pas mise en doute. Les tests les plus répandus sont:

Test	Problème décelé
- simple observation:	infections, malformations, strabisme manifeste, tumeur maligne (rétinoblastome);
- test d'acuité visuelle (par exemple: Snellen E, animaux, etc.):	myopie, hypermétropie, anisométropie, astigmatisme, amblyopie;
- test du reflet cornéen:	strabisme;
- test de l'écran:	strabisme latent, amblyopie;
- test de Titmus (mouche à trois dimensions):	vision stéréoscopique ou en trois dimensions;
- test de Matsubara et d'Ishihara:	perception des couleurs.

Considérant l'importance des problèmes visuels et de ses conséquences à long terme et la facilité de diagnostic et de traitement, plusieurs instances reconnaissent la pertinence de dépister systématiquement les problèmes visuels chez les enfants (Regroupement des sept DSC de la région 03, Association des Ophtalmologistes du Québec, Santé et Bien-être social du Canada)[200]. Compte tenu que les problèmes les plus importants surviennent avant l'âge scolaire, le Comité-Santé des jeunes de la région 06A (1984) recommande d'effectuer le dépistage de l'amblyopie et du strabisme le plus précocément possible et ce, dès les premières années de vie[201].

1.8.3 Les maladies de l'appareil respiratoire

Chez les enfants de moins de 5 ans, les maladies de l'appareil respiratoire représentent une part très importante des consultations auprès des médecins. Selon les données de la Régie de l'assurance-maladie, pour l'année 1982, les maladies de l'appareil respiratoire viennent au premier rang avec un pourcentage de 28,8 %, l'équivalent de 680 774 examens sur un total de 2 361 192 (tableau 1.18). Si ces maladies n'entraînent plus aujourd'hui la mortalité d'autrefois, elles constituent toutefois d'importantes causes de morbidité. Il demeure que les affections des voies respiratoires s'avèrent le problème de santé le plus fréquent chez les enfants dont l'infection aiguë des voies respiratoires supérieures, la grippe et l'amygdalite aiguë (202).

À l'heure actuelle, on ne connaît pas de moyen préventif efficace pour diminuer ces problèmes.

Par rapport à l'asthme en particulier, il est difficile à prévenir comme la majorité des maladies allergiques. Cependant, l'allaitement au sein et le contrôle des facteurs allergènes de l'environnement pendant la grossesse et les premières années de vie joueraient un rôle préventif. On sait de plus que les crises sont favorisées par les infections des voies respiratoires. La pollution atmosphérique et les troubles émotionnels ou psychiques seraient étroitement liés à ce type de problèmes respiratoires (Levasseur, 1983) (203). Par ailleurs des recherches démontrent une relation entre l'usage du tabac chez les parents et la prévalence d'affections des voies respiratoires chez leurs enfants (Fergusson et al., 1981; Bonham et al., 1981; Gortmaker et al., 1982) (204), (Levasseur, 1983) (205).

1.8.4 Les handicaps physiques et mentaux

Les enfants handicapés ou atteints d'une déficience physique ou mentale, parfois les deux, n'ont pas tous été victimes d'accidents. En effet, de nombreux problèmes chez ces enfants ont leur origine durant la période périnatale (paralysie cérébrale, retard mental, cécité, surdité, malformation congénitale, retard de développement, dysfonctionnement cérébral mineur, etc.).

Lescop (1982) nous signale qu'il est difficile d'obtenir des chiffres pour le Québec. Aux États-Unis, 10 à 15 % des enfants sont handicapés ou porteurs d'une maladie chronique. Le degré d'incapacité chez ces enfants est sévère dans 12 à 17 % des cas et modéré dans 34 à 50 % des cas (206).

Si certaines anomalies génétiques ne peuvent être prévenues en cours de grossesse, on peut cependant agir au niveau de certaines anomalies congénitales, de la prématurité et de l'insuffisance de poids à la naissance. Selon un avis préparé par Ginette Beaulieu pour le compte du CASF (1983):

> "Au premier plan, les actions préventives devraient d'abord viser à réduire l'incidence de la prématurité et de l'insuffisance de poids à la naissance en mettant l'accent sur les habitudes de vie ainsi que sur les conditions sociales et économiques de la mère." (209)

Après la naissance, la prévention doit cependant se poursuivre puisque les accidents (traumatismes crâniens), les intoxications et les infections peuvent, eux aussi, endommager le cerveau et ainsi conduire à des handicaps physiques, mentaux ou sensoriels.

Malgré tous les efforts de prévention, il y aura malheureusement toujours des enfants handicapés. Il nous faudra donc tout mettre en oeuvre pour favoriser l'intégration de ces enfants dans leur famille et dans la société.

L'arrivée d'un enfant handicapé provoque une situation de crise dans la famille. Les parents nient d'abord le problème:

> "L'esprit humain essaie toujours de nier ce qui lui semble inacceptable... Cela peut sembler vain de nier l'évidence. Mais il faut plutôt voir là une ressource de l'individu qui se donne ainsi du temps pour mieux absorber le choc." (Revue Notre-Dame, 1981) (210)

Ce sont d'abord les parents qui ont besoin de support pour accepter et ensuite pour faire face à la situation. En grandissant, l'enfant handicapé aura lui aussi besoin de support pour pouvoir s'intégrer dans la communauté (amis, lieux publics, garderies...). Les difficultés de ces enfants diffèrent selon le type de handicaps mais ils auront toutefois tous besoin de support. Les autres enfants de la famille vivent également des difficultés. Ces derniers ont tendance à se sentir responsables de leur frère ou de leur soeur handicapé(e), ce qui les amène souvent à avoir des conflits avec leur entourage.

C'est donc toute la famille (père, mère, frère, soeur, enfant handicapé) qui a besoin d'aide et de support.

1.8.5 Les accidents routiers

Les enfants de moins de cinq ans sont des victimes faciles et combien fragiles dans les accidents d'automobile.

Selon les données issues du rapport statistique de la RAAQ pour l'année 1982, on note que sur les 70 enfants âgés de 1-4 ans blessés gravement sur les routes, 25 le sont comme passagers (35,7 %) tandis que sur les 625 blessés légèrement, 420 le sont aussi comme passagers (67,2 %)(211). On souligne en plus que 90 % des jeunes de moins de 5 ans se promènent en véhicule sans protection (212).

Pourtant, on met sur pied de plus en plus de programmes d'information pour les parents et les futurs parents afin de les aider à choisir et à installer correctement porte-bébé, siège pour enfants ou coussin d'appoint.

Certains hôpitaux insistent sur l'importance d'avoir un porte-bébé à la naissance de l'enfant. On encourage à acheter ou à louer un tel siège avant que le bébé ne quitte l'hôpital. Depuis quelques années, des programmes de vente ou de location de sièges d'auto ont été implantés sur quelques territoires de CLSC et de DSC avec l'appui de la Ligue de Sécurité du Québec.

Dans le but d'améliorer l'état de santé des jeunes enfants de moins de 5 ans, le Département de santé communautaire de Laval lançait en juin 1985 le projet POUSSIN (promotion, obtention, utilisation de sièges de sécurité individualisés dès la naissance). Ce projet suggère aux parents de présenter aux enfants le siège de sécurité comme un cadeau. Cette idée de cadeau utilisée tout au long de ce projet éducatif véhicule une approche positive dans le domaine de la sécurité des jeunes. Elle permet l'utilisation du siège de sécurité auprès des jeunes comme une activité plaisante et intéressante autant pour les parents que pour les enfants (213).

Pour promouvoir l'utilisation des sièges de sécurité, on propose:

- un programme de location de porte-bébé (à 1$ par mois)
- un programme de pose de boulons d'ancrage gratuite (plus de 30 garages sont associés à ce projet)
- une leçon sur l'utilisation adéquate du siège de sécurité à la sortie de l'hôpital.

Une étude récente démontre d'ailleurs que les enfants transportés dans un siège ne sont pas plus turbulents que ceux qui sont libres de se promener un peu partout dans la voiture. En fait, ce serait le contraire! (214)

1.8.6 Les intoxications

Chaque année au Québec, 10 000 enfants s'intoxiquent en absorbant des médicaments, des produits d'entretien ménager ou des substances toxiques.

Sansfaçon et Phaneuf (1982) précisent que 70 % des cas d'intoxication surviennent chez des enfants et les neuf dixièmes de ces enfants sont âgés de moins de 6 ans (215). Pour l'année 1982, 4 458 cas d'intoxications ont été rapportés au Centre de Toxicologie de Québec; 35 % des personnes intoxiquées étaient âgées entre 24 mois et 5 ans (216).

Si les intoxications causent peu de décès, elles sont pourtant responsables en 1979 de 27,0 % des hospitalisations chez les enfants de 1 à 4 ans (Chicoine, Parent et Rollin, 1979) (217). Au Canada, entre 1974 et 1978, 66 décès chez des enfants de moins de quatre ans étaient causés par l'empoisonnement (tableaux 1.14 et 1.16). Selon Thérèse Morais-Rochon (1973), pour chaque décès attribuable à l'intoxication, de 300 à 1000 cas d'ingestion de substances nocives sont traités (218).

L'enfant d'âge préscolaire et particulièrement celui qui est âgé de 10 à 36 mois, présente toutes les caractéristiques qui en font un sujet extrêmement vulnérable. En effet, pour satisfaire leur curiosité, les jeunes enfants ont besoin de voir, de toucher, souvent même de porter à leur bouche tout ce qui leur tombe sous la main. L'enfant acquerra une certaine immunité face aux intoxications qu'après l'âge de 4 ans, grâce à son expérience, sa capacité de compréhension et l'acquisition d'une certaine prudence (Chicoine, Parent et Rollin, 1979) (219).

La maison constitue donc le terrain de prédilection pour les découvertes, particulièrement la cuisine, la salle de bain et la chambre à coucher des parents ou des autres adultes. Au nombre des principaux produits en cause, on retrouve les laxatifs, les contraceptifs, les vitamines, les antiseptiques, les cosmétiques, les plantes, les engrais et les produits de nettoyage non corrosifs pour n'en nommer que quelques-uns.

On recommande une plus grande utilisation des médias d'information pour sensibiliser adéquatement les parents aux problèmes

des intoxications. Sur le plan préventif, en ce qui concerne spécifiquement les médicaments, les recommandations suivantes peuvent s'adresser à la fois aux parents, aux pharmaciens et même aux médecins:

- réduire l'emploi des produits sans prescription à utilité faible ou nulle (sirops, liniments, digestifs, etc.);

- réduire le nombre et la quantité des médicaments prescrits;

- inscription claire du nom de l'utilisateur, de la date de prescription, du dosage, de la posologie, et de la quantité sur le flacon;

- usage de contenants sécuritaires (controversé et peu répandu car les principaux utilisateurs, personnes âgées ou affaiblies, parfois à la vue basse, ont autant de mal à les ouvrir que les enfants);

- les garder hors de la vue des enfants, hors d'atteinte et sous clef;

- jeter dans les toilettes (et non dans la poubelle) les médicaments périmés ou inutilisés;

- ne jamais appeler le médicament "un bonbon";

- utiliser les Centres anti-poison ou centres d'urgence le plus près;

- garder à portée de la main du sirop d'Ipéca (30 ml), pour induire un vomissement précoce, si le Centre anti-poison contacté est d'accord (éviter la contre-indication). Une meilleure éducation sur le sirop, hautement reconnu pour son efficacité contre les empoisonnements, serait souhaitable.

Au sujet des produits toxiques non médicamenteux, il est fortement suggéré de laisser les produits dans leur contenant d'origine, hors de la vue et de la portée des enfants. Il faut aussi prévenir les enfants de ne pas manger certaines variétés de plantes d'appartement, tel de dieffenbachia et le poinsettia qui possèdent un feuillage toxique, voire même à éliminer ces plantes de l'environnement de l'enfant.

Finalement, mentionnons que Gagné et Malenfant (1984) relatent une expérience fructueuse d'éducation préventive sur le problè-

me des intoxications auprès d'enfants de moins de 5 ans en milieu de garderie. Le programme développé par le Centre national anti-poison et réalisé auprès d'enfants âgés de 30 à 60 mois visait à enseigner à ces enfants trois concepts de base: où est le poison?, qu'est-ce qu'un poison? et comment éviter les poisons? (220).

1.8.7 Les problèmes bucco-dentaires du jeune enfant et les orientations à préconiser

Dans notre région, comme dans tout le Québec, il est reconnu que la carie dentaire s'avère un problème important, et ce, dès le plus jeune âge. Chez le jeune enfant de 6 mois à 2 ans, on parle de la carie du biberon appelée aussi le syndrome du biberon. "Il est appelé ainsi par ce que la cause la plus fréquente de ce phénomène est l'usage inconsidéré du biberon" (Brunet-Rhéaume, 1982) (221). Ce syndrome a aussi été noté chez des enfants à qui on avait donné des tétines trempées dans une substance très sucrée, comme le miel (222). Selon différentes études, il semble qu'environ 3,0 % des enfants soient atteints de ce syndrome. Par ailleurs, ces derniers proviennent de toutes les classes de la société (223).

Il est important que la carie du biberon soit diagnostiquée tôt, car la carie évolue très vite. Malheureusement, les parents consultent le dentiste souvent trop tard. Soulignons que les parents ont souvent de la difficulté à accepter la cause réelle de ce problème qui est liée au fait que, même si l'enfant peut avoir lui-même l'habitude de dormir avec un biberon, bien souvent "...ce sont les parents qui ont recours à ce moyen pour mettre au lit un enfant qui refuse d'aller se coucher" (Brunet-Rhéaume, 1982) (224).

Les problèmes bucco-dentaires les plus fréquents, chez les enfants de 1 à 5 ans, sont la carie et les troubles de malocclusion.

Selon un rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (1977) la moyenne québécoise des dents cariées, particulièrement chez les enfants de 3 ans, se situait à 1,5 par rapport à 1,0 pour l'ensemble du Canada (225). Les facteurs prédisposants à la carie dentaire sont largement reconnus. On retrouve donc l'absence ou l'insuffisance de mesures d'hygiène dentaire, une trop grande consommation et une trop grande fréquence d'ingestion d'aliments cariogènes (friandises, jus sucrés, etc.) et l'absence ou l'insuffisance d'absorption de fluor. La carie dentaire peut aussi se développer, de façon plus importante, chez les enfants ayant certaines difficultés respiratoires et qui ont pris l'habitude de respirer par la bouche. Ces

viendrait d'une approche où les activités viseraient systématiquement autant l'ensemble de la famille que l'enfant lui-même. Malheureusement les liens qui unissent les services en périnatalité, santé maternelle et infantile et ceux de santé dentaire sont presque inexistants. Pourtant, ces deux services ont la même préoccupation, c.-à-d. de promouvoir la santé des jeunes familles. La santé dentaire fait partie de tout un concept de santé globale et nous ne pourrons le comprendre et l'améliorer qu'en le situant concrètement dans un contexte de vie à la fois bio-psycho-social et quotidien.

Selon le docteur Kandelman (1982) de l'Université de Montréal, c'est avec la collaboration de différents programmes de santé que des efforts devront être poursuivis dans les directions suivantes:

- promotion de la fluoration de l'eau*;
- promotion d'une alimentation non cariogène;
- prise en charge plus efficace des groupes de population à risque:
  . enfants handicapés
  . femmes enceintes
- améliorer la spécificité de l'information;
- participation de la population par l'intermédiaire des groupements qui la représentent;
- favoriser l'installation des dentistes dans les régions rurales;
- appliquer un programme de prévention composé de mesures complémentaires bien réparties entre le secteur privé et le réseau de la santé communautaire (231).

1.8.8 L'enfant négligé-maltraité-abusé sexuellement

Le mauvais traitement fait à l'enfant est loin d'être un problème nouveau ou méconnu. Nous verrons donc, de façon succinte, comment on définit ce phénomène, son importance au Québec et dans notre région, ses causes ainsi que les caractéristiques de l'enfant maltraité et du milieu à risque.

---

* On reconnaît aujourd'hui que l'indice CAO (somme des dents permanentes cariées, absentes à cause de carie et obturées) est beaucoup plus bas dans les régions où l'eau est fluorée. Selon Benoit Lafontaine, responsable de la santé dentaire au MAS, la proportion de la population québécoise pouvant bénéficier d'eau fluorée est d'environ 10,0 % en 1984.

1.8.8.1 Les définitions

Les définitions varient selon les auteurs. En général, on entend par mauvais traitement tout traitement par lequel le développement de l'enfant est retardé ou entravé sur le plan physique, mental ou émotif.

On distingue deux catégories principales soit celle des abus et celle de la négligence. Et, de plus, chacune de ces catégories comporte différentes formes de mauvais traitements. La littérature (Martin et Messier, 1981)(232), (Paiement, 1983)(233), définit plusieurs formes d'abus et de négligence:

A. Les abus

1) L'abus physique

C'est la forme d'abus la plus connue. Il y a abus lorsqu'une blessure physique est infligée à l'enfant.

2) L'abus verbal

Dans cette forme d'abus, les mots sont utilisés comme des armes. Il s'agit de messages négatifs donnés à l'enfant de façon répétée et fréquente et qui risquent d'affecter son identité personnelle.

3) L'abus psychologique

Contrairement à l'abus verbal, ce n'est pas le mot qui blesse l'enfant mais les émotions qui se cachent derrière. Ce comportement s'actualise, par exemple, par des menaces ou des doubles-messages adressés à l'enfant de façon répétitive et fréquente.

Cette forme d'abus est parmi celles les moins étudiées sauf qu'on reconnaît de plus en plus son importance.

4) L'abus sexuel

Cette forme d'abus est celle la plus socialement condamnée. Elle met toujours en jeu un adulte et un enfant et l'adulte impliqué en tirera une satisfaction sexuelle. Il peut s'agir de situations d'inceste, d'agressions sexuelles, d'attouchements sexuels et de jeux sexuels. Il est à noter que ces abus ne se font pas nécessairement dans un contexte de violence entre l'adulte et l'enfant.

B. La négligence

1) La négligence physique

Dans cette situation, le parent omet de répondre aux besoins

physiques de l'enfant, en négligeant de lui donner, par exemple:

- des soins médicaux;
- des soins alimentaires;
- des soins vestimentaires;
- des soins d'hygiène;
- des soins de surveillance.

2) La négligence émotionnelle

Dans ce cas, le parent omet de répondre aux besoins émotifs de son enfant. Cette négligence peut être décrite comme une sorte d'indifférence entre le parent et l'enfant.

Même si ces définitions du mauvais traitement sont larges, au plan légal quelques restrictions sont apportées.

Ainsi, au Québec, lorsqu'on parle d'enfants victimes de mauvais traitements, on se réfère à l'article 38, alinéa f) de la Loi sur la protection de la jeunesse (loi 24). Suivant cet article, peut être confié au Directeur de la Protection de la jeunesse, un enfant qui: "...est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par la suite d'excès ou de négligence...".

Selon les recherches publiées par le Comité de la protection de la jeunesse (CPJ), (1981)[234] [235] et les Centres des services sociaux (CSS), (1980) [236], on reconnaît certaines catégories dans les mauvais traitements:

- l'abus physique;
- la négligence;
- les multisévices;
- l'abus sexuel.

Les situations à risque élevé de mauvais traitements sont classifiées dans d'autres alinéas que l'article 38f.

Enfin, le Comité de la protection de la jeunesse retient trois critères pour déterminer s'il s'agit d'un cas de mauvais traitements:

1. qu'il y ait atteinte à l'intégrité physique de l'enfant;
2. que cette atteinte soit infligée de manière non accidentelle;
3. par les parents ou toute autre personne.

1.8.8.2 Des statistiques québécoises et régionales

De 1979 à 1981, il y a eu respectivement 4 179, 3 697 et 2 999 enfanst signalés et retenus au Québec selon l'article 38f par la Direction de la Protection de la jeunesse[237].

Selon les données de 1981, on retrouve approximativement par année, un enfant québécois maltraité par 3 000 personnes de population (238)(239). Ces données représentent les cas déclarés et retenus par le CPJ. Il est donc évident que ce portrait sous-estime la réalité, certains auteurs estimant que ce phénomène touche 1 famille sur 10(240).

De 1979 à 1981, on remarque une diminution des cas de négligence, alors que les cas d'abus sexuels augmentent de façon significative (13 à 23 %). Quant à la nature des sévices, les abus physiques sont les cas les plus retenus par la DPJ. Ce type de sévices est plus difficile à camoufler comparativement aux abus ou attouchements sexuels ou à certains types de négligence. En 1980, les abus sexuels et physiques représentent près de 80 % des cas retenus par la DPJ. La répartition des cas par groupe d'âge (1979, 1980, 1981) démontre que les catégories de 14 à 17 ans et de 0 à 5 ans sont DOMINANTES, (28,9 et 26,6 %). C'est dans la catégorie des 6 à 9 ans que le pourcentage de sévices est le plus faible (241) (242).

Au plan régional, Christiane Brisebois et Alexandre Zénié (1980), citent que "... presque 3 familles sur 1000 sont concernées par la problématique d'enfants maltraités dans la sous-région Laurentides et 2 familles sur 1000 dans la sous-région De Lanaudière" (243). Par ailleurs, on note que la région Laurentides-De Lanaudière a relativement plus d'enfants abusés victimes de mauvais traitements que l'ensemble de la province, alors que la négligence et les situations à risque élevé sont observées dans de plus faibles proportions.

A l'aide du tableau 1.20, nous connaissons le nombre de signalements des enfants âgés de 0 à 5 ans des deux sous-régions pour la période s'étalant du 01-04-1983 au 31-03-1984. Compte tenu d'effectifs de population semblables des 0 à 5 ans, dans les deux sous-régions, on remarque que la proportion des signalements dans la sous-région des Laurentides (60,4 %) est de 1,5 fois plus grande que dans celle De Lanaudière (39,6 %).

Il est important de souligner que toutes les données précédentes sont issues de cas déclarés. Sachant qu'il y a une sous-déclaration dans ce genre de problèmes, surtout en ce qui a trait à l'abus sexuel, nous ne faisons peut-être face qu'à la pointe de l'iceberg.

Tableau 1.20

Répartition des signalements, selon l'article 38 f) pour l'ensemble des enfants âgés de 0 à 5 ans au moment du signalement, sous-région, région L-L, en valeurs absolues et relatives, 01-04-1983 au 31-03-1984

TERRITOIRE	SIGNALEMENT	
	N	%
LAURENTIDES	61	60,4
DE LANAUDIERE	40	39,6
REGION L-L	101	100,0

Source:
Centre des services sociaux Laurentides-Lanaudière, 01-04-1983 au 31-03-1984.

1.8.8.3 Les facteurs de risque

On retrouve dans la littérature, plusieurs facteurs explicatifs des mauvais traitements d'enfants. Il n'y a pas de profil classique d'enfant maltraité ou de famille abusive. Chaque situation est particulière et implique une évaluation individuelle.

Habituellement, on juge une situation à risque de mauvais traitements lorsque différents signes sont associés. Chacun des indices pris isolément n'a aucune valeur prédictive; ils sont plutôt tous les éléments composant une situation de stress.

Des grilles de risque pour des fins de dépistage ont été élaborées et validées (Benedict et al., 1985; Gray et al., 1977; Helfer et Kempe, 1968; Murphy et al., 1985; Soumenkoff et al., 1983; Weder et al., 1983).

Quelques-unes concernent la période prénatale alors que d'autres visent le dépistage lors de l'hospitalisation pour l'accouchement et durant la période post-partum. Évidemment, il y a des similarités entre les grilles malgré que chacune offre ses propres particularités.

Le tableau 1.21 illustre bien les différentes facettes de ce problème et fait état de la pensée actuelle des recherches, orientée dans une perspective écologique (Belsky, 1980; Bouchard, 1984; Garbarino, 1977, 1980).

Ce tableau met en évidence les multiples inter-relations entre les facteurs de risque, soulignant ainsi la complexité du dépistage et de l'intervention. Il résume les principaux facteurs de risque que nous retrouvons dans la littérature.

Plusieurs recherches ont démontré l'importance des facteurs de vulnérabilité reliés à l'enfant ou au(x) parent(s) (Helfer et Kempe, 1968; Ouellet, 1975; Martin et al., 1974). Toutefois, les études récentes sur les parents abusifs se situent de plus en plus dans une perspective écologique en ce sens que l'abus et la négligence sont considérés comme un phénomène social déterminé par un ensemble de facteurs (Belsky, 1980)[244]. Cette approche resitue l'éducation des enfants dans un contexte global où ce ne sont pas que les parents qui sont responsables du succès ou de l'échec de leur éducation mais où le rôle de l'environnement physique et social est considéré.

À ce sujet, plusieurs recherches québécoises et américaines ont démontré l'importance des facteurs socio-démographiques et économiques dans la variance des mauvais traitements (Bouchard, 1981; Martin et Messier, 1981). Plusieurs éléments en ressortent tels que les parents abusifs sont plus pauvres, ont moins de scolarité et sont plus souvent sans emploi (Bouchard, 1984; Gil, 1975; Pelton, 1981; Sattin et Miller, 1971). Toutefois, comme le dit Bouchard (1984), la pauvreté n'est pas le seul facteur causal car il existe de l'abus dans les milieux plus aisés et certains milieux pauvres ont des taux de mauvais traitements très bas. Garbarino et Scherman (1980) ainsi que Bouchard (1984) ont donc contrôlé, dans leurs recherches, les variables démographiques et économiques pour mesurer l'importance des variables environnementales dans la variance des taux d'abus. Leurs résultats sont les mêmes: isolement, peu de consultations auprès de professionnels, manque de support, insatisfaction au travail et perception négative de la famille et du voisinage chez les mères du quartier à haut risque.

Tableau 1.21

Facteurs de risque relatifs à l'enfance maltraitée

FACTEURS DE RISQUE

- attitudes face à la violence
- attitudes envers l'enfant
- inégalités sociales et économiques

FACTEURS DE STRESS SUR LE PLAN FAMILIAL

ENFANT

- handicap physique, mental
- anomalies congénitales
- troubles de comportement
- prématurité/petits poids à la naissance
- enfant ne répondant pas aux attentes des parents

ORGANISATION SOCIO-FAMILIALE

- situation socio-économique
  - pauvreté
  - chômage
- relations parentales
  - divorce
  - mésentente, violence
- relations parents-enfants
  - problème d'attachement, enfant non désiré
  - attitude punitive: réactions hostiles ou passives à l'égard de l'enfant
  - attentes irréalistes vis-à-vis l'enfant
- relations famille-milieu
  - isolement, absence de réseau de support social

PARENT

- antécédents d'abus
- faible estime de soi
- problème psychiatrique
- ignorance des normes d'éducation

FACTEURS DÉCLENCHANTS

- perte d'emploi
- conflit familial
- problème aigu
- phase critique dans la vie de famille (grossesse, accouchement difficile, etc.)

MAUVAIS TRAITEMENTS

Ainsi, le fait de subir des stress psychologiques, économiques, etc., et de n'avoir personne vers qui se tourner constitue un prédicteur d'apparition d'abus envers les enfants. On parle alors d'isolement par rapport à un système de support social. Quelques études ont tenté de mieux connaître les réseaux de support personnel des parents abusifs et/ou à risque d'abus (Bouchard, 1984; Giovannoni et Bellingsley, 1970; Polansky, 1979; Salzinger, Kaplan et Artemyeff, 1983). Leurs conclusions se rejoignent: on retrouve une problématique de pauvreté économique, d'isolement, d'environnement social peu supportant et de réseau de support personnel centré sur la famille où la densité des relations entre la famille et les autres sous-groupes est faible. Jobin (1985) identifie chez une population québécoise des milieux à risque et tente de mieux cerner leurs besoins de support et leurs caractéristiques écologiques. Il en ressort que les réseaux de support des parents des milieux à risque élevé sont principalement composés de la famille, de la belle-famille et des amis. Ce sont des réseaux denses et durables qui apportent surtout un support au niveau de l'assistance physique, de la socialisation et des interventions intimes. Les feed-back positifs, les conseils, les informations et l'aide matérielle sont jugés moins importants.

Ce type de réseau peut être riche mais il comporte aussi un inconvénient. Comme le dit Guay (1984)[245] les personnes doivent se conformer aux normes et aux valeurs du groupe pour recevoir de l'aide. Si le support reçu a pour effet de renforcer l'abus, alors il y a un problème. Ces résultats amènent Jobin (1985) à croire qu'il est nécessaire d'intervenir auprès de ces familles en diminuant leurs stress vécus et en les intégrant davantage à leur environnement communautaire.

1.8.8.4 Un profil de l'enfant maltraité et du milieu à risque élevé de mauvais traitements

a) L'enfant maltraité

Selon une étude du CPJ (1981)[246] il y a, pour l'ensemble des enfants maltraités, une proportion un peu plus grande de garçons que de filles (54 % contre 46 %). Toutefois, la représentation selon les sexes varie selon la nature des mauvais traitements. Par exemple, pour les abus sexuels, quatre enfants ou jeunes signalés sur cinq (80 %) sont des filles[247].

La majorité des cas d'enfants maltraités le sont dans leur famille ou dans leur milieu de vie: école, centre d'accueil, garderie, etc. (94 %). Nous retrouvons des enfants victimes de violence ou de négligence dans toutes les couches de population.

Finalement, un peu plus de la moitié de ces enfants, soit 55 %, habitent avec leurs deux parents; 28 % proviennent de familles monoparentales; 13 % habitent avec un seul parent et son partenaire et 4 % vivent hors de leur famille naturelle.

b) Milieu à risque élevé de mauvais traitements

Selon l'étude du CPJ (1981) [248], la situation économique de plus de la moitié de ces familles est des plus précaires: 52 % seulement des chefs de famille ont un emploi à temps plein hors de lamaison, 45 % vivent de l'aide sociale, 60 % ont un revenu annuel de moins de $6 000 et 9 % des familles ont un revenu comparable au revenu moyen québécois.

Pourtant, la pauvreté n'est pas le seul facteur causal car on retrouve de l'abus dans les milieux aisés, et des milieux défavorisés ont des taux d'enfants maltraités très bas (Bouchard, 1984).

C'est pourquoi, des études (Garbarino et Scherman, 1980; Bouchard, 1984) ont tenté de mieux cerner d'autres caractéristiques écologiques de ces milieux. De ces études, l'isolement des familles et particulièrement l'isolement par rapport à un système de support social ressort comme un élément central. Ce sont des familles dont le réseau est caractérisé par des relations familiales et qui ont peu de contact avec l'extérieur.

Selon le CPJ (1981) [249], d'autres problèmes sont décelés dans les familles des victimes de mauvais traitements: l'alcoolisme (dans 29 % des familles) et la violence faite à la femme (15 %). Dans plusieurs cas, les mauvais traitements sont reliés à des méthodes disciplinaires disproportionnées (18 %).

1.8.8.5 Les conséquences des mauvais traitements

Quelques chercheurs se sont questionnés sur le devenir des enfants maltraités. En fait, ils ont tenté de répondre aux questions suivantes:

- Quels effets l'abus et la négligence ont-ils sur la santé physique de l'enfant?

- Quels effets ont-ils sur son développement cognitif, émotif, social et sur son comportement?

- Quel adulte devient un enfantvictime de mauvais traitements?

Malgré les difficultés méthodologiques que posent de telles recherches, des études ont tenté de répondre à ces questions. En effet, 33 % des enfants (Garant, 1981) sont introuvables après cinq ans et les parents qui acceptent de collaborer ne sont pas nécessairement représentatifs.

Les conséquences des mauvais traitements sur le développement de l'enfant varient selon les facteurs suivants (Garant, 1981):

- la nature du mauvais traitement: abus (troubles de comportement) ou négligence (retards de développement);

- l'âge de l'enfant. Plus il est jeune, plus il est vulnérable car il ne peut demander de l'aide;

- fréquence et gravité des actes abusifs: traumatismes accidentels, chronicité;

- potentiel intrinsèque de l'enfant: Q.I., caractère combatif, handicaps;

- environnement familial: équilibre émotif des parents, support des autres membres de la famille à l'égard de l'enfant, mesures curatives offertes à la famille.

Pearce et Malsh (1984) et Garant (1981) ont effectué une revue de littérature sur les études menées sur ce sujet au cours des dix dernières années. Ce sont les résultats de ces études que nous rapportons ici.

Les séquelles chez les enfants maltraités peuvent être immédiates ou à long terme. De plus, elles peuvent avoir un impact tant sur leur santé physique que sur leur santé psychologique.

A COURT TERME, les principales répercussions sont:

Au plan du développement

- Retard de croissance, du développement moteur, du développement cognitif et du langage.
  Selon différentes études, ces retards peuvent toucher entre 40 et 80 % des enfants maltraités.

Au plan physique

- Invalidité partielle ou totale: ecchymoses, fractures, blessures, coma, etc..
  Ces séquelles concernent les enfants victimes d'abus physiques et sexuels;

- La mort.

Aux plans psychologique et social

- Troubles d'apprentissage;

- Problèmes de comportement divers: méfiance, difficulté de relations interpersonnelles, agressivité, nervosité, hyperactivité, certaines réactions traumatiques et comportements provocateurs;

- Autres problèmes psychologiques: insomnie, tristesse, dépression, repli sur soi, anxiété plus grande face à la séparation réelle ou appréhendée avec la mère, auto-dépréciation;

- Problèmes psychiatriques. Selon les études, les symptômes psychiatriques sont reliés à la perception qu'a l'enfant de la permanence de sa situation. Ainsi, les enfants qui demeurent dans des milieux perturbés avec des parents qui manifestent des sentiments de rejet ou qui utilisent des punitions physiques sont plus sujets à de tels troubles que ceux qui demeurent dans des milieux moins perturbés.

A LONG TERME, les effets peuvent être:

- Retard intellectuel causé par les lésions du système nerveux central;

- Troubles neurologiques;

- Troubles du langage et de la parole.
  Des études démontrent que 32 % des enfants victimes d'abus physiques ont un retard de langage et ce, même après traitement;

- Retard de développement psycho-moteur et de croissance. Selon certaines études, environ 20 % des enfants, cinq ans après l'identification, manifestent encore de tels problèmes;

- Troubles de comportement divers: les enfants maltraités sont décrits comme étant agressifs ou très inhibés, repliés, craintifs et peu sociables. Certains enfants peuvent manifester des comportements auto-destructeurs. Aussi, les enfants maltraités sont plus désobéissants que les autres;

- Inadaptations scolaires. Ces dernières se manifestent par des résultats scolaires insuffisants liés à un manque d'attention, à de l'hyperactivité, etc.. Il peut aussi y avoir des difficultés d'apprentissage spécifiques telles les troubles de langage, ainsi que des problèmes de comportement avec les pairs et les professeurs. Ces difficultés sont importantes car environ 7 enfants sur 10 sont concernés;

- Risque de perpétuer (à leur tour) les mauvais traitements;

- Apprend que la violence est une solution aux conflits.

En résumé, des études portant sur les relations entre les mauvais traitements et le développement émotif, il ressort que:

- Plus les enfants sont jeunes au moment où les actes abusifs sont commis, plus les problèmes de développement émotifs seraient graves;

- Les enfants qui expérimentent des relations de type abusif pendant une période prolongée seraient plus susceptibles que les autres d'éprouver des difficultés sérieuses au plan de l'agressivité et de la séparation de la mère;

- Les résultats de certaines études tendent à démontrer qu'on observe chez les enfants continuellement exposés au rejet verbal et aux punitions physiques plus de symptômes psychiatriques que chez les enfants qui vivent dans des familles moins punitives.

1.8.8.6 Les avenues préventives

La problématique de l'enfance maltraitée est maintenant reconnue dans la littérature et par les professionnels de la santé comme un problème important pour les 0-5 ans. Pourtant, c'est aussi un problème face auquel on se trouve souvent démuni. La complexité de la question, les préjugés sociaux, la négation de cette réalité, le respect des droits fondamentaux des familles et à la fois la nécessité d'intervenir pour protéger l'enfant compliquent l'intervention que ce soit au niveau préventif ou curatif.

La loi 24 de la Direction de la protection de la jeunesse a été instaurée en vue de protéger ces enfants victimes de mauvais traitements. Toutefois, quelques années après son application, plusieurs intervenants reconnaîtront les bienfondés de cette Loi mais aussi ses limites. Entre autres, une étude du CPJ (1984) relevait le fait que les professionnels de la santé connaissent peu la réalité des enfants maltraités et la loi 24. De façon générale, le secret professionnel l'emporte sur l'obligation de signaler. De plus, il y a peu de programmes de dépistage mis en place dans les institutions et on notait la non coordination et la non concertation des ressources institutionnelles et professionnelles

dans le dépistage, l'intervention et le suivi des enfants et des familles à risque[250]. La coordination des ressources paraît fondamentale dans la reconnaissance d'un tel phénomène car chaque intervenant, dans sa discipline, ne peut dans la majorité des cas réunir toutes les données nécessaires pour évaluer une situation à risque et intervenir de façon adéquate. Il appert que les intervenants de santé retardent les signalements et s'impliquent peu dans la solution des problèmes, ceci aux yeux des intervenants sociaux de la DPJ.[251].

Plus spécifiquement, en ce qui concerne les victimes d'abus sexuels, l'action de surveillance du Comité de la protection de la jeunesse, ses recherches sur les enfants victimes d'abus sexuels et plus récemment, son travail de concertation avec les organismes montréalais concernés par cette question, ont mis en lumière les lacunes dans notre système de protection de ces enfants et les difficultés légales et sociales d'entreprendre des poursuites judiciaires à l'endroit des personnes abusives. Le rapport Badgley est venu confirmer ces constatations[252].

Sur le plan des interventions, les efforts ont été concentrés jusqu'à maintenant, davantage au niveau curatif pour intervenir auprès des enfants et des familles où on signalait un problème. Toutefois, comme le dit Jeliu (1979) les coûts pécuniaires et sociaux considérables engendrés par une approche strictement curative après l'identification de situations d'abus et de négligence doivent être considérés en regard de l'efficacité modeste ou aléatoire des stratégies d'interventions. C'est pourquoi, on suggère (Jeliu, 1979; CPJ 1984) de développer de plus en plus l'approche préventive au niveau primaire, d'améliorer l'identification précoce des situations à risque et finalement de développer des approches d'interventions novatrices au niveau du traitement (groupes d'entraide, approche de groupe pour les pères incestueux, thérapie de famille, intervention-réseau, etc.). Les recherches et les modèles d'interventions se tournent de plus en plus vers ces champs d'action.

Les pistes d'interventions illustrées aux tableaux 1.22, 1.23, 1.24 et 1.25 tentent de couvrir l'ensemble des niveaux d'intervention développés en santé communautaire.

Le tableau 1.22 identifie pour chacun des niveaux de prévention des approches d'interventions. Quant aux tableaux 1.23, 1.24 et 1.25, ils tracent quelques pistes d'interventions en référant, à titre indicatif, à des expériences d'interventions réalisées au Québec ou ailleurs.

Tableau 1.22

Objectifs d'intervention selon les différents niveaux de prévention dans le domaine de l'enfance maltraitée

OBJECTIF	PREVENTION PRIMAIRE	PREVENTION SECONDAIRE		PREVENTION TERTIAIRE
		DÉPISTAGE	INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE	SUIVI
Général	Réduire les facteurs de risque associés aux mauvais traitements.	Prévenir les tentatives de mauvais traitements chez les individus et milieux à risque.	Résoudre la crise.	Eviter les récidives.
Individu	- Informer et sensibiliser les individus sur le phénomène de l'enfance maltraitée. - Augmenter les habilités à réagir ou gérer les situations stressantes susceptibles de conduire aux mauvais traitements.	- Amener l'individu à demander de l'aide s'il en ressent le besoin.	- Amener les professionnels de la santé (urgence, département de psychiatrie, CLSC, etc.) à fournir un support rapide et efficace lors de crise liée aux mauvais traitements.	- Fournir un support qui favorise l'acquisition et/ou le rétablissement de la fonctionnalité psychosociale de l'individu.
Environnement	- Agir sur les facteurs psychosociaux de l'environnement associés aux mauvais traitements: isolement social.	- Sensibiliser et former les professionnels de la santé, les groupes bénévoles et les personnes significatives au sein de la communauté à dépister les signes précurseurs des abus.	- Amener le réseau social de l'individu à fournir un support adéquat à la famille où se produit une situation de mauvais traitements.	- Favoriser l'intégration psychosociale des individus ayant posé un geste, en intervenant au niveau de son réseau social.

Tableau 1.23

Suggestions d'activités et expériences réalisées en prévention primaire dans le domaine de l'enfance maltraitée

	PREVENTION PRIMAIRE	
	TYPE D'ACTIVITES	EXPERIENCES REALISEES
Individu	- Programme d'information et de sensibilisation sur le phénomène de l'enfance maltraitée. - Programme de formation visant à développer des habilités personnelles face aux relations stressantes qui peuvent conduire à des mauvais traitements. - Programme d'assistance aux enfants en difficulté.	1. Programme d'information sur les agressions sexuelles, au primaire (253). 2. Programme d'aide aux enfants en difficulté. Institut de formation et d'aide communautaire, Montréal (254). 3. A guide for parents of young children, Ontario.(255) 4. Programme sur les abus sexuels auprès des jeunes enfants. Cahier à colorier, Ontario (256) et E.U. (257). 5. Diaporama "Chère Julie, il est difficile à dire mon gros secret". Diaporama sur l'inceste qui s'adresse aux jeunes du secondaire et aux adultes, CSSLL. 6. Mouvement S.E.M. St-Jean sur Richelieu, (258).
Environnement	- Création de réseaux d'entraide pour des populations-cibles. - Programme de sensibilisation à l'entraide communautaire. - Programme d'intervention-réseau auprès des familles.	1. Approche écologique de la situation familiale, Université Laval (259) 2. Le gardiennage à court terme: un service de support et d'entraide pour les familles de la Basse-Ville de Québec (260) 3. Le jardin d'enfants de l'Association Action-Plus, Farnham Inc., 1981(261).

Tableau 1.24

Suggestions d'activités et expériences réalisées en prévention secondaire dans le domaine de l'enfance maltraitée

	PREVENTION SECONDAIRE			
	DEPISTAGE		INTERVENTION	
	TYPE D'ACTIVITES	EXPERIENCES REALISEES	TYPE D'ACTIVITES	EXPERIENCES REALISEES
Individu	- Programme d'information et de sensibilisation aux différentes sources d'aide (D.P.J., comité PEM, etc.). - Création de nouvelles ressources (comité PEM, etc.).	1. Programme de dépistage, Hôpital St-Pierre, Belgique [262]. 2. Comité PEM (Protection de l'enfance maltraitée), Hôtel-Dieu de Lévis, Hôpital Ste-Justine, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CHR de Rimouski, etc.	- Création de nouvelles ressources (comité PEM, aide téléphonique, etc.). - Programme de formation des professionnels de la santé à l'intervention en situation de crise. - Etablir des mécanismes de coordination entre les intervenants. - Etablir des mécanismes de références pour le suivi.	1. Centre d'écoute Face à face, Montréal, 1982 (initié par CLSC Métro). 2. Programme de Winnipeg [264]. 3. Projet d'intervention auprès des victimes d'inceste, CSSLL, 1985 [265].
Environnement	- Programme de formation des intervenants, professionnels et bénévoles au dépistage des individus à risque de mauvais traitements. - Etablir des mécanismes de références entre les différentes ressources d'aide (urgence, (DPJ, comité PEM, CLSC, etc.).	- Protocole d'accueil et de suivi pour les enfants et adolescents à risque de mauvais traitements, Hôtel-Dieu de Lévis, Lévis [263].	- Programme d'information portant sur les formes d'aide à fournir à court terme à la personne à risque par son entourage immédiat.	

Tableau 1.25

Suggestions d'activités et expériences réalisées en prévention tertiaire dans le domaine de l'enfance maltraitée

	PREVENTION TERTIAIRE SUIVI	
	TYPE D'ACTIVITES	EXPERIENCES REALISEES
Individu	- Développement de nouvelles approches thérapeutiques. - Développement de ressources (parrainage, groupe d'entraide: parrents anonymes). - Etablir des mécanismes de référence entre les différentes sources d'aide.	- Groupe Parents-anonymes, Québec (266). - L'approche stratégique, CSSLL, 1984 (267). - Projet auprès de familles à risques, CSSMM, 1984 (268). - Programme sur les abus sexuels auprès des familles, Ontario, 1984 (269). - Création d'un centre pour les parents à hauts risques, Ohio, 1984 (270). - Projet d'intervention auprès des victimes d'inceste, CSSLL, 1985 (271).
Environnement	- Programme d'information et d'intervention pour le réseau social de la famille à risque visant à lui apporter un support.	- Projet d'intervention auprès des victimes d'inceste, CSSLL, 1985 (272).

1.9 DES SITUATIONS PARTICULIÈRES AFFECTANT LA QUALITÉ DE VIE DU JEUNE ENFANT ET DE LA FAMILLE

1.9.1 Le bouleversement de la dynamique familiale

La famille est une entité en perpétuel mouvement puisque chacun de ses éléments change et évolue. La famille doit donc faire face à de nombreux bouleversements et trouve parfois difficilement les moyens adéquats pour survivre. Nous ne voulons pas parler, ici, de toutes les situations stressantes pour une famille - il y en aurait trop - nous nous contenterons d'aborder sommairement certains problèmes fréquents tels que l'arrivée d'un enfant handicapé, l'adoption d'un enfant, l'adoption d'une famille, la famille reconstituée et le problème du chômage.

1.9.1.1 L'enfant handicapé

La naissance d'un enfant est en soi une expérience réjouissante et satisfaisante pour les parents qui sont remplis d'espoir. Le fait de donner naissance à un enfant limité dans l'accomplissement de ses futures activités et atteint de façon permanente d'une déficience physique (sensorielle ou motrice) et/ou intellectuelle constitue une situation de crise chez les parents. En effet, cela entraîne non seulement un choc émotif majeur mais aussi une série de réactions psychologiques et émotives très fortes, voire violentes même. Suite au choc initial vient une période de refus du handicap. Puis apparaît la tristesse et le désespoir des parents associés à de la culpabilité, de la colère et de la solitude. Peu à peu, ces sentiments s'atténuent, les parents s'attachent à l'enfant et acceptent ses limites. Ils arrivent alors à la période de réorganisation où ils sont en mesure de vivre avec la réalité.

Par contre, un bon nombre de parents n'arriveront jamais au stade d'adaptation, la crise initiale demeurant trop forte ou faisant ressortir des difficultés existantes dans le couple. Il peut survenir un éclatement de la famille surtout lorsqu'il s'agit d'enfants avec malformations multiples. Les résultats de l'étude effectuée par le docteur Louis Dallaire indiquent que: "27 % des parents d'enfants avec des malformations multiples ne vivent plus ensemble un an après la naissance" (Beaulieu, 1983) (273).

Au Québec, des quelques milliers d'enfants handicapés naissants, environ 75,0 % seront gardés dans leur famille. Les

besoins médicaux, éducatifs et psychosociaux sont importants non seulement pour l'enfant lui-même mais aussi pour ses parents et sa famille (Beaulieu, 1984) (274). Le Conseil des affaires sociales et de la famille, considérant que les besoins d'aide d'une famille ayant la responsabilité d'un enfant handicapé sont énormes, a tenu à formuler les propositions suivantes:

- "Pendant le séjour à l'hôpital

  Comme l'adaptation des parents dépend dans une large mesure de la manière dont le diagnostic est annoncé, le médecin traitant doit avertir les parents le plus tôt possible après la naissance et en présence des deux parents. Afin de donner les moyens de réagir et de faire face adéquatement à la naissance d'un enfant handicapé, le Conseil propose qu'à l'intérieur des cours dispensés aux étudiants en médecine et en sciences infirmières, une formation spéciale soit dispensée visant la connaissance des problèmes des personnes vivant avec un handicap physique et/ou mental, incluant la visite de milieu où on effectue des traitements et où on accueille les familles vivant cette expérience.

  Il est également proposé que les membres du Conseil des médecins et dentistes de chaque milieu hospitalier soient sensibilisés aux ressources existantes dans leur milieu et qu'ils diffusent cette information au personnel traitant.

  Une documentation écrite, pratique et vulgarisée doit également être remise aux parents dès que ces derniers sont informés de l'état de leur enfant. Cette pochette d'information, qui devrait permettre aux parents de se renseigner et de mieux cerner l'étendue du problème, pourrait aborder différents aspects: les différentes formes de déficiences; les moyens à prendre pour minimiser l'impact de la déficience sur le développement de l'enfant; et les ressources communautaires disponibles, groupes d'entraide et ressources professionnelles locales.

  Avant de quitter l'hôpital, le Conseil propose que des rencontres soient prévues pour s'assurer que les parents aient bien compris et assimilé les explications données à la naissance et le contenu de l'information. Des organismes de promotion du milieu (parents d'enfants atteints de déficience et groupes d'entraide pour diverses maladies) pourraient faire partie de ces rencontres.

  En outre, il est proposé qu'un plan de traitement ou de soins à donner à court, moyen ou long terme, soit élaboré dès la naissance.

- De retour à la maison

Le Conseil suggère fortement qu'un intervenant social, et au besoin une infirmière connaissant le dossier, visitent régulièrement la famille. On devrait pouvoir fournir aux parents les informations nécessaires pour qu'ils joignent les associations locales de familles ayant un enfant handicapé et même les référer à ces groupements de familles, de façon à leur assurer un support pratique et concret.

Compte tenu, d'une part, des soins spécialisés que requièrent nombre d'enfants souffrant de déficience et de la stimulation constante dont ils ont besoin pour atteindre un développement optimal, et d'autre part, de la carence manifeste de ressources à l'extérieur des grands centres, le Conseil suggère que le ministère des Affaires sociales examine la possibilité, dans les mois à venir, de regrouper autour des centres mère-enfant (centres de périnatalité) déjà existants, des équipes multidisciplinaires qui seraient chargées du dépistage et du traitement, le cas échéant, des enfants atteints de déficience. Une telle structure, qui pourrait être très souple, permettrait un meilleur dépistage et une meilleure coordination des soins de santé à être dispensés à ces enfants en même temps qu'un suivi plus uniforme et mieux synchronisé. Sans compter que cette structure permettrait de répondre plus adéquatement aux priorités de développement de l'enfant, surtout si les ressources psychosociales sont associées aux ressources médicales et para-médicales. Ceci nous semble particulièrement important pour les enfants atteints à la fois de déficiences mentale et physique.

Au plan de l'aide psychosociale, le Conseil propose que la mise sur pied de centres de développement soit facilitée de façon à ce que ce type de services soit facilement accessible sur tout le territoire québécois. Ce type d'aide est essentiel pour aider les parents à développer au maximum le potentiel de leur enfant et pour aider les parents à évoluer avec leur enfant handicapé." (Beaulieu, 1983) (275)

1.9.1.2 L'adoption d'un enfant, l'adoption d'une famille

L'adoption, utilisée ici dans son sens le plus large, est un processus vécu par nous tous à divers moments de notre vie au sein de notre famille:

- L'arrivée d'un nouveau bébé est, en général, un événement heureux mais aussi bouleversant pour la famille. Il se produit tout un processus d'adoption de la part des parents naturels qui doivent faire un ajustement entre leur désir inconscient (ou image préconçue du bébé) et la réalité de leur nouveau-né.

Dans la littérature, on reconnaît qu'il n'y a pas d'attachement instinctuel chez l'homme mais plutôt un attachement par apprentissage.

- Un processus semblable se fait par des parents adoptifs. On doit découvrir l'autre, apprendre à se connaître mutuellement et aussi développer un sentiment d'attachement.

- L'enfant lui aussi vit le même processus d'adoption avec ses parents (naturels ou substituts). Il apprend à les reconnaître et développera progressivement un sentiment important d'attachement et d'appartenance envers eux.

Finalement, il demeure néanmoins que les familles d'accueil, considérées parents substituts, font face à des problèmes particuliers, puisqu'elles intègrent dans leur milieu un ou des enfants d'âge variable, ayant vécu des situations antérieures difficiles. Ces familles ont peu de moyens pour faire face aux problèmes de ces enfants, notamment au niveau du développement et du comportement. On leur demande d'aimer l'enfant sans s'attacher. Les familles d'accueil ont besoin non seulement de support et de compréhension, mais souvent d'être orientées dans leur démarche avec l'enfant. Être pris en charge par des parents substituts, dans un contexte familial stable, peut être une stratégie préventive valable pour l'enfant. Aujourd'hui, il semble évident qu'en plus du progrès au niveau intellectuel et du rendement scolaire, ces jeunes présenteront moins de troubles psychologiques à l'âge adulte.

1.9.1.3 La famille reconstituée

En considérant le nombre croissant de couples qui se séparent ou se divorcent, il est clair que de plus en plus de ces familles auront à faire un ajustement supplémentaire à la séparation, soit celui de se reconstituer en intégrant un nouveau conjoint dans la maison et même parfois de nouveaux frères et soeurs(276).

Cette situation est généralement éprouvante pour tous. Elle provoque de l'agressivité de la part des enfants face au nouveau conjoint, une réaction agressive ou de désintérêt de la part du conjoint vis-à-vis les enfants et même souvent un rejet des enfants par leur mère au profit de ce nouveau conjoint. En plus, mentionnons les difficultés d'adaptation entre les enfants venant de deux milieux familiaux différents, les demandes et les menaces de contrôle venant des ex-conjoints, etc.. Il semble important de clarifier les rôles de chacun, de définir les frontières puisque plusieurs de ces familles vivront des mutations semblables à maintes reprises.

1.9.1.4 Le problème du chômage

On parle souvent du problème de chômage en tant que problème économique ou social global, mais peu de choses sont dites sur l'individu qui perd son emploi.

La perte d'un emploi signifie que la personne perd son lieu de travail, ses relations de travail et une source financière stable. Cette situation provoque donc plusieurs réaménagements. En général, la perception et les attentes face à l'avenir se modifient pour l'individu concerné et pour sa famille. Non seulement les troubles monétaires apparaissent, mais ces personnes ont à faire face aux attitudes dévalorisantes du milieu qui considère souvent le chômeur comme un paresseux ou un profiteur du système. Après la période initiale de choc, l'optimisme de l'individu s'envole graduellement avec les problèmes financiers, l'ennui et la diminution de l'estime de soi. Vient alors la dépression. À long terme, l'individu devient fataliste, finit par s'adapter à la situation de chômage et développe un genre d'inertie face au problème.

Chez le chômeur, on remarque plus de malaises physiques, de troubles psychosomatiques et de symptômes dépressifs (perte d'appétit, perte de poids, etc.). Il peut y avoir une augmentation de prise d'alcool. Il y aurait aussi une association entre le taux de chômage et celui du suicide. Cependant, dans ces cas, plusieurs facteurs prédisposants étaient déjà en place en plus de la situation de chômage.

Ces familles auront donc à vivre des difficultés multiples associées au chômage impliquant souvent des dépressions, séparations, déménagements, etc..

Le chômage et ses conséquences requièrent donc l'attention de plusieurs, dont les travailleurs sociaux, les éducateurs, le personnel médical et para-médical et même les employeurs qui sont impliqués dans les programmes d'embauche.

En terminant, disons que la famille aura certainement à traverser diverses difficultés durant son cheminement et, chaque fois, elle aura à trouver des solutions pour s'en sortir. Dépendamment des capacités d'adaptation, des ressources individuelles et de la motivation de chacun des membres de la famille, il y aura une résolution plus ou moins satisfaisante de la situation bouleversante.

1.9.1.5 Les situations de perte

À un moment ou à un autre, nous connaîtrons tous une situation de perte ou de deuil. Perdre un enfant, un parent, un emploi, etc., demeure une situation de crise où on doit faire appel à tout un réseau de ressources (personnelles, familiales, sociales). Quelquefois, un processus d'adaptation parfois complexe se met en marche.

Différentes variables influencent le processus de perte ou de deuil. Elles se regroupent de la façon suivante (Bolwby, 1981):

- l'identité et le rôle de la personne qu'on perd;
- l'âge et le sexe de la personne en deuil;
- les causes et circonstances de la perte;
- les conditions psychologiques et sociales entourant la personne en deuil au moment ou après la perte;
- la personnalité de l'individu en deuil, particulièrement sa capacité d'établir des liens affectifs avec autrui et de répondre aux situations stressantes(277).

a) La perte d'un enfant

Le décès d'un jeune enfant demeure toujours traumatisant pour les parents. Toutefois, la réaction subséquente des parents peut être moins intense si l'enfant a souffert d'une longue maladie. Dans l'attente du décès, le processus de deuil est déjà amorcé pour eux.

On remarque diverses phases chez les parents d'un enfant gravement malade, mourant ou décédé. Au début, lorsque les parents apprennent la nouvelle, il y a souvent une phase d'engourdissement où ils peuvent sembler presque détachés de cet événement. Puis vient une période de refus de croire ce qu'on leur dit et alors ils peuvent manifester colère et agressivité face au personnel soignant. Par la suite, plusieurs parents seront incapables de vaquer à leurs occupations habituelles. Ils mettront toute leur énergie sur l'enfant malade ou mourant tout en délaissant les autres enfants de la famille. D'autres démontreront un niveau d'activité beaucoup plus intense qu'auparavant. Les symptômes dépressifs feront surface graduellement à partir de ce moment.

Durant la maladie de l'enfant ou après son décès, le couple vit une période d'anxiété forte qui peut amener des conflits

majeurs dans leur vie commune. Nombreux sont les couples qui subissent une période de désorganisation avec séparation ou divorce. Parfois même, un ou les deux parents présenteront des symptômes psychosomatiques ou psychiatriques, d'autres feront des abus d'alcool, etc.. Les autres enfants de la famille pourront ressentir la perte, mais seront davantage bouleversés par le changement de comportement de leurs parents lors d'un tel événement. Il est courant de voir des parents qui veulent avoir un autre enfant rapidement après ce décès. Malheureusement, le danger est qu'ils essaient de remplacer l'enfant décédé par un autre. Ces parents sont donc à risque de ne pas résoudre leur deuil et parfois même de développer des attitudes pathologiques avec le nouveau bébé (surprotection, etc.).

b) La perte d'un parent

Les réactions des enfants varieront selon leur âge et leur développement individuel. Par exemple, le nourrisson vivra moins de bouleversements s'il continue à recevoir amour et attention du parent vivant (ou substitut) que l'enfant plus vieux. Ce dernier connaît bien la personne décédée et s'y est attaché. Il ressentira donc de façon plus intense la perte et la séparation qui survient.

Le deuil vécu par l'enfant varie considérablement de celui de l'adulte. Alors que l'adulte a appris qu'il peut survivre à la perte d'un être cher, le jeune enfant, lui, ne le sait pas. Par ailleurs, dans la majorité des cas, l'enfant est gardé dans l'ombre ne sachant pas ce qui arrive ou est arrivé au parent qui est décédé. On lui refuse ces informations. Souvent, l'enfant est seul avec sa tristesse et ses craintes, surtout si le parent vivant (lui-même triste) n'est pas disponible pour lui apporter plus d'attention et de réconfort. La dépression de l'enfant est différente de celle de l'adulte. Il s'agira souvent d'une dépression masquée, c.-à-d. l'enfant pourra présenter des troubles de l'appétit et du sommeil, de l'hyperactivité, des difficultés d'adaptation, des comportements régressifs, etc..

c) La séparation des parents et le divorce

Il est important de considérer ici que le jeune enfant n'a pas la même notion du temps ou de continuité que l'adulte. Pour lui, le départ du père ou de la mère de la maison équivaut souvent à perdre ce parent pour toujours ce qui peut engendrer des réactions de deuil, semblables à celles amenées par le décès d'un parent.

Les réactions de l'enfant peuvent donc prendre différentes formes. L'enfant peut vivre la crainte d'être abandonné par l'un ou l'autre des conjoints. Il appréhende parfois d'être obligé d'exprimer un choix ou une préférence à l'égard de l'un de ses parents. L'enfant peut rejeter la réalité du divorce de ses parents. Il s'isole, se retire de ce monde perturbé et compense par l'imagination les lacunes de son milieu familial. L'enfant interprète souvent mal les raisons du divorce proposées par les parents. Il amplifie sa responsabilité au conflit. Il croit avoir commis une faute dont le divorce n'est que la conséquence. L'enfant peut aussi tirer des gratifications de la rivalité de ses parents.

Il est certain que la séparation ou le divorce des parents peut être, dans certains cas, souhaitable pour le bien de tout le monde à long terme; les situations de désaccords constants et de violence entre parents étant très nocives pour les enfants. Au moment d'une séparation, il est important, tant pour les parents que pour les personnes qui gravitent autour de l'enfant d'être sensibilisés aux réaction possibles de celui-ci. Il faut quand même voir que pour le jeune enfant, la perte peut être importante mais non insurmontable surtout s'il y a des contacts fréquents avec le parent qui a quitté le foyer.

d) L'enfant placé

Encore ici, on peut faire face à un enfant ayant à vivre un bouleversement majeur dans sa vie, surtout s'il quitte ses parents et sa fratrie en même temps. Sa réaction pourrait en être une de perte, avec les différents troubles décrits antérieurement. Le point déterminant pour le devenir de cet enfant sera la stabilité du milieu qui l'entoure. Si l'enfant est constamment balloté d'une famille à une autre ou d'un centre à un autre, il n'arrivera pas à créer de liens stables à partir desquels il peut s'identifier et s'épanouir. Il aura à vivre des séparations répétées avec insécurité, colère et tristesse. Par contre, plusieurs jeunes enfants provenant de milieux familiaux inadéquats qui sont placés dans un foyer stable, à long terme, présenteront une amélioration globale de leur développement et un meilleur épanouissement personnel.

1.9.1.6 La famille monoparentale

Aux fins du recensement, la famille monoparentale est une structure sociale composée d'un parent seul (peu importe son état matrimonial) avec un ou plusieurs enfants jamais mariés vivant dans un même logement.

Sur le territoire Laurentides-De Lanaudière, la proportion des familles monoparentales est passée de 1976 à 1981 de 8,2 % (9335 familles) à 10,2 % (14660 familles) comparativement à 10,3 et 12,5 % pour l'ensemble du Québec*. De plus, le chef d'une famille monoparentale est majoritairement une femme avec respectivement 78,5 et 83,2 % pour la région et le Québec.

Le parent chef de famille monoparentale se voit donc surchargé par les responsabilités familiales, puisqu'il doit les assumer seul. Certains ont à vivre, souvent sans support extérieur, des difficultés familiales, sociales et financières. Les réactions émotives du parent seul et le support qu'il requerra de son environnement dépendront des relations qu'il entretient avec le milieu, des raisons qui ont provoqué la monoparentalité, de la maturité du parent et de l'âge de l'enfant. Suite à la séparation, la majorité vit des sentiments multiples dans les relations avec les autres personnes, principalement avec l'ex-conjoint: sentiment d'ambivalence, d'attachement, de colère, de culpabilité, de conflits d'intérêts. Tout ceci peut amener un sentiment d'étouffement de son identité personnelle, un sentiment d'incapacité à satisfaire ses propres besoins et un manque d'estime de soi. Il est donc important pour le parent qui vient de vivre une séparation de se réapproprier ce qu'il est, d'aller chercher des jugements favorables et de se mettre en situation pour connaître des succès. Toutefois, il n'est pas rare de voir certains parents uniques s'appuyer sur leur jeune enfant pour ainsi obtenir support et réconfort et souvent même, pour faire jouer à l'enfant un rôle d'adulte. Ce processus de séparation terminé, le parent seul se donne une autre organisation de vie propre à sa nouvelle situation.

1.9.1.7 L'isolement géographique et social

De plus en plus, on reconnaît l'influence des situations difficiles sur le bien-être de la famille. En considérant l'isolement, qu'il soit géographique ou social, un point ressort: nous faisons alors en même temps face à la conséquence de divers problèmes et à l'origine de plusieurs problèmes dans d'autres cas.

---

* Pour plus de détails sur ces statistiques, nous référons le lecteur au "Profil démographique et socio-économique: quelques caractéristiques pertinentes relatives à l'évolution de la famille et de la natalité dans la région Laurentides-De Lanaudière" (Cadieux et Sévigny, 1985) (278).

L'isolement est la conséquence courante de la pauvreté et des troubles psychosociaux, que ce soit à cause d'un abus d'alcool, de violence physique, d'une séparation ou d'une dépression. Les individus atteints et les membres de la famille ont souvent tendance à s'isoler des autres. On ne peut ou ne veut pas en parler pour une multitude de raisons.

Par ailleurs, demeurer dans un tel contexte amène évidemment une série de troubles subséquents pouvant augmenter davantage l'isolement. Parmi ces troubles mentionnons, par exemple, l'insécurité croissante, le sentiment de rejet et d'agressivité accrue, la perte d'estime de soi, la difficulté à demander de l'aide, la diminution des ressources personnelles disponibles, etc..

1.9.1.8 L'angoise de séparation

L'angoisse de séparation chez l'enfant se définit comme un état d'anxiété vécu par l'enfant lorsque la mère ou les parents s'absentent.

Dès l'âge de 6 à 8 mois, l'enfant commence à distinguer l'ami de l'étranger. À ce moment alors apparaissent les phénomènes proprement dit d'angoisse. Notons que cette angoisse fait partie de l'évolution de l'enfant. Étudiant la séparation d'avec la mère, John Bolwby (1981) décrit le comportement de ces enfants selon trois stades successifs assez bien définis:

- une phase de protestation;
- une phase de détresse;
- une phase de détachement (279).

Au cours du stade de protestation, le jeune enfant tente activement d'obtenir le retour de sa mère en pleurant, en se débattant; il s'attend à ce que sa mère revienne. Pendant le stade de détresse, l'agitation décroît, l'enfant pleure de façon monotone ou intermittente, se replie sur lui-même et devient passif; en démontrant un tel calme, on en déduit qu'il a accepté la situation. Au stade du détachement, l'enfant accepte, se montre sociable.

Alors que le jeune enfant se sépare de sa mère (ou de ses parents) pour quelques heures ou une journée, le plus souvent il présente une réaction d'angoisse à la séparation sous forme de protestation. Habituellement, cette réaction s'atténue avec l'âge parce que l'enfant a déjà vécu ces situations, qu'il acquiert la notion de temps et de permanence et donc qu'il sait que ses parents vont revenir.

De plus, une séparation causée par une hospitalisation, même de courte durée, peut perturber un jeune enfant. Lorsqu'un

enfant doit être hospitalisé, quelques précautions peuvent être prises pour diminuer chez lui le stress et l'anxiété causés par la séparation d'avec sa famille. La politique établie dans plusieurs hôpitaux qui autorise à un parent de demeurer avec l'enfant, même la nuit, contribue à réduire la réaction de crainte à l'égard du milieu (Olds, 1975)(280). Des visites régulières de la part d'autres membres de la famille, et un effort pour respecter les habitudes familiales de l'enfant sont des moyens d'atténuer le caractère inquiétant de la situation (Rutter, 1979) (281). Si l'enfant a connu des séparations heureuses avant son séjour à l'hôpital, il a des chances d'être moins perturbé par une hospitalisation. S'il est déjà habitué d'être confié à ses grands-parents, à des gardiennes ou s'il a eu l'occasion de passer la nuit ailleurs que chez lui, l'enfant sera porté à moins réagir tragiquement à son séjour à l'hôpital (Stacey, Dearden, Pill et Robinson, 1970)(282).

On rencontre fréquemment un comportement réactionnel similaire chez l'enfant qui commence à la garderie ou à l'école, surtout s'il n'a pas été séparé auparavant de sa mère ou n'a jamais quitté la maison. Par contre, il ne faut pas oublier que le jeune enfant réagit beaucoup aux divers états et sentiments de ses parents. Il pourra donc traduire dans son angoisse de l'école l'anxiété qu'ont ses parents de le voir grandir et quitter la maison.

1.9.1.9 Les conséquences du comportement des parents sur les enfants

Dans le cadre du présent document, nous avons brièvement abordé, à quelques reprises, l'influence de l'état des parents sur la dynamique familiale et spécifiquement sur les enfants. Vu l'importance du sujet, nous en faisons ici un point à détailler.

Pour le jeune enfant, sa vie, voire son monde entier, tourne autour de sa famille, surtout de ses parents. Lorsqu'arrive un bouleversement, même si on n'en parle pas, la majorité des enfants (y compris les tout-petits) le ressentent et réagissent. Qu'il s'agisse chez l'adulte de troubles dépressifs, d'alcoolisme, de maladie mentale ou autre, l'enfant, lui, vit la perturbation émotive du parent. De plus, cet enfant doit souvent faire face à un abandon et même parfois à un rejet de la part de ce parent non disponible.

En dehors de ces situations, l'enfant qui évolue dans un environnement donné intègre les habitudes de vie et les valeurs de son milieu.

Pour illustrer ce fait, il est intéressant de regarder qu'un phénomème comme l'obésité, par exemple, peut avoir certes ses origines dans des facteurs héréditaires et métaboliques, mais aussi il est indiqué de se pencher sur ses origines psychosociales. Dans plusieurs familles, on met l'accent sur l'ingestion de repas copieux et on s'inquiète lorsque l'enfant diminue son ingestion alimentaire, même de peu. L'enfant peut recevoir le message manger beaucoup est synonyme de santé, l'importance étant mise sur la quantité plutôt que sur la qualité. Selon diverses cultures, on valorise l'excès de poids. Il demeure que l'enfant qui grandit dans un tel milieu peut avoir une perception de l'image corporelle normale, variant du standard reconnu.

Ainsi, les différentes acquisitions de l'enfant dès son jeune âge peuvent avoir une grande portée sur sa vie future. En effet, non seulement l'enfant a tendance à reproduire le comportement de ses parents (et du milieu), mais très souvent il n'a pas d'autres moyens d'entrer en relation, de s'exprimer et même de fonctionner dans son environnement. Un jeune enfant qui a vécu, par exemple, une relation pathologique avec ses parents, de la violence ou de la négligence, est à risque de perpétuer lui-même ces problèmes ultérieurement. On comprend alors qu'il peut être parfois indiqué de limiter l'exposition de l'enfant à des situations grossièrement inadéquates.

Il faut toutefois que les parents se déculpabilisent et acceptent l'aide et le support d'autres ressources. Il faut qu'ils puissent être informés sur les différents modèles d'éducation possibles, sur les ressources existantes et sur les différentes alternatives qui s'offrent à eux. Il faut qu'ils puissent recourir s'ils le désirent à quelqu'un pour exprimer leur vécu, leurs difficultés dans leurs relations mère-père-parent-enfant. De plus en plus, les approches d'intervention auprès des parents reconnaissent l'efficacité de l'entraide par les pairs. On assiste donc à l'émergence de plusieurs groupes d'entraide parentale et à d'autres associations qui visent le regroupement des parents.

1.9.2 La surmédicalisation

Pour un nombre croissant de personnes soumises à des stress fréquents (chômage, séparation, etc.) qui se retrouvent très souvent isolées et sans support moral, on s'aperçoit que les soins médicaux deviennent de plus en plus un remède pour régler les problèmes dépassant la maladie. Cette demande d'aide résulte "...de la tendance à considérer comme état morbide, un état tel que les performances que l'on souhaite atteindre

ne sont pas réalisées" (CASF, 1982)[283]. Les individus acceptent mal le fait que le développement et l'épanouissement personnel puissent être limités par les capacités individuelles ou l'environnement. Selon les statistiques québécoises et canadiennes, il y a plus de femmes qui consultent un médecin que d'hommes. L'Enquête Santé Canada (1978-1979) a démontré, par ailleurs,

> "...que les gens aisés semblaient portés à consulter des professionnels de la santé sans nécessité immédiate, beaucoup plus systématiquement que les personnes appartenant aux couches de revenus les plus faibles." (CASF, 1982)[284]

Toujours selon l'Enquête Santé Canada, en ce qui a trait à la consommation de médicaments, une plus grande proportion de femmes que d'hommes consomment des médicaments et ce, pour tous les groupes d'âge de plus de 15 ans. Pour le groupe d'âge des 0 à 14 ans, les proportions sont équivalentes. Ces données s'appliquent à la majorité des familles de médicaments, incluant les vitamines, les onguents, les laxatifs, etc.. Signalons un fait important, 59,0 % des jeunes canadiens âgés de 0 à 4 ans consomment tous les jours des médicaments (CASF, 1982)[285].

Les motifs donnés pour expliquer cette consommation de soins et de médicaments seraient: le sentiment d'impuissance et d'incompétence, la croyance que la pilule est magique, les difficultés sociales (solitude, stress, etc.), la pression de la part des pairs et de l'environnement, la publicité et l'accessibilité aux médicaments qui sont accrues (CASF, 1982)[286].

Mis à part les dangers d'effets secondaires indésirables des médicaments, une consommation injustifiée de ceux-ci peuvent avoir comme conséquence:

- les intoxications médicamenteuses, en particulier chez les jeunes enfants;
- la dépendance, non seulement aux drogues, mais la dépendance face au système médical comme tel (CASF, 1982)[287].

Pour terminer, rappelons que le jeune enfant, amené à répétition chez le médecin sans justification médicale ou à qui on donne trop facilement des médicaments, risque de devenir un consommateur de soins médicaux sans discernement.

CONCLUSION

Nous retrouvons dans ce chapitre un ensemble de problèmes affectant la qualité de vie de la mère et de l'enfant durant la grossesse et à l'accouchement, du jeune enfant et de la famille. Nous ne pouvons prétendre avoir fait un inventaire exhaustif des problèmes qui touchent notre clientèle-cible. Entre autres choses, nous aurions pu développer les complications en cours de grossesse (toxémie, etc.), les problèmes de nature psychosociale tels l'influence de l'isolement des familles sur la compétence parentale et l'influence du divorce sur le comportement des enfants. Toutefois, nous croyons avoir sélectionné les problèmes qui prédominent dans notre contexte de vie actuel.

En effet, nous avons traité d'une part, des problèmes qui ne sont pas nouveaux, mais qui demeurent toujours aujourd'hui prévalents (par exemple: l'insuffisance de poids à la naissance, les anomalies congénitales, les maladies bucco-dentaires), et d'autre part, d'autres problèmes que l'on qualifie de nouvelles morbidités (par exemple: l'enfant négligé-maltraité-abusé, les problèmes de développement, les accidents). Par ailleurs, certaines situations très contemporaines pouvant engendrer des difficultés pour l'enfant et pour la famille (monoparentalité, violence conjugale et familiale, deuil, etc.) tiennent aussi une place privilégiée dans notre chapitre.

L'origine des problèmes qui nous ont intéressés est rarement unidimensionnelle. En général, c'est un ensemble de facteurs interactifs qui est mis en cause. Selon "Objectif santé" (CASF, 1984), il y a trois niveaux de déterminants de la santé: les facteurs biologiques (âge, sexe, hérédité, physiologie, défense immunitaire), les facteurs environnementaux (stress, habitudes de vie, environnement physique, social, économique, de travail) et le système de soins (288). Puisque ce sont ces facteurs qui sont responsables de la maladie et des décès dans notre société actuelle, c'est à ces niveaux qu'il faut favoriser les actions dans une optique préventive. Ainsi donc, les services à la clientèle doivent tenir compte des nouveaux enjeux de la santé.

A N N E X E I

FORMULAIRE D'ASSURANCE HOSPITALISATION

AH-101 P (REV. 11-81)

Système MED-ECHO, Gouvernement du Québec, Ministère des Affaires sociales

Gouvernement du Québec
Ministère des Affaires sociales
Assurance-hospitalisation

ABRÉGÉ ADMISSION/SORTIE

PÉRIODE:

Enregistrement 1
Correction 2
Annulation 3

N° d'admission | N° dossier médical

1 Nom de l'établissement | Code | Type | Type d'admission | N° d'assurance-maladie

2 Nom du bénéficiaire à la naissance | Prénom du bénéficiaire

3 Adresse actuelle du bénéficiaire (N°, Rue, app.) | N° de téléphone | Nationalité | Religion | Etat civil | Date de naissance an mois jour | Sexe

4 Municipalité | Comté | Province | Code postal | Code municipal | Statut | Depuis quand? | N° d'assurance sociale | Lieu nass.

5 Adresse antérieure (en cas de changement d'adresse dans les trois derniers mois) | Date du changement an mois jour | Admission antérieure | Nb | Âge | Responsabilité du paiement

6 M.D. ou D.D.S. recommandant | Adresse | Code | Prénom du père | Nom de fille de la mère

7 Nom de l'employeur | Adresse | Téléphone | Occupation du bénéficiaire | Code d'occupation

8 Nom de la compagnie d'assurance: | N° de certificat | N° de contrat | N° de groupe | En cas d'urgence, avertir

9 Logement requis | Privé | Semi-privé | Salle | N° de chambre | Per diem $

10 N° de permis d'ambulance | N° de voiture patrouille | Date d'accident an mois jour | Heure 0-24 | Code d'accident E | Provenance du bénéficiaire | Type | Code d'établissement

11 Date d'admission an mois jour | Heure 0-24 | Médecin ou dentiste traitant | Code du médecin | Diagnostic d'admission | Code CIM-9 | État à l'adm.

12 Service	Code du médecin	Nbre de jours	Diagnostic final	**14** Consultation	**15** Traitement	Nb	PI	Code du médecin	Date trait mois jour	Code d'anesthésiste	Tech. anes.	A.P.
1)												
2)												
3)												
4)												

13 Diagnostic | Diagnostic | Diagnostic

16 TUMEUR | Topo. | Morpho. M | D. | Topo. | Morpho. M | D. | Topo | Morpho. M | D. | Études spéc.

17 Cure fermée | Curatelle | N° curatelle | Ordonnance de cour | Accident E | Accident E | Études spéc.

18 Décès Type — 48: 1 + 48: 2 | Autopsie | Mortinaissance Nombre | Autopsie | Masse à la naissance (Kg) | Durée de la gestation (Semaines) | N° de dossier de la mère

19 Date du congé an mois jour | Date de sortie an mois jour | Heure 0-24 | Jours de congé temporaire | Séjour total | Destination du bénéficiaire | Type | Code d'établissement

20 Renseignements supplémentaires

NE RIEN INSCRIRE DANS CET ESPACE

21 Je demande pour moi-même, ou le bénéficiaire ci-dessus nommé, les avantages de la Loi de l'assurance-hospitalisation du Québec. J'accepte de payer le supplément journalier de $ pour une chambre privée ou semi-privée de soins de courte durée, ou le montant en vertu de cette loi et de ses règlements pour une salle, chambre privée ou semi-privée de soins prodigués dans cet établissement ainsi que le ou les médecins traitants ou consultants à fournir au ministère des Affaires sociales les renseignements nécessaires sur la présente hospitalisation, et à la Régie d'assurance-maladie du Québec les renseignements nécessaires pour exercer les recours prévus aux articles 9 de la Loi de l'assurance-hospitalisation et 109 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. **J'assume l'entière responsabilité financière de l'hospitalisation à compter de la date du congé autorisé par le médecin traitant.**

I request the benefits of the Loi de l'assurance-hospitalisation du Québec for myself, or for the above-named recipient. I agree to pay the daily additional rate of $ for a private or semi-private room for short term care or to assume the cost, as determine by this same Act and the accompanying regulations, for standard ward accomodations or a private or semi-private room for the prescribed care in the establishment as well as the attending or consulting physician(s) to furnish both the ministère des Affaires sociales with all the necessary information pertinent to this hospitalisation, and the Régie de l'assurance-maladie du Québec with the information required to permit recourse to the provisions under section 9 of the Loi de l'assurance-hospitalisation, and section 109 of the Loi sur les services de santé et les services sociaux. **I assume full financial responsibility for hospitalisation subsequent to the date of discharge authorized by the attending physician.**

Signature du bénéficiaire ou garant _____ Témoin _____

AH-101P (rev. 11-81)

LA LOI PRÉVOIT DES PEINES EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION OU DE REFUS DE REMPLIR CETTE DEMANDE

A N N E X E II

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Source:

Organisation mondiale de la santé, Classification internationale des maladies, (révision 1975, vol. I), Suisse, Genève, 1977, pp. 356-373.

639.6 *Embolie*

Embolie (due à) : SAI, caillot sanguin, gazeuse, liquide amniotique, pulmonaire, pyohémique, savon, septique } survenant après les affections classées à 630-638

639.8 *Autres complications précisées*

Arrêt, Insuffisance } cardiaque, Anoxie cérébrale } survenant après les affections classées à 630-638

639.9 *Complications non précisées survenant après les affections classées à 630-638*

COMPLICATIONS LIÉES PRINCIPALEMENT À LA GROSSESSE (640-648)

Ce groupe comprend : les affections mentionnées, qu'elles apparaissent ou existent pendant l'accouchement ou les suites de couches

640 Hémorragie du début de la grossesse

Cette rubrique comprend : hémorragie survenant avant la fin de la vingt-deuxième semaine de grossesse

640.0 *Menace d'avortement*

640.8 *Autres*

640.9 *Sans précision*

641 Hémorragie antepartum et placenta praevia

641.0 *Placenta praevia, sans hémorragie*

Insertion basse du placenta sans hémorragie
Placenta praevia diagnostiqué :
antepartum, sans mention d'hémorragie, suivi d'accouchement par opération césarienne
pendant la grossesse

641.1 *Hémorragie due à un placenta praevia*

Insertion basse du placenta, Placenta praevia : marginal, partiel, total } SAI ou avec hémorragie (intrapartum)

A l'exclusion de : hémorragie de vasa praevia (663.5)

641.2 *Décollement prématuré du placenta*

Décollement : placentaire, prématuré du placenta normalement inséré

641.3 *Hémorragie antepartum associée à des anomalies de la coagulation*

Hémorragie antepartum ou intrapartum associée à : afibrinogénémie, hyperfibrinolyse, hypofibrinogénémie

641.8 *Autres hémorragies antepartum*

Hémorragie antepartum ou intrapartum associée à : léiomyome de l'utérus, traumatisme

641.9 *Hémorragie antepartum, sans précision*

Hémorragie : antepartum SAI, intrapartum SAI — Hémorragie de la grossesse SAI

642 Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches

642.0 *Hypertension bénigne essentielle*

Hypertension : bénigne essentielle, chronique SAI, essentielle, préexistante SAI } précisée comme complication ou comme cause de soins obstétricaux pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches

642.1 *Hypertension secondaire à une maladie rénale*

Hypertension secondaire à une maladie rénale, précisée comme complication ou comme cause de soins obstétricaux pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches

642.2 *Autre hypertension préexistante*

Cardiopathie hypertensive
Hypertension maligne
Maladie cardio-rénale
Néphropathie hypertensive
} précisée comme complication ou comme cause de soins obstétricaux pendant la grossesse, *l'accouchement ou les suites* de couches

642.3 *Hypertension transitoire de la grossesse*

Hypertension transitoire de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches

642.4 *Prééclampsie modérée ou sans précision*

Hypertension au cours de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches, non précisée comme préexistante, avec albuminurie ou œdème ou les deux, modérée ou sans précision

Prééclampsie :
SAI
modérée

Toxémie (prééclamptique) :
SAI
modérée

A l'exclusion de : albuminurie, au cours de la grossesse, sans mention d'hypertension (646.2)
œdème, au cours de la grossesse, sans mention d'hypertension (646.1)

642.5 *Prééclampsie grave*

Hypertension au cours de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches, non précisée comme préexistante, avec albuminurie ou œdème ou les deux, précisée comme grave

Prééclampsie grave
Toxémie (prééclamptique) grave

642.6 *Eclampsie*

Toxémie :
éclamptique
avec convulsions

642.7 *Prééclampsie ou éclampsie greffée sur une hypertension préexistante*

Toute affection classée à 642.4-642.6, avec toute affection classée à 642.0-642.2

642.9 *Hypertension, sans précision*

Hypertension SAI, sans mention d'albuminurie ni d'œdème, compliquant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches

643 Vomissements incoercibles au cours de la grossesse

643.0 *Hyperémèse gravidique bénigne*

Hyperémèse gravidique bénigne ou sans précision, commençant avant la fin de la vingt-deuxième semaine de gestation

643.1 *Hyperémèse gravidique avec troubles métaboliques*

Hyperémèse gravidique, commençant avant la fin de la vingt-deuxième semaine, avec troubles métaboliques tels que :
déplétion des hydrates de carbone
déséquilibre électrolytique
déshydratation

643.2 *Vomissements tardifs de la grossesse*

Vomissements importants débutant après vingt-deux semaines complètes de gestation

643.8 *Autres vomissements compliquant la grossesse*

Vomissements dus à une maladie organique ou à d'autres causes, précisées comme complication ou comme cause de soins obstétricaux pendant la grossesse

Utiliser, au besoin, une rubrique supplémentaire pour identifier la cause

643.9 *Vomissements de la grossesse, sans précision*

Vomissements, entraînant des soins au cours de la grossesse, sans précision de la durée de la gestation

644 Travail prématuré et faux travail

644.0 *Faux travail*

644.1 *Début prématuré de l'accouchement*

Début (spontané) de l'accouchement avant trente-sept semaines de gestation

645 Grossesse prolongée

Naissance après terme

646 Autres complications de la grossesse, non classées ailleurs

646.0 *Foetus papyracé*

646.1 *Œdème ou prise de poids excessive au cours de la grossesse, sans mention d'hypertension*

Œdème gestationnel

A l'exclusion de : avec mention d'hypertension (642)

646.2 *Maladie du rein non précisée au cours de la grossesse, sans mention d'hypertension*

Albuminurie
Maladie rénale SAI
Néphropathie SAI
} au cours de la grossesse, sans mention d'hypertension

Protéinurie gestationnelle

A l'exclusion de : avec mention d'hypertension (642)

646.3 *Avortements habituels [à répétition]*

A l'exclusion de : avec avortement spontané actuel (634)
sans grossesse actuelle (629.9)

646.4 *Névrite périphérique au cours de la grossesse*

646.5 *Bactériurie asymptomatique au cours de la grossesse*

646.6 *Infection génito-urinaire au cours de la grossesse*

Toute affection classée à 590, 595, 597, 599.0, 614-616 compliquant la grossesse ou le travail

A l'exclusion de : infection puerpérale grave (670)

646.7 *Troubles hépatiques au cours de la grossesse*

A l'exclusion de : syndrome hépato-rénal survenant après l'accouchement (674.8)

646.8 *Autres complications précisées de la grossesse*

Asthénie au cours de la grossesse Herpes gestationis

646.9 *Complications de la grossesse, sans précision*

647 Maladies infectieuses et parasitaires de la mère compliquant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches

Cette rubrique comprend : les affections mentionnées compliquant la grossesse, aggravées par la grossesse ou précisées comme cause principale de soins obstétricaux

A l'exclusion de : lorsque les soins médicaux, donnés à la mère, sont nécessités par le fait que l'affection en cause a certainement, ou probablement, atteint le fœtus (655)

647.0 *Syphilis*

Toute affection classée à 090-097

647.1 *Gonorrhée*

Toute affection classée à 098

647.2 *Autres affections vénériennes*

Toute affection classée à 099

647.3 *Tuberculose*

Toute affection classée à 010-018

647.4 *Paludisme*

Toute affection classée à 084

647.5 *Rubéole*

Toute affection classée à 056

647.6 *Autres maladies virales*

Toute affection classée à 050-055, 057-079

647.8 *Autres maladies infectieuses et parasitaires précisées*

647.9 *Maladie infectieuse ou parasitaire, sans précision*

648 **Autres affections de la mère, classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches**

Cette rubrique comprend : les affections mentionnées, compliquant la grossesse, aggravées par la grossesse ou précisées comme étant une cause principale de soins obstétricaux

A l'exclusion de : lorsque les soins médicaux, donnés à la mère, sont nécessités par le fait que l'affection a certainement, ou probablement, atteint le fœtus (655)

648.0 *Diabète sucré*

Toute affection classée à 250

648.1 *Dysfonction thyroïdienne*

Toute affection classée à 240-246

648.2 *Anémie*

Toute affection classée à 280-285

648.3 *Toxicomanie*

Toute affection classée à 304

648.4 *Troubles mentaux*

Toute affection classée à 290-303, 305-316, 317-319

648.5 *Troubles cardio-vasculaires congénitaux*

Toute affection classée à 745-747

648.6 *Autres maladies cardio vasculaires*

Toute affection classée à 390-398, 410-429, 435, 440-459

A l'exclusion de : complications veineuses (671)
maladie cérébro-vasculaire puerpérale (674.0)

648.7 *Troubles osseux et articulaires du cou, du dos, du bassin et des membres inférieurs*

Toute affection classée à 720-724 et toute affection classée à 711-719 ou à 725-738, précisée comme atteignant les membres inférieurs

648.8 *Anomalies de l'épreuve de tolérance au glucose*

Toute affection classée à 790.2

648.9 *Autres*

Etats de carence [toute affection classée à 260-269]

ACCOUCHEMENT NORMAL ET AUTRES INDICATIONS DE SOINS AU COURS DE LA GROSSESSE, DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT (650-659)

650 Accouchement normal

Accouchement sans anomalies ni complications classées ailleurs (630-676) avec présentation normale du sommet, sans mention de manœuvres ni d'instruments

A l'exclusion de : accouchement (par le) :
sans mention d'indication, au moyen de :
extracteur pneumatique (669.5)
extraction par le siège (669.6)
forceps (669.5)
opération césarienne (669.7)
siège (assisté) (spontané) SAI (652.2)

651 Grossesse multiple

651.0 *Jumeaux*

651.1 *Triplés*

651.2 *Quadruplés*

651.8 *Autres*

651.9 *Sans précision*

652 Position et présentation anormales du fœtus

A l'exclusion de : avec dystocie par obstacle (660)

652.0 *Position instable*

652.1 *Présentation du siège, ou autre présentation anormale, transformée en présentation du sommet*

Version céphalique SAI

652.2 *Présentation du siège, sans mention de version*

652.3 *Position transversale ou oblique*

Présentation de l'épaule

652.4 *Présentation de la face et du front*

Présentation du menton

652.5 *Tête haute à terme*

Echec à l'engagement de la tête

652.6 *Grossesse multiple avec présentation anormale d'un ou de plusieurs fœtus*

652.7 *Epaule négligée*

652.8 *Autres*

652.9 *Sans précision*

653 Disproportion

A l'exclusion de : avec dystocie osseuse (660.1)

653.0 *Anomalie du bassin, sans précision*

Déformation pelvienne SAI

653.1 *Bassin généralement rétréci*

Bassin rétréci SAI

653.2 *Rétrécissement du détroit supérieur*

653.3 *Rétrécissement du détroit inférieur*

653.4 *Disproportion fœto-pelvienne*

Disproportion :
céphalo-pelvienne SAI
d'origine mixte, maternelle et fœtale, avec fœtus normal

653.5 *Disproportion due à un fœtus exceptionnellement gros*

Disproportion :
d'origine fœtale avec fœtus normal
fœtale SAI

A l'exclusion de : lorsque les soins médicaux sont nécessités par l'état du fœtus (656.6)

653.6 *Disproportion due à un fœtus hydrocéphale*

A l'exclusion de : lorsque les soins médicaux sont nécessités par l'état du fœtus (655.0)

653.7 *Disproportion causée par d'autres anomalies fœtales*

Ascite, Hydropisie } fœtale
Myéloméningocèle, Tératome coccygien, Tumeur } fœtal(e)

653.8 *Disproportion ayant une autre origine*

653.9 *Sans précision*

654 Anomalies des tissus mous du bassin et des organes pelviens

Cette rubrique comprend : les affections mentionnées au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches

A l'exclusion de : avec dystocie due à une anomalie des tissus mous (660.2)

654.0 *Anomalies congénitales de l'utérus*

Utérus bicorne [cloisonné] Utérus double

654.1 *Tumeurs du corps de l'utérus*

Fibrome utérin

654.2 *Cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure*

Opération césarienne antérieure SAI

654.3 *Utérus gravide rétroversé et incarcéré*

654.4 *Autres anomalies de la forme ou de la position de l'utérus gravide et des structures voisines*

Abdomen pendulum (ventre en besace) Plancher pelvien fibreux ou cicatriciel
Cystocèle Rectocèle

654.5 *Béance du col*

Opération de Shirodkar, avec ou sans mention de béance du col

654.6 *Autres anomalies congénitales ou acquises du col utérin*

Intervention chirurgicale antérieure sur le col utérin
Polype, Tumeur } du col utérin

654.7 *Anomalies congénitales ou acquises du vagin*

Cloisonnement, Intervention chirurgicale antérieure, Rétrécissement, Sténose (acquise) (congénitale), Tumeur } du vagin

654.8 *Anomalies congénitales ou acquises de la vulve*

Fibrose du périnée
Intervention chirurgicale antérieure sur la vulve
Périnée rigide
Persistance de l'hymen
Tumeur de la vulve

A l'exclusion de : varices de la vulve (671.1)

654.9 *Sans précision*

655 Anomalies fœtales connues ou présumées conditionnant la conduite thérapeutique vis-à-vis de la mère

Cette rubrique comprend : les affections mentionnées ci-dessous entraînant une surveillance, des soins obstétricaux, ou une interruption de la grossesse

655.0 *Malformation du système nerveux central chez le fœtus*

Anencéphalie, Hydrocéphalie, Spina bifida } fœtal(e) [connu(e) ou présumé(e)]

655.1 *Anomalie chromosomique chez le fœtus*

655.2 *Maladie héréditaire pouvant atteindre le fœtus*

655.3 *Lésion fœtale présumée due à une maladie virale de la mère*

Lésion fœtale présumée due à une rubéole de la mère

655.4 *Lésion fœtale présumée due à d'autres maladies de la mère*

Lésion fœtale présumée due à :
intoxication alcoolique, listériose, toxoplasmose } de la mère

655.5 *Lésion fœtale présumée due aux médicaments*

A l'exclusion de : souffrance fœtale, d'origine médicamenteuse, pendant le travail et l'accouchement (656.3)

655.6 *Lésion fœtale présumée due à une irradiation*

655.8 *Autres anomalies fœtales connues ou présumées, non classées ailleurs*

Lésion fœtale présumée due à un dispositif contraceptif intra-utérin

655.9 *Sans précision*

656 Autres problèmes concernant le fœtus et le placenta, conditionnant la conduite thérapeutique vis-à-vis de la mère

656.0 *Hémorragie fœto-maternelle*

Transfusion (microscopique) fœto-maternelle

656.1 *Iso-immunisation anti Rh*

Anticorps anti-D [Rh] Incompatibilité Rh

656.2 *Iso-immunisation par incompatibilité de groupes sanguins, autres et sans précision*

Iso-immunisation ABO

656.3 *Souffrance fœtale*

Anomalie de l'équilibre acido-basique chez le fœtus
Bradycardie fœtale
Méconium dans le liquide amniotique
Rythme anormal du cœur fœtal

656.4 *Mort intra-utérine*

656.5 *Faible croissance fœtale*

«Insuffisance du placenta» «Léger / «Petit } pour l'âge gestationnel»

656.6 *Croissance excessive du fœtus*

«Gros pour l'âge gestationnel»

656.7 *Autres maladies du placenta*

Anomalie du placenta — Infarctus placentaire

656.8 *Autres*

656.9 *Sans précision*

657 Polyhydramnios

Hydramnios

658 **Autres problèmes se rapportant à la cavité amniotique et aux membranes**

A l'exclusion de : embolie amniotique (673.1)

658.0 *Oligohydramnios*

Oligohydramnios, sans mention de rupture des membranes

658.1 *Rupture prématurée des membranes*

658.2 *Accouchement retardé après rupture des membranes, spontanée ou sans précision*

658.3 *Accouchement retardé après rupture artificielle des membranes*

658.4 *Infection de la cavité amniotique*

Amniotite — Membranite
Chorio-amniotite — Placentite

658.8 *Autres*

658.9 *Sans précision*

659 **Autres indications de soins ou d'interventions concernant le travail et l'accouchement, non classées ailleurs**

659.0 *Echec du déclenchement mécanique*

Echec du déclenchement du travail, consécutif à des manœuvres chirurgicales ou instrumentales

659.1 *Echec du déclenchement médical ou sans précision*

Echec du déclenchement (du travail) :
SAI
par des méthodes médicales, telles que les médicaments ocytociques

659.2 *Hyperthermie de la mère pendant le travail, sans précision*

659.3 *Infection généralisée pendant le travail*

Septicémie pendant le travail

659.4 *Grande multiparité*

A l'exclusion de : sans grossesse actuelle (V61.5)
surveillance de la grossesse (V23.3)

659.5 *Primigeste âgée*

659.8 *Autres*

659.9 *Sans précision*

COMPLICATIONS SURVENANT PRINCIPALEMENT AU COURS DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT (660-669)

660 Dystocie d'obstacle

660.0 *Dystocie par position fœtale anormale au début du travail*

Toute affection, classée à 652, créant une dystocie

Utiliser, au besoin, la rubrique 652 en tant que code supplémentaire pour identifier l'affection en cause

660.1 *Dystocie osseuse*

Toute affection classée à 653 et créant une dystocie

Utiliser, au besoin, la rubrique 653 en tant que code supplémentaire pour identifier l'affection en cause

660.2 *Dystocie par tissus mous anormaux du bassin*

Prolapsus de la lèvre antérieure du col utérin
Toute affection classée à 654 et créant une dystocie

Utiliser, au besoin, la rubrique 654 en tant que code supplémentaire pour identifier l'affection en cause

660.3 *Dystocie de la présentation du sommet*

Arrêt de la tête (fœtale) en transverse
Présentation :
occipito-antérieure } persistante
occipito-postérieure }

660.4 *Dystocie des épaules*

660.5 *Dystocie gémellaire*

Accrochage des jumeaux — Enclavement des jumeaux

660.6 *Echec de l'épreuve du travail, sans précision*

Echec de l'épreuve du travail, sans mention d'affection, connue ou présumée, et suivi d'accouchement par opération césarienne

660.7 *Echec de forceps ou de ventouse, sans précision*

Echec d'application de :
forceps, suivi d'opération césarienne
ventouse, suivi d'application de forceps

660.8 *Autres*

660.9 *Sans précision*

Dystocie :
SAI
fœtale SAI
maternelle SAI

661 Anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col

661.0 *Inertie utérine primitive*

Dilatation cervicale insuffisante
Hypotonie utérine primitive

661.1 *Inertie utérine secondaire*

Arrêt de la phase active du travail
Hypotonie utérine secondaire

661.2 *Inertie utérine, autre et sans précision*

Atonie de l'utérus — Travail irrégulier
Contractions faibles

661.3 *Travail trop rapide*

661.4 *Contractions utérines hypertoniques, incoordonnées ou prolongées*

Anneau de contraction (dystocie) — Rétraction de l'anneau de Bandl (pathologique)
Contraction(s) de l'utérus :
en sablier
tétaniques
Spasme :
cervical
utérin

Dystocie } utérine — *Travail incoordonné*
Hypertonie }

661.9 *Sans précision*

662 Travail prolongé

662.0 *Période de dilatation prolongée [première période]*

662.1 *Travail prolongé, sans précision*

662.2 *Période d'expulsion prolongée [deuxième période]*

662.3 *Accouchement retardé du second jumeau, triplé, etc.*

663 Complications concernant le cordon ombilical

663.0 *Procidence du cordon*

663.1 *Circulaire du cordon, avec compression*

663.2 *Enchevêtrement du cordon, autre et sans précision, avec compression*

Enchevêtrement des cordons de jumeaux dans un sac mono-amniotique
Nœud du cordon

663.3 *Enchevêtrement du cordon, autre et sans précision, sans mention de compression*

663.4 *Brièveté du cordon*

663.5 *Insertion vélamenteuse du cordon*

Vasa praevia

663.6 *Lésions vasculaires du cordon*

Hématome du cordon — Thrombose du cordon

663.8 *Autres*

663.9 *Sans précision*

664 Traumatisme du périnée et de la vulve au cours de l'accouchement

664.0 *Déchirure périnéale incomplète du premier degré*

Déchirure [rupture] périnéale (intéressant) :
fourchette
hymen
lèvres [grandes, petites]
peau
vulve

664.1 *Déchirure périnéale incomplète du second ou troisième degré*

Déchirure [rupture] périnéale (après épisiotomie) intéressant :
muscles :
périnéaux
vaginaux
plancher pelvien

A l'exclusion de : intéressant le sphincter anal (664.2)

664.2 *Déchirure périnéale complète*

Déchirure [rupture] périnéale (après épisiotomie) intéressant :
cloison recto-vaginale
sphincter (anal) SAI

A l'exclusion de : y compris muqueuse anale ou rectale (664.3)

664.3 *Déchirure périnéale compliquée*

Déchirure périnéale ou rupture comme à 664.2 intéressant aussi la muqueuse :
anale
rectale

664.4 *Déchirure périnéale, sans précision*

Déchirure centrale

664.5 *Hématome vulvaire ou périnéal*

664.8 *Autres*

664.9 *Sans précision*

665 Autres traumatismes obstétricaux

Cette rubrique comprend : lésions par manœuvres instrumentales

665.0 *Rupture de l'utérus avant le début du travail*

665.1 *Rupture de l'utérus pendant et après le travail*

Rupture de l'utérus SAI

665.2 *Inversion de l'utérus*

665.3 *Déchirure du col de l'utérus*

665.4 *Déchirure vaginale haute*

Déchirure de la paroi vaginale, sans mention de déchirure périnéale

665.5 *Lésion d'autres organes pelviens*

Lésion de :
vessie
urètre

665.6 *Lésion des articulations et des ligaments pelviens*

Arrachement du cartilage interne de la symphyse (pubienne)
Ecartement de la symphyse (pubienne)
Lésion du coccyx

665.7 *Hématome pelvien*

Hématome du vagin

665.8 *Autres*

665.9 *Sans précision*

666 Hémorragie du post-partum

666.0 *Hémorragie de la délivrance [troisième période]*

Hémorragie associée à la rétention ou à l'incarcération du placenta
Rétention du placenta SAI

666.1 *Autre hémorragie immédiate du post partum*

Hémorragie :
après l'expulsion du placenta
post-partum (atonie utérine) SAI

666.2 *Hémorragie tardive et secondaire du post partum*

Hémorragie :
associée à la rétention de cotylédons placentaires ou de membranes
post-partum, précisée tardive ou secondaire
Rétention de produits de la conception SAI, après l'accouchement

666.3 *Anomalie de la coagulation post-partum*

Afibrinogénémie post-partum Fibrinolyse post-partum

667 Rétention du placenta ou de membranes, sans hémorragie

667.0 *Rétention du placenta sans hémorragie*

Placenta accreta
Rétention du placenta : SAI, totale
} sans hémorragie

667.1 *Rétention de cotylédons placentaires ou de membranes, sans hémorragie*

668 Complications dues à l'administration d'un anesthésique ou d'un autre sédatif au cours du travail et de l'accouchement

Cette rubrique comprend : toute complication due à l'administration d'un anesthésique général ou local, d'un analgésique ou autre sédatif au cours du travail et de l'accouchement

668.0 *Complications pulmonaires*

Collapsus pulmonaire par compression
Inhalation du contenu ou des sécrétions de l'estomac
Syndrome de Mendelson

668.1 *Complications cardiaques*

Arrêt cardiaque — Défaillance cardiaque

668.2 *Complications intéressant le système nerveux central*

Anoxie cérébrale

668.8 *Autres*

668.9 *Sans précision*

669 **Autres complications du travail et de l'accouchement, non classées ailleurs**

669.0 *Epuisement maternel*

669.1 *Choc pendant ou après le travail et l'accouchement*

Choc obstétrical

669.2 *Syndrome d'hypotension maternelle*

669.3 *Insuffisance rénale aiguë survenant après le travail et l'accouchement*

669.4 *Autres complications consécutives à la chirurgie ou à des techniques obstétricales*

Arrêt / Insuffisance / Anoxie cérébrale } cardiaque } survenant après { accouchement SAI / opération césarienne / autres procédés obstétricaux ou chirurgicaux

A l'exclusion de : complications des incisions chirurgicales obstétricales (674.3)

669.5 *Forceps ou extracteur pneumatique (ventouse), sans mention d'indication*

Accouchement par extracteur pneumatique, sans mention d'indication

669.6 *Extraction par le siège, sans mention d'indication*

A l'exclusion de : accouchement par le siège SAI (652.2)

669.7 *Opération césarienne, sans mention d'indication*

669.8 *Autres*

669.9 *Sans précision*

MODE D'ACCOUCHEMENT

Si l'on ne dispose pas d'une classification des techniques chirurgicales ou autres manœuvres pour indiquer le mode d'accouchement, on pourra utiliser la classification suivante :

.0 Accouchement spontané avec présentation normale du sommet, occipito-antérieure
.1 Accouchement céphalique avec présentation anormale de la tête à l'accouchement, sans utilisation d'instrument, avec ou sans manœuvres
.2 Forceps à la partie basse de l'excavation, sans manœuvres
Forceps SAI
.3 Autres accouchements par forceps
Forceps :
avec manœuvres
partie basse
partie moyenne
.4 Extraction pneumatique
Ventouse obstétricale
.5 Accouchement par le siège, spontané, assisté ou sans précision
Extraction partielle par le siège
.6 Extraction par le siège
Extraction par le siège :
SAI
totale
Version et extraction par le siège
.7 Opération césarienne avant ou au début du travail
.8 Opération césarienne, autre et sans précision
.9 Mode d'accouchement, autre et sans précision
Accouchement par d'autres moyens chirurgicaux ou instrumentaux
Application d'un poids à la jambe au cours d'un accouchement par le siège
Opération destructrice pour faciliter l'accouchement

COMPLICATIONS DES SUITES DE COUCHES (670-676)

Note : Les rubriques 671 et 673-676 comprennent :
les affections mentionnées même si elles apparaissent au cours de la grossesse ou de l'accouchement

670 **Infection puerpérale grave**

Endométrite / Péritonite / Septicémie } puerpérale

A N N E X E III

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS A L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'AGE DE LA MERE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DECOUPAGE MRC), SOUS-REGION, REGION L-L, 1980, 1981 ET 1982

Source:

Ministère des Affaires sociales, Données vitales 1980, 1981 et 1982, Sortie K29.T930.S20.

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																								Total des naissances vivantes		
	10-14 ans			15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans			45-49 ans					
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
DEUX-MONTAGNES																											
< 1500 g	-	-	-	1	1	-	1	1	1	1	1	4	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5
1500-2499 g	-	-	-	4	3	2	12	21	18	29	20	26	10	7	11	4	6	2	-	2	-	-	-	-	59	59	59
2500-2999 g	-	-	-	6	7	1	80	50	55	61	87	75	33	39	27	10	5	6	-	-	-	-	-	-	190	188	164
3000-3999 g	-	-	-	18	22	21	180	202	177	281	301	258	121	107	108	18	22	25	-	1	1	-	-	-	618	655	590
4000-4499 g	-	-	-	2	2	1	20	14	30	27	35	18	9	19	15	2	3	1	1	-	-	-	-	1	61	73	66
≥ 4500 g	-	-	-	-	-	-	5	3	2	2	6	5	1	1	3	1	-	1	-	-	-	-	-	-	9	10	11
Inconnu	-	-	-	-	-	-	1	3	2	2	2	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5	5
TOTAL	-	-	-	31	35	25	299	294	285	403	452	388	176	175	165	35	36	35	1	3	1	-	-	1	945	995	900
THERESE DE BLAINVILLE																											
< 1500 g	-	-	-	-	3	1	7	2	6	1	7	2	3	3	3	-	2	-	1	-	-	-	-	-	12	17	12
1500-2499 g	-	-	-	1	2	2	23	18	11	25	28	18	18	10	15	4	1	2	-	-	-	-	-	-	71	59	48
2500-2999 g	-	-	-	9	12	6	76	69	69	88	107	94	35	33	35	12	14	9	1	-	1	-	-	-	221	235	214
3000-3999 g	-	-	-	36	34	20	233	220	194	359	379	320	173	177	190	29	28	38	4	4	3	-	-	1	834	842	766
4000-4499 g	-	-	-	1	2	2	14	17	14	39	40	42	20	31	26	11	2	4	-	1	-	-	1	-	85	94	88
≥ 4500 g	-	-	-	-	-	1	2	2	2	7	7	4	2	3	7	1	1	1	-	1	-	-	-	-	12	14	15
Inconnu	-	-	-	-	-	-	3	3	-	4	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	8	3	2
TOTAL	-	-	-	47	53	32	358	331	296	523	568	481	252	257	276	57	48	55	6	6	4	-	1	1	1243	1264	1145

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																								Total des naissances vivantes		
	10-14 ans			15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans			45-49 ans					
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
RIVIERE DU NORD																											
< 1500 g	-	-	-	-	-	-	-	4	2	-	2	1	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	4
1500-2499 g	-	-	-	1	3	3	21	18	18	19	26	16	4	8	8	1	3	-	-	-	-	-	-	-	46	58	45
2500-2999 g	-	-	-	9	11	8	54	63	60	71	64	63	25	29	27	2	6	4	1	-	-	-	-	-	162	173	162
3000-3999 g	1	-	-	31	29	29	191	201	200	227	250	214	93	112	92	16	30	20	3	2	3	-	-	-	562	624	558
4000-4499 g	-	-	-	3	1	3	20	21	25	25	29	34	13	18	14	1	1	5	-	1	-	-	-	-	62	71	81
≥ 4500 g	-	-	-	-	-	-	1	2	4	6	3	-	-	2	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	7	9	5
Inconnu	-	-	-	-	-	-	3	1	-	1	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	4	-
TOTAL	1	-	-	44	44	43	290	310	309	349	377	328	136	170	143	21	42	29	4	3	3	-	-	-	845	946	855
ARGENTEUIL																											
< 1500 g	-	-	-	-	1	-	1	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	4	1
1500-2499 g	1	-	-	-	4	3	8	12	3	14	3	4	2	4	1	3	4	1	-	-	-	-	-	-	28	27	12
2500-2999 g	-	-	1	8	6	2	34	13	26	13	22	27	11	8	2	2	-	4	-	-	-	-	-	-	68	49	62
3000-3999 g	-	-	-	18	18	9	91	63	59	81	87	92	25	24	33	9	2	7	2	2	1	-	-	-	227	196	201
4000-4499 g	-	-	-	-	1	2	5	4	3	9	8	7	3	8	3	2	1	2	-	-	-	-	-	-	19	22	17
≥ 4500 g	-	-	-	-	-	-	-	3	3	1	2	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3	6	4
Inconnu	-	-	-	2	-	1	14	5	2	9	6	4	2	3	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	28	14	7
TOTAL	1	-	1	28	30	17	153	102	96	128	128	135	45	49	39	17	7	15	3	2	1	-	-	-	375	318	304

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																										
	10-14 ans			15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans			45-49 ans			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
PAYS-D'EN-HAUT																											
< 1500 g	-	-	-	-	-	-	2	1	1	1	2	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	2
1500-2499 g	-	-	-	-	1	-	5	2	7	5	3	3	1	6	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	11	14	11
2500-2999 g	-	-	-	3	-	3	14	12	8	15	16	20	10	9	9	2	2	1	-	-	-	-	-	-	44	39	41
3000-3999 g	-	-	-	2	12	2	40	45	45	72	52	60	35	37	39	9	10	7	-	2	-	-	-	-	157	158	153
4000-4499 g	-	-	-	1	2	-	6	4	6	5	10	10	11	7	2	1	3	-	-	-	-	-	-	-	24	26	18
≥ 4500 g	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	3	3	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	4	4	5
Inconnu	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1	-
TOTAL	-	-	-	7	15	5	69	65	67	101	87	97	60	61	52	12	16	9	-	3	-	-	-	-	249	247	230
LAURENTIDES																											
< 1500 g	-	-	-	3	-	-	1	1	-	1	1	1	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	6	2	3
1500-2499 g	-	-	-	1	1	1	5	7	11	11	12	15	6	3	4	1	2	2	-	-	-	-	-	-	24	25	33
2500-2999 g	-	-	-	5	5	5	30	32	25	39	34	27	8	16	7	3	3	1	-	-	-	-	-	-	85	90	65
3000-3999 g	-	-	-	14	11	15	80	78	81	113	104	93	56	39	44	13	12	13	-	2	1	1	-	-	277	246	247
4000-4499 g	-	-	-	2	1	1	5	8	10	7	15	12	7	6	3	1	1	2	-	-	-	-	-	-	22	31	28
≥ 4500 g	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3	1	3	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	6	4
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	1	3	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	6
TOTAL	-	-	-	25	18	22	121	126	130	175	170	152	81	68	62	18	18	19	-	2	1	1	-	-	421	402	386

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																								Total des naissances vivantes		
	10-14 ans			15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans			45-49 ans					
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
MIRABEL																											
< 1500 g	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	2
1500-2499 g	-	-	-	-	1	-	8	2	5	3	3	6	5	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	17	8	12
2500-2999 g	-	-	-	4	1	4	13	11	11	19	20	13	4	6	7	1	1	-	-	-	-	-	-	-	41	39	35
3000-3999 g	-	-	-	4	4	4	59	48	40	54	60	65	23	23	18	1	4	5	-	-	1	-	-	-	141	139	133
4000-4499 g	-	-	-	2	-	2	7	3	10	2	10	5	3	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	15	14	19
≥4500 g	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	1
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
TOTAL	-	-	-	10	6	11	88	65	66	80	95	90	36	31	28	4	5	6	-	-	1	-	-	-	218	202	202
SOUS-REGION LAURENTIDES																											
< 1500 g	-	-	-	4	5	2	13	12	10	6	15	10	8	9	5	1	2	2	1	-	-	-	-	-	33	43	29
1500-2499 g	1	-	-	7	15	11	82	80	73	106	95	88	46	38	41	14	17	7	-	3	-	-	-	-	256	248	220
2500-2999 g	-	-	1	44	42	29	301	250	254	306	350	319	126	140	114	32	31	25	2	-	1	-	-	-	811	813	743
3000-3999 g	1	-	-	123	130	100	874	857	796	1187	1233	1102	527	519	524	94	108	115	9	13	10	1	-	1	2816	2860	2648
4000-4499 g	-	-	-	11	9	11	77	71	98	114	147	128	66	90	65	19	11	14	1	2	-	-	1	1	288	331	317
≥4500 g	-	-	-	1	-	1	8	11	12	18	24	14	9	11	14	4	3	4	-	1	-	-	-	-	40	50	45
Inconnu	-	-	-	2	-	1	23	12	6	22	13	10	4	4	2	-	-	1	1	-	-	-	-	-	52	29	20
TOTAL	2	-	1	192	201	155	1378	1293	1249	1759	1877	1671	786	811	765	164	172	168	14	19	11	1	1	2	4296	4374	4022

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																									Total des naissances vivantes		
	10-14 ans			15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans			45-49 ans					
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
D'AUTRAY																											
< 1500 g	-	-	-	1	-	-	-	2	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2
1500-2499 g	-	-	-	1	-	-	6	11	8	13	17	9	2	4	4	-	2	2	-	1	-	-	-	-	22	35	23
2500-2999 g	-	-	-	4	4	3	28	37	37	43	40	32	20	13	19	5	5	1	1	-	3	-	-	-	101	99	95
3000-3999 g	-	-	1	7	6	12	93	107	90	135	131	146	58	62	66	12	8	11	1	1	2	-	-	-	306	315	328
4000-4499 g	-	-	-	-	1	1	9	10	11	14	10	10	9	11	10	1	6	-	-	-	-	-	-	-	33	38	32
≥ 4500 g	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	4	1	2	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5	8	2
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-
TOTAL	-	-	1	13	11	16	137	169	148	207	202	199	92	94	99	19	21	14	2	2	5	-	-	-	470	499	482
DES MOULINS																											
< 1500 g	-	-	-	-	-	-	1	3	-	1	-	-	-	-	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	2	4	3
1500-2499 g	-	-	-	1	4	4	13	6	7	9	9	6	5	4	4	1	1	-	1	-	-	-	-	-	30	24	21
2500-2999 g	1	-	-	1	12	8	21	32	23	34	30	27	19	12	6	1	5	3	-	-	-	-	-	-	77	90	67
3000-3999 g	1	-	1	18	10	22	69	91	87	94	105	122	48	44	38	13	8	14	2	2	3	-	1	-	246	261	287
4000-4499 g	-	-	-	5	2	-	10	5	9	13	9	7	10	6	4	1	1	1	-	-	-	-	-	-	39	23	21
≥ 4500 g	-	-	-	-	-	-	1	-	2	2	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	2
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
TOTAL	2	-	1	26	28	34	115	136	128	153	156	162	82	67	55	16	15	19	3	2	3	-	1	-	397	406	402

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																									Total des naissances vivantes		
	10-14 ans			15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans			45-49 ans					
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
JOLIETTE																												
< 1500 g	-	-	-	-	-	-	-	1	4	2	1	3	-	1	2	-	1	2	-	-	-	-	-	-	2	4	11
1500-2499 g	-	-	-	3	4	2	12	7	15	20	21	16	8	5	8	2	1	3	-	-	-	-	-	-	45	38	44
2500-2999 g	-	1	-	7	12	5	36	39	37	62	55	55	20	24	25	5	7	4	-	-	3	-	-	-	130	138	129
3000-3999 g	-	-	-	15	10	11	107	103	108	177	188	170	85	95	81	15	16	8	-	1	1	-	-	-	399	413	379
4000-4499 g	-	-	-	-	1	1	11	12	14	17	20	12	7	7	16	-	2	3	-	-	-	-	-	-	35	42	46
≥4500 g	-	-	-	-	-	-	2	-	3	-	3	3	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	7
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3
TOTAL	-	1	-	25	27	19	168	163	181	280	288	262	120	133	133	22	27	20	-	1	4	-	-	-	615	640	619
L'ASSOMPTION																												
< 1500 g	-	-	-	-	-	-	-	3	1	1	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6	1
1500-2499 g	-	-	-	1	1	-	9	9	7	8	7	9	3	5	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	23	22	19
2500-2999 g	-	-	-	6	2	5	22	24	27	33	29	27	7	11	12	2	3	1	-	2	-	-	-	-	70	71	72
3000-3999 g	-	-	-	10	5	12	90	82	73	117	102	120	51	51	43	7	8	7	-	2	-	-	-	-	275	250	255
4000-4499 g	-	-	-	-	1	1	8	12	5	7	9	14	6	6	6	1	-	-	-	1	-	-	-	-	22	29	26
≥4500 g	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	4	3	3	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6	8	5
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	2	2
TOTAL	-	-	-	17	9	18	130	131	114	168	154	175	71	77	65	13	11	8	-	6	-	-	-	-	399	388	380

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																								Total des naissances vivantes		
	10-14 ans			15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans			45-49 ans					
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
MATAWINIE																											
< 1500 g	-	-	-	1	-	-	2	4	3	2	2	1	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	7	7	4
1500-2499 g	-	-	-	2	2	2	17	18	23	33	23	18	12	15	4	-	3	3	-	-	-	-	-	-	64	61	50
2500-2999 g	-	-	-	11	7	5	56	57	51	95	92	83	39	32	46	7	10	4	-	1	1	-	-	-	208	199	190
3000-3999 g	-	-	-	21	18	21	202	188	180	344	346	303	152	147	121	24	30	15	2	3	5	-	1	-	745	733	645
4000-4499 g	-	-	-	1	-	2	15	18	16	38	36	41	25	19	12	3	4	1	1	1	-	-	-	-	83	78	72
≥4500 g	-	-	-	-	-	-	-	3	2	3	5	5	4	3	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	8	11	9
Inconnu	-	-	-	-	-	-	3	-	1	2	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	2	3
TOTAL	-	-	-	36	27	30	295	288	276	517	506	453	235	216	185	34	47	23	3	6	6	1	1	-	1121	1091	973
MONTCALM																											
< 1500 g	-	-	-	-	-	1	3	3	2	5	5	9	3	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	11	14
1500-2499 g	-	-	-	-	1	3	10	9	11	38	28	27	14	11	9	4	1	1	1	-	-	-	-	-	67	50	51
2500-2999 g	-	-	-	9	5	6	48	62	50	84	95	102	41	40	47	12	9	8	5	1	-	-	-	-	199	212	213
3000-3999 g	-	-	-	13	20	19	172	177	187	326	376	295	157	195	140	22	35	22	2	4	2	-	-	-	692	807	665
4000-4499 g	-	-	-	1	1	-	17	12	14	38	43	31	16	20	15	2	2	4	-	-	-	-	-	-	74	78	64
≥4500 g	-	-	-	-	-	-	4	4	-	7	5	4	2	2	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	13	13	6
Inconnu	-	-	-	1	-	-	4	-	1	5	-	1	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	1	3
TOTAL	-	-	-	24	27	29	258	267	265	503	552	469	235	272	216	40	49	35	8	5	2	-	-	-	1068	1172	1016

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																									Total des naissances vivantes		
	10-14 ans			15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans			45-49 ans					
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
SOUS-REGION DE LANAUDIERE																												
< 1500 g	-	-	-	2	0	1	6	16	11	11	10	14	5	5	6	-	2	3	-	1	-	-	-	-	24	34	35
1500-2499 g	-	-	-	8	12	11	67	60	71	121	105	85	44	44	32	9	8	9	2	1	-	-	-	-	251	230	208
2500-2999 g	1	1	-	38	42	32	211	250	225	351	341	326	146	132	155	32	39	21	6	4	7	-	-	-	785	809	766
3000-3999 g	1	-	2	85	69	97	733	748	725	1193	1248	1156	551	594	489	93	105	77	7	13	13	-	2	-	2663	2779	2559
4000-4499 g	-	-	-	7	6	5	70	69	69	127	127	115	73	69	63	8	15	9	1	2	-	-	-	-	286	288	261
≥ 4500 g	-	-	-	-	-	-	9	9	9	14	23	16	11	13	6	2	2	-	-	-	-	1	-	-	37	47	31
Inconnu	-	-	-	1	-	-	7	2	2	11	4	8	5	2	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	24	9	12
TOTAL	2	1	2	141	129	146	1103	1154	1112	1828	1858	1720	835	859	753	144	171	119	16	22	20	1	2	-	4070	4196	3872
TERRITOIRE NON-IDENTIFIE																												
< 1500 g	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1500-2499 g	-	-	-	-	-	-	2	-	-	4	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-
2500-2999 g	-	-	-	-	-	-	3	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	-	-
3000-3999 g	-	-	-	1	-	-	17	-	-	18	-	-	6	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-	-
4000-4499 g	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-
≥ 4500 g	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	-	2	-	-	23	-	-	33	-	-	11	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	71	-	-

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																								Total des naissances vivantes		
	10-14 ans			15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans			45-49 ans					
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
RÉGION LAURENTIDES-DE LANAUDIÈRE																											
< 1500 g	-	-	-	6	5	3	19	28	21	17	25	24	13	14	11	1	4	5	1	1	-	-	-	-	57	77	64
1500-2499 g	1	-	-	15	27	22	151	140	144	231	200	173	91	82	73	23	25	16	2	4	-	-	-	-	514	478	428
2500-2999 g	1	1	1	82	84	61	515	500	479	665	691	645	272	272	269	64	70	46	8	4	8	-	-	-	1607	1622	1509
3000-3999 g	2	-	2	209	199	197	1624	1605	1521	2398	2481	2258	1084	1113	1013	189	213	192	16	26	23	1	2	1	5523	5639	5207
4000-4499 g	-	-	-	18	15	16	148	140	167	243	274	243	142	159	128	27	26	23	2	4	-	-	1	1	580	619	578
≥ 4500 g	-	-	-	2	-	1	17	20	21	33	47	30	21	24	20	6	5	4	-	1	-	1	-	-	80	97	76
Inconnu	-	-	-	3	-	1	30	14	8	33	17	18	9	6	4	-	-	1	1	1	-	-	-	-	76	38	32
TOTAL	4	1	3	335	330	301	2504	2447	2361	3620	3735	3391	1632	1670	1518	310	343	287	30	41	31	2	3	2	8437	8570	7894

(1) Le groupe d'âge des 50 ans et plus ne fait pas partie de notre tableau compte tenu de l'absence de naissances vivantes pour cette tranche d'âge.

A N N E X E IV

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS A L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'AGE DE LA MERE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DECOUPAGE MRC), SOUS-REGION, REGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982

Source:

Ministère des Affaires sociales, Données vitales 1980, 1981 et 1982, Sortie K29.T930.S20.

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																		Total des naissances vivantes		
	15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans					
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
DEUX-MONTAGNES																					
< 1500 g	3,2	2,9	-	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2	1,0	1,1	1,1	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,5	0,6
1500-2499 g	12,9	8,6	8,0	4,0	7,1	6,3	7,2	4,4	6,7	5,7	4,0	6,7	11,4	16,7	5,7	-	66,7	-	6,2	5,9	6,6
2500-2999 g	19,4	20,0	4,0	26,8	17,0	19,3	15,1	19,3	19,3	18,8	22,3	16,4	28,6	13,9	17,1	-	-	-	20,1	18,9	18,2
3000-3999 g	58,1	62,9	84,0	60,2	68,7	62,1	69,7	66,6	66,5	68,8	61,1	65,5	51,4	61,1	71,4	-	33,3	100,0	65,4	65,0	65,6
4000-4499 g	6,5	5,7	4,0	6,7	4,8	10,5	6,7	7,7	4,6	5,1	10,9	9,1	5,7	8,3	2,9	100,0	-	-	6,5	7,3	7,3
≥ 4500 g	-	-	-	1,7	1,0	0,7	0,5	1,3	1,3	0,6	0,6	1,8	2,9	-	2,9	-	-	-	1,0	1,0	1,2
Inconnu	-	-	-	0,3	1,0	0,7	0,5	0,4	0,5	-	-	0,6	-	-	-	-	-	-	0,3	0,5	0,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
THÉRÈSE DE BLAINVILLE																					
< 1500 g	-	5,7	3,1	2,0	0,6	2,0	0,2	1,2	0,4	1,2	1,2	1,1	-	4,2	-	16,7	-	-	1,0	1,3	1,0
1500-2499 g	2,1	3,8	6,3	6,4	5,4	3,7	4,8	4,9	3,7	7,1	3,9	5,4	7,0	2,1	3,6	-	-	-	5,7	4,7	4,2
2500-2999 g	19,1	22,6	18,8	21,2	20,8	23,3	16,8	18,8	19,6	13,9	12,8	12,7	21,1	29,2	16,4	16,7	-	25,0	17,8	18,6	18,7
3000-3999 g	76,6	64,2	62,5	65,1	66,5	65,5	68,6	66,7	66,5	68,7	68,9	68,8	50,9	58,3	69,1	66,7	66,7	75,0	67,1	66,6	66,9
4000-4499 g	2,1	3,8	6,3	3,9	5,1	4,7	7,5	7,1	8,7	7,9	12,1	9,4	19,3	4,2	7,3	-	16,7	-	6,8	7,4	7,7
≥ 4500 g	-	-	3,1	0,6	0,6	0,7	1,3	1,2	0,8	0,8	1,2	2,5	1,8	2,1	1,8	-	16,7	-	1,0	1,1	1,3
Inconnu	-	-	-	0,8	0,9	-	0,8	-	0,2	0,4	-	-	-	-	1,8	-	-	-	0,6	0,2	0,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																				
	15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
RIVIERE DU NORD																					
< 1500 g	-	-	-	-	1,3	0,6	-	0,5	0,3	-	0,6	0,7	4,8	-	-	-	-	-	-	0,7	0,5
1500-2499 g	2,3	6,8	7,0	7,2	5,8	5,8	5,4	6,9	4,9	2,9	4,7	5,6	4,8	7,1	-	-	-	-	5,5	6,1	5,3
2500-2999 g	20,5	25,0	18,6	18,6	20,3	19,4	20,3	17,0	19,2	18,4	17,1	18,9	9,5	14,3	13,8	25,0	-	-	19,2	18,3	18,9
3000-3999 g	70,5	65,9	67,4	65,9	64,8	64,7	65,0	66,3	65,2	68,4	65,9	64,3	76,2	71,4	69,0	75,0	66,7	100,0	66,5	66,0	65,3
4000-4499 g	6,8	2,3	7,0	6,9	6,8	8,1	7,2	7,7	10,4	9,6	10,6	9,8	4,8	2,4	17,2	-	33,3	-	7,3	7,5	9,5
≥4500 g	-	-	-	0,3	0,6	1,3	1,7	0,8	-	-	1,2	0,7	-	4,7	-	-	-	-	0,8	1,0	0,6
Inconnu	-	-	-	1,0	0,3	-	0,3	0,8	-	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,4	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
ARGENTEUIL																					
< 1500 g	-	3,3	-	0,7	2,0	-	0,8	-	-	-	2,0	-	-	-	6,7	-	-	-	0,5	1,3	0,3
1500-2499 g	-	13,3	17,6	5,2	11,8	3,1	10,9	2,3	3,0	4,4	8,2	2,6	17,6	57,1	6,7	-	-	-	7,5	8,5	3,9
2500-2999 g	28,6	20,0	11,8	22,2	12,7	27,1	10,2	17,2	20,0	24,4	16,3	5,1	11,8	-	26,7	-	-	-	18,1	15,4	20,4
3000-3999 g	64,3	60,0	52,9	59,5	61,8	61,5	63,3	68,0	68,1	57,8	49,0	84,6	52,9	28,6	46,7	66,7	100,0	100,0	60,5	61,6	66,1
4000-4499 g	-	3,3	11,8	3,3	3,9	3,1	7,0	6,3	5,2	6,7	16,3	7,7	11,8	14,3	13,3	-	-	-	5,1	6,9	5,6
≥4500 g	-	-	-	-	2,9	3,1	0,8	1,6	0,7	2,2	2,0	-	5,9	-	-	-	-	-	0,8	1,9	1,3
Inconnu	7,1	-	5,9	9,2	4,9	2,1	7,0	4,7	3,0	4,4	6,1	-	-	-	-	33,3	-	-	7,5	4,4	2,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																		Total des naissances vivantes		
	15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans					
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
PAYS-D'EN-HAUT																					
< 1500 g	-	-	-	2,9	1,5	1,5	1,0	2,3	1,0	3,3	3,3	-	-	-	-	-	-	-	2,0	2,0	0,9
1500-2499 g	-	6,7	-	7,2	3,1	10,4	5,0	3,4	3,1	1,7	9,8	1,9	-	6,3	-	-	33,3	-	4,4	5,7	4,8
2500-2999 g	42,9	-	60,0	20,3	18,5	11,9	14,8	18,4	20,6	16,7	14,8	17,3	16,7	12,5	11,1	-	-	-	17,7	15,8	17,8
3000-3999 g	28,6	80,0	40,0	59,0	69,2	67,2	71,3	59,8	61,9	58,3	60,7	75,0	66,7	62,5	77,8	-	66,7	-	63,1	64,0	66,5
4000-4499 g	14,3	13,3	-	8,7	6,2	9,0	5,0	11,5	10,3	18,3	11,5	3,8	8,3	18,8	-	-	-	-	9,6	10,5	7,8
≥ 4500 g	14,3	-	-	-	1,5	-	1,0	3,4	3,1	1,7	-	1,9	8,3	-	11,1	-	-	-	1,6	1,6	2,2
Inconnu	-	-	-	2,9	-	-	2,0	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	0,4	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
LAURENTIDES																					
< 1500 g	12,0	-	-	0,8	0,8	-	0,6	0,6	0,6	1,2	-	1,6	-	-	5,3	-	-	-	1,4	0,5	0,8
1500-2499 g	4,0	5,6	4,5	4,1	5,6	8,5	6,3	7,1	9,9	7,4	4,4	6,5	5,6	11,1	10,5	-	-	-	5,7	6,2	8,5
2500-2999 g	20,0	27,8	22,7	24,8	25,4	19,2	22,3	20,0	17,8	9,9	23,5	11,3	16,7	16,7	5,3	-	-	-	20,2	22,4	16,8
3000-3999 g	56,0	61,1	68,2	66,1	61,9	62,3	64,6	61,2	61,2	69,1	57,4	71,0	72,2	66,7	68,4	-	100,0	100,0	65,8	61,2	64,0
4000-4499 g	8,0	5,6	4,5	4,1	6,3	7,7	4,0	8,8	7,9	8,6	8,8	4,8	5,6	5,6	10,5	-	-	-	5,2	7,7	7,3
≥ 4500 g	-	-	-	-	-	0,8	0,6	1,8	0,6	3,7	4,4	3,2	-	-	-	-	-	-	1,0	1,5	1,0
Inconnu	-	-	-	-	-	1,5	1,7	0,6	2,0	-	1,5	1,6	-	-	-	-	-	-	0,7	0,5	1,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE(1)																				
	15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
MIRABEL																					
< 1500 g	-	-	9,1	1,1	1,5	-	1,2	2,1	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,5	1,0
1500-2499 g	-	16,7	-	9,1	3,1	7,6	3,8	3,2	6,7	13,9	-	3,6	25,0	-	-	-	-	-	7,8	4,0	5,9
2500-2999 g	40,0	16,7	36,4	14,8	16,9	16,7	23,8	21,1	14,4	11,1	19,4	25,0	25,0	20,0	-	-	-	-	18,8	19,3	17,3
3000-3999 g	40,0	66,7	36,4	67,0	73,8	60,6	67,5	63,2	72,2	63,9	74,2	64,3	25,0	80,0	83,3	-	-	100,0	64,7	68,8	65,8
4000-4499 g	20,0	-	18,2	8,0	4,6	15,2	2,5	10,5	5,6	8,3	3,2	7,1	25,0	-	-	-	-	-	6,9	6,9	9,4
≥4500 g	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,8	3,2	-	-	-	16,7	-	-	-	0,5	0,5	0,5
Inconnu	-	-	-	-	-	-	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
SOUS-REGION LAURENTIDES																					
< 1500 g	2,1	2,5	1,3	0,9	0,9	0,8	0,3	0,8	0,6	1,0	1,1	0,6	0,6	1,2	1,2	7,1	-	-	0,8	1,0	0,7
1500-2499 g	3,6	7,5	7,1	6,0	6,2	5,8	6,0	5,1	5,3	5,9	4,7	5,4	8,5	9,9	4,2	-	15,8	-	6,0	5,7	5,5
2500-2999 g	22,9	20,9	18,7	21,8	19,3	20,3	17,4	18,6	19,1	16,0	17,3	14,9	19,5	18,0	14,9	14,3	-	9,1	18,9	18,6	18,5
3000-3999 g	64,1	64,7	64,5	63,4	66,3	63,7	67,5	65,7	65,9	67,0	64,0	68,5	57,3	62,8	68,5	64,3	68,4	90,9	65,5	65,4	65,8
4000-4499 g	5,7	4,5	7,1	5,6	5,5	7,8	6,5	7,8	7,7	8,4	11,1	8,5	11,6	6,4	8,3	7,1	10,5	-	6,7	7,6	7,9
≥4500 g	0,5	-	0,6	0,6	0,9	1,0	1,0	1,3	0,8	1,1	1,4	1,8	2,4	1,7	2,4	-	5,3	-	0,9	1,1	1,1
Inconnu	1,0	-	0,6	1,7	0,9	0,5	1,3	0,7	0,6	0,5	0,5	0,3	-	-	0,6	7,1	-	-	1,2	0,7	0,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																				
	15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
D'AUTRAY																					
< 1500 g	7,7	-	-	-	1,2	0,7	-	-	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,4	0,4
1500-2499 g	7,7	-	-	4,4	6,5	5,4	6,3	8,4	4,5	2,2	4,3	4,0	-	9,5	14,3	-	50,0	-	4,7	7,0	4,8
2500-2999 g	30,8	36,4	18,8	20,4	21,9	25,0	20,8	19,8	16,1	21,7	13,8	19,2	26,3	23,8	7,1	50,0	-	60,0	21,5	19,8	19,7
3000-3999 g	53,8	54,5	75,0	67,9	63,3	60,8	65,2	64,9	73,4	63,0	66,0	66,7	63,2	38,1	78,6	50,0	50,0	40,0	65,1	63,1	68,0
4000-4499 g	-	9,1	6,2	6,6	5,9	7,4	6,8	5,0	5,0	9,8	11,7	10,1	5,3	28,6	-	-	-	-	7,0	7,6	6,6
≥4500 g	-	-	-	0,7	0,6	0,7	0,5	2,0	0,5	2,2	3,2	-	5,3	-	-	-	-	-	1,1	1,6	0,4
Inconnu	-	-	-	-	0,6	-	0,5	-	-	1,1	1,1	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,4	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
DES MOULINS																					
< 1500 g	-	-	-	0,9	2,2	-	0,7	-	-	-	-	3,6	-	6,3	5,3	-	-	-	0,5	1,0	0,7
1500-2499 g	3,8	14,3	11,8	11,3	4,4	5,5	5,9	5,8	3,7	6,1	6,0	7,3	6,3	6,3	-	33,3	-	-	7,6	5,9	5,2
2500-2999 g	3,8	42,9	23,5	18,3	22,0	18,0	22,2	19,2	16,7	23,2	17,9	10,9	6,3	31,2	15,8	-	-	-	19,4	22,2	16,7
3000-3999 g	73,1	35,7	64,7	60,0	66,9	68,0	61,4	67,3	75,3	58,5	65,7	69,1	81,2	50,0	73,7	66,7	100,0	100,0	62,0	64,3	71,4
4000-4499 g	19,2	7,1	-	8,7	3,7	7,0	8,5	5,8	4,3	12,2	9,0	7,3	6,3	6,3	5,3	-	-	-	9,8	5,7	5,2
≥4500 g	-	-	-	0,9	-	1,6	1,3	1,3	-	-	1,5	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,7	0,5
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	0,6	-	-	-	1,8	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																		Total des naissances vivantes		
	15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans					
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
JOLIETTE																					
< 1500 g	-	-	-	-	0,6	2,2	0,7	0,3	1,1	-	0,8	1,5	-	3,7	10,0	-	-	-	0,3	0,6	1,8
1500-2499 g	12,0	14,8	10,5	7,1	4,3	8,3	7,1	7,3	6,1	6,7	3,8	6,0	9,1	3,7	15,0	-	-	-	7,3	5,9	7,1
2500-2999 g	28,0	44,4	26,3	21,4	23,9	20,4	22,1	19,1	21,0	16,7	18,0	18,8	22,7	25,9	20,0	-	-	75,0	21,1	21,6	20,8
3000-3999 g	60,0	37,0	57,9	63,7	63,2	59,7	63,2	65,3	64,9	70,8	71,4	60,9	68,2	59,3	40,0	-	100,0	25,0	64,9	64,5	61,2
4000-4499 g	-	3,7	5,3	6,5	7,4	7,7	6,1	6,9	4,6	5,8	5,3	12,0	-	7,4	15,0	-	-	-	5,7	6,6	7,4
≥4500 g	-	-	-	1,2	-	1,7	-	1,0	1,1	-	0,8	0,8	-	-	-	-	-	-	0,3	0,6	1,1
Inconnu	-	-	-	-	0,6	-	0,7	-	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,2	0,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
L'ASSOMPTION																					
< 1500 g	-	-	-	-	2,3	0,9	0,6	1,3	-	-	1,3	-	-	-	-	-	-	-	0,3	1,5	0,3
1500-2499 g	5,9	11,1	-	6,9	6,9	6,1	4,8	4,6	5,1	4,2	6,5	4,6	15,4	-	-	-	-	-	5,8	5,7	5,0
2500-2999 g	35,3	22,2	27,8	16,9	18,3	23,7	19,6	18,8	15,4	9,9	14,3	18,5	15,4	27,3	12,5	-	33,3	-	17,5	18,3	18,9
3000-3999 g	58,8	55,6	66,7	69,2	62,6	64,0	69,6	66,2	68,6	71,8	66,2	66,2	53,8	72,7	87,5	-	33,3	-	68,9	64,4	67,1
4000-4499 g	-	11,1	5,6	6,2	9,2	4,4	4,2	5,8	8,0	8,5	7,8	9,2	7,7	-	-	-	16,7	-	5,5	7,5	6,8
≥4500 g	-	-	-	0,8	0,8	0,9	0,6	2,6	1,7	4,2	3,9	1,5	7,7	-	-	-	-	-	1,5	2,1	1,3
Inconnu	-	-	-	-	-	-	0,6	0,6	1,1	1,4	-	-	-	-	-	-	16,7	-	0,5	0,5	0,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																		Total des naissances vivantes		
	15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans					
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
MATAWINIE																					
< 1500 g	2,8	-	-	0,7	1,4	1,1	0,4	0,4	0,2	0,9	-	-	-	-	-	-	16,7	-	0,6	0,6	0,4
1500-2499 g	5,6	7,4	6,7	5,8	6,3	8,3	6,4	4,5	4,0	5,1	6,9	2,2	-	6,4	13,0	-	-	-	5,7	5,6	5,1
2500-2999 g	30,6	25,9	16,7	19,0	19,8	18,5	18,4	18,2	18,3	16,6	14,8	24,9	20,6	21,3	17,4	-	16,7	16,7	18,6	18,2	19,5
3000-3999 g	58,3	66,7	70,0	68,5	65,3	65,2	66,5	68,4	66,9	64,7	68,1	65,4	70,6	63,8	65,2	66,7	50,0	83,3	66,5	67,2	66,3
4000-4499 g	2,8	-	6,7	5,1	6,3	5,8	7,4	7,1	9,1	10,6	8,8	6,5	8,8	8,5	4,3	33,3	16,7	-	7,4	7,1	7,4
≥4500 g	-	-	-	-	1,0	0,7	0,6	1,0	1,1	1,7	1,4	1,1	-	-	-	-	-	-	0,7	1,0	0,9
Inconnu	-	-	-	1,0	-	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,2	0,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MONTCALM																					
< 1500 g	-	-	3,4	1,2	1,1	0,8	1,0	0,9	1,9	1,3	1,1	0,9	-	-	-	-	-	-	1,0	0,9	1,4
1500-2499 g	-	3,7	10,3	3,9	3,3	4,1	7,6	5,1	5,8	6,0	4,0	4,2	10,0	2,0	2,9	12,5	-	-	6,3	4,3	5,0
2500-2999 g	37,5	18,5	20,7	18,6	23,2	18,9	16,7	17,2	21,7	17,4	14,7	21,8	30,0	18,4	22,9	62,5	20,0	-	18,6	18,1	21,0
3000-3999 g	54,2	74,1	65,5	66,7	66,3	70,6	64,8	68,1	62,9	66,8	71,7	64,8	55,0	71,4	62,9	25,0	80,0	100,0	64,8	68,9	65,5
4000-4499 g	4,2	3,7	-	6,6	4,5	5,3	7,6	7,8	6,6	6,8	7,4	6,9	5,0	4,1	11,4	-	-	-	6,9	6,7	6,3
≥4500 g	-	-	-	1,5	1,5	-	1,4	0,9	0,9	0,9	0,7	0,9	-	4,1	-	-	-	-	1,2	1,1	0,6
Inconnu	4,2	-	-	1,5	-	0,4	1,0	-	0,2	0,9	0,4	0,5	-	-	-	-	-	-	1,1	0,1	0,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																				
	15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
SOUS-REGION DE LANAUDIERE																					
< 1500 g	1,4	0,0	0,7	0,5	1,4	1,0	0,6	0,5	0,8	0,6	0,6	0,8	-	1,2	2,5	-	4,5	-	0,6	0,8	0,9
1500-2499 g	5,7	9,3	7,5	6,1	5,2	6,4	6,6	5,7	4,9	5,3	5,1	4,2	6,3	4,7	7,6	12,5	4,5	-	6,2	5,5	5,4
2500-2999 g	27,0	32,6	21,9	19,1	21,7	20,2	19,2	18,4	19,0	17,5	15,4	20,6	22,2	22,8	17,6	37,5	18,2	35,0	19,3	19,3	19,8
3000-3999 g	60,3	53,5	66,4	66,5	64,8	65,2	65,3	67,2	67,2	66,0	69,2	64,9	64,6	61,4	64,7	43,8	59,1	65,0	65,4	66,2	66,1
4000-4499 g	5,0	4,7	3,4	6,3	6,0	6,2	6,9	6,8	6,7	8,7	8,0	8,4	5,6	8,8	7,6	6,2	9,1	-	7,0	6,9	6,7
≥ 4500 g	-	-	-	0,8	0,8	0,8	0,8	1,2	0,9	1,3	1,5	0,8	1,4	1,2	-	-	-	-	0,9	1,1	0,8
Inconnu	0,7	-	-	0,6	0,2	0,2	0,6	0,2	0,5	0,6	0,2	0,3	-	-	-	-	4,5	-	0,6	0,2	0,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TERRITOIRE NON-IDENTIFIE																					
< 1500 g	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1500-2499 g	-	-	-	8,7	-	-	12,1	-	-	9,1	-	-	-	-	-	-	-	-	9,9	-	-
2500-2999 g	-	-	-	13,0	-	-	24,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,5	-	-
3000-3999 g	50,0	-	-	73,9	-	-	54,5	-	-	54,5	-	-	100,0	-	-	-	-	-	62,0	-	-
4000-4499 g	-	-	-	4,3	-	-	6,1	-	-	27,3	-	-	-	-	-	-	-	-	8,5	-	-
≥ 4500 g	50,0	-	-	-	-	-	3,0	-	-	9,1	-	-	-	-	-	-	-	-	4,2	-	-
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Poids à l'accouchement (en grammes)	GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE[1]																		Total des naissances vivantes		
	15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans					
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
REGION LAURENTIDES-DE LANAUDIERE																					
< 1500 g	1,8	1,5	1,0	0,8	1,1	0,9	0,5	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	0,3	1,2	1,7	3,3	2,4	-	0,7	0,9	0,8
1500-2499 g	4,5	8,2	7,3	6,0	5,7	6,1	6,4	5,4	5,1	5,6	4,9	4,8	7,4	7,3	5,6	6,7	9,8	-	6,1	5,6	5,4
2500-2999 g	24,5	25,5	20,3	20,6	20,4	20,3	18,4	18,5	19,0	16,7	16,3	17,7	20,6	20,4	16,0	26,7	9,8	25,8	19,0	18,9	19,1
3000-3999 g	62,4	60,3	65,4	64,9	65,6	64,4	66,2	66,4	66,6	66,4	66,6	66,7	61,0	62,1	66,9	53,3	63,4	74,2	65,5	65,8	66,0
4000-4499 g	5,4	4,5	5,3	5,9	5,7	7,1	6,7	7,3	7,2	8,7	9,5	8,4	8,7	7,6	8,0	6,7	9,8	-	6,9	7,2	7,3
≥ 4500 g	0,6	-	0,3	0,7	0,8	0,9	0,9	1,3	0,9	1,3	1,4	1,3	1,9	1,5	1,4	-	2,4	-	0,9	1,1	1,0
Inconnu	0,9	-	0,3	1,2	0,6	0,3	0,9	0,5	0,5	0,6	0,4	0,3	-	-	0,3	3,3	2,4	-	0,9	0,4	0,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) Les pourcentages correspondant aux naissances vivantes des groupes d'âge de 10-14 ans et de 45-49 ans ont été omis dans ce tableau. Se référer à l'annexe III pour connaître le nombre de naissances vivantes faisant partie de ces strates d'âge.

A N N E X E V

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS A L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LA DUREE DE GESTATION (EN SEMAINES), PAR TERRITOIRE DE CLSC (DECOUPAGE MRC), SOUS-REGION, REGION L-L, 1980, 1981 ET 1982

Source:

Ministère des Affaires sociales, Données vitales 1980, 1981 et 1982, Sortie K29.T930.S20.

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LA DURÉE DE GESTATION (EN SEMAINES), PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Durée de gestation (en semaines)	POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES)																							
	< 1500 g			1500-2499 g			2500-2999 g			3000-3999 g			4000-4499 g			≥ 4500 g			Inconnu			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
DEUX-MONTAGNES																								
< 38 semaines	5	5	5	32	38	37	37	35	38	25	15	24	-	2	1	-	-	1	3	4	1	102	99	107
38-41 semaines	-	-	-	27	21	22	151	151	125	563	622	543	59	62	61	6	9	9	-	1	4	806	865	764
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	-	2	2	1	30	19	23	2	9	4	3	1	1	-	-	-	37	31	29
TOTAL	5	5	5	59	59	59	190	188	164	618	655	590	61	73	66	9	10	11	3	5	5	945	995	900
THÉRÈSE DE BLAINVILLE																								
< 38 semaines	11	16	9	33	41	29	42	45	44	36	49	26	3	1	1	-	-	1	8	3	1	133	155	111
38-41 semaines	1	-	3	37	17	19	171	185	166	749	754	699	76	82	74	9	11	13	-	-	1	1043	1049	975
≥ 42 semaines	-	1	-	1	1	-	8	5	4	49	39	41	6	11	13	3	3	1	-	-	-	67	69	59
TOTAL	12	17	12	71	59	48	221	235	214	834	842	766	85	94	88	12	14	15	8	3	2	1243	1264	1145
RIVIÈRE DU NORD																								
< 38 semaines	1	7	3	25	34	27	27	33	36	18	26	22	1	1	1	-	-	-	5	3	-	77	104	89
38-41 semaines	-	-	1	21	23	18	134	138	124	500	547	485	55	60	72	4	7	5	-	1	-	714	776	705
≥ 42 semaines	-	-	-	-	1	-	1	2	2	44	51	51	6	10	8	3	2	-	-	-	-	54	66	61
TOTAL	1	7	4	46	58	45	162	173	162	562	624	558	62	71	81	7	9	5	5	4	-	845	946	855
ARGENTEUIL																								
< 38 semaines	2	4	1	21	13	5	17	12	3	8	8	8	-	2	-	-	-	1	7	5	1	55	44	19
38-41 semaines	-	-	-	7	14	6	51	37	57	204	175	188	17	18	17	1	4	2	21	9	6	301	257	276
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	1	-	-	2	15	13	5	2	2	-	2	2	1	-	-	-	19	17	9
TOTAL	2	4	1	28	27	12	68	49	62	227	196	201	19	22	17	3	6	4	28	14	7	375	318	304

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LA DURÉE DE GESTATION (EN SEMAINES), PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Durée de gestation (en semaines)	POIDS A L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES)																							
	< 1500 g			1500-2499 g			2500-2999 g			3000-3999 g			4000-4499 g			≥ 4500 g			Inconnu			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
PAYS-D'EN-HAUT																								
< 38 semaines	5	5	2	7	8	8	5	4	12	9	4	5	-	-	-	-	-	-	4	1	-	30	22	27
38-41 semaines	-	-	-	4	6	3	37	35	28	137	144	136	22	21	12	3	4	4	-	-	-	203	210	183
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	-	2	-	1	11	10	12	2	5	6	1	-	1	-	-	-	16	15	20
TOTAL	5	5	2	11	14	11	44	39	41	157	158	153	24	26	18	4	4	5	4	1	-	249	247	230
LAURENTIDES																								
< 38 semaines	6	2	3	12	15	21	19	14	8	10	13	9	-	-	-	-	-	-	3	2	3	50	46	44
38-41 semaines	-	-	-	12	10	12	64	74	55	247	219	208	18	27	25	2	5	4	-	-	3	343	335	307
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	-	2	2	2	20	14	30	4	4	3	2	1	-	-	-	-	28	21	35
TOTAL	6	2	3	24	25	33	85	90	65	277	246	247	22	31	28	4	6	4	3	2	6	421	402	386
MIRABEL																								
< 38 semaines	2	-	1	10	4	6	13	5	4	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	15	11
38-41 semaines	-	1	1	7	4	6	28	33	31	128	125	126	14	11	17	1	1	1	1	-	-	179	175	182
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	-	-	1	-	7	8	7	1	3	2	-	-	-	-	-	-	8	12	9
TOTAL	2	1	2	17	8	12	41	39	35	141	139	133	15	14	19	1	1	1	1	-	-	218	202	202
SOUS-RÉGION LAURENTIDES																								
< 38 semaines	32	39	24	140	153	133	160	148	145	112	121	94	4	6	3	-	-	3	30	18	6	478	485	408
38-41 semaines	1	1	5	115	95	86	636	653	586	2528	2585	2385	261	281	278	26	41	38	22	11	14	3589	3667	3392
≥ 42 semaines	-	1	-	1	2	1	15	12	12	176	154	169	23	44	36	14	9	4	-	-	-	229	222	222
TOTAL	33	41	29	256	250	220	811	813	743	2816	2860	2648	288	331	317	40	50	45	52	29	20	4296	4374	4022

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LA DURÉE DE GESTATION (EN SEMAINES), PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Durée de gestation (en semaines)	POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES)																							
	< 1500 g			1500-2499 g			2500-2999 g			3000-3999 g			4000-4499 g			≥ 4500 g			Inconnu			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
D'AUTRAY																								
< 38 semaines	1	1	2	13	19	14	16	24	14	4	20	8	1	-	1	-	-	-	2	2	-	37	66	39
38-41 semaines	-	1	-	8	14	9	83	72	80	290	274	294	30	30	25	4	8	2	-	-	-	415	399	410
≥ 42 semaines	-	-	-	1	2	-	2	3	1	12	21	26	2	8	6	1	-	-	-	-	-	18	34	33
TOTAL	1	2	2	22	35	23	101	99	95	306	315	328	33	38	32	5	8	2	2	2	-	470	499	482
DES MOULINS																								
< 38 semaines	7	7	4	38	27	37	44	39	34	34	37	23	-	-	-	-	-	1	5	1	1	128	111	100
38-41 semaines	-	-	-	26	34	13	160	157	155	688	672	599	75	71	65	7	9	8	1	1	2	957	944	842
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	-	4	3	1	23	24	23	8	7	7	1	2	-	-	-	-	36	36	31
TOTAL	7	7	4	64	61	50	208	199	190	745	733	645	83	78	72	8	11	9	6	2	3	1121	1091	973
JOLIETTE																								
< 38 semaines	2	4	11	27	23	26	29	29	33	23	21	22	2	1	-	-	-	-	2	1	1	85	79	93
38-41 semaines	-	-	-	18	15	18	98	104	92	350	367	336	26	30	38	1	4	6	-	-	2	493	520	492
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	-	3	5	4	26	25	21	7	11	8	1	-	1	-	-	-	37	41	34
TOTAL	2	4	11	45	38	44	130	138	129	399	413	379	35	42	46	2	4	7	2	1	3	615	640	619
L'ASSOMPTION																								
< 38 semaines	10	11	12	41	25	26	28	31	26	23	22	23	-	-	-	-	-	-	10	1	1	112	90	88
38-41 semaines	1	-	2	24	25	25	169	177	185	644	753	608	66	71	62	11	11	5	2	-	2	917	1037	889
≥ 42 semaines	-	-	-	2	-	-	2	4	2	25	32	34	8	7	2	2	2	1	-	-	-	39	45	39
TOTAL	11	11	14	67	50	51	199	212	213	692	807	665	74	78	64	13	13	6	12	1	3	1068	1172	1016

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LA DURÉE DE GESTATION (EN SEMAINES), PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Durée de gestation (en semaines)	POIDS A L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES)																							
	< 1500 g			1500-2499 g			2500-2999 g			3000-3999 g			4000-4499 g			≥ 4500 g			Inconnu			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
MATAWINIE																								
< 38 semaines	2	4	2	19	14	13	12	20	13	13	13	13	1	-	-	-	-	-	-	1	1	47	52	42
38-41 semaines	-	-	1	10	10	8	61	69	52	205	227	255	32	18	16	3	3	2	-	-	-	311	327	334
≥ 42 semaines	-	-	-	1	-	-	4	1	2	28	21	19	6	5	5	-	-	-	-	-	-	39	27	26
TOTAL	2	4	3	30	24	21	77	90	67	246	261	287	39	23	21	3	3	2	-	1	1	397	406	402
MONTCALM																								
< 38 semaines	1	6	1	14	11	11	14	13	11	12	16	11	-	-	-	1	-	-	2	2	2	44	48	36
38-41 semaines	-	-	-	9	10	8	53	56	59	232	216	230	18	25	25	4	8	2	-	-	-	316	315	324
≥ 42 semaines	-	-	-	-	1	-	3	2	2	31	18	14	4	4	1	1	-	3	-	-	-	39	25	20
TOTAL	1	6	1	23	22	19	70	71	72	275	250	255	22	29	26	6	8	5	2	2	2	399	388	380
SOUS-REGION DE LANAUDIERE																								
< 38 semaines	23	33	32	152	119	127	143	156	131	109	129	100	4	1	1	1	-	1	21	8	6	453	446	398
38-41 semaines	1	1	3	95	108	81	624	635	623	2409	2509	2322	247	245	231	30	43	25	3	1	6	3409	3542	3291
≥ 42 semaines	-	-	-	4	3	-	18	18	12	145	141	137	35	42	29	6	4	5	-	-	-	208	208	183
TOTAL	24	34	35	251	230	208	785	809	766	2663	2779	2559	286	288	261	37	47	31	24	9	12	4070	4196	3872

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LA DURÉE DE GESTATION (EN SEMAINES), PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Durée de gestation (en semaines)	POIDS A L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES)																							
	< 1500 g			1500-2499 g			2500-2999 g			3000-3999 g			4000-4499 g			≥ 4500 g			Inconnu			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
TERRITOIRE NON-IDENTIFIE																								
< 38 semaines	-	-	-	6	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-
38-41 semaines	-	-	-	1	-	-	8	-	-	40	-	-	6	-	-	2	-	-	-	-	-	57	-	-
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	-	1	-	-	4	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	6	-	-
TOTAL	-	-	-	7	-	-	11	-	-	44	-	-	6	-	-	3	-	-	-	-	-	71	-	-
REGION LAURENTIDES-DE LANAUDIERE																								
< 38 semaines	55	72	56	298	272	260	305	304	276	221	250	194	8	7	4	1	-	4	51	26	12	939	931	806
38-41 semaines	2	2	8	211	203	167	1268	1288	1209	4977	5094	4707	514	526	509	58	84	63	25	12	20	7055	7209	6683
≥ 42 semaines	-	1	-	5	5	1	34	30	24	325	295	306	58	86	65	21	13	9	-	-	-	443	430	405
TOTAL	57	75	64	514	480	428	1607	1622	1509	5523	5639	5207	580	619	578	80	97	76	76	38	32	8437	8570	7894

A N N E X E VI

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS A L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LA DUREE DE GESTATION (EN SEMAINES), PAR TERRITOIRE DE CLSC (DECOUPAGE MRC), SOUS-REGION, REGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982

Source:

Ministère des Affaires sociales, Données vitales 1980, 1981 et 1982, Sortie K29.T930.S20.

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LA DURÉE DE GESTATION (EN SEMAINES), PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Durée de gestation (en semaines)	POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES)																							
	< 1500 g			1500-2499 g			2500-2999 g			3000-3999 g			4000-4499 g			≥ 4500 g			Inconnu			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
DEUX-MONTAGNES																								
< 38 semaines	4,9	5,1	4,7	31,4	38,4	34,6	36,3	35,3	35,5	24,5	15,2	22,5	-	2,0	0,9	-	-	0,9	2,9	4,0	0,9	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	-	-	-	3,4	2,4	2,9	18,7	17,5	16,3	69,9	71,8	71,1	7,3	7,2	8,0	0,7	1,0	1,2	-	0,1	0,5	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	-	5,4	6,5	3,5	81,1	61,3	79,3	5,4	29,0	13,8	8,1	3,2	3,4	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	0,5	0,5	0,6	6,2	5,9	6,5	20,1	18,9	18,2	65,4	65,8	65,6	6,5	7,4	7,3	1,0	1,0	1,2	0,3	0,5	0,6	100,0	100,0	100,0
THERESE DE BLAINVILLE																								
< 38 semaines	8,3	10,3	8,1	24,8	26,5	26,1	31,6	29,0	39,7	27,1	31,6	23,4	2,2	0,7	0,9	-	-	0,9	6,0	1,9	0,9	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	0,1	-	0,3	3,5	1,6	2,0	16,4	17,6	17,0	71,8	71,9	71,7	7,3	7,8	7,6	0,9	1,1	1,3	-	-	0,1	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	1,7	-	1,5	1,7	-	11,9	8,3	6,8	73,1	65,0	69,5	9,0	18,3	22,0	4,5	5,0	1,7	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	1,0	1,4	1,0	5,7	4,7	4,2	17,8	18,6	18,7	67,1	66,6	67,9	6,8	7,4	7,7	1,0	1,1	1,3	0,6	0,2	0,2	100,0	100,0	100,0
RIVIERE DU NORD																								
< 38 semaines	1,3	6,7	3,4	32,5	32,7	30,3	35,0	31,7	40,5	23,4	25,0	24,7	1,3	1,0	1,1	-	-	-	6,5	2,9	-	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	-	-	0,1	2,9	3,0	2,6	18,8	17,8	17,6	70,0	70,5	68,8	7,7	7,7	10,2	0,6	0,9	0,7	-	0,1	-	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	-	-	-	1,5	-	1,9	3,0	3,3	81,5	77,3	83,6	11,1	15,2	13,1	5,5	3,0	-	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	0,1	0,7	0,5	5,5	6,1	5,2	19,2	18,3	18,9	66,5	66,0	65,3	7,3	7,5	9,5	0,8	1,0	0,6	0,6	0,4	-	100,0	100,0	100,0
ARGENTEUIL																								
< 38 semaines	3,6	9,1	5,3	38,2	29,5	26,3	30,9	27,3	15,8	14,6	18,2	42,1	-	4,5	-	-	-	5,3	12,7	11,4	5,2	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	-	-	-	2,3	5,4	2,2	17,0	14,4	20,6	67,8	68,1	68,1	5,6	7,0	6,2	0,3	1,6	0,7	7,0	3,5	2,2	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	11,1	-	-	22,2	79,0	76,4	55,6	10,5	11,8	-	10,5	11,8	11,1	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	0,5	1,3	0,3	7,5	8,5	4,0	18,1	15,4	20,4	60,5	61,6	66,1	5,1	6,9	5,6	0,8	1,9	1,3	7,5	4,4	2,3	100,0	100,0	100,0

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LA DURÉE DE GESTATION (EN SEMAINES), PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Durée de gestation (en semaines)	POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES)																							
	< 1500 g			1500-2499 g			2500-2999 g			3000-3999 g			4000-4499 g			≥ 4500 g			Inconnu			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
PAYS-D'EN-HAUT																								
< 38 semaines	16,7	22,7	7,4	23,3	36,4	29,6	16,7	18,2	44,5	30,0	18,2	18,5	-	-	-	-	-	-	13,3	4,5	-	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	-	-	-	2,0	2,8	1,6	18,2	16,7	15,3	67,5	68,6	74,3	10,8	10,0	6,6	1,5	1,9	2,2	-	-	-	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	-	12,5	-	5,0	68,8	66,7	60,0	12,5	33,3	30,0	6,2	-	5,0	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	2,0	2,0	0,9	4,4	5,7	4,8	17,7	15,8	17,8	63,1	64,0	66,5	9,6	10,5	7,8	1,6	1,6	2,2	1,6	0,4	-	100,0	100,0	100,0
LAURENTIDES																								
< 38 semaines	12,0	4,4	6,8	24,0	32,6	47,7	38,0	30,4	18,2	20,0	28,3	20,5	-	-	-	-	-	-	6,0	4,3	6,8	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	-	-	-	3,5	3,0	3,9	18,7	22,1	17,9	72,0	65,4	67,8	5,2	8,0	8,1	0,6	1,5	1,3	-	-	1,0	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	-	7,2	9,5	5,7	71,4	66,7	85,7	14,3	19,0	8,6	7,1	4,8	-	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	1,4	0,5	0,8	5,7	6,2	8,5	20,2	22,4	16,8	65,8	61,2	64,0	5,2	7,7	7,3	1,0	1,5	1,0	0,7	0,5	1,6	100,0	100,0	100,0
MIRABEL																								
< 38 semaines	6,4	-	9,1	32,3	26,7	54,5	41,9	33,3	36,4	19,4	40,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	-	0,6	0,6	3,9	2,3	3,3	15,6	18,8	17,0	71,5	71,4	69,2	7,8	6,3	9,4	0,6	0,6	0,5	0,6	-	-	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	-	-	8,3	-	87,5	66,7	77,8	12,5	25,0	22,2	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	0,9	0,5	1,0	7,8	4,0	6,0	18,8	19,3	17,3	64,7	68,8	65,8	6,9	6,9	9,4	0,5	0,5	0,5	0,4	-	-	100,0	100,0	100,0
SOUS-REGION LAURENTIDES																								
< 38 semaines	6,7	8,0	5,9	29,3	31,6	32,6	33,5	30,5	35,6	23,4	25,0	23,0	0,8	1,2	0,7	-	-	0,7	6,3	3,7	1,5	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	0,0	0,0	0,2	3,2	2,6	2,5	17,7	17,8	17,3	70,5	70,5	70,3	7,3	7,7	8,2	0,7	1,1	1,1	0,6	0,3	0,4	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	0,5	-	0,4	0,9	0,5	6,6	5,4	5,4	76,9	69,4	76,1	10,0	19,8	16,2	6,1	4,0	1,8	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	0,8	0,9	0,7	6,0	5,7	5,5	18,9	18,6	18,5	65,5	65,4	65,8	6,7	7,6	7,9	0,9	1,1	1,1	1,2	0,7	0,5	100,0	100,0	100,0

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LA DURÉE DE GESTATION (EN SEMAINES), PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Durée de gestation (en semaines)	POIDS A L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES)																							
	< 1500 g			1500-2499 g			2500-2999 g			3000-3999 g			4000-4499 g			≥ 4500 g			Inconnu			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
D'AUTRAY																								
< 38 semaines	2,7	1,5	5,1	35,1	28,8	35,9	43,3	36,4	35,9	10,8	30,3	20,5	2,7	-	2,6	-	-	-	5,4	3,0	-	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	-	0,3	-	1,9	3,5	2,2	20,0	18,0	19,5	69,9	68,7	71,7	7,2	7,5	6,1	1,0	2,0	0,5	-	-	-	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	-	-	5,5	5,9	-	11,1	8,8	3,0	66,7	61,8	78,8	11,1	23,5	18,2	5,6	-	-	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	0,2	0,4	0,4	4,7	7,0	4,8	21,5	19,9	19,7	65,1	63,1	68,1	7,0	7,6	6,6	1,1	1,6	0,4	0,4	0,4	-	100,0	100,0	100,0
DES MOULINS																								
< 38 semaines	5,4	6,3	4,0	29,7	24,3	37,0	34,4	35,2	34,0	26,6	33,3	23,0	-	-	-	-	-	1,0	3,9	0,9	1,0	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	-	-	-	2,7	3,6	1,6	16,7	16,6	18,4	71,9	71,2	71,1	7,9	7,5	7,7	0,7	1,0	1,0	0,1	0,1	0,2	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	-	11,1	8,3	3,2	63,9	66,7	74,2	22,2	19,4	22,6	2,8	5,6	-	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	0,6	0,7	0,4	5,7	5,6	5,2	18,6	18,2	19,5	66,5	67,2	66,3	7,4	7,1	7,4	0,7	1,0	0,9	0,5	0,2	0,3	100,0	100,0	100,0
JOLIETTE																								
< 38 semaines	2,4	5,1	11,8	31,8	29,1	28,0	34,1	36,7	35,5	27,1	26,6	23,6	2,3	1,3	-	-	-	-	2,3	1,2	1,1	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	-	-	-	3,6	2,9	3,7	19,9	20,0	18,7	71,0	70,6	68,3	5,3	5,8	7,7	0,2	0,7	1,2	-	-	0,4	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	-	8,1	12,2	11,8	70,3	61,0	61,8	18,9	26,8	23,5	2,7	-	2,9	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	0,3	0,6	1,8	7,3	5,9	7,1	21,2	21,6	20,9	64,9	64,5	61,2	5,7	6,6	7,4	0,3	0,6	1,1	0,3	0,2	0,5	100,0	100,0	100,0
L'ASSOMPTION																								
< 38 semaines	8,9	12,2	13,6	36,6	27,8	29,6	25,0	34,4	29,6	20,6	24,5	26,1	-	-	-	-	-	-	8,9	1,1	1,1	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	0,1	-	0,2	2,6	2,4	2,8	18,5	17,1	20,8	70,2	72,6	68,4	7,2	6,8	7,0	1,2	1,1	0,6	0,2	-	0,2	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	-	-	5,2	-	-	5,1	8,9	5,1	64,1	71,1	87,2	20,5	15,6	5,1	5,1	4,4	2,6	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	1,0	0,9	1,4	6,3	4,3	5,0	18,7	18,1	21,0	64,8	68,8	65,4	6,9	6,7	6,3	1,2	1,1	0,6	1,1	0,1	0,3	100,0	100,0	100,0

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LA DURÉE DE GESTATION (EN SEMAINES), PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982.

TERRITOIRE / Durée de gestation (en semaines)	POIDS A L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES)																							
	< 1500 g			1500-2499 g			2500-2999 g			3000-3999 g			4000-4499 g			≥ 4500 g			Inconnu			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
MATAWINIE																								
< 38 semaines	4,3	7,7	4,8	40,4	26,9	30,9	25,5	38,5	30,9	27,7	25,0	31,0	2,1	-	-	-	-	-	-	1,9	2,4	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	-	-	0,3	3,2	3,1	2,4	19,6	21,1	15,6	65,9	69,4	76,3	10,3	5,5	4,8	1,0	0,9	0,6	-	-	-	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	-	-	2,6	-	-	10,3	3,7	7,7	71,8	77,8	73,1	15,3	18,5	19,2	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	0,5	1,0	0,8	7,5	5,9	5,2	19,4	22,2	16,7	62,0	64,3	71,4	9,8	5,7	5,2	0,8	0,7	0,5	-	0,2	0,2	100,0	100,0	100,0
MONTCALM																								
< 38 semaines	2,3	12,5	2,8	31,8	22,9	30,6	31,8	27,1	30,5	27,3	33,3	30,5	-	-	-	2,3	-	-	4,5	4,2	5,6	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	-	-	-	2,8	3,2	2,5	16,8	17,8	18,2	73,4	68,6	72,0	5,7	7,9	7,7	1,3	2,5	0,6	-	-	-	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	-	-	-	4,0	-	7,7	8,0	10,0	79,5	72,0	70,0	10,2	16,0	5,0	2,6	-	15,0	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	0,3	1,5	0,3	5,8	5,7	5,0	17,5	18,3	19,0	68,9	64,4	67,1	5,5	7,5	6,8	1,5	2,1	1,3	0,5	0,5	0,5	100,0	100,0	100,0
SOUS-RÉGION DE LANAUDIÈRE																								
< 38 semaines	5,1	7,4	8,0	33,5	26,7	31,9	31,6	35,0	32,9	24,1	28,9	25,1	0,9	0,2	0,3	0,2	-	0,3	4,6	1,8	1,5	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	0,0	0,0	0,1	2,8	3,1	2,5	18,3	17,2	18,9	79,7	70,9	70,5	7,2	6,9	7,0	0,9	1,2	0,8	0,1	0,0	0,2	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	-	-	1,9	1,4	-	8,7	8,7	6,6	69,7	67,8	74,9	16,8	20,2	15,8	2,9	1,9	2,7	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	0,6	0,8	0,9	6,2	5,5	5,4	19,3	19,3	19,8	65,4	66,2	66,1	7,0	6,9	6,7	0,9	1,1	0,8	0,6	0,2	0,3	100,0	100,0	100,0

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LE POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES) ET LA DURÉE DE GESTATION (EN SEMAINES), PAR TERRITOIRE DE CLSC (DÉCOUPAGE MRC), SOUS-RÉGION, RÉGION L-L, EN POURCENTAGES, 1980, 1981 ET 1982.

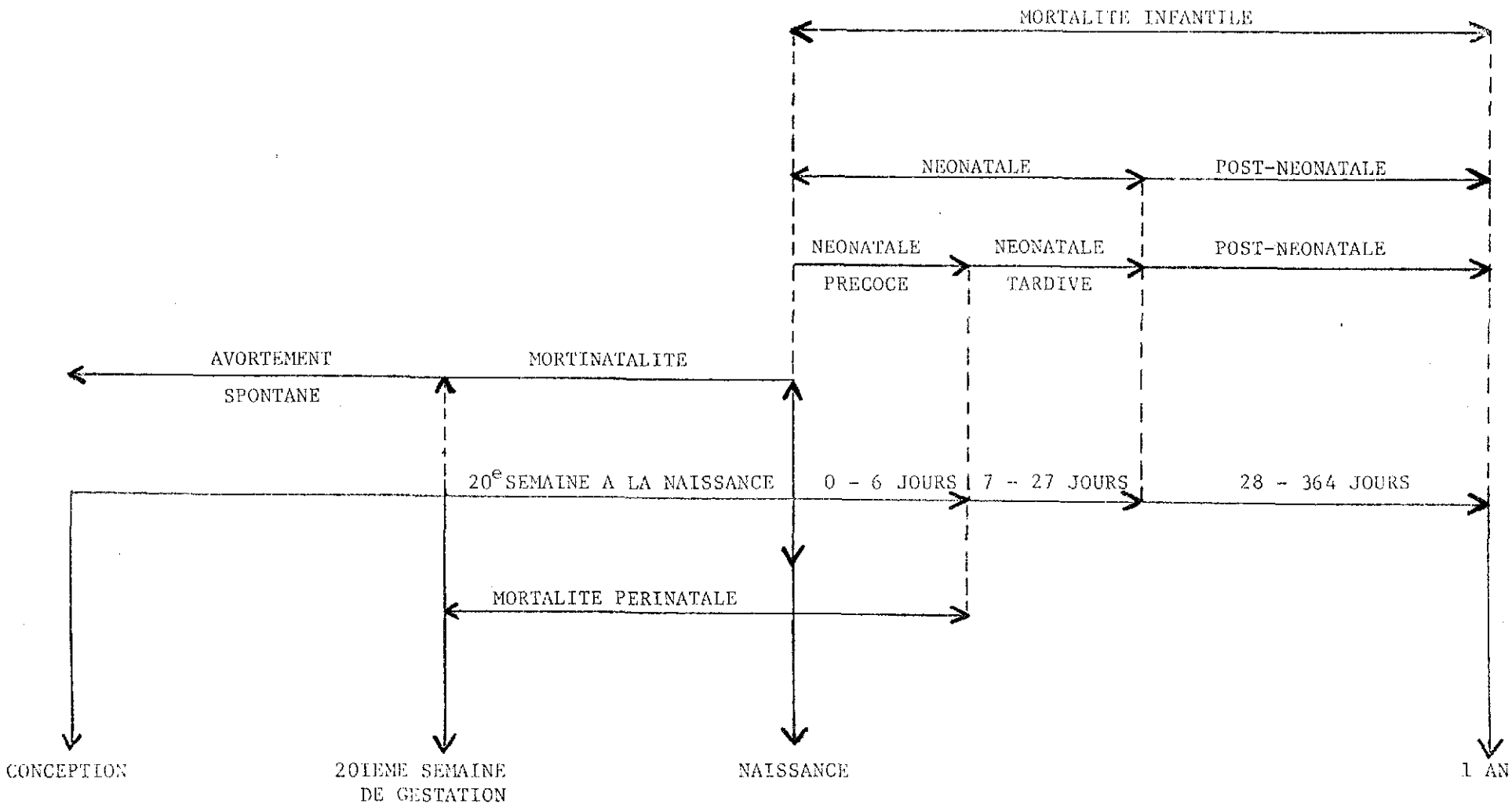
TERRITOIRE / Durée de gestation (en semaines)	POIDS À L'ACCOUCHEMENT (EN GRAMMES)																							
	< 1500 g			1500-2499 g			2500-2999 g			3000-3999 g			4000-4499 g			≥ 4500 g			Inconnu			Total des naissances vivantes		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
TERRITOIRE NON-IDENTIFIÉ																								
< 38 semaines	-	-	-	75,0	-	-	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-
38-41 semaines	-	-	-	1,8	-	-	14,0	-	-	70,2	-	-	10,5	-	-	3,5	-	-	-	-	-	100,0	-	-
≥ 42 semaines	-	-	-	-	-	-	16,7	-	-	66,6	-	-	-	-	-	16,7	-	-	-	-	-	100,0	-	-
TOTAL	-	-	-	9,8	-	-	15,5	-	-	62,0	-	-	8,5	-	-	4,2	-	-	-	-	-	100,0	-	-
RÉGION LAURENTIDES-DE LANAUDIÈRE																								
< 38 semaines	5,9	7,7	6,9	31,7	29,2	32,2	32,5	32,6	34,3	23,5	26,0	24,1	0,9	0,8	0,5	0,3	-	0,5	5,4	2,8	1,5	100,0	100,0	100,0
38-41 semaines	0,0	0,0	0,1	3,0	2,8	2,5	18,0	17,9	18,1	70,5	70,7	70,4	7,3	7,3	7,6	0,8	1,2	1,0	0,4	0,1	0,3	100,0	100,0	100,0
≥ 42 semaines	-	0,2	-	1,1	1,2	0,3	7,7	7,0	5,9	73,4	68,6	75,5	13,1	20,0	16,0	4,7	3,0	2,2	-	-	-	100,0	100,0	100,0
TOTAL	0,7	0,9	0,8	6,1	5,6	5,4	19,0	18,9	19,1	65,5	65,8	66,0	6,9	7,2	7,3	0,9	1,1	1,0	0,9	0,5	0,4	100,0	100,0	100,0

A N N E X E VII

SCHEMA DES COMPOSANTES DE LA MORTALITE INFANTILE ET DE LA MORTALITE PERINATALE

Source:

LEMIRE, L., "La santé maternelle et infantile en Outaouais: une analyse des tendances récentes", Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional de l'Outaouais, mai 1984, p. 177.


MORTALITE INFANTILE
NEONATALE
POST-NEONATALE
NEONATALE PRECOCE
NEONATALE TARDIVE
POST-NEONATALE
AVORTEMENT SPONTANE
MORTINATALITE
20e SEMAINE A LA NAISSANCE
0 - 6 JOURS
7 - 27 JOURS
28 - 364 JOURS
MORTALITE PERINATALE
CONCEPTION
20IEME SEMAINE DE GESTATION
NAISSANCE
1 AN

A N N E X E VIII

LES DIX PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE INFANTILE AUX ETATS-UNIS, 1980

Source:

U.S.A., National Center of Health Statistics, Final Date, Advance Report of Final Mortality Statistics, 1980, Monthly Vital Statistics Report, vol. 32, no 4, Supplement August 11, 1983, p. 16.

DIX PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE INFANTILE AUX ETATS-UNIS, 1980

RANG	CAUSES DE DECES	CODE CIM-9	NOMBRE DECES	TAUX/100 0000 NAISSANCES VIVANTES
1	Anomalies congénitales	740-759	9 220	255,2
2	Syndrome de mort subite chez le nourrisson	798	5 510	152,5
3	Syndrome de détresse respiratoire	769	4 989	138,1
4	Troubles en rapport avec la brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance	765	3 648	101,0
5	Nouveau-né affecté par des complications maternelles de la grossesse	761	1 572	43,5
6	Hypoxie intra-utérine et asphyxie à la naissance	768	1 497	41,4
7	Accidents et effets adverses (dont les accidents de véhicules-moteurs "E810-825" constituent le 5e rang avec 245 décès pour un taux de 6,8/1000 naissances vivantes)	E800-949	1 166	32,3
8	Traumatisme obstétrical	767	1 059	29,3
9	Pneumonies et grippes	480-487	1 012	28,0
10	Infections spécifiques de la période périnatale	771	971	26,9
..	Autres causes	tous les autres codes	14 883	412,0
	TOUTES CAUSES		45 526	1 288,3

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) LEVASSEUR, M., Des problèmes prioritaires, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983, p. 10, (Collection: La santé des Québécois).

(2) Ibid., p. 9.

(3) LEMYRE, H., DUCHARME, M., Mortalité et morbidité périnatale: revue de littérature, DSC du CH régional De Lanaudière, document inédit, août 1984.

(4) BELLIVEAU, R., LAUZIER, G., Etude des bébés de poids insuffisant à la naissance et de l'impact des cours prénatals en rapport avec ceux-ci sur l'ensemble du territoire du Département de santé communautaire de Rimouski, Document de travail, Département de santé communautaire de l'Hôpital Saint-Joseph de Rimouski, avril 1982, p. 42.

(5) PEPIN, J., ROULEAU, M., "La violence prémaritale", Nursing-Québec, vol. 5, no 5, août 1985, pp. 28-31.

(6) LAROUCHE, G., "L'approche féministe", Nursing-Québec, vol. 5, no 5, juillet-août 1985, pp. 16-22.

(7) Ibid., p. 17.

(8) PHILIPPE, R., "Un service pour hommes violents, Pro-gam", Nursing-Québec, vol. 5, no 5, juillet-août 1985, pp. 39-41.

(9) PEPIN, J., op. cit., p. 29.

(10) PHILIPPE, R., op.cit., p. 40.

(11) PEPIN, J., op. cit., p. 30.

(12) Ibid, p. 31.

(13) PHILIPPE, R., op. cit., p. 39.

(14) LAROUCHE, G., op. cit., p. 18.

(15) Ibid., p. 18.

(16) Ibid., P. 19.

(17) PHILIPPE, R., op. cit., p. 40.

(18) LAROUCHE, G., op. cit., p. 17.

(19) BILODEAU, A., La recherche d'aide des femmes victimes de violence conjugale et la réponse de l'environnement, Revue de littérature, Département de Sociologie, Université Laval, décembre 1985.

(20) TAGGART, M.E., "La prévention", Nursing-Québec, vol. 5, no 5, juillet-août 1985, pp. 35-37.

(21) PHILIPPE, R., Op. cit.

(22) PHILIPPE, M., FILION, G., Grossesse et adolescence. Elaboration d'une stratégie globale d'intervention, Département de santé communautaire de l'Hôpital St-Luc, mars 1985, p. 13.

(23) PETTIGREW, J., "La sexualité chez les jeunes", Carrefour des affaires sociales, 7, no 1, 1984, pp. 32-34.

(24) LAVOIE, F., Les mères adolescentes: aperçu démographique et étude de leurs conditions psychosociales lors du premier semestre suivant la naissance, Ecole de psychologie, Université Laval, 1985.

(25) Loc. cit.

(26) THEBAULT ET FILION, op. cit.

(27) DAWSON, P. et al., "Adolescent pregnancy", Public Health Review, vol. 3, no 4, 1979, p. 365.

(28) U.S.A., American College of Obstetricians and Gynaecologists, Adolescents Perinatal Health, A guidebook for services, Chicago, 1979, p. 7.

(29) DAWSON, P. et al., op. cit., p. 365.

(30) Loc. cit.

(31) THEBAULT et FILION, op. cit., p. 4.

(32) THEBAULT et FILION, op. cit., p. 9.

(33) Loc. cit.

(34) Loc. cit.

(35) Loc. cit.

(36) Loc. cit.

(37) Ibid., p. 10.

(38) Loc. cit.

(39) Loc. cit.

(40) Loc. cit.

(41) Loc. cit.

(42) Loc. cit.

(43) Loc. cit.

(44) Colloque Innovation en pré et post natal, Présentation orale, CLSC St-Henri, 1985.

(45) THEBAULT et FILION, op. cit., p. 11.

(46) Loc. cit.

(47) Loc. cit.

(48) Loc. cit.

(49) Loc. cit.

(50) Ibid., p. 12.

(51) Loc. cit.

(52) Loc. cit.

(53) Loc. cit.

(54) Ibid., p. 9.

(55) Loc. cit.

(56) ERICKSON, E.H., Childhood and society, New York Norton, 1963.

(57) BOIS, Y., SAINT-AUBIN, R., Le développement de l'enfant de 0 à 6 ans, Cégep St-Jérôme, 1982, p. 238.

(58) Ibid., p. 75.

(59) PAPALIA, D.E., OLDS, S.W., Le développement de la personne, 2e édition, Editions HRW Ltée, McGraw-Hill, Montréal, 1983, p. 85.

(60) Comité de la santé mentale du Québec, La santé mentale: de la biologie à la culture. Avis sur la notion de la santé mentale, Québec, 1985, pp. 67-68.

(61) BOIS, Y., SAINT-AUBIN, R., op. cit., pp. 238-239.

(62) Loc. cit.

(63) PAPALIA, D.E., OLDS, S.W., op. cit., p. 157.

(64) BOIS, Y, SAINT-AUBIN, R., op. cit., pp. 238-239.

(65) PAPALIA, D.E., OLDS, S.W., op. cit., p. 111.

(66) Loc. cit.

(67) Comité de la santé mentale du Québec, op. cit., pp. 67-68.

(68) BOIS, Y., SAINT-AUBIN, R., op. cit., pp. 240-241.

(69) Loc. cit.

(70) Loc. cit.

(71) Loc. cit.

(72) Loc. cit.

(73) BLANCHET, A., "L'arriération mentale", Psychiatrie clinique: approche contemporaine, Edition C. Morin, 1980, pp. 373-400.

(74) PAPALIA, D.E., OLDS, S.W., op. cit., pp. 123-128.

(75) Ibid., pp. 150-151.

(76) Ibid., pp. 140-142.

(77) Ibid., pp. 137-159.

(78) Ibid., p. 149.

(79) Ibid., pp. 149-154.

(80) Ibid., pp. 150-154.

(81) Loc. cit.

(82) Ibid., pp. 79-83.

(83) Ibid., pp. 111-112.

(84) GASSE, J., ROY, L., Bien grandir chez-vous: Programme d'activités et mini-guide d'attitudes favorisant le développement socio-affectif des enfants, Agence des services de garde en milieu familial du CLSC de Hull, 2e édition, CLSC Hull, 1983.

(85) BOIS, Y., SAINT-AUBIN, R., op. cit., pp. 127-131.

(86) PAPALIA, D.E., OLDS, S.W., op. cit., pp. 136-148.

(87) BOIS, Y., SAINT-AUBIN, R., op. cit., p. 151.

(88) Loc. cit.

(89) PAPALIA, D.E., OLDS, S.W., op. cit., p. 180.

(90) DESMARAIS, S., MENARD, S., Dossier sur l'évaluation des besoins en orthophonie au niveau de la population infantile desservie par les Centres locaux de services communautaires, Centre hospitalier de la Cité de la santé à Laval, service d'Orthophonie, janvier 1982, p. 6.

(91) DUDLEY, J.G., DELAGE, J., "Incidence des troubles de la parole et du langage chez les enfants franco-québécois", Human Communications, automne 1980, p. 138.

(92) PARE, L., Les services en orthophonie pour les enfants de 0-12 ans sur le territoire De Lanaudière - analyse de besoin , Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional De Lanaudière, Document de travail, 1984, p. 4.

(93) PAPALIA, D.E., OLDS, S.W., op. cit., p. 181.

(94) Ibid., p. 181.

(95) Ibid., p. 184.

(96) Ibid., p. 185.

(97) Ibid., pp. 186-187.

(98) Loc. cit.

(99) Ibid., pp. 192-199.

(100) BOIS, Y., SAINT-AUBIN, R., op. cit., p. 164.

(101) Ibid., pp. 166-167.

(102) Ibid., pp. 167-168.

(103) Ibid., pp. 170-171.

(104) Ibid., pp. 173-176.

(105) GASSE, J., ROY, L., op. cit., p. 52.

(106) Ibid., pp. 34, 41, 47 et 52.

(107) BOIS, Y., SAINT-AUBIN, R., op. cit., pp. 150-151.

(108) Loc. cit.

(109) GASSE, J., ROY, L., op. cit.

(110) LESSARD, C., COUTURE, G., Dépliants sur l'enfant de 0-3 ans: Les peurs, Les crises, L'enfant agité, La discipline, Un deuxième enfant, La période du non, Le sommeil, Le langage, La sexualité, Le développement moteur, L'apprentissage social, Mes parents se séparent, Département de psychologie, U.Q.T.R.

(111) BOISSONNEAULT, M., L'enfant d'âge pré-scolaire. Guide de rencontres de parents sur la relation parent-enfant, document de travail, Comité de protection de la jeunesse, Ministère de la Justice, janvier 1983.

(112) DAVID, N., Programme de stimulation, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal, 1981.

(113) HIVON, M., BARRETTE, G., et al., Les ateliers pré-scolaires, CLSC Brandon et CS Nord-Joli, document inédit, janvier 1982.

(114) Association canadienne pour la santé mentale, Programme de sensibilisation à la vie familiale, Division du Québec, document de travail, 1977.

(115) THEROUX-ST-LAURENT, L., Les barbaparents: les objectifs spécifiques des activités des barbaparents pour l'année 1983-1984, CLSC Longueil-est, document inédit, 1984.

(116) Hôpital Sainte-Justine, Guide pour l'évaluation de la maturation des enfants de 0 à 5 ans, document préparé pour la section de physiothérapie de l'Hôpital Sainte-Justine, juin 1971.

(117) HERST, J., WOLFE, S., JORGENSEN, G., PELLAN, S., Social early education developmental program, Centre de réhabilitation Sewall, Denver, Ontario.

(118) DESMARAIS-GERVAIS, L., TREMBLAY, R.E., Le questionnaire d'évaluation du comportement au préscolaire (QECP): Normes pour la CECM, ERISH/CPEQ, Rapport de recherche no 10, Montréal, 1984.

(119) PAQUETTE, H., Instrument d'observation et d'intervention à l'usage des éducateurs du préscolaire, Guide d'utilisation, Institut de recherches psychologiques Inc., Montréal, 1977.

(120) U.S.A., University of Colorado Medical Center, Denver developmental screening test, University of Colorado Medical Center, U.S.A., 1969.

(121) HARVEY, M., Echelle de développement Harvey, Editions Behaviora Inc., Brossard, 1984.

(122) TERRISSE, B., BOUTIN, G.,"Intervention précoce et prévention: implantation du programme d'intervention précoce (P.I.P.) à Laval", Apprentissage et socialisation, vol. 6, no 1, mars 1983, pp. 13-23.

(123) BEAUSOLEIL, B. et al., "L'évaluation d'un programme de formation parentale , Centre hospitalier St-Sauveur", Revue de modification de comportement, vol. 14, no 3, automne 1984, pp. 123-130.

(124) CAMIRAND-DUFF, L., Programme d'intervention précoce enfants-familes (P.I.P.E.F.), CLSC de Hull, 1984.

(125) DAVID, N., op. cit.

(126) BEAUSOLEIL, B. et al., op. cit.

(127) West suburban Hospital Illinois, Nurtnering program for parents and children, Family support program, Illinois.

(128) DEREVENSKY, J., BARON, C., An examination of the effects of a two year infant stimulation - parent education, Department of Educational Psychology and Counselling, McGill University, Montréal, document inédit, 1984.

(129) DEREVENSKY, J., "The effects of an interdisciplinary infant stimulation - parent education intervention program upon infant development", Infant Mental Health Journal, vol. 5, no 1, 1984, pp. 3-14.

(130) CAMIRAND-DUFF, L., op. cit.

(131) BERNARD, J.M., Analyse de la mortalité infantile et périnatale au Québec 1965-1974, Québec, Ministère des Affaires sociales, septembre 1978, p. 7.

(132) LAST, J.J., (ed), Maxcy-Rosenau, Public Health and Preventive Medicine, 11th Edition, New York, Appleton-Century-Crofts, 1980, p. 1023.

(133) U.S.A., National Center of Health Statistics, Final Data, Advance Report of Final Mortality Statistics, 1980, Monthly Vital Statistics Report, vol. 32, no 4, Supplement August 11, 1983, p. 7.

(134) U.S.A., National Center of Health Statistics, Final Date, Advance Report of Final Mortality Statistics, 1981, Monthly Vital Statistics Report, vol. 33, no 3, Supplement June 22, 1984, p. 4.

(135) LEVASSEUR, M., op. cit., p. 3.

(136) ROY, L., Des victoires sur la mort, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983, p. 8 et p. 66, (Collection: La santé des Québécois).

(137) LEVASSEUR, M., op. cit., p. 127.

(138) ROY, L., op. cit., p. 66.

(139) FRANCE, Ministère de la santé (République française), "Quelques données sanitaires de la France (1981-1982)", Bulletin épidémiologique hebdomadaire, no 2, 1984, pp. 2-3.

(140) LEVASSEUR, M., op. cit., p. 3 et p. 127.

(141) Ibid., p. 127.

(142) Loc. cit.

(143) PAMPALON, R., Géographie de la santé au Québec/Rapport préliminaire (Indicateurs régionaux de santé), Québec, Ministère des Affaires sociales, 1983, p. 118, (Voir aussi Annexe 2, Tableau 44).

(144) Ibid., p. 119, (Voir aussi Annexe 2, Tableau 45).

(145) LEVASSEUR, M., op. cit., p. 3.

(146) Loc. cit.

(147) OTTAWA, Santé et Bien-être social Canada, "Classification du syndrome de mort soudaine du nourrisson", Maladies chroniques du Canada, vol. 4, no 2, no 3, décembre 1980, p. 21.

(148) OTTAWA, Santé et Bien-être social Canada, "Syndrome de la mort subite chez le nourrisson", Maladies chroniques du Canada , vol. 4, no 2, septembre 1983, p. 24.

(149) LEVASSEUR, M., op. cit., p. 7 et p. 125.

(150) LEVASSEUR, M., op. cit., pp. 6-9.

(151) Ibid., p. 9.

(152) Ibid., p. 6 et p. 9.

(153) Ibid., p. 12.

(154) LAST, J.J. (éd.), op. cit., p. 1375.

(155) LEVASSEUR, M., op. cit., p. 12.

(156) Ibid., pp. 12-13.

(157) Ibid., p. 15.

(158) BERKOW, R. (éd.), The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, 14th Edition, New Jersey, Rathway, Merck Sharp and Dohme Research Laboratories, 1982, pp. 1855-1856.

(159) OTTAWA, Santé et Bien-être social Canada, "Syndrome de la mort subite chez le nourrisson", op. cit., p. 27.

(160) Ibid., p. 24.

(161) Comité de la prévention de la santé mentale de l'Hôpital du Haut-Richelieu, Programme d'intervention dans le cas de décès subit d'un jeune enfant, Saint-Jean, Département de santé communautaire de l'Hôpital du Haut-Richelieu, août 1980, pp. 4-7.

(162) RACETTE, D., "L'épidémie silencieuse de la société moderne", Courrier médical, Montréal, 12 mai 1981, p. 37.

(163) MORAIS-ROCHON, T., "Les accidents, pierre d'achoppement de la médecine moderne", La vie médicale au Canada français, vol. 2, avril 1973, p. 360.

(164) DOUCET, H., MORASSE, R., La sécurité routière et les enfants de 0 à 5 ans. Revue de littérature, Direction de la santé communautaire, Hôpital Ste-Justine, mars 1985, p. 11.

(165) L'ARCHEVEQUE, A., "Les accidents chez les enfants", L'Union médicale du Canada, tome 108, novembre 1979, p. 1284.

(166) LEVASSEUR, M., op. cit., p. 17.

(167) Loc. cit.

(168) FRANCE, Ministère de la santé (République française), "Quelques données sanitaires de la France", op. cit., pp. 2-3.

(169) U.S.A., National Center of Health Statistics, 1983, op. cit., pp. 18-24.

(170) DOUCET, H., MORASSE, R., op. cit. p. 11.

(171) GAGNE, J., MALENFANT, R., Quelques défis à relever dans le développement des enfants de 2-5 ans. Cahier II: Revue de littérature détaillée, DSC-CHUL, CLSC Laurentien, novembre 1984, p. 3.

(172) Régie de l'assurance automobile du Québec, "Le point sur la ceinture de sécurité", Repère, Bulletin de recherche en sécurité routière de la Régie de l'assurance automobile du Québec, vol. 1, no 2, mai 1984, p. 1.

(173) LACROIX, D., "Enquête sur les attitudes face aux dispositifs de sécurité dans les véhicules de promenade", Régie de l'assurance automobile du Québec, septembre 1983, 40 p., Repère, Bulletin de recherche en sécurité routière de l'assurance automobile du Québec, vol. 1, no 2, mai 1984, p. 4.

(174) Ibid., p. 5.

(175) LEDOUX, G.B., "Problématique des accidents de bicyclette au Québec et comparaison avec l'étranger", Régie de l'assurance automobile du Québec, juin 1984, 120 p., Repère, Bulletin de recherche en sécurité routière de l'assurance automobile du Québec, vol. 1, no 3, décembre 1984, p. 7.

(176) RACETTE, D., op. cit., p. 37.

(177) L'ARCHEVEQUE, A., op. cit., pp. 1289-1290.

(178) GAGNE, J., MALENFANT R., op. cit., p. 3.

(179) L'ARCHEVEQUE, A., op. cit., p. 1290.

(180) Loc. cit.

(181) MORAIS-ROCHON, T., op. cit., p. 361.

(182) L'ARCHEVEQUE, A., op. cit., p. 1291.

(183) Loc. cit.

(184) U.S.A., National Center of Health Statistics, 1983, op. cit., pp. 18-24.

(185) American Academy of Pediatrics, Report of the Committee on Infectious Diseases/Red Book, 19th Edition, 1982.

N.B.: Voir aussi les mises à jour suivantes:

- "Red book Update", Pediatrics, vol. 70, no 5, November 1982, pp. 819-821.
- "Revision of Recommandations for use of Rifampin Prophylaxis of Contacts of Patients with Haemophilus Influenzae Infection", Pediatrics, vol. 74, no 2, août 1984, pp. 301-302.

(186) Loc. cit.

(187) BERKOW, R., (éd.), op. cit., pp. 1857-1858.

(188) SILVER, H.K., KEMPE, C.H., BRUYN, H.B., Handbook of Pediatrics, 12th Edition, California, Los Altos, Lange Medical Publications, 1977, pp. 409-410 et pp. 689-690.

(189) COLLU, R., "Les écarts de croissance, ou nanisme, témoignent d'une pathologie sous-jacente", L'Actualité médicale, Montréal, 16 janvier 1984, pp. 42-43.

(190) JOHNSON, D.J., MYKLEBUST, H.R., Learning Disabilities, New York, Grune and Stralton, 1967, pp. 66-147.

(191) FORTIER, P. et al., Evaluation du dépistage des troubles auditifs chez les enfants de classe maternelle - année scolaire 1980-1981 , Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, juillet 1982, pp. 27-30.

(192) FORTIER, P. et al., op. cit., pp. 27-30.

(193) Loc. cit.

(194) BOUDREAULT, V., FORGET, A.M., Projet d'intervention auprès de tous les nouveau-nés et des enfants à risque (0-18 mois) , Département de santé communautaire du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, février 1984, pp. 3-4.

(195) Loc. cit.

(196) LAJEUNESSE, A., MAROIST, A., Robillard, P., Evaluation du dépistage visuel en milieu scolaire - année 1978-1979 et 1979-1980 , Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, avril 1981, pp. 2-7.

(197) NADON-TARDIF, M. et al., Evaluation de la clinique de dépistage multiple des problèmes de santé chez l'enfant d'âge préscolaire du district de Sainte-Agathe - année 1978-1979 , Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, août 1982, pp. 11-12.

(198) Comité Santé des jeunes des Départements de santé communautaire de la région de Montréal, Dépistage en milieu scolaire, Juin 1984, p. 67.

(199) BOHEMIER, M. et al., Dépistage des maladies oculaires et des problèmes de vision, Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, septembre 1981, pp. 1-60.

(200) Comité Santé des jeunes des Départements de santé communautaire de la région de Montréal, op. cit., p. 78.

(201) Ibid., p. 79.

(202) GAGNE, J., MALENFANT, R., op. cit., p. 1.

(203) LEVASSEUR, M., op. cit., p. 29.

(204) GAGNE, J., MALENFANT, R., op. cit., p. 2.

(205) LEVASSEUR, M., op. cit., p. 29.

(206) LESCOP, J., "Les problèmes de santé des jeunes d'aujourd'hui", Union médicale du Canada, tome III, septembre 1982, p. 745.

(207) BROWN, J.C., La prévention du handicap: pour l'amélioration des soins prénatals et périnatals, document de travail, Ottawa, l'Institut canadien de la santé infantile, 1978, p. 2.

(208) Loc. cit.

(209) BEAULIEU, G., Le Rêve éclaté, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983, p. 27.

(210) _____ "L'enfant déficient. Le choc des parents", Revue Notre-Dame, no 8, septembre 1981, p. 2.

(211) DOUCET, H., MORASSE, R., op. cit., p. 12.

(212) ROCHON, A., Guide des intervenants(es) pour le projet "P.O.U.S.S.I.N.", DSC Cité de la Santé de Laval, printemps 1985, p. 2.

(213) Loc. cit.

(214) DSC Cité de la Santé de Laval, "P.O.U.S.S.I.N." est à Laval!, Citéphile, DSC Cité de la Santé de Laval, août-septembre 1985.

(215) GAGNE, J., MALENFANT, R., op. cit., p. 5.

(216) GAGNE, J., MALENFANT, R., Quelques défis à relever dans le développement des enfants de 2-5 ans, DSC du CHUL et CLSC Laurentien, 1984, p. 7.

(217) CHICOINE, L., PARENT, M., ROLLIN, P., "Les intoxications accidentelles: fréquence et aspect préventif", L'Union médicale du Canada, tome 108, novembre 1979, p. 1293.

(218) MORAIS-ROCHON, T., op. cit., p. 360.

(219) CHICOINE, L., PARENT, M., ROLLIN, P., op. cit., p. 1299.

(220) GAGNE, J., MALENFANT, R., op. cit., p. 5.

(221) BRUNET-RHEAUME, F., La carie du biberon , Département de santé communautaire du Centre hospitalier de Verdun, juillet 1982, p. 2.

(222) Loc. cit.

(223) Ibid., p. 6.

(224) Ibid., p. 11.

(225) OTTAWA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Nutrition Canada, Rapport sur l'hygiène dentaire, Ottawa, 1977, p. 142 et p. 148.

(226) Association des directeurs de Département de santé communautaire, Ministère des Affaires sociales, Enquête santé dentaire Québec 1983-1984, Rapport préliminaire, Volet provincial, mars 1985, p. 42 et p. 44.

(227) Association des directeurs de Département de santé communautaire, Ministère des Affaires sociales, Enquête santé dentaire Québec 1983-1984, Rapport préliminaire, Volets régionaux et sous-régionaux (région 06B, région 06C), mars 1985, p. 22, p. 58 et p. 98.

(228) Association des directeurs de Département de santé communautaire, Ministère des Affaires sociales, Enquête santé dentaire Québec 1983-1984, Rapport préliminaire, Volet provincial, ibid., p. 87.

(229) QUEBEC, Direction générale de la planification du ministère des Affaires sociales, Une politique québécoise en matière de nutrition, Québec, Ministère des Affaires sociales, mai 1977, p. 24.

(230) KANDELMAN, D., "Réflexions à propos de la politique de santé dentaire au Québec", Journal dentaire du Québec, août 1982, p. 18.

(231) Ibid., p. 21.

(232) MARTIN, G., MESSIER, C., L'enfance maltraitée... ça existe aussi au Québec, Comité de la protection de la jeunesse, 1981.

(233) PAIEMENT, J., Différentes formes de mauvais traitements faits aux enfants, Parents-Anonymes Rive sud Inc., 200983, 1983.

(234) MAROIS, M.R., PERREAULT, L.A., L'intervention sociale auprès des enfants maltraités: une pratique à repenser?, Comité de la protection de la jeunesse, Ministère de la Justice, Gouvernement du Québec, 1981, p. 4.

(235) MARTIN, G.M., MESSIER, C., op. cit., p. 9.

(236) BRISEBOIS-PRANNO, C., ZENIE, A., Problématique des enfants maltraités dans la région Laurentides-Lanaudière, Centre des services sociaux Laurentides-De Lanaudière, février 1980, pp. 21-37.

(237) Québec, Assemblée nationale du Québec, Rapport de la Commission Parlementaire spéciale sur la Protection de la jeunesse, Annexe II, novembre 1982.

(238) MARTIN, G.M., MESSIER, C., op. cit., p. 9.

(239) Comité de prévention des enfants maltraités, "Symposium sur l'enfance maltraitée", Hôpital de Rimouski, 1982.

(240) RODRIGUE, N., "Vaste campagne de sensibilisation. Des milliers d'enfants à protéger", Nursing Québec, vol. 6, no 2, mars/avril 1986, p. 11.

(241) MARTIN, G.M., MESSIER, C., op. cit., p. 9.

(242) Rapport de la Commission Parlementaire spéciale sur la Protection de la jeunesse, op. cit.

(243) BRISEBOIS-PRANNO, C., ZENIE, A., op. cit., p. 2.

(244) JOBIN, L., Le support social dans des milieux à risque élevé d'abus et de négligence. Rapport-Synthèse, DSC du CH régional de Beauce, août 1985.

(245) Loc. cit.

(246) MARTIN, G.M., MESSIER, C., op. cit., p. 9.

(247) Comité de la protection de la jeunesse, Les abus sexuels au Québec, Où en sommes-nous?, 1984.

(248) MARTIN, G.M., MESSIER, C., op. cit., p. 9.

(249) Loc. cit.

(250) Comité de la protection de la jeunesse, La concertation socio-médicale, Rapport, 1984.

(251) Loc. cit.

(252) Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes, Infractions d'ordre sexuel contre des enfants au Canada. Sommaire du rapport du Comité, Gouvernement du Canada, septembre 1984.

(253) PERRAULT, C., PECKO-DROUM, K., "Evaluation de la mise sur pied d'un programme d'information sur les agressions sexuelles dans dix écoles primaires de l'est de Montréal", Santé mentale au Québec, X (1), 1985, pp. 58-64.

(254) Institut de formation et d'aide communautaire, Programme d'aide aux enfants en difficulté, document inédit.

(255) Ministry of Community and Social Services, A guide for parents of young children. Infants, toddlers and preschoolers, Ontario, 1984.

(256) Citizens concerned with crime against children, Talking and drawing about it , Ontario, Canada 1984, (Cahier à colorier, programme sur les abus sexuels auprès de jeunes enfants).

(257) Preventing sexual abuse of children, A little bird told me about... my feelings. A story coloring book to teach children how to trust their feelings and say "no" to inappropriate touching for ages 4-10, Marcia K. Morgan, Oregon, U.S.A., 1984.

(258) Mouvement S.E.M., Sensibilisation à l'enfance maltraitée, dépliant, St-Jean sur Richelieu.

(259) LEPAGE, L., GUAY, J., Approche écologique de la situation familiale, Université Laval, 1984.

(260) Collectif Familles-gardiennes de la Basse-Ville Inc. Le gardiennage à court terme: un service de support et d'entraide pour les familles de la Basse-Ville de Québec, Santé et Bien-être social Canada, en collaboration avec le CLSC Basse-Ville et l'Ecole du service social de l'Université Laval, 1984.

(261) HOUDE, L. et al., Le jardin d'enfants de l'Association Action-Plus Farnham Inc.: Un moyen de prévention auprès des enfants et des familles à risques, DSC Haut-Richelieu, CLSC Farnham, rapport inédit, 1981.

(262) SOUMENKOFF, G.D. et al., Rapport final d'activités de l'équipe de prévention antenatale "enfant battu", Hôpital St-Pierre, Belgique, 1983.

(263) Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Lévis, Protocole d'accueil et de suivi pour les enfants et adolescents à risques de mauvais traitements, Version finale, janvier 1984.

(264) MILLS, L. et al., La situation de l'enfance maltraitée à Winnipeg: l'hôpital et la collectivité font front commun, Winnipeg.

(265) FORTIN, M., Projet d'intervention auprès des victimes d'inceste, Centre de services sociaux Laurentides-Lanaudière, novembre 1985.

(266) PAIEMENT, J., "Parents anonymes: une ressource pour les parents en difficultés", Santé mentale au Canada, 1984, p. 7-9.

(267) RIVEST, G., Notions-clés de l'approche stratégique, CSS Laurentides-Lanaudière, rapport inédit, 1984.

(268) POTVIN, M., Projet réalisé au CSSMM dans le territoire St-Louis du Parc, rapport inédit, 1984.

(269) CURRAN, B., ZANUTTO, K., "Development of a multi-agency treatment network for sexually abusing families, Ontario", Presentation at the fifth international congress on child abuse and neglect, Montréal, 1984.

(270) REX, D., ASH, G., Creating a support center for high-risk parents by engaging the community: Bell-flower house, a place for parents, Ohio, 1984.

(271) FORTIN, M., op. cit.

(272) Loc. cit.

(273) BEAULIEU, G., Le Rêve éclaté, op. cit., p. 10.

(274) BEAULIEU, G., "La naissance d'un enfant handicapé: dépasser le choc", Carrefour des Affaires sociales, vol. 6, no 1, hiver 1984, p. 21.

(275) BEAULIEU, G., Le Rêve éclaté, op. cit., pp. 49-51.

(276) GERMAIN, D., Pour un examen des modes de gestion de la famille en devenir, rapport final, CRSSSLL, novembre 1982, p. 49.

(277) BOLWBY, J., "Loss, sadness and depression", Attachement and loss, vol. 3, Editor Penquin Books, 1981, p. 172.

(278) CADIEUX, E., SEVIGNY, D., Profil démographique et socio-économique: quelques caractéristiques pertinentes relatives à l'évolution de la famille et de la natalité dans la région Laurentides-De Lanaudière, DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme et DSC du CH régional De Lanaudière, 1985.

(279) BOLWBY, J., op. cit., pp. 265-296.

(280) PAPALIA, D.E., OLDS, S.W., op. cit., p. 153.

(281) Loc. cit.

(282) Loc. cit.

(283) QUEBEC, Conseil des affaires sociales et de la famille, Médicaments ou potions magiques/Etude et avis, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1982, p. 25.

(284) Ibid., p. 24.

(285) Ibid., pp. 31-33.

(286) Ibid., pp. 47-56.

(287) Ibid., pp. 59-68.

(288) QUEBEC, Conseil des affaires sociales et de la famille, Objectif: Santé, Rapport du Comité d'études sur la promotion de la santé, Québec, Editeur officiel du Québec, pp. 63-64.

CHAPITRE 2

LES MANDATS DÉVOLUS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE: NÉCESSITÉ D'UN BILAN SITUATIONNEL SUR LES ACTIVITÉS ET LES SERVICES AFFÉRENTS DISPENSÉS

CHAPITRE 2

LES MANDATS DEVOLUS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE EN MATIERE DE SANTE ET DE BIEN-ETRE DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE: NECESSITE D'UN BILAN SITUATIONNEL SUR LES ACTIVITES ET LES SERVICES AFFERENTS DISPENSES

Selon un récent document (1983) de l'Association des hôpitaux du Québec et de l'Association des directeurs des départements de santé communautaire, la mission du DSC est d'apporter un "... support aux établissements et organismes de santé pour garantir une planification des services en fonction des besoins bien identifiés."(1). Il va sans dire que cette mission ne peut être remplie qu'à la lumière d'un minimum de connaissance des services dispensés sur leur territoire.

A notre avis, la garantie d'une planification en fonction des besoins de la population passe par la connaissance certes, des services d'organismes du réseau (CH, CLSC), mais aussi de ceux d'autres organismes institutionnels (CSS, Commission scolaire, l'Office des services de garde à l'enfance)et même de ceux des ressources communautaires.

Ce chapitre se veut donc une description la plus fidèle possible, des services prévalant dans la région L-L pour l'année 1983-1984. Globalement, nous cherchons à cerner l'organisation de ces services, les ressources disponibles ainsi que les pratiques sous-jacentes à ces services. Par ailleurs, cette partie de notre travail vise à reconnaître si les services des organismes publics (CH, CLSC, CSS, etc.) répondent aux besoins et aux demandes de notre clientèle cible.

Les points de départ de notre analyse sont sept mandats dévolus aux DSC depuis leur consécration en 1973. En matière de périnatalité et de santé maternelle et infantile tout d'abord, les DSC se voient confier de par la politique en périnatalité (1973) du MAS* les mandats suivants:

- la diffusion de l'information préventive sur la grossesse et l'accouchement
- le dépistage et l'enregistrement des femmes enceintes, particulièrement des grossesses à risque élevé

---

* Rappelons que cette politique visait l'atteinte des objectifs suivants pour l'année 1980: la réduction de la mortalité maternelle (à 1,1 pour 10 000 naissances vivantes) et périnatale (à 12 pour 1000 les nouveaux-nés de poids supérieur à 1000 grammes) et la réduction de la morbidité périnatale, en particulier la réduction de la prématurité à 4,5 %.(3)

- la tenue d'un registre postnatal des risques élevés chez la mère et l'enfant

- la création d'un comité régional en périnatalité.(2)

Egalement, afin de remplir leur *mission-santé*, de promotion et protection de la santé, s'ajoutent les mandats suivants:

- la surveillance du développement de l'enfant

- la couverture vaccinale

- l'éducation sanitaire.

C'est ainsi que le présent chapitre se constitue de sept parties dans lesquelles nous intégrons à la fois, des informations concernant les services des réseaux publics, privés et communautaires pertinentes à chacune de ces parties, de même que certains éléments critiques ou sujets à réflexion.

2.1 LA DIFFUSION DE L'INFORMATION PREVENTIVE SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

En période prénatale, les principales recommandations de la politique provinciale de périnatalité visaient d'une part, l'amélioration de la surveillance médicale de la grossesse et d'autre part, à assurer la diffusion de l'information aux femmes enceintes. Le mandat de diffuser l'information aux femmes enceintes a été confié aux DSC - de manière transitoire et temporaire, c.-à-d. avant l'implantation complète du réseau de services de première ligne - et aux CLSC. Le moyen privilégié par le MAS à l'époque était l'instauration massive, dans le secteur public, des cours prénatals*. Donc, depuis 1977, ces cours peuvent être accessibles géographiquement et financièrement à toutes les femmes du Québec ainsi qu'à leur conjoint. (Blanchet et Levasseur, 1980)(4).

---

* Il est bon de noter, dès le départ, que nous conservons l'expression *cours prénatals* tout au long de nos discussions. Cette expression et les principes qu'elle sous-tend (voir annexe I) correspond encore majoritairement à la réalité vécue dans la région L-L. Cependant, nous ne voulons pas par là nier l'évolution qui a lieu dans certains secteurs de notre région où l'on a déjà adopté l'expression *rencontres prénatales*. Comme l'affirme Catherine Martin et al. (1984): "Si, en effet, l'abandon du terme de *cours* au profit de celui de *rencontre* sous-entend une prise de position pour une formule non autoritaire de travail de groupe orienté vers la formation d'individus capables de prendre des décisions face à leur santé, on se rend compte qu'il y a encore bien du chemin à faire."(5). Nous réaborderons cette question dans le présent chapitre, à la section 2.7, consacrée à l'analyse du mandat d'éducation sanitaire.

Sans vouloir tracer un bilan exaustif des bénifices escomptés de ce programme d'activités auprès des femmes enceintes du Québec, nous sommes quand même en lieu de nous poser un certain nombre de questions - après quelques huit années d'expérience pratique - sur les résultats obtenus par ce programme. Pour les fins de cette discussion, nous avons regroupé ces interrogations selon quatre ordres d'intérêt:

- Evolution de la demande:

  L'engouement que nous avons connu à l'origine de ce programme de cours se perpétue-t-il actuellement ou en sommes-nous arrivés à un seuil limite de rendement?

- Structure modifiée et diversifiée de la structure originale des cours prénatals:

  Quelle est actuellement l'organisation structurelle que prend la formule des cours prénatals pour chacun des organismes dispensateurs de notre région?

- Vers une adéquation entre l'offre de services et les demandes des femmes:

  Les demandes des femmes en matière santé sont de plus en plus manifestes; la formule des cours prénatals convient-elle toujours à ces attentes?

- Une pédagogie à inventer:

  S'inspirant, au début, des modèles de l'enseignement traditionnel, de plus en plus d'intervenants de la santé communautaire ont recours à des techniques d'une nouvelle pédagogie; qu'en est-il dans notre région?

C'est, en quelque sorte, à ces questions que nous tenterons de répondre dans les pages qui suivent, tout en faisant le point sur la situation qui prévaut actuellement dans notre région.

2.1.1 L'inscription aux cours prénatals

Le nombre d'inscriptions (basé le plus régulièrement sur le nombre de femmes inscrites à un programme de cours) constitue l'indice administratif utilisé pour évaluer l'achalandage aux cours prénatals. Puisqu'aucun formulaire standardisé n'existe dans notre région, le niveau de comparabilité des données tirées du registres de chacun des organismes dispensateurs, peut à ce titre faire l'objet de critique sur le plan de la validité externe, mais force est d'admettre qu'elles représentent les seules données objectives que nous puissions utiliser.

En dépit de cette réserve et de l'absence d'une base historique, nous croyons que les données produites au tableau 2.1 peuvent servir de toile de fond à une certaine forme d'analyse prévisionnelle ou de tendance.

A la lecture de ce tableau, nous remarquons, pour la sous-région des Laurentides, une diminution constante du pourcentage d'inscriptions au cours de ces quatre années d'analyse. Proportionnellement, la sous-région De Lanaudière semble accroître légèrement son rendement pour les deux dernières années; toutefois, nous ne pouvons parler, dans ce cas-ci, de véritable tendance puisque nous ne possédons que deux années successives de comparaison. Hormis cette réserve sur les données présentées, nous pouvons émettre l'hypothèse à l'effet d'une certaine forme de plafonnement du taux d'achalandage pour les prochaines années, voire à une légère diminution, comme ce fut le cas d'ailleurs pour la sous-région des Laurentides.

Tableau 2.1

Distribution du nombre de naissances, du nombre et du pourcentage d'inscriptions aux cours prénatals, par sous-région, 1979-1980, 1980-1981, 1981-1982 et 1982-1983

	SOUS-REGION LAURENTIDES				SOUS-REGION DE LANAUDIERE			
	1979-1980	1980-1981	1981-1982	1982-1983	1979-1980[1]	1980-1981[1]	1981-1982	1982-1983
NOMBRE D'INSCRIPTIONS	2 279	2 324	2 319	1 978	DI	DI	2 067	2 007
NOMBRE DE NAISSANCES[2]	4 209	4 534	4 692	4 106	2 443	3 959	3 869	3 703
POURCENTAGE D'INSCRIPTIONS	54,1	51,3	49,0	48,1	DI	DI	53,4	54,2

DI Donnée inconnue

(1) Nous ne connaissons pas le nombre d'inscriptions dans le cas du CH Le Gardeur, ce qui nous empêche de calculer le nombre total d'inscriptions ainsi que le pourcentage d'inscriptions pour l'ensemble de la sous-région De Lanaudière au cours de ces deux années financières.

(2) Ces nombres sont le résultat de la compilation des formulaires (SP-1) de déclarations de naissances vivantes (reproduit à l'annexe II). Il est donc possible que ces nombres soient inférieurs à la réalité.

Sources:
- Rapport annuel en périnatalité du DSC de L'Hôtel-Dieu de St-Jérôme pour les années 1979-1980, 1980-1981, 1981-1982 et 1982-1983.
- Rapport annuel en périnatalité du DSC du CHRDL, pour les années 1979-1980, 1980-1981, 1981-1982 et 1982-1983.

Cette baisse anticipée, peut-elle être imputable à une diminution du nombre d'inscriptions de femmes primipares? Cette avancée s'avère plausible selon l'analyse d'André Roy et al. (1983), effectuée pour le compte du DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, qui révèle que la majorité, soit 80,0 % des femmes rejointes par les cours, sont des primipares*(6).

En dépit d'une diminution du nombre d'inscriptions de femmes primipares au cours des dernières années dans la sous-région des Laurentides (et prévisible dans celle de la sous-région De Lanaudière), il n'en reste pas moins que notre objectif d'information du public paraît être atteint dans une proportion importante. Toujours selon les résultats de l'analyse d'André Roy et al. (1983), nous remarquons que la majorité de la clientèle visée, soit 72,0 %, est rejointe à un moment ou un autre, si l'on prend en considération toutes les femmes qui ont déjà suivi des cours prénatals lors d'une grossesse précédente(7).

2.1.2 L'organisation des cours prénatals

L'organisation des cours prénatals dispensés par les organismes du secteur public fait l'objet de questionnement depuis quelques années dans la région L-L. Comme en fait foi le tableau 2.2, nous sommes à même de constater une certaine forme d'hétérogénéité dans la structure d'organisation des cours prénatals dans notre région. Une lecture rapide de ce tableau nous permet de tirer les constatations suivantes:

- A peu d'endroits, on a décentralisé le service.
- L'âge de gestation où l'on rejoint les femmes est assez diversifié, allant de 12 à 32 semaines.
- C'est majoritairement dans la sous-région des Laurentides où l'on atteint la clientèle plus tôt durant la grossesse. (12-16 semaines).
- La formation de groupes homogènes (primipare ou multipare) est plus fréquente dans la sous-région De Lanaudière.

---

* Nous considérons que les résultats de cette analyse peuvent s'appliquer pour la sous-région De Lanaudière, compte tenu d'une certaine analogie des caractéristiques économiques et sociodémographiques des deux populations.

Tableau 2.2

Organisation des cours prénatals selon certaines caractéristiques structurelles, par organisme dispensateur du secteur public, sous-région, 1984

ORGANISME DISPENSATEUR / ORGANISATION DES COURS PRENATALS	SOUS-REGION LAURENTIDES					SOUS-REGION DE LANAUDIERE					
	CLSC				DSC DE L'HOTEL-DIEU DE ST-JEROME A LACHUTE	CLSC				DSC CHRDL A JOLIETTE	CH LE GARDEUR SECTEUR L'ASSOMPTION-REPENTIGNY
	ST-JEROME	STE-THERESE	JEAN-OLIVIER CHENIER	TROIS-VALLEES		LAMATER	BRANDON	BERTHIER	JOLIMONT		
Service décentralisé	-[1]	-	-	oui	-	-	-	-	oui	-	-
L'âge de gestation à la première rencontre de la session de cours											
- *groupe hétérogène:*											
. *primipare et multipare*	13-15 sem.	-	20-28 sem.	12-16 sem.[2]	12-16 sem.	18 sem.	-	16-20 sem.	16-20 sem.	-	-
- *groupe homogène:*											
. *primipare*	-	12-16 sem.	-[3]	-	-	-	16-20 sem.	-	-	12-16 sem.	26-27 sem.
. *multipare*	-	20-28 sem.	-[3]	-	-	24-32 sem.	24-26 sem.	-	-	16-22 sem.	30 sem.
Endroit où la session de cours est en deux blocs[4]	oui	oui[5]	-	oui[2]	oui	-	-	-	-	oui[5]	-
Nombre total de rencontres/ session de cours											
- *groupe hétérogène:*											
. *primipare et multipare*	10	-	12	6 à 10	12	16	-	13	5	-	-
- *groupe homogène:*											
. *primipare*	-	10	-	-	-	-	10	-	-	12	12
. *multipare*	-	6	-	-	-	3	5	-	-	6	5
Information prérencontre (ex.: alimentation, hygiène durant la grossesse, etc.)	-	-	-	-	-	oui[6]	-	-	oui[6]	-	-

(1) Le CLSC St-Jérôme a amorcé une décentralisation du service puisqu'il offre des cours prénatals dans une localité avoisinante, celle de Prévost.
(2) Au point de service de Labelle, on rejoint les femmes à des âges de gestation très variés et la session de cours est en un seul bloc.
(3) Il arrive occasionnellement, selon les inscriptions, que le CLSC Jean-Olivier Chénier organise des sessions spécifiquement pour primipares et/ou multipares.
(4) Des 10 à 12 cours prévus, par exemple, on répartit comme suit: 4 cours (début de grossesse) ——→ période d'arrêt d'environ 10 semaines ——→ 6 à 8 cours afin de terminer la session à 36-37 semaines de gestation.
(5) Cette formule s'applique aux groupes de primipares, seulement au CLSC Ste-Thérèse et au DSC du CHRDL.
(6) Au CLSC Lamater, on offre deux séances d'information qui précèdent le début de la session de cours et au CLSC Jolimont on fait parvenir une documentation écrite, par la poste.

Source:
Infirmières responsables ou coordonnateurs(trices) du service de Péri-SMI pour chacun des établissements dispensant ce service dans la région L-L.

- Les séries de cours offerts en deux blocs dominent dans la sous-région des Laurentides.

- Le nombre de rencontres par session de cours est assez inégal, surtout en ce qui concerne les groupes homogènes de primipares et de multipares.

- Il existe seulement deux organismes, qui donnent systématiquement de l'information prérencontre et ce, dans la sous-région De Lanaudière.

En résumé, force nous est de constater la diversité d'organisation des cours prénatals dans la région. Cela s'explique, entre autres, par l'état d'avancement des réflexions et les convictions de certains intervenants à répondre aux attentes des femmes face aux cours prénatals.

2.1.3 Les attentes des femmes face aux cours prénatals

Les attentes des femmes face aux cours prénatals peuvent être définies en trois ordres:

- certaines viennent chercher de l'information

- d'autres espèrent se mettre en forme par un conditionnement physique approprié

- enfin, d'autres veulent partager leur vécu et se préparer ainsi à leur accouchement.

Il est possible d'offrir différentes alternatives complémentaires aux cours prénatals afin de répondre, plus spécifiquement, à ces trois ordres de besoins. On a déjà déployé des énergies en ce sens, à certains endroits dans la région. Ceci est surtout probant en ce qui concerne la mise sur pied de programmes d'activité physique.

On parle surtout, dans ce dernier cas, de programmes de conditionnement physique en piscine. Relativement nouveau, ce type de cours fait l'objet d'une demande de plus en plus forte. Ces cours sont habituellement offerts par le service des loisirs des municipalités. Dans certains cas, un club ou une école privée peut aussi les dispenser. Les modalités relatives à la structure et au fonctionnement de ces séries de cours (nombre de rencontres, prix/session, responsable) et le nombre

de femmes que l'on rejoint varient selon l'endroit où ils sont offerts, comme le démontre le tableau 2.3 qui suit. À partir des données tirées de ce tableau, nous pouvons constater, entre autres choses:

- Que peu de municipalités dans la sous-région De Lanaudière dispensent les cours prénatals en piscine, comparativement à la sous-région des Laurentides.

- Que les cours sont offerts dans les municipalités les plus populeuses et que de ce fait toutes les femmes n'ont sûrement pas accès de la même façon à ce service.

- Qu'il existe une diversité de formation de base chez les responsables de cours.

- Qu'il existe une différence du coût/session, allant de 10 $ à 60 $ entre les organismes dispensateurs de ces cours.

Outre les cours prénatals en piscine, un autre type d'activité alternative, comme celui d'un programme de conditionnement physique en gymnase, est offert aux femmes qui veulent vivre leur grossesse en forme. En effet des projets de collaboration entre les responsables de Péri-SMI de certains CLSC et des coordonnateurs de Kino-Québec ont permis la réalisation de ce genre de programmes (CLSC St-Jérôme, Ste-Thérèse et Lamater).

D'autres formules d'activités éducatives et informatives sont aussi offertes aux femmes enceintes, afin de répondre à leurs attentes, et ce, plus particulièrement dans la sous-région des Laurentides. Elles peuvent prendre, entre autres, la forme de soirées thématiques complémentaires aux cours prénatals. Ces soirées visent notamment à rendre disponible l'information, à caractère plus scientifique, sur différents sujets (allaitement, sexualité et planning, accouchement par césarienne, etc.).

Cette formule permet, entre autres, d'axer davantage les cours prénatals sur le partage du vécu des participants et participantes, et à la préparation à l'accouchement. Les soirées thématiques rejoignent prioritairement les couples qui attendent un enfant, mais on est par ailleurs ouvert à permettre à la population en général, intéressée par les sujets, à assister à ces séances d'information. Ce type d'expérience existe présentement aux CLSC Trois-Vallées, St-Jérôme et Lamater.

Tableau 2.3

Organisation des cours prénatals en piscine selon certaines caractéristiques, selon les municipalités qui offrent ces cours et les autres dispensateurs, sous-région, 1983-1984

	MUNICIPALITES								
	SOUS-REGION LAURENTIDES						SOUS-REGION DE LANAUDIERE		
	ST-JEROME (Service des loisirs)	STE-AGATHE (Service des loisirs)	ST-EUSTACHE (Service des loisirs)	ST-EUSTACHE (Centre sportif privé Mathers)	LACHUTE (Service des loisirs)	STE-THERESE (Cégep)	JOLIETTE (Service des loisirs)	ST-JACQUES (Ecole privé)	ST-LOUIS DE TERREBONNE (Service des loisirs)
Fonction du responsable du cours	Educateur physique	Instructeur en natation	Instructeur en natation	Infirmière	Infirmière	Physiothérapeute	Infirmière	Moniteur de la Croix-Rouge	Educateur physique
Nombre de cours/session (1 heure/semaine)	15	10	10	10	10	12	10	8	10
Coût/session	25 $	20 $	30 $	65 $	10 $	60 $	40 $	35 $	20 $
Nombre de femmes rejointes [2]	180	50	100 [3]	205 [3]	ND	160 [4]	75 [3]	12 [5]	60

ND Donnée non disponible.

(1) La responsable du cours au Cégep offre aussi ses services, lorsque la demande est suffisante, par le biais du service de loisirs de la municipalité.

(2) Ces chiffres sont des approximations du nombre de femmes rejointes pour l'année 1983-1984.

(3) Ce chiffre correspond au nombre approximatif de femmes rejointes par les cours prénatals et postnatals en piscine pour l'année 1983-1984.

(4) Ce nombre représente les femmes qui ont complété la session. La période couverte s'étend de septembre 1983 à août 1984.

(5) Le service existe depuis 1983 à St-Jacques.

Sources:
- Responsables de Kino-Québec de la sous-région des Laurentides.
- Responsable des cours dans la municipalité de Ste-Thérèse.
- Coordonnateurs du service de loisirs des municipalités de Joliette, St-Jacques et St-Louis de Terrebonne.

2.1.4 L'étalement à la période scolaire de l'information habituellement donnée aux cours prénatals

Corollairement à l'item précédent, il y aurait sûrement lieu, selon certains, de répartir l'information habituellement donnée aux cours prénatals sur une plus grande période de sorte que la femme et l'homme aient reçu l'information avant de vivre une première grossesse. Selon une étude américaine (Johnson et al., 1982) un programme d'informations variées, adapté à l'âge et aux intérêts de l'enfant, étendu sur toute la période de scolarité, aurait sûrement un impact au niveau des connaissances de la population en ce qui concerne la périnatalité (8).

2.1.5 Les deux niveaux privilégiés d'intervention

En terminant, nous aimerions souligner qu'il existe deux niveaux d'intervention en ce qui a trait à l'information préventive.

Un premier niveau touche l'information de masse: jusqu'à aujourd'hui, c'est le principal niveau sur lequel nous avons travaillé aux cours prénatals. L'information est rendue accessible et donnée à qui veut bien s'en prévaloir. Elle a l'intérêt de contribuer à renforcer les comportements chez les individus déjà sensibilisés à l'importance de bonnes habitudes de vie et de l'allaitement maternel. Madeleine Blanchet et Madeleine Levasseur (1980) disent à ce sujet que: "Les cours prénatals ne semblent pas influencer de façon significative les habitudes de vie et l'allaitement maternel" (9). L'analyse d'André Roy et al. (1980) nous permet, d'autre part, de nuancer davantage l'affirmation précédente en ce qui concerne le lien significatif (à tout le moins sur le plan statistique) qui existerait entre la participation aux cours prénatals et le choix de l'allaitement maternel:

> "La participation aux cours étant affectée par les mêmes variables que l'allaitement, à savoir l'âge, la scolarité, la parité, etc... il est difficile de départager l'influence spécifique des cours sur la décision d'allaiter ou non." (10)

Un deuxième niveau d'intervention touche les groupes qui ne ressentent pas ce besoin d'information et qui souvent sont les groupes présentant le plus de risques. Nous essayons donc ici de répondre à un besoin non-ressenti par cette population-cible mais identifié par les professionnels. Cette partie de la clientèle est certes moins nombreuse, mais les risques liés à la santé qu'elle présente sont beaucoup plus élevés. On retrouve dans ces groupes: les adolescentes, les femmes seules, celles qui sont moins scolarisées, les multipares, les femmes à la maison, les femmes vivant dans des conditions socio-économiques défavorisées, les femmes devant subir une césarienne et les femmes présentant des problèmes de santé importants (saignement durant la grossesse, fatigue, toxémie, etc.).

Relativement à la manière de rejoindre les groupes à risque ou plus vulnérables, Catherine Martin et al. (1984) propose un défi intéressant, c.-à-d.: "... de développer une éducation dont la philosophie et la méthode en feraient une éducation en milieux populaires..."(11). A la lumière de ce propos, il nous apparaît fondamental que notre intervention d'éducation devrait toujours tenir compte du système de valeurs des différents groupes sociaux composant notre société, sans cesse en mutation, et par voie d'extension du contexte social et économique dans lequel s'exerce leurs choix face à la santé.

Nous aurons donc à bien identifier , dans nos interventions, avec quelle population nous voulons travailler: l'ensemble de la population ou les groupes à risque? Nous ne devrons pas abandonner un groupe ou l'autre, mais selon les priorités choisies, l'organisation de nos services devrait en tenir compte.

2.2 LE DEPISTAGE ET L'ENREGISTREMENT DES FEMMES ENCEINTES, PARTICULIEREMENT LES GROSSESSES A RISQUE ELEVE

Un deuxième type de responsabilité délégué aux DSC, dans le cadre de la politique de périnatalité du MAS, est le dépistage et l'enregistrement des femmes enceintes et plus particulièrement les grossesses considérées à risque élevé. Nous appuyons toujours aujourd'hui de qu'André Roy et al. (1983) avait écrit relativement à la réalisation de ce mandat: "Nous ne croyons pas nous tromper en affirmant que le deuxième mandat, à savoir le dépistage et l'enregistrement des femmes enceintes, n'a pas encore été réalisé, du moins à ce jour."(12). De plus, il ajoutait que la réalisation de ce mandat tenait à une étroite

collaboration et une véritable concertation* entre les différents intervenants impliqués dans le suivi en période prénatale. Bien que non systématisé, et non généralisé, certains lieux stratégiques associés à l'avènement d'une grossesse peuvent constituer des portes d'entrée dans le but d'échafauder un programme structuré et efficace de dépistage, soit: les cours prénatals, le cabinet du médecin ou encore les services de consultation diététique.

2.2.1 Lors des cours prénatals

L'enregistrement des femmes se fait uniquement lorsqu'elles décident de s'inscrire aux cours prénatals. Comme nous l'avons vu précédemment, on tente de plus en plus de rejoindre les femmes à 12-16 semaines de grossesse. Cette situation - même si elle n'est pas généralisée dans notre région - permet de reconnaître en début de grossesse des problèmes susceptibles de compliquer le déroulement normal de la grossesse. Mais le contenu des formulaires d'inscription aux cours donnent très peu d'informations sur les risques encourus lors d'une grossesse et, par ailleurs, l'on sait maintenant que les cours n'atteignent pas les groupes présentant le plus de risques.

2.2.2 En cabinet privé

Le médecin, en cabinet privé, se trouve généralement le premier intervenant à entrer en contact avec la femme enceinte. On peut aisément dire aujourd'hui que 100,0 % des femmes se font suivre durant la grossesse. Déjà en 1973, 95,5 % des femmes enceintes avaient effectué quatre visites ou plus chez leur médecin au cours de leur grossesse. En 1979, "...selon la Régie de l'assurance-maladie, le nombre moyen de consultations prénatales se situait entre sept et neuf consultations par femme ayant accouché au cours de l'année." (Blanchet et Levasseur, 1980)(14).

---

* Selon Lionel Ouellet (1981), la concertation est un phénomène de management conjoint où les participants à celle-ci sont en relation multilatérale, égalitaire, volontaire, et non pas hiérarchique. Elle suppose, chez les intervenants, le pouvoir de s'engager séance tenante à l'égard des autres partenaires et la capacité de garantir une suite immédiate aux décisions prises d'un commun accord. Elle porte sur des enjeux précis, sur des questions relativement délimitées, à résoudre à court terme.(13)

Le médecin assurant le suivi médical en prénatal (contrôle de poids, de la tension artérielle, évolution de la hauteur utérine, etc.), agit préventivement. Un dossier prénatal et obstétrical* existe au Québec depuis quelques années. Le contenu de ce dossier est, entre autres choses, un outil qui permet au médecin d'identifier une grossesse qui serait à risque.

2.2.3 Une collaboration à améliorer entre les intervenants des secteurs publics et privés

Comme le disait Madeleine Blanchet et Madeleine Levasseur (1980):

> "... un rapprochement s'avère indispensable entre les médecins qui assument la surveillance prénatale et les chargés de cours prénatals. Il est facile pour le médecin qui voit la très grande majorité de ses clientes au début de leur grossesse de les adresser aux cours prénatals."(15)

Ceci nous permettrait d'identifier toutes les grossesses et en particulier les grossesses dites à risque. Puisque cette clientèle vient le plus souvent des milieux plus défavorisés, il n'est cependant pas suffisant d'obtenir les références des médecins. A cet effet, Catherine Martin et al. (1984) disait:

> "En effet, si l'on ne change pas au préalable nos méthodes d'approches et nos conceptions envers le message sanitaire à transmettre, les milieux populaires continueront de bouder nos interventions parce qu'ils s'y sentiront étrangers."(16)

Donc, si nous voulons vraiment rejoindre cette population, nous devrons trouver de nouveaux moyens d'interventions intégrés à leur mode de vie et répondant à leurs préoccupations les plus fondamentales.

Si l'on veut adopter une approche globale en périnatalité, nous devons, entre autres choses, considérer tout autant les conditions de vie et le contexte dans lequel une femme enceinte vit sa grossesse que les changements physiologiques qui s'opèrent en elle (De Koninck et Pettigrew, 1984)(17). Les saines habitudes de vie suggérées aux femmes enceintes (absence de tabac, bonne alimentation, exercices physiques, etc.) demandent un contexte favorable pour leur mise en pratique, ce que toutes les femmes enceintes n'ont pas nécessairement. A celles qui sont moins bien nanties, il faut donc savoir leur offrir et leur assurer plus que de l'information.

---

* Nous ne sommes pas en mesure de dire si ce dossier (reproduit à l'annexe III) est utilisé par tous les médecins dans notre région, et ce, de façon uniforme.

Les intervenants en prévention fonctionnent en parallèle avec la pratique médicale. Nous voulons, ici, dire que de part et d'autre, on interprète ses propres critères de risque sans qu'il n'y ait jamais eu de travail commun afin d'intégrer les deux approches pour assurer un meilleur suivi à la population. Une collaboration est donc des plus souhaitable, afin que l'on s'entende sur l'identification de critères de risque communs en cours de grossesse et que l'on développe une complémentarité d'action.

2.2.4 Les facteurs de risque sur le plan nutritionnel en cours de grossesse

Un aspect des risques en cours de grossesse qui ne fait pas l'unanimité est la question des risques sur le plan nutritionnel. Cette question est pourtant suffisamment importante pour qu'un Comité consultatif fédéral-provincial de la promotion de la santé produise un rapport (1983) intitulé "Programme quinquennal fédéral-provincial d'éducation en matière de nutrition à l'intention des femmes enceintes." Le rapport insiste, entre autres, sur le point suivant:

> "Il importe de repérer les femmes enceintes dont l'état nutritionnel présente un risque* si l'on veut amorcer une intervention efficace. Plus les facteurs de risques sont dépistés tôt durant la grossesse, meilleures sont les chances, grâce à une intervention opportune, d'en prévenir les effets nocifs."(18)

Ces effets nocifs le sont autant pour la mère que pour l'enfant. Les femmes dont la grossesse présente un risque sur le plan nutritionnel souffrent souvent d'hypertension, de pré-éclampsie ou de toxémie, d'accouchement avant terme et de carence nutritive. Les anomalies congénitales, la mortinatalité et le faible poids à la naissance (<2500 g) sont plus fréquents chez les bébés de mères mal nourries(19).

On reconnaît de plus en plus l'alimentation maternelle durant la grossesse, comme facteur déterminant sur l'incidence des bébés de faible poids à la naissance. C'est d'ailleurs en ce sens que le rapport d'André Roy et al. (1983) suggérait une recommandation relative à la prévention des bébés de petit poids. Il s'agissait de l'évaluation des coûts d'application d'un programme de supplément alimentaire (incluant fer et acide folique) semblable à celui du Dispensaire diététique de Montréal(20).

---

* Ajout par nous.
Vous trouverez la liste de facteurs de risque sur le plan nutritionnel, tirée du rapport dont il est question, reproduit à l'annexe IV.

Ce programme - appelé Méthode Higgins d'intervention en nutrition prénatale - donne des résultats éloquents lorsque la femme enceinte bénéficie de 21 semaines et plus de ce type de suivi: on atteint alors une incidence de bébés de petit poids de 4,4 % (Mc Carthy, 1983)(21). Nous aurions beaucoup à apprendre du Dispensaire diététique de Montréal, puisqu'en plus d'obtenir un taux de bébés de poids insuffisant à la naissance inférieur à la moyenne provinciale, ils ont identifié des moyens efficaces pour rejoindre une population dite *défavorisée*.

Enfin, soulignons que: "... la consultation auprès des femmes enceintes à risque demande une formation spécialisée dont très peu de diététistes disposent actuellement dans la province." (Bastien et Langevin-Demers, 1982)(22). Cette formation spécialisée est offerte périodiquement à chaque année par le Dispensaire diététique de Montréal et est accessible autant aux infirmières et médecins, qu'aux diététistes.

2.2.4.1 Les services de consultation en diététique

a) Dans le secteur public

Le tableau 2.4 nous donne un résumé du nombre d'effectifs oeuvrant en diététique, en milieu hospitalier, dans un service de consultation externe, ainsi que le nombre de jours par semaine consacrés à ce service. Ce tableau nous permet de constater que les ressources sont peu nombreuses et que peu de temps est investi dans ce type de service.

Tableau 2.4

Distribution du nombre de diététistes et du nombre de jours par semaine alloués au service de consultation externe en diététique, selon le CH, sous-région, 1983-1984

	SOUS-REGION LAURENTIDES					SOUS-REGION DE LANAUDIERE	
CH / Nombre de diététistes et jours/semaine	ARGENTEUIL	LAURENTIEN	MONT-SINAI	ST-EUSTACHE	HOTEL-DIEU DE ST-JEROME	CHRDL	LE GARDEUR
Nombre de diététistes	1	-	1	-	1	1	-
jours/semaine	3	-	0,35	-	5	5	-

Sources:
- Direction des services hospitaliers du CH d'Argenteuil, Données officielles pour l'année financière 1983-1984.
- Direction des services professionnels des CH Laurentien, St-Eustache et de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, Données officielles pour l'année financière 1983-1984.
- Diététiste du Centre hospitalier de soins prolongés du Mont-Sinaï.
- Responsables en diététique du CHRDL et du CH Le Gardeur.

En termes d'effectifs réels, la sous-région des Laurentides serait, d'après les données obtenues, un peu plus pourvue que la sous-région De Lanaudière.

D'autre part, certains CLSC possèdent aussi du personnel en diététique. En effet, dans notre région, il y a une professionnelle en diététique à temps partiel au CLSC de Ste-Thérèse dans la sous-région des Laurentides. Le CLSC Lamater, dans la sous-région De Lanaudière, possède aussi ce type de ressource. Tout compte fait, il n'y a que la ressource du CLSC Lamater qui soit disponible au suivi en cours de grossesse, puisque celle du CLSC Ste-Thérèse ne fait aucune consultation individuelle et, de plus, cette dernière travaille surtout avec une clientèle d'âge scolaire.

b) Dans le secteur privé

D'autres ressources en diététique, susceptibles de recevoir des femmes enceintes ayant besoin d'un suivi sur le plan nutritionnel, existent aussi dans le secteur privé. Nous en avons recensé quelques-unes dans notre inventaire. Elles se situent dans les secteurs de Lachute, Ste-Agathe, St-Eustache, Ste-Thérèse et St-Jérôme, pour la sous-région des Laurentides et à Joliette, Repentigny, St-Félix de Valois et Crabtree pour la sous-région De Lanaudière. Les services privés d'une diététiste dans ce secteur coûtait environ 30 $ de l'heure en 1983-1984. En raison de ce tarif, il est donc difficile pour bon nombre de gens de bénéficier du service de ces ressources professionnelles.

c) L'achalandage des services de consultation externe de diététique et les motifs de référence

Dans notre investigation sur les services diététiques, nous avons voulu connaître d'une part, si les services de consultation externe de diététique des hôpitaux de notre région étaient achalandés au niveau des suivis en cours de grossesse, et d'autre part, les motifs les plus fréquents pour lesquels les médecins y réfèrent une cliente. Pour ce faire, nos principaux interlocuteurs ont été des diététistes des DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme et du CHRDL.

Il semble que dans chacune des sous-régions, un petit nombre de femmes enceintes - 5 à 10 annuellement - soient référées au service en question. Les raisons motivant les références sont cependant différentes d'une sous-région à l'autre. Dans la sous-région des Laurentides, les médecins réfèrent en général pour faire perdre du poids à leurs clientes. Dans la sous-région De Lanaudière, les principales raisons de consultation sont: un diabète gestationnel, des vomissements incoercibles, un retard de croissance intra-utérin.

Ceci nous amène à nous demander si ces services ne seraient pas sous-utilisés. Cela, compte tenu d'une part, du taux de naissances vivantes de poids insuffisants (<2500 g) dans notre région et, d'autre part, des différents motifs évoqués - qui nous semblent restreints* - pour lesquels on considère nécessaire un suivi diététique en cours de grossesse.

2.3 CREATION D'UN COMITE REGIONAL** EN PERINATALITE

Un des quatres mandats confiés au DSC, suggéré par le MAS, mais qui n'était pas préciser comme tel dans sa politique de périnatalité, était la création d'un comité régional en périnatalité. Bien sûr, dans cette section nous discuterons de l'existence de tel comité dans chacune de nos sous-régions et du pourquoi de leurs dissolutions, mais aussi de bien d'autres sujets qui sont en quelque sorte connexes.

Il s'agit en fait de la constitution de comités locaux en périnatalité, des services des départements d'obstétrique, post-partum et de pouponnière des CH de notre région, ainsi que de statistiques relatives à ces services (distribution des accouchements selon le genre - vaginal, abdominal -, du type d'allaitement - maternel, biberon -, etc.).

Mais d'abord et avant tout, il est pertinent de s'arrêter sur les deux questions suivantes: quelle est la situation en termes de régionalisation des services en obstétrique dans notre région?, et quelle est la distribution de certaines ressources médicales (omnipraticiens-accoucheurs, obstétriciens, gynécologues, pédiatres, anesthésistes) et ressources psychosociales (travailleurs sociaux)?

2.3.1 La régionalisation des services en obstétrique

C'est en 1974, suite à la parution de sa politique de périnatalité, que le MAS proposait son projet de regroupement des services en obstétrique. La régionalisation et le réaménagement du réseau des services d'obstétrique constituaient les prérequis à la mise en oeuvre de sa politique. Le regroupement des unités d'obstétrique devait accompagner la mise sur

---

* L'annexe IV décrit les risques nutritionnels en cours de grossesse et spécifie les motifs d'une référence - systématique et éventuelle - en diétothérapie. Cette annexe est en fait une copie d'un dépliant informatif, distribué au public dans la région administrative 09 (Côte Nord).

** Ici, régional se rapporte au territoire desservi par un DSC. Cela ne réfère pas au découpage par région socio-sanitaire.

pied d'unités périnatales ultraspécialisées et de centres régionaux intermédiaires vers les quels seraient acheminées les grossesses à risque élevé et les nouveaux-nés ayant besoin de soins intensifs.

En l'occurrence, dans la région L-L "... les accouchementa à risque élevé et les nouveaux-nés nécessitant des soins intensifs néo-natals devront être dirigés vers les centres de périnatalogie de Montréal." (MAS, 1974)(23). Les centres régionaux intermédiaires désignés pour recevoir les grossesses à risque modéré sont l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme et le CHRDL. Les CH devant accueillir les grossesses à risque minimum sont: Argenteuil, Laurentien, St-Eustache pour la sous-région des Laurentides et celui de Le Gardeur pour la sous-région De Lanaudière.

Le projet du MAS prévoyait regrouper à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme les services des hôpitaux d'Argenteuil et Laurentien (MAS, 1974)(24). A l'heure actuelle, les départements d'obstétrique, post-partum et pouponnière du CH d'Argenteuil sont fermés depuis peu, c.-à-d. depuis le mois de juin 1984. Par contre, les services du CH Laurentien sont toujours existants.

Par ailleurs, selon nos informations, les deux CH désignés pour recevoir les grossesses à risque modéré dans notre région transfèrent très peu de grossesses dites à risque élevé à Montréal. Précisons que le CHRDL possède une clinique de grossesses à risques élevés".

2.3.1.1 Le choix du lieu d'accouchement

Si on examine de plus près les tableaux 2.5 et 2.6, on se rend vite compte que le choix du lieu d'accouchement est beaucoup plus fonction du mouvement naturel des populations, c.-à-d. suivant l'axe nord-sud, que d'une politique de régionalisation des services en obstétrique.

a) Dans la sous-région des Laurentides

Le tableau 2.5 nous montre qu'en 1981, les CH de cette sous-région drainaient plus de 50,0 % des accouchements de femmes résidentes des secteurs de CLSC correspondants. La plus grande rétention est réalisée dans le secteur de St-Jérôme (Hôtel-Dieu de St-Jérôme, 85,3 %) et dans celui de Ste-Agathe (CH Laurentien, 79,2 %). Les secteurs de CLSC de la frange

---

* C'est à compter de 30 à 32 semaines de gestation qu'une grossesse dite à risque élevé est suivi à la clinique du CHRDL. S'il n'y a pas de risque prévu à l'accouchement, il se déroulera au CHRDL.

suburbaine de Montréal, soit ceux de St-Eustache et de Ste-Thérèse voient respectivement 40,2 % et 61,3 % de leurs résidentes choisir un CH situé à l'extérieur de la sous-région des Laurentides.

Tableau 2.5

Distribution des accouchements selon le lieu de l'accouchement, par territoire de CLSC, sous-région Laurentides, en valeurs absolues et relatives, 1981[1]

TERRITOIRE / CH		ARGENTEUIL	LAURENTIEN	HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME	ST-EUSTACHE	CITÉ DE LA SANTÉ	AUTRE	TOTAL
ST-EUSTACHE	N	2	1	13	224	50	113	405
	%	0,5	0,3	3,2	55,3	12,3	27,9	100,0
STE-THÉRÈSE	N	1	-	94	20	97	85	297
	%	0,3	-	31,6	6,7	32,7	28,6	100,0
ST-JÉRÔME	N	2	3	318	15	6	29	373
	%	0,5	0,8	85,3	4,0	1,6	7,8	100,0
STE-AGATHE	N	1	183	39	-	-	8	231
	%	0,4	79,2	16,9	-	-	3,5	100,0
LACHUTE	N	69	-	33	1	3	23	129
	%	53,5	-	25,6	0,8	2,3	17,8	100,0
TOTAL	N	75	187	497	260	156	258	1 435
	%	5,2	13,0	34,6	18,3	10,9	18,0	100,0

(1) Période d'analyse octobre 1980 à avril 1981, Données non-publiées.

Source:
Roy, A. et al., "Les soins prénatals, analyse critique et prospective", DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, janvier 1983.

b) Dans la sous-région De Lanaudière

N'ayant pas d'étude similaire à celle de la sous-région des Laurentides pour la même année, nous disposons toutefois de données quelque peu différentes. Le tableau 2.6 représente le nombre de cas d'hospitalisation relatifs à la grossesse et à l'accouchement, selon le lieu d'hospitalisation et le terriboire de CLSC (découpage MRC) pour l'année financière 1982-1983. Nous assumons ici que les femmes ont recours aux mêmes ressources pour tout ce qui concerne leurs grossesses et leurs accouchements. Les hospitalisations sauf dans un cas d'urgence où l'on ne choisit pas l'hôpital) ont lieu à l'hôpital où est attaché son propre médecin.

Les données du tableau 2.6 nous démontre quasi la même situation que dans la sous-région des Laurentides. En effet, on constate aussi une attraction des résidents de la frange suburbaine de Montréal (MRC des Moulins, 88,0 % et de l'Assomption, 36,0 %) vers des CH à l'extérieur de la sous-région De Lanaudière. Les résidentes du territoire du CLSC de Montcalm, dans une proportion de 47,0 %, se dirigent aussi à l'extérieur de cette sous-région.

Les résidentes des territoires de CLSC de Joliette (95,0 %) et de l'Assomption (62,0 %) sont hospitalisées en cours de grossesse ou à l'accouchement dans le CH avoisinant soit le CHRDL et le CH Le Gardeur. Soulignons que le CHRDL reçoit des proportions importantes des résidentes des territoires de CLSC de Matawinie (85,0 %), d'Autray (66,0 %) et de Montcalm (47,0 %).

Tableau 2.6

Nombre de cas d'hospitalisation relatifs à la grossesse et à l'accouchement, selon le lieu d'hospitalisation, par territoire de CLSC (découpage MRC), sous-région De Lanaudière, en valeurs absolues et relatives, 01-04-1982 au 31-03-1983

TERRITOIRE \ CH		CHRDL	LE GARDEUR	HORS TERRITOIRE	TOTAL	CITÉ DE LA SANTÉ	HOTEL DIEU DE ST-JÉRÔME	MONTRÉAL MÉTRO	CONTOIS	STE-MARIE DE TROIS-RIVIÈRES
D'AUTRAY	N	335	77	99	511	2	-	34	59	4
	%	66,0	15,0	19,0	100,0					
DES MOULINS	N	-	133	1 000	1 133	540	21	499	-	-
	%		12,0	88,0	100,0					
JOLIETTE	N	715	3	38	756	2	-	33	-	3
	%	95,0	0,4	5,0	100,0					
L'ASSOMPTION	N	26	757	439	1 222	26	1	412	-	-
	%	2,0	62,0	36,0	100,0					
MATAWINIE	N	391	4	67	462	13	7	44		3
	%	85,0	1,0	14,0	100,0					
MONTCALM	N	253	24	252	429	39	95	63	-	2
	%	47,0	5,0	47,0	100,0					
TOTAL	N	1 670	998	1 845	4 513	622	124	1 528	59	12
	%	37,0	22,0	41,0	100,0					

Source:
Ministère des Affaires sociales, Registre de la population, 01-04-1982 au 31-03-1983.

Relevons en terminant que les CH désignés comme centres régionaux intermédiaires, en l'occurrence l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme et le CHRDL attirent respectivement 34,6 % et 37,0 % de la clientèle de leur sous-région respective.

2.3.2 La distribution de certaines ressources médicales et psychosociales dans les CH.

La politique de regroupement des services en obstétrique - comme d'autres politiques ministérielles, tels les règlements de la Loi 27, la désignation de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme comme centre régional de traumatologie - amène une croissance plus grande de certains CH dans une région donnée par rapport aux autres hôpitaux de cette même région. L'importance des effectifs professionnels et matériels assignés à un CH, il va sans dire, n'est pas étrangère à ces politiques.

Dans le cadre de notre travail, nous avons cherché à connaître quelle était l'ampleur des disparités d'allocation de ressources médicales et psychosociales entre les CH de la région. Le tableau 2.7 nous rapporte la distribution de certaines ressources professionnelles, pertinentes à la présente problématique, en rapport avec le nombre de lits par spécialité et le nombre d'accouchements par hôpital, pour l'année financière 1983-1984.

Des différences sont notables entre les deux sous-régions en ce qui concerne le nombre d'omnipraticiens accoucheurs (76 dans Laurentides, 50 dans De Lanaudière), celui des pédiatres-consultants ou membres-conseils (6 dans Laurentides, 1 dans De Lanaudière) et celui des anesthésistes membres-conseils (1 dans Laurentides, 10 dans De Lanaudière). Entre les deux CH les plus importants dans chacune des sous-régions, soit l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme et le CHRDL, c'est seulement le nombre des anesthésistes membres-conseils qui est passablement différent (1 dans Laurentides, 8 dans De Lanaudière).

Toutefois, si l'on examine le rapport du nombre de ressources professionnelles et le nombre total d'accouchements, on se rend compte qu'il y a entre des CH d'une même sous-région des disproportions. Nous soulignerons ici, celles qui prévalent entre l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme et le CH St-Eustache, de même qu'entre le CHRDL et le CH Le Gardeur.

A l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, pour un nombre total d'accouchements (1450) environ deux fois plus grand qu'au CH St-Eustache (670) nous retrouvons: trois fois plus de gynécologues affiliés au CH (3/1), cinq fois plus de pédiatres affiliés au CH (5/1) et cinq fois plus d'anesthésistes affiliés au CH (5/1). Soulignons de plus, qu'il existe 25 lits de pédiatrie à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme comparativement à l'absence de lit au CH St-Eustache.

Tableau 2.7

Distribution de certaines ressources médicales et psychosociales, du nombre total de lits de courte durée, en gynéco obstétrique et en pédiatrie, et du nombre d'accouchements, selon le CH, sous-région, région L-L, 1983-1984

Ressource médicale et psychosociale / CH	SOUS-REGION LAURENTIDES					SOUS REGION DE LANAUDIERE			REGION L-L
	ARGENTEUIL	LAURENTIEN	ST-EUSTACHE	HOTEL-DIEU DE ST-JEROME	SOUS-TOTAL	CHRDL	LE GARDEUR	SOUS-TOTAL	TOTAL
Ressources médicales:									
Omnipraticiens (accoucheurs)	4	20	19	33	76	35	15	50	126
Obstétriciens	-	-	1	1	2		-	-	2
Gynécologues:									
- Affiliés au CH	-	-	1	3	4	4	2	6	10
- Consultants (1)	-	2	-	-	2	-	2	2	4
Pédiatres:									
Affiliés au CH	-	-	-	5	5	5	1	6	11
- Consultants ou membres-conseils (2)	-	1	3	2	6	-	1	1	7
Anesthésistes:									
Affiliés au CH	1	2	1	5	9	4	4	8	17
Membres-conseils (3)	-	-	-	1	1	8	2	10	11
Ressources psychosociales:									
Travailleurs sociaux en soins généraux	1	1	1	2	5	3 (4)	3	6	11
Nombre de lits:									
Total des lits de courte durée:	67	63	100	304	534	304	76	380	914
- Lits en gynéco obstétrique	3	12	18	41	74	29	38	67	141
Lits en pédiatrie		2	-	25	27	35	-	35	62
Nombre d'accouchements	147	354	670	1 450	2 621	1 360	1 068	2 428	5 049

(1) Il y a respectivement deux gynécologues-consultants qui assurent la consultation, à tour de rôle, une journée par mois au CH Laurentien et Le Gardeur.
(2) - Au CH Laurentien, un pédiatre-consultant visite, une fois par semaine, les nouveaux-nés à la pouponnière et les enfants hospitalisés.
- Au CH St-Eustache, trois pédiatres-consultants se relèguent pour garantir une tournée des nouveaux-nés (7 jours/semaine) et faire de la consultation (1 journée/semaine).
- A l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, deux pédiatres sont membres-conseils strictement aux fins d'électroencéphalogrammes.
- Au CH Le Gardeur, un pédiatre-consultant assure le service 3.5 jours par semaine.
(3) Ces anesthésistes, membres-conseils, s'ajoutent selon les besoins pour répondre à la demande.
(4) Un travailleur social du CHRDL est spécifiquement attitré aux départements de gynéco-obstétrique, de pédiatrie, d'urgence et de clinique externe.

Sources:
- Direction des services hospitaliers du CH d'Argenteuil, Données officielles pour l'année financière 1983-1984.
- Direction des services professionnels des CH Laurentien, St-Eustache, de l'Hôtel Dieu de St-Jérôme, du CHRDL et du CH Le Gardeur, Données officielles pour l'année financière 1983-1984.

Au CHRDL avec un nombre total d'accouchements (1360) relativement similaire à celui du CH Le Gardeur (1068) nous constatons: deux fois plus d'omnipraticiens accoucheurs (35/15), cinq fois plus de pédiatres affiliés au CH (5/1), quatre fois plus d'anesthésistes membres-conseils (8/2). Par ailleurs, le CHRDL a 35 lits en pédiatrie contre aucun au CH Le Gardeur.

Les plus grandes disproportions, dans les deux cas que nous avons choisis, se retrouvent donc au sujet des ressources en pédiatrie (nombre de pédiatres et de lits) et en anesthésie.

Idéalement, des ratios, population/spécialistes, nous auraient permis d'analyser plus adéquatement les disparités d'allocation de ressources médicales. Malheureusement, faute de données, nous ne pouvons aller plus loin dans notre exercice de comparaison.

Sans vouloir *changer le système*, il nous semble toutefois inéquitable, par exemple, que le CH de St-Eustache n'ait aucun lit de pédiatrie, ni de pédiatre affilié au CH tandis que l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme a 25 lits de pédiatrie et 5 pédiatres affiliés au CH et cela pour environ deux fois moins d'accouchements par année.

Nous comprenons qu'il existe une facilité d'accès aux hôpitaux du Montréal Métropolitain. Cependant, en est-il de même pour les parents résidents de la MRC des Deux-Montagnes ou de celle d'Argenteuil qui (compte tenu du mouvement naturel de la population Nord-Sud) doivent hospitaliser leurs enfants à plusieurs kilomètres de leur lieu de résidence et qui, par conséquent, sont moins accessibles à leurs enfants durant la durée de l'hospitalisation? Sachant que l'hospitalisation peut être parfois très perturbante pour l'enfant, cette situation nous laisse quelque peu songeurs. Ceci n'était qu'un exemple, nous aurions pu discuter de la disponibilité des anesthésistes afin qu'une femme obtienne l'anesthésie qu'elle désire, peu importe son lieu d'accouchement.

En terminant, nous aimerions dire que les principes qui régissent la distribution des ressources humaines ou matérielles par CH sont beaucoup plus fonction d'une rationnelle administrative que des besoins de la population.

2.3.3 Un comité consultatif régional en périnatalité

Les DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme et du CHRDL ont mis sur pied un comité consultatif en périnatalité dans leur sous-région respective, à compter de 1977. Ces comités étaient formés de médecins et d'infirmières. Tout en voyant à l'implantation de la politique de périnatalité du MAS, ces comités se sont donnés les objectifs suivants:

- déterminer les priorités en périnatalité
- l'élaboration d'un programme en périnatalité
- voir à la mise en application de ce programme dans chacune de leur sous-région.

Ces deux comités eurent une existence relativement limitée. Comme André Roy (1983) le signalait: "L'imprécision des mandats des participants ainsi que leur représentativité sont sans aucun doute des raisons qui limitent la viabilité de tels comités."(24). Par ailleurs, les DSC n'ayant aucune autorité sur les organismes représentés à ces comités, la régionalisation des services dépendait de la bonne volonté des institutions à évaluer leurs services et à procéder aux changements souhaités. Dans la sous-région des Laurentides comme dans celle De Lanaudière, chaque institution représentée tenait à sauvegarder son autonomie, ses prérogatives et ses caractéristiques organisationnelles.

Tout compte fait, le constat issu de cette expérience nous incite à dire que, nous ne croyons pas à la nécessité de tenter ni même de reprendre cette forme de comité si celle-ci ne répond pas aux exigences suivantes (Ouellet, 1981)(26):

- Des enjeux précis sur lesquels on a un pouvoir reconnu. Les questions et les problèmes doivent être résolus en autant que faire se peut à court terme.
- Les participants sont en relation multilatérale, égalitaire, volontaire et non pas hiérarchique.
- Les participants doivent avoir le pouvoir de s'engager, séance tenante, à l'égard des autres partenaires.
- La capacité de garantir une suite immédiate aux décisions prises d'un commun accord.

De plus, concernant la question de représentativité, nous croyons qu'un tel comité doit regrouper en plus des infirmières et des médecins, des praticiens sociaux, des représentants d'organismes communautaires. En effet, pour légitimer notre point de vue, nous devons reconnaître que la venue d'un enfant touche

non seulement les aspects biologiques et physiologiques, mais aussi d'autres aspects de la vie que ce soit psychologique, socio-affectif ou socio-économique. Par ailleurs, dans un souci de répondre aux besoins de la population, des femmes et des couples devraient aussi être présents. Sans être une condition sine qua non, cet équilibre de partage nous paraît le plus enrichissant. Peut-être pourrions-nous alors parler de relations égalitaires entre les professionnels et la clientèle.

2.3.4 Les comités locaux en périnatalité

C'est aussi à compter de 1977 que d'autres comités, à caractère local cette fois-ci, ont vu le jour afin d'uniformiser l'information, assurer une continuité de soins et de renforcer les liens existants entre les infirmières oeuvrant en période pré, per et postnatale.

Dans la sous-région des Laurentides, nous parlons de comité nursing périnatal. Des comités se sont constitués à Ste-Agathe, St-Eustache, Lachute et St-Jérôme. Toutefois, seulement le comité de St-Jérôme fonctionne encore aujourd'hui. C'était, par ailleurs, le premier comité à être formé dans la sous-région des Laurentides.

Dans la sous-région De Lanaudière, on trouve un comité d'humanisation des soins en périnatalité au CHRDL. Ce comité a pris forme en 1982 suite aux demandes exprimées par les femmes lors du colloque "Accoucher ou se faire accoucher" qui eut lieu en 1981. Aucune structure de ce genre n'est en place actuellement pour le secteur du CH Le Gardeur.

Voici donc présenté de façon abrégée la composition, les buts et priorités d'actions pour l'année 1983-1984 des deux comités existant dans la région L-L.

2.3.4.1 Le comité nursing périnatal de St-Jérôme

- La composition du comité:

  Cinq infirmières représentant l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, le CLSC, le DSC et le CEGEP de St-Jérôme.

- Les buts du comité:

  . Faciliter la relation parents-enfants

  . Permettre l'amélioration de la qualité et la continuité des soins périnataux.

- Les priorités d'actions:

  . Consolider les liens et les communications déjà existants entre les intervenants

  . Réviser la politique nursing d'allaitement maternel (politique datant de 1978). Afin d'accomplir cette activité de révision, un comité *ad hoc* a été constitué. Il est composé de sept membres permanents et trois temporaires, représentants des milieux hospitaliers et de la santé communautaire.

2.3.4.2 Le comité d'humanisation des soins en périnatalité au CHRDL

- La composition du comité:

  Treize professionnels oeuvrant au CHRDL et au DSC (intervenants médicaux et psychosociaux) et deux femmes d'un regroupement communautaire (le groupe de périnatalité De Lanaudière).

- Les buts du comité:

  . Répondre aux besoins de la population

  . Assurer une continuité de soins entre les services de santé communautaire (périnatalité et santé maternelle et infantile) et le CH.

- Les priorités d'actions:

  . Promouvoir la mise sur pied d'une chambre de naissance

  . Travailler à l'humanisation de l'accouchement par césarienne.

2.3.5 La distribution de certains services en période pernatale dans les CH

Comme nous savons tous, chaque département d'obstétrique, post-partum et pouponnière de chacun des CH de notre région, a le pouvoir reconnu et incontesté d'établir ses propres règlements. Sans vouloir remettre en question ce principe, nous devons admettre que la conception et le modèle organisationnel de ces différents services ne sont pas les mêmes d'un établissement à un autre. Ce n'est plus un secret de polichinelle que d'avouer que des disparités parfois importantes existent lorsqu'on regarde les statistiques relatives aux services dispensés par ces différents hôpitaux. Nous nous permettrons seulement d'en soulever quelques-unes.

2.3.5.1 Des services en obstétrique

a) Certaines caractérisqiques de ces services

A l'aide du tableau 2,8 qui suit, on remarque que la majorité des CH (4/6) de la région offrent l'opportunité aux femmes et aux couples de vivre l'expérience de la naissance dans le cadre d'une chambre de naissance. Pour leur part, les CH Laurentien et l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme ont respectivement deux chambres de naissance, tandis que ceux de St-Eustache et de Le Gardeur offrent chacun le service d'une chambre de naissance.

Nous sommes aussi à même de remarquer que les taux d'occupation diffèrent passablement d'un établissement hospitalier à l'autre. En effet, les chiffres démontrent que le CH Laurentien utilise la chambre de naissance pour 95,0 % de ses accouchements, le CH St-Eustache pour 55,0 %, l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme pour 15,0 % et le CH Le Gardeur pour 3,0 %.

Par ailleurs, dans tous les CH de la région, on accepte la présence d'une autre personne que le conjoint au moment de l'accouchement. Toutefois, lorsque l'accouchement se fait par voie abdominale, ceux-ci adoptent une attitude beaucoup moins permissive.

La présence spécifique du conjoint à la césarienne est possible aux CH Laurentien, St-Eustache de même qu'à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme. L'accord du chirurgien est toutefois requise pour ces trois hôpitaux. De plus, à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme il faut que la césarienne soit prévue d'avance et qu'elle soit faite sous anesthésie régionale pour que l'on permette la présence du conjoint. Au CH de St-Eustache, la condition supplémentaire est que la césarienne s'effectue sous anesthésie régionale. Au CH Laurentien, on accepte la présence du conjoint lors de l'intervention sous anesthésie générale. Soulignons qu'à cet endroit, on ne fait pas de césarienne sous anesthésie régionale.

Enfin, l'opportunité pour les femme d'obtenir une épidurale lors d'un accouchement par voie basse, et ce en tout temps, n'existe qu'au CH d'Argenteuil. Au CH Laurentien et au CH St-Eustache, cette situation est relative au nombre d'anesthésistes disponibles. Par contre, en ce qui concerne l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, le CHRDL et le CH de Le Gardeur, les épidurales se font seulement selon des indications précises.

Tableau 2.8

Distribution de certains services offerts en obstétrique, selon le CH, sous-région, 1983-1984

SERVICE \ CH	SOUS-REGION LAURENTIDES				SOUS-REGION DE LANAUDIERE	
	ARGENTEUIL	LAURENTIEN	ST-EUSTACHE	HOTEL-DIEU DE ST-JEROME	CHRDL	LE GARDEUR
Chambre de naissance:						
- Nombre	-	2[1]	1	2	-[2]	1
- Taux d'occupation	-	95,0 %	55,0 %	15,0 %	-	3,6 %
Acception de la présence d'une personne autre que le conjoint à l'accouchement	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Assistance du conjoint à la césarienne	non	oui	oui	oui	NA[3]	non
- Modalités:						
. césarienne élective	NA	non	non	oui	NA	NA
. anesthésie générale	NA	oui	non	non	NA	NA
. anesthésie régionale	NA	non[4]	oui	oui	NA	NA
. demande faite au chirurgien auparavant	NA	oui	oui	oui	NA	NA
Opportunité pour une femme d'obtenir une épidurale (accouchement par voie basse) en tout temps	oui	non	non	non[5]	non[5]	non[5]

NA Non applicable.

(1) Ce sont deux salles de travail aménagées avec lits borning.

(2) Au CHRDL, le dossier est en cours.

(3) Au CHRDL, aucune position officielle n'a encore été prise.

(4) Au CH Laurentien, la césarienne ne se fait à date que sous anesthésie générale.

(5) A l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, à Le Gardeur et au CHRDL, les épidurales pour un accouchement par voie basse, se font selon des indications médicales précises.

Source:
Infirmière-chef du département d'obstétrique des CH de la région L-L.

b) Quelques statistiques

- Genre d'accouchement

Les tableaux 2.9 et 2.10 qui suivent, nous illustrent l'importance des accouchements par voie vaginale par rapport à ceux faits par césarienne. Les deux sous-régions affichent des taux pratiquement semblables. Dans la sous-régions des Laurentides, 88,9 % des accouchements se font par voie vaginale comparativement à 11,1 % par césarienne. Dans celle De Lanaudière, 87,2 % d'accouchements par voie vaginale par rapport à 12,8 % par césarienne.

Tableau 2.9

Distribution des accouchements selon le genre et le CH, sous-région Laurentides, en valeurs absolues et relatives, 1981(1)

GENRE D'ACCOUCHEMENT / CH	VOIE VAGINALE		CESARIENNE		TOTAL DES ACCOUCHEMENTS	
	N	%	N	%	N	%
LAURENTIEN	149	78,0	42	22,0	191	100,0
HOTEL-DIEU DE ST-JEROME	481	91,1	47	8,9	528	100,0
ARGENTEUIL	80	93,0	6	7,0	86	100,0
ST-EUSTACHE	249	90,9	25	9,1	274	100,0
TOTAL	959	88,9	120	11,1	1 079	100,0

(1) Période d'analyse d'octobre 1980 à avril 1981.

Source:
Roy, A. et al., "Les cours prénatals, analyse critique et prospective", DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, janvier 1983, p. 78.

Tableau 2.10

Distribution des accouchements selon le genre et le CH, sous-région De Lanaudière, en valeurs absolues et relatives, 1982-1983

GENRE D'ACCOUCHEMENT / CH	VOIE VAGINALE		CESARIENNE		TOTAL DES ACCOUCHEMENTS	
	N	%	N	%	N	%
CHRDL	1 127	85,4	192	15,0	1 319	100,0
LE GARDEUR	925	89,5	108	10,5	1 033	100,0
TOTAL	2 052	87,2	300	12,8	2 352	100,0

Sources:
- *Départements d'obstétrique des deux CH de la sous-région De Lanaudière.*
- *Rapports annuels en périnatalité du DSC du CHRDL pour l'année 1982-1983.*

Les deux CH qui se démarquent le plus relativement aux taux de césarienne obtenus sont le CH Laurentien avec 22,0 % et le CHRDL avec 15,0 %.

En tenant compte des données actuellement disponibles, ce n'est que pour la sous-région des Laurentides que nous pouvons connaître l'évolution du taux de césarienne. En effet, l'étude d'André Roy et al (1983) précisait qu'en 1978, le taux pour cette sous-région se situait à 8,2 % (Régie de l'Assurance-maladie du Québec) alors que nous passons à 11,1 % en 1981(27). Ceci indique une augmentation de la pratique de la césarienne ce qui est par ailleurs constatée à travers la province de Québec*.

- Le type d'anesthésie utilisée lors de l'accouchement

Pour l'ensemble de la région L-L, selon les tableaux 2.11 et 2.12, il semble que dans la sous-région des Laurentides il y a davantage d'accouchements sans aucune anesthésie (18,2 %) que dans celle De Lanaudière (10.5 %). L'importance du taux d'anesthésie générale, 9,3 % dans la sous-région des Laurentides et 13,5 % dans celle De Lanaudière, correspond assez bien aux taux respectifs de césariennes, soit 11,1 % et 12,8 %. Les différences étant sans doute dues aux césariennes effectuées sous anesthésie régionale.

Par ailleurs, on note entre les deux sous-régions un écart considérable relativement aux taux d'épidurale. Dans la sous-région des Laurentides, on pratique six fois plus d'épidurales (12,3 %) que dans celle De Lanaudière (2,0 %). L'écart est cependant moins important lorsqu'on compare les taux d'anesthésie locale et de bloc honteux puisque la sous-région De Lanaudière atteint 74,0 % comparativement à 61,2 % dans celle des Laurentides.

Les différents taux enregistrés selon le type d'anesthésie variant parfois considérablement d'un CH à l'autre (par exemple: 23,0 % d'épidurale à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, 81,4 % d'anesthésie locale et de bloc honteux au CH Le Gardeur, 21,2 % d'anesthésie générale au CH Laurentien) peuvent s'expliquer de deux manières. D'une part, par la disponibilité des ressources en anesthésie et d'autre part, par "... l'importance de la pratique médicale et hospitalière dans la compréhension de l'utilisation des anesthésiques en obstétrique." (Roy et al. 1983)(28).

---

* Voir l'annexe VI qui démontre l'évolution du nombre et des taux de certains actes chirurgicaux lors d'accouchement pour l'ensemble du Québec, entre les années 1977 et 1982.

Tableau 2.11

Distribution du type d'anesthésie lors de l'accouchement selon le CH, sous-région Laurentides, en valeurs absolues et relatives, 1981[1]

CH \ TYPE D'ANESTHESIE		AUCUNE	GENERALE	EPIDURALE	LOCALE ET BLOC HONTEUX	TOTAL
LAURENTIEN	N	19	40	-	130	189
	%	10,0	21,2	-	68,8	100,0
HOTEL-DIEU DE ST-JEROME	N	65	28	118	303	514
	%	12,7	5,4	23,0	58,9	100,0
ARGENTEUIL	N	35	8	-	43	86
	%	40,7	9,3	-	50,0	100.0
ST-EUSTACHE	N	63	22	12	170	267
	%	23,6	8,2	4,5	63,7	100,0
TOTAL	N	182	98	130	646	1 056
	%	17,2	9,3	12,3	61,2	100,0

(1) Période d'analyse d'octobre 1980 à avril 1981.

Source:
Roy, A. et al., "Les cours prénatals, analyse critique et prospective", DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, janvier 1983, p. 78.

Tableau 2.12

Distribution du type d'anesthésie lors de l'accouchement selon le CH, sous-région De Lanaudière, en valeurs absolues et relatives, 1983-1984.

CH \ TYPE D'ANESTHESIE		AUCUNE	GENERALE	EPIDURALE[1] ET RACHIDIENNE	LOCALE ET BLOC HONTEUX	TOTAL
CHRDL	N	198	190	40	922	1 350
	%	14,7	14,1	2,9	68,3	100,0
LE GARDEUR	N	56	136	8	874	1 074
	%	5,2	12,7	0,7	81,4	100,0
TOTAL	N	254	326	48	1 796	2 424
	%	10,5	13,5	2,0	74,0	100,0

(1) Les deux CH n'offrent ce service que depuis peu de temps, c.-à-d. depuis l'arrivée de nouveaux anesthésistes.

Source:
Service des archives des CH de la sous-région De Lanaudière.

2.3.5.2 Des services en post-partum

Dans les différents départements post-partum de chacun des CH de notre région, des activités d'enseignement sont organisées et offertes aux femmes comme le démontre le tableau 2.13. Dans tous les CH, on dit offrir un enseignement individualisé à la clientèle, selon les demandes. Seul le CH Le Gardeur ne dispense pas d'enseignement de groupe. L'utilisation de matériel audiovisuel s'avère un complément didactique d'usage courant dans les hôpitaux de la région, sauf pour les CH d'Argenteuil et Laurentien.

Par ailleurs, la possibilité pour le ou les autre(s) enfant(s) de la famille de visiter la mère durant l'hospitalisation est possible dans tous les hôpitaux, à l'exception du CHRDL.

Tableau 2.13

Distribution de certains services offerts en post-partum, selon le CH, sous-région, 1983-1984

	SOUS-RÉGION LAURENTIENNE				SOUS-RÉGION DE LANAUDIÈRE	
SERVICE / CH	ARGENTEUIL	LAURENTIEN	ST-EUSTACHE	HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME	CHRDL	LE GARDEUR
Enseignement postnatal:						
- Individuel	oui	oui	oui	oui	oui	oui
- En groupe	oui (1)	oui (2)	oui	oui	oui (3)	non
- Utilisation de document(s) audiovisuel(s) (4)	non	non	oui	oui	oui	oui
Visite du ou des autre(s) enfant(s) de la famille	oui	oui	oui	oui	non	oui

(1) Au CH d'Argenteuil, il n'y a que trois lits en post-partum qui se situent dans une même chambre. Ainsi, s'il y a trois accouchées, on en profite pour faire un enseignement de groupe.

(2) Au CH Laurentien, des groupes se forment pour les exercices postnatals (démonstration et pratique) avec un physiothérapeute.

(3) Le seul enseignement de groupe offert consiste en une séance d'informations donnée par un des pédiatres, selon sa disponibilité.

(4) Suite au visionnement d'un document audio-visuel, une certaine animation est faite à partir des questions soulevées par la clientèle.

Source:
Infirmière-chef du département post-partum des CH de la région L-L.

2.3.5.3 Des services à la pouponnière

a) Certaines caractéristiques de ces services

Les règlements au sujet de l'horaire des boires et de la cohabitation relèvent du service de la pouponnière. On constate selon le tableau 2.14 que l'allaitement au biberon s'effectue toujours selon un horaire prédéterminé dans la majorité des CH, exception faite des CH Laurentien et St-Eustache. Ce type d'allaitement peut avoir lieu à la chambre de la mère mais en dehors des heures de visites dans tous les CH.

Au sujet de l'allaitement maternel, seul le CH Le Gardeur fonctionne selon un horaire fixe. Durant les heures de visites pour ce type d'allaitement - là où l'horaire est flexible - on exige que les visiteurs présents se retirent de la chambre.

Tableau 2.14

Distribution de certains services offerts à la pouponnière selon le CH, sous-région, 1983-1984

	SOUS-REGION LAURENTIDES				SOUS-REGION DE LANAUDIERE	
SERVICE \ CH	ARGENTEUIL	LAURENTIEN	ST-EUSTACHE	HOTEL-DIEU DE ST-JEROME	CHRDL	LE GARDEUR
Allaitement au biberon:						
- Selon un horaire fixe	oui	non	non	oui	oui	oui
- A la chambre, en dehors des heures de visite	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Allaitement maternel:						
- Selon un horaire fixe	non	non	non	non	non	oui[1]
Cohabitation[2]:						
- Totale (T)	P	T ou P	T ou P	T ou P	T ou P	P
- Partielle (P)						

(1) Il semble qu'au CH Le Gardeur, très peu de femmes désirent allaiter à la demande.

(2) Cohabitation totale (24 heures).
Cohabitation partielle (entre 9 heures et minuit).

Source:
Infirmière-chef du département de pouponnière des CH de la région 6-6.

Dans tous les CH de la région, la cohabitation s'avère possible pour la mère qui le souhaite. Elle n'est permise que de façon partielle (entre 9 heures et minuit) aux CH d'Argenteuil et Le Gardeur. Cependant, toute forme de cohabitation n'est permise qu'en dehors des heures de visite dans tous les CH, sauf si le père est le seul visiteur.

Toutes les infirmières que nous avons contactées s'accordent à dire qu'il y a très peu de demande pour la cohabitation totale. Particulièrement dans la sous-région De Lanaudière, il y a aussi une très faible demande pour la cohabitation partielle.

b) Quelques statistiques

- Le type d'allaitement

Les tableaux 2.15 et 2.16 nous donnent une idée assez exacte de la préférence des femmes relativement aux types d'allaitement (maternel ou biberon) selon le CH. Dans l'ensemble, les deux sous-régions présentent des taux pour les deux types d'allaitement assez semblables. L'intérêt pour l'allaitement maternel (40,5% dans la sous-région Laurentides et 44,4 % dans celle De Lanaudière) est en général moins important que l'allaitement au biberon (59,5 % dans la sous-région Laurentides et 55,0 % dans celle De Lanaudière.

C'est aussi dans la sous-région Laurentides, à l'exception du CH Laurentien, où l'on retrouve les taux d'allaitement maternel les plus bas. Cela concerne plus particulièrement le CH d'Argenteuil où 27,9 % des mères ont choisi ce type d'allaitement ainsi qu'au CH St-Eustache avec un taux de préférence de 32,5 %. Rappelons que de très nombreux facteurs personnels influencent la décision d'opter pour l'allaitement maternel. C'est ainsi que l'analyse faite par André Roy et al. (1983) pour le compte du DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme démontrait: "... un lien significatif entre l'allaitement maternel et l'âge de la mère - plus elle est âgée, plus elle allaite; sa scolarité, son occupation et son travail, la parité et même le lieu de résidence" (29).

Tableau 2.15

Distribution du type d'allaitement selon le CH de l'accouchement, sous-région Laurentides, en valeurs absolues et relatives, 1981.[1]

CH \ TYPE D'ALLAITEMENT	MATERNEL		BIBERON		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
LAURENTIEN	105	55,0	86	45,0	191	17,8
HOTEL-DIEU DE ST-JEROME	218	41,4	308	58,6	526	49,0
ARGENTEUIL	24	27,9	62	72,1	86	8,0
ST-EUSTACHE	88	32,5	183	67,5	271	25,2
TOTAL	435	40,5	639	59,5	1 074	100,0

(1) Période d'analyse d'octobre 1980 à août 1981.

Source:
Roy, A. et al., "Les cours prénatals, analyse critique et prospective", DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, janvier 1983, p. 96.

Tableau 2.16

Distribution du type d'allaitement selon le CH de l'accouchement, sous-région De Lanaudière, en valeurs absolues et relatives, 1983-1984

CH \ TYPE D'ALLAITEMENT	MATERNEL		BIBERON		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
CHROL	649	47,7	698	51,5	1 360[1]	55,9
LE CARDEUR	432	40,5	640	59,7	1 072	44,1
TOTAL	1 081	44,1	1 338	55,0	2 432	100,0

(1) De ce nombre, 15 femmes pour qui le mode d'allaitement était inconnu ne sont pas comptabilisées.

Source:
Infirmière-chef du département de pouponnière des CH de la sous-région De Lanaudière.

- Type de cohabitation

Au sujet du type de cohabitation, nous n'avons malheureusement aucune donnée statistique pour la sous-région De Lanaudière. Nous ne pourrons donc qu'observer, statistiquement parlant, la situation qui prévaut dans la sous-région des Laurentides.

La cohabitation est abordée ici selon le type de cohabitation plutôt que simplement sous l'angle de la présence ou l'absence de cette pratique. On observe donc, à l'aide du tableau 2.17, la dominance de la cohabitation liée aux boires de l'enfant (66,3 % dans l'ensemble). Viennent en deuxième et troisième rang, la cohabitation partielle (entre 9 heures et minuit) avec 17,0 % et la cohabitation occasionnelle avec 14,0 %.

Il est intéressant de soulever que le CH Laurentien affiche les plus hauts taux en ce qui concerne la cohabitation partielle avec 33,7 %, la cohabitation totale avec 4,3 % et la cohabitation occasionnelle avec 27,8 %. Il faut, de plus, préciser que ce CH est le seul qui dispose d'une chambre où - si le père le désire - peut aussi cohabiter 24 heures sur 24 heures.

En ce qui à trait à la dominance de la cohabitation liée aux boires du bébé (66,3 %), André Roy et al. (1983) amenait les éléments de réflexion suivants:

" On peut se demander si ce type de cohabitation correspond vraiment à la demande des mères ou s'il s'agit d'une adaptation partielle du réseau hospitalier au concept de cohabitation. D'autre part, on peut s'interroger sur la capacité de ce type de cohabitation d'atteindre les objectifs que nous avons décrits, à savoir: une meilleure connaissance de l'enfant et une meilleure interaction mère-père-enfant. Nous laissons aux intervenants, dans chacun de leur milieu, le soin de répondre à ces questions. Ils sont les mieux placés pour trouver les moyens pour ne pas simplement permettre la cohabitation mais aussi la susciter, l'encourager, la favoriser."(30).

Tableau 2.17

Distribution du type de cohabitation selon le CH, sous-région Laurentides, 1981[1]

CH / TYPE DE COHABITATION (2)		PARTIELLE	TOTALE	SOIRE	OCCASIONNELLE	AUCUNE	TOTAL
ARGENTEUIL	N	13	-	63	8	2	86
	%	15,1	-	73,3	9,3	2,3	100,0
LAURENTIEN	N	69	8	61	52	3	187
	%	36,7	4,3	32,6	27,8	1,6	100,0
HOTEL-DIEU DE ST-JEROME	N	82	4	358	75	5	524
	%	15,6	0,8	68,3	14,3	1,0	100,0
ST-EUSTACHE	N	23	1	236	14	7	270
	%	8,5	0,4	85,3	5,2	2,6	100,0
TOTAL	N	181	13	707	149	17	1 067
	%	17,0	1,2	66,3	14,0	1,5	100,0

(1) Période d'analyse d'octobre 1980 à avril 1981.

(2) Type de cohabitation:
- cohabitation partielle (entre 9 heures et 21 heures)
- cohabitation totale (24 heures)
- en fonction des prises du bébé
- cohabitation occasionnelle.

Source:
Roy, A. et al., "Les cours prénataux, analyse critique et prospective", DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, janvier 1985, p. 58.

2.3.5.4 En guise de conclusion

Comme le disait Madeleine Blanchet et Madeleine Levasseur (1980):

> "On peut se demander si en visant à améliorer les conditions de la grossesse et de l'accouchement, la politique de périnatalité n'aurait pas du même coup contribué à la hausse impressionnante des interventions observées en obstétrique au cours des dernières années."(31).

Ainsi a-t-on vu se développer chez les femmes un mouvement de contestation revendiquant à la fois leur autonomie et l'humanisation des soins en obstétrique. C'est lors des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité, qui se sont déroulés à travers la province (1980-1981) qu'on a pu enregistrer ces désirs et ces attentes. Près de 10 000 personnes y ont assisté, presque toutes des femmes, et ont pu s'y exprimer. (Comité MAS - réseau en périnatalité, 1984)(32).

Selon le petit Robert, l'autonomie est définie comme le droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet. Dans une perspective de promotion de la santé, ce concept d'autonomie se situe en opposition à la réalité de la prise en charge de la population par les professionnels et les institutions.

Les femmes revendiquent le droit de décider pour elles-mêmes, en toute connaissance de cause, la façon dont elles veulent vivre l'expérience de la naissance. Pour exercer cette autonomie, les femmes demandent de développer des alternatives et exigent une information plus large et plus poussée. Elles réclament également plus d'homogénéité dans l'information entre les intervenants en pré, per et postnatal.

Actuellement, les femmes et les couples de la région ont très peu de possibilités quant aux alternatives pour le suivi de la grossesse et de l'accouchement. Elles sont plus souvent qu'autrement obligées de se soumettre aux lois d'un CH ou d'un médecin et ce, indépendamment du déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

> " Comme l'affirme l'anthropologue Sheila Kitzinger, la façon actuelle dont les femmes accouchent est une interruption de la vie plutôt qu'une partie de celle-ci: Les professionnels règlent l'orchestration afin que l'exécution de la séance soit conforme à la norme. Or, la naissance comme la mort ne sont pas seulement des épisodes; ce sont des expériences que tout le monde doit partager." (Blanchet et Levasseur, 1980) (33).

Face aux demandes pressantes des femmes, plusieurs CH de la région ont apporté des changements au niveau du fonctionnement de leur département d'obstétrique, post-partum et de pouponnière. Alors qu'en 1976 la cohabitation était pratiquement impossible, on offre aujourd'hui dans tous les CH la cohabitation partielle et/ou complète. Par ailleurs, l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, le CH Laurentien, le CH St-Eustache et le CH Le Gardeur offrent maintenant aux femmes la possibilité d'accoucher en dehors de la salle d'accouchement. Cependant:

> " ... les aspects purement physiques des lieux (couleur des murs, lits spéciaux) ne sont pas les plus importants; c'est le changement des attitudes des professionnels de la santé qu'il faut opérer, une plus grande flexibilité de leur part est souhaitable." (Blanchet et Levasseur, 1980) (34).

Il est important que les professionnels puissent prendre conscience de leurs attitudes et des raisons qui justifient l'utilisation presque systématique de certaines interventions. Nous ne pouvons faire place à l'autonomie des femmes dans le système médical sans que les professionnels se remettent en question. Aussi, sans que cela implique que nous fassions confiance aux capacités de compréhension et de décision des femmes. Afin de répondre à cette exigence, les professionnels devront être plus attentifs, plus à l'écoute des besoins des femmes et des couples et passer d'une attitude interventionniste à une attitude de support (De Koninck et Pettigrew, 1984)(35).

Un tel changement d'attitude nécessite une remise en question des habitudes, habitudes pourtant si sécurisantes: échographie - moniteur - soluté - routine hospitalière... Sans toutes ces techniques, nous avons crainte que quelques problèmes se produisent pour lesquels nous serions blâmés. Mais l'insécurité ne fait-elle pas partie de la vie... C'est d'une relation égalitaire dont il est question où la femme et le couple ont un rôle important à jouer dans la prise de décision partageant ainsi la responsabilité avec le professionnel.

2.4 LA TENUE D'UN REGISTRE POSTNATAL DES RISQUES ELEVES CHEZ LA MERE ET L'ENFANT

Un dernier mandat provenant de la politique du MAS conféré au DSC est celui de constituer un registre postnatal des risques élevés chez la mère et l'enfant. Comme le disait André Roy et al. (1983) "... le système de déclaration de naissance et le programme de santé maternelle et infantile permettent de cerner ce mandat."(36).

2.4.1 Macrosystème d'avis de naissance du MAS: le formulaire SP-1

Il s'avère, expérience faite depuis plus d'une décennie, que le système d'avis de naissance au niveau provincial, ne constitue pas une source d'informations aussi fiable que l'on aurait cru. D'une part, les formulaires de déclaration de naissance vivante (formulaire SP-1)* ne parviennent pas de manière systématique aux services préventifs concernés et d'autre part, les références téléphoniques issues des centres de références des grands centres métropolitains (par exemple: CRSSS M-M) fournissent souvent, et ce sans préjudice à ces derniers, des informations parcellaires ou erronées. Par conséquent, ceci amoindrit de beaucoup leur niveau de rendement potentiel sur le plan informatif, voire dans certains cas, les rendre caduques pûrement et simplement.

---

* Reproduite en annexe I.

2.4.2 L'émergence de systèmes parallèles: les systèmes locaux de références

C'est devant l'inefficacité d'ensemble du système de déclaration de naissances vivantes du MAS et avec l'initiative d'infirmières oeuvrant dans les DSC, CLSC et les départements d'obstétrique, post-partum et pouponnière des CH de notre région que des systèmes locaux de références ont pris forme. Les modalités de liaison entre les intervenants sont toutefois plus ou moins structurées, plus ou moins officielles et correspondent davantage à des besoins locaux que régionaux ou provinciaux. Ces initiatives locales méritent d'être considérées et à ce titre, les sous-sections qui suivent nous donnent un bref aperçu de la configuration que prennent ces mini-réseaux dans nos deux sous-régions.

a) La situation dans la sous-région des Laurentides

- CH d'Argenteuil: Une infirmière de l'équipe de santé maternelle et infantile du point de service du DSC à Lachute se rend régulièrement au CH d'Argenteuil afin de visiter toutes les accouchées. Cependant, il n'existe pas de formule structurée de transmission d'informations sur l'hospitalisation de la mère et du bébé. Des communications peuvent se faire entre cette infirmière et le personnel hospitalier pour des cas problématiques. Ce n'est pas l'infirmière qui aura rendu visite à la mère qui assurera nécessairement le suivi en période postnatal. Par contre, cette infirmière communiquera d'emblée les informations qu'elle détient à l'infirmière qui se rendra à domicile pour la visite postnatale.

- CH Laurentien: Les infirmières du CLSC des Trois-Vallées qui donnent des cours prénatals et qui constatent des besoins particuliers chez une participante, les communiquent au personnel du département d'obstétrique du CH Laurentien. En période post-partum, une infirmière de l'équipe de santé maternelle et infantile du même CLSC visite toutes les accouchées. Cette infirmière peut aussi discuter selon le besoin avec le personnel hospitalier. Cette infirmière établit un plan d'intervention et transmet toutes les informations qu'elle possède à l'infirmière en santé maternelle et infantile du CLSC qui deviendra dès lors responsable du suivi en période postnatale.

- CH de St-Eustache: Il n'y a pas dans ce secteur de liaison formelle ou structurée. L'infirmière du CLSC Jean-Olivier Chénier qui prévoit un besoin particulier chez une participante aux cours prénatals, pourra en informer verbalement le personnel de l'obstétrique du CH de St-Eustache. En période post-partum, le personnel hospitalier qui relève des problèmes particuliers pourra communiquer avec une intervenante de l'équipe de santé maternelle et infantile du CLSC.

- Hôtel-Dieu de St-Jérôme: Le mode de liaison existant dans ce cas-ci consiste en un formulaire de références interservice (RIS) qui est complété par le personnel de l'obstétrique et de la pouponnière. Ces formules sont acheminées directement aux différents CLSC concernés ou au point de service du DSC à Lachute, selon le lieu de résidence de l'accouchée. Le formulaire RIS fournit un nombre d'informations sur l'hospitalisation de la mère et du bébé qui oriente l'intervention des infirmières de santé maternelle et infantile.

b) <u>La situation dans la sous-région De Lanaudière</u>

- CHRDL: Une infirmière en périnatalité du DSC assure une continuité de soins entre les services de périnatalité, ceux des CH (anté-partum, post-partum, pouponnière, service psychosocial, etc.), de santé maternelle et infantile et même avec certains organismes du milieu. Elle transmet les références des services de périnatalité au service d'obstétrique, visite toutes les nouvelles mères au CH (plus particulièrement celles qui lui sont référées par les intervenants) et les réfère au service pouvant répondre le mieux à leur(s) besoin(s). Elle utilise alors une formule de références inter-service.

- CH Le Gardeur: Les intervenantes en périnatalité, étant attachées au CH Le Gardeur, assurent elles-mêmes la continuité de services entre le prénatal et le natal. Pour les femmes en période post-partum, ayant des problèmes particuliers, les références du CH vers les services de santé maternelle et infantile se font par le truchement de l'infirmière-chef du département concerné. Il n'existe pas de service structuré, ni d'outil de références pour la liaison.

Nonobstant le fait que certains hôpitaux aient développé au sein de leur institution un système de références bien structuré, comme par exemple celui du programme de liaison du CHRDL, force est d'admettre qu'il y aurait lieu, à notre avis, de réviser chacun de ces microsystèmes de références. On devrait alors mettre l'emphase, par exemple sur une formule intégrée afin d'établir un moyen efficace de références aux services préventifs, peu importe le CH où l'accouchement a lieu.

2.4.3 Un moyen traditionnellement privilégié, maintenant remis en question: les visites à domicile

Lorsqu'il est question de services préventifs en période postnatale, nous songeons immédiatement aux visites à domicile. C'est presque devenu une tradition. Toutefois, les temps ont bien changé et les restrictions budgétaires nous ont amené, dans certains secteurs, à transformer la visite systématique en visite sélective. On peut supposer que toute famille a besoin de support pour s'adapter en période postnatale. Il est bien évident que nous ne pouvons donner un service à toutes les familles. De toute façon, ce n'est pas très souhaitable dans un contexte de santé communautaire où l'on vise la prise en charge de la santé par l'individu et le milieu.

Selon Florence Pichot (1982), le postnatal est une période de crise - developmental crisis - jusqu'ici peu investiguée et présentant des dimensions complexes. Tout en s'adaptant à son nouveau rôle, la mère essaie de maintenir sa propre identité et se trouve ainsi confrontée aux attentes de la société et de son entourage. Plus cette confrontation est marquée, plus la crise est importante.(37)

Nos interventions risquent d'accentuer ce conflit puisqu'elles sont d'abord centrées sur le nouveau-né et sur les capacités de la mère (non celles du père et par extension à l'ensemble de la famille) à *prendre soin* de son enfant selon nos *normes professionnelles*, lesquelles sont imprégnées de nos valeurs culturelles.

Selon Suzanne Lamarre et Louise Landry-Balas (1980), une des croyances populaires encore fortement ancrée se traduit comme suit:

> "La bonne maman est une non-personne tournée vers les autres, responsable de l'harmonie du foyer, elle se fond dans le décor, prend l'identité de ceux dont elle s'occupe et devient la mère de Guy et l'épouse de Claude."(38).

On nie ainsi les besoins de la mère comme femme et on la culpabilise en la rendant seule responsable du développement harmonieux de l'enfant, et ce, indépendamment des effets de l'environnement (conditions sociales, difficultés conjugales, chômage, etc.). De plus, la porte d'entrée pour la visite postnatale est bien souvent le bébé et si celui-ci quitte l'hôpital après sa mère, on ne la visitera que lorsque le bébé sera arrivé à la maison.

2.4.4 Le dépistage des familles plus vulnérables

Dans la région L-L, les intervenants en santé communautaire portent de plus en plus une attention particulière aux enfants considérés comme vulnérables. Ces enfants sont référés aux intervenants par l'entremise des médecins ou par les professionnels des CH. Les infirmières des équipes de santé maternelle et infantile des CLSC peuvent aussi les dépister principalement lors de visite à domicile ou au moment des cliniques d'immunisation. Le type et la durée du suivi de ces familles peuvent varier et sont généralement déterminés par l'infirmière responsable du dossier ou par une équipe multidisciplinaire, s'il y a lieu.

2.4.4.1 L'utilisation d'une grille de facteurs de risque comme instrument de travail

Pour rejoindre la population-cible - appelée aussi selon les auteurs, familles plus vulnérables ou à risque - les praticiens de la santé communautaire préconisent généralement une approche en deux temps successifs qui permet premièrement, d'identifier des critères de sélection à partir des besoins perçus par les professionnels(les) et deuxièmement, de développer des grilles standardisées de facteurs de vulnérabilité*. Cependant, l'utilisation d'une grille de risque, si perfectionnée soit-elle, peut nous amener à ignorer les familles qui ne cadrent pas dans ce tableau, mais qui n'ont pas moins besoin de services et de support pour s'adapter à une nouvelle situation d'apprentissage. Devant une pareille situation, nous risquons alors de négliger des besoins non satisfaits qui entraîneront éventuellement ces familles dans des difficultés encore plus grandes. Une famille dite non à risque en période postnatale ne pourrait-elle pas éventuellement se retrouver dans le groupe des familles abusives?

---

* Vous trouverez en annexe VII un exemple de grille de facteurs de risque. Cette grille est le résultat d'une revue de littérature effectuée par un groupe de travail inter-DSC de la région 06A.

Pour éviter ou pour pallier à de telles situations, les intervenants de la santé ont tout intérêt à développer ou à s'assurer de l'existence d'un réseau de support au sein de la communauté et à travailler à entretenir des rapports constants avec les différents agents sociaux qui la composent.

De plus, il ne faut pas oublier qu'une:

> "...simple liste de facteurs de risque pourrait devenir plus nuisible qu'autre chose si elle n'est pas utilisée en relation avec l'appréciation clinique de la situation globale tenant compte de l'interaction des divers facteurs dont nous avons parlés." (Seguin, 1980)[39].

Cette citation fait ici référence aux différents facteurs pouvant influencer le développement de l'enfant tels que les facteurs d'origine génétique, les facteurs cliniques, le tempérament du bébé, les facteurs sociofamiliaux et parentaux.

On sait, d'autre part, que la perception qu'ont les parents de leur enfant joue un rôle important dans l'interaction qu'ils vont développer avec ce dernier.

> "Il nous faudra sérieusement réfléchir à l'effet iatrogénique possible de notre action avant d'entreprendre des interventions basées sur des critères ou indices qui se sont avérés peu prédictifs d'enfants vulnérables... Il importe de se rappeler que ces parents et enfants n'ont pas encore nécessairement de problèmes et n'en auront peut-être jamais. Ils nous apparaissent seulement plus *à risque*, plus vulnérables que d'autres." (Seguin, 1980)[40].

Relativement à l'utilisation d'une grille standardisée de facteurs de risque, le consensus n'est pas encore fait.

En effet, il n'existe pas, encore aujourd'hui, de grille uniforme pour déterminer la gravité des risques, ni de philosophie commune face à l'utilisation ou non de cette approche qui puisse rallier l'opinion des chercheurs et des praticiens de la santé communautaire.

2.4.4.2 Que devons-nous d'avord viser?

En travaillant avec ces familles, l'objectif visé devra être de:

> "... renforcer l'attachement positif parent-enfant et la compétence parentale. Il ne s'agit sûrement pas d'une occasion de transmettre une série de connaissances formelles de façon plus ou moins magistrale." (Seguin, 1980)[41].

Pour ce faire, l'intervenant doit travailler en étroite collaboration avec les autres travailleurs de la santé (médecin, travailleur social, organisateur communautaire, etc.) puisque:

> "... lorsqu'il y a des problèmes financiers ou maritaux trop importants, les parents ne peuvent pas être disponibles à leur nourrisson et ne peuvent sûrement pas bénéficier de l'intervention faite par l'infirmière." (Seguin, 1980)(42).

Si nous voulons réellement agir à titre préventif auprès des familles plus vulnérables, nous ne pouvons nous permettre d'oublier que l'utilisation d'une grille de facteurs de vulnérabilité n'est ni une panacée, ni un gage de succès. De ce fait, si nous désirons atteindre des résultats positifs avec cette population, nous devrons réviser nos modes d'intervention ainsi que nos attitudes professionnelles.

Par ailleurs, nos interventions visent peu le père, d'autant plus que nos services sont dispensés le jour, au moment où la majorité des pères ne sont pas disponibles. Notre approche continue donc de l'exclure du processus d'adaptation au rôle de parent. Depuis quelques années, l'homme prend de plus en plus conscience de l'importance de son rôle de père. Il désire être impliqué dans la relation avec l'enfant et lui aussi doit faire face aux nombreux préjugés qui le cantonnent souvent dans un rôle de pourvoyeur.

Pour toucher l'ensemble de la population, il faudra développer d'autres types d'interventions basées sur l'implication de la communauté. Pour ce faire, les professionnels devront apprendre à faire confiance aux capacités des gens à se prendre en charge. Comme le dit Frédéric Lesemann (1980), "... idéalement l'action communautaire est fondée sur le principe que la collectivité elle-même détient et la définition des problèmes qu'elle vit et les moyens de les solutionner."(43).

2.5 LA SURVEILLANCE DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Un autre mandat que se sont investis les organismes de santé communautaire est celui de la surveillance du développement de l'enfant. D'une part, ce mandat est à la fois large puisqu'il recoupe plusieurs facettes (biologique, psychologique et sociale) du développement de l'enfant et d'autre part, restrictif puisqu'il ne vise que l'enfant. Hormis le fait que les programmes de Péri-SMI ont comme but ultime l'amélioration de l'état de santé de la famille, il n'en demeure pas moins que l'objectif premier demeure la surveillance du développement de l'enfant.

Pour des fins de démonstration, nous relèverons différentes activités afférentes aux programmes de Péri-SMI qui ont actuellement cours dans la région L-L. De plus, nous nous attarderons à la description des services dispensés par d'autres structures organisationnelles de notre région (les services de garde, les services psychosociaux, les services de psychiatrie infantile, de pédiatrie et d'orthophonie-audiologie, les services aux handicapés physiques et mentaux). De même, nous énumérerons des activités de certains organismes publics favorisant le développement de la *compétence parentale* ainsi que celles de divers organismes et ressources communautaires.

2.5.1 Les activités des services de prévention en période postnatale

Tel que vu précédemment, l'activité privilégiée nous permettant de remplir le mandat de surveillande du développement de l'enfant est la visite postnatale à domicile. Celle-ci s'effectue, en général, dans les trois semaines suivant l'arrivée de la mère et du nouveau-né à la maison.

A la lecture du tableau 2.18, nous pouvons observer qu'à certains endroits les visites et les rencontres postnatales sont dispensées par les infirmières en périnatalité suite à une intégration des programmes Péri-SMI. Cette situation était d'ailleurs un souhait clairement exprimé par les participants(es) aux colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité (Accoucher ou se faire accoucher, 1980-1981). La fusion des programmes de Péri-SMI est effective - ou en voie de réalisation - au CLSC Jean-Olivier Chénier, Ste-Thérèse, des Trois-Vallées et Jolimont.

Dans certains secteurs, comme celui du CLSC Brandon ou celui du point de service du DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme à Lachute, les infirmières en périnatalité visitent les parents qui ont suivi les cours prénatals. Dans ces secteurs, on se questionne sur l'intérêt de fusionner les deux programmes. Des efforts sont aussi faits dans le secteur de Joliette et de Repentigny, où à l'occasion, l'infirmière en périnatalité visitera certaines familles présentant un problème particulier.

Nous pouvons également observer, à l'aide du tableau 2.18, que la visite postnatale à domicile s'effectue de façon systématique ou sélective selon les différents secteurs de CLSC. Mis à part le secteur du CLSC St-Jérôme, les endroits où les visites sont systématiques correspondent à des secteurs où le nombre de naissances est relativement peu élevé (Lachute, Berthier, Brandon, Jolimont).

Tableau 2.18

Distribution de services postnatals selon le CLSC et le point de service du DSC, sous-région, 1985-1984

SERVICE POSTNATAL / CLSC ET POINT DE SERVICE DE DSC	INTÉGRATION PÉRI-SMT	VISITE POSTNATALE SYSTÉMATIQUE	RENCONTRE POSTNATALE DE GROUPE[1]
SOUS-RÉGION LAURENTIDES			
CLSC JEAN-OLIVIER CHENIER	oui	non	oui
CLSC ST-JÉRÔME	non	oui	oui
CLSC STE-THÉRÈSE	en cours	non	oui
CLSC TROIS-VALLÉES	oui	non	oui
DSC (À LACHUTE)	non	oui	oui
SOUS-RÉGION DE LANAUDIÈRE			
CLSC BERTHIER	non	oui	non
CLSC BRANDON	non	oui	oui
CLSC JOLIETTE	oui	oui	non
CLSC LANAUDIÈRE	non	non	non
DSC (À JOLIETTE)	non	non	non
DSC (À L'ASSOMPTION-REPENTIGNY)	non	non	non[2]

(1) Pour la sous région des Laurentides, des rencontres postnatales de groupe sont offertes selon la demande. Pour la sous-région De Lanaudière, les rencontres sont également offertes mais les demandes de la clientèle semblent très occasionnelles.

(2) Pour le secteur de L'Assomption-Repentigny, la responsabilité des rencontres postnatales de groupe relève du service de périnatalité du CH Le Gardeur.

Source:
Responsables des services de Péri-SMT des CLSC et des points de service des DSC de la région 14.

En plus des visites postnatales à domicile, des rencontres de groupe sont offertes à tous les parents qui ont suivi une session de cours prénatals. Cela existe particulièrement pour tous les secteurs de CLSC de la sous-région des Laurentides et pour celui du CLSC Brandon de la sous-région De Lanaudière (tableau 2.18). Ce type de rencontres a pour objectif principal l'échange sur le vécu des couples lors du travail, de l'accouchement et du retour à la maison. Particulièrement, pour la sous-région De Lanaudière, la majorité des intervenants s'accordent à dire que des rencontres postnatales sont offertes mais que peu de groupes s'en prévalent. Il semble qu'il y ait des besoins mais que les rencontres de groupe, six à huit semaines après l'accouchement, répondent plus ou moins aux attentes de la clientèle.

Des parents ont déjà dénoncé ce qu'ils appellent le *trou* après l'accouchement. A ce sujet, les commentaires de parents de notre région recueillis par Diane Germain (1982) lui permettait d'énoncer ce qui suit:

> "Les parents ont aussi identifié, à la lumière de leur propre expérience, les secteurs de besoins en matière de prévention familiale. Il s'agit principalement de l'apprentissage et de la sensibilisation à la *parentude* lors de la venue du premier enfant. Actuellement, les services de prévention à la famille sont surtout centrés sur l'aspect physique et la prénatalité. Les parents remettent en cause la limite de l'intervention à ce niveau; car l'impact de la venue d'un enfant se fait surtout sentir après coup..."(44).

Il y aurait donc sans doute lieu de s'interroger sur les énergies investies en période prénatale par rapport à celles en période postnatale. On pourrait alors penser à ajouter du temps pour réorganiser les structures de soutien en période postnatale au détriment d'une diminution du nombre de cours en période prénatale.

2.5.2 Définir une approche plus soutenue et continue

L'apprentissage du rôle de parent commence durant la grossesse et s'accélère durant la période postnatale. Malheureusement, au cours de la période post-partum, les parents sont considérés, la plupart du temps, inaptes à jouer leurs rôles, si bien que le personnel prend en charge le nouveau-né, favorise peu la cohabitation et se confine à une routine hospitalière qui souvent nuit à la relation parent-enfant.

> "Chaque enfant est unique. Il a sa façon à lui de réagir, de se nourrir, de dormir, de s'adapter, etc. La mère doit apprendre à connaître son enfant, à découvrir ses besoins et à y répondre. Si cet apprentissage n'a pas été commencé à l'hôpital alors qu'elle pouvait recevoir encouragements et informations, elle se retrouve seule à la maison avec un étranger qui n'a que ses pleurs pour s'exprimer." (Rocheleau-Parent, 1980)(45).

Tel que vu précédemment, on constate que les CH de la région ont modifié leur fonctionnement pour ouvrir plus grandes les portes de la pouponnière aux parents. On permet la cohabitation mais on tient encore et toujours à ce que tout se fasse sous l'oeil vigilant du professionnel prêt à intervenir dès que les parents ne répondent pas aux normes hospitalières. Est-il possible que les parents soient si incompétents à l'hôpital et si compétents à la maison, puisque nous acceptons de les laisser prendre, seuls, toutes les responsabilités dès qu'ils sont sortis du milieu hospitalier?

Ces constatations nous amènent également à jeter un regard sur l'approche utilisée lors des visites postnatales. Il nous faut constater que souvent nous y jouons un rôle d'observateur et employons nos énergies à conseiller les parents, les diriger, plutôt qu'à les aider à trouver leurs propres réponses en fonction de leurs valeurs, de leurs ressources et de leurs réalités. De cette façon, nous augmentons leur sentiment d'incompétence, de sorte que ne se faisant plus confiance, ils font appel aux professionnels pour régler le moindre problème.

Il y a donc lieu de réviser notre approche en postnatal pour que notre objectif principal soit le renforcement de la confiance des parents en leur compétence, le bien-être de l'enfant n'étant pas indépendant du bien-être des parents.

Louise Séguin (1980) nous rappelle que:

> "... la période périnatale, grossesse, accouchement et premières semaines de vie forment un tout et que beaucoup d'efforts devront être faits afin de diminuer, sinon d'éliminer le morcellement qui existe dans les services de santé offerts à ceux qui vivent cette période et pour qui le passage d'une étape à l'autre s'enchaîne d'une façon presqu'indissociable."(46)

Par exemple, que dire de l'approche utilisée par les médecins en cabinet privé lors des visites des femmes enceintes, de celle des infirmières en périnatalité, de celle des infirmières des départements d'obstétrique, de pouponnière et de post-partum, de celle des infirmières en santé maternelle et infantile, de celle des pédiatres, etc. La liste des services qui touchent invariablement tous les nouveaux parents est longue et il est impérieux, même si cela s'avère très difficile, de coordonner tous ces services afin que les parents y retrouvent une cohérence leur permettant de trouver la sécurité dont ils ont besoin pour développer leur propre *compétence parentale*.

2.5.3 Les demandes de la clientèle

Rééquilibrer les énergies investies entre les périodes du pré et du postnatal était une des demandes exprimées lors du colloque sur l'humanisation des soins en périnatalité (Accoucher ou se faire accoucher, 1980-1891). Plusieurs autres besoins y ont été émis et nous nous attarderons ici à préciser certaines attentes de la clientèle.

2.5.3.1 Un réseau de soutien en postnatal

Au retour à la maison, les parents ont la possibilité de téléphoner à l'hôpital, au médecin, au CLSC ou au DSC pour obtenir des informations ou des réponses à leurs questions. Cependant, aucun réseau de support n'existe si la difficulté dépasse le simple besoin d'information (par exemple: problèmes d'adaptation). Toutefois, si les familles répondent aux critères de risque définis par les professionnels, elles auront alors droit à une et même plusieurs visites à domicile.

Il faut aussi admettre que les femmes se retrouvent souvent seules, isolées sur le plan psychologique et physique, et plus particulièrement lorsque celles-ci vivent éloignées des grands centres urbains. Les infirmières de santé maternelle et infantile parlent alors du *syndrome de la campagne*. De plus, les femmes reçoivent beaucoup de conseils contradictoires autant de la part des professionnels que de leurs proches. Elles ne se font pas confiance comme mère, se culpabilisent, et, souvent malgré nous, nous renforçons ce sentiment d'incompétence par nos interventions.

Il n'est donc pas étonnant de voir dans les revendications des femmes une demande concernant l'organisation d'un réseau de support en postnatal.

Les demandes de soutien concernent notamment l'aide à la maison, la garde des enfants, un lieu où obtenir une réponse à ses questions 24 heures par jour, sept jours par semaine, la possibilité de parler de ses difficultés personnelles, conjugales et familiales. Il est bien évident qu'un tel réseau de support ne peut être offert seulement que par des professionnels. Il faudra sortir des sentiers battus et prendre le temps nécessaire pour développer avec le milieu des réseaux d'entraide naturelle.

2.5.3.2 L'aide à la maison

Pour mieux illustrer le type de besoins de soutien exprimés par la population, prenons celui de l'aide domestique. Le type de cellule familiale *agrandie* n'existe plus comme autrefois. Il nous semblait donc intéressant, dans le cadre de notre relevé de services, de savoir s'il était possible qu'une femme en période postnatale puisse recevoir une aide domestique.

C'est par le biais d'une auxiliaire familiale du service de maintien à domicile que tous les CLSC de la région, à l'exception de celui de Ste-Thérèse, répondent à ce besoin. La demande d'une auxiliaire est faite, soit par une infirmière de l'équipe de santé maternelle et infantile, soit par les parents eux-mêmes. Cette demande est alors évaluée selon des critères précis du service de maintien à domicile. Quant au CLSC Ste-Thérèse, une auxiliaire familiale est engagée cinq jours par semaine et est affectée spécifiquement à l'équipe de santé maternelle et infantile.

A notre connaissance, il existe pour le secteur de Lachute, une ressource communautaire appelée Solidarité, qui pourrait fournir ce type d'aide aux nouveaux parents. Si nous ignorons l'existence de d'autres ressources, c'est peut-être qu'elles sont méconnues ou n'existent pas et nous croyons alors qu'il y aurait lieu de se pencher sur ce problème, car la fatigue ou le stress engendrés par ce manque d'aide peut parfois être au coeur de certains problèmes d'adaptation au nouveau bébé.

2.5.3.3 Les services de garde

Peu de temps après l'accouchement, les parents vivent beaucoup d'insécurité face au retour de la mère sur le marché du travail. C'est souvent la première séparation d'avec leur poupon et cette situation se révèle parfois très anxiogène. Il leur faut réorganiser la routine quotidienne en fonction des horaires de travail et prévoir le gardiennage. Souvent, les parents se voient obliger de s'engager dans de multiples démarches afin de trouver le milieu qui leur semble le plus adéquat pour prendre la relève auprès de leur enfant.

Afin de prendre la relève, il existe, entre autres choses, les garderies et les prématernelles. Nous regarderons maintenant la distribution du nombre de garderies* et de prématernelles dans l'ensemble de notre région.

Le tableau 2.19 nous démontre que le réseau de garderies (reconnues par l'Office des services de garde à l'enfance) et de prématernelles est mieux pourvu dans la sous-région des Laurentides (18 garderies et 17 prématernelles) que dans la sous-région De Lanaudière (14 garderies et 10 prématernelles). Dans la sous-région des Laurentides, les secteurs de St-Eustache (5 garderies) et de Ste-Agathe (6 prématernelles) sont les mieux nantis tandis que dans celle De Lanaudière, ce sont les secteurs de Joliette (6 garderies) et de l'Assomption-Repentigny (6 prématernelles).

Il est un fait que le réseau des garderies s'est sensiblement développé depuis ces dernières années. Toutefois, il semble bien qu'il ne répondepas tout à fait aux besoins de la population. Les parents se plaignent qu'il n'y a pas assez de haltes-garderies pour leur permettre de se libérer à des moments imprévus.

---

* Les garderies privées, non reconnues par l'Office des services de garde à l'enfance, ne font pas partie de notre relevé, compte tenu du fait qu'elles sont plus difficiles à dénombrer, que leur existence est très variable et que, toutes proportions gardées, elles regroupent un nombre restreint d'enfants.

Tableau 2.19

Distribution des garderies et des prématernelles selon le territoire de CLSC et le point de service de DSC, sous-région, région L-L, 1984

NOMBRE DE GARDERIES ET DE PREMATERNELLES / TERRITOIRE DE CLSC ET DE POINT DE SERVICE DE DSC	GARDERIE[1]	PREMATERNELLE
DSC (A LACHUTE)	2	3
STE-AGATHE	4	6
ST-EUSTACHE	5	3
ST-JEROME	3	3
STE-THERESE	4	2
SOUS-REGION LAURENTIDES	18	17
DSC (A JOLIETTE)	6	2
DSC (A L'ASSOMPTION-REPENTIGNY)	2	6
BERTHIER	1	2
BRANDON	2	-
JOLIMONT	1	-
LAMATER	2	-
SOUS-REGION DE LANAUDIERE	14	10
REGION L-L	32	27

(1) On se réfère aux garderies reconnues par l'Office des services de garde à l'enfance (organisme gouvernemental). Ces garderies ont l'un des statuts juridiques suivants: but lucratif (BL), sans but lucratif (SBL) ou sans but lucratif subventionné (SBLS).

Sources:
- Responsables des services de Péri-SMI des DSC et CLSC de la région L-L.
- Hygiénistes dentaires des CLSC et des dentistes-conseils de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme et du CHRDL.
- Office des services de garde à l'enfance, "Où faire garder nos enfants", 1984[149].

En plus des garderies et des prématernelles, la région L-L compte une agence de garde en milieu familial. Cette agence est située à St-Placide, dans la sous-région des Laurentides. Une telle agence détient un permis de l'Office des services de garde à l'enfance et reconnaît des gardiens(nes) qui se rendent à domicile pour garder les enfants.

- Un programme de santé pour les garderies

  Les garderies sont des milieux privilégiés où il est possible de rejoindre une partie de la clientèle des enfants âgés de 0 à 5 ans. Selon un relevé du Regroupement des garderies Laurentides-Lanaudière (1983), la population effective des enfants de ce groupe d'âge ayant utilisé les garderies durant l'année 1982-1983 est de l'ordre de 564 dans la sous-région des Laurentides et de 346 dans celle De Lanaudière(47).

  Certaines interventions en prévention sont accomplies avec les intervenants en garderies, de façon sporadique (conseils en nutrition,etc.) ou de façon régulière (visite de l'hygiéniste dentaire). Même si le nombre d'enfants rejoints nous semble restreint, il y aurait lieu d'établir, tel que demandé par le Regroupement des garderies Laurentides-De Lanaudière, un programme de santé permettant aux personnes qui oeuvrent dans ce milieu de pouvoir dépister tôt certains problèmes de santé chez l'enfant et de le référer si nécessaire. Les deux priorités retenues par le Regroupement, se rapportant à des services préventifs, sont la continuité des visites des hygiénistes dentaires et l'application de tests de dépistage auditif et visuel.(48)

2.5.4 Les activités de dépistage

Une des activités des programmes préventifs - en particulier des programmes de santé scolaire - qui se maintient depuis bon nombre d'années sont les activités de dépistage. Dans notre région, comme dans bien d'autres au Québec, on a conservé des activités de dépistage systématique auprès de l'enfant en âge d'entrer à la maternelle.

La responsabilité des cliniques de dépistage dans la sous-région des Laurentides appartient aux infirmières du scolaire tandis que dans celle De Lanaudière, cette responsabilité est partagée par des infirmières des programmes de santé maternelle

et infantile, et du scolaire. En plus des infirmières, dans la plupart des secteurs de notre région, on retrouve la participation d'une hygiéniste dentaire à ces cliniques. Particulièrement dans la sous-région De Lanaudière, il s'ajoute des animatrices du programme Passe-Partout*.

Dans tous les secteurs de notre région l'on vise à déceler des problèmes pouvant affecter le développement de l'enfant et en particulier sa scolarisation. Pour ce faire, un bilan d'antécédents personnels et familiaux est de mise partout. L'application systématique de tests de dépistage varie cependant d'un secteur à un autre. Par exemple, dans la sous-région des Laurentides, au CLSC Jean-Olivier Chénier, on utilise systématiquement des tests pour vérifier l'audition, la vision, le développement du langage et psychomoteur de l'enfant tandis qu'au CLSC de St-Jérôme, le seul dépistage systématique est l'examen visuel.

Suite à ces généralités précisons toutefois des particularités ayant cours dans deux secteurs de notre région soit celui de Ste-Agathe et celui de Joliette.

En ce qui a trait au secteur de Ste-Agathe, c'est une infirmière du programme en Péri-SMI qui assure les cliniques de dépistage. Contrairement à partout ailleurs, où les cliniques se déroulent au cours des mois de relâche scolaire, à Ste-Agathe elle s'échelonne du mois de septembre au mois de juin. Certes ces cliniques rejoignent majoritairement des enfants de 4 à 5 ans, mais aussi un nombre moyen annuel de 20 enfants âgés de 2 à 3 ans.

Dans le secteur de Joliette, ce qu'il y a de particulier, c'est qu'un projet-pilote de dépistage auditif auprès d'enfants âgés de 0 à 18 mois s'y déroule depuis juin 1983. Le projet consiste à la validation d'un questionnaire, auprès des parents, qui permettra de dépister le plus tôt possible une surdité sévère et profonde chez le jeune enfant. Cette expérience-pilote permet d'informer les parents sur l'hygiène de l'oreille, les problèmes auditifs du très jeune enfant et de les sensibiliser à l'importance de la stimulation auditive précoce. Ce projet initié par Louise Paré, audiologiste du DSC du CHRDL, se réalise qvec la collaboration d'intervenants des CLSC de Brandon et de Berthier (1983)(50).

---

* Se référer à la section 2.5.9.2 b).

2.5.4.1 Des activités à réévaluer

Depuis quelques années, les activités de dépistage systématique font l'objet d'un sérieux questionnement. D'une part, on s'interroge à savoir si les résultats obtenus justifient la mobilisation des ressources affectées à ces cliniques et d'autre part, on questionne l'âge idéal pour effectuer ce type d'activité.

Il faut mentionner, à ce sujet, la récente parution d'un rapport (1984) intitulé "Dépistage en milieu scolaire" produit par le Comité des responsables de programme en santé des jeunes de la région de Montréal. Entérinées par la Direction de la santé communautaire et des politiques de santé du MAS, les recommandations de ce rapport font en sorte qu'à compter de septembre 1984, seul le dépistage des problèmes visuels sera maintenu dans les programmes de santé en milieu scolaire.

Nous aimerions ici reprendre des éléments de ce rapport (Lescop, 1984) qui auront une influence sur les activités du programme de santé maternelle et infantile:

"- *Dépistage visuel:* Maintenir le dépistage systématique des erreurs de réfraction chez les enfants de cinq ans (quatre à six ans). Sauf les erreurs de réfractions, les autres problèmes visuels tel le strabisme et l'amblyopie, beaucoup plus grave, doivent être identifiés bien avant l'entrée à l'école.

- *Dépistage des problèmes auditifs:* La surdité neurosensorielle, beaucoup plus grave que la surdité de conduction, secondaire à l'otite moyenne, est un problème du jeune enfant qui doit être recherchée au cours des premiers mois de vie.

- *Dépistage des problèmes de croissance:* Il ne semble pas justifié de procéder à un dépistage systématique des problèmes de croissance lors de l'entrée à l'école. Seuls les enfants qui sont plus petits que les autres et qui n'ont pas eu de contrôle récent de leur croissance pourraient bénéficier d'une évaluation au moyen des courbes de croissance et d'une évaluation plus poussée ou d'un suivi longitudinal, selon le cas.

- *Dépistage des retards de développement psychomoteur:* Eliminer le dépistage systématique des problèmes de développement psychomoteur fait par l'infirmière à l'entrée à la maternelle. Si l'on veut intervenir auprès des enfants susceptibles de présenter des problèmes de développement psychomoteur, il faut les joindre bien avant l'entrée à l'école.

- *Bilan de santé:* La revue de santé ne répond à aucun des critères d'une activité de dépistage, que ce soit sur le plan de l'identification du problème de santé recherché ou de la description de l'outil de dépistage. Il n'est pas justifié de maintenir cette activité."(51).

2.5.5 Les services psychosociaux

Dans le contexte actuel de chômage, de crise économique, de remise en question des valeurs familiales, les problèmes d'ordre social prennent de plus en plus d'ampleur, car ils ont une grande influence sur tous les aspects de la santé de l'individu.

Malheureusement, même si les problèmes de cet ordre vont en augmentant, on ne dispose pas pour autant de ressources et de services suffisants dans le secteur public pour répondre à la demande. La préoccupation commune, des différents intervenants psychosociaux avec lesquels nous avons échangé, était la suivante: Comment agir à titre préventif lorsque les ressources sont limitées et par voie de conséquence utilisées pour répondre aux urgences?

2.5.5.1 Du centre de services sociaux Laurentides-De Lanaudière

Le CSSL-L est présent dans les zones de St-Jérôme et de Ste-Thérèse pour la sous-région des Laurentides, à Joliette et à Repentigny pour la sous-région De Lanaudière. Des praticiens sociaux sont aussi répartis dans la région L-L par le biais de bureaux locaux.

La priorité actuelle du CSSL-L sont les enfants en besoin de protection (Loi 24). Donc, la famille ayant un enfant dans cette situation pourra, selon le cas, bénéficier d'une thérapie conjugale, familiale, individuelle ou de groupe. Ce sont les praticiens affectés aux équipes-famille qui assureront ces services. Ceux relégués aux équipes-jeunesse s'occupent des jeunes en besoin d'hébergement ou de placement.

En plus de services aux jeunes en besoin de protection, le CSSL-L peut jusqu'à un certain point répondre aux demandes de jeunes mères ou de femmes en difficulté.

Dans la sous-région des Laurentides, une praticienne sociale rattachée à l'équipe-jeunesse au bureau du CSSL-L de St-Jérôme, peut assurer un suivi en période pré et postnatale auprès de jeunes mères célibataires ou auprès des femmes enceintes en difficulté. Du mois de janvier 1983 au mois de mars 1984, elle a effectué ce genre de suivi auprès de 11 mères âgées de 15 à 24 ans. La grande majorité de celles-ci étaient célibataires et provenaient de différents secteurs de la sous-région des Laurentides. Le travail de cette intervenante sociale se fait sur une base strictement volontaire, compte tenu de la priorité actuelle du CSSL-L citée précédemment.

Dans la sous-région De Lanaudière, nous retrouvons une situation différente que dans celle des Laurentides et même un fonctionnement distinct entre les bureaux de la zone de Repentigny et celui de la zone de Joliette.

Au bureau du CSS de la zone de Repentigny, toute demande d'une femme en difficulté, jeune mère célibataire ou autre, doit passer par le service d'accueil-évaluation, si elle n'est pas en besoin de protection. Il semble que la liste des cas en attente soit longue. C'est pour cette raison que parfois on devra transférer le cas aux services d'un CLSC - s'il y en a un dans son secteur - sinon, on la référera à des intervenants du secteur privé.

Au bureau du CSSL-L de la zone de Joliette, toute demande de services d'une jeune mère célibataire de moins de 18 ans - il y en aurait en moyenne 8 par année - est acheminée directement au travailleur social, sans passer par le service d'accueil-évaluation, ceci afin d'éviter des délais. En ce qui concerne la demande de services provenant d'une femme enceinte en difficulté, quel que soit son âge ou son statut social, elle est référée au travailleur social du CHRDL. La liste des cas en attente du CSS de Joliette semble moins volumineuse que celle du secteur Repentigny.

2.5.5.2 Des centres locaux de services communautaires

D'abord voyons le nombre de ressources psychosociales (travailleurs sociaux, agents de relations humaines, psychologues) disponibles dans chacun des CLSC ou points de service des DSC de notre région. Le tableau 2.20 nous indique que les CLSC les plus favorisés sont ceux de Ste-Thérèse (3), des Trois-Vallées (4) et de Lamater (3). Tous les autres CLSC ou points de service de DSC compte une seule ressource, à l'exception du point de service du DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme où il n'y a aucune ressource psychosociale.

Globalement, le genre de services dispensés par les intervenants psychosociaux en santé communautaire, dans la région L-L, se résument ainsi: services d'accueil-référence, de consultation de thérapie conjugale, familiale (à court terme), ou individuelle. Cependant, pour certains CLSC, des ressources psychosociales sont impliquées dans des activités différentes de celles précitées. C'est le cas pour les CLSC Ste-Thérèse et Lamater.

Tableau 2.20

Distribution des ressources psychosociales selon le CLSC et le point de service de DSC, sous-région, région L-L, 1983-1984

CLSC ET POINT DE SERVICE DE DSC	RESSOURCES PSYCHOSOCIALES
CLSC JEAN-OLIVIER CHENIER	1
CLSC ST-JEROME	1
CLSC STE-THERESE	3
CLSC TROIS-VALLEES	4
DSC (A LACHUTE)	-
SOUS-REGION LAURENTIDES	9
CLSC BERTHIER	1
CLSC BRANDON	5
CLSC JOLIMONT	2
CLSC LAMATER	3
DSC (A L'ASSOMPTION-REPENTIGNY)	1
DSC (A JOLIETTE)	1
SOUS REGION DE LANAUDIERE	13
REGION L-L	22

Source:
Responsables des services en Péri-SMI des CLSC et des points de service des DSC de la région L-L.

Au CLSC Ste-Thérèse, une des trois ressources en place, qui est psychologue, est affectée uniquement au programme de Péri-SMI et travaille, entre autres, avec des groupes de parents ayant des difficultés avec leurs enfants. Au CLSC Lamater, les praticiens sociaux offrent des rencontres de groupe, touchant différents aspects tels: la préparation à la vie parentale, la relaxation, etc.

2.5.6 Des services en pédiatrie

La santé de l'enfant, du point de vue médical, demeure un aspect très important, voire même inquiétant pour les parents. Etant donné l'importance de l'accessibilité à différents services spécialisés touchant le jeune enfant, nous avons cru bon de vérifier s'il existe des services en pédiatrie pour les cas urgents ou en besoin d'hospitalisation aux différents CH de la région L-L*.

2.5.6.1 La situation dans la sous-région des Laurentides

Pour la sous-région des Laurentides, il n'y a que l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme qui possède un département de pédiatrie. Les cinq pédiatres de la Clinique pédiatrique de St-Jérôme assurent, à tour de rôle, la garde au CH. Le CH Laurentien, pour sa part, se réserve deux lits afin de répondre aux besoins d'hospitalisation de cette clientèle. Le pédiatre qui fait du bureau à la Clinique médicale de Ste-Agathe, une journée par semaine, se rend visiter ce jour-là les nouveaux-nés et les enfants qui seraient hospitalisés au CH. Au CH Laurentien de même qu'au CH d'Argenteuil, on réfère les cas exigeant des soins spécialisés à St-Jérôme ou à Montréal. Au CH de St-Eustache, trois pédiatres-consultants se relèguent pour garantir d'une part, une tournée des nouveaux-nés (sept jours par semaine) et d'autre part, assurer un service de consultation (une demi-journée par semaine). Les enfants nécessitant une hospitalisation dans ce secteur sont référés à des CH de la région de Montréal.

2.5.6.2 La situation dans la sous-région De Lanaudière

Pour la sous-région De Lanaudière, il n'y a que le CHRDL qui a un département de pédiatrie. Cinq pédiatres assurent à tour de rôle un service de garde de 24 heures. Il existe aussi une clinique externe de pédiatrie où sont vus les cas urgents ou semi-urgents. Cette clinique est ouverte tous les jours et fonctionne sur rendez-vous. Au CH Le Gardeur, le service de garde (24 heures sur 24 heures) est assuré pour les nouveaux-nés par deux pédiatres. Les enfants qui doivent être hospitalisés sont référés à l'hôpital Ste-Justine où sont rattachés ces deux pédiatres.

---

* Revoir le tableau 2.7

En examinant les endroits de référence, nous pouvons constater que pour les CH de la frange suburbaine, tels que le CH St-Eustache et le CH Le Gardeur, le mouvement se fait vers les CH de Montréal et non vers St-Jérôme ou Joliette tel que l'auraient voulu les principes de régionalisation. Heureusement que l'hospitalisation est l'ultime mesure de traitement, car les parents de région éloignée comme par exemple de Ste-Agathe, de Lachute et St-Michel-des-Saints pourraient difficilement être présents auprès de leur enfant qui vit une séparation difficile et parfois même nuisible à son développement.

2.5.7 Les services en psychiatrie infantile

Les services en psychiatrie infantile dans la région L-L sont dispensés par différents types de structure: des cliniques externes, des centres de jour et plus particulièrement dans la sous-région De Lanaudière, un centre interne*, au CHRDL, pour les enfants présentant une pathologie sévère.

Les cliniques externes en psychiatrie infantile sont situées à Ste-Agathe (CH Laurentien)**, à St-Jérôme et à Ste-Thérèse (Hôtel-Dieu de St-Jérôme)** pour la sous-région des Laurentides. Dans celle De Lanaudière, elles se retrouvent à Joliette et à Repentigny (CHRDL)**. Les centres de jour sont situés à St-Jérôme et à Joliette.

Les services offerts par les cliniques externes de psychiatrie infantile sont d'ordre curatif. Suite à l'évaluation du problème par une équipe multidisciplinaire, on propose des alternatives de thérapie individuelle et/ou familiale (à court, moyen ou long terme), ou, s'il y a lieu, les services du centre de jour.

Il faut cependant souligner une initiative à caractère préventif qui a lieu au CHRDL. Un pédopsychiatre avec l'équipe soignante du département de pédiatrie travaille au développement d'une approche préventive en santé mentale.

2.5.7.1 Les secteurs de CLSC couverts par les cliniques externes

Pour la sous-région des Laurentides, les cliniques à St-Jérôme et à Ste-Thérèse ne desservent que la population de la zone du CLSC correspondante. Les secteurs de Lachute et de St-Eustache n'ont pour toute ressource que l'Institut Prévost, affilié à l'hôpital Sacré-Coeur à Montréal et, par conséquent, moins accessible.

---

* Les enfants âgés de moins de 5 ans seraient peu nombreux à être hospitalisés, comparativement aux enfants de plus de 5 ans.

** Les cliniques externes de psychiatrie infantile sont rattachées au CH cité.

Pour la sous-région De Lanaudière, les secteurs de CLSC desservis par la clinique à Joliette sont: Joliette, Brandon et Berthier. La clinique située à Repentigny dessert les territoires des CLSC Jolimont et Lamater et, du point de service du DSC à l'Assomption-Repentigny. Dans cette sous-région, comme dans celle des Laurentides, un secteur, celui de Terrebonne, ne peut bénéficier des services de clinique externe en psychiatrie infantile mise en place dans la sous-région De Lanaudière.

2.5.7.2 Les ressources en clinique externe

C'est suite aux commentaires d'intervenants en CLSC qui mentionnaient un manque de ressources en psychiatrie infantile pour certains secteurs, que nous avons cru nécessaire de connaître la composition des équipes en clinique externe. Le tableau 2.21 nous démontre les différentes ressources ainsi que le nombre de ces ressources pour chacune des cliniques de la région L-L.

Tableau 2.21

Distribution des ressources professionnelles en clinique externe de psychiatrie infantile, selon le point de service du CH, sous-région, région L-L, 1983-1984

CH AVEC CLINIQUE EXTERNE EN PSYCHIATRIE INFANTILE ET POINT DE SERVICE / RESSOURCE	SOUS-RÉGION LAURENTIDES				SOUS-RÉGION DE LANAUDIÈRE			RÉGION L-L
	LAURENTIDES	HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME		SOUS-TOTAL	CHRDL		SOUS-TOTAL	TOTAL
		A ST-JÉRÔME	A ST-THÉRÈSE		A REPENTIGNY	A JOLIETTE		
Pédopsychiatres								
- Temps complet	-	-	1	1	-	-	-	1
- Temps partiel	1	2	-	3	1	1	2	5
Psychologues[1]	-	2	2	4	1	2	3	7
Orthophonistes[1]	-	2	1	3	1	-[2]	1	4
Travailleurs(ses) sociaux(ales)[1]	-	1	1	2	1	1	2	4
Infirmières[1]	1	1	1	3	1	1	2	5

(1) L'ensemble de ces ressources professionnelles travaillent à temps complet.

(2) La ressource en orthophonie indiquée pour le point de service à Joliette répond aussi aux besoins de la clientèle du point de service de Repentigny.

Source:
Service de clinique externe en psychiatrie des CH de la région L-L.

De ce tableau, il s'avère que la sous-région Des Laurentides semble plus favorisée, ayant 13 ressources de disciplines différentes à temps complet comparativement à 8 sans celle De Lanaudière. Ce n'est vraisemblablement pas le nombre de cliniques qui fait la différence (3 vs 2) puisque la clinique de Ste-Agathe n'a pour toutes ressources qu'une infirmière à temps complet et un pédopsychiatre à temps partiel. Notons particulièrement la présence d'un pédopsychiatre à temps complet à la clinique de Ste-Thérèse et de trois orthophonistes à temps complet dans la sous-région des Laurentides par rapport à une seule dans celle De Lanaudière.

2.5.7.3 Les listes d'attente aux cliniques

Dans le cadre de notre relevé, nous avons voulu connaître l'importance des listes d'attente aux différentes cliniques de psychiatrie infantile de la région. Il faut d'abord préciser que les cas dits urgents dans les deux sous-régions, tel un milieu familial en état de crise, un individu ayant effectué une tentative de suicide, etc., seront vus en priorité, modifiant alors les listes d'attente. De plus, les cas en attente sont réévalués régulièrement afin de pouvoir agir rapidement advenant une détérioration importante de ces cas.

Les listes d'attente, pour les cliniques de la sous-région des Laurentides, varient d'un mois à la clinique de Ste-Agathe, à trois mois pour celles de St-Jérôme et de Ste-Thérèse. L'attente pour les cliniques de la sous-région De Lanaudière est de deux à trois mois à la clinique de Joliette et d'environ douze mois pour celle de Repentigny.

2.5.7.4 Les centres de jour

Comme nous l'avons déjà souligné, les services d'un centre de jour peuvent être offerts selon le problème que présente l'enfant. Les deux centres de jour de la région L-L (à St-Jérôme et à Joliette) offrent un programme d'activités cliniques thérapeutiques dans lequel s'imbrique un programme pédagogique. Les centres fonctionnent 4 jours par semaine à St-Jérôme et 5 jours par semaines à Joliette et suivent le calendrier scolaire de la Commission scolaire correspondante. En 1984, les centres rejoignaient 78 enfants, dont 35 à St-Jérôme et 43 à Joliette; l'âge de ces enfants variait de $2\frac{1}{2}$ ans à 14 ans.

Le nombre de ressources à temps complet dans ces centres de jour est sensiblement identique d'une sous-région à l'autre, soit 15 par rapport à 16 en faveur de la sous-région De Lanaudière (tableau 2.22).

Tableau 2.22

Distribution des ressources professionnelles selon le Centre de jour en psychiatrie infantile, sous-région, région L-L, 1983-1984

RESSOURCE \ CENTRE DE JOUR EN PSYCHIATRIE INFANTILE	SOUS-REGION LAURENTIDES — A ST-JEROME	SOUS-REGION DE LANAUDIERE — A JOLIETTE	REGION L-L — TOTAL
Pédagogues ou orthopédagogues	4	5	9
Educateurs de groupe ou psychoéducateurs	3	4	7
Puéricultrices	-	1	1
Infirmières	4	6	10
Psychiatres	1	1(1)	2
Educateurs spécialisés	3	-	3

(1) Seul le psychiatre exerçant au Centre de jour de Joliette est à temps partiel.

Source:
Coordonnatrice du service de psychiatrie infantile des CH de la région L-L.

Malgré beaucoup d'efforts de la part des gens du milieu pour démystifier l'utilisation des services psychiatriques, ceux-ci n'en restent pas moins un dernier recours. Les parents consultent en psychiatrie avec leurs enfants après avoir tout essayé. Malgré tout, les demandes sont nombreuses et les ressources en place ne suffisent pas à la tâche.

Nous ne pouvons terminer cette partie sans aborder, même très sommairement, l'accessibilité des services psychiatriques pour les parents eux-mêmes. En général, si le problème vécu est en relation directe avec l'enfant (par exemple: dépression post-partum), il est possible de recevoir les services en psychiatrie infantile. Mais si les problèmes sont d'un tout autre ordre, le(s) parent(s) doit(vent) avoir recours aux services externes ou internes de la psychiatrie adulte. Quoi qu'il en soit, si un des parents a des désordres psychiatriques, cela n'est pas sans bouleverser l'équilibre familial. La famille a besoin d'un soutien important, que ce soit au niveau moral, organisationnel (par exemple: gardiennage) ou autres. Il nous semble qu'il y aurait avantage à créer des liens entre les services de psychiatrie infantile et pour adulte et, ceux de périnatalité, santé maternelle et infantile qui souvent se connaissent peu ou mal et qui pourraient fort bien se compléter.

2.5.8 Les services en orthophonie-audiologie

Plusieurs intervenants nous ont déjà communiqué leurs difficultés et celles des familles face au manque de ressources en orthophonie et en audiologie dans la région. Le tableau 2.23 illustre cette pénurie en nous démontrant le nombre de postes en orthophonie-audiologie dans la région L-L selon le CH.

Tableau 2.23

Distribution des ressources en orthophonie et en audiologie selon le CH, sous-région, région L-L, 1983-1984

	SOUS-REGION LAURENTIDES	SOUS-REGION DE LANAUDIERE	REGION L-L
RESSOURCE EN ORTHOPHONIE ET EN AUDIOLOGIE / CH	HOTEL-DIEU DE ST-JEROME	CHRDL	TOTAL
Orthophonistes			
- *Soins généraux*	-	1,6	1,6
- *Psychiatrie infantile*	3	1	4
Audiologistes	2(1)	2(1)	4(1)

(1) *Ce chiffre inclut la ressource en audiologie du DSC, dont la fonction relève de la planification et de la programmation et non des services directs à la clientèle.*

Sources:
- *Service d'audiologie de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme.*
- *Service de clinique externe en psychiatrie infantile de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme.*
- *Service de psychiatrie infantile du CHRDL.*
- *Paré, L., "Les services en orthophonie pour les enfants de 0-12 ans sur le territoire de Lanaudière - analyse de besoins", DSC du CHRDL, 1984*[52].

2.5.8.1 Situation de la sous-région des Laurentides

Le tableau nous indique la présence de trois postes d'orthophonistes dans cette sous-région. Ces orthophonistes exerçent en clinique externe de psychiatrie infantile de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme (deux à St-Jérôme, un à Ste-Thérèse). Il y a, de plus, deux postes en audiologie (un en milieu clinique et un en prévention au DSC).

Au service d'orthophonie des cliniques externes en psychiatrie infantile, on accepte de traiter ou de suivre les enfants avec des problèmes de langage selon les deux conditions suivantes:

- que le problème de langage ne soit pas d'origine organique (exemple: fissure palatine, problème de surdité, problème lié à une déficience mentale, malocclusion dentaire, etc.)

- que les parents de l'enfant acceptent l'évaluation et la prise en charge par l'équipe multidisciplinaire.

L'équipe qui évalue les problèmes de l'enfant se compose habituellement de deux ou trois thérapeutes: orthophoniste, psychologue, infirmière. On passerait en priorité l'enfant de 3 à 4 ans qui présente un problème de bégaiement ou celui qui démontre un retard sévère de langage et/ou de parole. Les listes d'attente aux points de service de St-Jérôme et de Ste-Thérèse peuvent varier de trois à sept mois.

A l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, le service d'audiologie en milieu clinique est assuré par deux audiologistes à temps partiel; ce qui équivaut à une ressource à temps plein. Ce service en milieu clinique doit répondre aux besoins de toute la sous-région. Il n'existe pas dans ce cas-ci de clientèle prioritaire. La liste d'attente est généralement d'environ trois semaines.

2.5.8.2 La situation de la sous-région De Lanaudière

Concernant la sous-région De Lanaudière, il existe 2,6 postes d'orthophoniste au CHRDL (1,6 en soins généraux et une en clinique externe de psychiatrie infantile) et 1,0 poste à la Commission scolaire Berthier d'Autray pour leurs classes de maternelle 4 ans. Il existe aussi deux postes en audiologie (un en milieu clinique au CHRDL et un en prévention au DSC).

Contrairement aux services en orthophonie offerts en clinique externe de psychiatrie infantile de la sous-région des Laurentides, la seule orthophoniste exerçant dans ce cadre n'accepte de suivre que des cas nécessitant des soins psychiatriques. C'est au niveau du service d'orthophonie en soins généraux au CHRDL que l'on priorise les enfants âgés de 0 à 5 ans. La liste d'attente dans ce service est en moyenne d'un an.

En ce qui a trait au service d'audiologie en milieu clinique, il existe aussi, ici, qu'une seule ressource qui doit répondre aux besoins de la clientèle pour toute cette sous-région.

2.5.9 Les services aux personnes handicapées

Mis à part les structures provinciales telles que l'Association de la paralysie cérébrale du Québec, notre région bénéficie de d'autres ressources pouvant venir en aide aux personnes handicapées et/ou aux parents de ces dernières.

Pour la région L-L, on connaît les institutions officielles comme Le Bouclier - pour les personnes handicapées physiques - avec son bureau régional à St-Jérôme et un siège social à Joliette, et la Maisonnée Laurendière - pour les personnes handicapées mentales - avec ses centres de jour situés à Ste-Thérèse et à Joliette. Autres que ces deux établissements, différentes structures ont vu le jour dans chacune des sous-régions afin d'aider les personnes handicapées dans leur intégration et dans la défense de leurs droits. Voici une liste non exhaustive de ces organisations par sous-région.

- Dans la sous-région des Laurentides

  . Le Regroupement pour la concertation des personnes handicapées des Laurentides

  . L'Association des parents d'enfants handicapés des Basses-Laurentides

  . Répit dépannage (Ste-Thérèse)

  . Libellule Blainville-Deux-Montagnes Inc.

  . Le projet Maternelle-maison pour enfants handicapés de 4 ans (Commission scolaire des Laurentides, Ste-Agathe)

- Dans la sous-région De Lanaudière

  . La table de concertation régionale des Associations des personnes handicapées De Lanaudière

  . L'Association des handicapés

  . Les Amis du Tournesol (Mascouche)

  . L'Association des parents d'enfants handicapés (St-Roch)

  . L'Association des parents d'enfants handicapés mentaux

  . Le service de transport adapté (pour Joliette et ses environs)

  . Le projet Au coeur de la santé mentale (Joliette).

Même si la société se préoccupe maintenant davantage du sort et de l'intégration des handicapés physiques ou mentaux, certains problèmes demeurent sans solution. Le problème de transport en région rurale et semi-rurale prend une importance quasi quotidienne; par exemple, pour la Maisonnée Laurendière ce service est constamment menacé en raison du manque de soutien financier du gouvernement. Qu'adviendra-t-il de leur clientèle sans ce service de transport? C'est le même problème pour les handicapés physiques qui bénéficient d'un transport adapté pour le Joliette-Métropolitain, mais d'aucun service pour le milieu rural.

Il existe sur le territoire plusieurs organismes ou associations où chacun possède sa propre couleur et sa propre originalité dans sa façon de combler les différents besoins de cette clientèle. Depuis plusieurs années, ils ont mis beaucoup d'énergie à se doter de mécanismes de concertation. Les organismes de santé communautaire devraient leur apporter un soutien à plusieurs niveaux, afin de répondre du mieux possible aux besoins des enfants handicapés.

2.5.10 Des activités favorisant le développement de la *compétence parentale*

Selon Jean-François Saucier (1982), les parents *compétents* sont des individus qui sont en mesure de répondre aux besoins physiques et psychologiques qui accompagnent le développement de l'enfant(53). Cette compétence évoluera dans le temps, considérant qu'elle doit s'adapter au fur et à mesure que la capacité de l'enfant à répondre à ses propres besoins, grandit.

Il est acquis que les parents jouent un rôle central dans la promotion et le développement de la santé de leurs enfants. Bien que ce rôle soit naturel - quoique complexe - de plus en plus de parents aujourd'hui expriment leur insécurité et demandent de l'aide face à leur tâche d'élever et d'éduquer les enfants. Cette aide peut être dispensée par un professionnel du réseau des services publics ou privés, dans le cadre de consultation individuelle, mais aussi par l'entremise de groupe. Nous nous attarderons, ici, à décrire certaines activités offertes dans la région par des établissements du réseau des Affaires sociales ou du ministère de l'Éducation qui rejoignent des groupes de parents désireux d'accroître leur *compétence parentale*.

2.5.10.1 Des expériences en CLSC

a) CLSC des Trois-Vallées

Depuis l'automne 1983, au CLSC des Trois-Vallées, on organise des séries de rencontres éducatives parentales. Quatre séries de rencontres ont déjà été dispensées. Elles se sont déroulées à Ste-Agathe et à St-Jovite.

Selon Monique Boissonneault (1983), organisatrice communautaire et animatrice de ces rencontres, le programme de rencontres éducatives parentales a comme objectif premier de "... favoriser de meilleures relations parents-enfants et conséquemment un meilleur développement de l'enfant de 0 à 5 ans"(54). Le programme comprend onze rencontres. On y aborde, entre autres choses, les thèmes suivants: la communication verbale et non verbale de l'enfant, les attitudes parentales pouvant faciliter chez l'enfant une saine découverte de son corps, les attitudes et comportements de nature à répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant.

b) CLSC Ste-Thérèse

Au printemps 1984, la psychologue du CLSC Ste-Thérèse, affectée au programme de Péri-SMI, organisait une série de cinq rencontres pour des parents ayant des difficultés d'adaptation avec leurs jeunes enfants. Les thèmes discutés aux rencontres n'étaient pas prédéterminés et les sujets de discussion se sont précisés avec les participantes. Cette récente initiative a permis de rejoindre huit mères de famille.

2.5.10.2 Des expériences au sein des commissions scolaires

a) Le service d'éducation des adultes

Les services d'éducation des adultes de quatre commissions scolaires de la sous-région des Laurentides, et de trois dans celle De Lanaudière offrent différents cours pouvant aider les parents dans le rôle qu'ils ont à jouer auprès de leurs enfants. Les titres de ces cours sont, par exemple:

- Parents efficaces
- Relations parents-enfants
- Comment jouer avec ses enfants
- Grandir avec les bouts de choux

- Des moyens pour réussir l'éducation du jeune enfant de 0 à 5 ans

- Sensibilisation à la vie familiale

- Famille monoparentale.

Ces cours sont habituellement des séries de dix à quinze semaines. En 1984, le coût de ces séries variait de 20 $ à 30 $. Un nombre minimum de douze à quinze personnes est nécessaire pour qu'une série débute.

Les cours qu'offrent les commissions scolaires sont relativement populaires. Cette popularité fluctuerait d'une année à l'autre. Cependant, le cours s'adressant aux familles monoparentales a généralement peu de succès. Le nombre de séries de cours offerts par année, pour une commission scolaire, est relatif à la demande. La plupart des commissions scolaires essaie toutefois de décentraliser leurs services, afin de permettre aux parents des municipalités éloignées de bénéficier des mêmes services que ceux qui résident dans les municipalités plus populeuses.

b) Le programme Passe-Partout

Le programme Passe-Partout consiste en une animation auprès de parents d'enfants de 4 ans qui entreront à la maternelle l'année suivante. Ce programme est offert dans les milieux identifiés par le ministère de l'Education comme étant des zones défavorisées. Il semble que la population réponde bien à ce service. Ce sont les parents eux-mêmes qui choisissent les thèmes des rencontres. Les principaux objectifs de ces rencontres sont le développement d'une relation parents-enfants harmonieuses et la préparation de l'enfant à l'entrée scolaire. Les enfants et les parents inscrits à ce programme se rencontrent environ une fois par mois ou plus, dans le cas où les parents acceptent de prendre la responsabilité de ces rencontres.

2.5.11 Des ressources et organismes communautaires

Il est à déplorer que les ressources et les organismes communautaires soient souvent mal ou peu connus de la part des intervenants et de la population. Ces ressources savent pourtant répondre à des besoins authentiques de notre clientèle cible et même parfois mieux que les services du réseau public. Connaissant le soutien et l'aide que peuvent apporter ces organismes à la population, il nous a semblé important d'en faire mention tout au moins d'en énumérer quelques-uns.

- Dans la sous-région des Laurentides

  . Le centre Marie-Eve (St-Eustache)

  . Le Club des parents de jumeaux Laval-Laurentides (St-Eustache)

  . Le Mitan (Ste-Thérèse)

  . L'Association de gardiennage du Grand-Sainte-Thérèse (Ste-Thérèse)

  . L'Ombre-Elle (Ste-Agathe)

  . Parents uniques

  . Le Centre de la famille (St-Jérôme)

  . La Maison d'accueil de Prévost

  . Solidarité (Lachute)

- Dans la sous-région De Lanaudière

  . Le Collectif d'auto-santé des femmes De Lanaudière

  . Le Groupe de périnatalité De Lanaudière

  . Femmes-chefs de famille (Joliette)

  . L'Office de la pastorale familiale (Joliette)

  . La Maison d'accueil La Traverse (Joliette)

  . Le groupe Avec des elles (Brandon)

  . La Lèche

  . Parents anonymes

  . L'Association féminine d'éducation et d'action sociale.

2.6 LA COUVERTURE VACCINALE

La responsabilité de la couverture vaccinale de la population appartenait aux unités sanitaires, bien avant le sanctionnement de la loi provinciale qui instituait le réseau des DSC et des CLSC. Même si aujourd'hui l'infrastructure opérationnelle des CLSC est presque terminée, le DSC demeure responsable, de par la Loi sur la protection de la santé publique, du contrôle des maladies infectieuses au niveau sous-régional.

2.6.1 Quelques statistiques régionales

L'évaluation de l'état de la couverture vaccinale de la population fait partie de ce mandat de responsabilité. Selon les données disponibles pour chacun des DSC de la région, on nous rapporte d'excellents taux de vaccination complétés par maladies, pour les enfants à la maternelle et première année en 1982-1983, comme le démontre le tableau suivant.

Dans l'ensemble de la région, on présente des taux supérieurs à 80,0 % pour tous les types de vaccins. Entre les deux sous-régions, on note des taux légèrement supérieurs au sujet de la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons dans la sous-région De Lanaudière comparativement à celle des Laurentides.

Tableau 2.24

Taux brut[1] (pour 100 enfants) de vaccination complétée par maladie, chez les enfants de maternelle et de première année, sous-région, région L-L, 1982 1983

TERRITOIRE \ MALADIE	DIPHTERIE COQUELUCHE TETANOS	POLIOMYELITE	ROUGEOLE	RUBEOLE	OREILLONS
SOUS-REGION LAURENTIDES[2]	81,4	81,3	89,8	88,4	87,9
SOUS-REGION DE LANAUDIERE	81,7	81,4	92,5	97,2	92,1
REGION L-L	81,5	81,4	91,1	90,3	89,9

(1) Le taux brut se calcule de la façon suivante:

$$\frac{\text{Le nombre d'enfants ayant reçu une vaccination complète pour un groupe de maladie donnée}}{\text{Le nombre d'enfants constituant la population totale visée.}} \times 100 =$$

(2) Les données de vaccination pour le secteur de Ste-Adèle sont exclues du calcul du taux brut pour la sous-région des Laurentides.

Sources:
- Données préliminaires de l'étude (à paraître) de l'évaluation du programme de la couverture vaccinale chez les jeunes en 1982-1983 du DSC de l'Hôtel Dieu de St-Jérôme.
- "Relevé de l'état de vaccination", DSC du CHRDL, 1982 1983.

2.6.2 L'organisation des cliniques d'immunisation dans la région L-L

Regardons maintenant l'organisation des cliniques d'immunisation dans la région. Quel que soit le secteur, nous sentons un souci constant de rejoindre toute la clientèle du territoire. Toutefois, les moyens utilisés pour atteindre cet objectif diffèrent à certains endroits. Par exemple, les secteurs du point de service de L'Assomption-Repentigny et du CLSC Lamater dans la sous-région De Lanaudière ont récemment centralisé leurs cliniques d'immunisation alors que les cliniques sont décentralisées partout ailleurs.

Dans la plupart des endroits, on convie la population selon un système de rendez-vous. Certaines exceptions subsistent cependant: sous-région des Laurentides, au CLSC de St-Jérôme et au point de service du DSC de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme à Lachute où le système n'est pas généralisé à toutes leurs cliniques, et pour la sous-région De Lanaudière, aux CLSC de Brandon, de Berthier et de Jolimont.

Les cliniques d'immunisation se déroulent généralement durant le jour. Aux points de service du DSC du CHRDL (Assomption-Repentigny et Joliette) et au CLSC Lamater, on offre des cliniques en soirée.

2.6.2.1 Les activités rattachées aux cliniques d'immunisation et les intervenants impliqués

Les activités rattachées aux cliniques d'immunisation sont les suivantes:

- questionnaire-santé prévaccination
- courbe de croissance
- informations répondant aux questions des parents, par exemple, sur l'alimentation de l'enfant
- quelques critères de dépistage (visuel et auditif) peuvent être fournis (par écrit ou verbalement).

Ce sont les infirmières du programme de santé maternelle et infantile* qui ont la responsabilité des cliniques d'immunisation. Toutefois, lors des cliniques de dépistage** pour les enfants de 4 à 5 ans, cette responsabilité peut être partagée avec les

---

* Ainsi que les infirmières en périnatalité, là où les programmes Péri-*SMI sont* intégrés. Se référer au tableau 2.18.

** Se référer à la section 2.5.4.

infirmières du programme de santé scolaire. C'est le cas, par exemple, au CLSC Jean-Olivier Chénier, au CLSC St-Jérôme, au point de service du DSC du CHRDL de l'Assomption-Repentigny.

A certains endroits, d'autres professionnels(les) peuvent être impliqués(es) à ces cliniques. Des hygiénistes dentaires y participent, par exemple, au CLSC Jean-Olivier Chénier et au CLSC Lamater (durant le mois d'avril - mois de la santé dentaire). Particulièrement au CLSC Jolimont, un travailleur social et/ou un médecin peuvent être présents aux cliniques afin de répondre à des besoins particuliers de consultation.

En santé communautaire, nous avons la responsabilité d'assurer la protection de la population contre les maladies infectieuses. Le programme d'immunisation s'adresse principalement aux jeunes enfants de 2 mois à 5 ans de sorte que c'est surtout le personnel oeuvrant en Péri-SMI qui en a la réalisation. Or, les cliniques d'immunisation mobilisent une grande partie du temps de ces intervenants. Par conséquent, il est difficile de viser à la fois le support aux familles en devenir et la couverture vaccinale. Nous considérons cette situation comme problématique. Actuellement, nous n'avons aucune piste de solution mais nous croyons que l'on devra se pencher sur ce problème et être suffisamment novateur pour songer à une façon différente de procéder.

2.7 L'EDUCATION SANITAIRE

Cette tâche d'éducation sanitaire que se sont donnés les organismes communautaires se veut un moyen de remplir le mandat très vaste de la promotion de la santé. Il se fait de l'éducation sanitaire depuis de nombreuses années et ce concept se situe dans un contexte en pleine évolution. Toutefois, nous devons nous demander si nous nous attaquons aux vrais problèmes et si nous utilisons les moyens adéquats pour les réduire. Ronald Labonté et Suzanne Penfold (1981) affirment que nos programmes de santé:

> "... ont faussé le débat en passant complètement sous silence une foule de facteurs autrement plus déterminant sur l'état de santé, à savoir la pauvreté, l'inégalité des sexes, le racisme, les risques professionnels et la dégradation de l'environnement par la pollution industrielle... Lorsqu'on insiste tant sur la responsabilité individuelle dans les programmes de promotion de la santé, on contribue à jeter le voile sur le contexte social dans lequel s'exerce les choix personnels."(55).

L'exemple de Marc Renaud (1981) nous fait mieux comprendre cette citation:

> "Toutes les campagnes de contre-publicité qui existent à l'heure actuelle ou qui sont sur le point de démarrer, par rapport à la cigarette, l'alcool et l'alimentation, cherchent uniquement à changer les comportements des gens. Elles ne font aucun effort pour aider les gens à comprendre pourquoi ils se préoccupent peu de leur corps ou encore pour les aider à changer les conditions sociales et personnelles qui encouragent des attitudes pathogènes."(56).

Suite à ces constatations, il nous a semblé important dans le cadre de ce travail de nous questionner sur le cheminement du concept d'éducation sanitaire à l'intérieur du programme de Péri-SMI. Nous le ferons particulièrement en regard d'activités traditionnelles, c.-à-d. les cours prénatals et les visites à domicile. De même, nous discuterons du droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou allaitante et de la nécessité du développement de l'action communautaire.

Mais tout d'abord mentionnons deux définitions usuelles de l'éducation sanitaire, les rôles ainsi que les champs d'intervention de l'éducateur sanitaire.

2.7.1 Deux définitions de l'éducation sanitaire

Plusieurs auteurs ont tenté de définir l'éducation sanitaire. La définition classique en est la suivante:

> "L'éducation sanitaire est un processus qui vise à informer, motiver et aider la population à adopter et maintenir de saines habitudes de vie, à promouvoir les modifications à l'environnement facilitant ainsi l'acquisition de ces habitudes et à stimuler la formation professionnelle et la recherche dans cette optique." (Somers, 1976)(57).

Michel O'Neil (1983), un des rares chercheurs en promotion de la santé au Québec, la définit comme suit:

> "Toute action, incitative ou coercitive, quel qu'en soit le destinataire (population, groupes particuliers) et quel qu'en soit l'agent (professionnels ou autres), qui vise à changer une habitude de vie ou même l'environnement dans lequel une habitude de vie s'est développée."(58).

2.7.2 Les rôles et les champs d'intervention de l'éducateur sanitaire

L'éducateur sanitaire devrait viser non seulement le changement de comportement chez un individu mais aussi des modifications du contexte social dans lequel cet individu évolue. Selon David Randall (1981), les éducateurs ont deux rôles primordiaux et complémentaires à jouer dans l'évaluation des besoins (en éducation sanitaire): comme chercheurs et comme promoteurs du développement communautaire.(59)

Dans son article sur la promotion de la santé, Jean-Paul Fortin (1983) souligne que l'éducation sanitaire vise autant les professionnels que leurs *clientèles* existantes ou potentielles. Il précise de plus que:

> "... les champs d'intervention de l'éducation sanitaire sont aussi très vastes car ils touchent non seulement les secteurs traditionnels de l'alimentation, du tabagisme et des drogues... mais aussi ceux de la violence, la délinquance ainsi que des différentes raisons amenant des individus à faire des choix dans l'utilisation qu'ils font des services de santé."(60).

2.7.3 De l'enseignement magistral au *Coffee-tea*

Depuis quelques années, certains mouvements sociaux ont entraîné une conscientisation des femmes et/ou des couples de leurs besoins et de leurs droits. Il nous a fallu remettre en question la forme magistrale des *cours* prénatals pour utiliser la formule de *rencontres* prénatales. Transmettre de l'information est un des aspects de l'éducation qui ne réussit pas, à lui seul, à induire un changement de comportement. Ces revendications nous amènent à passer d'une éducation sanitaire de type autoritaire à une éducation de soutien et tournée vers l'environnement social. Les femmes réclament une intervention éducative dirigée vers l'autonomie de la femme et du couple. Il nous faut donc évoluer vers une approche plus respectueuse de la démarche des gens. (Martin et Ouellet, 1983)(61).

Les cours prénatals sont souvent remis en question. Les préoccupations des intervenantes ont changé en même temps que les besoins de la clientèle se sont affirmés. Une nouvelle approche s'est amorcée: on tente de passer du rôle de *chargée de cours* à celui *d'animatrice* prenant pour acquis que les gens ont les réponses à leurs problèmes et sont capables de partager leurs connaissances. Pour les groupes de multipares par exemple, les cours débutent par l'expression des besoins des gens et non plus par un exposé magistral d'un *plan d'enseignement*; plusieurs infirmières avouent cependant leur difficulté à utiliser cette approche avec les groupes de primipares. Il nous semble que si les intervenantes partaient des besoins réels des gens pour

véhiculer l'information préventive et les amenaient à jouer un rôle actif de participation, elles leur faciliteraient la reprise du pouvoir sur leur propre santé et leur permettraient de se soutenir les unes les autres dans les modifications de comportement qu'ils désireraient adopter.

> "Mais, malgré les prises de position en faveur des *rencontres* prénatales, on peut se demander si les intervenantes ont reçu le soutien voulu pour acquérir des attitudes et des habiletés qui les rendraient aptes à utiliser davantage le groupe comme moyen d'apprentissage. La densité sans cesse grandissante du message sanitaire à transmettre (accouchement conscient puis habitudes de vie et dernièrement, autonomie en regard des soins à l'accouchement) permet-elle à l'intervenante de laisser les gens s'exprimer sur ce qui les préoccupe?...". (Martin et al., 1984) (62).

Il n'en demeure pas moins que la principale activité de prévention (sinon la seule) pour les femmes enceintes présentant des difficultés particulières demeure toujours les cours prénatals à l'intérieur desquels on est axé prioritairement sur l'information et on a négligé de mettre sur pied des moyens pour aider la population à modifier ses habitudes de vie. Or ces habitudes découlent d'un mode de vie adapté au milieu de vie et à l'organisation sociale. Le résultat observé est que seules les personnes déjà sensibilisées profitent de cette information. On a aussi tellement centré nos interventions sur le changement de comportement individuel, qu'on a fait "... de la santé une question qui dépend d'abord et avant tout du mode de vie de chaque individu." (Labonté et Penfold, 1981) (63).

Marc Renaud (1981) nous le rappelle lorsqu'il dit: "Faire porter à l'individu tout le poids de sa santé, c'est précisément faire croire que le besoin humain est indépendant de l'environnement, que l'individu est suffisamment fort pour être sain dans une société malade." (64).

Dire aux gens que le tabagisme est nocif à leur santé est une chose, mais que faisons-nous pour les soutenir si par bonheur ils sont convaincus de cesser de fumer? Depuis plusieurs années, nous participons à des campagnes de lutte contre l'usage du tabac. Quel en a été l'impact sur la population de notre territoire? Il est difficile de le dire puisqu'aucune évaluation n'a été prévue. De plus, ces campagnes tiennent très peu compte de l'environnement et des valeurs de l'individu. Lorsqu'en période prénatale nous donnons l'information sur les effets du tabac sur le foetus, sans pour autant aider la femme à trouver un moyen pour cesser de fumer, nous ne faisons que la culpabiliser en lui passant de façon implicite le message qu'elle est une mauvaise mère.

Si nous voulons vraiment aider la femme et son bébé à être en santé, il nous faudra tenir compte non seulement de sa motivation à cesser de fumer, mais aussi du milieu dans lequel elle vit, des valeurs qui y sont véhiculées et du réseau de support (conjoint, familial ou autres) sur lequel elle pourrait compter. A notre connaissance, sans avoir fait un relevé exhaustif, il existe peu de groupes de support pour cesser de fumer dans notre région. Nous connaissons un groupe dans le secteur du CLSC Lamater. Par ailleurs, les CLSC Jean-Olivier Chénier et celui de Jolimont offrent le programme "Vivre mieux sans fumer".

Le même problème se répète lorsque nous informons les gens sur les principes d'une bonne alimentation durant la grossesse. On reconnaît de plus en plus l'importance de la promotion de saines habitudes alimentaires dans la prévention de la naissance de bébés de petit poids. La clientèle reconnue la plus à risque est celle des adolescentes enceintes et les femmes de milieux dits *défavorisés*. Pourtant, c'est justement cette clientèle que nous rejoignons difficilement par la formule des cours prénatals. De plus, comment sensibiliser les gens à faible revenu à l'importance d'une bonne alimentation lorsque "... les aliments supplémentaires nécessaires durant la grossesse augmentent la facture d'épicerie de 12,0 %"? (Comité consultatif fédéral-provincial de la promotion de la santé, 1983)(65).

Si nous ne rejoignons pas la clientèle défavorisée, c'est peut-être "... relié au fait que les cours sont le produit culturel de professionnels dont les modes de vie et les habitudes d'apprentissage diffèrent de ceux des gens des milieux populaires." (Martin et Ouellet, 1983)(66).

Il devient donc évident qu'un programme comme celui de la périnatalité se doit de dépasser la notion de *cours prénatals* et inclure un ensemble d'activités et de mesures préventives susceptibles de rejoindre les besoins diversifiés de la population. "Notre erreur, il y a cinq ou six ans, a sans doute été de mettre *tous nos oeufs dans le même panier*, et de limiter la prévention à cours." (Roy et al., 1983)(67).

2.7.4 Conscientiser les femmes mais aussi la collectivité aux risques liés à l'environnement et à un droit acquis; le retrait préventif

Les risques à la santé dans les différents secteurs de travail sont d'ordre chimique, physique, biologique ou psychosocial (agents de stress). La femme enceinte et son foetus s'avèrent plus vulnérables à certaines expositions de par les changements physiologiques reliés à la grossesse (ex.: accélération du rythme respiratoire, augmentation du volume sanguin, etc.).

Il est effectivement démontré que l'exposition à certains contaminants peut compromettre leur santé et ce, à des moments différents, dépendamment du type de risque en jeu. Par exemple, les risques d'ordre chimique sont présent dès la fécondation, les risques ergonomiques pour leurs parts, se présentent surtout durant le troisième trimestre. Certains contextes ou certaines conditions de travail sont connus plus problématiques que d'autres:

> "En France, on a mis en relation la charge de travail et la prématurité... D'autres études ont montré que le personnel des salles d'opérations courait un risque accru d'avortements spontanés. Des travaux suédois suggèrent qu'il y aurait un nombre plus grand de *malformations* chez les enfants des travailleuses de laboratoire." (Commandeur, 1983)(68).

Le système reproducteur masculin est tout aussi menacé que celui de la femme par certaines conditions de travail telles: l'exposition à des agents chimiques pouvant avoir sur sa progéniture des effets mutagènes (matériel génétique modifié), tératogènes (qui empêche le développement normal du foetus) ou cancérogènes (développement de tumeurs chez le foetus). De plus, des études sur des sujets de sexe masculin ont mis en évidence plusieurs effets directs sur leur capacité et leur système de reproduction tels: une baisse de libido, l'impuissance, la production de spermatozoïdes de forme anormale, etc. La majorité de tous ces effets néfastes semblent liés à des facteurs chimiques et physiques. Cependant, ces facteurs biologiques et psychosociaux peuvent aussi avoir un effet négatif sur le système reproducteur de l'homme et de la femme. (Miller-Chénier, 1982)(69).

Actuellement, des recherches sur les effets de certaines expositions sur la fécondité humaine se poursuivent, car plusieurs autres dangers sont soupçonnés mais non prouvés.

Au Québec, la Loi sur la santé et la sécurité du travail (loi 17) protège la travailleuse enceinte et celle qui allaite si leurs conditions de travail comportent certains dangers. C'est le premier janvier 1981 qu'entrait en vigueur le droit au retrait préventif. De ce fait:

> "... lorsqu'un milieu de travail est insalubre ou qu'une tâche est trop exigeante au point d'être une entrave à la maternité, le retrait préventif de la travailleuse enceinte devient alors applicable et se révèle un des plus grands acquis que la travailleuse ait pu obtenir au cours des dernières années." (Tremblay, 1981)(70).

En 1981 et 1982, la Commission de la santé et sécurité au travail (CSST) était très large dans l'acceptation des demandes de retrait préventif. Toutefois, depuis 1983, la mise en application des règlements est beaucoup plus sévère et restrictive.

Dans la sous-région De Lanaudière, selon un bilan datant de 1982, les demandes de retrait préventif proviennent majoritairement du milieu médical et social, milieux qui semblent les mieux informés. Les risques les plus fréquents sont ceux de type ergonomique et très peu de demandes touchent les risques d'exposition à des produits chimiques (Filiatrault et Hamel-Fortin, 1983)(71). Pour la sous-région des Laurentides, la situation serait similaire.

Dans les deux sous-régions, en ce qui concerne l'acheminement de ces demandes, il semble que les médecins soient mieux informés sur les procédures à suivre. Par ailleurs, on a de plus en plus tendance à demander la réaffectation temporaire de la travailleuse à un poste qui soit plus sécuritaire. Toutefois, ce mandat est difficile à remplir, les difficultés se présentant à deux niveaux: soit celui de l'employeur qui voit la productivité du personnel menacée, soit celui du syndicat qui veut protéger ses membres d'une polyvalence exagérée.

La plupart des travailleuses, dites à risque, se retrouvent dans des secteurs de travail non syndiqués. De plus, ces travailleuses sont souvent peu informées de leurs droits et menacées de perdre leur emploi si elles se prévalent du retrait préventif. Malheureusement, les secteurs prioritaires identifiés* par la CSST pour tenter l'amélioration des conditions de travail sont des secteurs où les femmes sont en infime minorité. Les établissements employant le plus grand nombre de femmes, c.-à-d. les secteurs de la bonneterie, de l'habillement et des services médicaux et sociaux, sont au dernier rang des priorités**. Nous ne pouvons donc nous attendre à des changements dans un avenir rapproché. Tel que l'affirme Suzanne Tremblay (1981), même si le retrait préventif est "... un outil nécessaire, il n'en demeure pas moins incomplet s'il n'est pas intégré à une politique globale d'élimination à la source même des dangers pour la santé en milieu de travail."(73).

---

* Les secteurs d'activités économiques prioritaires, en l'occurrence le Groupe I et II, ont été déclarés prioritaires en 1980 et 1981, puis désignés par règlement en 1982-1983. C'est en tenant compte de la gravité, de la fréquence des lésions professionnelles et des risques pour la santé qu'on a priorisé ces secteurs d'activités. (CSST, 1984)(72).

** L'annexe VIII démontre la distribution du nombre d'établissements et d'employés par groupe de secteurs de travail (selon l'ordre de priorité) pour la région L-L en 1981.

Si beaucoup d'énergies furent déployées afin de faire connaître cette Loi et ses exigences, cette problématique ne doit pas nous faire oublier que la femme enceinte qui travaille à la maison peut aussi être exposée à certains risques* chimiques (décapant de meubles, peinture, etc.), ergonomiques (soulèvement de poids, station debout prolongée, etc.), physiques (accidents, bruits, etc.) ou psychosociaux (charge affective, exiguité avec enfant(s), etc.). Il semble que les femmes soient peu informées de ces risques et des moyens de les éviter.

Donc, afin de bien remplir notre tâche en éducation sanitaire, il nous faudra continuer à conscientiser les femmes sur les risques présents dans leur environnement et soutenir les travailleuses dans leur démarche de demande d'un retrait préventif. Il faut les sensibiliser, surtout aux agresseurs chimiques et physiques, afin qu'elles se prévalent de leur droit dès le début de la grossesse. Des efforts devront aussi se poursuivre pour sensibiliser les employeurs, les syndicats et les travailleuses(eurs) à l'importance de la santé. Il nous faut donc considérer "... que la protection et la promotion de la santé sont une affaire collective, impliquant non seulement la travailleuse enceinte ou qui allaite, mais aussi l'employeur et tous les travailleurs." (Tremblay, 1981)(74).

2.7.5 Un autre contexte propice à la transmission de messages de type culpabilisant

La visite à domicile s'avère un moyen privilégié pour rencontrer les gens dans leur milieu. Il est indéniable que cette activité répond aux besoins de certaines personnes que nous ne pouvons rejoindre autrement, mais nous permet-elle, à elle seule, d'atteindre nos objectifs d'éducation sanitaire?

Prenons par exemple les habitudes alimentaires de l'enfant et de ses parents. Nous savons que l'apprentissage alimentaire est étroitement lié non seulement au développement psychomoteur de l'enfant mais aussi à son développement social et affectif. Les aliments sont chargés d'émotions (ex.: imitation des parents, aliments-récompenses, manipulation des adultes, etc.) et les repas sont une activité sociale importante, tout ceci coloré par les valeurs du milieu de vie. Que dire alors des interventions qui ne visent qu'à informer les parents sur l'importance d'une alimentation équilibrée? Il ne faut pas oublier que "... ce n'est pas parce qu'on veut la vertu, qu'on l'adopte automatiquement." (O'Neil, 1983)(75). D'ailleurs, "... les gens qui acquièrent de meilleures connaissances changent rarement leur comportement: les habitudes de vie de la plupart des éducateurs sanitaires sont, à ce chapitre, révélatrices...". (O'Neil, 1983)(76).

---

* Se référer à l'annexe IX.

Alors, n'y aurait-il pas avantage à s'intégrer à la communauté et tenter de l'impliquer activement (ex.: étalage de sucreries chez le dépanneur remplacé par un étalage attrayant de fruits et légumes, participation à des fêtes populaires, collaboration avec les garderies pour former des agents multiplicateurs, etc.). De plus, il nous faudrait peut-être agir dans le contexte familial non seulement au niveau des connaissances de la mère, mais aussi au niveau de la dynamique familiale: sensibilisation du père à son rôle d'éducateur, promotion de bonnes relations parents-enfants. etc.

Mais, comment y parvenir lorsque nos visites rejoignent majoritairement les mères bien que le chômage nous permette de rencontrer occasionnellement les pères? Nous semblons convaincus de l'importance d'une responsabilité partagée entre les parents pour tout ce qui touche l'éducation des enfants; pourtant, lors de nos visites, nous n'atteignons que la mère, alourdissons sa responsabilité et s'il y a problème, augmentons son sentiment de culpabilité. Nos interventions semblent donc en contradiction avec nos approches.

Un exemple de ce malaise se retrouve dans les résultats de l'enquête Santé Canada (1978-1979) qui nous présentait des chiffres impressionnants sur la surconsommation de médicaments par les différents groupes d'âge. Nous apprenions que 59,0 % des enfants de moins de 5 ans consomment tous les jours des médicaments, surtout ceux contre le rhume et des vitamines (CASF, 1982)(77). "On estime que 70,0 % des enfants de trois à cinq ans ont reçu, au cours des trois premières années de leur vie une moyenne de 2,4 traitements à la tétracycline." (Mongeau, 1981)(78). Bien sûr les habitudes de consommation des parents sont en partie responsables de cette situation mais n'y a-t-il pas aussi une responsabilité médicale importante? N'y a-t-il pas aussi dans ce problème à la fois médical et social, des enjeux énocomiques importants pour l'industrie pharmaceutique?

Toujours selon l'enquête Santé Canada, nous apprenons que 50,0 % des femmes absorbent quotidiennement un médicament et qu'elles se distinguent principalement par leur consommation de psychotropes (Minguy, 1982)(79).

> "Si 43,9 % des gens âgés de 30 ans et plus ont reçu une ordonnance pour un médicament du système nerveux central, deux fois plus de femmes que d'hommes ont obtenu une prescription de *Valium*. Chez les personnes de 20 à 29 ans, la consommation de ce médicament est quatre fois plus élevée chez les femmes." (Minguy, 1982)(80).

Cette constatation s'avère non seulement le reflet de valeurs différentes mais aussi de situations stressantes, difficiles à vivre.

Trop souvent, la dépression, phénomène en hausse chez les femmes, vient s'ajouter à ce contexte. L'évolution actuelle de la société met celles-ci face à une redéfinition de leur rôle, situation qui entraîne bien souvent des relations difficiles entre hommes et femmes. Etre femme aujourd'hui "... c'est tenter d'échapper aux stéréotypes de la *bonne épouse* et de la *bonne mère*." (GRAFS, 1983)(81). Alors la femme vit souvent au coeur de conflits, d'ambivalences et de sentiments de culpabilité. Si nous n'intervenons qu'auprès des femmes sans tenir compte de leurs contextes de vie, de leurs entourages, nous ne faisons qu'augmenter leurs sentiments d'insécurité et d'impuissance.

D'après plusieurs études américaines, les chercheurs ont tracé un certain profil des utilisatrices de psychotropes.

> " Ce sont les femmes d'âge moyen, entre 30 et 59 ans, qui sont les plus susceptibles de consommer ces médicaments: elles s'avèrent souvent peu instruites, sont mariées, ne travaillent pas et ont des enfants à la maison; de plus, elles éprouvent des difficultés financières ou sont bénéficiaires de l'aide sociale." (Minguy, 1982)(82).

Selon Raymond P. Lorion (1978):

> "Même si elles sont très nombreuses à souffrir, les personnes pauvres ne constituent pas une catégorie de la population qui consulte énormément les professionnels en vue de régler leurs problèmes d'ordre psychologique. Et quand elles le font, elles ne reçoivent pas le traitement approprié, car les thérapies traditionnelles ont été conçues et développées de façon à rejoindre les clients de classe moyenne, instruits, capables de verbaliser facilement leurs problèmes et de raconter leur vie intime et personnelle." (GRAFS, 1982)(83).

De plus:

> "Il se pourrait que les femmes déprimées soient particulièrement susceptibles de développer une dépendance vis-à-vis de l'alcool et qu'elles soignent leur dépression avec de l'alcool et des tranquilisants mineurs, en guise d'auto-médication." (Nadeau, Mercier et Bourgeois, 1984)(84).

Le problème d'alcoolisme d'ailleurs semble prendre des proportions inquiétantes surtout chez les femmes qui travaillent à l'extérieur. Il apparaît aussi que les groupes aux deux extrémités de l'échelle sociale sont plus vulnérables que les femmes des classes moyennes.

Suite à ces propos, nous ne pouvons qu'ajouter ceci: même s'il s'agit de ne plus rejeter tous les torts sur la victime, cela ne veut pas dire pour autant de rendre la société entièrement responsable mais cette prise de conscience d'une responsabilité collective et sociale devrait nous permettre de relativiser notre message et réviser fondamentalement nos approches.

2.7.6 Un moyen d'intervention à explorer, l'action communautaire

Selon Frédéric Lesemann (1972):

> "... l'action communautaire affirme que le changement véritable et la condition d'efficacité d'un programme de santé communautaire passent par un processus de réappropriation et de contrôle par la population des conditions de production de la santé."(85).

Pour ce faire, il est essentiel que les intervenants soient à l'écoute des besoins exprimés par la population elle-même, et soient capables de livrer leur *savoir* à la communauté. Cette attitude remet donc en question le rapport de *pouvoir* instauré par l'intervenant à l'égard de la communauté.

Actuellement, certains CLSC de notre région se questionnent sur leur implication au niveau communautaire. En mars 1984, le CLSC des Trois-Vallées dans la sous-région des Laurentides produisait un document sur le sujet. Il en ressort que : "Le CLSC, par son intervention, peut contribuer à une démarche de chacun vers la prise en charge de ses propres valeurs, de ses propres intérêts par le biais de regroupement et du partage." (Alary et al., 1984)(86). Le CLSC définit l'intervention communautaire comme :"L'ensemble des actions concertées qui visent à susciter graduellement la prise en charge de la communauté et l'émergence d'outils collectifs destinés à améliorer la qualité de la vie des membres de cette communauté." (Alary et al., 1984)(87).

Une telle approche vise l'autonomie de la collectivité qui devra passer par la transmission des connaissances lesquelles doivent être partagées:

> "... de façon à amener les gens à redécouvrir leur pouvoir individuel et leur force de frappe collective, et à reprendre en main leur propre santé en étant conscients que c'est le contexte social, économique et le sexisme qui sont en grande partie responsables de notre piètre état de santé." (Labonté et Penfold, 1981)(88).

Suite au relevé des différents services publics, nous ne pouvons que constater qu'il se fait très peu d'action communautaire dans le cadre du programme de Péri-SMI, dans notre région. Soulignons toutefois, l'existence de *rencontres de cuisine* en période pré et postnatale, organisées par le CLSC Jolimont, visant l'émergence d'un réseau de soutien en postnatal et "Les Ateliers préscolaires", ayant cours à St-Gabriel de Brandon. Ces ateliers sont issus de demandes de parents en milieu rural, ressentant le besoin de briser l'isolement de leur jeune enfant de 4 ans. Ils ont comme objectifs la socialisation des enfants et la mise en contact des parents des enfants participants.

Malheureusement, pour plusieurs raisons (personnel peu conscientisé, manque de concertation face à la philosophie de l'action communautaire, coupures budgétaires, etc.), l'action communautaire dans la région L-L n'en est qu'à ses balbutiements. Ce moyen est très menaçant pour les intervenants qui se voient jouer un rôle pour lequel ils n'ont pas été préparés. Nous croyons souvent que l'action communautaire relève de l'utopie. Il nous faut reconnaître qu'il nous est parfois difficile de faire confiance à la population. Qu'on se le dise, cette population peut posséder un savoir différent du nôtre, mais néanmoins crédible. De plus, elle peut trouver la bonne solution à ses problèmes, même si ce n'est pas celle qu'on leur *prescrirait*.

Notre système de santé, offrant la gratuité des services médicaux et préventifs, se voit impuissant à rejoindre les gens qui auraient le plus besoin de ces services. Nous n'avons plus le choix et devons tenter de trouver de nouvelles avenues. Il nous faut regarder les problèmes sous un autre angle et, tout comme nous l'apprenons en relation d'aide, croire que le client - la population - possède ses propres solutions. Pour ce faire, nous devons nous rapprocher des gens, sortir de nos institutions. Frédéric Lesemann, 1972) nous lance d'ailleurs clairement le message : "Extraire les gens de leur milieu, les faire venir dans un établissement est certainement le meilleur moyen de perdre la globalité de leur message."(89).

Une expérience se vit présentement au CLSC Jean-Olivier Chénier, où une équipe multidisciplinaire - équipe de quartier - tente de se rapprocher de la communauté de Pointe Calumet et de répondre aux besoins de la population. Cette équipe assure une présence hebdomadaire dans cette municipalité. On a effectué une cueillette de données et on en est à la programmation d'activités pour répondre aux demandes des gens. C'est en étroite collaboration avec les gens du milieu qu'on a cherché à évaluer les premiers jalons du projet.

Selon Catherine Martin et Francine Ouellet (1983), si nous voulons atteindre nos objectifs d'éducation sanitaire et développer de nouveaux moyens tel que l'action communautaire, il nous faudra donc développer les attitudes suivantes:

"- Reconnaître à l'individu une marge de manoeuvre, c.-à-d. une capacité à comprendre et à changer les facteurs qui influent sur la santé

- Considérer l'éducation sanitaire comme un processus libérateur plutôt que comme un mode de prescription de comportements

- Identifier les caractères politiques et culturels de la santé et de la maladie

- Favoriser la prise de conscience critique non seulement individuelle, mais aussi dans le sens de l'action collective

- Une conception de la (du) participante(t) qui en fait un agent actif et non pas un récepteur passif

- Une conception de l'intervenante(t) qui en fait une des sources de savoir parmi d'autres

- Une prise en considération, comme point de départ des activités éducatives, du - concret familier - des participants, pour déboucher sur une analyse de la situation, un partage d'information, une application pratique et un retour sur l'expérience."(90).

2.7.7 En guise de conclusion

En résumé, nous ne pouvons que constater le besoin de réorienter nos interventions d'éducation sanitaire si nous voulons respecter les gens dans leur intégrité et leurs valeurs, et nous attaquer aux causes artificielles de la morbidité, c.-à-d. les causes qui sont liées au développement et à la structure de la collectivité (par exemple: les accidents, la surconsommation d'aliments, de médicaments, l'usage abusif de l'alcool et du tabac, la pollution de l'air, le stress, la violence, etc.). (Randall, 1981)(91).

Il nous a fallu jeter un regard critique sur certains services offerts pour se rendre compte qu'il nous faudra modifier notre approche traditionnelle pour vraiment rejoindre nos objectifs de santé. Selon Geneviève Tremblay (1983) les principales critiques émises à l'endroit des programmes d'éducation sanitaire sont les suivantes:

"- l'absence d'élément d'évaluation

- l'absence de rigueur dans la conception

Selon Catherine Martin et Francine Ouellet (1983), si nous voulons atteindre nos objectifs d'éducation sanitaire et développer de nouveaux moyens tel que l'action communautaire, il nous faudra donc développer les attitudes suivantes:

"- Reconnaître à l'individu une marge de manoeuvre, c.-à-d. une capacité à comprendre et à changer les facteurs qui influent sur la santé

- Considérer l'éducation sanitaire comme un processus libérateur plutôt que comme un mode de prescription de comportements

- Identifier les caractères politiques et culturels de la santé et de la maladie

- Favoriser la prise de conscience critique non seulement individuelle, mais aussi dans le sens de l'action collective

- Une conception de la (du) participante(t) qui en fait un agent actif et non pas un récepteur passif

- Une conception de l'intervenante(t) qui en fait une des sources de savoir parmi d'autres

- Une prise en considération, comme point de départ des activités éducatives, du - concret familier - des participants, pour déboucher sur une analyse de la situation, un partage d'information, une application pratique et un retour sur l'expérience."(90).

2.7.7 En guise de conclusion

En résumé, nous ne pouvons que constater le besoin de réorienter nos interventions d'éducation sanitaire si nous voulons respecter les gens dans leur intégrité et leurs valeurs, et nous attaquer aux causes artificielles de la morbidité, c.-à-d. les causes qui sont liées au développement et à la structure de la collectivité (par exemple: les accidents, la surconsommation d'aliments, de médicaments, l'usage abusif de l'alcool et du tabac, la pollution de l'air, le stress, la violence, etc.). (Randall, 1981)(91).

Il nous a fallu jeter un regard critique sur certains services offerts pour se rendre compte qu'il nous faudra modifier notre approche traditionnelle pour vraiment rejoindre nos objectifs de santé. Selon Geneviève Tremblay (1983) les principales critiques émises à l'endroit des programmes d'éducation sanitaire sont les suivantes:

"- l'absence d'élément d'évaluation

- l'absence de rigueur dans la conception

- l'application du modèle KAP (Knowledge, attitude, practice). Ce modèle a comme présupposé que les connaissances modifient automatiquement les attitudes et les pratiques; ce qui dans les faits ne se vérifie pas

- le manque de participation des populations cibles à la planification de ces programmes."(92).

" Le problème de la pratique de l'éducation sanitaire relève du *tiraillement* entre la volonté de rationaliser les ressources (approche technocratique) et le désir de faire participer la population (approche participative)."(Tremblay, 1983)(93).

Des difficultés se soulèvent aussi lors de la réévaluation des rôles des intervenants car, adhérer à cette dernière approche implique un profond changement d'attitudes chez les praticiens. Tel que l'énonce Michel O'Neil (1980):

"... ils doivent cesser de rêver au jour où l'on pourra faire changer le comportement humain à volonté et partager avec les chercheurs les frustations, les complexités et les dilemmes éthiques qui se posent lorsqu'on travaille à modifier des habitudes de vie solidement ancrées."(94).

Ce propos nous amène également à se questionner sur un problème éthique que nous avons souvent tendance à oublier dans l'élan de la promotion de la santé. Ce problème devient plus délicat et aigu à mesure que l'on entre dans la vie privée des gens. Michel O'Neil (1980) pose le problème clairement:

"Il devient donc important aujourd'hui de réfléchir sur les limites de l'intervention des professionnels de la santé publique, surtout quand ils s'arrogent le droit, au nom de vérités *scientifiques* d'inciter ou même de forcer la population à adopter des habitudes de vie que souvent ils ne pratiquent pas eux-mêmes."(95).

C O N C L U S I O N

La recension qui a fait l'objet de ce chapitre nous permet de mieux connaître à la fois les différents organismes et les services de la région L-L concernés, directement ou indirecrement, par la santé et le bien-être de la mère, de l'enfant et de la famille. Celle-ci nous amène également à reconnaître des similitudes et des différences (par exemple, dans l'organisation des cours prénatals, dans la distribution de certaines ressources médicales et paramédicales) d'une part, entre les deux sous-régions et d'autre part, entre les différents secteurs de CLSC d'une même sous-région.

Certains organismes, voire même certains intervenants, auraient peut-être souhaité plus de nuances ou plus de précisions à notre relevé. Néanmoins, nous croyons que cette description correspond à la situation générale qui prévaut dans la région; ce qui était, pour nous, un des objectifs à atteindre. Par ailleurs, un tel relevé ne doit pas être considéré comme *inerte*, puisque les situations évoluent. En d'autres termes, des modifications pourraient déjà y être apportées tenant compte, par exemple, de la fermeture depuis le mois de juin 1984 du département d'obstétrique, post-partum et de pouponnière de l'hôpital d'Argenteuil, ou de l'acquisition du statut de module pour le point de service du CLSC des Trois-Vallées à Ste-Adèle, depuis le mois d'août de cette même année.

En outre, dans une optique préventive, notre exercice nous a permis d'inclure certains éléments de réflexion ou critiques à notre relevé. Etre critique, peut être perçu comme négatif. Toutefois, réussir à identifier certaines faiblesses dans la dispensation des services peut nous amener à faire un pas en avant et être une tentative pour trouver des solutions positives qui nous permettront de poursuivre plus efficacement un objectif commun, c.-à-d. de répondre aux besoins de santé de la population.

Afin de répondre à ces besoins et par conséquent tenir compte des nouveaux enjeux de la santé, Jean-Pierre Bélanger (1984) dit ceci:

> "Que ce soit avec les problèmes engendrés par le vieillissement de la population, les problèmes des jeunes ou autres, il devient de plus en plus difficile d'établir une cloison imperméable entre les problématiques sociales et les problématiques sanitaires, ou encore entre les techniques d'interventions qu'on retrouve habituellement dans le secteur de la santé et celles qu'on utilise plus fréquemment du côté socio-communautaire."(96).

En bout de ligne, à la lumière des informations que nous possédons sur les services dans notre région, nous croyons que les éléments-clés à retenir sont:

- l'action communautaire
- la concertation
- la continuité des services
- une attitude de support plutôt que d'interventionnisme
- une considération de l'individu avec ses composantes bio-psycho-sociales
- et finalement, une reconnaissance de l'individu capable d'autonomie et de prise en charge.

A N N E X E I

TYPOLOGIE: STRATEGIES D'INTERVENTION FACE AUX COURS PRENATALS

Source:

MARTIN, C. et al., Pour une éducation en milieux populaires dans le domaine de la périnatalité, Québec, Ministère des Affaires sociales, mai 1984, p. 34.

Typologie: Stratégies d'intervention face aux cours prénatals.

	DEVELOPPEMENT AMORCE	A DEVELOPPER	A DEVELOPPER	
	Cours ——— ———→	Rencontres - - - - - - - - - - - - - - →	Action communautaire - - - - - →	Action éducative
Inspiration	Pédagogique	Psychologique	Sociologique	Politique
Centrée sur	Contenu	Individus-groupes	Communauté	Groupes dans une situation de dépendance (assistés sociaux, chômeurs, groupes ethniques).
Objectifs éducatifs	Préparation d'individus aptes à suivre les normes et les prescriptions sociales concernant la santé.	Formation d'individus capables de prendre des décisions face à leur santé.	Formation d'individus engagés dans l'action visant une prise en charge collective de la santé.	Formation d'individus critiques, capables de s'approprier les conditions de vie qui affectent leur santé.
Concept de référence	Conception négative de la responsabilité individuelle.	Conception positive de la responsabilité individuelle.	Concept de responsabilité sociale.	Conception positive de la responsabilité individuelle. Concept de responsabilité sociale.
Intervenants	Pédagogue transmetteur de connaissance.	Animateur formé aux approches psychosociales de petits groupes et aux méthodes andragogiques.	Animateur de type travailleur communautaire.	Animateur formé aux approches psychosociales de petits groupes et aux méthodes andragogiques.
Organisation	Traditionnelle Technocratique	Réformiste Humaniste	Communautaire Structure ouverte	Progressiste Populaire
Thèmes de recherche	Normes, prescriptions sanitaires, comportements sanitaires, méthode de transmission de connaissance.	Dynamique des petits groupes, pratiques non directives. Processus de prise de décision.	Réseaux de communication. Systèmes de valeurs. Conditions de vie. Pratiques d'auto-santé.	Culture de groupes visés. Cadre conceptuel pour l'explication des conditions de vie dans une perspective d'inégalité sociale.

Ce tableau a été bâti à partir d'un tableau élaboré par: Cinette Lépine, Analyse des modèles utilisés en éducation au Québec, Editions Coopératives Albert-St-Martin, 1980.

A N N E X E II

ATTESTATION D'UNE DECLARATION DE NAISSANCE VIVANTE, FORMULAIRE SP-1 (REV. 06-81)

Gouvernement du Québec, Ministère des Affaires sociales,
Direction générale de l'administration.

Gouvernement du Québec
Ministère des Affaires sociales
Direction générale de l'administration

274
FORMULAIRE SP-1

DÉCLARATION DE NAISSANCE VIVANTE

Veuillez remplir cette déclaration à la **machine** ou en **lettres moulées.**
Ne pas écrire dans les espaces ombrés.

LIEU DE LA NAISSANCE

1- Nom du centre hospitalier où a eu lieu la naissance — Code d'établissement

2- Adresse de l'endroit où a eu lieu la naissance (N°, rue, municipalité, comté)

IDENTIFICATION DES PARENTS

Père

3- Nom du père (si le père est inconnu, porter (✓) ici ☐ et vous reporter à la question 9) — 4- Prénom(s)

6- Date de naissance du père (Année, Mois, Jour) — 7- Lieu de naissance du père (province ou pays étranger) — 8- Langue maternelle du père

Mère

9- Nom de la mère (selon acte de naissance) — 10- Prénom(s) — 11- N° de téléphone de la mère

12- Date de naissance de la mère (Année, Mois, Jour) — 13- Lieu de naissance de la mère (province ou pays étranger) — 14- Langue maternelle de la mère

15- Adresse du domicile de la mère (N°, rue, municipalité, comté, province ou pays étranger) — Code postal

16- Langue d'usage à la maison

17- État civil de la mère
1 ☐ Célibataire 2 ☐ Mariée 3 ☐ Veuve 4 ☐ Divorcée 5 ☐ Séparée légalement

18- Nombre d'années de scolarité de la mère

19- Nombre d'enfants nés de grossesses antérieures (exclure la présente grossesse)
Nés vivants — Mort-nés (500 grammes et plus)

20- Dernière naissance vivante (s'il y a lieu) (Année, Mois, Jour)

21- Dernier mariage (s'il y a lieu) (Année, Mois, Jour)

IDENTIFICATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

22- Nom de l'enfant — 23- Prénom usuel — 24- Autres prénoms

SIGNATURE DE LA MÈRE OU DU PÈRE

Je confirme l'exactitude des renseignements ci-dessus et j'autorise l'envoi de la copie du présent formulaire au centre hospitalier doté d'un département de santé communautaire dans ma région

25- Date de la signature (année, mois, jour) — X — 26- Signature de la mère ou du père

CONSTAT MÉDICAL

27- Date de naissance de l'enfant (Année, Mois, Jour)

28- Type de naissance
10 ☐ Simple ☐ Double Autre (préciser) _____

29- En cas de naissance multiple, donnez l'ordre
1er ☐ 2e ☐ 3e ☐ Autre (préciser) _____

30- Sexe de l'enfant
1 ☐ Masculin 2 ☐ Féminin 9 ☐ Indéterminé

31- Poids à la naissance
_____ grammes ou _____ livres _____ onces

32- Durée de la grossesse
_____ semaines complètes

33- Accoucheur (nom, prénom, adresse) — No de permis (Corp. des médecins)

34- Qualité de l'accoucheur
1 ☐ Médecin 2 ☐ Infirmière Autre (préciser) _____

35- Date de la signature (année, mois, jour)

36- Signature de l'accoucheur
X

En cas de naissance multiple, veuillez remplir une déclaration de naissance vivante (SP-1) pour chaque enfant né vivant et une déclaration mortinaissance (SP-4) pour chaque enfant mort-né.

ESPACE RÉSERVÉ AU MINISTÈRE

37- État civil
☐ Identique
☐ Tel qu'ici modifié

38- R.P.
☐ Identique
☐ Tel qu'ici modifié

39 - Nom — 40 - Prénom usuel — 41 - Autres prénoms

42 - Date d'enregistrement — 43- Collecteur — 44 - Lot

SP-1 (rev. 06-81)

1- GESTION ET EXPLOITATION DES SYSTÈMES

1- 640902

A N N E X E III

DOSSIER PRENATAL ET OBSTETRICAL DU QUEBEC

Source:

OTTAWA, Rapport du groupe fédéral de travail sur les grossesses à risque élevé et les systèmes d'enregistrement des données prénatales, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, août 1983.

DOSSIER PRÉNATAL No 1

APPUYEZ FERMEMENT - Formule en 3 exemplaires.

HÔPITAL _____ SOINS OBS. _____ SOINS BÉBÉ _____

MÉDECIN _____

NOM DE LA MALADE _____ RELIGION _____

ADRESSE _____

DATE DE NAISSANCE _____ J / M / A ÂGE _____ TÉL. _____

PROFESSION _____ ORIGINE ETHNIQUE _____ ÉTAT CIVIL _____

NIVEAU D'INSTRUCTION _____ CHIP NO. _____

NOM DU PÈRE _____ DATE DE NAISSANCE _____ ÂGE _____ PROF. _____ SITUATION FAMILIALE _____

HISTOIRE MENSTRUELLE

Cycle _____ Durée _____
D.M: Normale Anormale
D.M (date)

CONTRACEPTION

Orale Arrêt (date)
Durée (années)
Stérilet J / M / A

DATE PRÉVUE D'ACCOUCHEMENT

Dates J / M / A
Dimensions

D.P.A. revisée J / M / A

GESTE	TERME	PRÉMATURÉ	AVORTEMENT	VIVANT	MN > 20 sem.	DÉCÈS NÉONATAL < 7 jours	GROSSESSE MULTIPLE

No	Année	Sexe	Gestation (sem)	Durée du travail	Lieu de la naissance	COMMENTAIRES: Grossesse, décès périnatal, anomalies, etc.

OBSERVATIONS - PRÉSENTE GROSSESSE

PERTES DE SANG
VOMISSEMENTS
PYREXIE
TABAC (cig/j)
ALCOOL
RADIATIONS
MÉDICAMENTS
SOINS DENTAIRES
ALLERGIES

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

	COCHER (✓) OUI	REMARQUES
MAL. REINS		
MAL. COEUR		
HYPERTENSION		
DIABÈTE		
INFECTIONS		
RUBÉOLE		
MAL. THYROÏDE		
TRANSFUSION		
OPÉRATIONS		
AUTRE		

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

	COCHER (✓) OUI	REMARQUES
HYPERTENSION		
DIABÈTE		
MAL COEUR		
GROSS. MULTIPLE		
MALFORMATION		
ACCÈS DE SURDITÉ PRÉCOCE		
MAL. GÉNÉTIQUES		
AUTRE		

ÉVALUATION NUTRITIVE COCHEZ (✓) OUI

PRODUITS LAITIERS
PAIN ET CÉRÉALES
FRUITS ET LÉGUMES
PROTÉINES

SUJETS DE DISCUSSION COCHER (✓) OUI

GAIN - POIDS
TABAC
ALCOOL
SOINS MAMMAIRES
ALLAITEMENT
COURS PRÉNATAUX
PLANS TRAV.
EXERCICE
COÏT

TAILLE _____ POIDS AVANT GROSSESSE _____ POIDS ACTUEL _____

COCHER (✓) SI NORMAL

SYST. CARDIO-VASC.		NEUROLOGIQUE	
POITRINE		O.R.L.	
SEINS		GROSS. DE L'UTÉRUS	
TÊTE, COU, THYROÏDE		VULVE	
DENTS		VAGIN	
ABDOMEN		COL	
EXTRÉMITÉS		UTÉRUS	
VARICES		OVAIRES	

GYTOLOGIE (date) _____

CONCLUSION PELVIENNE _____

DATE DE LA PREMIÈRE VISITE J / M / A

SIGNATURE DU MÉDECIN _____

GRADE DU RISQUE _____

FEUILLE DE LA MÈRE - BLANCHE, FEUILLE DU MÉDECIN - JAUNE, FEUILLE DU BÉBÉ - ROSE

DOSSIER PRÉNATAL No 2

MÉDECIN

NOM DU MALADE

ADRESSE

FACTEURS DE RISQUE RELEVÉS À LA PREMIÈRE VISITE

D.P.A.

TYPE SANGUIN	RHÉSUS	VDRL	TITRE RUBÉOLE	RÉSULTAT CYTOLOGIE	FOETO-PROTÉINES

DATE	GEST. SEM.	POIDS (hr./kg)	GAIN POIDS CUM.	URINE PR	URINE GL	URINE AC	MAUX DE TÊTE	PERTES DE SANG	OEDÈME	Hb	S-F HT	PRÉS. POS	TA	CF	GRAD. DE RISQUE	COMMENTAIRES - COMMENTS:

APPUYEZ FERMEMENT Formule en 3 exemplaires

FEUILLE DE LA MÈRE - BLANCHE, FEUILLE DU MÉDECIN - JAUNE; FEU' 'U BÉBÉ - ROSE

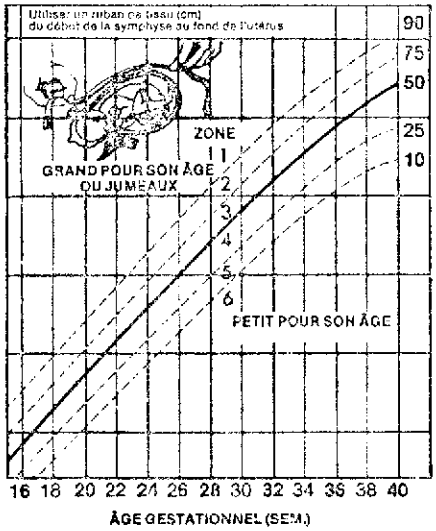
AUTRES COMMENTAIRES

À CHAQUE VISITE PRÉNATALE, INSCRIRE LES CATÉGORIES COURANTES SUSMENTIONNÉES DE RISQUES DE GROSSESSE — A, B ou C — UTILISER CETTE CATÉGORIE POUR LE TRAITEMENT CONTINU DE LA GROSSESSE.

par ex.: C ENVISAGER LE TRANSFERT
B ENVISAGER UNE CONSULTATION

DEUX RISQUES MINEURS OU PLUS COMBINÉS PEUVENT PRODUIRE UN RISQUE SÉRIEUX DE GROSSESSE.

Utiliser un ruban de tissu (cm) du début de la symphyse au fond de l'utérus



MESURER LA HAUTEUR DE SYMPHYSE-FOND DE L'UTÉRUS À CHAQUE VISITE PRÉNATALE ET L'INSCRIRE SUR LE GRAPHIQUE CI-CONTRE.

ULTRASONS (20 sem)

RÉSULTATS DE LABORATOIRE

MÉDICAMENTS

RHOGAM (20 sem)

RÉTENSION

INF./SANTÉ PUBLIQUE

DIÉTÉTIEN

TRAVAILLEUR SOCIAL

SUJETS DE DISCUSSION

NUTRITION
RÉGIME
REPOS
VOYAGES
COURS PRÉNATAUX
SOINS MAMMAIRES
TYPE D'ACCOUCHEMENT
PÈRE PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT
ALLAITEMENT
CHAMBRE
CONGÉ PRÉCOCE
CIRCONCISION
CONTRÔLE DES NAISSANCES
ANESTHÉSIE
PÉDIATRE

SIGNATURE DU MÉDECIN

GUIDE DE GRADATION DES RISQUES DE GROSSESSE

A chaque visite prénatale, indiquez votre évaluation des risques de la grossesse (foetus et mère) selon l'échelle de gradation suivante. Les facteurs de risques ou les problèmes énumérés ci-dessous ne sont que des *exemples*. Il reste des blancs où vous pouvez inscrire d'autres problèmes comportant des risques que vous avez relevés. Cette échelle de gradation des risques devrait servir de base à la planification du traitement continu de la grossesse.

CATÉGORIE A Grossesse sans risque prévisible

- ☐ AUCUNE MORTALITÉ PÉRINATALE ANTÉRIEURE OU BÉBÉ DE POIDS INFÉRIEUR
- ☐ AUCUNE MALADIE MÉDICALE IMPORTANTE
- ☐ AUCUNE COMPLICATION DE GROSSESSE MAINTENANT OU AUPARAVANT (Perte de sang, hypertension, travail prématuré)
- ☐ CROISSANCE APPAREMMENT NORMALE DU FOETUS

CATÉGORIE B Grossesse comportant des risques

Le foetus et (ou) la mère sont définitivement susceptibles à des complications et il faut obtenir une consultation d'un spécialiste en obstétrique de votre région. De plus, il faudra peut-être une consultation auprès d'un interniste de la spécialité voulue. On peut traiter ces cas grâce à des soins coopératifs continus dans une unité d'obstétrique où se fera l'accouchement et où existent des installations de soins infirmiers de niveau intermédiaire OU on peut les remettre entre les mains du médecin traitant en lui proposant une conduite à suivre applicable au reste de la grossesse.

- ☐ DIABÈTE, CATÉGORIE A (GESTATIONNEL) OU CATÉGORIE B
- ☐ HYPERTENSION SANS TOXÉMIE
- ☐ HAP, TERMINE ET A L'HÔPITAL
- ☐ INCOMPÉTENCE CERVICALE
- ☐ HYDRAMNIOS
- ☐ GROSSESSE PASSE TERME (42 semaines +)
- ☐ ANTÉCÉDENTS DE MORTINAISSANCE OU DE DÉCÈS NÉONATAL
- ☐ OBÉSITÉ MATERNELLE
- ☐ USAGE IMPORTANT DE TABAC, D'ALCOOL, DE DROGUES
- ☐ IMMUNISATION AU RHÉSUS
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ AFFECTION RÉNALE SANS HYPERTENSION
- ☐ TOXÉMIE BÉNIGNE
- ☐ TRAVAIL PRÉMATURÉ CONTRÔLÉ
- ☐ GROSSESSE MULTIPLE
- ☐ PRÉSENTATION PAR LE SIÈGE
- ☐ PRIMIGESTE (âge 35 +)
- ☐ ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE TROUBLES GÉNÉTIQUES (Amniocentèse génétique ou besoin de consultation)
- ☐ ANÉMIE FERRIPRIVE RÉFRACTAIRE
- ☐ GAIN DE POIDS < 10 l.v. à 30 semaines
- ☐ GRANDE MULTIPARE
- ☐ .....
- ☐ .....

CATÉGORIE C Grossesse à risque élevé

Grossesses si compliquées que le foetus et (ou) la mère sont manifestement en danger. Si cela est possible, on devrait transférer ces cas à un centre périnatal régional (niveau III) pour soins intensifs et accouchement. De toute évidence, il y a des cas qui méritent d'être classés dans cette catégorie de risques (problèmes de pertes de sang excessives avant parturition, prolapsus du cordon ou travail prématuré avancé non contrôlé) mais qu'on ne peut transférer en sécurité ou à temps pour que ce soit avantageux au foetus ou à la mère.

- ☐ DIABÈTE, CATÉGORIE C, D, F, R OU SUFFISAMMENT COMPLIQUÉ
- ☐ AFFECTION RÉNALE ACCOMPAGNÉE D'HYPERTENSION ± ↓ FONCTION
- ☐ RUPTURE PRÉMATURÉE DE LA POCHE DES EAUX (± SEPTICÉMIE)*
- ☐ PERTES DE SANG AVANT PARTURITION, CONTINUES OU REPETÉES*
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ HYPERTENSION COMPLIQUÉE DE TOXÉMIE
- ☐ TRAVAIL PRÉMATURÉ NON CONTRÔLÉ*
- ☐ ARRÊT DE CROISSANCE IMPORTANT DU FOETUS (< 10 percentile)
- ☐ TROUBLES CARDIAQUES, SURTOUT AVEC DÉFAILLANCE
- ☐ .....
- ☐ .....

* en particulier 24 à 34 semaines de gestation

La présence de deux risques mineurs ou plus peut produire une grossesse à risque élevé.
Il se peut que ces cas méritent d'être dans une catégorie à risque plus élevé.

QUEBEC

DOSSIER OBSTÉTRICAL

OBSERVATION MÉDICALE

Cadre réservé à l'usage du centre hospitalier

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

_____ N° de téléphone _____

Âge _____ Date de naissance _____

N° d'assurance-maladie _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Tuberculose, hypertension, cardiopathie, diabète, allergie, cancer, troubles neuro-psychiatriques, grossesse gémellaire, anomalies.

Préciser:

ANTÉCÉDENTS MENSTRUELS

Premières menstruations	Cycle	Durée	D.D.M.	D.P.A.	Méthode anticonceptionnelle	Cessée depuis
ans	jours	jours				

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (√ : positif O: négatif)

Antécédents éloignés				Antécédents récents (depuis les dernières menstruations)			
Maladies rénales		Phlébites, varices		Nausées		Rougeole — Varicelle	
Maladies cardiaques		Épilepsie		Vomissements		Autres infections virales	
Hypertension artérielle		Allergies aux médicaments		Mauvaise digestion		Irradiations, radiographie	
Rhumatisme articulaire aigu		Allergies		Constipation		Traumatismes	
Tuberculose		Dyscrasies sanguines		Céphalées		Médicaments	
Maladies vénériennes		Incompatibilité Rh ABO		Hémorragies (préciser)		Vaccins	
Maladies gynécologiques		Opérations antérieures		Pertes vaginales (préciser)		Drogues	
Infections virales		Accidents antérieurs		Oedème		Alcool	
Maladies neuro-psychiatriques		Vaccins		Transfusions de sang		Cigarette	
Diabète		Génétique		Douleurs abdominales (préciser)		Travail à l'extérieur	
Affections de la thyroïde		Immunoglobuline anti-D		Symptômes urinaires			

Préciser:

Grossesses antérieures			A terme	Prématurées	Dysmatures		Avortements	Enfants vivants	Grossesse multiple Grossesse ectopique	
N°	Date An Mois Jour	Centre hospitalier	Durée de la grossesse	Durée du travail	Incidents de l'accouchement	♂ ou ♀	Masse (poids)	Complications Chez la mère		Chez l'enfant

AH-266

MEDECIN TRAITANT

Cadre réservé à l'usage du centre hospitalier

DOSSIER OBSTÉTRICAL

ÉVOLUTION DE LA GROSSESSE

Nom à la naissance _____

Prénom(s) _____

Adresse _____

_____ N° de téléphone _____

Âge _____ Date de naissance _____

N° d'assurance-maladie _____

Nom du conjoint _____

EXAMENS DE LABORATOIRE

B.W. _____ Date _____

Hb _____ Ht _____ Date _____

Groupe et Rh de la mère _____ Anticorps _____ Cytologie _____ Date _____

Urines (sommaire et culture) _____

D.P.A. selon: a m j

1. D.D.M. |_|_|_|_|_|_|

2. clinique |_|_|_|_|_|_|

3. échographie |_|_|_|_|_|_|

Visites prénatales (O: négatif, + : anormal, —: ne s'applique pas) Cours prénatals ☐ oui ☐ non

D.D.M. / Date (a m j)	Semaines de grossesse	Hauteur du fond utérin	Masse (poids) kg	Tension artérielle	Albuminurie	Glycosurie	Coeur fœtal	Nausées / Vomissements	Œdème	Position et présentation	Hémoglobine	Traitements ou remarques (échographie, amniocenthèse, oestriol, épreuve de stress, anticorps)	Initiales

Remarques

AH-268 (rev. 10-80)

DOSSIER OBSTÉTRICAL

OBSERVATION MÉDICALE

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

_____ N° de téléphone _____

Âge _____ Date de naissance _____

N° d'assurance-maladie _____

Cadre réservé à l'usage du centre hospitalier

Date d'admission	N° de dossier	N° du dossier médical
Nom	Prénom	
Adresse		
Date de naissance	Sexe	N° de microfiche
Médecin traitant		
N° d'assurance-maladie		

EXAMEN PHYSIQUE

Taille m	Masse (poids) avant la conception kg		Masse (poids) actuelle kg
Yeux	Dents	Pharynx	Thyroïde
Cou	Peau	Coeur	Poumons
Seins	Mamelons		Tumeurs
Abdomen			Colonne
Membres inférieurs	Oedème		Varices

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

Vulve				
Vagin				
Périnée				
Col				
Utérus				
			Correspondance entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse	
Annexes				
Toucher rectal			Cul-de-sac de Douglas	
Pelvimétrie	Clinique	Promontoire		Épines sciatiques
	Radiologique	Oui ☐ Non ☐	Si oui, date	

Dystocie prévue au détroit — supérieur ☐ moyen ☐ inférieur ☐

Cytologie — Oui ☐ Non ☐ Si oui, date

Problèmes spéciaux

Type d'accouchement prévu	Type d'anesthésie prévu	Allaitement maternel prévu

Date _____ Signature _____

AH-267

MEDECIN TRAITANT

AH-269 (rev. 10-86)

DOSSIER OBSTÉTRICAL

ÉVOLUTION DU TRAVAIL

Cadre réservé à l'usage du centre hospitalier

Nom de l'établissement _____

Date d'admission _____ heure ____ h ____

Date du début du travail _____ heure ____ h ____ ☐ spontané ☐ déclenché

Membranes ☐ intactes ☐ rompues _____ h _____ liquide _____
Date

État de la parturiente à son admission

☐ Rasage — Par.
☐ Lavement — Ab
☐ Glycosurie — Gr.
☐ Albuminurie — D.M.
☐ Hémogramme et groupe sanguin — Sem. de gestation
☐ Culture d'urine — D.P.A.

Médecin prévenu à _____ h _____

Date	Heure (0-24)	T° (°C)	Pouls	Tension artérielle	Cœur fœtal: Fréquence (min.)	Contractions: Durée (en s)	Contractions: Intensité 1 à 4 +	Membranes: I ou R	Dilatation (en cm)	Effacement	Station	Ocytocique: Milliunités (par min.)	Ocytocique: Microgouttes (par min.)	Traitements et remarques	Initiales
				/											
				/											
				/											
				/											
				/											
				/											
				/											
				/											
				/											
				/											
				/											
				/											
				/											
				/											
				/											
				/											
				/											

DOSSIER MÉDICAL

Cadre réservé à l'usage du centre hospitalier

DOSSIER OBSTÉTRICAL

COURBE DE FRIEDMAN (1)

Nom de l'établissement _____

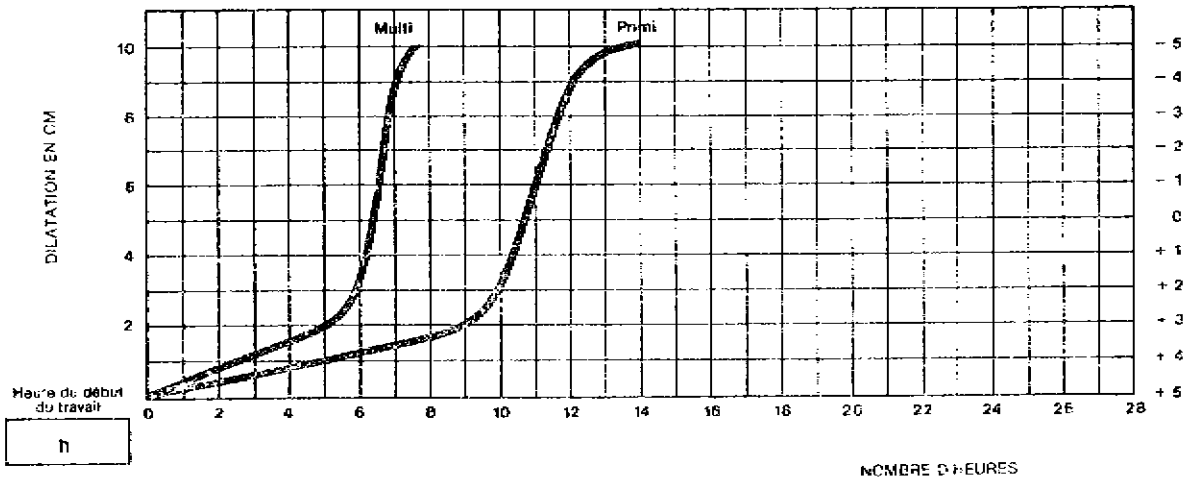
_____

Raison d'admission

☐ Membranes rompues ☐ Travail vrai ☐ Césarienne non urgente

☐ Suspension du travail ☐ Autre _____

☐ Indication du déclenchement _____



(1) Friedman, Emmanuel A. Labor in Multiparas. Extrait de: Obst. & Gynec. vol. 8 n° 6; 1956. p. 696.

Date	Heure	Médication (inscrire la date, l'heure, le nom, la quantité et la voie d'administration)	Initiales
	h		
	h		
	h		
	h		
	h		
	h		
	h		
	h		
	h		
	h		
	h		
	h		

DOSSIER OBSTÉTRICAL
GROSSESSE, TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT
ÉVOLUTION DE LA MÈRE ET
ÉVALUATION DU NOUVEAU-NÉ

Cadre réservé à l'usage du centre hospitalier

Nom de l'établissement _____

GROSSESSE, TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

D.D.M. a m j | D.P.A a m j | Groupe et Rh | Anticorps

Par.	Gr.	Ab.	Enfants vivants	Particularités (complications ou diagnostics pendant cette grossesse ou les grossesses antérieures)

Présentation
☐ tête ☐ siège ☐ autre (préciser)

Travail ☐ Spontané ☐ Déclenché

Début du travail a m j _____h_____
Membranes rompues a m j _____h_____

1er stade durée: _____
2e stade durée: _____
3e stade durée: _____
durée totale: _____

Analgésie durant les 4 dernières heures (médicament, dosage)

Corticostéroïdes (date et heure de la première dose)

Anesthésie
Aucune ☐ Générale ☐ Bloc para-cervical ☐ Épidurale ☐ Bloc honteux ☐ Locale ☐

Accouchement a m j _____h_____

☐ Par voie vaginale ☐ Par césarienne

☐ TÊTE
- ☐ Spontané
- ☐ Forceps bas
- ☐ Forceps moyens
- ☐ Rotation

☐ SIÈGE
- ☐ Spontané
- ☐ Assisté
- ☐ Forceps

- ☐ Itérative
- ☐ Transversale basse
- ☐ Médiane basse
- ☐ Classique
- ☐ Hystérectomie

Indication de la césarienne

Épisiotomie Aucune ☐ Médiane ☐ Médio-latérale ☐

Déchirure
Aucune ☐ Périnéale 1 2 3 4 ☐ Cervicale ☐ Vaginale ☐ Pertes sanguines _____ ml

Cordon ombilical
Clampage
- ☐ < 45 secondes après l'accouchement
- ☐ > 45 secondes après l'accouchement

Circulaires
- ☐ Lâches
- ☐ Serrés
- ☐ Coupés pendant l'accouchement
- ☐ Coupés après l'accouchement

Placenta Masse _____ g
- ☐ Évacuation spontanée
- ☐ Évacuation manuelle
- ☐ Vaisseaux ombilicaux 2 3

Anomalies

Complications
Aucune ☐ Méconium ☐ Détresse foetale ☐

Coeur foetal
- ☐ < 120
- ☐ 120 à 160 ☐ Irrégulier ☐ Inaudible
- ☐ > 160

Monitorage
- ☐ clinique
- ☐ externe
- ☐ interne

Signature du médecin | Date

ÉVALUATION DU NOUVEAU-NÉ

Sexe ☐♂ ☐♀ ☐ Vivant ☐ Mort-né Masse _____ g

☐ Gouttes ophtalmiques ☐ Vitamine K ☐ Ondoyé

Alimentation ☐ Maternelle ☐ Artificielle ☐ homo. ☐ humanisé

Réanimation ☐ oui ☐ non

Ventilation ☐ Avec sac et masque ☐ Tube trachéal _____ min. ☐ Aspiration trachéale

Asphyxie ☐ Aucune ☐ Modérée ☐ Importante

☐ Anomalies
☐ Complications

Spécifier:

Parents informés ☐ oui ☐ non

APGAR	0	1	2	1 min.	5 min.	10 min.
Battements cardiaques	Absents	Moins de 100	Plus de 100			
Efforts respiratoires	Absents	Lents irréguliers	Bons pleurs			
Tonus musculaire	Flasque	Flexion des extrémités	Mouvements actifs			
Réflexes à la stimulation	Absents	Grimace	Pleure avec force			
Coloration des téguments	Bleue pâle	Corps rose extrémités bleues	Entièrement rose			
Remarques			Total			

Nom du médecin qui suit l'enfant | Date

ÉVOLUTION DE LA MÈRE

Suites de couche
☐ Normales
☐ Anormales

Hb la plus basse _____
Dernière Hb _____

Hémorragie des suites de couche
☐ Immédiate
☐ Tardive

Transfusion _____ sacs

Immunoglobuline anti-D
Donnée le a m j
par

Fièvre ☐ oui ☐ non Si oui préciser s'il y a lieu
- ☐ Endométrite
- ☐ Infection de plaie
- ☐ Autre
- ☐ Autre infection pelvienne
- ☐ Trombo-embolie
- ☐ Infection urinaire
- ☐ Infection respiratoire

État à la sortie a m j Date _____ ☐ Vivante ☐ Décédée ☐ Transférée

Signature du médecin | Date

AH-272 (rev. 10-80)

DOSSIER DE LA MERE

A N N E X E IV

RISQUES SUR LE PLAN NUTRITIONNEL

Source:

Comité consultatif fédéral-provincial de la promotion de la santé, Programme quinquennal fédéral-provincial d'éducation en matière de nutrition à l'intention des femmes enceintes, Ottawa, juin 1983, p. 5.

"En ce moment, une grossesse présente un risque sur le plan nutritionnel si l'un ou plusieurs des facteurs suivants sont présents:

- mère âgée de moins de 19 ans ou de plus de 35 ans;
- faible poids avant la grossesse;
- poids excessif ou obésité;
- gain de poids insuffisant;
- sous-alimentation;
- mauvaises habitudes alimentaires;
- mauvais antécédents obstétricaux;
- multiparité;
- accouchements multiples;
- bas niveau socio-économique;
- certaines habitudes de vie (tabagisme, usage d'alcool, usage abusif de drogues);
- stress et problèmes chroniques de santé".

A N N E X E V

RISQUES NUTRITIONNELS EN DIETOTHERAPIE
REFERENCE SYSTEMATIQUE ET EVENTUELLE
EN DIETOTHERAPIE

Le contenu de ce dépliant est extrait de:

DEMERS-LANGEVIN, N., "Alimentation et poids du bébé à la naissance", Département de santé communautaire de Baie-Comeau Hauterive, 1982.

conservez cet aide-mémoire
à la portée de la main

Risques nutritionnels pendant la grossesse

Référence systématique en diététothérapie

Bas âge (≤ 17 ans)
Maigreur avant la grossesse
Perte de poids depuis le début de la grossesse
Gain de poids inadéquat:
- Gain < 4.5 kg (10 lbs) à la 20e semaine
- Gain < 9 kg (20 lbs) à la 30e semaine
- Gain ≥ 1.5 kg (3 lbs) en 1 semaine

Pré-éclampsie, éclampsie ou signes précurseurs
Pathologie nécessitant une diète (diabète, intolérance au gluten...)
Allergie au lait ou dégoût prononcé

Référence éventuelle en diététothérapie

Les conditions suivantes peuvent être associées à un état nutritionnel inadéquat:

Grossesses rapprochées
Grossesse gémellaire
Antécédents obstétricaux défavorables
Obésité
Anémie
Modes alimentaires peu connus
Milieu économique défavorisé

Les risques nutritionnels augmentent la probabilité de donner naissance à un bébé de petit poids ou à un prématuré. Les femmes qui présentent des risques nutritionnels souffrent davantage d'anémie, de pré-éclampsie ou d'autres conditions débilitantes pendant la grossesse.

Un suivi en diététothérapie selon la méthode Higgins, permet à la femme enceinte de contrer les risques nutritionnels qu'elle présente. C'est pourquoi nous le recommandons comme mesure de prévention de la mortalité et morbidité périnatales.

Nous distinguons deux types de risques nutritionnels:

a) les risques qui handicapent à coup sûr l'état nutritionnel de la mère et du foetus et qui nécessitent une référence en diététothérapie (REFERENCE SYSTEMATIQUE);

b) les risques qui peuvent causer ou être associés à un état nutritionnel déficient et qui demandent peut-être une référence en diététothérapie pour évaluation nutritionnelle (REFERENCE EVENTUELLE).

Référence systématique en diététothérapie

Bas âge (≤ 17 ans)

Les adolescentes enceintes présentent davantage de toxémie, de prématurité et donnent naissance à plus de bébés de moins de 2500 g que les adultes. Une adolescente enceinte peut vouloir maigrir pendant la grossesse ou encore restreindre son gain de poids pour cacher son état le plus longtemps possible.

Les besoins nutritionnels de l'adolescente enceinte sont très élevés parce qu'elle doit assurer à la fois sa propre croissance et celle du foetus. De plus, l'état nutritionnel des adolescentes, en général, laisse beaucoup à désirer. Il est donc important de les faire suivre en diététothérapie.

Maigreur avant grossesse

La maigreur avant grossesse dénote un état nutritionnel déficient. Il faut corriger cela le plus tôt possible. On sait que les femmes maigres avant la grossesse donnent naissance à davantage de bébés de petits poids (< 2500 g) et de prématurés que les femmes de poids normal. Les femmes dont le poids est inférieur de 5% au poids normal devraient être référées en diététothérapie pour évaluation nutritionnelle.

Perte de poids depuis le début de la grossesse

Quelle qu'en soit la cause, les femmes qui perdent du poids pendant la grossesse présentent deux fois plus de risques de prématurité. Cependant, avec une correction nutritionnelle, cet état de chose peut être rétabli.

Gain de poids inadéquat

L'insuffisance de gain de poids augmente les risques de prématurité et de malnutrition foetale. Une évaluation nutritionnelle des femmes n'ayant pas gagné 4,5 kg à la 20e semaine ou encore 9 kg à la 30e semaine permettra de juger si on a affaire à un cas de malnutrition.

Un gain de poids est excessif lorsqu'une femme prend plus de 1,5 kg dans une semaine. Il est nécessaire d'évaluer l'apport nutritionnel de ces femmes. Elles présentent peut-être un oedème lié à de la malnutrition (déficience calorique et /ou protéique).

Pré-éclampsie, éclampsie ou signes précurseurs

Des apports protéiques et caloriques élevés et un apport normal de sodium sont indispensables dans la prévention et le traitement de l'éclampsie. La diététothérapie est un élément-clé dans l'approche de cette condition.

Pathologies nécessitant une diète

Une femme diabétique enceinte nécessite un suivi diététique régulier pour adapter son apport alimentaire aux variations de ses besoins en insuline. Les femmes atteintes d'une maladie cardiaque ou rénale ou encore celles qui présentent des allergies aux aliments (particulièrement aux produits laitiers) devraient voir une diététiste.

Allergie au lait ou dégoût prononcé

Le lait est indispensable pendant la grossesse. A cause de son apport en protéines, calcium, vitamine D et acides gras essentiels, il est extrêmement difficile à remplacer. Une diététiste pourra aider la femme enceinte qui ne peut (ou ne veut) boire du lait à équilibrer son alimentation.

Référence éventuelle en diététothérapie

Les conditions suivantes peuvent être associées à un état nutritionnel inadéquat.

Grossesses rapprochées

Des grossesses rapprochées de moins d'un an peuvent créer un état nutritionnel déficient qui doit être traité de la même façon que la maigreur avant la grossesse. Il faut également inclure la période d'allaitement lorsqu'on calcule l'espacement entre les grossesses. On sait que l'allaitement puise autant dans les réserves nutritionnelles de la femme qu'une grossesse; il faut donc en tenir compte.

Si vous soupçonnez une malnutrition latente, il serait bon de faire appel à la diététiste.

Grossesse gémellaire

Il est tout à fait normal pour une porteuse de jumeaux de prendre 15 à 25 kg (30 à 45 livres) pendant sa grossesse. Si la mère mange bien et que son gain de poids est suffisant, progressif et constant, il n'y a pas lieu de consulter la diététiste. Cependant, si on soupçonne un état de malnutrition ou si la mère a de la difficulté à manger autant d'aliments qu'elle en a besoin, il est sage de la référer. N'oubliez pas que les besoins caloriques s'élèvent en moyenne, dans ce cas à 2900 calories par jour! Avec une nutrition adéquate, on diminue les risques de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance.

Antécédents obstétricaux défavorables

Un mauvais état nutritionnel peut avoir été la cause d'antécédents obstétricaux défavorables. Ou encore une grossesse antérieure à problèmes peut avoir pour conséquence d'hypothéquer les réserves nutritionnelles de la mère. Si vous doutez de l'état nutritionnel d'une femme à cause des grossesses précédentes, il est préférable de la référer en diététothérapie, particulièrement si elle a déjà présenté une de ces conditions:

- éclampsie, pré-éclampsie
- avortement
- bébé de petit poids (< 2500 g)
- prématurité
- morbidité périnatale
- mortalité périnatale

Obésité

Les femmes obèses qui mangent de tout et ont un gain de poids suffisant, progressif et constant n'ont pas besoin de conseils diététiques. Cependant, il faut porter une attention particulière à deux types d'obèses:

- les obèses dénutries qui ne s'alimentent qu'avec des aliments à calories-vides et peu d'aliments protéiques;
- les obèses qui limitent leur apport alimentaire de peur de prendre du poids.

Ces deux types de femmes sont les candidates idéales pour la pré-éclampsie. Il faut les aider à améliorer leur état nutritionnel à l'aide d'un suivi en diététothérapie.

Anémie

Les anémies ferriprive et mégaloblastique sont souvent liées à un état de malnutrition chronique. C'est pourquoi, en plus d'un supplément thérapeutique, une mère anémique a besoin d'un support nutritionnel adéquat.

Modes alimentaires peu connus

Certains immigrants ne savent souvent pas utiliser nos aliments. Une consultation diététique à ce propos serait des plus précieuses.

Les mères végétariennes qui consomment des produits laitiers, des oeufs et qui connaissent les combinaisons de protéines végétales, feront une belle grossesse. Cependant, une femme végétalienne, c'est-à-dire qui exclut de son alimentation les produits laitiers et les oeufs, risque des carences en vitamine B12, en calcium, en vitamine D... Celle-là doit être vue en diététothérapie.

Milieu économique défavorisé

Il est fréquent que la malnutrition et les bébés de petits poids et/ou prématurés se retrouvent en milieu économique défavorisé. Si on soupçonne qu'une femme enceinte ne peut se payer les aliments dont elle a besoin pour mener sa grossesse à terme, la diététiste peut être une ressource. D'abord, elle l'aidera à acheter judicieusement et pourra, au besoin, la référer à des organismes d'aide.

Pour plus d'information sur ces conditions, vous pouvez consulter le document: **Alimentation et poids du bébé à la naissance**, Nicole Demers-Langevin, D.S.C., 1982. (Disponible au Centre de documentation du CRSSS-09).

Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord / région 09.

1984.

A N N E X E VI

NOMBRE ET TAUX DE CERTAINS ACTES CHIRURGICAUX DISPENSES PAR L'ENSEMBLE DES MEDECINS, DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE-MALADIE, REMUNERATION A L'ACTE, QUEBEC, 1977 ET 1982

Source:

DE KONINCK, M., PETTIGREW, J., Pour une nouvelle orientation en périnatalité, Québec, Ministère des Affaires sociales, octobre 1984, p. 24.

Nombre et taux de certains actes chirurgicaux dispensés par l'ensemble des médecins, dans le cadre de l'assurance-maladie, rémunération à l'acte, Québec 1977 et 1982

Actes	1977		1982	
	Nombre	Taux* (%)	Nombre	Taux* (%)
Induction médico-chirurgicale du travail	1,769	2,03	5,229	6,52
Manoeuvres obstétricales	669	0,77	956	1,19
Extraction manuelle ou instrumentale du placenta	232	0,27	654	0,82
Réparation d'une déchirure du 3e degré	5,032	5,77	6,558	8,18
Amniocentèse	1,957	2,24	3,155	3,93
Installation, contrôle et surveillance de moniteurs foetaux	9,565	10,97	32,273	40,23
Monitoring du coeur foetal par méthode interne	3,200	3,67	4,736	5,90
Amniométrie	2,180	2,50	680	0,85
Stress test	1,728	1,98	1,760	2,19
Accouchements	76,071	-	65,349	-
Naissance du 2e jumeau	362	-	370	-
Césarienne	10,745	12,33	14,477	18,05
Césarienne et hystérectomie	0	0	17	0,02
Total des accouchements**	87,178	100	80,213	100

Source: Service de la Statistiques, RAMQ

* Le taux est la proportion en pourcentage d'interventions sur le nombre total d'accouchements.

**Le nombre d'accouchements est inférieur au nombre de naissances enregistrées parce que certains accouchements ne sont pas réclamés à la RAMQ ou le sont par des professionnels hors-Québec.

A N N E X E VII

GRILLE DE DEPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE CHEZ L'ENFANT ET DANS SON ENVIRONNEMENT

Source:

Groupe de travail inter-DSC, "Facteurs de risque chez l'enfant et dans son environnement en période néonatale", Montréal, avril 1980, p. 100.

FACTEURS DE RISQUE CHEZ L'ENFANT ET DANS SON ENVIRONNEMENT

Facteurs de risque liés à l'enfant

Caractéristiques biologiques:

- malformation
- maladie métabolique
- prématurité
- malnutrition foetale
- anoxie néonatale
- maladies néonatales.

Tempérament:

- tempérament difficile.

Facteurs de risque liés à l'environnement

Mère:

- < 18 ans, > 34 ans
- grossesses rapprochées (<12 mois entre 2 enfants, 3 enfants en moins de 3 ans).

Mère et/ou père:

- ≤ 7 ans de scolarité
- carence ou mauvais traitements dans l'enfance
- négligence ou mauvais traitement d'un autre enfant
- stérilité (en cas d'adoption)
- incompétence sur le plan matériel
  psychologique
  social
- maladie chronique ou handicap
- maladie aigue ou dépression temporaire
- maladie mentale
- alcoolisme (dépendance de l'alcool)
- tabagisme (plus de 40 cigarettes/jour)
- autres toxicomanies.

Famille:

- tensions conjugales
- famille incomplète (séparation prolongée, temporaire, définitive)
- famille instable
- famille isolée
- maladie ou handicap d'un membre de la famille (autre que père ou mère).

Milieu:

- pauvreté absolue, relative
- logement insuffisant, inapproprié
- manque de sécurité (danger d'accident), pollution (air, bruit...)
- culture différente.

Facteurs de risque liés à l'interaction enfant-environnement

Interaction:

- séparation mère-père-enfant précoce (dans les premières 24 heures) et/ou prolongée
- perception négative de l'enfant
- difficulté à reconnaître et à satisfaire rapidement les besoins de l'enfant
- difficulté d'adaptation d'un des parents à ses nouveaux rôles.

A N N E X E VIII

DISTRIBUTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS
ET D'EMPLOYES PAR GROUPE DE
SECTEURS PRIORITAIRES, SOUS-REGION,
REGION L-L, 1981

Sources:

- AMESSE, A., "Plan d'organisation des services de santé au travail du territoire des Laurentides; groupes I et II", Service de santé au travail, Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, juin 1983.
- Fichier de la Commission de santé et sécurité au travail, 1981.

Distribution du nombre d'établissements et d'employés par groupe de secteurs prioritaires, sous-région, région 14b, 1981.

Groupe	Secteurs prioritaires	Nombre d'établissements			Nombre d'employés (au 01-06-1981)		
		Sous-région Laurentides	Sous-région de Lanaudière	Région 14b	Sous-région Laurentides	Sous-région de Lanaudière	Région 14b
I	Pêche et piégeage Mines et carrières Fabrication des produits en métal Industrie chimique Bâtiments et travaux publics	1 211	1 122	2 333	5 446	4 680	10 126
II	Industrie du bois Caoutchouc et plastique Fabrication d'équipement de transport Première transformation des métaux Fabrication de produits minéraux non métalliques	199	152	351	8 188	2 673	10 861
III	Administration publique et défense Aliments et boissons Industrie du meuble Papier et activités annexes Transports	599	570	1 169	6 968	5 837	12 805
IV	Commerce Industrie du cuir Fabrication de machines Industrie du tabac Industrie du textile	1 870	1 524	3 394	10 136	8 017	18 153
V	Services socioculturels, commerciaux et personnels Communications et autres services publics Imprimerie, édition et activités annexes Fabrication de produits du pétrole et charbon Fabrication de produits électriques	1 334	1 017	2 351	10 194	6 277	16 471
VI	Agriculture Chasse et pêche Boisement et reboisement Hébergement et services connexes Finances, assurances et affaires immobilières Services médicaux et sociaux	1 021	863	1 884	13 237	12 010	25 247

A N N E X E IX

RISQUES PROFESSIONNELS LIES AU TRAVAIL DOMESTIQUE

Source:

DE KONINCK, M., Eléments pour une problématique de la santé des femmes au travail, Ministère des Affaires sociales, Direction de la santé communautaire, Santé au travail, juillet 1983, p. 59.

RISQUES PROFESSIONNELS LIES AU TRAVAIL DOMESTIQUE

Différents facteurs objectifs influencent les conditions dans la mesure où ils peuvent plus ou moins atténuer les risques présents. Ces facteurs sont déterminants pour la charge de travail, pour l'importance des activités devant être quotidiennement ou fréquemment répétées et pour la multiplication de certaines activités.

Facteurs objectifs devant être pris en ligne de compte lors de l'évaluation des risques:

1. Possibilités financières. Ces dernières sont déterminantes que ce soit pour le logement, les instruments de travail ou la possibilité d'avoir recours à des services extérieurs.
2. Le nombre et l'âge des enfants.
3. La présence ou non d'un conjoint.
4. La participation ou non du conjoint.
5. L'addition ou non d'un travail rémunéré.

CONDITIONS DE TRAVAIL	RISQUES PROFESSIONNELS
Lieu: Logement plus ou moins exigu et environnement extérieur	Risque psycho-social (exiguité avec enfant-s) et risques physiques (bruit ...)
Instruments de travail:	
Appareils ménagers	Risques ergonomiques
Produits utilisés (agent de nettoyage, etc.)	Risques chimiques
Tâches à exécuter:	
Préparation des repas:	Risques physiques (accidents, coupures, brûlures) et risques ergonomiques (station debout prolongée)
Entretien ménager: - entretien de la cuisine - entretien régulier de la maison (faire les lits, aspirateur, etc.) - entretien irrégulier de la maison (laver les fenêtres, etc.) - entretien des vêtements (lavage, repassage, couture)	Risques ergonomiques surtout: soulèvement de poids, station debout prolongée, etc.
Soins aux enfants: - soins au corps - soins affectifs - éducation - activités d'insertion sociale	Risques ergonomiques (soulèvement de poids ...) psycho-sociaux (charge affective, disponibilité continue, différents facteurs pouvant causer du stress)
Courses pour la famille. Transport des membres de la famille	Risques physiques (fatigue)
Conditions normatives de travail:	
Horaire	Risques ergonomiques (heures longues souvent interrompues)
Possibilité d'avancement	Risques psycho-sociaux (monotonie, peu de motivation)
Sécurité d'emploi (lien du travail: lien conjugal)	Risques psycho-sociaux (charge affective)

Source:

Les risques présentés dans ce tableau correspondent aux risques identifiés dans les milieux de travail où les contraintes sont semblables à celles que l'on retrouve dans le milieu domestique. L'association entre ces risques et les conditions de travail telle que présentée est une *hypothèse* que nous formulons à partir d'études faites dans d'autres milieux. Voir à ce propos l'annexe sur les risques professionnels. Le Women's Occupational Health Resource Center a produit un court texte, intitulé "For Women who work in the home", qui explicite les risques encourus dans le milieu domestique (1979).

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) Association des hôpitaux du Québec, Association des directeurs de épartements de santé communautaire, Mission et fonctions des départements de santé communautaire des centres hospitaliers désignés, document de travail avril 1983, p. 26.

(2) ROY, A. et al., Les cours prénatals: analyse critique et prospective, Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, janvier 1983, p. 107.

(3) QUEBEC, Direction générale de la planification du ministère des Affaires sociales, La périnatalité: une politique du ministère des Affaires sociales, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1973, p. 9.

(4) BLANCHET, M., LEVASSEUR, M., "Périnatalité: Bilan et prospective", Carrefour des Affaires sociales, vol. 2, septembre 1980, p. 15.

(5) MARTIN, C. et al., Pour une éducation sanitaire en milieux populaires dans le domaine de la périnatalité, Québec, Ministère des Affaires sociales, mai 1984, p. 15.

(6) ROY, A. et al., op. cit., p. 26.

(7) Ibid., p. 41.

(8) JOHNSON, C.F. et al., "Effect of high school students, knowledge of child development and child health on approaches to child discipline" Pediatrics, vol. 69, no 5, May 1982, pp. 561-562.

(9) BLANCHET, M., LEVASSEUR, M., op. cit., p. 15.

(10) ROY, A. et al., op. cit., p. 94.

(11) MARTIN, C. et al., op. cit., p. 32.

(12) ROY, A. et al., op. cit., p. 4.

(13) OUELLET, L., "Vers un développement de la concertation et de la consultation au Québec", Cahiers de l'Ecole Nationale d'Administration publique, no 1, juin 1981, pp. 9-10.

(14) BLANCHET, M., LEVASSEUR, M., op. cit., p. 14.

(15) Ibid., p. 15.

(16) MARTIN, C. et al., op. cit., p. 32.

(17) DE KONINCK, M., PETTIGREW, J., Pour une nouvelle orientation en périnatalité, Québec, Ministère des Affaires sociales, octobre 1984, p. 33.

(18) OTTAWA, Comité consultatif fédéral-provincial de la promotion de la santé, Programme quinquennal fédéral-provincial d'éducation en matière de nutrition à l'intention des femmes enceintes, Ottawa, juin 1983, annexe V, p. 5.

(19) Ibid., pp. 5-6.

(20) ROY, A. et al., op. cit., p. 143.

(21) McCARTHY, E., "Report of a Montreal Diet Dispensary Experience", Journal of the Canadian Dietetic Association, vol. 44, no 1, January 1983, p. 69.

(22) BASTIEN, J., LANGEVIN-DEMERS, N., Problématique et orientations futures en périnatalité, Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional de Baie-Comeau Hauterive, mai 1982, p. 23.

(23) QUEBEC, Direction générale de la planification du ministère des Affaires sociales, Projet de regroupement des services d'obstétrique, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1974, p. 28.

(24) Loc. cit.

(25) ROY, A. et al., op. cit., p. 4.

(26) OUELLET, L., op. cit., pp. 9-10.

(27) ROY, A. et al., op. cit., p. 74.

(28) Ibid., p. 77.

(29) Ibid., p. 94.

(30) Ibid., p. 88.

(31) BLANCHET, M., LEVASSEUR, M., op. cit., p. 19.

(32) QUEBEC, Comité MAS - réseau en périnatalité, Eléments de réponse aux recommandations faites par les femmes lors des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité, Québec, Ministère des Affaires sociales, mars 1984, p. 2.

(33) BLANCHET, M., LEVASSEUR, M., op. cit., p. 25.

(34) BLANCHET, M., LEVASSEUR, M., op. cit., p. 24.

(35) DE KONINCK, M., PETTIGREW, J., op. cit., pp. 36-38.

(36) ROY, A. et al., op. cit., p. 4.

(37) PICHOT, F., "Les visites postnatales à domicile: visite-t-on les familles qui en ont besoin", Thèse de maîtrise en sciences, Montréal, Université McGill, 1982, p. 23.

(38) LAMARRE, S., LANDRY-BALAS, L., "La *bonne maman*, un obstacle à l'évolution des femmes", Santé mentale au Canada, vol. 28, no 2, juin 1980, p. 15.

(39) SEGUIN, L., "Problématique de l'identification des enfants à risque élevé ou vulnérables", L'Union médicale du Canada, tome 109, octobre 1980, p. 1414.

(40) Ibid., p. 1413.

(41) Ibid., p. 1414.

(42) Loc. cit.

(43) LESEMANN, F., "L'action communautaire et la recherche en santé", Synthèse du colloque sur la recherche et l'action communautaire, Québec, Université Laval, novembre 1980, p. 1.

(44) GERMAIN, D., Pour un examen des modes de gestion de la famille en devenir, Centre régional des services de santé et sociaux Laurentides-De Lanaudière, novembre 1982, p. 164.

(45) ROCHELEAU-PARENT, L., "Accoucher ou se faire accoucher", Carrefour des Affaires sociales, septembre 1980, p. 8.

(46) SEGUIN, L., op. cit., p. 1414.

(47) Regroupement des garderies Laurentides-Lanaudière, Pour un programme de santé en garderie, Projet Garderies Santé, Garderies Ressources, mai 1983, pp. 4-6.

(48) Loc. cit.

(49) QUEBEC, Office des services de garde à l'enfance, Où faire garder nos enfants?, Gouvernement du Québec, 1984, pp. 41-43.

(50) PARE, L., Projet d'intervention auprès des enfants de 0 à 18 mois, Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional De Lanaudière, 1983, pp. 7-8.

(51) LESCOP, J., "Dépistage en milieu scolaire québécois", Le Médecin du Québec, septembre 1984, pp. 34-41.

(52) PARE, L., Les services en orthophonie pour les enfants de 0-12 ans sur le territoire De Lanaudière - analyse de besoins, Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional De Lanaudière, document de travail, 1984, p. 5.

(53) SAUCIER, J.F., "Essai sur les besoins des enfants et des parents contemporains", Santé mentale au Québec, vol. III, no 2, novembre 1983, pp. 5-12.

(54) BOISSONNEAULT, M., L'enfant d'âge préscolaire: guide de rencontres des parents sur la relation parents-enfant(s), Québec, Comité de la protection de la jeunesse, Ministère de la Justice, janvier 1983, p. 6.

(55) LABONTE, R., PENFOLD, S., "Analyse critique des perspectives canadiennes en promotion de la santé", Education sanitaire, avril 1981, pp. 4-5.

(56) RENAUD, M., "L'action socio-politique comme stratégie d'intervention en santé communautaire", Le Disport, no 22, juin-juillet-août 1981, p. 12.

(57) SOMERS, A. (éd.), Health Promotion and Consumer Health Education, New York, Prodist, 1976, p. 3, dans O'Neil, M., "La modification de comportements reliés à la santé, 1- Revue de la littérature théorique", L'Union médicale du Canada, tome 109, mai 1980, p. 733.

(58) O'NEIL, M., "Pour une approche communautaire en promotion de la santé", Carrefour des Affaires sociales, vol. 5, no 3, Eté 1983, p. 29.

(59) RANDALL, D., "Santé physique et santé mentale: fondements théorique de l'intervention", Santé mentale du Canada, septembre 1981, pp. 2-7.

(60) FORTIN, J.P., "Un défi à relever", Carrefour des Affaires sociales, vol. 5, no 3, Eté 1983, p. 17.

(61) MARTIN, C., OUELLET, F., Les cours prénatals: tendances actuelles et orientations futures, Département de santé communautaire du Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, Département de santé communautaire de l'Hôpital du Sacré-Coeur, Montréal, avril 1983, p. 2.

(62) MARTIN, C. et al., op. cit., p. 3.

(63) LABONTE, R., PENFOLD, S., op. cit., p. 5.

(64) RENAUD, M., op. cit., p. 13.

(65) OTTAWA, Comité consultatif fédéral-provincial de la promotion de la santé, op. cit., p. 3.

(66) MARTIN, C., OUELLET, F., op. cit., p. 3.

(67) ROY, A. et al., op. cit., p. 18.

(68) COMMANDEUR, C., "Les effets du travail de la femme enceinte sur le foetus", Le Médecin du Québec, août 1983, p. 48.

(69) MILLER-CHENIER, N., Fécondité humaine et milieu de travail / à vos risques et périls, Ottawa, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, 1982, pp. 5-7.

(70) TREMBLAY, S., "Le retrait préventif de la travailleuse enceinte", Prévention, Bulletin de l'Association paritaire de prévention pour la santé et la sécurité du travail du Québec, juin-juillet 1981, p. 4.

(71) FILIATRAULT, F., HAMEL-FORTIN, S., Bilan des demandes reçues en 1982 dans le cadre du programme T.E.T.A., Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional De Lanaudière, mai 1983, p. 1.

(72) _____ "La prévention inspection", dans CSST 84, Edition spéciale, juillet-août 1984, p. 5.

(73) TREMBLAY, S., op. cit., p. 4.

(74) Loc. cit.

(75) O'NEIL, M., "Pour une approche communautaire en promotion de la santé", op. cit., p. 30.

(76) Loc. cit.

(77) QUEBEC, Conseil des affaires sociales et de la famille, Médicaments ou potions magiques, Etude et avis, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1982, pp. 31-32.

(78) MONGEAU, S., "Nos bébés: déjà des douillets droqués", Protégez-vous, février 1981, p. 4.

(79) MINGUY, C., "La grande bouffe", Carrefour des Affaires sociales, vol. 4, no 3, juin 1982, p. 20.

(80) Loc. cit.

(81) GRAFS, Nous, notre santé, nos pouvoirs, Montréal, Editions Coopératives Albert Saint-Martin, 1983.

(82) MINGUY, C., op. cit., pp. 20-21.

(83) LORION, R.P., "Research on Psychotherapy and Behaviour Change with the Disadvantaged", in Sol L. Garfield and Allen E. Bergin, Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change, John Wiley and Sons, New-York, 1978, pp. 903-938, GRAFS, Nous, notre santé, nos pouvoirs, Montréal, Editions coopératives Albert St-Martin, 1983, p. 46.

(84) NADEAU, L., MERCIER, C., BOURGEOIS, L., "Les femmes et l'alcool", Carrefour des Affaires sociales, vol. 6, no 1, Hiver 1984, p. 35.

(85) LESEMANN, F., "Stratégies d'intervention auprès des individus et des collectivités: l'action communautaire", Les cahiers de la santé communautaire, Montréal, Association de la santé publique du Québec, 1972, pp. 44-49.

(86) ALARY, G. et al., L'intervention communautaire, Centre local de services communautaires des Trois-Vallées, mars 1984, p. 8.

(87) Loc. cit.

(88) LABONTE, R., PENFOLD, S., op. cit., p. 10.

(89) LESEMANN, F., "Stratégies d'intervention auprès des individus et des collectivités: l'action communautaire", op. cit., p. 11.

(90) MARTIN, C., OUELLET, F., op. cit., pp. 7-8.

(91) RANDALL, D., op. cit., p. 3.

(92) TREMBLAY, G., "L'éducation sanitaire, un concept fourre-tout", Québec, Direction de la santé communautaire, Hôpital de l'Enfant-Jésus, document de travail, août 1983, p. 5.

(93) TREMBLAY, G., op. cit., p. 2.

(94) O'NEIL, M., "La modification de comportements reliés à la santé, II- suggestions pour l'organisation de programme de santé communautaire", L'Union médicale du Canada, tome 109, juin 1980, p. 927.

(95) Ibid., p. 922.

(96) BELANGER, J.P., "Les CLSC - un défi de taille", Perception, vol. 7, no 3, janvier-février 1984, p. 24.

CHAPITRE 3

ESSAI DE SYNTHÈSE ET DE PROJECTION PRÉALABLE À L'ÉTAPE DE DÉTERMINATION DE PRIORITÉS

CHAPITRE 3

ESSAI DE SYNTHESE ET DE PROJECTION PREALABLE A L'ETAPE DE DETERMINATION DE PRIORITES

Ce dernier chapitre, beaucoup plus modeste que les deux précédents, veut, en essence, éclairer brièvement le lecteur sur les intentions que nous nourrissons, afin de donner suite au présent document.

Cependant, avant d'y arriver, nous concevons d'intérêt d'apporter certains éléments d'informations supplémentaires, de faire un bref retour sur les deux chapitres antérieurs, ainsi que de rappeler les éléments essentiels à la première étape du processus de planification.

Ce chapitre se constitue donc de trois parties. La première partie relève les problèmes en regard de la période de la grossesse et de l'accouchement, de même que ceux qui affectent le jeune enfant, reconnus prioritaires par quatre organismes qui agissent à des niveaux fort distincts et qui sont chargés de planification en matière de santé. La seconde partie est le résumé des différents problèmes d'ordre médical, psychosocial et organisationnel qui ont fait l'objet des deux chapitres précédents. Finalement, la troisième partie remémore les déterminants d'une analyse globale de la santé, ainsi que des deux approches qui en découlent.

3.1 DES PROBLEMES RECONNUS PRIORITAIRES PAR QUELQUES ORGANISMES

A titre informatif, nous trouvons intéressant de fournir au lecteur un résumé des priorités retenues par différents organismes qui agissent à des niveaux très différents en matière de planification sanitaire. L'intérêt de ceci est de démontrer la généralisation de certains problèmes de santé que l'on se situe à un niveau national, provincial ou même sous-régional. Nous vous présentons donc, dans le tableau comparatif 3.1, les problèmes prioritaires identifiés par:

- le Surgeon General des Etats-Unis, en 1979[1]

- un Comité d'experts canadiens, en 1984*[2]

- le Conseil des affaires sociales et de la famille, en 1980 (DSC de la Cité de la Santé à Laval, 1984)[3]

- le DSC de la Cité de la Santé à Laval, en 1984[4].

Il est bon, avant tout, de souligner les différences qui prévalent au niveau des assises méthodologiques qui ont permis à ces organismes d'établir des priorités. Nous entendons par là:

- le choix de certains indices ou critères épidémiologiques (par exemple: taux de mortalité, de morbidité, EVBS**, restriction d'activités, invalidité des individus, origine ethnique des individus, etc.)

- l'importance et le contexte socio-culturels des populations concernées

- le choix de catégoriser, ou non, les problèmes selon des groupes d'âges

- le choix de donner, ou non, un ordre d'importance aux problèmes prioritaires.

En tenant compte de ces différences, nous allons tout de même faire ressortir les principales constatations extraites de ce tableau. Nous le ferons selon deux regroupements de problèmes. D'une part, les problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement, et d'autre part, les problèmes de l'enfant de 0 à 5 ans.

---

* Le rapport de 1984 est en fait la révision du premier rapport publié en mai 1982.

** EVBS: L'espérance de vie en bonne santé est l'espérance de vie d'un individu d'âge et de sexe donnés sans aucune limitation de ses activités. Cet indicateur tient compte des problèmes de santé les plus mortels mais également de ceux qui ne font pas mourir les gens, mais qui affectent sérieusement leur qualité de vie.

Tableau 3.1

Répartition de différents problèmes de santé prioritaires énoncés par le Surgeon General en 1979, le Comité d'experts canadiens en 1964, le Conseil des affaires sociales et de la famille en 1960 et le DSC de la Cité de la Santé à Laval en 1984

SURGEON GENERAL		COMITE D'EXPERTS CANADIENS
Pour les 0 à 1 an		
- Naissances de petit poids - Anomalies congénitales (malformations congénitales, déficience mentale et maladies génétiques) - Traumatismes à la naissance	- Mort subite du nourrisson - Accidents - Régime alimentaire inapproprié - "Incompétence parentale"	- Accidents
		- Arthrite et troubles articulaires
Pour les 1 à 14 ans		
- Problèmes associés à la croissance et au développement - Troubles d'apprentissage - Déficience mentale - Problèmes nutritionnels	- Négligences et mauvais traitements - Accidents et traumatismes - Maladies infectieuses que l'on peut prévenir par la vaccination - Problèmes dentaires	- Cancer
Pour les 15 à 24 ans		- Maladies cardio-vasculaires et cérébro-vasculaires
- Accidents mortels par véhicule moteur - Consommation abusive d'alcool et de drogues - Grossesse chez l'adolescente - Maladies transmissibles sexuellement	- Problèmes mentaux - Suicide - Homicide	
		- Maladies du système respiratoire
Pour les 25 à 64 ans		
- Accidents cérébro-vasculaires - Infarctus - Cancer du poumon - Cancer du côlon - Cancer du sein - Cancer du rectum - Cancer de la prostate - Cancer du col utérin	- Cancer de la vessie - Cancer de la bouche, de l'oesophage et du larynx - Cancer du foie - Cancer de l'estomac - Accidents - Consommation abusive d'alcool - Problèmes mentaux - Maladie périodontaire	- Problèmes de santé de la mère et de l'enfant - Troubles mentaux
Pour les 65 ans et plus		
- Arthrite - Hypertension artérielle - Problèmes d'audition - Problèmes de vision	- Problèmes cardiaques - Cécité apparente - Influenza et pneumonie - Dépression	N.B.: Les priorités sont listées selon l'ordre alphabétique.

Source:
USA. US Department of Health, Education and Welfare. Healthy People: The Surgeon General's Report of Health Promotion and Disease Prevention, Washington, 1979, pp. 3.1-7,15.

Source:
Ad Hoc Committee on National Health Strategies. "Report of the Ad Hoc Committee on National Health Strategies" dans British Columbia Disease Surveillance, vol.5, no 9, August 20, 1984, p. 182.

Tableau 3.1 (suite)

Répartition de différents problèmes de santé prioritaires énoncés par le Surgeon General en 1979, le Comité d'experts canadiens en 1961, le Conseil des affaires sociales et de la famille en 1980 et le DSC de la Cité de la Santé à Laval en 1984

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (1)						DSC DE LA CITE DE LA SANTE (1)
HIERARCHISATION DES PRINCIPALES MALADIES SELON LEURS IMPACTS: SUR LA MORTALITE; SUR LA RESTRICTION D'ACTIVITE; SUR L'ESPERANCE DE VIE EN BONNE SANTE, QUEBEC, 1980 - HOMMES ET FEMMES						
Impact sur la mortalité	*Rang*	*Impact sur la restriction d'activité*	*Rang*	*Impact sur l'espérance de vie en bonne santé*	*Rang*	
Maladies de l'appareil circulatoire	1	*Maladies du système ostéo-articulaire*	1	*Maladies de l'appareil circulatoire*	1	- Accidents
Cancers	2	*Maladies de l'appareil circulatoire*	2	*Maladies du système ostéo-articulaire*	2	- Insuffisance de préparation et de support au rôle du parent
Accidents et traumatismes	3	*Maladies de l'appareil respiratoire*	3	*Cancers*	3	
Anomalies congénitales et affections périnatales	4	*Accidents et traumatismes*	4	*Accidents et traumatismes*	4	- Maladies cardio-vasculaires
Maladies de l'appareil respiratoire	5	*Troubles mentaux*	5	*Maladies de l'appareil respiratoire*	5	- Marginalisation des personnes âgées
Maladies de l'appareil digestif	6	*Maladies de l'appareil digestif*	6	*Troubles mentaux*	6	
Troubles mentaux (suicides)	7	*Problèmes liés à la grossesse et l'accouchement*	7	*Anomalies congénitales et affections périnatales*	7	- Suicides
Diabète	8	*Maladies du système nerveux et sensoriel*	8	*Maladies de l'appareil digestif*	8	
Maladies du système nerveux	9	*Diabète*	9	*Diabète*	9	
				Maladies du système nerveux et sensoriel	10	N.B.: Les priorités sont listées selon l'ordre alphabétique.

(1) C'est à l'aide d'un nouvel indicateur qui mesure l'espérance de vie en bonne santé que le CASF a établi la liste des dix principaux problèmes de santé des Québécois. Liste en troisième colonne.

Source:
DSC de la Cité de la Santé à Laval, "Plan directeur de Santé de Laval, 1984-1986", mai 1984, pp. 11-12.

(1) Exclut comme tels: les problèmes reliés au programme de santé et sécurité au travail, santé dentaire, ainsi que de contrôle des maladies infectieuses.

Source:
DSC de la Cité de la Santé à Laval, "Plan directeur de Santé de Laval, 1984-1986", mai 1984, pp. 26-28.

3.1.1 Les problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement

- En ce qui concerne la grossesse, seul le problème de la grossesse chez l'adolescente a été retenu par le Surgeon General.

- Le CASF, de son côté, situe ce type de problème au septième rang en termes de restriction d'activités (tableau 3.1).

  Il nous précise cependant, par le biais de leur récent ouvrage intitulé "Objectif: Santé" (1984), des objectifs spécifiques d'amélioration de la santé pour les prochaines années au Québec. Un de ces objectifs est, notamment, la diminution du nombre de grossesses non désirées et leur impact chez l'adolescente(5).

- Selon les données du tableau 3.1, le Comité d'experts canadiens a identifié globalement les problèmes de santé de la mère.

  Ce comité reconnaît, par ailleurs, les facteurs qui influencent l'état de santé de l'enfant à naître. Il s'agit en fait de:

  . l'âge de la mère

  . les maladies virales contractées durant les trois premiers mois de la grossesse

  . la consommation et l'abus de cigarettes, de drogues et d'alcool

  . la malnutrition maternelle

  . des conditions socio-économiques faibles

  . une sous-utilisation des services prénatals et obstétricaux

  . un suivi tardif et inadéquat durant la grossesse

  . l'accouchement difficile et les traumatismes obstétricaux

  . une déficience en oxygène

  . une pathologie au niveau du placenta et du cordon ombilical(6).

3.1.2 Les problèmes du jeune enfant de 0 à 5 ans

- Le Surgeon General priorise, spécifiquement chez les enfants âgés de 0 à 1 an, les problèmes suivants:

  . les naissances de bébés de petit poids

  . les anomalies congénitales (malformations congénitales, déficiences mentales et maladies génétiques)

  . les traumatismes à la naissance

  . le syndrome de mort subite du nourrisson

  . les accidents

  . un régime alimentaire inapproprié

  . *l'incompétence parentale.*

  D'autres problèmes sont identifiés prioritaires par cet organisme, mais pour l'ensemble du groupe d'âge de 1 à 14 ans. Ainsi, chez les enfants de ce groupe d'âge, le Surgeon General priorise:

  . les problèmes associés à la croissance et au développement

  . les troubles d'apprentissage

  . la déficience mentale

  . les problèmes nutritionnels

  . les négligences et les mauvais traitements

  . les accidents et traumatismes

  . les maladies infectieuses, que l'on peut prévenir par la vaccination

  . les problèmes dentaires.

- Le CASF, de son côté, a déterminé que les anomalies congénitales et les affections périnatales se placent au quatrième rang en termes d'impact sur la mortalité et à un septième rang pour ce qui est de l'impact sur l'EVBS. Sans différenciation d'âge, il place les accidents et traumatismes à un troisième rang au niveau de l'impact sur la mortalité et au quatrième rang selon la restriction d'activité et l'EVBS (tableau 3.1).

On doit, de plus, indiquer que le CASF a fait ressortir certaines problématiques qui méritent une attention particulière, du fait qu'elles ne sont pas mises en évidence par les données habituellement disponibles. Ces problématiques ont un impact important sur la qualité de vie du jeune enfant de 1 à 14 ans et il est possible d'en diminuer l'importance par une approche préventive. Il s'agit:

. des accidents et traumatismes

. des affections des voies respiratoires

. des maladies infectieuses

. des troubles de vision et d'audition

. des problèmes psychosociaux (les problèmes socio-affectifs, l'enfant négligé - maltraité ou victime d'abus sexuels, les troubles de développement) (Levasseur, 1983)(7).

Par ailleurs, la dernière production du CASF (1984) spécifie en ce qui a trait aux jeunes enfants de 0 à 5 ans, les objectifs d'amélioration de la santé suivants:

. diminuer le nombre de naissances présentant de graves anomalies ainsi que l'impact de ces anomalies pour l'enfant et sa famille

. favoriser le développement affectif et social des enfants de 0 à 5 ans(8).

- Le Comité d'experts canadiens, selon le tableau 3.1, identifie globalement les problèmes de santé de l'enfant.

  Le comité reconnaît cependant les anomalies congénitales, les bébés de poids insuffisant à la naissance, la déficience nutritionnelle et un environnement inadéquat comme facteurs d'importance dans les problèmes de santé du jeune enfant.

  De plus, pour les canadiens de tout âge, ce comité identifie, comme problème prioritaire, les accidents (tableau 3.1).

- Le DSC de la Cité de Santé à Laval, quant à lui, a reconnu prioritaire l'insuffisance de préparation et de support au rôle de parent comme un facteur de risque des plus importants dans l'émergence de différents problèmes de santé de l'enfant.

  Il priorise, par ailleurs, les accidents pour tous les groupes d'âge de la population des Lavallois et Lavalloises.

3.2 UNE SYNTHÈSE DES PROBLEMES CONSIDERES DANS LE CADRE DES DEUX CHAPITRES PRECEDENTS

Afin de permettre une vue globale des principaux problèmes développés à l'intérieur des deux chapitres précédents, nous les avons rassemblés au tableau 3.2, selon trois grandes catégories: les problèmes à caractère médical, psychosocial et organisationnel. Soulignons que le regroupement de certains problèmes dits *médicaux* est en quelque sorte arbitraire. Compte tenu de ce qui a été noté précédemment, une cloison rigide entre les problématiques d'ordre sanitaire et celles d'ordre social, est de plus en plus difficile à faire. Nous pensons à cette difficulté, entre autres, dans les cas de l'insuffisance de poids à la naissance, des problèmes buccodentaires ou des accidents.

Par ailleurs, pour simplifier notre présentation, nous avons cru bon de diviser les problèmes en deux périodes: la période prénatale et la période s'écoulant de la naissance (prépartum inclus) à 5 ans.

Répartition des problèmes médicaux, psychosociaux et organisationnels selon la période prénatale et celle s'étalant de la naissance (prépartum inclus) à 5 ans

PERIODE	PROBLEME MEDICAL		PROBLEME PSYCHOSOCIAL	PROBLEME ORGANISATIONNEL
Prénatale	Problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement Insuffisance de poids à la naissance		Grossesse chez l'adolescente Violence conjugale	- Lent abandon de la formule traditionnelle de "cours prénataux" pour celle de "rencontres prénatales" - Insuffisance d'activités complémentaires aux cours prénataux - Difficultés à dépister les grossesses à risque - Inégalité d'accessibilité aux services en diététique et une sous-utilisation de ces services - Manque de sensibilisation des intervenants aux facteurs de risque nutritionnels durant la grossesse - Manque de concertation entre intervenants (secteur public et privé) - Peu ou pas d'action communautaire.
De la naissance (prépartum inclus) à 5 ans	MORTALITE A) De la naissance à un an Affections périnatales Anomalies congénitales Syndrome de mort subite du nourrisson Maladies respiratoires Accidents B) De 1 à 4 ans Anomalies congénitales Tumeurs malignes Infections	MORBIDITE Retards de croissance d'origine biologique Maladies des organes sensoriels Maladies de l'appareil respiratoire Handicaps physiques et mentaux Accidents routiers Intoxications Problèmes buccodentaires	Enfant négligé-abusé-maltraité sexuellement Enfant handicapé Adoption d'un enfant Famille monoparentale et reconstituée Problème de chômage Situation de perte Enfant placé Isolement géographique et social Problèmes de développement affectif et social Surmédicalisation Violence familiale	A) De la naissance à 1 an - Disparité d'allocation de ressources médicales (gynécologues, anesthésistes, etc.) - Disparité des services offerts en CH (obstétrique, pouponnière, post-partum, pédiatrie) - Pratiques interventionnistes en obstétrique - Manque de concertation entre les services (pré, per et postnataux) - Cloisonnement des services de PSEI-SMI - Difficultés de rejoindre la clientèle à risque - Insuffisance d'intérêt pour la famille dans son entité lors des visites postnatales - Manque d'aide en période postnatale - Manque de support au développement de la "compétence parentale" - Insuffisance d'action communautaire. B) De 1 à 4 ans - Manque de support au développement de la "compétence parentale" - Absence de programme de santé globale pour les garderies - Remise en question insuffisante du dépistage multifactoriel chez les 4-5 ans - Peu de services préventifs pour les familles ayant des enfants de 18 mois à 4 ans - Mobilisation trop importante du temps des intervenants pour les fins des cliniques d'immunisation - Disparité d'allocation des ressources et des services en psychiatrie infantile - Insuffisance des ressources en orthophonie - audiologie - Manque de concertation entre intervenants (CH, CLSC, CSS) - Insuffisance d'action communautaire.

3.3 LES ELEMENTS NECESSAIRES A UNE ANALYSE GLOBALE DES BESOINS DE SANTE D'UNE POPULATION

Il est généralement reconnu qu'il existe trois ordres d'indicateurs de besoins de santé de la population:

- les indicateurs de santé dits traditionnels (données quantitatives)
- la perception des professionnels de la santé et des principaux intervenants communautaires
- la perception qu'a la population elle-même de sa santé.

Afin de nous démontrer l'importance, en particulier, du dernier de ces trois niveaux de besoins, Raynald Pineault (1976) nous rappelle que:

> "Les besoins d'une population peuvent différer considérablement selon qu'ils sont définis et identifiés par les individus eux-mêmes, par les professionnels de la santé ou par un organisme public comme le ministère des Affaires sociales." (9)

Il souligne, de plus, que ces trois points de vue peuvent parfois être incompatibles. Ce problème d'incompatibilité survient lorsque les points de vue des professionnels et des organismes politiques dominent sur celui de la population. Ainsi, d'une mauvaise identification des besoins réels peut résulter des programmes de santé qui sont voués à l'échec, parce qu'ils ne correspondent pas aux problèmes que la population considère comme prioritaires.

Des trois niveaux de besoins précités découlent deux approches. La première, l'approche *psychosociale*, s'intéresse aux besoins subjectifs de la population, c.-à-d. qui sont ressentis et exprimés par les individus eux-mêmes, les principaux intervenants communautaires et les professionnels. La deuxième, l'approche *épidémiologique*, s'attarde à la répartition de la maladie et des facteurs qui déterminent cette répartition selon des données quantitatives (Lavergne, 1983) (10). Ces deux approches sont complémentaires. Par conséquent, une analyse *globale* des besoins de santé de la population est l'aboutissement d'une utilisation combinée de ces deux approches.

CONCLUSION

Ce dernier chapitre a mis en lumière trois catégories différentes de problèmes: les problèmes liés à l'enfant, à son environnement ainsi qu'à l'organisation des services. Cette classification respecte en quelque sorte les trois déterminants de santé, tel que défini dans "Objectif Santé".

Les priorités retenues par les quatre organismes choisis nous démontrent la généralisation de certains problèmes; par contre, si ces priorités peuvent attirer notre attention, elles ne nous indiquent cependant pas ce qui pourrait être de première importance pour notre région.

Ce document fournit les principaux éléments préliminaires pour une planification des services. Il nous reste donc une autre étape à franchir, soit celle de la consultation et de la concertation avec les organismes du milieu afin de s'assurer que les données puissent profiter de façon optimale à la population de notre territoire.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) U.S.A., Us Department of Health, Education and Welfare, Healthy People; The Surgeon General's Report of Health Promotion and Disease Prevention, Washington, 1979, pp. 3,1-7,15.

(2) Ad Hoc Committee on National Health Strategies, "Report of the Ad Hoc Committee on National Health Strategies", dans British Columbia Disease Surveillance, vol. 5, no 9, August, 20, 1984, p. 182.

(3) Département de santé communautaire de la Cité de la Santé à Laval, Plan directeur de Santé de Laval, 1984-1986, mai 1984, pp. 11-12.

(4) Ibid., pp. 26-28.

(5) QUEBEC, Conseil des affaires sociales et de la famille, Objectif: Santé, Rapport du Comité d'études sur la promotion de la santé, Québec, Editeur officiel du Québec, 1984, p. 150.

(6) Ad Hoc Committee on National Health Strategies, British Columbia Disease Surveillance, op. cit., p. 193.

(7) LEVASSEUR, M., Des problèmes prioritaires, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983, pp. 25-33, (Collection: La santé des Québécois).

(8) QUEBEC, Conseil des affaires sociales et de la famille, op. cit., p. 150.

(9) PINEAULT, R., "Eléments et étapes d'élaboration d'un programme de santé communautaire", L'Union médicale du Canada, tome 105, no 8, août 1976, p. 1209.

(10) LAVERGNE, M. et al., "Elaboration de programmes", (Cours SIN-16791), Québec, Université Laval, Ecole des sciences infirmières, 1983, p. 17.

CONCLUSION

Afin de conclure cet imposant travail, nous pouvons tout d'abord dire que nous détenons maintenant des éléments essentiels à une planification en matière de promotion de la santé de la mère, de l'enfant et de la famille. Le contenu de notre dossier jumelé à celui du profil démographique et socio-économique relatif à la famille et à la natalité dans notre région, nous permet cette avancée.

Toutefois, rappelons que dans l'optique de passer, à court terme, à la deuxième étape d'une démarche de planification, c.-à-d. la détermination des priorités, nous devrons nous joindre à des interlocuteurs en provenance de différents milieux. En d'autres termes, à des représentants des CH, CLSC, CSS, d'organismes du milieu et finalement d'individus à qui l'on dispense des services. Tout ceci, en prévision de recueillir des informations (besoins, perceptions) que nous jugeons essentielles à une analyse globale des besoins de santé de la population.

Par ailleurs, nous envisageons la consultation de même que la concertation, suite à la diffusion du présent document, avec beaucoup d'optimisme. Les échanges qui auront lieu nous permettront, entre autres choses, de mieux saisir les limites du travail que nous venons d'achever, de le compléter et de l'enrichir par les réflexions qui nous préoccupent en matière de promotion de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

Ad Hoc Committee on National Health Strategies, "Report of the Ad Hoc Committee on National Health Strategies", British Columbia Disease Surveillance, vol. 5, no 9, August 20, 1984, pp. 182-200.

ADAMS, B.N., BROWNSTEIN, C.A., RENNALLS, I.M., SCHMITT, M.H., "The pregnant adolescent - a group approach", Adolescence, vol. 11, 1976, pp. 467-485.

ALARY, G. et al., L'intervention communautaire, Centre local des services communautaires des Trois-Vallées, mars 1984.

ALLEN, J.E., BENDER, D., "Managing teenage pregnancies: success and failure into two U.S. communities", Health Care Man Review, vol. 5, 1980, pp. 85-93.

American Academy of Pediatrics, Report of the Committee on Infectious Diseases/Red Book, 19th Edition, 1982.

N.B.: Voir aussi les mises à jour suivantes:

- "Red book Update", Pediatrics, vol. 70, no 5, November 1982, pp. 819-821.
- "Revision of Recommandations for use of Rifampin Prophylaxis of Contacts of Patients with Haemophilus Influenzae Infection", Pediatrics, vol. 74, no 2, août 1984, pp. 301-302.

AMESSE, A., Plan d'organisation des services de santé au travail du territoire des Laurentides; groupes I et II, Service de santé au travail, Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, juin 1983.

ANASTASIOW, N.J., "Adolescent pregnancy and special education", Except Children, vol. 49, 1983, pp. 396-401.

Association canadienne pour la santé mentale, Programme de sensibilisation à la vie familiale, Division du Québec, document de travail, 1977.

Association des directeurs de Départements de santé communautaire, Ministère des Affaires sociales, Enquête santé dentaire Québec 1983-1984, Rapport préliminaire, Volet provincial, mars 1985.

Association des directeurs de Département de santé communautaire, Ministère des Affaires sociales, Enquête santé dentaire Québec 1983-1984, Rapport préliminaire, Volets régionaux et sous-régionaux (région 06B, région 06C), mars 1985.

Association des hôpitaux du Québec, Association des directeurs de Département de santé communautaire, Mission et fonctions des départements de santé communautaire des centres hospitaliers désignés, document de travail, avril 1983.

BASTIEN, J., LANGEVIN-DEMERS, N., Problématique et orientations futures en périnatalité, Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional de Baie-Comeau Hauterive, mai 1982.

BEAULIEU, G., "La naissance d'un enfant handicapé: dépasser le choc", Carrefour des Affaires sociales, vol. 6, no 1, hiver 1984, pp. 20-30.

BEAULIEU, G., Le Rêve éclaté, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983.

BEAUSOLEIL, B. et al., "L'évaluation d'un programme de formation parentale, Centre hospitalier St-Janvier", Revue de modification de comportement, vol. 14, no 3, automne 1984, pp. 123-130.

BELANGER, J.P., "Les CLSC - un défi de taille", Perception, vol. 7, no 3, janvier-février 1984, pp. 22-26.

BELL, C.A., CASTO, G., DANIELS, D.S., "Ameliorating the impact of teen-age pregnancy on parent and child", Child Welfare, vol. 62, 1983, pp. 167-173.

BELLIVEAU, R., LAUZIER, G., Etude des bébés de poids insuffisant à la naissance et de l'impact des cours prénatals en rapport avec ceux-ci sur l'ensemble du territoire du Département de santé communautaire de Rimouski, document de travail, Département de santé communautaire de l'hôpital Saint-Joseph de Rimouski, avril 1982.

BELSKY, J., "Child maltreatment: an ecological integration", American Psychologists, vol. 35, 1980, pp. 320-336.

BENEDICT, M. et al., "Maternal perinatal risk factors and child abuse", Child Abuse and Neglect, vol. 9, 1985, pp. 217-224.

BERKOW, R. (éd.), The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, 14th Edition, New Jersey, Rathway, Merck Sharp and Dohme Research Laboratories, 1982.

BERNARD, J.M., Analyse de la mortalité infantile et périnatale au Québec 1965-1974, Québec, Ministère des Affaires sociales, septembre 1978.

BERNARD, M.L., BERNARD, J.L., "Violent Intimacy: The family as a model for love relationships", Family Relations, vol. 32, 1983, pp. 283-286.

BERUBE, Jocelyn, responsable de la Clinique de planning des naissances et du projet "Multi-Jeunesse", DSC de Rimouski, Communication personnelle, janvier 1985.

BILODEAU, Angèle, La recherche d'aide des femmes victimes de violence conjugale et la réponse de l'environnement: Revue de littérature, département de Sociologie, Université de Laval, décembre 1985.

BISSON, A., "La sécurité routière: dossier d'information sur les personnes âgées", Régie de l'assurance automobile du Québec, Juillet 1984, 159 p., Repère, Bulletin de recherche en sécurité routière de la Régie de l'assurance automobile du Québec, vol. 2, no 1, mars 1985, pp. 7-8.

BLANCHET, A., "L'arriération mentale", Psychiatrie clinique: approche contemporaine, Edition G. Morin, 1980.

BLANCHET, M., LEVASSEUR, M., "Périnatalité: bilan et prospective", Carrefour des affaires sociales, vol. 2, septembre 1980, pp. 10-28.

BLOCK, R.W., BLOCK, S.A., "Outreach Education: A possible preventer of teenage pregnancy", Adolescence, vol. 15, 1980, pp. 657-660.

BOGATS, G., BALL, S., The second year of Sesame Street: a continuing evaluation, New Jersey, Educational Testing Service, 1971.

BOHEMIER, M. et al., Dépistage des maladies oculaires et des problèmes de vision, Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, septembre 1981.

BOIS, Y., SAINT-AUBIN, R., Le développement de l'enfant de 0 à 6 ans, Cégep de Saint-Jérôme, 1982.

BOISSONNEAULT, M., L'enfant d'âge préscolaire: guide de rencontre des parents sur la relation parents-enfant(s), Québec, Comité de la protection de la jeunesse, Ministère de la Justice, janvier 1983.

BOLWBY, J., "Separation anxiety", International Journal of Psycho-Analysis, vol. 41, 1960, pp. 89-113.

BOLWBY, J., "Loss, sadness and depression", Attachement and Loss, vol. 3, Editor Penquin Books, 1981.

BOUCHARD, C et al., "Pauvreté économique, pauvreté sociale et mauvais traitements", communication présentée au 5e Congrès International sur les enfants maltraités et négligés, Montréal, 1984.

BOUDREAULT, V., FORGET, A.M., Projet d'intervention auprès de tous les nouveau-nés et des enfants à risques (0-18 mois), Département de santé communautaire du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, février 1984.

BRANN, E.A. et al., "Strategies for the prevention of pregnancy in adolescents", Advances Planning Parenthood, vol. 14, 1979, pp. 68-76.

BRISEBOIS-PRANNO, C., ZENIE, A., Problématique des enfants maltraités dans la région Laurentides-Lanaudière, Centre des services sociaux Laurentides-De Lanaudière, février 1980.

BROWN, J.C., La prévention du handicap: pour l'amélioration des soins prénatals et périnatals, document de travail, Ottawa, l'Institut canadien de la santé infantile, 1978.

BRUNET-RHEAUME, F., La carie du biberon, Département de santé communautaire du Centre hospitalier de Verdun, juillet 1982.

CADIEUX, E., SEVIGNY, O., Profil démographique et socio-économique: quelques caractéristiques pertinentes relatives dans la région Laurentides-De Lanaudière, DSC de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et DSC du Centre hospitalier régional De Lanaudière, 1985.

CAMIRAND-DUFF, L., Programme d'intervention précoce enfants-famille (P.I.P.E.F.), CLSC de Hull, 1984.

CATE, R.M. et al., "Premarital Abuse. A social psychological perspective", Journal of Family Issues, vol. 3, no 1, 1982, pp. 79-80.

CAZDEN, C.B., "Three sociolinguistic views of the language and speech of lower-class children - with special attention to the work of Basil Bernstein", Developmental Medicine and Child Neurology, vol. 10, 1968, pp. 600-612.

Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Lévis, Protocole d'accueil et de suivi pour les enfants et adolescents à risques de mauvais traitements-Version finale, Centre hospitalier de Lévis, janvier 1984.

CHARBONNEAU, L., FORTIN, G., TESSIER, M., "La clinique des Jeunes Saint-Denis, six ans plus tard", Santé mentale au Québec, vol. 9, 1984, pp. 74-82.

CHICOINE, L., PARENT, M., ROLLIN, P., "Les intoxications accidentelles: fréquence et aspect préventif", L'Union médicale du Canada, tome 108, novembre 1979.

Citizens concerned with crime against children, Talking and drawing about it, Ontario, Canada, 1984 (Cahier à colorier, programme sur les abus sexuels auprès de jeunes enfants).

CLARKE, B.A., "Improving adolescent parenting through participant modeling and self-evaluation, Nursing Clinic of North America , vol. 18, 1983, pp. 303-311.

CLARKE-STEWART, A., Child care in the family: a review of research and some propositions for policy, New York, Academic, 1977.

Collectif Familles-gardiennes de la Basse-ville Inc., Le gardiennage à court terme: un service de support et d'entraide pour les familles de la Basse-ville de Québec, Santé et Bien-être social Canada, en collaboration avec le CLSC Basse-ville et l'Ecole de service social de l'Université Laval, 1984.

COLLU, R., "Les écarts de croissance, ou nanisme, témoignent d'une pathologie sous-jacente", L'Actualité médicale, Montréal, 16 janvier 1984, pp. 42-43.

Comité de la protection de la jeunesse, Les abus sexuels au Québec. Où en sommes-nous?, 1984.

Comité de la protection de la jeunesse, La concertation socio-médicale, Rapport, 1984.

Comité de la santé mentale du Québec, La santé mentale: de la biologie à la culture. Avis sur la notion de la santé mentale, Québec, 1985.

Comité de prévention de la santé mentale de l'Hôpital du Haut-Richelieu, Programme d'intervention dans le cas de décès subit d'un jeune enfant, Saint-Jean, Département de santé communautaire de l'Hôpital du Haut-Richelieu, août 1980.

Comité de prévention des enfants maltraités, "Symposium sur l'enfance maltraitée", Hôpital de Rimouski, 1982.

Comité Santé des jeunes des Départements de santé communautaire de la région de Montréal, Dépistage en milieu scolaire, juin 1984.

Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes, Infractions d'ordre sexuel contre des enfants au Canada. Sommaire du Rapport du comité, Gouvernement du Canada, septembre 1984.

COMMANDEUR, C., "Les effets du travail de la femme enceinte sur le foetus", Le Médecin du Québec, août 1983, pp. 47-50.

CURRAN, B., ZANUTTO, K., "Development of a multi-agency treatment network for sexually abusing families, Ontario", Presentation at the fifth international congress on child abuse and neglect, Montréal, 1984.

DARROCH FORREST, J., HERMALIN, A.I., HENSHAW, S.K., "The impact of family planning clinic programs on adolescent pregnancy", Family Planning Perspective, vol. 13, 1981, pp. 109-117.

DAVID, N., Programme de stimulation, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal, 1981.

DAWSON, P. et al., "Adolescent pregnancy", Public Health Review, vol. 3, no 4, 1979, p. 365.

DE KONINCK, M., Eléments pour une problématique de la santé des femmes au travail, Ministère des Affaires sociales, Direction de la santé communautaire, Santé au travail, juillet 1983.

DE KONINCK, M., PETTIGREW, J., Pour une nouvelle orientation en périnatalité, Québec, Ministère des Affaires sociales, octobre 1984.

DEMERS-LANGEVIN, N., Alimentation et poids du bébé à la naissance, Département de santé communautaire Baie-Comeau Hauterive, 1982.

Département de santé communautaire de la Cité de la Santé de Laval, Plan directeur de Santé de Laval, 1984-1986 , Laval, mai 1984.

Département de santé communautaire de la Cité de la Santé de Laval,"P.O.U.S.S.I.N. est à Laval!", Citéphile, DSC Cité de la Santé de Laval, août et septembre 1985.

DEREVENSKY, J., "The effects of an interdisciplinary infant stimulation - parent education intervention program upon infant development", Infant Mental Health Journal, vol. 5, no 1, 1984, pp. 3-14.

DEREVENSKY, J., BARON, C., An examination of the effects of a two year infant stimulation - parent education program upon infant development , Department of Educational Psychology and Counselling, McGill University, Montréal, document inédit, 1984.

DESMARAIS, S., MENARD, S., Dossier sur l'évaluation des besoins en orthophonie au niveau de la population infantile desservie par les Centres locaux de services communautaires, Centre hospitalier de la Cité de la santé à Laval, service d'Orthophonie, janvier 1982.

DESMARAIS-GERVAIS, L., TREMBLAY, R., Le questionnaire d'évaluation du comportement au préscolaire (QECP) , Normes pour la CECM, ERISH/CPEQ, Rapport de recherche no10, Montréal, 1984.

DOUCET, H., MORASSE, R., La sécurité routière et les enfants de 0 à 5 ans. Revue de littérature , Direction de la santé communautaire, Hôpital Ste-Justine, mars 1985.

DUDLEY, J.G., DELAGE, J., "Incidence des troubles de la parole et du langage chez les enfants franco-québécois", Human Communications, automne 1980, pp. 131-142.

ERICKSON, E.H., Childhood and Society , New York, Norton, 1963.

FILIATRAULT, F., HAMEL-FORTIN, S., Bilan des demandes reçues en 1982 dans le cadre du programme T.E.T.A. , Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional De Lanaudière, mai 1983.

FORTIER, P. et al., Evaluation de dépistage des troubles auditifs chez les enfants de classe maternelle - année scolaire 1980-1981 , Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, juillet 1982.

FORTIN, M., Projet d'intervention auprès des victimes d'inceste , Centre de services sociaux Laurentides-Lanaudière, novembre 1985.

FRANCE, Ministère de la santé (République française), "Quelques données sanitaires de la France (1981-1982)", Bulletin épidémiologique hebdomadaire, no 2, 1984, pp. 2-3.

FREUDENBERG, N.,"Health education for social change: a strategy for public health in the US", International Journal Health Education, vol. 24, 1981, pp. 138-145.

GAGNE, J., MALENFANT, R., Quelques défis à relever dans le développement des enfants de 2-5 ans , DSC du CHUL et CLSC Laurentien, 1984.

GAGNE, J., MALENFANT, R., Quelques défis à relever dans le développement des enfants de 2-5 ans Cahier II: Revue de littérature détaillée , DSC du CHUL et CLSC Laurentien, novembre 1984.

GARANT, L., " Le devenir des enfants maltraités", Revue de la recherche , MAS, Service des synthèses et recherche, janvier 1981.

GARBARINO, J., CROUTER, A., SCHERMAN, D., "Screening neighborhoods for intervention: a research model for child protective services", Journal of Social Service Research, vol. 2, 1977, pp. 135-145.

GARBARINO, J., Scherman, D., "High-risk neighborhoods and high-risk families: The human ecology of child maltreatment", Child Development, vol. 51, 1980, pp. 188-198.

GARBARINO, J., STOCKING, H.S. & Ass. (Eds), Protecting Children from Abuse and Neglect, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1980.

GARVEY, C., HOHAN, R., "Social speech and social interaction: egocentrism revisited", Child Development, vol. 44, 1973, pp. 562-568

GASSE, J., ROY, L., Bien grandir chez vous: programme d'activités et mini-guide d'attitudes favorisant le développement socio-affectif des enfants, Agence des services de garde en milieu familial du CLSC de Hull, 2e édition, CLSC Hull, 1983.

GELLES, R.J., Family violence, Beverly Hills, Sage, 1979.

GELLES, R.J., (1979),"Violence toward children in the United States", American Journal of Orthopsychiatry, vol. 48, 1979, pp. 580-592.

GERMAIN, D., Pour un examen des modes de gestion de la famille en devenir, rapport final, Centre régional des services de santé et sociaux Laurentides-De Lanaudière, novembre 1982.

GIL, D.D., "Unravealing child abuse", American Journal of Orthopsychiatry, vol. 45, 1975, pp. 346-356.

GIOVANNONI, J., BELLINGSLEY, A., "Child neglect among the poor: a study of potential adequacy in families of three ethnic groups", Child Welfare, vol. 49, 1970, pp. 196-204.

GRAFS, Nous, notre santé, nos pouvoirs, Montréal, Editions coopératives Albert Saint-Martin, 1983.

GRATTON, J., MARIN, L., Inventaire des ressources socio-sanitaires du territoire du Département de santé communautaire du Centre hospitalier St-Luc, 1984, 91 p.

GRAY, J.D. et al., "Prediction and prevention of child abuse and neglect", Child Abuse and Neglect International, 1, (1), 1977, pp. 45-58.

GREER, J.G., LEWNIAK, M.A., "Community linkages and outreach services in adolescent contraceptive clinic program", Public Health Report, vol. 94, 1979, pp. 415-419.

GREER, J.G., "Psychosexual issues in adolescent contraception", Public Health Review, vol. 10, 1982, pp. 27-47.

Groupe de travail inter-DSC, Facteurs de risque chez l'enfant et dans son environnement en période néonatale, Montréal, avril 1980.

HARVEY, M., L'échelle de développement Harvey, Editions Behaviora Inc., Brossard, 1984.

HELFER, R.E., KEMPE, C.H., The Battered Child, Chicago University of Chicago Press, 1968.

HERST, J., WOLFE, S., JERGENSEN, G., PELLAN, S., Social early education developmental program, Centre de réhabilitation sociale, Denver, Ontario.

HILBERMAN, E., "The wife-beater's wife reconsidered", American Journal of Psychiatry, vol. 137, no 11, 1980, pp. 1336-1347.

HOFELLER, K., Social psychological situational factors in wife abuse, Palo Alto, California, 1982.

Hôpital Ste-Justine, Guide pour l'évaluation de la maturation des enfants de 0 à 5 ans, document préparé pour la section de physiothérapie de l'Hôpital Ste-Justine, juin 1971.

HOUDE, L. et al., Le jardin d'enfants de l'association Action-Plus Farnham Inc.: Un moyen de prévention auprès des enfants et des familles à risques, DSC Haut-Richelieu, CLSC Farnham, rapport inédit, 1981.

HIVON, M., BARETTE, G. et al., Les ateliers pré-scolaires, CLSC Brandon et CS Nord-Joli, document inédit, janvier 1982.

Institut de formation et d'aide communautaire, Programmes d'aide aux enfants en difficulté, document inédit.

JELIU, G., "Facteurs de vulnérabilité et prévention psycho-sociale en pédiatrie", Union médicale du Canada, tome 108, vol. 11, 1979.

JOBIN, L., Le support social dans des milieux à risque élevé d'abus et de négligence, Rapport-Synthèse, DSC du CH régional de Beauce, août 1985.

JOHNSON, C.F. et al., "Effect of high school students, knowledge of child development and child health on approaches to child discipline", Pediatrics, vol. 69, no 5, May 1982, pp. 558-563.

JOHNSON, D.J., MYKLEBUST, H.R., Learning Disabilities, New York Grune-Stralton, 1967.

JOHNSON, S., "Va te faire soigner, t'es...", Homme-Info, vol. 5, no 2, 1984, pp. 29-30.

JOHNSON, C., WALTERS, L.H., MCKENRY, P., "Trends in services for pregnant adolescents", Health and Social Work, vol. 4, 1979, pp. 27-47.

KANDELMAN, D., "Réflexions à propos de la politique de santé dentaire au Québec", Journal dentaire du Québec, août 1982, p. 18.

KAPLAN, E, KAPLAN, G., "The prelinguistic child", Human development and cognitive processes, New York, Holt, 1971.

KLERMAN, L.V., "Adolescent pregnancy: a new look at a continuing problem", American Journal of Public Health, vol. 70, 1980, pp. 776-778.

KOHLBERG, L., 1976, Moral Stages and Moralization: the Cognitive Developmental Approach, T. Leckona (Ed): Moral Development and Behavior New York Holt Rinehard, Winston.

KOHN, M., & ROSMAN, B.L., "Relationship of preschool social-emotional functioning to later intellectual achievement", Developmental Psychology, vol. 6, no 3, 1973, pp. 445-452.

LABONTE, R., PENFOLD, S., "Analyse critique des perspectives canadiennes en promotion de la santé", Education sanitaire, avril 1981, pp. 4-10.

LACROIX, D., "Enquête sur les attitudes face aux dispositifs de sécurité dans les véhicules de promenade", Régie de l'assurance automobile du Québec, septembre 1982, 40 p., Repère, Bulletin de recherche en sécurité routière de la Régie de l'assurance automobile du Québec, vol. 1, no 2, mai 1984, pp. 4-5.

LAJEUNESSE, A., MAROIST, A., ROBILLARD, P., Evaluation du dépistage visuel en milieu scolaire - années 1978-1979 et 1979-1980 , Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, avril 1981.

LAMARRE, S., LANDRY-BALAS, L., "La bonne maman, un obstacle à l'évolution des femmes", Santé mentale au Canada, vol. 28, no 2, juin 1980, pp. 14-15.

L'ARCHEVEQUE, A., "Les accidents chez les enfants", L'Union médicale du Canada, tome 108, novembre 1979, pp. 1284-1291.

LAROUCHE, G., "L'approche féministe", Nursing-Québec, vol. 5, no 5, juillet/août 1985, pp. 16-22.

LAST, J.J. (Ed), Maxcy-Rosenau, Public Health and Preventive Medicine, 11th Edition, New-York, Appleton-Century-Crofts, 1980.

LAVERGNE, M. et al., "Elaboration de programmes", (Cours SIN-16791), Québec, Université Laval, Ecole des sciences infirmières, 1983.

LAVOIE, F., Les mères adolescentes: aperçu démographique et étude de leurs conditions psychosociales lors du premier semestre suivant la naissance , Ecole de psychologie, Université Laval, 1985.

LEDOUX, G.B., "Problématique des accidents de bicyclette au Québec et comparaison avec l'étranger", Régie de l'assurance automobile du Québec, juin 1984, 120 p., Repère, Bulletin de recherche en sécurité routière de l'assurance automobile du Québec, vol. 1, no 3, décembre 1984, pp. 5-7.

LEMIRE, L., La santé maternelle et infantile en Outaouais: une analyse des tendances récentes , Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional de l'Outaouais, mai 1984.

LEMYRE, H., Ducharme, M., Mortalité et morbidité périnatale: revue de littérature , DSC du CH régional De Lanaudière, document inédit, août 1984.

LEROUX, S., L'HOMME, H., Elaboration et analyse de validité d'un questionnaire de dépistage des troubles de langage, document inédit, Université de Montréal, 1981.

LEPAGE, L., GUAY, J., Approche écologique de la situation familiale , Université Laval, 1984.

LESCOP, J., "Dépistage en milieu scolaire québécois", Le Médecin du Québec, septembre 1984, pp. 33-45.

LESCOP, J., "Les problèmes de santé des enfants d'aujourd'hui", L'Union médicale du Canada, tome III, sept. 1982, pp. 743-747.

LESEMANN, F., "L'action communautaire et la recherche en santé", Synthèse du colloque sur la recherche et l'action communautaire, Québec, Université Laval, novembre 1980.

LESEMANN, F., "Stratégies d'intervention auprès des individus et des collectivités: l'action communautaire", Les cahiers de la santé communautaire, Montréal, Association de la santé publique du Québec, 1972, pp. 44-49.

LESSARD, C., COUTURE, G., Dépliants sur l'enfant de 0-3 ans. "Les peurs, Les crises, L'enfant agité, La discipline, Un deuxième enfant, La période du non, Le sommeil, Le langage, La sexualité, Le développement moteur, L'apprentissage social, Mes parents se séparent", Département de psychologie, U.Q.T.R.

LEVASSEUR, M., Des problèmes prioritaires, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983, (Collection: La santé des Québécois).

LEVENSON, P., ATKINSON, B., HALE, J., HOLLIER, M., "Adolescent parent education: a maturational model", Child Psychology and Human Development, vol. 9, 1978, pp. 104-118.

LEVENSON, P., HALE, J., HOLLIER, M., TIRADO, C., "Serving teenage mothers and their high-risk Infants", Children Today, vol. 7, 1978, pp. 11-15.

LEVENSON, P., HALE, J., TIRADO, C., HOLLIER, M., "A comprehensive interactional model for health education delivery to teenage mothers", Journal of School Health, vol. 49, 1979, pp. 393-398.

LEVY, S.R., IVERSON, B.K., WALBERT, H.J., "Adolescent pregnancy programs and educational interventions: a research synthesis and review", J.R.S.H., vol. 3, 1983, pp. 99-102.

LEWIS, D.J., "Le problème des femmes battues", Mémoire et propositions préparés par le Conseil consultatif canadien de la situation de la femme pour le Gouvernement fédéral, janvier 1982.

LORION, R.P., "Research on Psychotherapy and Behaviour Change with the Disadvantaged", Sol L. Garfield and Allen E. Bergin, Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change, John Wiley and Sons, New-York, 1978, pp. 903-938, dans GRAFS, Nous, notre santé, nos pouvoirs, Montréal, Editions coopératives Albert St-Martin, 1983, p. 46.

MACLEOD, L., CADIEUX, A., Les femmes battues au Canada: un cercle vicieux , Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, Canada: Approvisionnement et Services Canada, 1980.

MAKEPEACE, J.M., "Courtship violence among college students", Family relations, vol. 30, 1981, pp. 97-102.

MAROIS, M.R., PERREAULT, L.A., L'intervention sociale auprès des enfants maltraités: une pratique à repenser?, Comité de la protection de la jeunesse, Ministère de la Justice, Gouvernement du Québec, 1981.

MARTIN, C. et al., Pour une éducation sanitaire en milieux populaires dans le domaine de la périnatalité, Québec, Ministère des Affaires sociales, mai 1984.

MARTIN, C., OUELLET, F., Les cours prénatals: tendances actuelles et orientations futures , Département de santé communautaire du Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, Département de santé communautaire de l'Hôpital Sacré-Coeur, Montréal, avril 1983.

MARTIN, G.M., MESSIER, C., L'enfance maltraitée... ça existe aussi au Québec , Comité de la protection de la jeunesse, Ministère de la Justice, Gouvernement du Québec, 1981.

MARTIN, H.P., et al., "The development of abused children: A review of the litterature and physical, neurologic and intellectual findings advances", Pediatrics, vol. 21, 1974, pp. 25-73.

MASLACH, C., KERR, CB., "Tailoring sex-education programs to adolescents - A strategy for the primary prevention of unwanted adolescent pregnancies", Adolescence, vol. 18, 1983, pp. 449-456.

McAFEE, ML., GEESEY, MR., "Meeting the needs of the teen-age pregnant student: an in-school program that works", Journal of Occupational Safety and Health, vol. 54, 1984, pp. 350-352.

McANARNEY, ER. et al., "Obstetric, neonatal and psychosocial outcome of pregnant adolescents", Pediatrics, vol. 61, 1978, pp. 199-205.

McCARTHY, E., "Report of a Montreal Diet Dispensary Experience", Journal of the Canadian Dietetic Association, vol. 44, no 1, January 1983, pp. 68-72.

McNABB, L., SAUVE, F., Projet-pilote auprès des grossesses à risque en milieu défavorisé, DSC de Verdun, Module Verdun, 1985.

MECKLENBURG, M.E., THOMPSON, P.G., "The adolescent family life program as a prevention measure", Public Health Report, vol. 98, 1983, pp. 21-29.

MERCER, R.T., "Assessing and counselling teenage mothers during the perinatal period", Nursing Clinic of North America, vol. 18, 1983, pp. 293-301.

MILLER-CHENIER, N., Fécondité humaine et milieu de travail / à vos risques et périls, Ottawa, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, 1982.

MILLS, L. et al., La situation de l'enfance maltraitée à Winnipeg: l'hôpital et la collectivité font front commun, Winnipeg.

MILOT, J., "Le dépistage précoce des troubles oculaires", Médecin du Québec, mai 1977.

MINGUY, C., "La grande bouffe", Carrefour des Affaires sociales, vol. 4, no 3, juin 1982, pp. 18-37.

Ministry of Community and Social Services, A guide for parents of young children, infants, toldlers and preschoolers, Ontario, 1984.

MONGEAU, S., "Nos bébés: déjà des douillets drogués", Protégez-vous, février 1981, pp. 3-5.

MORAIS-ROCHON, T., "Les accidents, pierre d'achoppement de la médecine moderne", La vie médicale au Canada français, vol. 2, avril 1973, pp. 359-363.

Mouvement S.E.M., Sensibilisation à l'enfance maltraitée, dépliants, St-Jean sur Richelieu.

MURPHY et al., "Prenatal prediction of child abuse and neglect: a prospective study", Child Abuse and Neglect, vol. 9, 1985, pp. 225-235.

NADEAU, L., MERCIER, C., BOURGEOIS, L., "Les femmes et l'alcool", Carrefour des Affaires sociales, vol. 6, no 1, Hiver 1984, pp. 34-37.

NADON-TARDIF, M., et al., Evaluation de la clinique de dépistage multiple des problèmes de santé chez l'enfant d'âge préscolaire du district de Sainte-Agathe - année 1978-1979, Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, août 1982.

NAMEROW, P.B., PHILLIBER, S.G., "The effectiveness of contraceptive programs for teenagers", Journal of Adolescent Health, vol. 2, 1982, pp. 189-198.

OLDS, S.W., Choosing your own relatives, McCall's, october 1985, p. 38.

O'NEIL, M., "La modification de comportements reliés à la santé, II- Suggestions pour l'organisation de programme de santé communautaire", L'Union médicale du Canada, tome 109, juin 1980, p. 927.

O'NEIL, M., "Pour une approche communautaire en promotion de la santé", Carrefour des Affaires sociales, vol. 5, no 3, été 1983, pp. 29-31.

Organisation mondiale de la santé, Classification internationale des maladies, (révision 1975 - vol. 1), Suisse, Genève, 1977.

Organisation mondiale de la santé, Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile, Genève, 1978.

OTTAWA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Nutrition Canada, Rapport sur l'hygiène dentaire, Ottawa, 1977.

OTTAWA, Santé et Bien-être social Canada, "Classification du syndrome de mort soudaine du nourrisson", Maladies chroniques au Canada, vol. 1, no 3, décembre 1980, p. 21.

OTTAWA, Rapport du groupe fédéré de travail sur les grossesses à risque élevé et les systèmes d'enregistrement des données prénatales, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, août 1983.

OTTAWA, Santé et Bien-être social Canada, "Syndrome de la mort subite chez le nourrisson", Maladies chroniques au Canada, vol. 4, no 2, septembre 1983, pp. 23-28.

OUELLET, A.M., Etude sur 78 cas d'enfants maltraités de l'Hôpital Ste-Justine (année 1974), - Ministère des Affaires sociales. Direction générale de la planification, 1975.

OUELLET, A.M., Analyse descriptive des dossiers Protection Enfance Maltraitée de l'Hôpital Ste-Justine (années 1971-72-73), Ministère des Affaires sociales, Direction générale de la planification, 1975.

OUELLET, L., "Vers un développement de la concertation et de la consultation au Québec", Cahiers de l'Ecole nationale d'administration publique, no 1, juin 1981.

PAIEMENT, J., Différentes formes de mauvais traitements faits aux enfants, Parents-anonymes Rive-sud Inc., 1983.

PAIEMENT, J., "Parents-anonymes: une ressource pour les parents en difficulté", Santé mentale au Canada, 1984, pp. 7-9.

PAMPALON, R., Géographie de la santé au Québec/Rapport préliminaire (indicateurs régionaux de santé), Québec, Ministère des Affaires sociales, 1983.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W., Le développement de la personne, 2e édition, Editions HRW Ltée, McGraw-Hill, Montréal, 1983.

PAQUETTE, H., Instrument d'observation et d'intervention à l'usage des éducateurs du préscolaire. Guide d'utilisation, Institut de recherches psychologiques, Montréal, 1977.

PARCEL, G.S., COREIL, J., "Parental evaluations of a sex education course for young adolescents", Journal School Health, vol. 55, 1985, pp. 9-12.

PARE, L., Les services en orthophonie pour les enfants de 0-12 ans sur le territoire De Lanaudière - analyse de besoin , Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional De Lanaudière, document de travail, 1984.

PARE, L., Projet d'intervention auprès des enfants de 0 à 18 mois, Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional De Lanaudière, 1983.

PEARCE, J., WALSH, K., "Les caractéristiques des enfants maltraités: compte-rendu de recherche", Santé mentale au Canada, juin 1984, pp. 2-6.

PELTON, L.H., "Child abuse and neglect: the myth of classlessness", In Pelton, L.H., (Ed.), The Social Context of Child Abuse and Neglect, New-York: Human Services Press, 1981.

PEPIN, J., ROULEAU, M., "La violence pré-maritale", Nursing-Québec, vol. 5, no 5, août 1985, pp. 28-31.

PERRAULT, C., PECKO-DROUM, K., "Evaluation de la mise sur pied d'un programme d'information sur les agressions sexuelles dans dix écoles primaires de l'est de Montréal", Santé mentale au Québec, X(1), 1985, pp. 58-64.

PETTIGREW, J., "La sexualité chez les jeunes", Carrefour des Affaires sociales, vol. 7, no 1, 1984, pp. 32-34.

PHILLIBER, S.G., JONES, J., "Staffing a contraceptive service for adolescents: the importance of sex, race and age", Public Health Report, vol. 97, 1982, pp. 165-169.

PHIPPS-YONAS, S., "Teenage pregnancy and motherhood: a review of the literature", American Journal of Orthopsychiatry, vol. 50, 1980, pp. 403-431.

PHILIPPE, K., "Un service pour hommes violents: Pro-gam", Nursing-Québec, vol. 5, no 5, juillet-août 1985, pp. 39-41.

PIAGET, J., The origins of intelligence in children, New York, International Universities Press, 1952.

PICHOT, F., "Les visites postnatales à domicile: visite-t-on les familles qui en ont besoin", Thèse de maîtrise en sciences, Montréal, Université McGill, 1982.

PINEAULT, R., "Eléments et étapes d'élaboration d'un programme de santé communautaire", L'Union médicale du Canada, tome 105, no 8, août 1976, 1, pp. 149-152.

POLANSKY, N.A., Isolation of the neglect family, American Journal of Orthopsychiatry, 1979, 1, pp, 149-152.

POTVIN, M., Projet réalisé au C.S.S.M.M. dans le territoire St-Louis-du-Parc, rapport inédit, 1984.

_____. Preventing sexual abuse of children. A little bird told me about... my feelings. A story coloring book to teach children how to trust their feelings ans say "no" to inappropriate touching, for ages 4-10, Marcia K. Morgan, Oregon, USA, 1984.

QUEBEC, Assemblée nationale du Québec, Rapport de la Commission parlementaire spéciale sur la protection de la jeunesse, annexe II, novembre 1982.

QUEBEC, Comité MAS - réseau en périnatalité, Eléments de réponse aux recommandations faites par les femmes lors des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité, Québec, Ministère des Affaires sociales, mars 1984.

QUEBEC, Conseil des affaires sociales et de la famille, Médicaments ou potions magiques/Etude et avis, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1982.

QUEBEC, Conseil des affaires sociales et de la famille, Objectif: Santé, Rapport du Comité d'études sur la promotion de la santé, Québec, Editeur officiel du Québec, 1984.

QUEBEC, Direction générale de la planification du ministère des Affaires sociales, La périnatalité: une politique du ministère des Affaires sociales, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1973.

QUEBEC, Direction générale de la planification du ministère des Affaires sociales, Projet de regroupement des services d'obstétrique, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1974.

QUEBEC, Direction générale de la planification du ministère des Affaires sociales, Une politique québécoise en matière de nutrition, Québec, Ministère des Affaires sociales, mai 1977.

QUEBEC, Office des services de garde à l'enfance, Où faire garder nos enfants?, Gouvernement du Québec, 1984.

QUESNEL, G.T., LEDUC, F., Programme de promotion de l'utilisation de dispositifs de retenue pour enfants âgés de 0 à 5 ans, DSC Centre hospitalier de Valleyfield.

R.A.A.Q., Rapport statistique 1982, Fonds d'indemnisation automobile du Québec, 215 pages.

RACETTE, D., "L'épidémie silencieuse de la société moderne", Le Courrier médical, Montréal, 12 mai 1981, p. 37.

RANDALL, D., "Santé physique et santé mentale: fondements théoriques de l'intervention", Santé mentale du Canada, septembre 1981, pp. 2-7.

Régie de l'assurance automobile du Québec, "Le point sur la ceinture de sécurité", Repère, Bulletin de recherche en sécurité routière de la Régie de l'assurance automobile du Québec, vol. 1, no 2, mai 1984, p. 1.

Regroupement des garderies Laurentides-Lanaudière, Pour un programme de santé en garderie, Projet Garderies Santé, Garderies Ressources, mai 1983.

RENAUD, M., "L'action socio-politique comme stratégie d'intervention en santé communautaire", Le disport, no 22, juin-juillet-août 1981, p. 12.

REX, D., ASH, G., Creating a support center for high-risk parents by engaging the community: Bellflower house, a place for parents, Ohio, 1984.

RHEINGOLD, H.L., ECKERMAN, C.O., "The infant separates, himself from his mother", Sciences, 168, 1970, pp. 78-83.

RIVEST, G., Notions-clés de l'approche stratégique, CSS Laurentides-Lanaudière, rapport inédit, 1984.

ROCHELEAU-PARENT, L., "Accoucher ou se faire accoucher", Carrefour des Affaires sociales, septembre 1980, pp. 4-9.

ROCHON, A., Guide des intervenants(es) pour le projet "P.O.U.S.S.I.N.", DSC Cité de la santé de Laval, printemps 1985.

RODRIGUE, N., "Vaste campagne de sensibilisation. Des milliers d'enfants à protéger", Nursing Québec, vol. 6, no 2, mars/avril 1986, p. 11.

ROUSAINVILLE, B., LIFTON, N., BLEBER, M., "The natural history of psychotherapy group for battered women", Psychiatry, vol. 42, 1979, february, pp. 63-78.

ROY, A. et al., Les cours prénatals: analyse critique et prospective, Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, janvier 1983.

ROY, L., Des victoires sur la mort, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983, (Collection: La santé des Québécois).

ROY, M., Battered women, New York, V.N.R., 1977.

RUTTER, M., "Separation experiences: a new look at an old topic", Pediatrics, vol. 95, no 1, 1979, pp. 147-154.

SALZINGER, S., KAPLAN, S., ARTEMYEFF, C., Mother's personal social networks and child maltreatment, Journal of Abnormal Psychology, 1, 1983, pp. 68-76.

SATTIN, D., MILLER, J., "The ecology of child abuse within a military community", Journal of Orthopsychiatry, vol. 41, 1976, pp. 675-678.

SAUCIER, J.F., "Essai sur les besoins des enfants et des parents contemporains", Santé mentale au Québec, vol. VIII, no 2, novembre 1983, pp. 5-12.

SEGUIN, L., "Problématique de l'identification des enfants à risque élevé ou vulnérables", L'Union médicale du Canada, tome 109, octobre 1980, pp. 1409-1414.

SELMAN, K.L., 1976, Social Cognitive Understanding: A guide to Educational and Clinical Practice, T. Leckone (Ed): Moral Development and Behavior, New York, Holt Tinehart, Winston.

SILVER, H.K., KEMPE, C.H., BRUYN, H.B., Handbook of Pediatrics, 12th Edition, California, Los Altos, Lange Medical Publications, 1977.

SIMARD-TROTTIER, M., "La sélection d'un centre de services sociaux comme ressource d'aide", Thèse de doctorat. Ecole de service social, Université de Toronto, 1981.

SNUG, K., "Family-planning education in Michigan schools", Public Health Review, vol. 10, 1982, pp. 199-212.

SOMERS, A., (Ed), Health Promotion and Consumer Health Education, New York, Prodist, 1976, p. 3; O'Neil, M., "La modification de comportements reliés à la santé, 1- Revue de la littérature théorique", L'Union médicale du Canada, tome 109, mai 1980, p. 733.

SOUMENKOFF, G.D. et al., Rapport final d'activités de l'équipe de prévention anténatale "enfant battu", Hôpital St-Pierre, Belgique, 1983.

STACEY, M., DEARDEN, R., PILL, R., & ROBINSON, D., Hospitals children and their families: The report of a pilot study, London, Routledge & Kegan Paul, Ltd, 1970.

STEINMETZ, S.K., "The use of force for resolving family conflict: the training ground for abuse", The Family Coordinator, vol. 26, 1977, pp. 19-26.

STRAUS, M.A., "Measuring intrafamily conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales", Journal of Marriage and the Family, 41, 1979, pp. 75-78.

TAGGART, M.E., "La prévention", Nursing-Québec, vol. 5, no 5, juillet-août 1985, pp. 35-37.

TAYLOR, B., BERG, M., KAPP, L., EDWARDS, L.E., "School-based prenatal services: can similar outcomes be attained in a nonschool setting?", Journal of Occupational Safety and Health, 53, 1983, pp. 480-486.

TERRISSE, B., BOUTIN, G., "Intervention précoce et prévention: implantation du programme d'intervention précoce (P.I.P.) à Laval", Apprentissage et socialisation, vol. 6, no 1, mars 1983, pp. 13-23.

TESSIER, M., "Adolescence et sexualité: les enjeux de la prévention", Santé mentale au Québec, vol. IX, no 2, novembre 1984, pp. 64-73.

THEBAULT, M., FILION, G., Grossesse et adolescence, Elaboration d'une stratégie globale d'intervention, Département de santé communautaire de l'Hôpital St-Luc, mars 1985.

THEROUX-ST-LAURENT, L., Les barbaparents: les objectifs spécifiques des activités des barbaparents pour l'année 1983-1984, CLSC Longueil-est, document inédit, 1984.

THOMAS, A. et al., Temperament and behavior disorders in children, New York, New York University Press, 1968.

THOMPSON, R.J., CAPPLEMAN, M.W., CONRAD, H.H., JORDAN, W.B., "Early intervention program for adolescent mothers and their infants", Development and Behavioral Pediatrics, vol. 3, 1982, pp. 18-21.

Transport Canada, Prenez-en soin, Ministère des Approvisionnements et Services, Ottawa, 1983.

TREMBLAY, G., L'éducation sanitaire, un concept fourre-tout, Québec, Direction de la santé communautaire, Hôpital de l'Enfant-Jésus, document de travail, août 1983.

TREMBLAY, S., "Le retrait préventif de la travailleuse enceinte", Prévention, Bulletin de l'Association paritaire de prévention pour la santé et la sécurité du travail du Québec, juin-juillet 1981, pp. 2-4.

U.S.A., American College of Obstetricians and Gynaecologists, Adolescents Perinatal Health, A guide-book for Services, Chicago, 1979.

U.S.A., National Center of Health Statistics, Final Data, "Advance Report of Final Mortality Statistics, 1980", Monthly Vital Statistics Report, vol. 2, no 4, Supplement August 11, 1983.

U.S.A., National Center of Health Statistics, Final Data, "Advance Report of Final Mortality Statistics, 1981", Monthly Vital Statistics Report, vol. 33, no 3, Supplement June 22, 1984.

U.S.A., U.S. Department of Health, Education and Welfare, Healthy People; The Surgeon General's Report of Health Promotion and Disease Prevention, Washington, 1979.

U.S.A., University of Colorado Medical Center, Denver developmental Screening test, University of Colorado Medical Center, Denver, 1969.

VANIER, L., LAVOIE, J.P., Dossier pauvreté-santé-nutrition. Problématique de la nutrition en milieux socio-économiquement défavorisés, DSC du CH de Verdun, 1984.

WALDROP, M., HALVERSON, C., "Intensive and extensive peer behavior. Longitudinal and cross-sectional analyses", Child Development, 46, 1976, pp. 19-26.

West Suburban Hospital Illinois, Nurtheiring program for parents and children, Family support program, Illinois.

WIEDER, S., et al., "Identifying the multirisk family prenatally, antecedent psychosocial factors, and infant developmental trends", Infant Mental Health Journal, vol. 4, 1983, pp. 165-201.

ZELLMAN, G.L., "Public school programs for adolescent pregnancy and parenthood: an assessment", Family Planning Perspective, vol. 14, 1982, pp. 15-21.

_____ "La prévention-inspection", CSST 84, Edition spéciale, juillet-août 1984, pp. 5-10.

_____ "L'enfant déficient. Le choc des parents", Revue Notre-Dame, no 8, septembre 1981, p. 2.

H 3992

Thibault, Louise et al.

AUTEUR

Eléments préliminaires pour une planification en Famille-Enfance

TITRE

DATE	NUMÉRO DU LECTEUR	DATE	NUMÉRO DU LECTEUR

H 3992