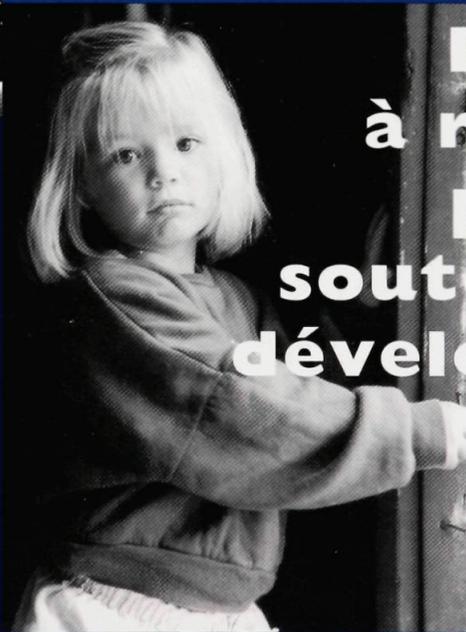
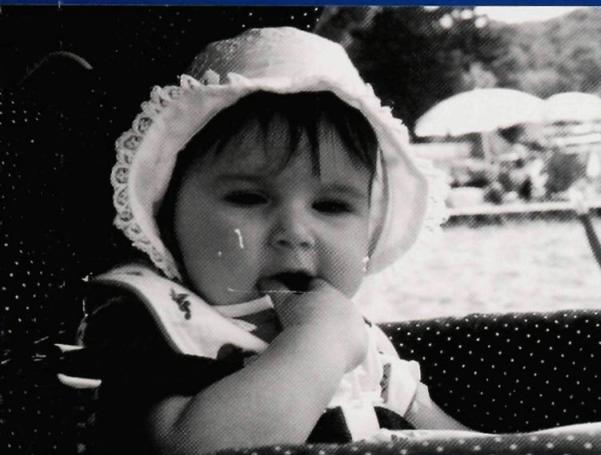




# Rapport

sur l'état de santé et de bien-être  
des enfants de 0 à 5 ans  
de la région de Québec



Défis  
à relever  
pour  
soutenir leur  
développement



RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
DE QUÉBEC

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

INSPQ - Montréal



3 5567 00002 0906

# SANTÉCOM

**Responsable de projet**  
Marc Dionne

**Équipe de rédaction**  
Marc Dionne  
Édith Labrecque  
Lyse Saint-Louis

**Équipe de projet**  
Marc Dionne  
Marc Ferland  
Édith Labrecque  
Pierrette Michaud  
Guy Roy  
Lyse Saint-Louis

**Collaboration à la rédaction**  
Louise Beaudry  
Nicole Bouliane  
Denis Gauvin  
Michel Lavoie  
France Paradis  
Pierrette Tremblay

**Collaboration à la révision**  
Monique Comeau  
Lise Cyr  
Marie-Claire Lepage  
Denise Nadeau  
Monik St-Pierre  
Céline Tremblay  
Geneviève Tremblay  
Michel Vézina

**Secrétariat**  
Madeleine Dubé

**Infographie**  
Atelier Infograph

Vous pouvez vous procurer ce rapport au coût de 15.00 \$ incluant la TPS et les frais postaux en faisant parvenir votre chèque à l'ordre du CHUQ-CHUL au :

Centre de documentation  
Direction de la santé publique de Québec  
2 400, d'Estimauville  
Beauport (Québec) G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000 poste 217

Télécopieur : (418) 666-2776

Courriel : sbelanger@cspq.qc.ca

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2000

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2000

ISBN : 2-89496-127-8

# Rapport

sur l'état de santé et de bien-être  
des enfants de 0 à 5 ans  
de la région de Québec

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

**Défis  
à relever  
pour  
soutenir leur  
développement**

Nos enfants  
sont la force  
du présent  
et de l'avenir  
Nous devons  
répondre à  
leurs besoins  
aujourd'hui

# Remerciements

Plusieurs professionnels de la Direction de la santé publique et de la Direction de l'organisation des services de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec ainsi que des représentants d'établissements et d'organismes ont collaboré à la réalisation de ce rapport sur l'état de santé et de bien-être des enfants de 0-5 ans. Nous voulons les remercier chaleureusement :

- Guy Roy et les membres de l'équipe Adaptation familiale et sociale et Habitudes de vie
  - Michel Frigon et les membres de l'équipe Maladies infectieuses
  - Denis Laliberté et les membres de l'équipe Santé au travail
  - Pierre Lajoie et les membres de l'équipe Santé environnementale
  - Pierre Maurice et les membres de l'équipe Sécurité dans les milieux de vie
  - Denis Drouin et les membres de l'équipe Monitoring et évaluation
  - Alain-Philippe Lemieux et les membres de l'équipe Org. des services, évaluation et maladies chroniques
  - Michel Beauchemin et les membres de l'équipe Soutien à la mobilisation intersectorielle
- 
- Jean-Guy Carignan, Christine Caron, Bernard Deschênes, Christiane Goyette de la Direction de l'organisation des services à la Régie régionale
- 
- Line Bérubé et des membres de l'équipe Famille-Enfance-Jeunesse, CLSC Basse-Ville-Limoilou
  - Carole Harvey, CLSC Charlevoix
  - Diane Mahoney et des membres de l'équipe Famille-Enfance-Jeunesse, CLSC de la Jacques-Cartier
  - Colette Belzile, Hugues Matte et des membres de l'équipe Famille-Enfance-Jeunesse, CLSC Haute-Ville-Des-Rivières
  - Marie-Josée Levasseur, CLSC La Source
  - Andrée Gauthier, CLSC Orléans
  - Raymond Béland, CLSC Portneuf
  - Louise Larocque et Hugues Matte, CLSC Sainte-Foy-Sillery-Laurentien (CLSC des Hautes-Marées)
- 
- Marie Bouchard, Richard Cloutier, Gilles Mireault, Centre Jeunesse de Québec
  - Josette Beaupré, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
  - Pierre Villeneuve, Centre de réadaptation La Triade
  - Claudine Fortin, Services Barbara-Rourke
- 
- Pierre Déry, Département de pédiatrie du CHUQ – Pavillon CHUL
  - Marie Plante et Chantale Caron, Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur
- 
- France St-Germain, Lina Leblanc, Guylaine Lussier, Regroupement des centres de la petite enfance
- 
- Annie Pelletier, Collectif Les Accompagnantes
  - Céline Bouvier, Marlène Lirette, Manon Méthot, Nancy Pilote, Marie-Josée Santerre, Groupes d'entraide à l'allaitement maternel
  - Lyne Rhéaume, Groupe Les Relevailles
  - Christine Berryman, Marilyn Baxter, Jean Falardeau, Holland Center
  - Annick Simard, S.O.S. Grossesse
  - Sabina Veilleux, Association des parents d'enfants prématurés (APEQ)
- 
- Julie Labrecque et Katia Huot, Centre de la famille de Valcartier
  - Réjean Labbé, Centre de santé Marie-Paule-Sioui-Vincent
  - Nadine Rousselot, Centre Mikueniss

# Avant-propos

Ce rapport sur l'état de santé et de bien-être des enfants de 0-5 ans de la région de Québec s'inscrit dans le cadre du mandat du directeur régional de santé publique de surveiller l'état de santé de la population, d'identifier les facteurs de risques ainsi que les interventions les plus efficaces et de diffuser cette information.

Nous avons voulu mettre en évidence les problèmes de santé et de bien-être qui affectent les enfants dans leurs premières années de vie et identifier les actions requises pour répondre à leurs besoins. Nous convions la communauté de la région de Québec à relever plusieurs défis pour répondre aux problèmes que nous avons identifiés et pour offrir à nos enfants des conditions optimales de développement.

Pour la production du rapport, les différentes équipes de la Direction de la santé publique et celle de l'organisation des services à la Régie régionale ont été sollicitées afin de fournir les données pertinentes reliées à leur domaine d'intervention. Des

rencontres ont également été tenues avec des représentants des établissements et de plusieurs organismes qui oeuvrent auprès des enfants, des mères et des familles pour compléter les informations dont nous disposons et recueillir leurs principales préoccupations.

En associant à la préparation du document ceux et celles qui sont concernés par les jeunes enfants, nous avons voulu consolider davantage les alliances entre les partenaires afin d'être plus efficace dans la réponse à leurs besoins. Nous voulons remercier toutes les personnes qui nous ont aidé à compléter ce rapport et nous espérons qu'il pourra servir de base de travail pour nous mobiliser afin de rendre notre société plus accueillante aux enfants et plus soutenante pour leur famille.

*Le directeur de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services  
sociaux de Québec*

# Table des matières

<b>AVANT-PROPOS</b> .....	III
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE 1 : TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES</b>	
Évolution du nombre d'enfants .....	3
Caractéristiques des familles .....	5
Situation économique des familles .....	6
<b>CHAPITRE 2 : GROSSESSES, NAISSANCES ET DÉCÈS</b>	
Mortalité périnatale, prématurité et insuffisance de poids à la naissance .....	9
Grossesse à l'adolescence .....	14
Habitudes de vie et conditions de travail .....	17
Allaitement maternel .....	21
Conditions favorables à la famille lors de la période périnatale .....	24
<b>CHAPITRE 3 : PROBLÈMES DE DÉVELOPPEMENT ET DÉFICIENCES</b>	
Besoins de l'enfant et de la famille .....	29
Troubles du développement .....	30
Troubles du comportement .....	33
Déficiences physiques et intellectuelles .....	35
Conditions favorisant le développement de l'enfant .....	38
<b>CHAPITRE 4 : ABUS, NÉGLIGENCE ET VIOLENCE</b>	
Données reliées à la protection de la jeunesse .....	45
Enfants exposés à la violence conjugale .....	48
Prévention de la maltraitance .....	49
<b>CHAPITRE 5 : PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE</b>	
Hospitalisations .....	53
Maladies infectieuses .....	55
Cancers .....	58
Asthme .....	59
Blessures et intoxications involontaires .....	59
Santé dentaire .....	61
<b>CHAPITRE 6 : PROBLÈMES DE SANTÉ RELIÉS À L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE</b>	
Qualité de l'environnement .....	65
Exposition aux principales substances toxiques .....	68
Vulnérabilité accrue en milieu de pauvreté .....	68

## **CHAPITRE 7 : LA FAMILLE AU SEIN DE SA COMMUNAUTÉ**

Territoires d'organisation de services . . . . .	71
Principaux organismes communautaires . . . . .	74
Autres organismes . . . . .	77
Instances de concertation . . . . .	79

<b>CONCLUSION</b> . . . . .	82
-----------------------------	----

<b>LISTE DES FIGURES</b> . . . . .	84
------------------------------------	----

<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> . . . . .	86
--	----

### **ANNEXES :**

1 : Tableaux de données des populations . . . . .	92
2 : Revenus insuffisants et développement des enfants : faits saillants d'une conférence de Camil Bouchard . . . . .	93
3 : Tableau explicatif de la mortalité infantile . . . . .	94
4 : Tableaux complémentaires sur l'allaitement maternel . . . . .	95
5 : Tableau des catégories de blessures et des mesures efficaces . . . . .	97
6 : Quelques caractéristiques des territoires locaux de la région de Québec . . . . .	98
7 : Carte . . . . .	99

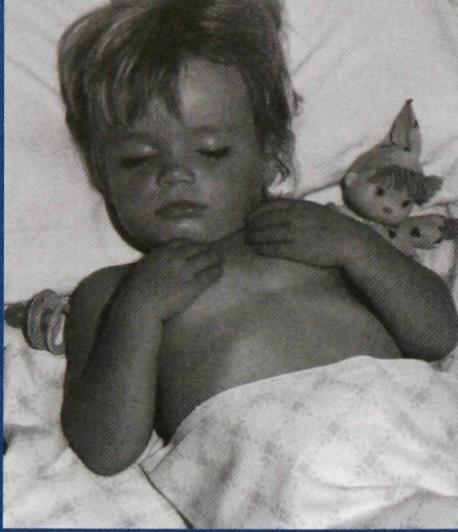
### **NOTE AU LECTEUR**

Le masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes. Lorsque le groupe est composé presque exclusivement de femmes, le genre féminin est utilisé.

Il n'a pas toujours été possible d'obtenir les données statistiques sur les questions abordées pour les enfants 0-5 ans. C'est pourquoi, certaines données sont présentées pour un autre groupe d'âge pour lequel nous disposons d'informations.

Nous avons cherché à présenter les données ventilées pour la région selon les plus récents découpages de territoire de CLSC et selon leurs nouvelles appellations. D'autres découpages ont été utilisés lorsque les données n'étaient disponibles que pour ces divisions territoriales.

Pour alléger ce rapport, les références sont indiquées seulement pour les figures. Tous les documents consultés pour supporter les textes et illustrer les données sont présentés dans les références bibliographiques.



# Introduction

Plusieurs documents ont été récemment produits au Québec sur la situation sociosanitaire des enfants entre autres, les rapports Bouchard « *Un Québec fou de ses enfants* » et Cliche « *Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes* ». Notre rapport s'inspire grandement des préoccupations qui ont guidé ces équipes : diminution constante des naissances au Québec, problèmes de pauvreté, de négligence et de violence qui affectent un grand nombre d'enfants, isolement et désorganisation des familles, pression subie par le réseau de la santé et des services sociaux pour répondre aux besoins malgré les compressions budgétaires et le vieillissement de la population.

En complément à ces documents de réflexion et d'orientation sur la situation des enfants au Québec, nous avons cherché à mettre en lumière les données particulières concernant l'état de santé et de bien-être des enfants de notre région en comparaison avec celle de l'ensemble du Québec et, lorsque possible, les données spécifiques à chacun des territoires de CLSC. Nous avons aussi fait ressortir les problèmes pour lesquels notre région se démarque des autres régions du Québec ainsi que les situations où il nous semble possible d'améliorer notre réponse aux besoins identifiés.

Avec des objectifs de meilleure collaboration et de mobilisation des intervenants auprès des enfants de 0-5 ans, ce rapport ne cherche pas à traiter de façon exhaustive l'ensemble des problèmes susceptibles de les affecter. Nous avons plutôt choisi de jeter un éclairage sur les principales dimensions qui déterminent cet état de santé et de bien-être en identifiant les facteurs communs sur lesquels nous pourrions agir pour améliorer les situations que les indicateurs permettent de reconnaître comme déficientes.

Nous avons, au fil des chapitres, cherché à mettre en évidence les éléments qui semblent constamment revenir en toile de fond des problèmes identifiés :

- **Insécurité financière et instabilité des familles qui menacent le développement de beaucoup trop d'enfants.**
- **Besoin de soutien des parents pour assumer leur rôle auprès des enfants.**
- **Nécessité d'assurer une plus grande continuité et intensité de services dans les situations sérieuses et complexes.**

Le rapport comprend sept chapitres. Le premier présente les principales données démographiques et socio-économiques concernant les enfants de 0-5 ans et leur famille. Les suivants abordent les principales dimensions des problèmes de santé et de bien-être des enfants. Le dernier expose les caractéristiques socio-économiques des territoires où vivent les enfants, les ressources communautaires et les instances de concertation sur lesquelles ils peuvent compter. Chaque chapitre présente, lorsque possible, les données spécifiques à notre région, les différentes problématiques brièvement résumées et analysées, les programmes préventifs actuellement offerts et les défis à relever pour chacune des dimensions examinées.

# 1 Tendances démographiques et socio-économiques



*Les facteurs démographiques et économiques jouent un rôle déterminant en matière d'état de santé de la population. Les changements observés à ce titre, au cours des dernières décades au Québec et partout ailleurs dans le monde industrialisé, diminuent le poids des enfants dans notre société et risquent de rendre moins prioritaires les mesures qui leurs sont destinées.*

La population du Québec et de notre région vieillit, bien sûr parce que les gens vivent plus longtemps, mais aussi, en bonne partie, parce que la natalité est en déclin constant. Ce phénomène de dénatalité se fera encore plus grandement sentir lorsque l'effet du « baby-boom » des naissances d'après la guerre sur le nombre de femmes en âge de procréer se sera estompé (annexe 1).

Cette diminution du nombre d'enfants provoque des changements de structure et de fonctionnement importants dans notre société, entre autres, par le redéploiement des ressources en réponse aux besoins des personnes âgées. Même si les taux de problèmes présentés par les enfants nécessitant des ressources spécialisées restent les mêmes ou augmentent, la diminution importante du nombre d'enfants rend difficile le maintien ou le développement des masses critiques pour répondre adéquatement à ces besoins.

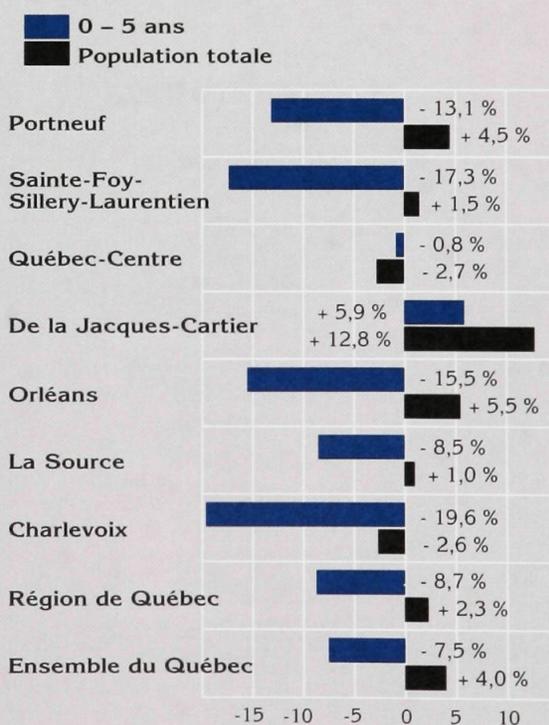
L'évolution des valeurs de la société, l'organisation du travail et les modifications du rôle de l'État ont fragilisé l'environnement familial des enfants qui se retrouvent de plus en plus souvent dans des familles éclatées ou vivant des situations d'isolement et d'insécurité financière.

Nous avons voulu dans ce premier chapitre mettre en évidence ces changements qui affectent au premier plan le cadre de vie et de développement des enfants de notre région : la diminution du nombre d'enfants, l'évolution des caractéristiques des familles et leur situation économique.

## ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ENFANTS

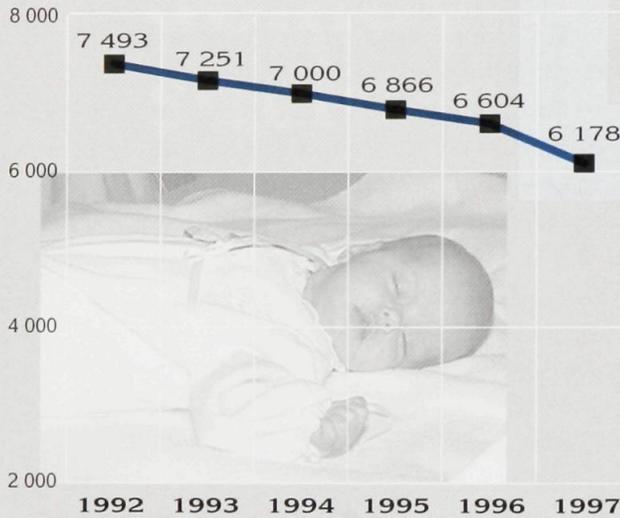
En 1999, le nombre d'enfants de 0-5 ans vivant dans la région se situait à 38 255 en diminution de 3 640 depuis 1991, soit une variation négative de 8,7 % durant cette période de huit ans. Pour le Québec, le pourcentage de diminution des enfants de 1991 à 1999 est de 7,5 % (figure 1). La cause première de cette diminution de la population des enfants de 0-5 ans provient évidemment de la chute persistante des naissances qui est passée dans la région de 7 493 en 1992 à 6 178 en 1997 (figure 2). L'effet combiné du vieillissement de la population et de la diminution des naissances fait en sorte que les enfants représentent maintenant 5,9 % de la population totale de la région comparativement à 6,8 % pour l'ensemble du Québec (figure 3).

**Figure 1**  
Variations de la population par territoire, 1991 à 1999



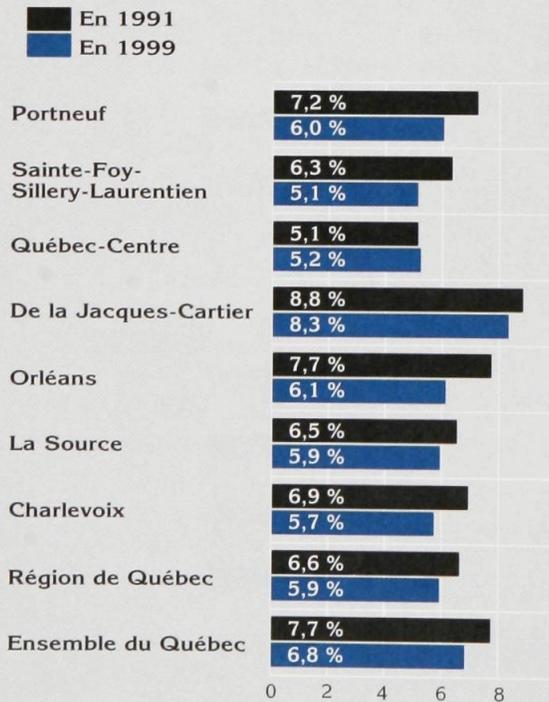
Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>34</sup>

**Figure 2**  
Évolution des naissances de la région,  
1992 à 1999



Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>34</sup>

**Figure 3**  
Proportion du groupe des 0-5 ans en regard  
de la population totale, 1991 et 1999

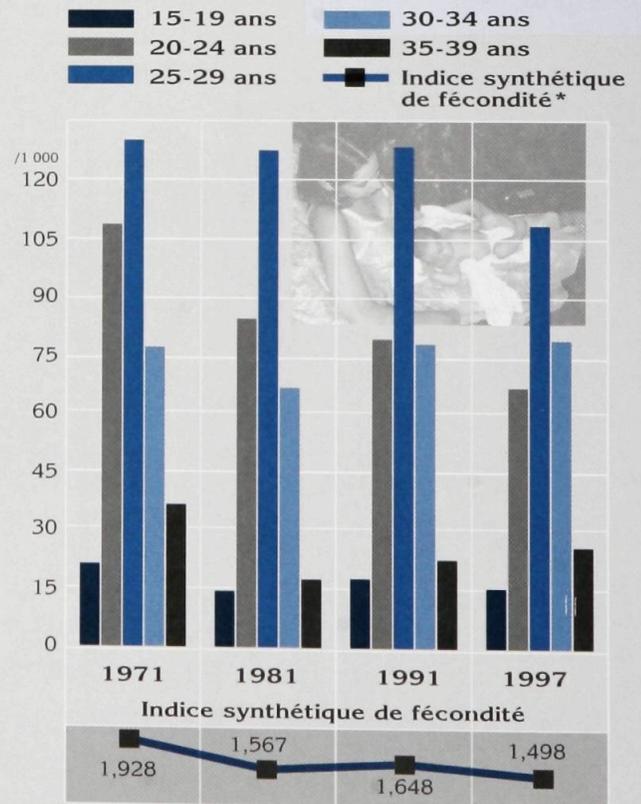


Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>34</sup>

## Indices et taux de fécondité

Les taux et indices de fécondité nous renseignent sur l'évolution de la natalité indépendamment du vieillissement de la population. La chute de ces taux et indices, moins marquée que celle du taux de natalité, nous indique que **depuis plusieurs décennades le nombre moyen d'enfants par femme est au Québec en dessous de 2,1, seuil nécessaire pour assurer le remplacement des générations** (figure 4). Il est à remarquer que la diminution du taux de fécondité est particulièrement marquante chez le groupe de femmes 20 à 24 ans

**Figure 4**  
Évolution de l'indice synthétique de  
fécondité et des taux de fécondité par  
groupe d'âge/1 000 femmes du Québec

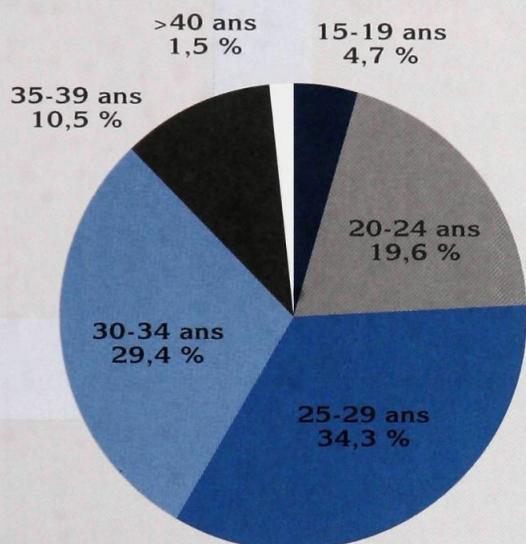


Source : Ministère de la Famille et de l'Enfance, Conseil de la famille et de l'enfance, Bureau de la statistique du Québec, 1999 <sup>44</sup>

\* Nombre moyen d'enfants par femme

alors qu'il est resté stable dans le groupe des 30-34 ans. Pour l'ensemble du Québec, 63,7 % des enfants ont une mère comprise dans le groupe d'âge de 25 à 34 ans (figure 5).

**Figure 5**  
Répartition des enfants selon l'âge de la mère, ensemble du Québec, 1996



Source : Ministère de la Famille et de l'Enfance, Conseil de la famille et de l'enfance, Bureau de la statistique du Québec, 1999 <sup>64</sup>

## CARACTÉRISTIQUES DES FAMILLES

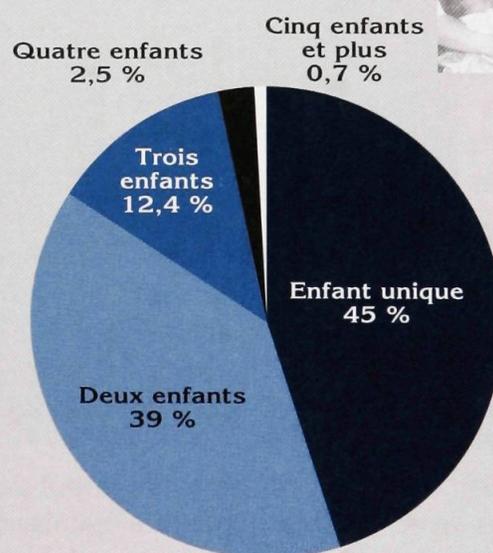
En 1996, 66 % des familles du Québec comportaient des enfants à la maison. La grande majorité (84 %) des familles avec ou sans enfants est constituée de couples dont 24 % sont en union libre alors que cette proportion pour le reste du Canada n'est que de 14 %. Les familles monoparentales représentent 16 % des familles au Québec dont quatre sur cinq sont dirigées par une femme. Notre région compte un peu plus de couples en union libre (26 %) mais a le même pourcentage de familles monoparentales que l'ensemble du Québec.

Les enfants de 0-5 ans du Québec vivent dans une proportion de 86,2 % dans une famille biparentale, 12,5 % avec une mère seule et 1,3 % avec un père seul. Depuis 1995, plus de la moitié des naissances au Québec surviennent hors mariage. En 1996, cette proportion pour le Québec était de 52,8 % et de 56,1 % pour notre région.

Au Québec, entre 1986 et 1996, le nombre moyen d'enfants par famille a baissé passant de 1,83 à 1,75. En 1996, les familles biparentales avaient en moyenne 1,84 enfants, les monoparentales 1,47.

Dans l'ensemble du Québec, 15,6 % des familles avec enfants ont trois enfants ou plus alors que dans la région de Québec cette proportion n'est que de 12,7 %. Dans l'ensemble du Canada, cette proportion est de 18,7 % (figure 6).

**Figure 6**  
Répartition des familles selon le nombre d'enfants, ensemble du Québec, 1996



Source : Ministère de la Famille et de l'Enfance, Conseil de la famille et de l'enfance, Bureau de la statistique du Québec, 1999 <sup>64</sup>



La grande majorité des familles biparentales au Québec (84 %) est constituée en 1996 de parents nés au Québec. Les deux parents ont immigré chez 9,1 %. Pour 5,3 % des familles, un des deux parents vient de l'extérieur. Parmi les familles monoparentales, 12,9 % sont des chefs de famille immigrants. Pour la région de Québec, ces proportions sont pour les familles biparentales de 95,2 % avec deux parents natifs du Québec, 1,6 % pour les deux parents immigrés. Pour les familles monoparentales, la proportion de ces familles avec un chef immigrant est de 3,1 % dans la région.

## **SITUATION ÉCONOMIQUE DES FAMILLES**

En 1996, au Québec, dans 55,1 % des familles biparentales, les deux parents avaient un emploi, dans 25,8 % seul le père en avait un et dans 10,3 % les deux parents étaient inactifs ou en chômage. Dans l'ensemble du Canada, la proportion des familles avec les deux parents en emploi s'établissait à 59,4 % et à 23,4 % dans le cas où seul le père était en emploi. Pour les familles monoparentales dont la mère est le parent, le taux d'emploi au Québec se situait à 47,3 % alors qu'il était à 64,1 % pour les hommes monoparentaux.

**Au Québec, de 1984 à 1996, la proportion des familles avec enfants mineurs vivant sous le seuil de faible revenu est passée de 24,1 % en 1984 à 16,3 % en 1989, pour remonter à 22,1 % en 1996.**

En 1996, le revenu moyen avant impôt des familles avec enfants mineurs s'établissait à 51 384 \$ au Québec, mais à seulement 24 997 \$ pour les mères seules. Lorsque les deux parents sont inactifs (30 004 familles pour 56 868 enfants), le revenu moyen s'établit à 17 249 \$ et à 12 983 \$

pour les 65 173 mères de familles monoparentales inactives, familles qui comptent 112 870 enfants pour l'ensemble du Québec.

En mars 1999, on comptait dans la région 7 528 familles avec enfants (de tous âges) prestataires de la sécurité du revenu composées à 72 % de familles monoparentales. Au total, 11 918 enfants vivaient dans des familles prestataires dont le tiers (4 309) avaient moins de six ans, ce qui représente un enfant sur dix de ce groupe d'âge dans la région.

La controverse entoure les méthodes de calcul du seuil de pauvreté et du nombre de familles dont le revenu serait insuffisant pour répondre à tous leurs besoins. Par ailleurs, il est clair que le revenu moyen disponible des couples avec enfants n'a pas augmenté depuis les 15 dernières années. Pour maintenir ce revenu moyen, les deux parents n'ont généralement pas le choix d'être tous les deux sur le marché du travail.

Alors qu'au début des années 1970 on pouvait assumer avec 35 heures de travail par semaine la subsistance d'une famille de deux adultes et de deux enfants, il en faut maintenant 70 heures pour maintenir le même niveau de vie. La précarité de l'emploi et l'instabilité des conditions de travail, particulièrement celles des femmes, contribuent à fragiliser la situation économique des familles et à désavantager financièrement ceux et celles qui décident d'avoir des enfants (annexe 2).

## **LES DÉFIS**

- **Reconnaître l'apport essentiel à notre société de ceux et celles qui décident d'avoir des enfants et les soutenir convenablement tout au long des différentes étapes de leur rôle de parent.**
- **Consolider nos interventions pour limiter les dommages de la pauvreté en agissant auprès des enfants et de leur famille et en intervenant localement et régionalement sur les causes structurelles qui conditionnent ces situations de précarité financière.**

## 2 Grossesses, naissances et décès



*« L'avancement des connaissances permet maintenant de mettre en évidence les liens multiples que les facteurs biologiques, affectifs, sociaux, culturels et économiques entretiennent comme déterminants de la santé et du bien-être. Ces liens sont aujourd'hui considérés comme majeurs et essentiels étant donné l'influence qu'ils exercent sur la santé et la qualité de vie des femmes enceintes, des mères, des pères et des nouveau-nés. »*

*Politique de périnatalité - 1993 - p.10*

Ce chapitre sur les grossesses, les naissances et les décès permet d'aborder plusieurs thèmes entourant la période périnatale. C'est ainsi qu'après avoir pris connaissance des principales données relatives à la mortalité périnatale, la prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance, un regard est porté sur la problématique de la grossesse à l'adolescence. Par la suite, sont abordés successivement, les habitudes de vie et conditions de travail, l'allaitement maternel pour terminer avec les conditions favorables à la famille lors de cette période de vie.

## MORTALITÉ PÉRINATALE, PRÉMATURITÉ ET INSUFFISANCE DE POIDS À LA NAISSANCE

La mortalité infantile constitue un des indicateurs les plus utilisés pour évaluer l'état de santé de la population. Au Canada, comme dans les autres pays industrialisés, la mortalité des enfants en bas âge a considérablement diminué et seul le Japon a enregistré une réduction plus importante. En ce qui concerne le Québec, les taux observés pour les années 1976 à 1997 sont passés de 11,5 /1 000 à 5,5/1 000 (figure 7).

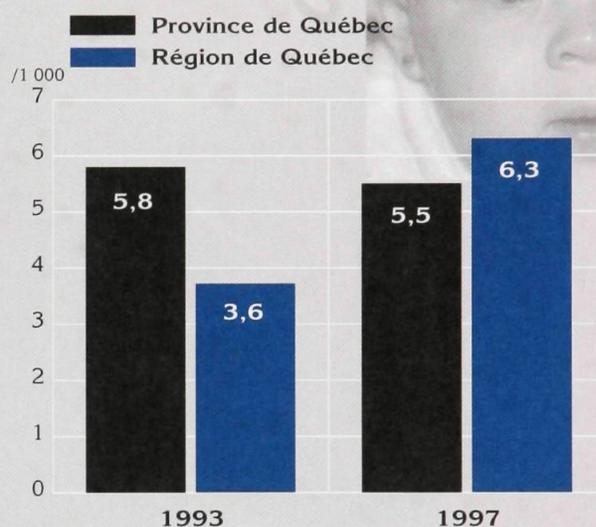
**Figure 7**  
Évolution des taux de mortalité infantile au Québec, 1976 à 1997



Source : Institut de la Statistique du Québec, 1999 <sup>49</sup>

Cette mortalité infantile, constituée par tous les décès d'enfants de moins d'un an sur les naissances vivantes, était, en moyenne pour la période de 1993 à 1997, de 5,3 décès par 1 000 naissances vivantes dans la région de Québec comparativement à 5,4 pour l'ensemble du Québec (figure 8).

**Figure 8**  
Taux de mortalité infantile 1993 et 1997, pour la région de Québec et la province



Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>34</sup>

La mortalité périnatale, qui évalue les décès allant des fœtus pesant plus de 500 grammes jusqu'aux décès des nouveau-nés dans les sept jours de vie, se situe pour la période 1992-1996 à 7,3/1 000 dans la région comparativement à 7,2/1 000 pour l'ensemble du Québec.

Le taux de mortalité néonatale, qui comprend tous les décès entre la naissance vivante à 28 jours de vie, a atteint 3,9/1 000 en 1992-1996 comparativement à 3,7/1 000 pour l'ensemble du Québec. Il se subdivise entre la mortalité néonatale précoce de 0 à 7 jours de vie et la mortalité néonatale tardive, soit celle survenue entre le 7<sup>e</sup> et le 28<sup>e</sup> jour de vie. Pour la même période, la mortalité néonatale précoce compte, dans la région, pour 67 % de la mortalité infan-

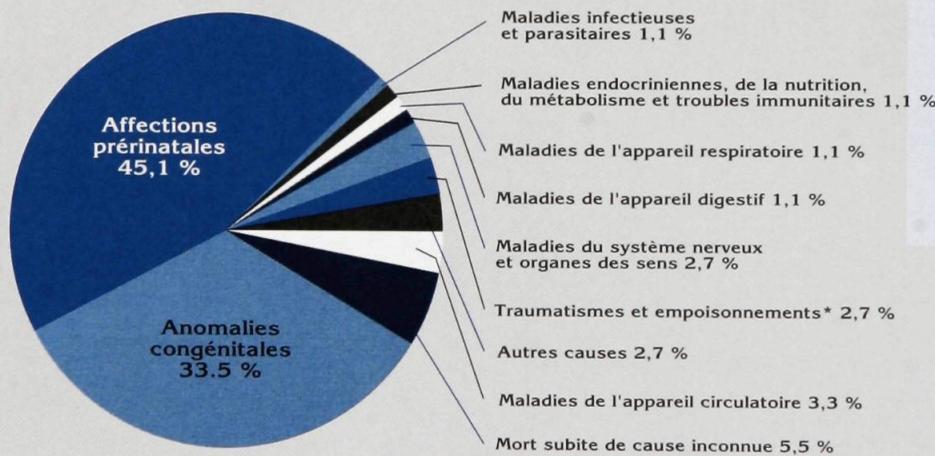
tile, soit celle qui survient dans la première année de vie, alors que la mortalité néonatale tardive est responsable pour 7,7 % des décès (annexe 3).

La région de Québec enregistrerait en moyenne, pour la période de 1992-1996, 36 décès pour la première année de vie alors que chez les 1-4 ans on dénombrait un nombre moyen annuel de six décès pour une population d'environ 36 000 enfants de moins de cinq ans.

La principale cause de décès chez les enfants de moins d'un an est sept fois sur dix reliée aux problèmes de prématurité et d'insuffisance pondérale alors que chez les 1-4 ans, ce sont les traumatismes et les empoisonnements qui viennent au premier rang avec 30 % (figures 9 et 10). Concernant plus spécifiquement la mort subite du nourrisson, deux d'entre eux ont été rapportés en 1996 sur l'ensemble des 40 décès chez les 0-4 ans.

**Figure 9**

**Répartition (%) des décès selon la cause, enfants de moins d'un an, région de Québec, 1992-1996**



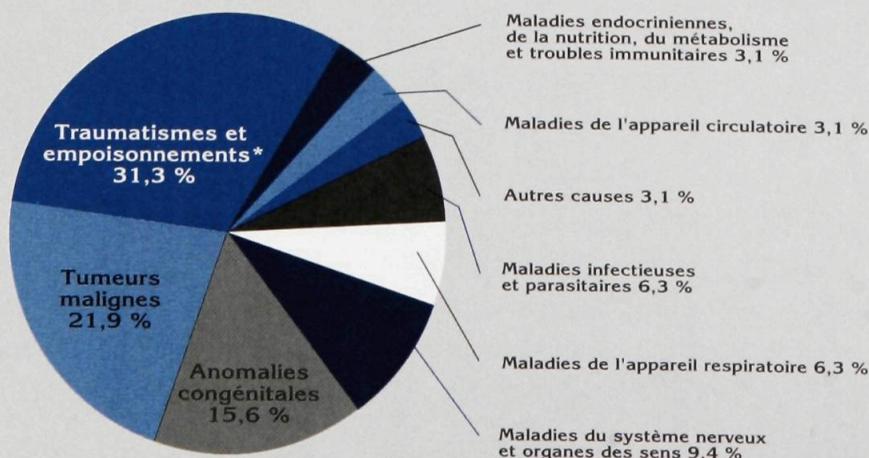
**Total de décès sur 5 ans : 182**

\* Ce terme correspond aux blessures et intoxications involontaires.

Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>34</sup>

**Figure 10**

**Répartition (%) des décès selon la cause, enfants de 1-4 ans, région de Québec, 1992-1996**



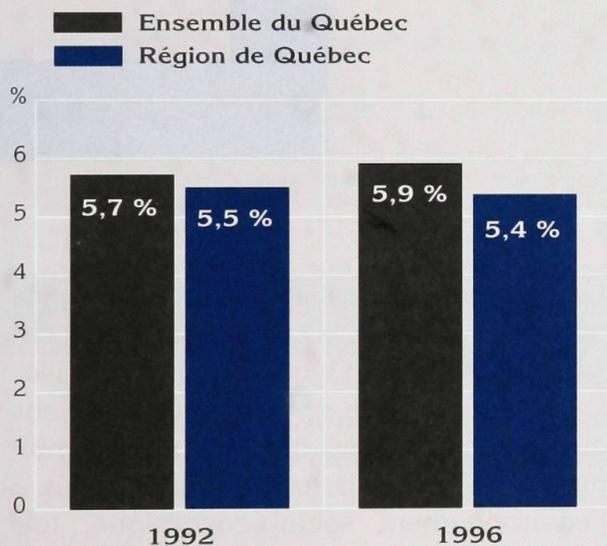
**Total de décès sur 5 ans : 32**

\* Ce terme correspond aux blessures et intoxications involontaires.

Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>34</sup>

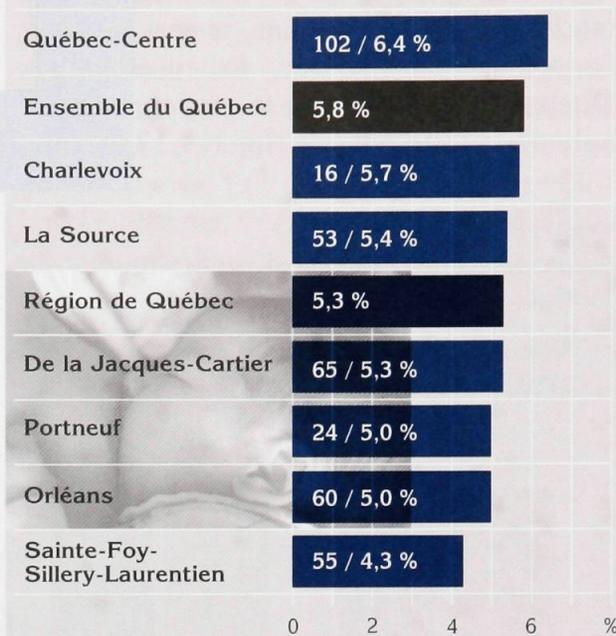
Il est généralement admis que le poids à la naissance des nouveau-nés est le meilleur indicateur de leur chance de survie. La prématurité, directement reliée à une insuffisance de poids, menace considérablement cette survie ainsi que le développement normal des enfants. Au Québec, les taux d'insuffisance de poids sont passés de 7,5 % en 1975 à 6,3 % en 1985 et à 5,9 % en 1996. Tel que démontré dans les figures 11 et 12, les taux pour la région de Québec sont relativement meilleurs, exception faite pour le territoire de Québec-Centre.

**Figure 11**  
**Pourcentage de naissances de poids insuffisant, 1992 et 1996**



Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>34</sup>

**Figure 12**  
**Pourcentage et nombre moyen de naissances de poids insuffisant, 1992 à 1996**

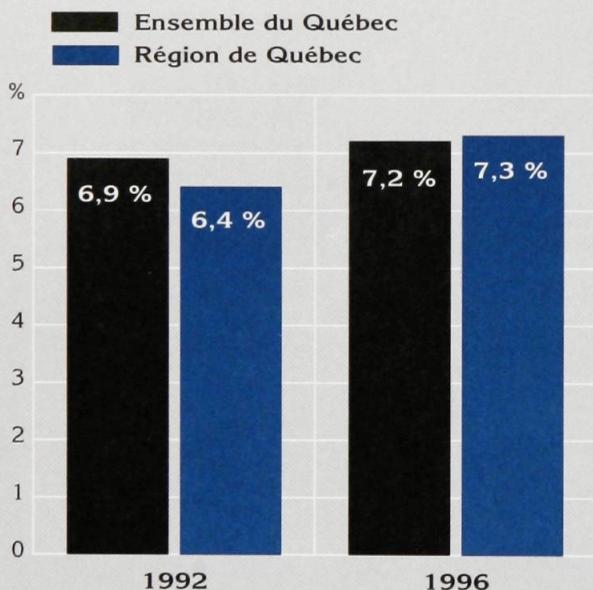


Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>34</sup>



En ce qui concerne la prématurité, soit moins de 37 semaines de gestation, on constate que celle-ci s'avère en augmentation constante entre 1992 et 1996. Cette tendance est également observée pour l'ensemble du Québec. Le territoire de Québec-Centre dépasse la moyenne régionale pour cette période (figures 13 et 14).

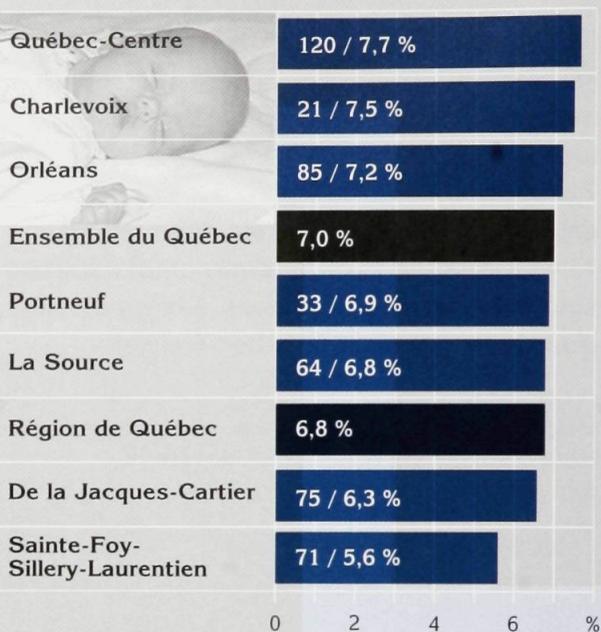
**Figure 13**  
Pourcentage de naissances prématurées, 1992 et 1996



Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>34</sup>



**Figure 14**  
Pourcentage et nombre moyen de naissances prématurées, 1992 à 1996



Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>34</sup>

La prématurité et l'insuffisance de poids sont très souvent le résultat d'une multitude de facteurs. Outre ceux liés à la biologie, comme l'âge de la mère (< de 20 ans ou > de 35 ans) ainsi que la grossesse multiple ou répétée, certains risques liés à l'environnement socio-économique, tels que la pauvreté et la sous-scolarisation des mères, s'avèrent des déterminants majeurs sur l'issue de grossesse. Les habitudes de vie, particulièrement le tabagisme ainsi que les conditions de travail, exercent également une influence sur l'état de santé de l'enfant à naître.

Il est reconnu que les taux liés aux naissances prématurées et à l'insuffisance pondérale à la naissance sont deux fois plus élevés chez les bébés provenant de familles vivant dans un contexte de pauvreté. Les conditions de vie auxquelles ces familles sont confrontées entraînent inévitablement des stress importants tant phy-

siques que psychologiques. L'insuffisance de revenus peut aussi amener des répercussions sur certaines habitudes de vie, particulièrement l'alimentation. On peut également observer que l'utilisation des services se fait de façon plus restreinte, ces familles étant moins portées à consulter tant pour un suivi médical que pour les services de nature davantage préventifs, notamment les rencontres prénatales. Le cumul de ces problèmes les expose donc à une plus grande vulnérabilité ayant des conséquences à la fois sur l'issue de grossesse et sur le développement de l'enfant.

Des activités préventives orientées vers des soins prénataux globaux de type « Naître égaux, Grandir en santé » doivent être privilégiées pour les familles démunies. L'ensemble de ces services permet le déploiement d'activités de soutien et d'accompagnement pour ces clientèles particulières pendant la grossesse et les deux premières années de vie. Les actions doivent être globales, intenses et continues. Ces éléments font partie des conditions de succès de l'intervention et s'avèrent un facteur de protection pour contrer les difficultés vécues permettant alors d'assurer un développement plus sain à l'enfant.

## **PROGRAMME « NAÎTRE ÉGAUX, GRANDIR EN SANTÉ (NÉGS) »**

**Le programme « Naître Égaux, Grandir en santé (NÉGS) » constitue une référence en matière de services préventifs pour les familles les plus démunies. Ce programme vise les clientèles peu scolarisées et en situation d'extrême pauvreté. Les principaux objectifs sont orientés vers le renforcement du potentiel individuel et du milieu ainsi que sur le développement d'actions politiques. Pour ce faire, trois grands volets ont été développés, soit le suivi individuel, l'accompagnement communautaire ainsi que l'action intersectorielle.**

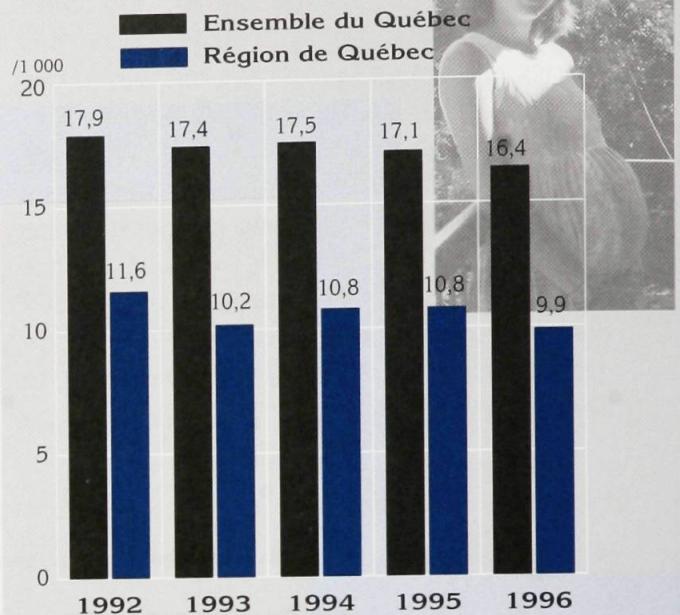
**Au regard du suivi individuel, le programme propose l'établissement d'une relation privilégiée par une intervenante pendant la grossesse et les deux premières années de vie de l'enfant. NÉGS permet également d'accorder un suivi intensif (une vingtaine de visites sont prévues) touchant tant les aspects de santé que psychosociaux. Il est à noter que les interventions liées au programme de suppléments alimentaires OLO y sont intégrées. L'accompagnement communautaire permet, pour sa part, de mieux soutenir les familles en besoin tout en assurant des liens avec les ressources du milieu. Enfin, l'action intersectorielle facilite, entre autres, la consolidation de projets communs avec les différents partenaires impliqués auprès de cette clientèle cible.**

En termes de perspectives, un regard sur les objectifs de santé identifiés depuis quelques années par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) permet de déterminer certains défis auxquels notre région est confrontée. La « Politique de la santé et de bien-être » en 1992 ainsi que la « Politique de périnatalité » en 1993 désiraient, lors de leur élaboration, diminuer à 5 % le taux de naissances prématurées et à 4 % le taux de naissances où le poids du bébé est inférieur à 2 500 grammes. Les données présentées précédemment démontrent bien que des gains importants sont à faire à ce niveau, particulièrement en ce qui concerne la prématurité. En effet, non seulement les objectifs ne sont pas atteints, mais cette problématique s'avère en progression, depuis quelques années déjà (6,4 % à 7,3 %). En outre, les « Priorités nationales en santé publique », publiées également par le MSSS en 1997, suggèrent que 50 % des femmes en situation d'extrême pauvreté soient rejointes, d'ici l'an 2002, par le biais d'un programme intégré de promotion de la santé et de prévention périnatale.

## GROSSESSE À L'ADOLESCENCE

La grossesse à l'adolescence est une préoccupation importante pour notre région. Les données sur les naissances, entre 1992 et 1996, montrent qu'en moyenne 221 naissances par année proviennent de mères ayant moins de 20 ans. Le taux moyen de fécondité pour cette clientèle s'établit à 10,6/1 000 dans la région de Québec comparativement à 17,2/1 000 pour le Québec (figure 15).

**Figure 15**  
Taux de fécondité pour les 15-19 ans, 1992-1996



Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>34</sup>

Une étude produite dans la région de Québec, en 1996, établit que le taux de grossesse (somme du taux de fécondité et du taux d'interruption volontaire de grossesse) chez les 15-19 ans, en 1994, était de 30,4/1 000, soit une augmentation de 37,6 % depuis 1986. Ces données régionales permettent également d'apporter certaines précisions. Ainsi, tel qu'exprimé à la figure 16, on peut observer que le territoire de Québec-Centre, soit les secteurs de Basse-Ville-Limoilou, Haute-Ville et Vanier-Duburger-Les Saules, obtient des taux de grossesse bien supérieurs à la moyenne régionale et provinciale. En outre, les taux de fécondité et d'interruption volontaire de grossesse (IVG) sont également nettement supérieurs aux moyennes régionales. En ce qui touche les secteurs Est et Ouest de la Ville de Québec, ceux-ci se caractérisent par des taux élevés d'IVG à l'adolescence, notamment dans le secteur du CLSC Ste-Foy-Sillery-Laurentien (des Hautes-Marées). Enfin, les territoires couvrant les CLSC de La Jacques-Cartier, de Portneuf et

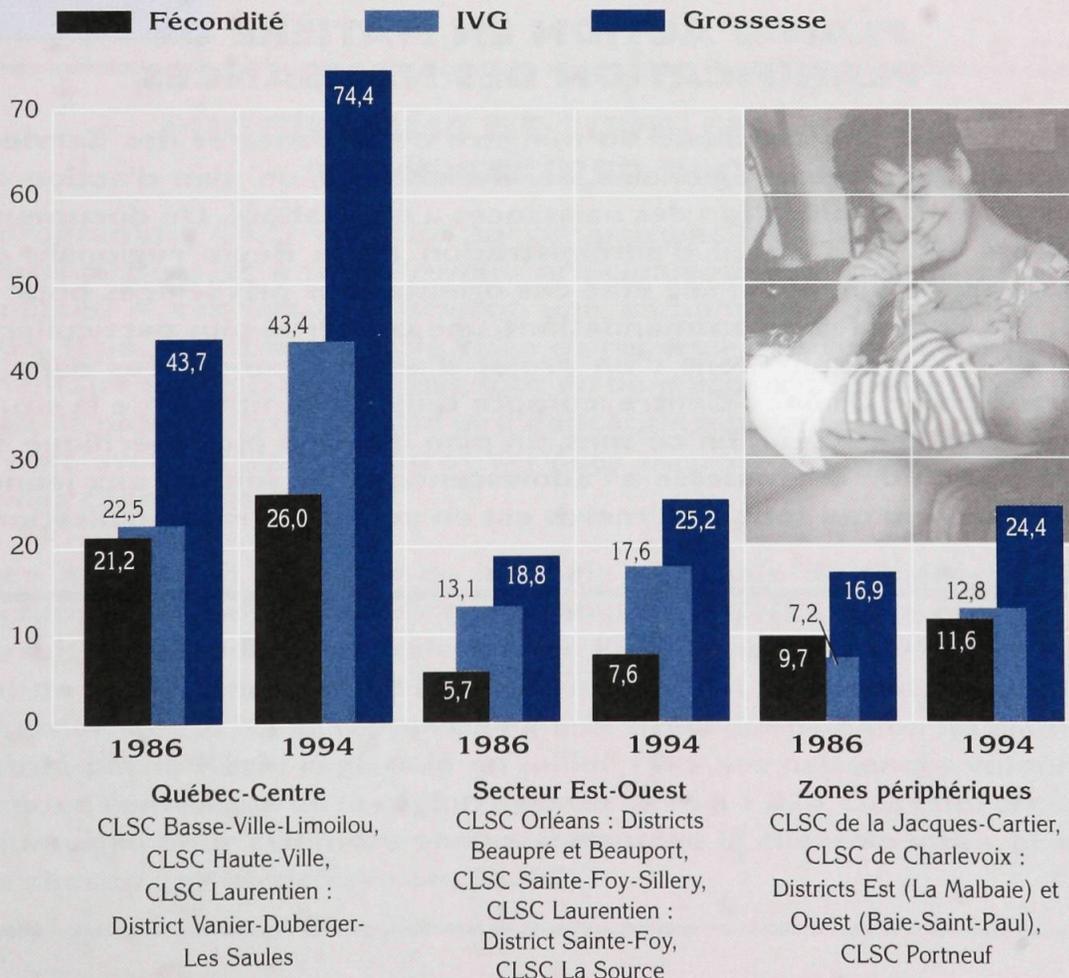
de Charlevoix présentent des taux de fécondité à l'adolescence légèrement supérieurs à la moyenne régionale.

Certains facteurs sont identifiés comme déterminants de la grossesse à l'adolescence. Ainsi, la précocité des premières menstruations, le fait d'être active sexuellement à un jeune âge, un faible intérêt académique, une attitude négative à l'égard de la sexualité et de la contraception sont tous des facteurs de risque qui viennent augmenter la probabilité d'une grossesse. D'autres éléments sont également identifiés, tels qu'une faible estime de soi, le fait

d'avoir été victime d'abus sexuel et exposée à la violence ainsi que la consommation de drogues.

On observe que les adolescentes qui poursuivent leur grossesse sont souvent différentes de celles qui optent pour une IVG. Celles-ci proviennent plutôt de familles pauvres et déstabilisées. Elles ont des attentes limitées en matière de performance scolaire et professionnelle et désirent, consciemment ou non, devenir mères. Elles nieront souvent être enceintes et consulteront tardivement à un stade où l'IVG est difficilement accessible.

**Figure 16**  
Taux de grossesse/1 000 adolescentes de 15-19 ans par secteur\*, région de Québec, 1986-1994



\* Les limites territoriales sont différentes des territoires actuels  
Source : Centre de santé publique, 1997 <sup>24</sup>

La poursuite de la grossesse chez les adolescentes n'est pas une expérience facile en soi et dans plusieurs cas, celle-ci risque de se dérouler dans des conditions difficiles, notamment sur le plan socio-économique. Ce contexte vient augmenter les risques de complications obstétricales, de prématurité et de faible poids à la naissance pour l'enfant. Souvent seule, car le père biologique est fréquemment absent au cours de la grossesse, la jeune mère doit soudainement faire face à des responsabilités d'adulte. Des besoins de soutien financiers et sociaux s'avèrent alors importants pour favoriser la naissance d'un enfant en santé et pour lui assurer un développement adéquat.

Un plan d'action en matière de planification des naissances a défini des objectifs à atteindre pour les cinq prochaines années. Ainsi, il a été proposé de réduire de 40 % le taux de grossesse à l'adolescence et d'atteindre des taux de 45/1 000 dans le territoire de Québec-Centre (74,4/1 000 en 1994) et de 15/1 000 pour les secteurs Est et Ouest (25,2/1 000 en 1994) ainsi que ceux situés en périphérie de Québec (24,4/1 000 en 1994). Des efforts constants et concertés seront donc nécessaires pour assurer l'atteinte de ces objectifs.

## **PLAN D'ACTION EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DES NAISSANCES**

À la suite d'une demande du ministre de la Santé et des Services sociaux aux régies régionales, en février 1996, un plan d'action en matière de planification des naissances a été élaboré. Un document, adopté par le Conseil d'administration de la Régie régionale de Québec, en juin 1997, fait état des orientations privilégiées pour la région. Parmi les recommandations, une concerne plus particulièrement le développement d'un projet d'actions concertées dans le territoire de Québec-Centre, compte tenu de l'ampleur de la situation dans ce secteur. En ce sens, un plan d'action plus spécifique de prévention de la grossesse à l'adolescence et de soutien aux jeunes enceintes ou qui sont déjà mères est en voie d'opérationnalisation.

## HABITUDES DE VIE ET CONDITIONS DE TRAVAIL

Les habitudes de vie ainsi que les conditions de travail au cours de la grossesse s'avèrent des facteurs extrêmement importants en termes d'impact direct sur la santé maternelle et infantile. Un regard est porté sur ces déterminants en lien avec la période périnatale.

### Alimentation

**Deux facteurs reliés à l'alimentation peuvent affecter le poids de l'enfant à la naissance : celui de la mère avant la grossesse et le gain de poids pendant la grossesse.**

D'autres problématiques, comme la pauvreté, la grossesse à l'adolescence, la violence ainsi que certains troubles de comportements alimentaires, demeurent asso-

ciées à un gain pondéral insuffisant. Dans cette perspective, l'expérience menée par le Dispensaire diététique de Montréal s'avère un exemple éloquent pour remédier à cette situation par la mise en place d'interventions nutritionnelles spécifiques auprès d'une clientèle davantage vulnérable.

Dans la région, des efforts considérables ont été faits pour soutenir des actions qui s'inscrivent dans cette démarche par le biais du programme de suppléments alimentaires OLO. Les activités permettent de rejoindre les clientèles en difficulté dont les familles immigrantes, ce qui est particulièrement le cas pour le CLSC Ste-Foy-Sillery-Laurentien (des Hautes-Marées) et pour un nombre important de familles du CLSC Basse-Ville-Limoilou.

## PROGRAMME DE SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES OLO

**Le programme OLO vise plus spécifiquement les femmes enceintes sous-scolarisées et à faible revenu principalement durant la période prénatale. À cet égard, il devient une composante du programme NÉGS. Il permet à la clientèle visée de recevoir une supplémentation alimentaire (œufs, lait, oranges), tout en bénéficiant d'un soutien particulier, de nature psychosociale et d'éducation à la santé. En outre, elles peuvent avoir accès à d'autres services ou ressources, tels que les cuisines collectives.**

**Grâce au soutien financier de la Régie régionale de Québec et du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), cette mesure se poursuit en période postnatale, lors de l'allaitement. En 1998-1999, un total de 1 199 femmes ont été rejointes ce qui représente une augmentation de 1,8 % par rapport à l'année précédente. Selon un estimé effectué par la Régie régionale en juillet 1999, les naissances vulnérables pour l'ensemble de la région s'élèveraient à 1 820. Des efforts sont à poursuivre pour atteindre encore davantage la clientèle visée, et ce, dans chacun des territoires des CLSC.**

## Tabagisme

Le tabagisme de la mère demeure un facteur de risque important tant pour cette dernière que pour l'enfant. Outre les dangers reconnus pour les adultes, tels que les maladies cardiovasculaires et les cancers, le bébé peut subir de graves préjudices affectant grandement sa croissance intra et extra utérine. Parmi les risques de complications les plus courants, notons l'accouchement prématuré, l'insuffisance pondérale ( $\pm$  200 grammes de moins que les bébés de mères non fumeuses), les retards de croissance ainsi que la mort subite du nourrisson dont le risque est multiplié par 2-3 fois. On sait qu'en 1994, 38 % de la population du Québec fumait. Par ailleurs, suite à une enquête menée auprès des jeunes du secondaire de la région de Québec et diffusée en 1994, on constate qu'entre 43,5 % et 68,5 % disent avoir fait l'essai de la cigarette. Des interventions préventives doivent être offertes afin de contrer ce problème qui a des répercussions importantes sur la santé des bébés.

## Alcool et les drogues

La consommation d'alcool et de drogues fait également partie des facteurs de risque entourant la naissance. Ce problème chez les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants semble de plus en plus présent au sein de la population. Selon une enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) effectuée en 1994-1995, 25 % des femmes disent avoir bu de l'alcool à un moment donné de leur grossesse tandis que 9 % disent en avoir bu durant toute la grossesse (1-2 consommations à chaque fois). Une enquête, menée en 1998 auprès des intervenants concernés par cette problématique dans la région de Québec, a permis d'estimer entre 350 à 700 le nombre de femmes enceintes ou mères de jeunes enfants confrontées à une consommation problématique de psychotropes.

**Les effets de l'alcool et des drogues sur le fœtus et l'enfant sont de plus en plus mis en lumière; ceux-ci sont tributaires d'un certain nombre de facteurs liés à la consommation, tels que la quantité absorbée, la période de la grossesse et la régularité.**

Les femmes qui consomment cumulent souvent d'autres risques qui influencent l'issue de la grossesse, notamment la présence de stress important, de problèmes psychologiques et sociaux sérieux comme la dépression et la violence, auxquels s'ajoutent une alimentation déficiente et l'absence d'un suivi médical régulier. Les conséquences peuvent alors devenir dramatiques partant d'un ralentissement de la croissance fœtale jusqu'à la présence des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) et du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF). Dans ce dernier cas, on peut retrouver des problèmes de fonctionnement du système nerveux, une diminution du quotient intellectuel ainsi que des retards importants.

La consultation réalisée auprès des établissements et organismes de la région offrant des services aux femmes enceintes ou aux mères de jeunes enfants qui consomment de façon problématique des psychotropes fait ressortir la complexité de ce problème. Les personnes interrogées ont exprimé des préoccupations entourant la santé physique de la mère et de l'enfant. Des difficultés familiales et psychosociales ont également été mentionnées. En ce qui concerne l'organisation des services, on souligne l'importance d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la concertation entre les intervenantes impliquées, ainsi que les besoins de formation. Des efforts sont actuellement consentis, dans la région, afin de développer des services permettant d'apporter tout le soutien nécessaire aux femmes et à leurs familles qui sont confrontées à ces difficultés.

## **PROJET PILOTE « MATERNITÉ ET TOXICOMANIE »**

**Un projet pilote « Maternité et toxicomanie » a été récemment élaboré dans la région de Québec. Il vise la mise sur pied d'un réseau intégré de services adaptés aux besoins spécifiques des femmes toxicomanes enceintes et mères de jeunes enfants. Le projet comprendra trois volets en interrelation, soit le suivi intensif et continu selon le modèle proposé par le programme NÉGS, un volet lié à l'information, la formation et le perfectionnement à l'intention des intervenantes et enfin, un dernier permettant la consolidation des services aux mères toxicomanes. La réalisation de ce projet est d'abord prévue sur un territoire plus restreint, soit celui du CLSC Basse-Ville-Limoilou, compte tenu de la prépondérance du problème dans ce secteur. Plusieurs partenaires, dont le Centre de réadaptation Ubaldo-Villeneuve, les deux principaux centres hospitaliers accoucheurs, le Centre Jeunesse de Québec et des organismes communautaires sont déjà associés à la démarche.**

### **Activité physique**

La grossesse peut être une période propice à l'intégration d'activités physiques dans la vie quotidienne. Il est recommandé aux femmes dont la grossesse se déroule normalement, c'est-à-dire sans complication médicale ou obstétricale, de pratiquer des exercices d'intensité faible à modérée. Une bonne condition physique, par le biais d'exercices de nature musculaire, aéro-bique et de relaxation, permet à la femme de mieux supporter le gain de poids associé à la grossesse tout en facilitant la récupération en période post-partum. Le maintien ou le développement d'une vie active pour la femme enceinte s'avère donc une stratégie à promouvoir, notamment lors des rencontres prénatales.

### **Santé au travail**

L'intégration de plus en plus importante des femmes au marché du travail depuis les deux dernières décennies mérite une attention particulière. Ainsi, on peut observer un certain nombre de difficultés pour arriver à concilier travail, grossesse et vie familiale. Les obstacles, qui se situent tant au niveau physique, financier que dans les conditions de travail, peuvent entraver la vie familiale et les responsabilités qui en découlent. Mentionnons toutefois que la mise en place du programme « Pour une maternité sans danger » représente une protection supplémentaire pour l'enfant à naître.

Les données provinciales compilées par la CSST en 1997 font ressortir que les demandes relatives à ce programme chez les travailleuses enceintes s'avèrent plus nombreuses dans certains types d'emplois, tels que les infirmières, les serveuses dans les bars, les enseignantes, les vendeuses, les

caissières et les manutentionnaires. Dans la région de Québec, une enquête menée en 1999 par la Direction de la santé publique auprès de 1 327 femmes, ce qui représente environ 20 % de l'ensemble des naissances vivantes non multiples, a permis d'établir un portrait de la situation liée aux conditions de travail ainsi qu'aux mesures préventives appliquées. À cet égard, on peut constater que 48,3 % des femmes rejointes ont bénéficié d'une telle mesure, soit par le biais d'un retrait préventif (32,3 %) ou d'une modification des conditions de travail

(16,1 %). Ces modifications ont pu être obtenues par une réaffectation avec l'aide de l'équipe médicale du CLSC ou par une entente de la travailleuse avec son employeur. Dans notre région, la grande majorité (82,5 %) des retraits préventifs ont eu lieu avant la 24<sup>e</sup> semaine de grossesse. Les observations faites permettent également de souligner que les mesures préventives sont plus importantes et précoces selon le nombre d'heures travaillées en position debout ainsi que la fréquence des charges à soulever.

## **PROGRAMME « POUR UNE MATERNITÉ SANS DANGER »**

**« Pour une maternité sans danger » est un programme de prévention qui oblige l'employeur à soustraire la travailleuse enceinte des conditions de travail qui comportent des dangers pour sa grossesse, soit par la réaffectation, le réaménagement de son poste ou le retrait de son milieu de travail. Il permet aux femmes qui se prévalent du programme de vivre une grossesse dans des conditions adéquates et en toute sécurité. En fait, les actions effectuées s'inscrivent plus spécifiquement dans la réduction de la prématurité et de l'insuffisance de poids. L'élimination des contraintes ergonomiques est particulièrement visée car celles-ci sont identifiées comme étant un des facteurs les plus fréquents.**

Soulignons enfin que d'autres efforts devraient nécessairement être consentis afin de soutenir davantage les jeunes familles. Une bonification des congés parentaux, tant pour le père que pour la mère, et le développement de places dans les services de garde, particulièrement pour les poupons, sont quelques exemples d'activités qui permettraient d'améliorer les conditions entourant la vie familiale.

## ALLAITEMENT MATERNEL

### Recommandations internationales et nationales

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) énoncent que **l'allaitement est un « moyen inégalable qui procure l'alimentation la plus apte à assurer la croissance et le développement des nouveau-nés et qui, du point de vue biologique et affectif, a une incidence unique sur la santé de la mère et de l'enfant »**. De plus, plusieurs organismes de santé et associations professionnelles ont pris position en faveur de l'allaitement maternel, notamment la Société canadienne de pédiatrie, les Diététistes du Canada et de Santé Canada, le Comité canadien pour l'allaitement, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ainsi que l'Association canadienne des soins de santé. Tous ces organismes et associations recommandent l'allaitement exclusif pour au moins les quatre premiers mois de vie de l'enfant ou jusqu'à l'âge de six mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans ou plus avec l'introduction d'aliments nutritifs.

### Avantages de l'allaitement maternel

Le lait maternel est parfaitement adapté aux besoins des enfants. C'est un aliment vivant dont la composition varie selon le stade de la lactation, l'âge gestationnel du bébé et le moment de la tétée. C'est la réunion d'anticorps, d'enzymes, d'hormones, de facteurs de croissance et de tous les nutriments nécessaires au développement du bébé. De nombreuses recherches ont fait état des bénéfices pour la santé des nourrissons. L'allaitement maternel protège contre les infections gastro-intestinales et respiratoires et réduit les risques d'otites moyennes chez le nourrisson. Il aurait un effet protecteur contre les allergies et pourrait aussi protéger contre la mort subite du nourrisson. Ces bénéfices se poursuivent au-delà de la petite enfance car plusieurs nouvelles recherches suggèrent que l'allaitement protégerait contre certains cancers chez les jeunes, réduirait l'incidence de diabète juvénile et de la maladie de Crohn. Cette réduction de la morbidité a un impact significatif sur les coûts de santé.

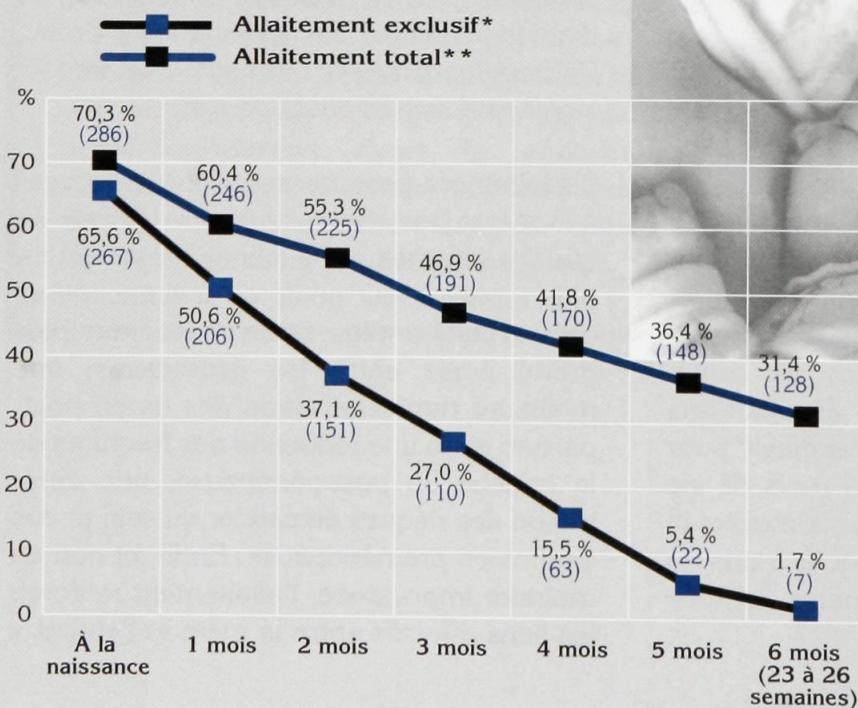
L'allaitement procure aussi des avantages à la mère. Des études récentes démontrent que les femmes qui allaitent ont un retour plus rapide à leur poids de préconception, une ovulation plus tardive avec un plus grand écart entre les grossesses, une meilleure reminéralisation des os en post-partum avec une réduction des fractures de la hanche en postménopause, une diminution des risques de cancer du sein et des ovaires en préménopause. Enfin, et non de moindre importance, l'allaitement renforce les liens affectifs entre la mère et l'enfant.

## Allaitement maternel : un portrait régional

En février 1999, la Direction de la santé publique a réalisé une étude sur les modes d'alimentation du nourrisson auprès de 407 femmes ayant donné naissance à un enfant en août 1998. Cette section décrit quelques résultats obtenus (tableaux complémentaires à l'annexe 4). On constate un taux d'allaitement total de 70,3 % à la naissance et respectivement de 46,9 % et de 31,4 % au troisième et au sixième mois de vie de l'enfant (figure 17). Ces pourcentages sont supérieurs à ceux d'une étude provinciale réalisée en 1994 auprès de femmes primipares. La comparaison avec les Priorités nationales de santé publique révèle l'atteinte de l'objectif du sixième mois.

La cohabitation 24 heures par jour pendant le séjour hospitalier demeure la pierre angulaire des conditions de succès pour l'allaitement maternel. Dans l'étude précitée, même si presque toutes les mères disent cohabiter, seulement 16,7 % gardent leur bébé avec elles jour et nuit par rapport à la norme de 80 % fixée par le programme « Hôpital Ami des bébés ». L'organisation actuelle des soins basés sur un système de pouponnière est une barrière à l'atteinte de cet objectif. Pour favoriser la cohabitation, le personnel des hôpitaux doit centrer leur approche à la famille tout en offrant des chambres qui respectent l'intimité familiale. L'aménagement prochain du Centre mère-enfant à Québec devient une occasion unique d'organiser des lieux physiques qui facilitent l'atteinte de cette condition.

**Figure 17**  
Distribution de l'allaitement maternel exclusif et total en fonction de la durée, région de Québec, 1999



\* Allaitement exclusif : allaitement sans complément d'aliments liquides (eau, eau sucrée, jus, préparations lactées, autres laits) ou solides (céréales, purées)

\*\* Allaitement total : allaitement avec complément d'aliments liquides (eau, eau sucrée, jus, préparations lactées, autres laits) ou solides (céréales, purées)

Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>30</sup>



Il y a encore beaucoup de travail pour atteindre certains objectifs proposés dans les Priorités nationales de santé publique, soit d'augmenter à 80 % l'allaitement maternel à l'hôpital et à 60 % au troisième mois de vie de l'enfant. Un soutien adéquat aux mères et aux membres de la famille s'avère alors essentiel. Toutefois, on peut souligner que le Comité régional sur l'allaitement contribue, par diverses interventions identifiées dans son plan d'action, au développement d'une véritable culture de l'allaitement maternel. Une des stratégies

privilegiées par ce comité de travail s'inscrit dans la foulée du programme « Hôpitaux amis des bébés ». À cet égard, l'Hôpital St-François d'Assise du CHUQ a annoncé publiquement en 1997 son intention de s'inscrire à ce programme. Par ailleurs, les trois centres hospitaliers accoucheurs de la région ont mis sur pied des comités de promotion de l'allaitement et ont amorcé l'adoption de certains articles du « Code de commercialisation des substituts du lait maternel » de l'OMS.

### **PROGRAMME « HÔPITAL AMI DES BÉBÉS »**

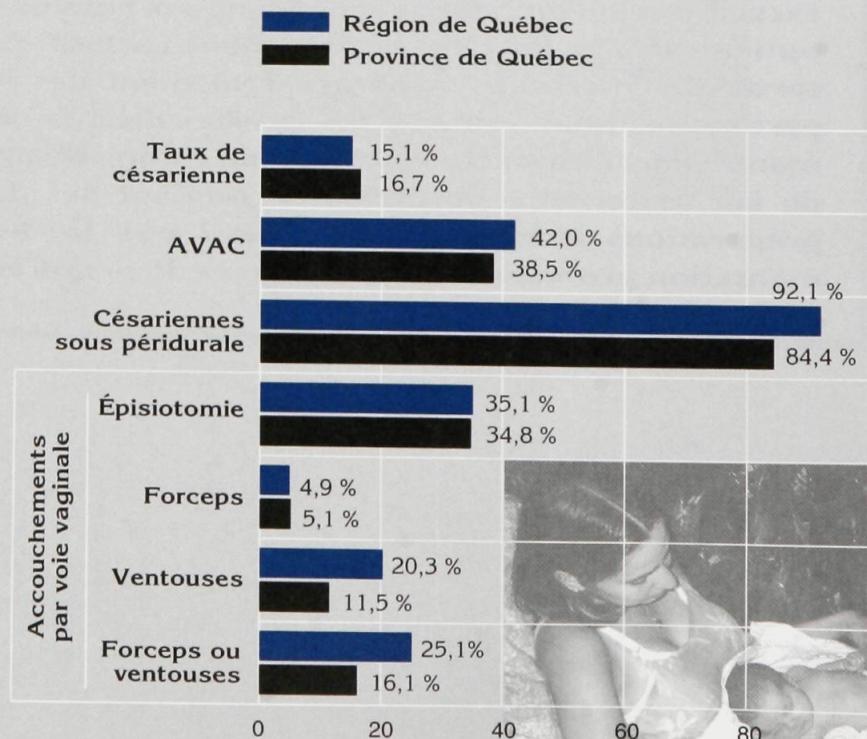
**Ce programme a été lancé en 1991 par l'OMS et l'UNICEF pour promouvoir, encourager et soutenir l'allaitement maternel. L'accréditation à ce programme certifie qu'un hôpital ou qu'une maison des naissances remplit les conditions pour assurer le succès de l'allaitement. À cette fin, l'établissement se donne une politique d'allaitement écrite et assure la formation du personnel pour la mettre en œuvre. Il favorise la cohabitation 24 heures par jour mère-enfant ainsi que l'initiation de l'allaitement tôt après la naissance de façon exclusive selon un rythme répondant aux besoins de l'enfant. L'établissement atteint un taux d'allaitement exclusif d'au moins 75 % à la sortie des mères. Il encourage également des liens avec les autres partenaires pour soutenir les familles dans la poursuite de l'allaitement. Enfin, il respecte le « Code de commercialisation des substituts du lait maternel » de l'OMS en refusant des dons monétaires, des préparations lactées gratuites ainsi que la distribution de documentation provenant des compagnies de préparations lactées.**

## CONDITIONS FAVORABLES À LA FAMILLE LORS DE LA PÉRIODE PÉRINATALE

On ne peut terminer un chapitre sur la grossesse et la naissance sans aborder les conditions favorables à la famille lors de la période périnatale. L'ensemble des services offerts doit favoriser l'intégration du nouveau-né dans sa famille, permettre à ses membres de participer activement au processus de la naissance et vivre cette expérience dans une ambiance sécurisante et chaleureuse. Ainsi, la mise en place ou la consolidation d'une approche de soins intégrés devrait s'inscrire dans les pratiques professionnelles. **Dans une perspective de respect, il devient important de permettre aux couples et aux familles d'avoir la possibilité de faire des choix tant sur le lieu que sur le type d'approche privilégiée pour vivre ce moment particulier.** La grossesse doit être également considérée comme un acte normal et naturel permettant d'éviter le plus possible des interventions.

À cet égard, la Politique de périnatalité prévoyait des objectifs liés aux interventions réalisées en obstétrique. Des statistiques divulguées récemment permettent de faire certains constats en ce sens. Ainsi, dans la figure 18, on observe que pour 1997-1998, le taux de césarienne dans la région s'avère légèrement inférieur à la moyenne provinciale mais la plupart d'entre elles sont effectuées sous péridurale, dépassant alors le taux observé dans la province. Par contre, le recours à l'accouchement vaginal après une césarienne (AVAC) est devenu une pratique assez fréquente dans notre région et demeure légèrement au-dessus du pourcentage noté au Québec. En ce qui concerne l'épisiotomie, la performance régionale est comparable à celle de la province. Enfin, une femme sur quatre a vécu un accouchement avec utilisation de forceps ou de ventouses, ce qui est supérieur à la moyenne provinciale.

**Figure 18**  
Interventions obstétricales pour la région de Québec et la province, 1997-1998



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999 <sup>88</sup>



Si l'on considère que la Politique de périnatalité proposait une diminution du taux de césarienne à 12 %-15 % et celui de l'épisiotomie à 20 %, on peut constater que les efforts doivent se poursuivre afin d'atteindre ces objectifs. L'application des forceps ou ventouses devrait également faire l'objet d'une attention particulière compte tenu que 25 % des femmes qui accouchent à Québec subissent cette intervention.

La philosophie d'intervention entourant la période périnatale doit permettre l'établissement précoce d'une relation privilégiée parents-enfant lors de l'accouchement et de la période postnatale. Le développement de liens dès la naissance est un fac-

teur positif en matière de prévention, notamment en ce qui concerne l'abus, la négligence et la violence faite aux enfants, leur développement ainsi que le maintien de leur santé. L'ensemble des aménagements physiques ainsi que les pratiques professionnelles, tels que la cohabitation et l'implication du père, doivent permettre aux parents de vivre intensément ce moment de vie, soit la naissance de leur enfant.



## **SOUTIEN AUX FAMILLES EN PÉRIODE POSTNATALE**

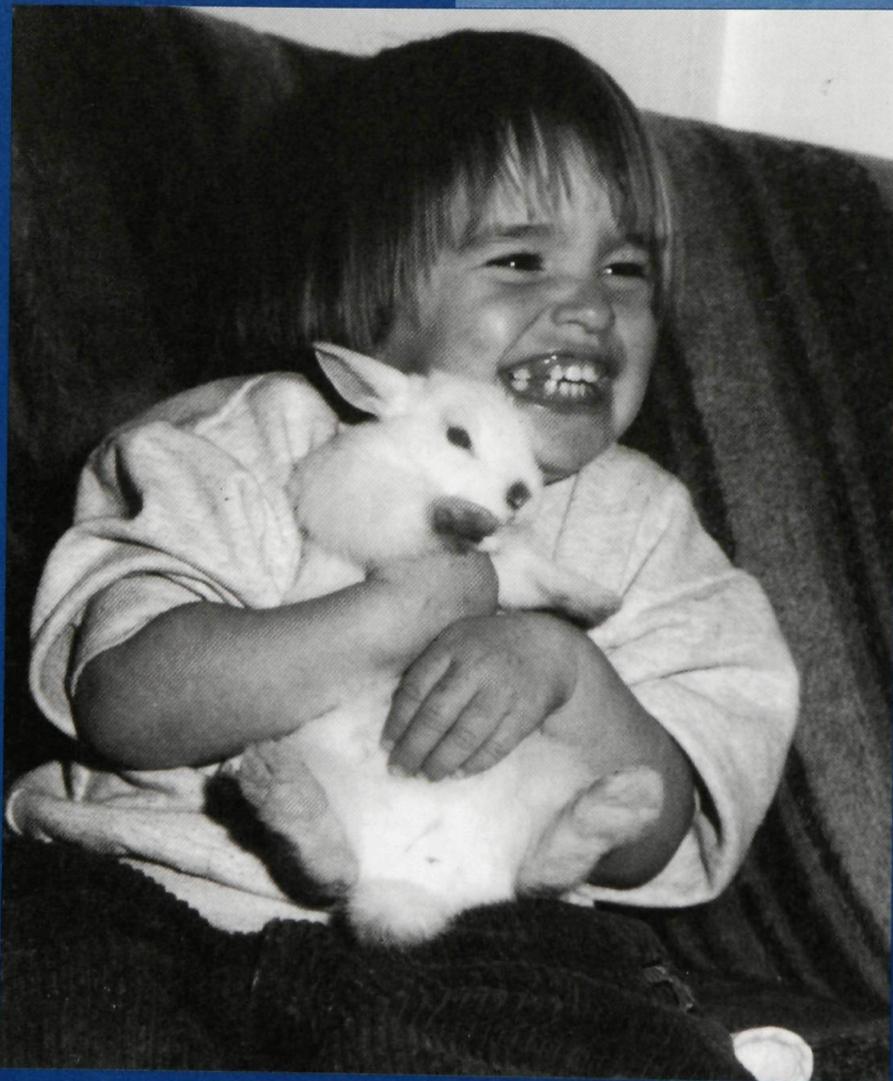
Un soutien tangible entourant les périodes pré-per-postnatale demeure également une stratégie à privilégier dans une optique de renforcement des habilités parentales. L'intensification des liens en période postnatale entre les centres hospitaliers et la communauté, plus spécifiquement avec les CLSC, s'avère un élément majeur pour assurer la continuité et la complémentarité dans les services dispensés à cette population, surtout lors de la présence de difficultés particulières pour l'enfant. L'envoi du formulaire de continuité de soins avec l'avis de naissance par les centres hospitaliers en CLSC, demeure une étape importante en ce sens. La visite à domicile qui était offerte par les CLSC une quinzaine de jours après le retour à la maison est maintenant effectuée de façon systématique, et ce, depuis le virage ambulatoire, un à trois jours après la sortie de l'hôpital. Cette intervention reconnue efficace s'avère alors un moyen privilégié pour prendre contact rapidement avec les nouvelles familles et leur offrir des services mieux adaptés à leurs besoins.

De plus, les parents peuvent compter sur un guide pratique conçu pour eux, le livre « Mieux vivre avec son enfant », qui est devenu un outil de base en périnatalité pour le Québec. Ce guide, qui vise la clientèle des parents des enfants 0-2 ans, est distribué gratuitement aux nouvelles mamans principalement par les centres hospitaliers. Les objectifs poursuivis sont de répondre adéquatement aux préoccupations quotidiennes des parents, de renforcer leurs compétences ainsi que leur confiance en eux-mêmes. Il veut également faciliter l'harmonisation de l'information transmise aux parents par les intervenantes. Cet outil demeure apprécié des parents puisque, selon un sondage effectué en février 1999 dans la région, 91 % des mères interrogées mentionnent qu'elles le consultent souvent.

## LES DÉFIS

- Prioriser l'allocation des ressources disponibles afin de mettre en place, dans tous les CLSC, des programmes visant des interventions intensives et continues de type « Naître égaux, Grandir en santé », dans le but de soutenir les clientèles vulnérables, telles que les adolescentes enceintes et les mères toxicomanes.
- Consolider ou développer des activités de nature préventive liées principalement aux habitudes et conditions de vie afin de contrer certains problèmes, particulièrement la prématurité, l'insuffisance de poids à la naissance et l'abus, la négligence et la violence.
- Poursuivre les efforts pour augmenter le taux d'allaitement maternel et pour soutenir la mise en place de pratiques favorisant ce type d'alimentation par l'adoption d'une politique régionale.
- Développer précocement l'établissement du lien parents-enfant en centre hospitalier par la mise en place de conditions favorables à la famille lors de la période périnatale, notamment par l'implication des pères.

# 3 Problèmes de développement et déficiences



*« Donner à chaque enfant du Québec les conditions propres à assurer son développement à son plein potentiel, et ceci dès les tout premiers moments de sa vie, s'est imposé comme la façon la plus inspirante de prévenir les problèmes graves chez les jeunes. »*

*Un Québec fou de ses enfants, 1991 - p.18*

Au-delà de la croissance physique, le développement de l'enfant concerne les dimensions affective, cognitive et sociale. Les interactions multiples entre ces quatre dimensions en font un concept complexe. Le développement est tributaire des caractéristiques de l'enfant, de la relation avec ses parents et des différents aspects de l'environnement physique et socio-économique.

L'enfant est en situation de vulnérabilité développementale lorsque son intégrité physique est atteinte (prématurité, anomalies congénitales, etc.) ou lorsque la qualité de son environnement est compromise. D'autres facteurs sont associés aux difficultés développementales, soit la pauvreté, la monoparentalité, l'isolement social, la violence conjugale, une mère jeune et peu scolarisée, une famille aux prises avec des événements stressants, tels que des maladies aiguës ou chroniques.

Le développement est aussi le résultat de l'interaction entre l'enfant et son entourage dans un processus dynamique à travers le temps. Lorsque le développement est compromis à la période périnatale, les retards encourus sont encore manifestes à la petite enfance. Les difficultés d'adaptation à l'école primaire et les difficultés d'apprentissage pourront, à l'adolescence, mener à l'échec et au décrochage scolaire, possiblement à la délinquance et à des problèmes de santé mentale. L'adulte aura une confiance limitée en soi et un faible désir de réalisation. Au moment de fonder une nouvelle famille, on retrouvera les mêmes facteurs qui influenceront négativement le développement de l'enfant à venir : c'est l'effet transgénérationnel.

Cette section aborde, dans un premier temps, les besoins de l'enfant et de la famille. Viennent ensuite les troubles du développement et du comportement suivis des déficiences physiques et intellectuelles. En dernier lieu, les conditions favorisant le développement de l'enfant sont identifiées.

## BESOINS DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE

### Besoins du jeune enfant

Pour se développer de façon optimale, tous les jeunes enfants ont besoin d'un milieu familial favorable répondant aux exigences liées à chacune des sphères du développement :

- **Le développement physique** : le jeune enfant a besoin d'une alimentation saine, de repos, d'exercices, d'un milieu familial et d'un environnement immédiat stimulant et sécuritaire.
- **Le développement affectif et social** : il doit se sentir en sécurité, aimé et être en relation avec d'autres personnes lui permettant l'apprentissage de la socialisation; tout en ayant un encadrement, il a également besoin de vivre des succès pour développer une bonne estime de lui-même.
- **Le développement cognitif** : l'acquisition de différents apprentissages en fonction de son âge demeure essentielle.

### Besoins des parents

En vue d'offrir un milieu familial favorable au développement de l'enfant, les parents doivent être soutenus dans la réponse aux besoins essentiels de base et socio-affectifs ainsi que ceux liés aux connaissances et habilités parentales :

- **Les besoins de base** : cette notion réfère principalement au logement, à l'alimentation et à l'emploi; les liens avec la communauté sont indispensables pour combler certaines nécessités matérielles.
- **Les besoins socio-affectifs** : pour être de bons parents, ceux-ci doivent aussi se réaliser comme personne et comme couple. Dans l'accomplissement de ce rôle, des besoins de soutien et d'accompagnement peuvent se manifester. La

formation de liens d'attachement demeure tout aussi importante pour les parents que pour l'enfant.

- **Les besoins liés aux connaissances et aux habiletés parentales** : ces besoins peuvent se rapporter au développement de moyens qui permettent de résoudre des problèmes, d'exercer adéquatement l'autorité parentale et d'intervenir efficacement face aux manifestations d'agressivité. D'autres besoins sont davantage en lien avec le développement d'une approche favorisant l'acquisition des apprentissages, à la connaissance des phases du développement de leur enfant ainsi qu'aux ressources de l'environnement susceptibles de les soutenir.

## TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT

On définit les troubles du développement comme une perturbation de l'acquisition des capacités cognitives, du langage, de l'habileté motrice ou des conduites sociales. Chez le nourrisson, on considère en plus les troubles de l'attachement. En ce qui concerne le jeune enfant, on peut mieux cerner l'ensemble des difficultés sous deux catégories : les troubles spécifiques du développement et les troubles du comportement. La déficience intellectuelle et l'autisme font partie des troubles du développement. On estime que 10 % à 15 % des enfants québécois d'âge préscolaire présenteraient un retard dans l'une ou l'autre des dimensions du développement. Ces difficultés seraient d'ailleurs des précurseurs de problèmes psychosociaux.

## Troubles spécifiques du développement

Les troubles spécifiques du développement regroupent des troubles caractérisés par une perturbation du développement des aptitudes dans un domaine particulier (performances motrices, langage et parole, acquisitions scolaires). Il se pourrait que diverses atteintes néonatales prédisposent aux troubles spécifiques du développement, lesquels seraient de deux à quatre fois plus fréquents chez les garçons que chez les filles.

### *Troubles du langage et de la communication*

**Les enfants présentant des problèmes de langage et de communication sont plus nombreux à vivre des difficultés dans leurs relations avec les autres. La présence de tels problèmes à la période préscolaire est étroitement associée aux difficultés d'apprentissage à l'école et à leurs conséquences néfastes sur la réussite scolaire et sur l'adaptation sociale des enfants.** On note aussi des troubles du comportement (hyperactivité, opposition, anxiété). Les enfants issus de familles ayant un faible niveau socio-économique sont plus souvent atteints, soit par manque de stimulation ou en raison de la pauvreté du langage auquel ils sont exposés. Par ailleurs, le retard de langage est noté chez les enfants souffrant de surdité congénitale et, dans certains cas, d'otites moyennes récidivantes. D'autres problèmes, tels l'infirmité motrice cérébrale, l'autisme ou la déficience intellectuelle peuvent être associés aux difficultés d'acquisition du langage et de la communication.

Dans la littérature, on estime qu'environ 15 % des enfants âgés de zéro à cinq ans présentent des problèmes de langage et de communication mais c'est 3 % à 5 % de la population infantile qui souffre de difficultés sévères. Le faible niveau socio-écono-

mique étant associé aux problèmes de développement de l'enfant en général et aux troubles du langage en particulier, les enfants susceptibles devraient être en plus grand nombre sur le territoire de Québec-Centre.

Les travaux réalisés dans la région de Québec à l'occasion de l'élaboration du Plan régional d'organisation des services en déficience physique (PROS) en 1997 et du développement d'un modèle d'organisation des services en orthophonie en

CLSC en 1998 ont mis en évidence des lacunes importantes. On a noté des problèmes majeurs d'accès aux services cliniques de traitement provoquant des délais pouvant atteindre deux ans et l'absence d'action de nature préventive, particulièrement auprès des populations vulnérables qui ne consultent que peu ou pas auprès des services en milieu hospitalier. Dans cette perspective, des fonds spéciaux ont permis l'arrivée d'orthophonistes dans tous les CLSC, au moins à demi-temps.

## **PROGRAMME D'INTERVENTION PRÉCOCE ET DE PRÉVENTION DES PROBLÈMES DE LANGAGE ET DE COMMUNICATION**

**Ce programme permet d'offrir des services préventifs aux enfants de trois ans et moins et à leur famille, dans leur milieu de vie. Il s'agit d'informer et de soutenir les parents et les intervenantes des centres de la petite enfance, des organismes communautaires et des CLSC sur le développement du langage et les façons de le stimuler. Des activités particulières pour rejoindre les enfants de familles plus défavorisées sont prévues. Des services d'évaluation et de traitements orthophoniques sont également disponibles pour ceux qui les requièrent.**

**Éventuellement, avec l'ajout des ressources nécessaires, les CLSC devraient pouvoir rejoindre les enfants âgés de quatre et cinq ans et devenir la principale porte d'entrée pour les services orthophoniques.**

Par ailleurs, dans une perspective de soutien aux parents, des programmes de stimulation infantile précoce font partie des activités à offrir aux familles particulièrement celles vivant en milieu défavorisé. Des expériences ont démontré la pertinence de ces programmes afin de réduire les inégalités observées entre les enfants de ces milieux et ceux provenant des milieux plus favorisés au regard des chances de réussite scolaire. Les éducatrices oeuvrant auprès de la petite enfance sont très sensibles à l'importance de cette intervention qualifiée d'efficace. De nombreuses activités sont réalisées dans la région, tant dans les centres de la petite enfance que dans les centres de réadaptation pour une clientèle ayant des besoins particuliers.

Les efforts des centres de la petite enfance (CPE) pour favoriser le développement des enfants ont donné naissance à un programme éducatif « Jouer c'est magique ». C'est en fait une adaptation au contexte québécois d'un programme américain, le « High Scope Educational Approach », développé à l'intérieur du « High Scope Perry Preschool Project ». Le ministère de la Famille et de l'Enfance a reconnu ce programme depuis 1997 et son implantation a été recommandée dans tous les centres de la petite enfance. Il est utilisé dans son intégralité dans plusieurs centres dont ceux des milieux défavorisés et progressivement dans la grande majorité des CPE de la région. Toutefois, on ignore l'accessibilité réelle des enfants des milieux de grande pauvreté à ce programme. Les ressources familles peuvent jouer, à cet égard, un rôle important dans la transition entre le milieu familial et le CPE.

### **PROGRAMME « JOUER, C'EST MAGIQUE »**

«Jouer, c'est magique» est un programme favorisant le développement global des enfants, tant au niveau intellectuel, de la motricité, de la représentation créative, du langage, de l'écriture et de la lecture que les aspects socio-affectifs et moraux. Il est enrichi de trois volets particuliers : la communication et les relations avec les parents, le développement et la stimulation du langage, l'acquisition de comportements sociaux acceptables. Soulignons également que ce programme a d'abord été conçu pour intervenir précocement auprès des enfants issus des milieux défavorisés.

Une évaluation partielle a montré que ce programme aide au développement des habilités sociales, garantes d'une meilleure adaptation au milieu scolaire. L'expérience américaine a démontré que les enfants ayant participé au projet présentaient de meilleurs résultats académiques au primaire, un développement plus positif de l'estime de soi, moins de décrochage scolaire, de grossesses à l'adolescence ou de démêlés avec la justice et une meilleure adaptation au marché du travail.

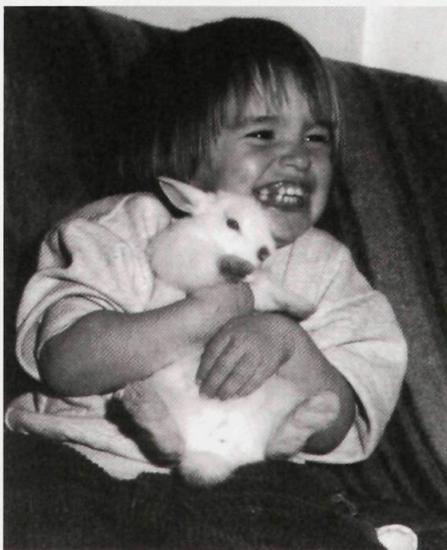
## TROUBLES DU COMPORTEMENT

Les troubles du comportement se distinguent selon qu'ils sont intériorisés ou extériorisés. Les troubles dépressifs et les troubles anxieux sont dits intériorisés; chez le jeune enfant, on reconnaît plus facilement les troubles anxieux, soit la phobie simple et l'angoisse de séparation. Les troubles liés au comportement perturbateur sont dits extériorisés. Chez l'enfant d'âge préscolaire, on retrouve surtout les troubles d'opposition, dont les comportements violents, ainsi que l'hyperactivité avec déficit de l'attention.

De façon générale, on note que depuis quelques années, le nombre d'enfants présentant des troubles du comportement serait plus élevé dans les centres de la petite enfance. Il se pourrait que l'utilisation accrue des CPE comme milieu éducatif adapté pour ces enfants par les CLSC, la Direction de la protection de la jeunesse et les centres de réadaptation en soit en partie responsable. La politique familiale qui favorise financièrement l'accès aux CPE par les places à 5 \$ et l'accès gratuit sur référence, pourrait aussi y avoir contribué. Par ailleurs, la disponibilité d'un service de soutien pour les éducatrices a fait en sorte que la capacité d'accueil des CPE envers les enfants ayant des besoins particuliers s'est accrue. Des liens de collaboration établis avec les CLSC permettent en effet de les soutenir tout en assurant la référence et le suivi nécessaires aux clientèles vivant des difficultés particulières.

Les enfants présentant des troubles du comportement peuvent montrer un certain retard dans différentes sphères du développement. Ils tentent de résoudre les difficultés de communication et de relation qui en résultent avec leurs pairs ou avec les adultes par un comportement opposant, parfois agressif ou violent. Les parents sont souvent confrontés pour la première fois au problème que l'on soupçonne chez leur enfant et il peut être difficile de l'accepter, de consulter et d'y remédier.

La plupart de ces enfants bénéficient du Service d'aide à l'enfant dans son milieu (SAEM). Certains cas sont plus sévères et nécessitent une évaluation et un suivi en pédopsychiatrie. Lorsque les difficultés comportementales sont associées à des déficiences physiques et intellectuelles, le centre de réadaptation concerné offre le soutien nécessaire à l'éducatrice pour faciliter l'intégration de l'enfant dans un milieu éducatif stimulant. Récemment, la Régie régionale et le Regroupement des CPE ont mis sur pied un programme d'accompagnement pour l'enfant qui a besoin de la présence soutenue d'une éducatrice.



## SERVICE D'AIDE À L'ENFANT DANS SON MILIEU (SAEM)

Ce service est offert par des professionnelles dans tous les CLSC de la région, le plus souvent des psychoéducatrices, afin d'apporter un soutien à l'éducatrice du CPE dans le but de mieux répondre aux besoins particuliers de l'enfant. Une intervention peut être réalisée directement auprès de lui ou de sa famille. La plupart des problèmes de comportements légers ou modérés sont traités dans le cadre du programme. Pour les cas plus sévères, les professionnelles de SAEM réfèrent au médecin de famille, au pédopsychiatre ou à l'orthophoniste. Les enfants ayant des besoins qui excèdent les capacités d'intervention de SAEM peuvent avoir plus de difficultés à obtenir les services auxquels ils ont droit, soit en raison de la réticence des parents ou d'un accès restreint aux services spécialisés.

### Comportements agressifs

Le recours à l'agression physique est une manifestation usuelle chez les petits enfants, débutant vers neuf mois et atteignant son point culminant entre 24 et 27 mois. Les manifestations agressives et l'usage de comportements violents chez les tout-petits lorsqu'ils sont contrariés seraient présents chez 53 % des garçons et 41 % des filles. Vers l'âge de trois ans, principalement grâce aux réactions des adultes les entourant, la plupart des enfants apprennent à utiliser d'autres stratégies plus acceptables socialement que l'agression physique. On estime entre 3 % et 15 % le nombre d'enfants d'âge préscolaire qui ont un comportement agressif et antisocial. La prévalence serait plus élevée chez ceux vivant en milieu défavorisé.

Toutefois, un certain nombre d'entre eux présentent toujours des comportements perturbateurs après leur entrée à l'école. Il s'agit généralement d'enfants qui risquent le plus d'être rejetés par leurs pairs, d'avoir des échecs scolaires et de développer des comportements antisociaux. Les jeunes de quatre et cinq ans, issus de milieux défavorisés, sont maintenant rejoints dans les classes de maternelle par l'intermédiaire d'un programme favorisant le développement des habiletés sociales, soit Fluppy. L'intervention a été expérimentée et évaluée par des chercheurs montréalais dans des écoles de secteurs plus défavorisés. Par rapport à un groupe témoin, les enfants ayant participé au programme présentaient une meilleure réussite scolaire au primaire et, à l'âge de douze ans, moins de comportements agressifs ou de troubles sérieux d'adaptation.

## **PROGRAMME D'INTERVENTION SUR LE DÉVELOPPEMENT DES HABILITÉS SOCIALES (FLUPPY)**

Le programme Fluppy permet l'identification des enfants de la maternelle présentant des troubles du comportement tout en assurant une intervention précoce. Fluppy, un petit chien-marionnette, est le personnage principal : il accueille les enfants, leur pose des questions, réagit à leurs propositions et leur enseigne les comportements sociaux attendus. Il est accompagné de 11 amis-marionnettes. Le programme vise l'apprentissage des habilités sociales, le contrôle de soi, la communication de ses émotions, la résolution de problèmes interpersonnels de même que l'apprentissage de comportements observés fréquemment chez les enfants compétents socialement. L'intervention en classe se poursuit dans les familles pour les enfants chez qui on a identifié un problème. On aide ainsi les parents à bien observer le comportement de leur enfant, à renforcer les aspects positifs et à décourager les attitudes négatives; on vise de plus à stimuler les interactions parents-enfants. L'intervenante, qui fait également le suivi familial à domicile, apporte son soutien à l'enseignante.

Le suivi prévu dans les familles des enfants présentant des comportements violents ne se fait pas aussi aisément que l'animation en classe. Deux difficultés majeures sont rencontrées : premièrement, les CLSC n'ont pas les ressources nécessaires pour assumer l'ensemble des rencontres prévues en milieu familial et, deuxièmement, des stratégies particulières sont à développer pour rejoindre certaines familles réticentes.

## **DÉFICIENCES PHYSIQUES ET INTELLECTUELLES**

Afin de bien s'entendre sur la terminologie utilisée dans cette section, il s'avère pertinent de préciser les concepts de déficience, d'incapacité et de handicaps. Pour ce faire, le modèle de production des handicaps, tel que défini dans le Plan régional d'organisation de services (PROS) en déficience physique et qui sert de cadre de référence dans la région, permet de mieux préciser ces notions. C'est ainsi que ce modèle part

du principe que «les maladies, traumatismes ou anomalies peuvent causer des déficiences et entraîner des incapacités temporaires ou permanentes de nature stable, progressive ou régressive». Pour leur part, les situations de handicaps sont provoquées par la présence des «différents obstacles rencontrés dans l'environnement qui, en interaction avec les incapacités de la personne, pourront perturber ses habitudes de vie, compromettre l'accomplissement de ses rôles sociaux ».

La fréquence globale de la déficience intellectuelle, en termes de prévalence, se situe entre 2 % et 3 % de la population totale. Selon les recherches rendues disponibles par l'Association canadienne pour l'intégration communautaire, 2,6 % de la population est atteinte de déficience légère, 0,21 % de déficience moyenne et 0,15 % de déficience dite sévère et profonde. Concernant la déficience physique, on a estimé, à partir des données de l'Enquête sur la santé et la limitation d'activités (ESLA), que 12 % de la population de la région de Québec présente des incapacités. Pour les 0-14 ans, on évalue que 700 jeunes ont une incapacité modérée ou sévère.

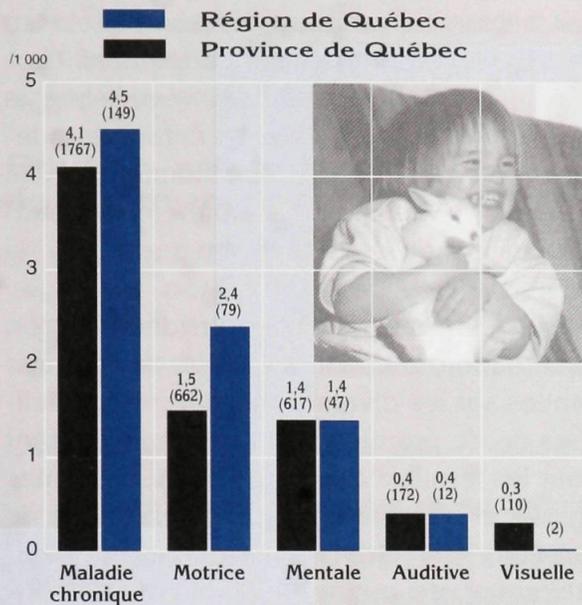
Les données émises par la Régie des rentes du Québec (RRQ) permettent de constater que le taux de prévalence des enfants handicapés de 0-4 ans, en 1998, est de 8,8/1 000 pour la région comparativement à 7,7/1 000 pour la province. Concrètement, le nombre d'enfants 0-4 ans reconnus handicapés pour la région de Québec, entre 1995-1998, se situe à 325 en moyenne par année. Les handicaps retrouvés chez les moins de 5 ans réfèrent, pour la RRQ, à des problèmes au niveau auditif, moteur, visuel, mental et autres maladies chroniques. Précisions ici que la RRQ utilise la notion de déficience mentale. Cette catégorie comprend les éléments suivants : retard psychomoteur, déficience mentale, troubles cognitifs et du langage, hyperactivité et déficience d'attention, troubles envahissants du développement et enfin, autres problèmes psychiatriques.

Les problèmes les plus fréquents, en termes de nombre et de prévalence, sont ceux liés aux maladies chroniques dont les principales sont l'asthme, le diabète insulino-

dépendant, la fibrose kystique, les malformations cardiaques congénitales, la leucémie et l'épilepsie. On constate que le taux observé pour cette catégorie, en 1998, est de 4,5/1 000, représentant 149 enfants, ce qui est comparable au taux qui prévaut dans l'ensemble du Québec (4,1/1 000). Par contre, on doit souligner une diminution importante de ce taux, tant au niveau régional que provincial, entre 1995 et 1998. Ainsi, pour notre région, le nombre d'enfants inscrits au fichier de l'allocation pour enfants handicapés en lien avec les maladies chroniques, en 1995, était de 271 pour un taux de 7,5 /1 000. Les informations recueillies auprès de la Régie des rentes ont permis de constater que de nouvelles modalités concernant la classification interne ainsi que l'émission de certaines règles relatives à l'admissibilité ont été mises en place depuis 1996. Compte tenu que ces règlements s'avèrent plus serrés, on peut se demander si les familles ayant des enfants touchés par des maladies chroniques qualifiées de non sévères par cette instance ne se retrouvent pas dans une situation davantage difficile à vivre, du moins au niveau financier.

Le figure 19 exprime les taux pour l'ensemble de ces problématiques. Pour notre région, le nombre de personnes touchées en 1998, pour chacune des catégories à l'exclusion des maladies chroniques, s'avère relativement petit variant entre 2 et 79 enfants, les handicapés visuels étant les moins nombreux. Enfin, signalons que la présence de la multidéficience demeure une problématique extrêmement complexe en matière d'organisation de services pour répondre aux besoins.

**Figure 19**  
**Taux de prévalence et nombre d'enfants**  
**handicapés, région et ensemble du Québec,**  
**1998**



Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>34</sup>

### Données liées à la dispensation des services

Un état de situation réalisé en 1997, dans le cadre de l'élaboration du Plan d'organisation des services aux personnes autistes, à leur famille et à leurs proches permet d'estimer, de façon minimale, à 252 le nombre de personnes autistes et présentant des troubles envahissants du développement (TED). En ce qui concerne la clientèle jeune, 16 enfants de 3 et 4 ans et 82 jeunes de 5 à 12 ans recevaient des services.

En 1998-1999, le Centre de réadaptation La Triade a rejoint 60 jeunes âgés entre 0-5 ans. Pour sa part, les Services Barbara Rourke ont dispensé des services communautaires à 44 enfants de 0-5 ans. Ces établissements offrent des services de réadaptation en milieu ouvert, notamment la stimulation précoce dans le milieu de vie de l'enfant de même que du soutien à l'intégration.

Concernant les services dispensés par l'Institut de réadaptation en déficience

physique de Québec (IRDPQ), ce centre a identifié 1 950 clients actifs dans le programme enfants-adolescents au 1<sup>er</sup> avril 1998 et 1 978 jeunes au 1<sup>er</sup> avril 1999. Une pression se fait particulièrement sentir pour la dispensation de services liés à la déficience motrice et à la dysphasie.

### Causes et conséquences des déficiences

Tel que mentionné précédemment, la présence de certaines maladies, traumatismes ou anomalies congénitales peuvent causer des déficiences tant physiques qu'intellectuelles. Les causes de ces anomalies demeurent souvent inconnues ( $\pm 70\%$ ) bien que l'on pense que plusieurs d'entre elles soient d'origine multifactorielle. Des causes génétiques seraient responsables dans 25 % des cas tandis que des facteurs reliés aux conditions de grossesse viennent compléter ce tableau. La prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance demeurent des causes reconnues comme importantes, celles-ci pouvant laisser des séquelles extrêmement pénibles, notamment au niveau du développement de l'enfant, entraînant des répercussions sur toute la famille.

**Il est bien évident que l'annonce d'un diagnostic identifiant une déficience, tant à la naissance qu'en cours de croissance de l'enfant, génère des bouleversements majeurs au niveau de la vie familiale;** ceux-ci peuvent devenir encore plus importants selon les stratégies utilisées lors de l'annonce de ce diagnostic. Cette situation peut entraîner une grande détresse familiale et, par conséquent, une période d'adaptation est nécessaire. Un soutien qui répond adéquatement aux besoins demeure donc essentiel, soutien qui évolue tout au long de la croissance de l'enfant. D'ailleurs, il est bien reconnu que la présence d'une déficience chez un enfant peut amener ou accentuer des problèmes d'ordre familial.

Il faut également mentionner que les conséquences de ces déficiences peuvent être différentes selon la nature du problème. Ainsi, une déficience auditive amène une contrainte importante au niveau du développement de la communication et sur divers apprentissages liés à l'enfance. La déficience motrice, comme la déficience intellectuelle, entraînent toutes deux des retards au niveau du développement global de l'enfant, mais pour des raisons qui sont très différentes. Chose certaine, ces familles ont besoin de services spécifiques, notamment une information adéquate sur la déficience de l'enfant, des références vers des ressources appropriées ainsi que du répit-dépannage.

Dans un tel contexte où les conséquences s'avèrent sérieuses, un diagnostic précoce et une référence rapide des enfants présentant des difficultés deviennent des éléments majeurs dans l'évolution du problème. **Des interventions effectuées tôt, telles que la stimulation précoce, permettent alors de mieux contrer les retards de développement à divers niveaux (perceptif, cognitif, moteur, langagier).** De plus, on convient que les familles avec un enfant ayant une déficience même légère et vivant en milieu plus défavorisé, devraient faire l'objet d'une attention particulière. Ainsi donc, des stratégies éducatives spécifiques mises en place rapidement dans le processus permettent à ces enfants de développer leur potentiel, facilitant ainsi leur autonomie et leur intégration dans la société.

À cet égard, certaines difficultés ont été mentionnées par les professionnelles impliquées auprès de ces clientèles lors des consultations effectuées au printemps 1999. Ainsi, des délais sont observés tant pour l'identification de la clientèle ayant des besoins particuliers que pour la référence. De plus, des améliorations semblent souhaitables en ce qui concerne l'annonce du diagnostic aux parents à la naissance ou

dans les premières années de vie de l'enfant afin d'éviter que ceux-ci ne se retrouvent désarmés devant une telle situation.

Par ailleurs, d'autres professionnelles ont partagé leurs inquiétudes concernant l'importance des conséquences vécues par la famille lors de la venue d'un enfant grandement prématuré. Un questionnement lié aux interventions extraordinaires pour sauver l'enfant a été soulevé.

Parmi les autres problèmes identifiés, on peut d'abord mentionner le peu de connaissances sur les diverses ressources spécialisées ou de première ligne disponibles, tant pour les familles que pour les intervenantes en place. On note également le manque de liens entre ces mêmes ressources et, inévitablement, de continuité et de complémentarité dans les services dispensés. L'impact de ces difficultés rejait sur les familles qui sont alors privées de services adéquats. On souligne aussi des besoins en termes de soutien et de répit-dépannage. De plus, pour les enfants porteurs de multiples problèmes ou sans diagnostic précis, l'accès à des services satisfaisants est beaucoup plus difficile à obtenir.

## **CONDITIONS FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT**

**Le rôle des parents au regard du développement de l'enfant, qu'il soit normal ou handicapé, est fondamental. Du soutien dès la grossesse jusqu'à la fin de l'adolescence demeure sans contredit la stratégie à privilégier.** En outre, un appui accru est reconnu nécessaire pour les familles les plus vulnérables, celles-ci étant les plus difficiles à rejoindre. Dans cette optique, des mesures spécifiques, telles qu'un budget de soutien direct à la famille ont été mises en place dans les CLSC, venant ainsi en aide aux clientèles plus dépourvues. De

façon plus globale, d'autres activités ou programmes déjà initiés dans la région doivent se poursuivre afin d'en arriver effectivement à répondre aux besoins de soutien des parents et ainsi favoriser un développement adéquat de leurs enfants. À ce titre, quatre types d'actions ont été regardés de plus près.

### **Soutien au développement des compétences parentales**

Le renforcement ou le développement des capacités parentales est une stratégie pertinente à implanter. À cet égard, beaucoup d'activités sont mises en place dans

la région, soit sur une base individuelle ou de groupe. À titre d'exemple, mentionnons l'implantation et le suivi du programme Y'APP. Ces activités de soutien, à l'intention des parents, sont offertes, soit dans les organismes communautaires, soit dans les CLSC. Par une intervention précoce auprès de parents d'enfants de moins de cinq ans, le programme Y'APP se situe en prévention de l'abus, de la négligence et de la violence. On souhaite augmenter la compétence parentale, valoriser les parents dans leur rôle, briser leur isolement et créer un réseau d'aide naturelle.

## **PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PARENTALES Y'A PERSONNE DE PARFAIT (Y'APP)**

**Les parents ciblés par ce programme sont ceux ayant des enfants âgés entre 0-5 ans et qui répondent à au moins deux des caractéristiques suivantes : avoir un faible revenu, être âgé de moins de 25 ans, être peu scolarisé, être responsable d'une famille monoparentale ou être isolé socialement, géographiquement ou culturellement. Par leur isolement, ces parents font partie de ce qu'il est convenu d'appeler les clientèles difficiles à rejoindre. Pour recruter des parents et pour développer une relation de confiance, le temps est le principal atout pour les organisations participantes.**

**On propose des sessions d'animation de groupe (10-12 parents) par des personnes spécifiquement formées et travaillant la plupart du temps en tandem. On constate qu'entre cinq à dix rencontres de parents, d'une durée de deux à trois heures, sont nécessaires pour atteindre les objectifs du programme.**

**En application depuis 1989, sous la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux, et depuis 1994, sous la responsabilité de la Direction régionale de la santé publique, le programme Y'APP a rejoint en moyenne 150 parents par année, répartis sur tous les territoires de CLSC. Les parents qui ont participé aux groupes Y'APP se sont montrés très satisfaits des rencontres et du soutien apporté par les animateurs. La plupart des organismes participants maintiennent une forme de liens avec certains parents par un suivi individuel.**

## **Soutien à l'engagement paternel**

La communauté scientifique reconnaît l'importance du rôle du père et du développement précoce d'une relation affective avec son nourrisson. Malgré le peu d'études disponibles, on peut noter que l'absence du père ou l'insuffisance d'interactions peut avoir pour conséquences une faible estime de soi, des syndromes dépressifs et des troubles du comportement. Par ailleurs, une relation chaleureuse de même qu'une participation plus active du père aux soins et à l'éducation de l'enfant peuvent avoir des effets bénéfiques sur son développement cognitif, social et affectif.

L'engagement paternel s'observe à la fois par le temps consacré et la qualité des interactions directes avec les enfants, par la disponibilité du père à l'égard de leurs besoins et, enfin, par les responsabilités assumées à leur éducation ainsi que dans les tâches familiales.

En général, les hommes qui s'engagent pleinement dans leur paternité sont convaincus de l'importance du rôle du père et de leur compétence à exercer ce rôle. La confiance de la mère dans les capacités de son conjoint pour bien s'occuper de leur enfant et son soutien sont tout aussi déterminants. On constate que lorsque la relation de couple est harmonieuse, que la

### **PROGRAMME DE VALORISATION DU RÔLE DU PÈRE ET DE SON ENGAGEMENT**

**Ce programme est en cours d'implantation dans la région. Dans les CLSC, une première étape vise à rendre les services plus accueillants pour les pères et à promouvoir activement leur engagement dans la pratique quotidienne du personnel. Dans chacun des CLSC de la région, on a identifié une dyade d'intervenants, féminin et masculin, convaincus de l'importance de leur rôle. Ils agissent comme agents de changement au sein de leur équipe respective, soulignant l'importance de les considérer comme des parents à part entière. Par ailleurs, des activités de sensibilisation à l'importance du rôle du père sont également offertes à l'ensemble des intervenantes de la région de Québec, notamment le Centre jeunesse, les organismes communautaires, les centres de la petite enfance ainsi que les centres hospitaliers.**

**Dans une prochaine étape, on devra renforcer, implanter et évaluer les interventions susceptibles d'encourager les hommes dans leur engagement parental dès les premières années de vie de l'enfant, tout particulièrement dans les milieux défavorisés.**

conjointe a un emploi rémunéré et de fortes aspirations professionnelles, le père a tendance à s'impliquer davantage. Le soutien du milieu de travail aux rôles parentaux peut également influencer son engagement dans ses responsabilités familiales. Par ailleurs, les pères ayant un faible revenu ou sans emploi, surtout si le chômage est chronique, sont soumis à différentes sources de stress. La précarité financière associée à la détresse psychologique rend les pères de milieux défavorisés plus vulnérables quant à leur engagement auprès de leur enfant.

### **Consolidation des « Ressources familles »**

Les établissements et les ressources communautaires apportent, à leur façon et avec leur spécificité, un soutien aux familles de jeunes enfants. Plusieurs types de services existent dans la région depuis des années. Dans le cadre des Priorités régionales concernant la santé et le bien-être des enfants, l'implantation de nouvelles ressources pour les familles de milieux défavorisés a été soutenue en particulier sur les territoires de Basse-Ville-Limoilou, Duberger-Les-Saules, Vanier, Charlevoix-Est et Portneuf. Il s'agit de : Pignon Bleu, Ressources Familles Maizerets, Centre Ressources Jardin de familles, Ressources Parents Vanier, Maison de la famille de Charlevoix, le C.E.R.F. Volant de Portneuf.

## **RESSOURCES POUR LES FAMILLES**

**Ces ressources pour les familles, issues du milieu, constituent une alternative adaptée pour les familles de milieux défavorisés. On peut y retrouver des ateliers hebdomadaires regroupant parents et enfants, des activités familiales et des périodes consacrées aux droits de visite et aux sorties. D'autres services sont davantage réservés aux parents : groupes de discussion, répit et gardiennage, soutien individuel.**

**En 1998-1999, cinq des six ressources pour les familles ont rejoint 210 parents, en majorité des femmes, et 220 enfants de cinq ans et moins. Les trois quarts des parents ont un niveau de scolarité faible. La moitié d'entre eux vivent de la sécurité du revenu ou de prestations de chômage et le quart sont chefs de familles monoparentales. Fait intéressant, ces parents présentent un niveau de stress parental deux à trois fois plus élevé que celui observé dans la population générale. Enfin, soulignons que les activités semblent appréciées par les parents et les enfants compte tenu de l'utilisation de ces ressources depuis leur mise en place.**

## Organisation des services

Il est important de pouvoir répondre promptement et adéquatement aux besoins des familles avec des enfants ayant des problèmes de développement et des déficiences. Des travaux effectués par trois groupes de travail différents soit, le comité clinique sur le réseau pédiatrique, un sous-groupe issu du comité régional de pédo-psychiatrie ainsi qu'un comité de travail relevant du Comité régional sur la périnatalité et la petite enfance apportent des propositions intéressantes à cet égard. Une synthèse des principaux éléments développés par ces groupes de réflexion permettrait, très certainement, d'en arriver à une organisation adéquate des services pour cette clientèle cible.

Il faut également mentionner que les efforts investis pour réduire davantage les maladies infectieuses en maintenant un bon taux de vaccination, pour dépister les maladies génétiques et pour diminuer la prématurité et l'insuffisance pondérale à la naissance auront des répercussions sur la réduction d'une partie de ces déficiences, incapacités et handicaps. La future qualité de vie de ces enfants et de leurs familles devrait également être prise en considération par les professionnels de la santé lors des interventions réalisées pour assurer leur survie.

## **LES DÉFIS**

- Offrir des interventions de stimulation précoce aux enfants vivant en milieu de pauvreté.
- Prioriser l'allocation des ressources disponibles afin de soutenir l'implantation et le maintien de mesures préventives reconnues efficaces, telles que Y'APP, SAEM, Fluppy.
- Développer des stratégies particulières pour rejoindre les clientèles plus réticentes tout en s'assurant que les établissements et organismes travaillent de façon continue, complémentaire et concertée.
- Améliorer la façon dont un diagnostic de déficience est annoncé aux parents afin d'éviter qu'ils se retrouvent désemparés devant cette situation.
- Identifier, référer et soutenir, notamment par du répit dépannage, les familles qui doivent composer avec des enfants présentant des besoins particuliers afin de mieux les assister dans leur cheminement.
- Consolider les activités favorisant la valorisation du rôle de père.

# 4 Abus, négligence et violence



*L'abus, la négligence et la violence envers les enfants sont au cœur des préoccupations du réseau de la santé et des services sociaux. Grâce à la Loi sur la protection de la jeunesse, les enfants les plus touchés, ceux dont le développement est jugé compromis, sont protégés.*

*Mais il faut faire plus en vue de diminuer la fréquence des mauvais traitements, favoriser le développement adéquat de l'enfant et briser le cycle transgénérationnel de l'abus, de la négligence et de la violence.*

La maltraitance comprenant les situations d'abus, de négligence et de violence est une préoccupation de plus en plus présente dans notre société. Conscientes de l'importance du problème et de ses conséquences sur le développement des enfants, les différentes instances gouvernementales, tant le ministère de la Santé et des Services sociaux que la Régie régionale de Québec, retiennent cette problématique parmi leurs priorités d'action. Les objectifs poursuivis visent donc plus spécifiquement à diminuer les cas d'abus, de négligence et de violence envers les enfants et d'atténuer les conséquences de ces problèmes.

Les thèmes abordés dans ce chapitre se regroupent sous trois rubriques, soit les données reliées à la protection de la jeunesse, les enfants exposés à la violence conjugale et la prévention de la maltraitance. Avant de regarder de plus près les informations relatives à cette problématique ainsi qu'aux éléments de prévention, il serait intéressant de se donner une définition de l'abus, la négligence et la violence faite aux enfants. Ainsi, on peut dire que l'abus et la violence sont des actes non accidentels, commis par un adulte, responsable d'un enfant qui causent ou menacent de causer du tort à sa santé physique et mentale; la négligence, pour sa part, se rapporte à une omission ou à une insuffisance de soins à un enfant.

## **DONNÉES RELIÉES À LA PROTECTION DE LA JEUNESSE**

**Les cas d'abus, de négligence et de violence pour lesquels la compromission est démontrée au sens de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) se situent à l'extrémité d'un continuum de difficultés familiales compromettant le développement physique, affectif et mental de l'enfant. Que l'enfant soit en situation potentielle ou actuelle de maltraitance au sens de**

la loi, le risque est élevé qu'il éprouve des difficultés dans le domaine des apprentissages nécessaires au développement de son autonomie future dans la vie sociale et économique.

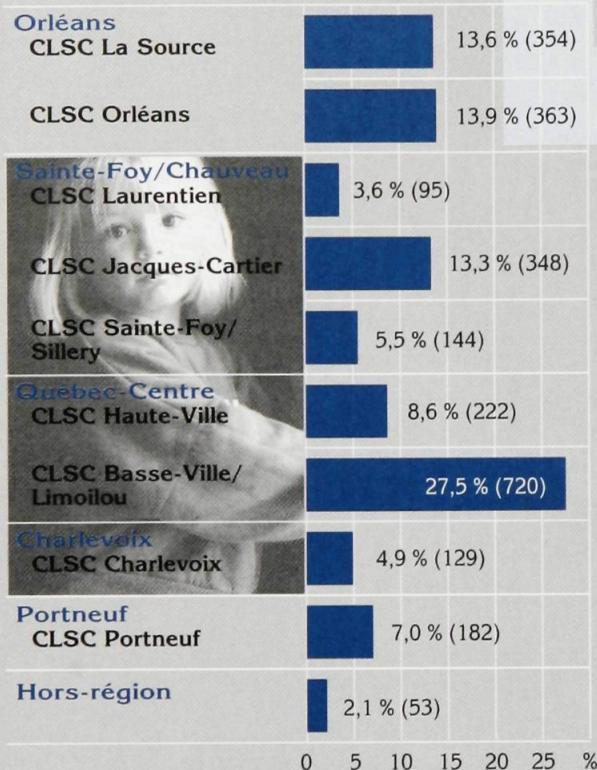
Les mauvais traitements dont sont victimes les jeunes enfants sont répandus dans la société mais ils demeurent difficiles à identifier. En outre, les informations disponibles concernent les enfants évalués par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), c'est-à-dire ceux qui ont fait l'objet d'un signalement. Les enfants dont le développement est jugé compromis au sens de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) seront alors pris en charge. Ces données ne représentent qu'une partie de la situation, ce qui fait que l'ampleur réelle de l'abus, de la négligence et de la violence envers les jeunes enfants n'est pas vraiment connue.

Le Centre jeunesse de Québec a reçu pour l'année 1998-1999, et ce, pour l'ensemble de la région de Québec, 4 673 signalements d'enfants et de jeunes âgés de 0 à 17 ans; 55,9 % des signalements ont été retenus pour une évaluation plus poussée. Les 2 610 jeunes pour lesquels le directeur de la protection de la jeunesse a pu soupçonner une compromission représentent 2,1 % de la population des moins de 18 ans.

La prévalence relative au 31 mars 1999 varie selon les territoires de CLSC, de 0,7 % (Laurentien) à 5,6 % (Basse-Ville-Limoulu). Les jeunes de moins de 18 ans du territoire sociosanitaire Québec-Centre représentent 36 % des signalements retenus dans la région alors qu'ils n'occupent que 25 % de la population régionale du même âge (figure 20).

**Figure 20**

Répartition des signalements retenus pour l'année 1998-1999 par sous-régions<sup>1</sup>, selon les territoires de CLSC<sup>2</sup>, 0-17 ans



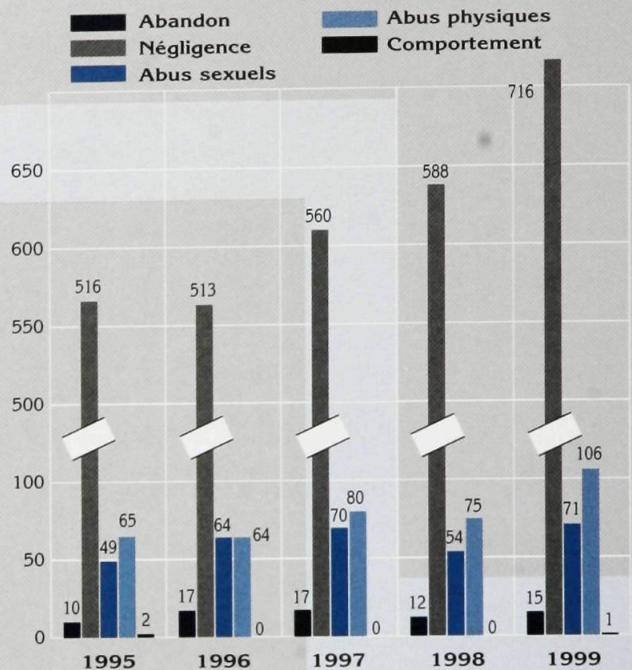
- 1 Cinq zones de territoire sont utilisés par le CJQ.
- 2 Les territoires de CLSC correspondent, dans certains cas, aux anciennes frontières territoriales.

Source : Centre jeunesse de Québec, 1999 <sup>10</sup>

Les jeunes de moins de six ans représentent 35 % des signalements retenus en 1998-1999. Dans les cinq dernières années, ces signalements chez les plus jeunes ont fait un bond de 42 % (1995 - 1999). On sait que la DPJ manifeste une préoccupation et une attention particulières envers les jeunes enfants, en raison de leur grande vulnérabilité. C'est pour cette raison que ceux-ci ont priorité dans la liste d'attente. La négligence demeure le principal motif de rétention des signalements pour ce groupe d'âge (79 %). L'abus physique et l'abus sexuel de ces jeunes enfants sont des motifs retenus dans 12 % et 8 % des cas respectivement. La figure 21 présente l'évolution des signalements retenus.

**Figure 21**

Évolution des signalements retenus chez les 0-5 ans, de 1995 à 1999, selon les motifs



Source : Centre jeunesse de Québec, 1999 <sup>10</sup>

Par ailleurs, la compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant serait démontrée pour 18,6 % de tous les signalements reçus, donnée qui n'est pas disponible pour les 0-5 ans. Rappelons que 55,9 % des signalements en 1998-1999 sont retenus pour une évaluation plus poussée. Par la suite, l'intervention directe du professionnel de la DPJ conduit à l'application de mesures dites volontaires dans 41,2 % des cas de compromission et à des mesures judiciairisées dans 50,1 % des cas. Pour le 8,7 % restant, il y a eu intervention terminale ou fermeture du dossier (figure 22).

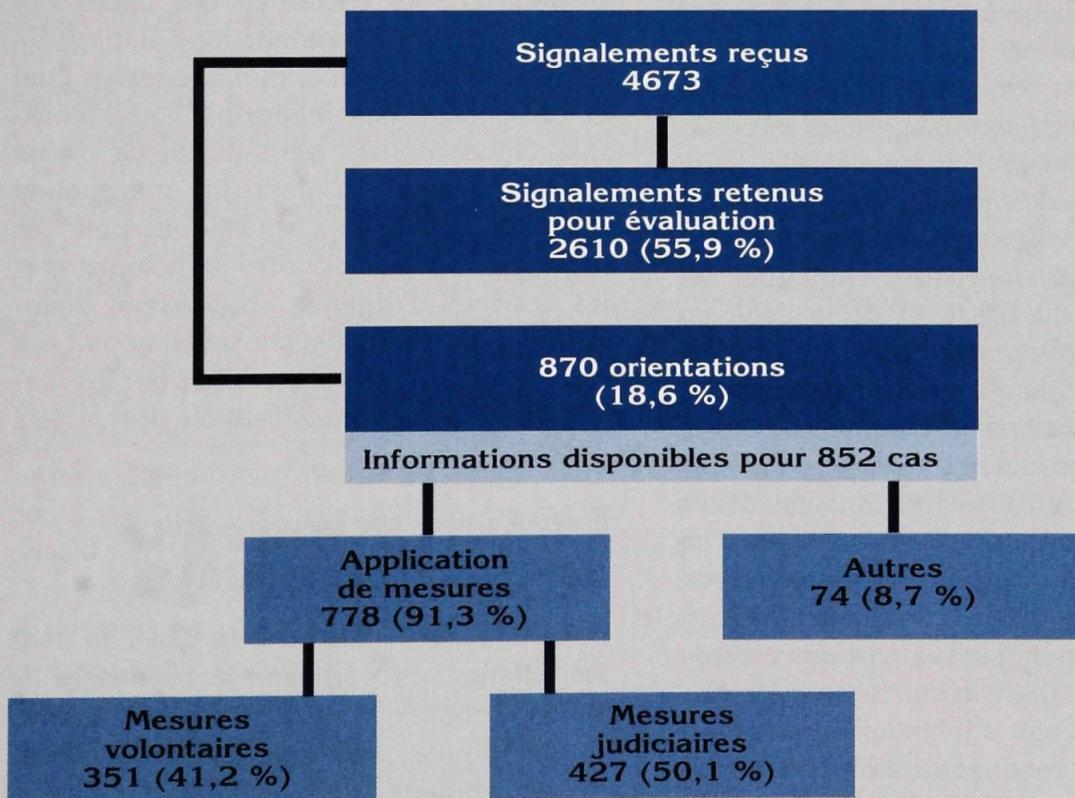
Les enfants dont le signalement n'est pas retenu et ceux dont la santé ou le développement ne sont pas jugés compromis au sens de la loi peuvent présenter des difficultés personnelles et familiales importantes. Ces familles peuvent alors être référées au CLSC ou à des organismes communautaires, selon les besoins identifiés.

### Protection de l'enfance en centres hospitaliers

Les centres hospitaliers concernés par la périnatalité et la petite enfance ont mis en place des comités de protection de l'enfance. Pour l'année 1998, 113 situations ont été soumises au comité de l'Hôpital St-François d'Assise (HSFA) alors qu'il n'y

avait que 33 cas suspectés en 1995. Deux fois sur trois, les requêtes touchaient des nouveau-nés (68 %). C'est en raison de l'attention portée par les professionnels au dépistage de ces situations qu'on signale maintenant trois fois et demie plus d'enfants; l'augmentation du bassin de nouveau-nés dans ce centre accoucheur n'aurait que légèrement contribué à l'augmentation constatée. Par ailleurs, le nombre de dossiers soumis par les professionnels du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) au comité de leur établissement a presque doublé depuis 1994 (de 42 à 79). Près des deux tiers des dossiers examinés en 1998 au CHUL et à l'Hôpital St-François d'Assise ont fait l'objet d'un signalement à la DPJ.

**Figure 22**  
Répartition des signalements reçus à la DPJ de Québec pour les enfants 0-17 ans, 1998-1999



Source : Centre jeunesse de Québec, 1999 <sup>10</sup>

## COMITÉS DE PROTECTION DE L'ENFANCE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS

Le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) abrite deux comités de protection de l'enfance, l'un au CHUL et l'autre à l'Hôpital Saint-François d'Assise. Tout récemment, l'Hôpital Saint-Sacrement du Centre hospitalier affilié (CHA) a mis sur pied son comité de protection de l'enfance. Le but est de s'assurer que tout enfant en besoin de protection dans l'un ou l'autre de ces établissements puisse bénéficier effectivement de cette protection. Les professionnels du milieu hospitalier sont sensibilisés et formés à suspecter les cas de violence et de négligence; ils doivent ensuite porter à l'attention des membres du comité les situations suspectes. Après évaluation des éléments pertinents, et s'il y a un motif raisonnable de croire que l'enfant est victime de mauvais traitements, le comité vérifie si un signalement est fait à la DPJ et en assure le suivi jusqu'à sa prise en charge.

### Décès d'enfants et homicides

L'homicide expliquerait au moins 3 % des décès survenus en 1997 chez les enfants âgés de cinq ans et moins. Le ministère de la Justice et le Bureau du coroner ont conjointement mis sur pied en 1997 deux comités à titre de projets pilotes, dans les régions de Québec et de Montréal. Le comité de Québec est constitué de représentants du CHUL et de la DPJ, en plus des représentants légaux (coroner, substitut du procureur général et policiers). Le comité d'examen de décès d'enfants et d'homicides de Québec a révisé systématiquement les 100 déclarations de décès d'enfants de moins de six ans, obtenues en 1997, dans les régions sociosanitaires de Québec et Chaudière-Appalaches. Un examen complet a été fait pour 14 de ces dossiers. Les travaux du comité ont permis d'identifier un cas d'infanticide s'ajoutant aux deux cas reconnus lors de l'enquête policière. Quatre autres décès sont demeurés d'origine indéterminée, dont l'un est fortement suspect d'homicide par suffocation. Les trois enfants décédés par homicide étaient âgés de deux mois, un an et deux ans.

Après un an de fonctionnement, les membres du comité d'examen des décès ont formulé des recommandations auprès du ministre de la Justice, du Coroner en chef et du Collège des médecins. Les recommandations émises permettront de mieux identifier les cas d'infanticide : formation adéquate, protocoles spécifiques pour les services de police, pour les pathologistes et les services d'urgence hospitaliers, documentation du volet psychosocial autant par les coroners et les policiers que par les médecins et enfin, généralisation des projets pilotes.

### ENFANTS EXPOSÉS À LA VIOLENCE CONJUGALE

Il est difficile de dissocier la violence dont les enfants sont témoins de celle dont ils sont victimes, que cette violence soit physique, verbale, psychologique ou sexuelle. Selon l'enquête nationale de Statistiques Canada (1993), 29 % des femmes sont confrontées à la violence physique de la part de leur conjoint. De plus, un certain nombre de recherches indiquent qu'entre

60 à 80 % des enfants vivant dans une famille où la mère subit cette violence y seraient exposés, c'est-à-dire qu'ils la voient ou l'entendent. Ainsi, 23 % de tous les enfants seraient en contact avec divers actes d'agression envers leur mère. Une estimation prudente permet de dire que dans un groupe-classe de 24 enfants, six d'entre eux y seraient exposés. On évalue également que dans le tiers des familles où la mère est victime de mauvais traitements, les enfants subissent le même sort. Dans bien des cas, les épisodes de violence débutent en cours de grossesse.

Des maisons d'hébergement accueillent les femmes victimes de violence conjugale accompagnées de leurs enfants afin de leur offrir protection, sécurité, support et assistance. Dans la région de Québec, les statistiques reliées à l'hébergement indiquent que six maisons d'hébergement sur sept reçoivent des jeunes. En moyenne, ces maisons hébergent annuellement 810 femmes et 532 enfants. Plus de la moitié de ces enfants sont âgés de moins de six ans.

Des conséquences importantes sont observées. En plus du risque d'être eux-mêmes violentés, ceux-ci voient leur développement et leur santé physique et mentale compromis. La littérature mentionne qu'environ 70 % des enfants témoins de violence conjugale subiraient des séquelles significatives. Ils manifesteraient, dans 60 % des cas, des symptômes de stress post-traumatique, telles la peur, l'anxiété, l'irritabilité, la difficulté à se concentrer, l'hyperactivité et les explosions de colère. Ils sont alors beaucoup plus à risque de décrochage scolaire, de difficultés avec leurs pairs, de délinquance, de suicide et d'homicide. **Les enfants exposés à la violence seront enclins à reproduire les comportements appris, intégrés et normalisés dans l'enfance. À l'âge adulte, selon leur sexe, ils auront tendance à adopter le rôle de victime ou d'agresseur. Cet effet transgénérationnel demeure préoccupant.**

## PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE

Le regard porté sur les données disponibles, notamment celles de la DPJ, confirme que la loi protège les enfants les plus touchés. Toutefois, les jeunes dont la santé ou le développement ne sont pas reconnus compromis au sens de la loi peuvent également présenter des difficultés personnelles et familiales importantes nécessitant des services de santé et des services sociaux. C'est en intervenant dans les familles présentant des risques multiples pour plusieurs problèmes que pourra se faire, pour une grande part, la prévention de l'abus, la négligence et la violence.

Les CLSC et des organismes communautaires soutiennent les familles de différentes façons dès les périodes pré et postnatale ainsi que lors de la petite enfance. Toutefois, on convient que les familles vulnérables ont besoin d'un soutien supplémentaire, et ce, dès la grossesse, si on veut diminuer la fréquence des mauvais traitements, permettre le développement adéquat de l'enfant et de l'adolescent et ainsi briser le cycle transgénérationnel de l'abus, de la négligence et de la violence.

Les familles à rejoindre de façon prioritaire présentent ces caractéristiques reconnues que sont la pauvreté, la monoparentalité et le jeune âge de la mère associés à l'isolement social; une histoire parentale d'abus, de négligence ou de violence peut être présente. Ces femmes vulnérables, n'ayant eu que peu ou pas de modèles parentaux adéquats, peuvent présenter des difficultés dans la relation mère-enfant.

En ce sens, le programme « Naître égaux, Grandir en santé (NÉGS) » devrait permettre de rejoindre une bonne partie des parents les plus à risque afin de les soutenir davantage dans le développement ou le renforcement de leurs habilités parentales.

Partout ailleurs, ce type de programme a donné des résultats intéressants concernant la prévention de l'abus, la négligence et la violence en plus d'améliorer l'état de santé de la mère, du nouveau-né et conséquemment du jeune enfant. Il est permis d'envisager que les services préventifs intensifs et continus dans le champ de la périnatalité réduiront le risque que se produisent les infanticides et diminueront les conséquences de la violence conjugale. Enfin, la valorisation du rôle du père ainsi que son implication dès la grossesse demeurent importantes dans le processus de développement de l'enfant. En ce sens, son intégration doit devenir une préoccupation constante pour les intervenantes.

En dehors des cas de compromission démontrée, la maltraitance existe. Les familles évaluées à la DPJ sont orientées vers différentes ressources mais dans les faits, on ignore si les parents ont donné suite aux recommandations, si leur situation s'améliore ou si au contraire elles reviennent dans le réseau de la protection de l'enfance. L'organisation des services devrait donc permettre de bien suivre les familles vivant certaines difficultés en assurant une meilleure continuité et une complémentarité dans les services dispensés à la population. Il faut être certain que les enfants dont le développement n'est pas jugé compromis au sens de la LPJ reçoivent les services préventifs adéquats.

Dans cette perspective, un comité conjoint, réunissant l'Association des CLSC et des CHSLD ainsi que l'Association des Centres jeunesse du Québec, a élaboré un protocole d'entente afin de favoriser la collaboration entre ses deux instances en établissant clairement les rôles et responsabilités de chacun. Ce cadre de référence présente

un modèle d'organisation de services touchant l'accès, tant au niveau de la promotion, de la prévention, du traitement, de la protection, d'une part, et les différentes fonctions ainsi que la coordination d'autre part. Cette démarche veut permettre une diminution de jeunes enfants vulnérables ainsi que la dispensation de services mieux adaptés à la situation de ceux qui sont en difficulté.

D'autres organismes du milieu soutiennent également les jeunes familles. Ainsi, les ressources pour les familles agissent en prévention de l'abus, de la négligence et de la violence, notamment en favorisant le développement des capacités parentales. Ces ressources constituent un lieu adapté pour les familles de milieu défavorisé qui consultent peu ou pas les CLSC ou les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, celles-ci sont importantes pour favoriser la transition des enfants vers les centres de la petite enfance. Ces derniers ont aussi parmi leur clientèle des jeunes victimes de mauvais traitements. Ils doivent être soutenus dans leurs efforts pour rejoindre les enfants les plus vulnérables afin de leur offrir des programmes de stimulation précoce qu'on sait efficaces.

Enfin, que ce soit dans les CLSC, les ressources familles ou les centres de la petite enfance, l'intensité et la continuité des services sont requises. Un suivi continu est nécessaire pendant la petite enfance, particulièrement pour les enfants issus de familles à risque. La diminution des troubles du comportement et l'acquisition d'habiletés parentales et sociales sont alors visées.

## **LES DÉFIS**

- Favoriser la détection et l'intervention précoces des situations pouvant conduire à l'abus, la négligence et la violence par de la formation structurée et continue effectuée auprès des différents intervenants de première ligne et en centres hospitaliers.
- Prioriser l'allocation des ressources disponibles afin de développer des interventions s'adressant aux enfants exposés à la violence dans le cadre d'une stratégie régionale concertée.
- Soutenir davantage les familles en situation ou à risque de maltraitance en misant sur des services continus, complémentaires et concertés entre les différents partenaires, tels que le Centre Jeunesse, les CLSC, les médecins, les centres de la petite enfance et les ressources communautaires.

# 5 Problèmes de santé physique



*En termes d'années de vie préservée, les interventions auprès des enfants sont nettement celles qui ont la plus grande efficacité. Les résultats sont particulièrement éloquentes en prévention des maladies infectieuses et des décès par traumatismes. Investir pour assurer l'accessibilité et la qualité des services médicaux aux jeunes enfants répond aux valeurs de notre société et se justifie amplement par la capacité de ces services à avoir un impact significatif sur leur état de santé.*

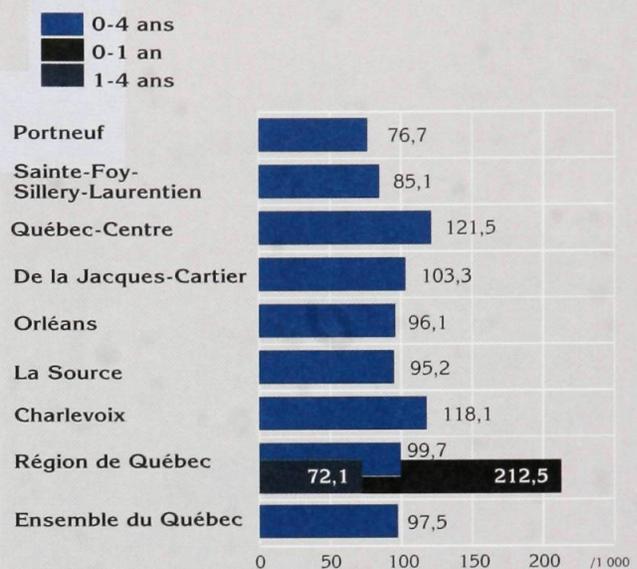
Nous avons examiné dans ce chapitre six dimensions concernant les problèmes de santé physique qui touchent les enfants soit : les épisodes d'hospitalisation, les maladies infectieuses, les cancers, l'asthme, les blessures et intoxications involontaires ainsi que les problèmes de santé dentaire. Ces thèmes ont été retenus parce qu'ils sont représentatifs de problèmes de santé physique pour lesquels des mesures de prévention peuvent être mises en place et pour lesquels une plus grande concertation entre les équipes professionnelles pourrait être développée.

## HOSPITALISATIONS

Les données que nous fournit le système Med-écho sur les hospitalisations des enfants nous renseignent partiellement sur les besoins en services médicaux spécialisés. En effet, elles ne portent que sur les épisodes de soins ayant nécessité un séjour à l'hôpital. Un enfant qui aurait été hospitalisé dans deux hôpitaux suite à un transfert sera compté deux fois. Celui qui aurait séjourné à la salle d'urgence ou consulté en clinique externe pour un épisode de soins ne sera pas inclus dans ces statistiques.

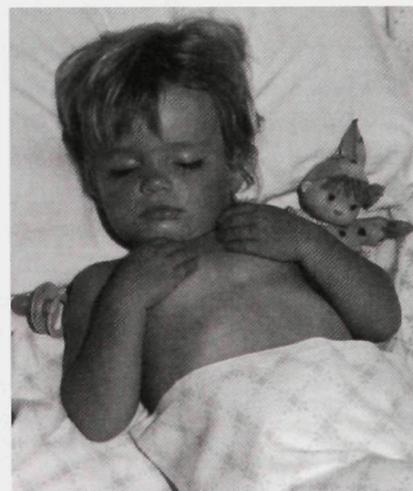
Les taux d'hospitalisation sont légèrement plus élevés pour notre région que pour l'ensemble du Québec. Les enfants du territoire de Québec-Centre ont une surconsommation de soins hospitaliers particulièrement préoccupante. Cette surconsommation peut possiblement être remise en relation avec les taux de bébés prématurés ou de petit poids puisque l'on sait que ces enfants sont hospitalisés trois fois plus souvent après leur naissance (figure 23).

**Figure 23**  
Taux moyen d'hospitalisation des enfants pour la période de 1993 à 1997, CLSC, région de Québec et province

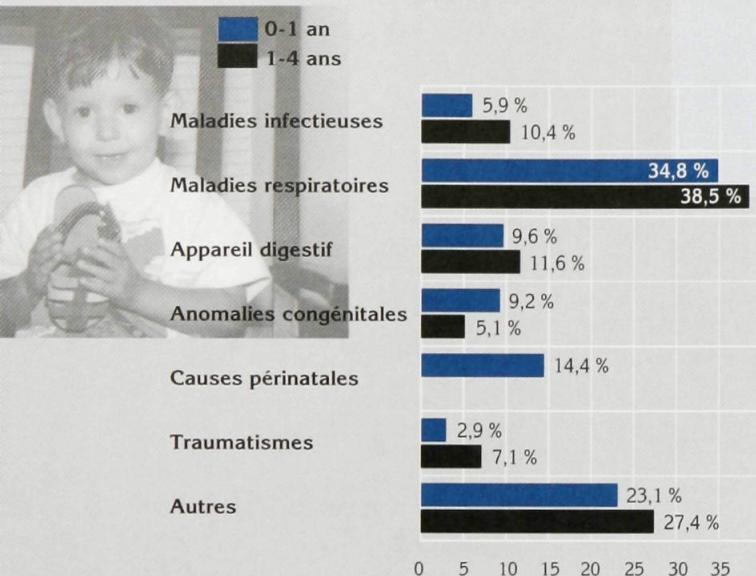


Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>34</sup>

Pour la région et pour le Québec dans son ensemble, les maladies respiratoires viennent largement en tête de liste comme principale raison d'hospitalisation chez les jeunes enfants. Pour les 0-1 an, les anomalies congénitales et les problèmes de la période périnatale constituent les autres causes les plus fréquentes d'hospitalisation (figure 24).



**Figure 24**  
**Principales causes d'hospitalisation 0-1 an**  
**et 1-4 ans, région de Québec, 1996-1997**



Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>34</sup>

La région de Québec peut offrir l'ensemble des services spécialisés et surspécialisés dont les enfants de 0-5 ans ont besoin sauf quelques exceptions dont la transplantation d'organes. Cependant, le bassin de population relativement restreint que desservent les spécialistes pédiatriques de Québec et la dispersion des services en pédiatrie compliquent le maintien et le développement de ces équipes. Le Centre mère-enfant devrait permettre la consolidation de plusieurs activités surspécialisées, particulièrement au regard des nouveau-nés. La persistance d'une dispersion des services en cardiologie, neurologie et oncologie nécessiteront des ententes de collaboration bien fonctionnelles entre les équipes médicales des hôpitaux ayant une partie de la vocation pédiatrique à Québec.

Le Centre mère-enfant va permettre la concentration des services surspécialisés pour la population de l'Est du Québec, mais il ne devra pas se substituer aux ressources plus légères qui dispensent les services de base au sein de la communauté. Il faudra bien

arrimer les services pédiatriques offerts avec les services de première ligne et les services sociaux, ainsi que ceux de réadaptation. À cet égard, le récent rapport du comité clinique sur le réseau pédiatrique de Québec insiste sur la nécessité d'une collaboration étroite des services pédiatriques avec les médecins de famille et tous les intervenants qui agissent au niveau local.

Lors de nos rencontres préparatoires à la production de ce rapport, tous les intervenants nous ont souligné l'importance de pouvoir compter sur des équipes multidisciplinaires spécialisées pour évaluer rapidement et correctement les enfants présentant des problèmes du développement et du comportement. Ils ont aussi insisté sur l'importance d'assurer la continuité des services et de permettre les échanges entre ceux qui interviennent auprès des enfants dans les situations plus complexes qui exigent certes, des soins spécialisés auprès des enfants, mais aussi des services de soutien des parents et des différents milieux où devront s'intégrer ces enfants.

**La maladie d'un jeune enfant ayant recours à des services spécialisés sur une longue période de temps accapare lourdement les parents, et ce, à plusieurs points de vue. Il nous faut accorder une grande attention aux situations difficiles dans lesquelles ils se retrouvent lorsqu'ils doivent se consacrer à leur enfant malade.** Pour les familles monoparentales ou celles dont les deux parents travaillent, il peut être pénalisant de s'absenter du travail afin de permettre à leur enfant de recevoir les soins nécessaires. Les parents doivent affronter un système complexe et souvent très peu adapté à leur situation personnelle.

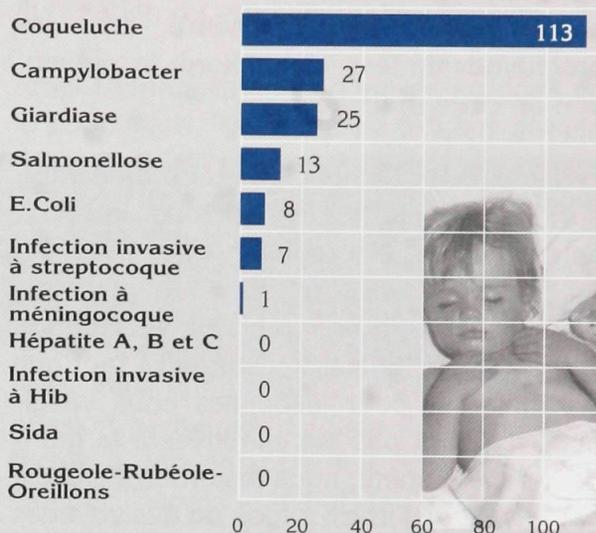
## MALADIES INFECTIEUSES

Principales menaces à la santé des enfants avant l'arrivée des vaccins et des antibiotiques, les maladies infectieuses ne sont plus les causes premières de mortalité chez les jeunes enfants; cependant elles représentent encore une réalité importante dans les premières années de vie. Les parents qui doivent soigner leur enfant atteint d'une infection respiratoire ou d'une gastro-entérite connaissent bien l'impact réel de ces maladies.

À l'aube du 21<sup>e</sup> siècle, le Québec, comme la plupart des pays industrialisés, peut se réjouir de l'élimination ou de la réduction considérable des maladies de l'enfance pour lesquelles les programmes d'immunisation universelle ont été mis en place. La poliomyélite qui, dans les années 1960, touchait des centaines d'enfants par année a complètement disparu des Amériques depuis le début des années 1990. La diminution des infections sévères dues au virus de *l'haemophilus influenzae b*, méningites et épiglottites, a été spectaculaire en quelques années seulement. La dernière épidé-

mie de rougeole qui en 1989 avait frappé plus de 10 000 personnes au Québec est en voie de disparition complète avec l'introduction du programme de vaccination à deux doses (figure 25).

**Figure 25**  
**Distribution des principales maladies infectieuses déclarées chez les enfants de 0-5 ans, région de Québec, 1998**



Source : Direction de la santé publique, 1999 <sup>36</sup>

### Programme régulier d'immunisation

Les programmes de vaccination qui concernent les enfants de 0-5 ans visent à les protéger contre la poliomyélite, la coqueluche, la diphtérie, le tétanos, la rougeole, la rubéole, les oreillons, les infections à *haemophilus influenzae* et l'hépatite B.

Un vaccin Pentavalent (DCT-Polio-Hib) est administré à deux, quatre, six et 18 mois. Un vaccin trivalent (rougeole, rubéole, oreillons) est administré à un an et à 18 mois. Un rappel contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite est administré entre quatre et six ans. La vaccination contre l'hépatite B se fait en trois doses en 4<sup>e</sup> année du primaire. Des rappels de vaccination contre la diphtérie et le tétanos doivent être administrés aux dix ans par la suite.

## Immunsation des enfants

La diphtérie et le tétanos sont virtuellement éliminés et la rubéole, cause toujours réelle de malformations congénitales lorsque contractée durant la grossesse de la mère, est en recul constant. La coqueluche, par contre, reste un problème encore persistant qui menace la santé des enfants de 0-5 ans, particulièrement les petits de 0-1 an. L'introduction en 1998 d'un vaccin plus efficace devrait nous permettre, dans les prochaines années, d'améliorer la prévention de cette maladie.

**Les acquis du Québec en matière de diminution des maladies évitables par la vaccination doivent être conservés et ils le seront dans la mesure où nous pourrons maintenir nos taux actuels de vaccination contre les maladies de l'enfance.** Tant que

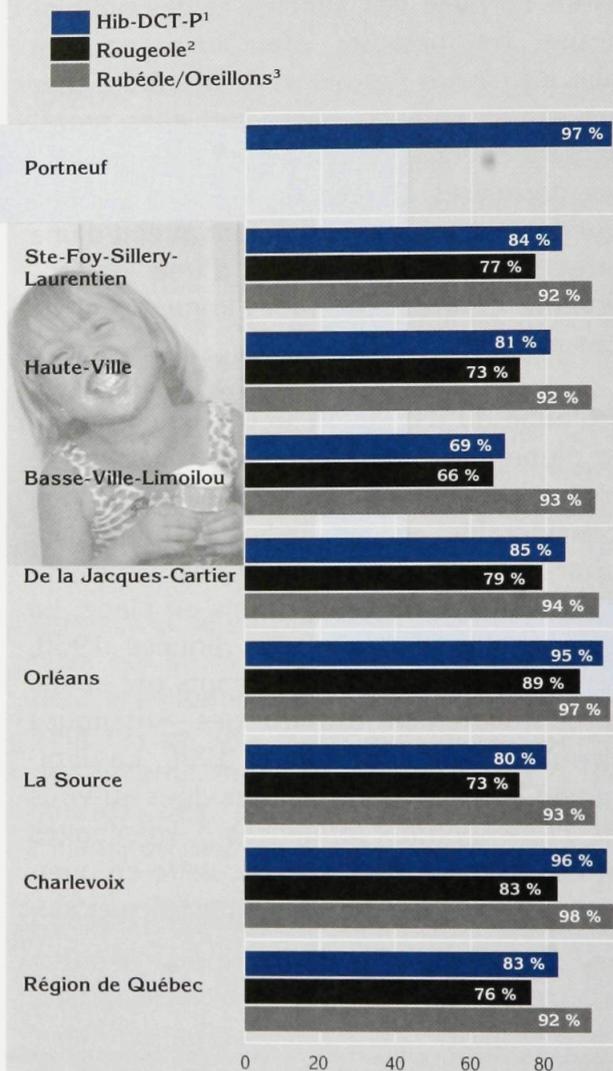
les maladies pour lesquelles nous vaccinions n'auront pas été éliminées à la grandeur de la planète, nous resterons exposés, par la voie de l'immigration ou des voyages à l'étranger, à ces agents infectieux qui ont toujours le même potentiel d'impact sur la santé des enfants non immunisés.

Comme l'indique la figure 26, l'objectif d'un taux de couverture vaccinale optimale de 90 à 95 % pour garantir l'interruption de la transmission de ces maladies n'est pas complètement atteint dans notre région et particulièrement dans certains territoires de CLSC. Cette constatation fait ressortir l'importance d'être vigilant afin d'identifier les secteurs problématiques où une intervention serait requise. L'entrée à la maternelle constitue un moment propice pour compléter la vaccination des enfants et ainsi leur offrir une protection hautement souhaitable pour les années à venir.

Les enfants asthmatiques, à risque de complications lors d'un épisode d'influenza, devraient pouvoir bénéficier de la vaccination qui leur est offerte gratuitement. Malheureusement, trop peu d'entre eux se voient offrir cette possibilité à l'automne.

**Figure 26**

**Taux de couverture vaccinale complète à la maternelle, 1998-1999**



1 4 doses dont au moins une après l'âge de 4 ans

2 2 doses du vaccin RRO sont nécessaires pour être adéquatement vaccinés pour la rougeole et une seule dose pour Rubéole/Oreillons

3 Données de 1996-1997

Source : Direction de la santé publique, 1997 <sup>27</sup>

Un effort de promotion auprès de cette clientèle devrait être mis de l'avant afin d'augmenter significativement la protection contre l'influenza et ainsi prévenir la détérioration de l'état de santé chez ces enfants.

La contribution des infirmières de CLSC, des omnipraticiens et des pédiatres est essentielle pour assurer la réussite des programmes de vaccination. Il nous faut maintenir la confiance des parents et de la popu-

lation vis-à-vis les différents programmes qui sont actuellement offerts dans un contexte où les maladies visées par la vaccination sont devenues tellement peu fréquentes, que l'inconfort ou le risque de complications extrêmement rares du vaccin peut faire oublier les dangers reliés à ces maladies dont il est toujours possible d'être victime si on n'est pas bien immunisé.

De nouveaux vaccins sont actuellement disponibles ou le seront d'ici quelques années pour élargir encore davantage les possibilités de prévention de maladies transmissibles. L'utilisation du vaccin contre la varicelle vient d'être approuvé au Canada. Pour l'instant, il n'est pas inclus dans les programmes de base des enfants, mais il devrait être utilisé pour prévenir cette maladie chez les enfants à risque de développer des complications sérieuses.

Dans un avenir rapproché, il devrait être possible de prévenir une proportion significative des otites moyennes chez les enfants avec l'utilisation d'un vaccin contre les infections à pneumocoque. De plus, des recherches sont en cours actuellement pour mettre au point un vaccin contre le syncytial respiratoire, la plus fréquente cause des bronchiolites et des pneumonies chez le jeune enfant. Ces nouveaux produits devraient réduire considérablement la morbidité chez les enfants 0-5 ans, diminuer la consommation des services médicaux et hospitaliers et alléger la tâche des parents qui doivent encore consacrer beaucoup d'énergie à soigner leurs enfants lorsqu'ils souffrent d'une de ces infections.

### **Maladies transmises par le sang**

La découverte au début des années 1980 d'une nouvelle maladie, le Sida, nous a rappelé notre vulnérabilité aux maladies infectieuses et a remis à l'agenda de la pré-

vention ces maladies qui peuvent être transmises par le sang. On connaissait depuis longtemps le potentiel de contamination du sang par le virus de l'hépatite B pour laquelle des mesures de protection adéquates avaient été prises. Pour le Sida et l'hépatite C, les difficultés d'identification de l'agent viral, responsable de ces maladies, ont entraîné une importante transmission de celles-ci lors de la transfusion ou de l'utilisation de produits dérivés du sang.

Proportionnellement à d'autres groupes de la population, les jeunes de 0-5 ans ont été moins touchés par ces maladies transmises par le sang et les liquides biologiques en général. N'ayant pas d'exposition sexuelle et ayant relativement moins besoin de produits sanguins, les enfants ont été peu affectés par le Sida dans les pays industrialisés. Mais le potentiel important de transmission périnatale du Sida de la mère infectée à son enfant a fait en sorte qu'au Québec, depuis le début de l'épidémie, 84 nouveau-nés ont été contaminés. Avec l'introduction des nouveaux traitements en cours de grossesse d'une mère infectée, on a pratiquement réussi à éliminer la transmission du Sida lors de la naissance et aucun cas chez les nouveau-nés n'a été rapporté au Québec en 1998.

Quant à l'hépatite B, le risque d'infection est très faible chez les jeunes enfants sauf dans l'environnement des personnes originaires de zones endémiques. Il demeure important d'assurer le dépistage prénatal des mères porteuses d'hépatite B chronique. En identifiant, en cours de grossesse, les femmes enceintes porteuses du virus, il sera possible de traiter immédiatement l'enfant après sa naissance pour éviter qu'il ne devienne porteur à son tour. Il est estimé que, pour l'ensemble du Québec, à chaque année environ 80 enfants pourraient éviter d'être contaminés par le virus si les mesures optimales de prévention étaient mises en place.

## Résistance aux antibiotiques

La résistance des micro-organismes aux antibiotiques devient une réalité de plus en plus importante et menace les acquis des 40 dernières années en matière de lutte contre les maladies infectieuses. Les enfants sont particulièrement sujets à des pratiques de surprescription d'antibiotiques pour des pathologies qui n'en nécessitent pas. Récemment, aux États-Unis, on démontrait que 53 % de toutes les prescriptions d'antibiotiques étaient faites auprès d'enfants 0-5 ans et que 44 % des enfants avec une grippe ordinaire, 46 % avec des infections respiratoires supérieures et 75 % avec une bronchite recevaient des antibiotiques alors que ces problèmes ne devraient pas en nécessiter lorsque la cause de l'infection est virale. **La question de la résistance aux antibiotiques deviendra dans les prochaines années un des problèmes majeurs de santé publique si rien n'est fait pour la corriger.** La collaboration des médecins et des pharmaciens sera certes nécessaire pour réduire les prescriptions inappropriées et pour obtenir une plus grande observance au traitement. La contribution des médias sera aussi requise pour diffuser adéquatement l'information sur les bénéfices et les limites de ces médicaments. Les parents, pour leur part, ne devraient plus considérer les antibiotiques comme la panacée qu'il est nécessaire de prendre au moindre signe d'hyperthermie, de toux ou d'écoulement nasal.

## Infections dans les garderies

Il est démontré qu'il existe un risque réel de transmission de micro-organismes dans le milieu de garde et conséquemment de propagation à l'intérieur du foyer des enfants et au sein de la communauté. Une meilleure connaissance des mécanismes de transmission des infections en milieu de garde nous permet maintenant de prévenir ces infections autrement qu'en retirant les enfants susceptibles de transmettre une

maladie ou à risque de l'acquérir. Dans certaines circonstances, il reste prudent de retirer de la garderie, pendant un laps de temps, l'enfant malade ou vulnérable. Généralement, les pratiques préventives recommandées permettent d'éviter la propagation de maladies transmissibles dans les garderies. Ces pratiques touchent particulièrement l'hygiène stricte au regard de la préparation des aliments, du lavage des mains et des jouets que les enfants portent à leur bouche, les précautions universelles envers des maladies transmises par le sang, la vaccination à jour des enfants qui fréquentent les garderies, la salubrité générale des lieux et le maintien de la qualité de l'air intérieur.

## CANCERS

**Bien que rare, le cancer est la maladie potentiellement mortelle la plus courante chez les enfants.**

Au Canada, en 1996, 16,3 % des 1 097 décès chez les enfants de 1 à 14 ans étaient attribuables au cancer. L'incidence chez les enfants a été relativement stable au cours des 15 dernières années. Par contre, on a observé une réduction importante du taux de mortalité qui y est associé. Des améliorations considérables ont aussi été observées et à l'heure actuelle plus des deux tiers des enfants chez lesquels on diagnostique un cancer survivent pendant au moins 10 ans. Les leucémies sont le type de cancer le plus fréquent chez l'enfant et elles représentent 30 % des nouveaux cas. Les tumeurs cérébrales en sont la deuxième cause avec 20 % de tous les cancers observés chez les enfants. Si on extrapole à la région de Québec et au groupe d'âge 0-5 ans les taux d'incidence canadiens du cancer de 14,7/100 000 enfants de 0-14 ans, six enfants de 0-5 ans de notre région auraient reçu pour la première fois un diagnostic de cancer en 1999.

Des différences importantes dans les taux d'incidence sont observées entre les divers pays. Ainsi les États-Unis, la Suède et l'Australie ont des taux plus élevés que le Canada. Par contre, les pays asiatiques ont des taux de 20 à 30 % plus bas qu'au Canada. Ces différences peuvent être attribuées à plusieurs facteurs : système de déclaration différent, variation dans la susceptibilité génétique et probablement des particularités dans l'exposition à des contaminants environnementaux.

La réduction de la mortalité et l'amélioration de la durée de survie chez les jeunes enfants sont dues malgré la stabilité des taux d'incidence, en bonne partie, au progrès remarquable dans les traitements. Ceci est particulièrement vrai au regard des leucémies dont le taux de survie pour cinq ans est passé de 40 % à la fin des années 1970 à plus de 70 %, en 1985. À l'échelle internationale, la baisse des taux de mortalité attribuable au cancer chez l'enfant est presque universelle. Les pays comme le Canada, les États-Unis et l'Australie sont ceux qui ont enregistré les gains les plus rapides, soit pour le Canada, une réduction d'environ 5 %, par année depuis 25 ans, du taux de mortalité par cancer chez les enfants, sans doute en raison de l'accessibilité à des traitements de pointe.

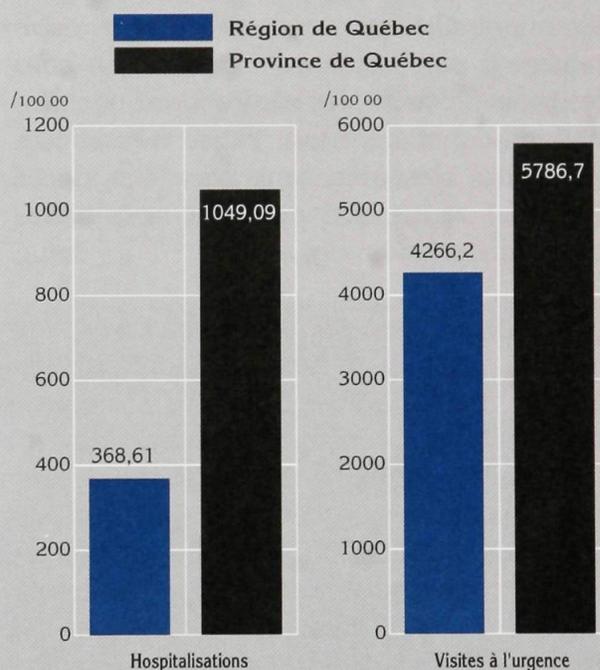
## ASTHME

**L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente chez les enfants et représente un problème de santé publique important.**

Au cours des deux dernières décennies, on a observé une hausse marquée des taux d'hospitalisation liés à l'asthme, particulièrement chez les enfants de 0 à 4 ans. Cette hausse semble toutefois s'être stabilisée. Dans la région de Québec, on note pour cette clientèle des taux d'hospitalisation et de visite à l'urgence pour asthme et bronchospasme significativement plus faibles comparativement au taux provincial (figure 27).

Afin de réduire la morbidité reliée à l'asthme, le Réseau québécois d'enseignement sur l'asthme a été créé en 1994. Grâce à ce réseau, plus d'une centaine de centres d'enseignement ont été mis sur pied, dont cinq dans la région de Québec. La principale mission de ces centres est de favoriser la diffusion d'information aux asthmatiques ainsi qu'à leurs parents.

**Figure 27**  
**Taux d'hospitalisation et de visite à l'urgence pour asthme et bronchospasme chez les enfants de 0 à 4 ans, 1996**



Source : Direction de santé publique, 2000 <sup>53</sup>

## BLESSURES ET INTOXICATIONS INVOLONTAIRES

Au Québec, les blessures ont été responsables en moyenne de 44 décès de jeunes enfants en 1997, soit 8 % de tous les décès d'enfants âgés de 0 à 5 ans et regroupent 7 % de toutes les hospitalisations. On observe un ratio de 67 hospitalisations pour chaque décès.

**Les blessures et les intoxications involontaires représentent la première cause de décès des enfants âgés entre un an et quatre ans.**

Les décès chez les 0-5 ans résultent pour la plupart de noyades (28 %), de blessures survenant chez les occupants de véhicules à moteur (26 %) et chez les piétons (17 %), d'incendies et brûlures (10 %) et de suffocations et obstructions (10 %). Par ailleurs, en ce qui concerne les hospitalisations, ce sont les chutes (41 %) et les intoxications (12 %) qui prédominent. Globalement, les mêmes tendances sont observées dans la région de Québec pour les principales causes de décès et d'hospitalisation par blessures. Fait à noter, chez les moins d'un an, les obstructions et suffocations constituent une cause très importante de blessures tant pour les décès (premier rang) que pour les hospitalisations (deuxième rang).

On constate que la mortalité et les taux d'hospitalisation se sont améliorés depuis 20 ans mais la baisse n'est plus aussi sensible qu'on le souhaiterait. Au cours de cette période, le taux de mortalité par blessures chez les moins de cinq ans a chuté de 56 % (21,3/100 000 en 1980 vs 9,3 en 1995) comparativement à 15 % pour le taux d'hospitalisation (724/100 000 en 1982 vs 619 en 1994). Les hypothèses les plus valables pour expliquer l'évolution à la baisse des taux de mortalité et d'hospitalisation par blessures font état d'une amélioration des soins, d'un impact positif des efforts de prévention et d'une modification des sources d'exposition des enfants. Par contre, depuis quelques années le taux de mortalité baisse moins rapidement.

**Chez les moins de 5 ans, les blessures et intoxications involontaires surviennent la plupart du temps dans l'environnement résidentiel.**

Les garçons sont plus à risque que les filles à la fois pour les décès (10,9/100 000 chez les garçons vs 7,6 chez les filles; période 1994-1995) et pour les hospitalisations (695/100 000 chez les

garçons vs 539 chez les filles; période 1993-1995). Un certain nombre de facteurs de risque sont associés aux blessures et intoxications tel le fait d'en avoir déjà subi une, de vivre dans une famille défavorisée sur le plan socio-économique ou soumise à une situation stressante liée par exemple à un déménagement ou à une re-composition familiale. Par contre, ces facteurs de risque sont toutefois absents chez plusieurs victimes. Par conséquent, pour avoir un impact significatif en matière de prévention des blessures et intoxications involontaires chez les moins de 5 ans, il importe d'intervenir auprès de tous les enfants.

Des mesures préventives reconnues efficaces ou prometteuses sont disponibles pour presque chacune des catégories de blessures. Celles-ci sont de deux types: des mesures spécifiques qui ne profitent qu'aux moins de 5 ans et des mesures universelles qui profitent à l'ensemble de la population (annexe 5). Dans les deux cas, ces interventions visent à modifier, soit des comportements, soit l'environnement physique ou technologique afin de les rendre plus sécuritaires.

Selon une étude publiée en 1996, des gains significatifs sur la mortalité et la morbidité par blessures et intoxications sont encore possibles chez les moins de 5 ans. Le taux d'utilisation des interventions reconnues efficaces ou prometteuses en matière de prévention des blessures et intoxications involontaires dans notre région n'est pas toujours bien connu. Mais les données disponibles à l'échelle provinciale ou dans d'autres régions laissent croire que plusieurs d'entre elles sont nettement sous utilisées. À titre d'exemple, seulement 40 % des enfants québécois âgés de moins de 5 ans sont installés correctement dans un siège d'auto lorsqu'ils prennent place dans un véhicule à moteur et seulement le quart des piscines résidentielles seraient munies d'une clôture sécuritaire. Il semble donc

pertinent de retenir pour objectif dans la région de favoriser une plus grande utilisation des mesures préventives actuellement disponibles au regard des blessures et intoxications involontaires chez cette clientèle. Cet objectif constitue l'une des avenues possibles pour améliorer la sécurité des enfants dans divers milieux de vie, en particulier l'environnement résidentiel.

Plusieurs organismes et intervenants de la région sont concernés par la prévention des blessures et des intoxications, mais les actions menées ne sont pas nécessairement réalisées en réelle concertation. De plus, la nature exacte et l'intensité des interventions réalisées par chacun pour prévenir les blessures chez les moins de cinq ans sont peu documentées.

Un programme de prévention des blessures et intoxications devrait s'adresser à tous les enfants âgés de cinq ans et moins, cibler l'ensemble des catégories de blessures jugées prioritaires et prévoir diverses interventions devant être réalisées de la période périnatale jusqu'à l'arrivée en milieu scolaire.

## SANTÉ DENTAIRE

D'un point de vue de santé publique, la santé dentaire des enfants de cinq ans et moins se définit par des gencives en santé et des dents saines en bonne position. Jusqu'à ce jour, les efforts préventifs ont été dirigés vers la clientèle scolaire de niveau primaire, particulièrement les enfants vulnérables à la carie.

Selon des données montréalaises et en provenance de la Montérégie, entre 40 % et 50 % des enfants de la maternelle présentent au moins une face dentaire cariée. Il est par ailleurs inquiétant de constater que la prévalence de la carie augmente avec l'âge : celle-ci serait de 60 % parmi les élèves de la région de Québec âgés de onze et douze ans.

La prévalence de la carie de la petite enfance appelée aussi la carie du biberon ou la carie du nourrisson est estimée à moins de 5 %. Elle demeure encore trop fréquente parce que les conséquences sont désastreuses pour l'enfant et coûteuses pour le système de santé. En plus de la douleur causée par la carie, des abcès de même que la perte prématurée des dents primaires sont possibles. Dans ce dernier cas, on constatera un mauvais alignement de la dentition permanente et des répercussions négatives sur l'élocution et sur l'estime de soi. Fait non négligeable, on doit souvent avoir recours à une anesthésie générale pour le traitement de la carie en bas âge. Les facteurs prédisposants sont l'exposition aux sucres via la suce ou le biberon, le manque d'hygiène buccale et la sous-utilisation des fluorures topiques et systémiques.

**Les conditions socio-économiques influencent la santé dentaire et les enfants des milieux défavorisés sont plus vulnérables à la carie dentaire. Ils ont une alimentation plus cariogène, leur hygiène dentaire est moins bonne et ils ont peu recours aux services dentaires. La carie serait d'ailleurs deux fois plus prévalente chez les jeunes de onze et douze ans dont les parents ont un revenu de moins de 30 000 \$.**

Environ le tiers seulement de la population de la région de Québec bénéficie de l'apport en eau fluorurée. L'eau fluorurée a une efficacité accrue chez les enfants à risque de carie car ceux-ci utilisent peu les autres méthodes de prévention dentaire. C'est la stratégie préventive pour laquelle on constate le meilleur rapport coût-bénéfice et elle profite à toute la population. Dans la région de Québec, seules les villes desservies par le réseau d'aqueduc de la ville de Québec présentent une concentration optimale en fluorure.

## PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS

Actuellement, on rejoint les enfants en milieu scolaire par le Programme public de services dentaires préventifs qui vise l'ensemble de la population des enfants de 12 ans et moins, avec une attention particulière aux enfants vulnérables à la carie dentaire d'âge scolaire, soit entre 5 et 12 ans. La majorité des enfants de la maternelle de la région de Québec bénéficient d'un dépistage par une hygiéniste dentaire de leur CLSC. Les jeunes vulnérables à la carie sont invités à recevoir un suivi individualisé bi-annuel comprenant : un dépistage du besoin évident de traitement, une approche d'éducation à la santé avec participation des parents si possible, une démonstration du brossage, une sensibilisation à une saine alimentation, une application topique de fluorure et une recommandation à consulter régulièrement le dentiste. Les enfants identifiés à la maternelle seront revus à la fin de la 3<sup>e</sup> année. Seulement ceux qui ne présentent pas une amélioration de leur santé dentaire seront suivis jusqu'à la fin du primaire.

Il faut agir dès le début du processus infectieux de la carie dentaire, soit pendant la période entre 0 et 5 ans. Un programme de prévention s'adressant aux enfants dépistés plus vulnérables à la carie dentaire est déjà en place dans les écoles primaires. Parce qu'il est important d'agir tôt et de façon continue auprès des populations plus à risque de développer la carie dentaire, on souhaite intervenir auprès des très jeunes enfants et des adultes qui en ont la responsabilité quotidienne. Quelques interventions se sont déroulées dans certains milieux, tels que les cliniques d'immunisation de certains CLSC, des garderies et pré-maternelles, préparant ainsi la mise sur pied des services préventifs pour les enfants de moins de cinq ans.

Les programmes de périnatalité en CLSC rejoignent déjà ou devront rejoindre les clientèles plus vulnérables. La formation des infirmières de périnatalité ou autres

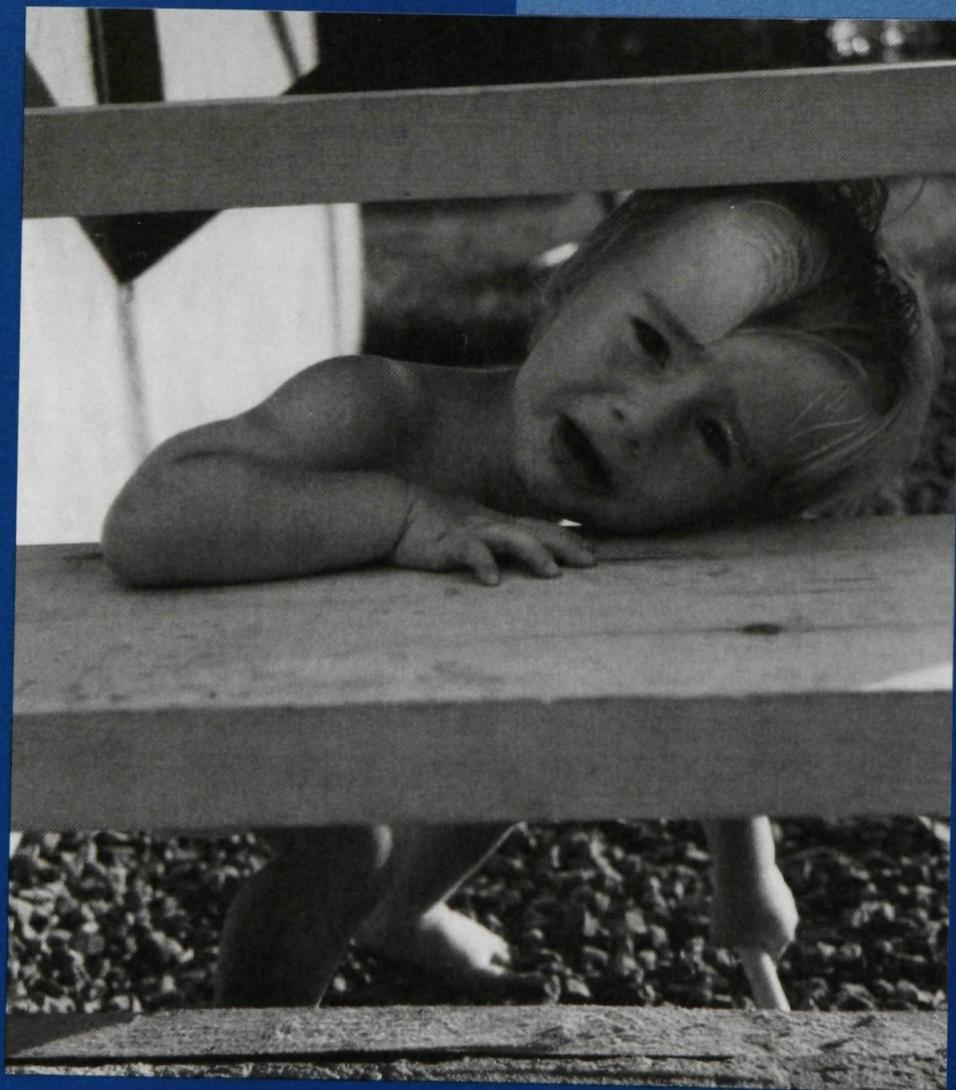
agents multiplicateurs auprès des nourrissons et leurs parents constitue un moyen permettant de mettre en œuvre un programme d'éducation et de promotion à la santé bucco-dentaire.

En milieu de garde, une formation en santé dentaire pour les éducatrices qui interviennent auprès des enfants et de leurs parents est également prévue. **L'instauration du brossage quotidien avec un dentifrice fluoruré est la mesure préventive universelle privilégiée dans les centres de la petite enfance.** Dans un avenir prochain, nous devrions pouvoir intervenir de façon plus sélective auprès d'un nombre restreint d'enfants qui cumulent une grande partie des problèmes de santé bucco-dentaire.

## **LES DÉFIS**

- **Poursuivre la lutte aux maladies infectieuses, notamment par le maintien de taux élevés de couverture vaccinale, l'utilisation appropriée des antibiotiques et les mesures d'hygiène optimales dans les garderies.**
- **Prioriser l'allocation des ressources disponibles afin de garantir l'accessibilité aux services requis par les problèmes de santé des enfants en maintenant la disponibilité de la première ligne, les masses critiques de ressources spécialisées ainsi qu'une étroite collaboration entre les différentes équipes professionnelles.**
- **Assurer aux enfants un environnement sécuritaire au regard des blessures et des intoxications involontaires en favorisant la mise en place de mesures préventives reconnues efficaces, notamment dans les familles et les milieux de garde.**
- **Consolider dans les garderies le programme public de services dentaires préventifs particulièrement par le brossage quotidien des dents avec dentifrice au fluorure.**

# 6 Problèmes de santé reliés à l'environnement



*« Qu'ils vivent dans de grands centres urbains ou dans des collectivités rurales, chaque jour les enfants sont exposés à toute une gamme d'agents potentiellement dangereux dans l'air, l'eau, les aliments, la terre ou les édifices qui constituent leur environnement. »*

*Revue canadienne de santé publique - mai-juin 1998, S69*

**Un environnement sain est primordial au bon développement de l'organisme. Une mauvaise qualité de l'air, de l'eau ou des aliments pourront être responsables d'effets néfastes à la santé, particulièrement chez les enfants.**

Trois raisons principales font de ces derniers un groupe plus vulnérable que les adultes aux substances nocives de l'environnement soit : leur développement, leurs différences physiologiques et leur comportement.

Lors des premières années de la vie d'un enfant, plusieurs systèmes physiologiques et organes sont en croissance et n'ont pas atteint leur pleine capacité de fonctionnement. Ils peuvent ainsi être plus sensibles aux divers agents agresseurs de l'environnement. Le cerveau, les poumons et le système immunitaire font partie des organes et systèmes particulièrement vulnérables lors de leur développement. De plus, divers processus régissent et contrôlent l'activité du corps humain, tels que l'absorption, la digestion, le métabolisme et l'excrétion de substances. Chez l'enfant, ces mécanismes diffèrent grandement de chez l'adulte. À titre d'exemple, l'intestin du nouveau-né aura une plus grande absorption à certaines substances, une métabolisation plus lente au niveau du foie et une filtration rénale moins efficace des substances chimiques. Enfin, bien que vivant dans le même environnement que l'adulte, l'enfant, de par son comportement, est plus exposé que l'adulte aux polluants. Étant de petite taille il se trouve plus souvent au niveau du sol ou par terre, là où l'on retrouve une plus grande concentration de polluants, tels que les poussières, les gaz d'échappement des automobiles, les pesticides, etc.

Les jeunes enfants ont également le réflexe d'explorer leur monde en portant à leur bouche les objets rencontrés dans leur environnement. Ils peuvent ainsi s'exposer à toute une panoplie de substances chimiques retrouvées à titre d'exemple dans de

la terre contaminée, des écailles de vieille peinture, des produits nettoyants et autres.

Les thèmes en lien avec la qualité de l'environnement, l'exposition aux principales substances toxiques et la vulnérabilité accrue en milieu de pauvreté sont davantage développés dans ce chapitre.

## **QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT**

De manière générale, le portrait environnemental de la région est assez positif. Certaines problématiques locales peuvent néanmoins générer des impacts pour la santé des enfants dont l'importance variera passablement selon le niveau d'exposition.

### **Eau potable**

L'eau potable de la région distribuée par les réseaux d'aqueduc est en général de bonne qualité. Le portrait est tout autre en ce qui concerne l'eau provenant de puits individuels, où des problèmes de qualité sont observés. Dans la région, c'est environ 9 % de la population qui s'approvisionne à partir de ce type d'alimentation. Les contaminants les plus fréquemment démontrés sont les bactéries coliformes (totaux et fécaux) et les nitrates. Les sources possibles de contamination les plus souvent observées sont entre autres, le mauvais aménagement du puits, les installations septiques déficientes, les épandages inappropriés d'engrais chimiques et naturels. Une eau contenant des bactéries sera plus à risque de causer des maladies comme des gastro-entérites. Certains secteurs sont particulièrement vulnérables à une telle contamination.

Les nitrates en concentration trop élevée peuvent causer quant à eux une maladie appelée la méthémoglobinémie chez le nourrisson de moins de six mois. Cette maladie se traduit par une difficulté au sang à transporter l'oxygène. Bien qu'aucun cas

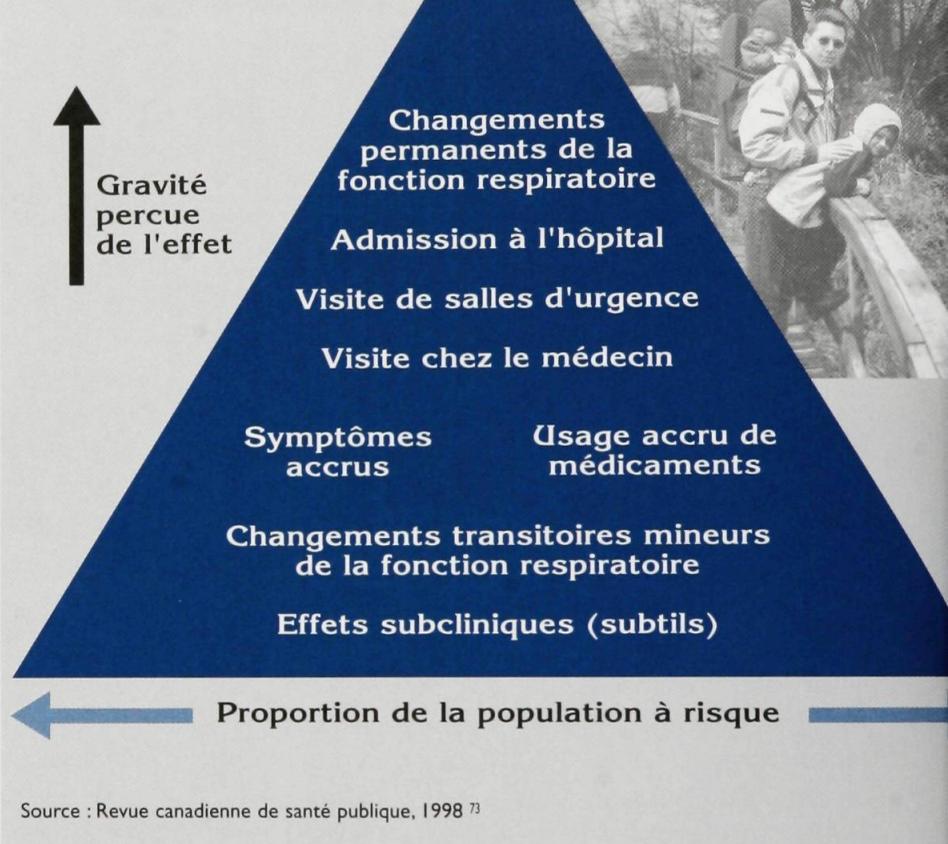
de méthémoglobinémie lié à l'eau n'ait été rapporté dans la région, des dépassements de la norme de 10 mg/L ont été observés dans plusieurs puits de la région, principalement en territoire agricole des MRC de l'Île d'Orléans et de Portneuf où des investigations plus poussées ont été réalisées.

Ainsi, pour s'assurer de la bonne qualité de l'eau potable, il a été recommandé pour tout propriétaire de puits, de la faire analyser deux fois par année par un laboratoire accrédité afin d'y préciser la présence de bactéries coliformes et de nitrates. De plus, en ce qui regarde la contamination microbiologique, l'eau donnée à un bébé de moins de quatre mois devrait être bouillie au moins cinq minutes, que cette eau provienne d'un aqueduc, d'un puits privé et même pour de l'eau embouteillée.

### Qualité de l'air

L'exposition à la pollution de l'air par des agresseurs chimiques ou biologiques, tant extérieure qu'intérieure, est en lien direct avec l'augmentation de la morbidité respiratoire chez les enfants. Les sources de pollution de l'air extérieur sont multiples mais proviennent avant tout de la combustion de combustibles fossiles (chauffage, voiture, etc.) générant entre autres dans l'air, des émissions d'anhydride sulfureux (SO<sub>2</sub>), des matières particulaires, du monoxyde de carbone (CO), des oxydes d'azote (NO<sub>x</sub>), de l'ozone (O<sub>3</sub>) et des hydrocarbures (figure 28).

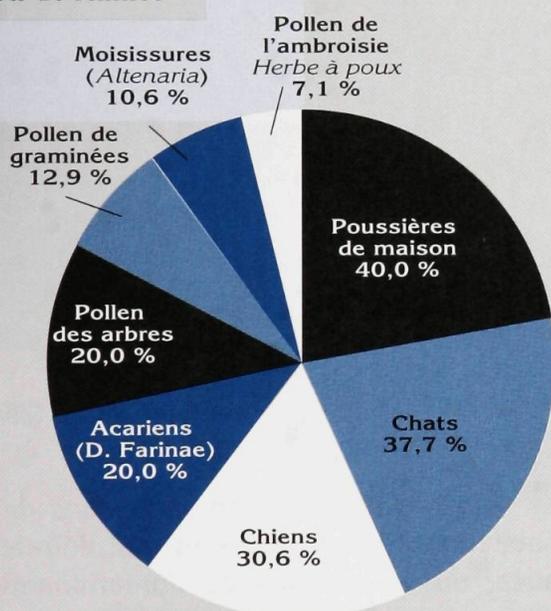
**Figure 28**  
**Effets néfastes des polluants atmosphériques sur la santé des enfants et des adolescents qui y sont exposés**



Une bonne qualité de l'air intérieur est également primordiale pour la santé des enfants. En effet, on estime que ceux-ci passent environ 90 % de leur temps à l'intérieur, notamment dans les maisons, les garderies et autres lieux publics couverts. Ces endroits, habituellement bien isolés, emprisonnent les contaminants à l'intérieur et sont souvent sources d'exposition diverses. La fumée de tabac, principal produit de combustion et de particules fines à l'intérieur des habitations, les composés organiques volatils, ou encore les contaminants biologiques comme les acariens, les moisissures ou poils d'animaux sont des exemples de polluants que l'on rencontre fréquemment.

La présence d'allergènes et de polluants a été particulièrement pointée du doigt comme facteur favorisant le développement de maladies respiratoires, notamment l'asthme. Lors d'une étude réalisée en 1997 dans la région de Québec sur les facteurs environnementaux et les allergies, il a été observé chez des patients de 0-5 ans souffrant d'asthme ou de rhinite, que la fréquence de sensibilisation aux allergènes était principalement élevée pour la poussière de maison, les chats, les chiens, les acariens, les pollens et les moisissures (figure 29).

**Figure 29**  
**Type d'allergènes chez les enfants 0-5 ans de la région de Québec, souffrant d'asthme ou de rhinite**



\* Un enfant peut présenter une allergie à plus d'un élément.

Source : Louis-Philippe Boulet & Al., 1997 <sup>9</sup>

À l'équipe santé environnementale de la Direction de la santé publique de Québec, près de 70 % des demandes d'information du grand public concernent les problèmes de pollution intérieure dont plus de 40 % sont associées à des problèmes d'humidité excessive et de moisissures. Les principaux symptômes rapportés sont l'atteinte des voies respiratoires, des allergies, de l'irrita-

tion des yeux ou des effets généraux, tels que de la fièvre, des nausées, des vomissements et de la diarrhée. L'information donnée en rapport avec ces problèmes environnementaux permet à la population concernée d'apporter les correctifs adéquats, de réduire la présence de ces polluants dans les résidences et ainsi d'améliorer leur qualité de vie.

## Soleil

Depuis 1983, le nombre de cancers de la peau déclarés au Fichier des tumeurs augmente en moyenne de 10 % par année. Aujourd'hui, une personne sur sept risque d'en contracter un au cours de sa vie. Chaque année au Québec, c'est plus de 16 000 personnes qui sont traitées pour un cancer de la peau. Près de 90 % de ces cancers seraient attribuables aux effets néfastes du soleil.

Les coups de soleil attrapés en bas âge augmentent le risque d'avoir un cancer de la peau au cours de sa vie, d'où l'importance de bien protéger les jeunes enfants des rayons du soleil. En 1994, la Direction de la santé publique de Québec a réalisé un projet pilote dans la région visant la sensibilisation et l'information des nouvelles mères face au danger que représentent les rayons du soleil pour leur nouveau-né. Un an après cette démarche, 650 mères ont été questionnées sur leur habitude face au soleil. Parmi celles-ci, 81 % avaient amélioré leurs connaissances sur les moyens de protection pour leur enfant et 69 % sur les écrans solaires. Suite à ce programme, la Fédération des CLSC, associée à d'autres partenaires, a lancé en 1997 un vaste programme de prévention par la publication d'un fascicule destiné aux jeunes mères et visant la protection de leur enfant contre les dangers des rayons du soleil.

## EXPOSITION AUX PRINCIPALES SUBSTANCES TOXIQUES

Plusieurs craintes ont été émises quant aux risques à la santé liés à l'exposition environnementale au plomb, au mercure ainsi qu'aux composés organochlorés, tels que les biphényles polychlorés (BPC) et certains pesticides. Comme ces contaminants traversent la barrière placentaire, de nombreuses questions ont été soulevées quant à leur action potentielle sur la croissance et le développement du fœtus.

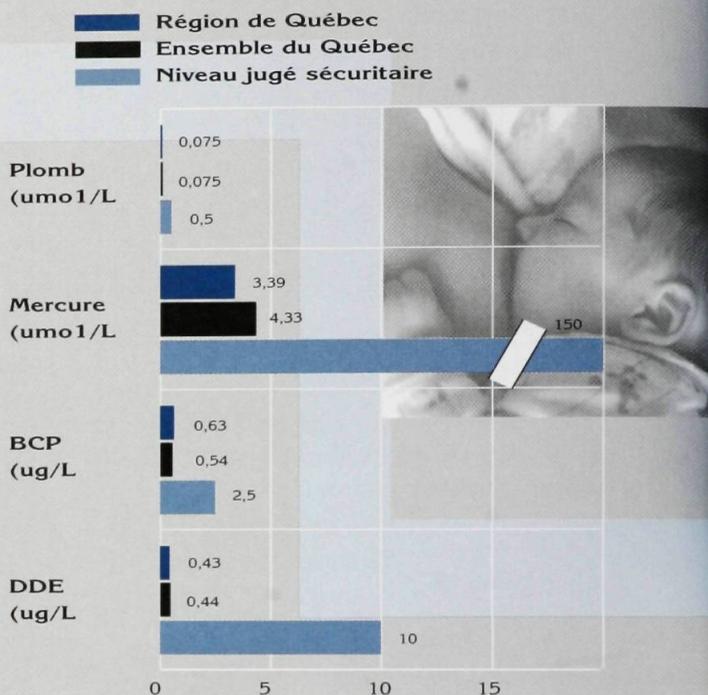
Lors d'une étude provinciale réalisée en 1993-1994, on a prélevé des échantillons de sang au cordon ombilical auprès de 972 nouveau-nés de différentes régions du Québec afin d'y déterminer les niveaux d'imprégnation aux métaux lourds et aux composés organochlorés pendant la grossesse. Dans la région de Québec, 196 bébés ont participé à l'enquête. Les niveaux de plomb, de mercure, de BPC et de pesticides chlorés dans le sang des nouveau-nés de la région de Québec sont inférieurs au niveau où l'on a observé des effets sur le développement de l'enfant. De même, les concentrations de contaminants dans le sang des nouveau-nés au Québec sont parmi les plus faibles dans le monde (figure 30).

## VULNÉRABILITÉ ACCRUE EN MILIEU DE PAUVRETÉ

Trop souvent, les conditions socio-économiques des familles sont en lien étroit avec la qualité de leur milieu de vie. De même, la pauvreté et l'environnement peuvent avoir un effet déterminant sur le développement de l'enfant. Les familles des milieux défavorisés sont souvent plus en contact avec les divers polluants de l'environnement. Par conséquent, les enfants vivants dans la pauvreté seront plus vulnérables aux effets néfastes de ces contami-

Figure 30

Concentrations moyennes de plomb, de mercure, de BPC et de pesticides chlorés dans le sang au cordon ombilical chez les nouveau-nés du Québec, 1993-1995



BPC : Biphényles pchlorés

DDE : Métabolite dérivé du pesticide de DDT

Source : Direction de santé publique, 1995 <sup>80</sup>

nants. Les facteurs responsables d'une telle situation peuvent être multiples dont :

- Un risque plus grand de vivre dans des habitations mal conçues et mal entretenues, où les niveaux de contaminants, d'humidité et de résidus toxiques peuvent être élevés et où la qualité de l'air intérieur est pauvre.
- Une plus grande probabilité d'exposition à des polluants dans des quartiers de villes situés à proximité d'axes routiers ou de sites industriels pollueurs.

Pour ces raisons, les menaces environnementales pour la santé des enfants doivent être situées dans le contexte plus large de la réduction de la pauvreté et du développement économique et social.

## **LES DÉFIS**

- **Maintenir un contrôle efficace de l'exposition des enfants aux agresseurs environnementaux particulièrement face aux conditions de logement insalubre et de pollution urbaine.**
- **Implanter des interventions qui visent à protéger les enfants les plus vulnérables, notamment au regard de l'exposition au soleil et contre les contaminants avec des substances allergènes.**

# 7 La famille au sein de sa communauté

*« Au-delà d'une expérience individuelle, le fait de devenir et d'être des parents constitue une réalité sociale essentielle à l'épanouissement d'une collectivité. À ce titre, ils ont des responsabilités, mais ils ont aussi besoin que la société les soutienne dans leur rôle. »*

*Politique de périnatalité 1993 - p.13 et  
Un monde fou de ses enfants - 1991 - p.19*



Les milieux dans lesquels évoluent les familles et où les enfants grandissent demeurent un déterminant majeur du développement physique, social et psychologique des jeunes. Les parents sont les « maîtres d'œuvre » dans ce domaine, puisqu'ils sont les premières personnes responsables de l'évolution de leurs enfants. Toutefois, ils doivent pouvoir s'appuyer sur un réseau d'individus, d'organismes et de ressources qui partagent le même objectif, soit le développement harmonieux et optimal de l'enfant. Il s'avère donc pertinent que ces personnes s'associent afin d'en arriver à créer un environnement cohérent venant soutenir la croissance des enfants.

Les services de santé et sociaux mis à la disposition de la population font partie de cet environnement et jouent un rôle prépondérant à cet égard. Pour réaliser adéquatement leur mandat, les services en place doivent être bien adaptés aux besoins de la population desservie, le tout en continuité et en complémentarité avec les autres instances également impliquées. Cet élément est d'autant plus important en présence de familles en difficulté. En termes d'organisation des services, il est intéressant de souligner que des efforts considérables ont été effectués par les CLSC de la région de Québec afin de développer une base commune de services en périnatalité et en petite enfance, et ce, dans une optique d'harmonisation. Des services complémentaires peuvent être alors mis en place selon les besoins de la population cible. La clientèle des 0-5 ans est retenue prioritaire par l'ensemble des CLSC de la région.

Le texte qui suit permet de regarder, dans un premier temps, les caractéristiques particulières de chacun des territoires d'organisation de services en lien avec les CLSC de la région, par le biais de données sociodémographiques ainsi que par des informations davantage qualitatives re-

cueillies auprès du personnel oeuvrant en périnatalité et en petite enfance. Toutefois, on doit mentionner que les éléments rapportés dans le présent chapitre et émis par des représentants des établissements de première ligne rencontrés lors des entrevues réalisées au printemps et à l'été 1999, ne sont qu'un pâle reflet des informations qu'ils ont bien voulu partager avec nous. Certains commentaires recueillis auprès des centres spécialisés ont été mentionnés dans les chapitres les concernant. Dans un deuxième temps, les services dispensés par les organismes communautaires impliqués en périnatalité et en petite enfance sont décrits sommairement. Les principales instances de concertation régionale qui soutiennent les établissements et organismes sont aussi présentées dans ce chapitre.

## **TERRITOIRES D'ORGANISATION DE SERVICES**

Lorsqu'on étudie de plus près les caractéristiques sociodémographiques, socio-économiques et sanitaires de la grande région de Québec, on peut constater la présence d'une certaine diversité selon les territoires d'organisation de services. Voici donc quelques caractéristiques reliées plus spécifiquement à chacun de ces territoires. Un tableau détaillé est déposé à l'annexe 6.

### **Portneuf**

Situé à l'extrémité ouest de la région, le territoire de Portneuf regroupait, en 1996, 45 927 personnes. Au fil des ans, on prévoit que sa population augmentera deux fois plus que celle de la région. À l'instar de la région de Québec, la population de Portneuf est vieillissante. Dans l'ensemble, ce territoire, qui est davantage rural, compte peu de familles monoparentales et de personnes seules. La population vivant sous le seuil de la pauvreté est inférieure à la moyenne provinciale. Pour ce qui est de l'état de santé de la population, il est sensi-

blement comparable à celui de la région. Le CLSC possède, en plus du siège social, quatre points de services.

Les informations recueillies en lien avec ce territoire ont permis de constater que les problématiques présentes dans la population cible ne sont pas différentes de celles identifiées dans la région. Toutefois, on semble observer une augmentation des problèmes liés à la santé mentale en ce qui concerne la détresse psychologique et la dépression sévère. Par ailleurs, le nombre insuffisant de places dans les centres de la petite enfance ainsi que certaines difficultés dans la continuité au niveau de l'information et des services entre le CLSC et le réseau, entre autres avec les cliniques médicales, ont été soulignés.

### **Ste-Foy-Sillery-Laurentien**

À l'ouest de Québec, les municipalités de Sillery, Sainte-Foy, l'Ancienne-Lorette, Cap-Rouge et Saint-Augustin-de-Desmaures forment depuis peu le CLSC des Hautes-Marées. En 1996, 131 355 personnes résidaient sur ce territoire. Au plan sociodémographique, on constate peu d'écart entre ce territoire et celui de la région. Mais au niveau socio-économique et sanitaire, la dissemblance est grande. La population de Sainte-Foy-Sillery-Laurentien est davantage scolarisée et la proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté est faible. Par ailleurs, l'état de santé observé chez cette population surpasse celui de la région. Le CLSC possède trois sites pour la distribution des services.

Une des caractéristiques identifiées sur ce territoire est la présence de plus en plus importante de personnes immigrantes. On note que cette situation peut être associée à la pauvreté et à ses conséquences. Il semble également que celle-ci serait en croissance chez les jeunes familles et les étudiants : c'est le phénomène des « nou-

veaux pauvres » qui se retrouve dans un milieu reconnu comme étant aisé. L'absence de soutien à ces familles semble alors ressortir davantage. On souligne que les problèmes rencontrés sont de plus en plus complexes et que les besoins en termes de traitement, de réadaptation et de protection menacent les services liés à la prévention et à la promotion.

### **Québec-Centre**

Le secteur de Québec-Centre regroupe les territoires des CLSC Haute-Ville-Des Rivières et de Basse-Ville-Limoilou. Le CLSC Haute-Ville-Des Rivières couvre la haute-ville de Québec ainsi que la partie reliée à Duberger-Les Saules-Lebourneuf. En 1996, 74 561 personnes y demeuraient. En ce qui concerne le CLSC Basse-Ville-Limoilou, il dessert la population résidant dans les quartiers de la basse-ville de Québec, de Limoilou et de la ville de Vanier. La population totale, en 1996, s'élevait à 83 759 personnes. Les services dispensés à la population sont partagés dans deux sites distincts pour chacun des deux CLSC.

D'ici 2001, on prévoit une diminution de la population de Québec-Centre et près de 20 % de cette dernière aura plus de 65 ans. Concernant les conditions sociodémographiques et socio-économiques, elles sont parmi les moins favorisées. Les familles monoparentales et les personnes seules sont nombreuses. La proportion de la population vivant sous le seuil de la pauvreté est nettement plus élevée que la moyenne régionale. De plus, à une situation économique difficile s'ajoute un état de santé précaire. L'espérance de vie à la naissance est significativement plus faible et le taux d'incapacité demeure élevé.

Les professionnelles de ce territoire ont fait mention qu'un bon nombre de problématiques, telles que la violence, la toxicomanie, la grossesse à l'adolescence, sont omniprésentes sur le territoire. On y retrouve une forte proportion de familles monoparentales et le tissu social n'est pas toujours adéquat, particulièrement en termes de soutien. L'absence des pères est également soulignée et des efforts sont faits en ce sens afin de les impliquer le plus possible durant la période périnatale. De là, découlent la présence et l'implantation de plusieurs programmes visant le soutien aux familles défavorisées. L'importance des programmes de prévention et de promotion de la santé dans ces milieux prend ici tout son sens.

### **De la Jacques-Cartier**

Situé au nord-ouest de la ville de Québec, le territoire de la Jacques-Cartier englobe la partie nord-ouest du quartier Neufchâtel, Val-Bélair, Loretteville, Wendake, St-Émile ainsi que cinq municipalités de la MRC de la Jacques-Cartier. Actuellement, la population de ce territoire connaît une poussée démographique importante. Entre 1991 et 1996, la population de la Jacques-Cartier est passée de 73 755 à 80 386, soit un accroissement cinq fois supérieur à celui de la région. Deux sites assurent la dispensation des services.

Selon les personnes rencontrées, les grossesses chez les adolescentes seraient en augmentation et ces dernières demeurent, malgré tout, difficiles à rejoindre. Les enfants de 2-5 ans semblent également une clientèle plus compliquée à atteindre à partir des services actuellement disponibles. La présence de « nouveaux pauvres » est rapportée comme une problématique particulière. En ce qui concerne la valorisation du rôle du père, deux projets plus spécifiques ont été développés. Soulignons enfin que des arrimages sont effectués

avec le Holland Center compte tenu de la présence de la base militaire sur ce territoire et d'une clientèle anglophone ainsi qu'avec les établissements et les organismes dispensant des services aux autochtones.

### **Orléans**

À l'est de Québec, le CLSC Orléans compte, entre autres, la ville de Beauport et les municipalités de la Côte-de-Beaupré et de l'Île d'Orléans. En 1996, 106 408 personnes habitaient ce territoire. Son taux d'accroissement est supérieur à celui de la région mais sa structure populationnelle s'apparente à cette dernière. Comparativement à celle-ci, les familles monoparentales, les personnes seules et vivant sous le seuil de la pauvreté sont proportionnellement moins nombreuses. Par contre, dans l'ensemble, l'état sanitaire de la population d'Orléans est inférieur à la moyenne régionale; l'espérance de vie à la naissance est plus faible et la mortalité liée aux maladies circulatoires et respiratoires sont significativement plus élevées que la province. Les services sont distribués à partir de trois endroits distincts.

Un des constats formulés lors de l'entrevue réfère au manque d'encadrement ainsi qu'à la surstimulation des enfants, ce qui peut entraîner un phénomène de détresse chez cette clientèle. On déplore également l'absence de modèle masculin dans les familles. La notion de « nouveaux pauvres » est aussi soulevée. Le renforcement des habiletés parentales lors des cliniques de vaccination et le développement de nouvelles pratiques préventives pour les intervenantes demeurent des stratégies préconisées sur ce territoire.

### **La Source**

Le CLSC La Source est situé au nord de la ville de Québec. En 1996, celui-ci dénombrait sur son territoire 91 241 personnes.

Au cours des prochaines années, il est prévu que cette population s'accroîtra peu. La population de ce CLSC est légèrement plus jeune que celle de la région. Dans l'ensemble, ce territoire bénéficie d'une situation sociodémographique et socio-économique supérieure à la région. La scolarité y est plus élevée, les personnes seules, tout comme celles vivant sous le seuil de faible revenu sont moins nombreuses. Pour ce qui est de l'état de santé, il surpasse la moyenne régionale; l'espérance de vie à la naissance s'avère plus élevée et le taux d'incapacité y est inférieur. Les services dispensés à la population le sont à partir de deux sites.

Les difficultés qui ressortent semblent reliées davantage aux habilités entourant le soin des enfants. Malgré les éléments émis précédemment on observe, parmi la clientèle desservie par ce CLSC, la présence de mères jeunes, peu scolarisées, ayant un faible revenu avec une connaissance limitée sur le développement de l'enfant. De là, l'importance d'un programme d'intervention comme SAEM qui vise les troubles du comportement. Concernant les aspects liés à la santé physique, des problèmes d'allergies alimentaires et d'asthme sont mentionnés. Enfin, les objectifs d'interventions visent d'abord et avant tout le renforcement des compétences parentales chez la clientèle rencontrée.

### **Charlevoix**

Le CLSC de Charlevoix se retrouve à l'extrémité est de la région de Québec. Le territoire, quoique vaste, demeure peu peuplé, soit 30 845 personnes en 1996. Entre 1991 et 1996, sa population a légèrement diminué. La situation sociodémographique de Charlevoix est dans son ensemble, relativement bonne toute proportion gardée. On y retrouve peu de familles monoparentales et les personnes seules sont peu nombreuses. Toutefois, la population de

cette région est moins scolarisée. Au plan sanitaire, on note que l'espérance de vie à la naissance est significativement plus faible que la moyenne provinciale mais le taux d'incapacité s'avère, par contre, significativement plus élevé. En termes d'organisation, quatre points de services sont en place, ceci excluant le siège social. Notons également la présence d'un centre hospitalier dispensant des services d'obstétrique.

On souligne sur ce territoire la présence, pour plusieurs enfants, des retards de développement, de langage et de socialisation, le tout dans un contexte de pauvreté et de problématiques liées à la violence. À cet égard, les enfants témoins de violence font l'objet d'une préoccupation particulière. L'absence d'un réseau de garderie adéquat est considéré comme un facteur déterminant dans cette situation. En outre, une différence est observée entre le secteur est et ouest de la région. Finalement, l'importance de soutenir les professionnelles dans leurs fonctions, tout en leur assurant la formation pertinente à leurs besoins est mentionnée.

### **PRINCIPAUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES**

La région de Québec peut compter sur plusieurs organismes communautaires qui travaillent en complémentarité avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, et tout particulièrement avec les CLSC. Un certain nombre d'entre eux oeuvrent plus spécifiquement en périnatalité et en petite enfance. Les services dispensés sont offerts, le plus souvent, à la population du Québec-métro. Ces organismes participent également aux instances de concertation, tant locales que régionales, qui ont été instaurées dans la région. Avec les transformations majeures de la réforme de la santé et des services sociaux, il est important de souligner à quel

point ces organismes jouent un rôle primordial en termes de soutien à la population. Le texte qui suit présente quelques-uns des organismes et ressources qui contribuent à l'environnement communautaire des enfants et des familles.

### **S.O.S. Grossesse**

S.O.S. Grossesse est un organisme qui a maintenant 25 ans. C'est une ligne d'écoute tenue par des bénévoles dûment formées, qui répondent à toutes questions touchant la grossesse et renseignent les mères sur les services offerts dans la région. On y donne, de façon neutre, toute information se rapportant aux différents aspects liés aux choix possibles lors d'une grossesse non planifiée, et ce, tant du point de vue physique, psychologique que légal.

La majorité de la clientèle de S.O.S. Grossesse est composée d'adolescentes ou de jeunes adultes. Ayant des relations sexuelles de plus en plus jeunes, elles sont confrontées plus tôt à des problèmes liés à la contraception, la sexualité, les relations de couple, la grossesse indésirée, etc. Par ailleurs, on rapporte une augmentation de situations relatives à la violence, l'abus, la toxicomanie, l'extrême pauvreté affective et financière. En bref, les problématiques rencontrées à S.O.S. Grossesse tendent à se diversifier et à se complexifier, c'est-à-dire, une clientèle moins scolarisée, monoparentale, pauvre avec violence et isolement ou une clientèle universitaire plus scolarisée mais tout aussi pauvre.

### **Collectif Les Accompagnantes**

Le Collectif Les Accompagnantes est un groupe d'humanisation de la naissance actif dans la région depuis plus de 15 ans. Le but du groupe est de faire de la naissance une expérience positive et enrichissante pour la femme, le couple et toute la famille. La philosophie de cet orga-

nisme est également de faire en sorte que les femmes reprennent le pouvoir sur leur grossesse et leur accouchement.

Les Accompagnantes offrent une présence continue et personnalisée pendant la grossesse, l'accouchement et dans les semaines suivant la naissance, des consultations personnelles, une écoute téléphonique, etc. Dans le but de développer des actions de services d'aide personnalisée et de prévention auprès de la clientèle bénéficiaire de la mesure OLO, Les Accompagnantes travaillent depuis plus de deux ans en étroite collaboration avec le Pignon Bleu qui offre un soutien alimentaire et éducationnel aux familles de la Basse-Ville de Québec.

Le rapport annuel 1998-1999 fait mention de différents constats : 60 % de la clientèle se retrouve en dessous du seuil de faible revenu calculé par Statistiques Canada (1997), un rajeunissement de celle-ci pour l'année courante et le quart des femmes vivent une grossesse dite à risque. Le rapport souligne également que la majorité de la clientèle allaite leur bébé.

### **Groupe Les Relevailles**

L'intervention première du Groupe Les Relevailles vise avant tout un accompagnement et un soutien. Le respect du rythme de chacun ainsi que l'approche basée sur l'aide naturelle favorisent la démarche des parents dans l'appropriation de leurs compétences parentales et de leur processus d'adaptation à l'arrivée d'un enfant.

En 1999, le Groupe Les Relevailles a réalisé un ensemble d'activités parents dont la clientèle est féminine à 99 %. Parmi les services offerts, notons, entre autres, le service d'aide-maman qui est disponible à toutes les mères qui en font la demande, chacune d'elle pouvant recevoir un minimum de six services de quatre heures. Le

Groupe Les Relevailles offre un service de jumelage et d'écoute téléphonique.

On constate, par ailleurs, que les familles d'aujourd'hui ayant de jeunes enfants sont souvent isolées et, comme le démontrent les statistiques de l'organisme, elles sont pauvres. Leur niveau de stress est élevé dû particulièrement à la précarité de l'emploi, à l'endettement, à l'instabilité des couples et au manque de soutien social.

### **Groupes d'entraide à l'allaitement maternel**

Les groupes d'entraide à l'allaitement maternel recréent avec les marraines, monitrices et bénévoles un réseau d'entraide naturel, de soutien social pour les familles. En plus de fournir de l'information, les groupes offrent un soutien immédiat et continu au jour le jour, et ce, pendant toute la durée de l'allaitement. Cet appui est indispensable, surtout dans les premières semaines de vie de l'enfant, si l'on veut augmenter la durée de l'allaitement maternel.

Cinq organismes communautaires offrent du soutien à l'allaitement pour les nouveaux parents de la région, soit **Chantelait, Entraide Naturo-Lait, Ligue La Leche, Mamie-Lait et Aidons-Lait**. La plupart de ces groupes oeuvrent dans la région depuis le début des années 1980. Ils dispensent tous un service d'écoute téléphonique, des réunions d'information et différents articles pour la vente ou la location. Au cours de l'année 1998-1999, une centaine de bénévoles de ces groupes d'entraide ont répondu à environ 7 000 appels téléphoniques, ont rejoint 800 parents par le biais de soirées d'information et ont marrainé 250 mamans. Plus de 500 mères ont également été visitées à domicile ou ont été reçues en consultation individuelle.

Depuis quelques années, les groupes d'entraide collaborent à différents niveaux, notamment à de la formation ainsi qu'au Comité régional sur l'allaitement maternel. Ils ont organisé récemment la foire d'information sur l'allaitement « Le lait de maman c'est ma formule 1 » qui s'est déroulée à Place Fleur de Lys, à l'automne 1999, dans le cadre de la semaine mondiale de l'allaitement. Cet événement a permis de mettre l'allaitement maternel sur la place publique et de sensibiliser la population à l'importance et à la normalité de l'allaitement.

### **Association des parents d'enfants prématurés (APEP)**

L'Association des parents d'enfants prématurés a été fondée en 1992 et regroupe des familles dont un ou plusieurs enfants sont nés avant 37 semaines de grossesse. Sa mission concerne la promotion des conditions optimales pour le développement des enfants prématurés, notamment par l'enrichissement des liens parents-enfant à l'hôpital et à la maison. Un des buts de l'organisme est d'assurer l'accès à des lieux d'échange et à des réseaux d'entraide au sein desquels des parents aux prises avec des difficultés similaires peuvent trouver un soutien émotionnel et échanger des informations.

L'APEP publie un bulletin trimestriel « APEP-INFO » diffusé à l'échelle du Québec, ce qui fait en sorte que des données scientifiques sont accessibles ainsi que des renseignements pratiques, des informations relatives aux ressources, etc. De plus, des conférences destinées aux parents et aux intervenantes sont tenues régulièrement.

Le but de l'Association des parents d'enfants prématurés est avant tout de promouvoir, auprès de la population générale et des instances dispensatrices de soins et de services, l'importance d'adopter une conception globale et préventive des problè-

mes associés à la prématurité et d'adapter les interventions en fonction de cette conception.

## AUTRES ORGANISMES

### Centre de la petite enfance (CPE)

Le réseau des centres de la petite enfance a été créé à partir de l'ensemble des garderies sans but lucratif et des agences de garde en milieu familial. Le centre de la petite enfance offre deux types de services, soit en installation et en milieu familial. Il accueille des enfants de la naissance jusqu'à la maternelle. Le centre peut offrir divers services à la famille en collaboration avec d'autres organismes, notamment les CLSC. Son mandat est de fournir aux parents des services éducatifs et de garde de qualité permettant à l'enfant de se développer de façon globale et harmonieuse.

Un réseau de plus de 75 CPE permet à bon nombre d'enfants d'avoir accès à un environnement propice au développement, notamment par des activités de stimulation précoce et de socialisation. Dans la région de Québec, il existe actuellement 6 374 places disponibles en installation et garderie et 3 983 en milieu familial. Malgré tout, un déficit de 2 544 places en installation et garderie et de 3 946 en milieu familial est estimé par le ministère de la Famille et de l'Enfance pour notre région (tableau 1). Le taux de couverture régionale se situe à 63,5 % pour la première catégorie et à 44,8 % pour la deuxième. Cet état de fait entraîne la présence d'une liste d'attente à court et long terme. Cette situation s'avère d'autant plus déplorable compte tenu des bénéfices positifs observés chez les clientes davantage à risque provenant des milieux plus défavorisés.

**Tableau 1**

**Places existantes et déficit estimé en installation, garderie et en milieu familial, MRC pour la région de Québec**

MRC	Places requises		Places existantes		Places en concrétisation		Déficit Estimé	
	Ins/ga	M.fam.	Ins/ga	M.fam.	Ins/ga	M.fam.	Ins/ga	M.fam.
Charlevoix	102	120	76	150	36	-	-10	-30
Charlevoix-Est	179	210	0	150	31	-	148	60
CUQ	8671	7000	5924	2840	928	870	1819	3290
Côte de Beauré	246	337	55	155	49	50	142	132
De la Jacques-Cartier	415	528	145	188	6	-	264	340
L'Île d'Orléans	67	98	39	65	29	-	-1	33
Portneuf	315	606	135	435	34	50	182	121
<b>Total</b>	<b>10031</b>	<b>8899</b>	<b>6374</b>	<b>3983</b>	<b>1113</b>	<b>970</b>	<b>2544</b>	<b>3946</b>

Source : Ministère de la Famille et de l'Enfance, 1999 <sup>63</sup>

Pour ce qui est du Regroupement des CPE, celui-ci a pour mandat d'informer, de représenter, de promouvoir les CPE et de leur offrir des services de soutien professionnel et de formation continue. Il collabore depuis longtemps avec les établissements et organismes partenaires du réseau de la santé et des services sociaux au développement de l'enfant. En ce sens, il a signé des protocoles d'entente de services avec tous les CLSC de la région, le Centre jeunesse et les Centres de réadaptation.

### **Holland Center**

En ce qui a trait à la population anglophone, il n'y a pas traditionnellement une seule communauté mais plusieurs communautés dispersées qui forment l'ensemble de la population d'expression anglaise. Ces communautés sont réparties plus particulièrement dans les CLSC Haute-Ville-des-Rivières, Sainte-Foy-Sillery-Laurentien (des Hautes Marées) et de la Jacques-Cartier. Le Holland Center répond aux besoins de la communauté et offre une éducation prénatale de façon régulière et permanente. De plus, il a développé plusieurs programmes dont « The Program for Early Parent Support (PEPS) » qui permet d'offrir aux parents d'enfants de 0-3 ans des opportunités de communication avec d'autres parents afin de partager des expériences et d'en tirer profit. Le Holland Center offre également des programmes de soutien aux mères car on constate qu'il existe de l'isolement, et ce, tant au niveau social, géographique que linguistique.

### **Centre de la famille de Valcartier**

Les objectifs poursuivis par le Centre de la famille de Valcartier sont avant tout de briser l'isolement social, de prévenir les problèmes par une intervention précoce et d'assurer des services pour répondre aux besoins de leur clientèle cible. Les interven-

tions réalisées par ce centre le sont surtout en fonction de la période postnatale et de la petite enfance.

La clientèle desservie est composée exclusivement de familles de militaires. Ces dernières sont très mobiles et peuvent vivre beaucoup d'isolement, particulièrement celles qui sont confrontées à une barrière linguistique. À cet égard, des liens sont établis avec le Holland Center ainsi qu'avec certaines ressources, notamment le Groupe les Relevailles. Par contre, on souligne que l'accessibilité aux autres ressources du milieu demeure relativement limitée, compte tenu de l'éloignement. Une des problématiques soulevées concerne les jeunes enfants qui acceptent difficilement l'absence du père. Il peut en résulter de l'agressivité, de la colère et différents troubles du comportement, tant à la garderie qu'à la maison. Le soutien à la mère devient donc une des stratégies importantes à privilégier.

### **Centre de santé Marie-Paule-Siouï-Vincent**

Le Centre de santé Marie-Paule-Siouï-Vincent est un organisme qui dessert exclusivement la population huronne vivant sur la réserve. Les objectifs visent le développement ou le renforcement de la compétence parentale ainsi que la prévention et la promotion de la santé en lien avec le développement de l'enfant.

Les différentes problématiques rencontrées demeurent similaires à celles retrouvées en CLSC, notamment l'abus, la négligence et la violence ainsi que la toxicomanie. Les services mis en place veulent répondre aux besoins de la population. Des suivis aux périodes pré et postnatale sont offerts ainsi que des ateliers visant le développement des compétences parentales. Enfin, des liens sont établis avec le CLSC de la Jacques-Cartier.

## Centre Mikueniss

Le Centre Mikueniss existe seulement depuis 3 ans. La clientèle desservie est la population autochtone urbaine vivant hors réserve et ayant des enfants de 0-5 ans. Les activités offertes sont encadrées par un programme fédéral intitulé « Programme d'aide préscolaire aux autochtones (PAPA) ». Celui-ci comprend cinq grands volets, soit culture et langue, éducation, promotion de la santé auprès des parents et des enfants, soutien social et participation parentale aux activités.

Des activités de stimulation infantile sont offertes et les parents qui vivent des difficultés, tant personnelles que sociales, reçoivent un soutien adapté à leurs besoins. Des références sont également faites et des liens sont établis avec diverses ressources, dont le CLSC de la Jacques-Cartier.

En conclusion de cette section, notons d'abord que tous les organismes impliqués auprès de la clientèle cible n'ont pas été présentés dans ce rapport. Le Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (SAAI) et les maisons d'hébergement sont deux exemples concrets, les services dispensés étant spécifiques. Par ailleurs, les établissements et les organismes rencontrés s'entendent sur la pertinence de développer davantage des activités de prévention et de promotion de la santé pour la clientèle cible 0-5 ans. Le renforcement ou le développement des capacités parentales, un suivi continu et intensif pour les familles plus vulnérables afin de mieux les soutenir dans leur rôle de parents ainsi que la stimulation précoce des enfants sont toutes des interventions qui ont été mentionnées par ces milieux.

## INSTANCES DE CONCERTATION

Dans une optique d'améliorer la qualité des services dispensés à la population cible,

différents comités régionaux ont été mis en place. Composés de divers représentants des établissements et des organismes impliqués auprès des enfants, ceux-ci permettent d'améliorer ou de mettre en place des mesures afin de mieux soutenir les jeunes familles. Le texte qui suit présente quatre comités principaux pour notre région, soit le Comité régional sur la périnatalité et la petite enfance, le Comité régional sur l'allaitement maternel, le Comité Pères régional et le Groupe de travail régional sur les enfants exposés à la violence conjugale.

### Comité régional sur la périnatalité et la petite enfance

Le Comité régional sur la périnatalité et la petite enfance a été créé par la Régie régionale de la santé et des services sociaux en 1996 en vue d'améliorer la concertation régionale en lien avec l'organisation des services. Ce comité est composé de représentants de plusieurs établissements et d'intervenants issus de divers secteurs d'activités, notamment des centres hospitaliers, des CLSC, des cliniques médicales, des organismes communautaires, du Centre Jeunesse et des centres de la petite enfance. Le mandat qui est de « planifier et assurer la mise en oeuvre de mesures visant la disponibilité des services requis et permettant la plus grande complémentarité des interventions » s'inscrit parfaitement dans la Politique de périnatalité ainsi que dans les Orientations ministérielles sur la jeunesse.

Suite à un état de situation sur les besoins et les services en périnatalité et en petite enfance, les travaux du comité ont surtout été consacrés au domaine de la périnatalité. Au printemps 1996, plusieurs recommandations ont été soumises au conseil d'administration de la Régie régionale de Québec et ont reçu leur appui. Parmi celles-ci mentionnons : l'harmonisation du contenu des rencontres prénatales, l'im-

plantation des cliniques de périnatalité, la continuité des services dans les périodes pré et postnatale, la promotion, la protection ainsi que le soutien à l'allaitement maternel, le soutien au devenir père et la disponibilité de l'information.

Depuis 1998, les travaux du comité ont évolué vers la petite enfance. Des réflexions autour d'une meilleure intégration des services offerts, entre autres, aux enfants ayant des besoins particuliers, ont été réalisées. Certains thèmes, tels que l'annonce du diagnostic aux parents lors de la naissance d'un enfant présentant une anomalie ou une déficience, font partie des préoccupations actuelles.

Malgré tous les efforts investis, les clientèles davantage vulnérables, soit celles vivant en milieu de pauvreté, demeurent difficiles à rejoindre, notamment parce qu'elles sont moins portées à consulter ou à utiliser les services mis à leur disposition. Ces comportements se traduisent par des consultations médicales plus tardives, une utilisation moindre des services préventifs tels que les rencontres prénatales, les visites médicales de contrôle en période postnatale, voire même, les ressources de type plus communautaire. Des barrières de nature culturelle et sociale viennent en partie expliquer ces attitudes. D'autres difficultés sont également présentes. À cet égard, on peut citer l'absence de certains services adaptés aux clientèles à risque, la méconnaissance de l'ensemble des services existants, tant par la population que par les intervenants, ainsi qu'un besoin important de formation et de soutien professionnel pour les différents intervenants oeuvrant dans le réseau.

Des interventions doivent donc être poursuivies afin de maintenir les acquis, d'une part et, d'autre part, de consolider les services afin de mieux rejoindre la clientèle cible et de bonifier la continuité ainsi que la

complémentarité dans les services, particulièrement avec les cliniques médicales. Un meilleur arrimage dans le réseau s'avère encore nécessaire.

### **Comité régional sur l'allaitement maternel**

Le Comité régional sur l'allaitement maternel a été formé au mois de janvier 1996 pour coordonner les actions des différents partenaires de la région en ce qui a trait au soutien, à la promotion et à la protection de l'allaitement maternel. Composé de diverses intervenantes impliquées dans ce domaine, la coordination est assurée par la Direction de la santé publique. Ce comité s'est doté d'un plan d'action pour 1997-2002 visant à consolider et harmoniser les interventions des partenaires de la région afin de garantir un soutien adéquat aux femmes qui allaitent et à leur famille, d'accroître la visibilité de l'allaitement des nourrissons auprès de la population, d'encourager l'adoption régionale du « Code de commercialisation des substituts du lait maternel » de l'OMS et d'harmoniser les messages véhiculés.

Plusieurs activités ont été réalisées pour rencontrer ces objectifs : des sessions de formation ont été offertes par une consultante en allaitement, des consultations téléphoniques, des interventions entre les différents établissements, des activités de marketing dans les lieux publics et des actions pour mieux rejoindre et soutenir les femmes vivant dans des milieux plus vulnérables.

Le travail à accomplir dans les établissements et les organismes concernés doit aussi s'appuyer sur une politique d'allaitement à un niveau régional et provincial. C'est pourquoi le comité régional s'est donné comme priorité de proposer à la Régie régionale de Québec l'adoption d'une politique d'allaitement pour tous les établissements du réseau d'ici la fin de l'an 2000.

## Comité Pères régional

Le Comité Pères régional est un groupe de travail composé de divers intervenants provenant des CLSC, des organismes communautaires, du Centre Jeunesse, des centres de la petite enfance, de l'Université Laval et de la Direction de la santé publique. Il a pour mandat de se pencher sur cette problématique et devait proposer un plan d'action permettant d'actualiser des interventions prometteuses à cet égard.

Le comité a déposé, en décembre 1998, un document intitulé « Valorisation du rôle du père et promotion de l'engagement paternel : orientations et propositions d'actions ». Ce document soumet des orientations qui reposent sur les déterminants de l'engagement paternel et sur les conditions présumées de succès des interventions visant à promouvoir l'implication du père. Ainsi, le but ultime du programme est de « favoriser le rapprochement du père et de l'enfant dès sa naissance et l'éclosion entre eux d'un lien d'attachement sécurisé et durable ». L'actualisation de ce programme exige la mise en place progressive et continue d'une combinaison de mesures et de stratégies, soit :

- La sensibilisation de la population : des projets et des campagnes médiatiques misant sur l'attrait et les effets positifs de l'implication paternelle.
- Des réflexions et des actions dans les organismes dédiés à la famille afin de créer des environnements de services et des pratiques favorables aux pères.
- Des interventions destinées aux mères et aux pères pour favoriser l'éclosion de leur compétence parentale respective, la solidarité du couple et l'attachement père-enfant.

## Groupe de travail régional sur les enfants exposés à la violence conjugale

Le Groupe de travail régional sur les enfants exposés à la violence conjugale a dé-

buté ses activités en octobre 1998. Il origine d'une recommandation du Comité régional ad hoc aviseur sur la violence faite aux femmes. Il est composé principalement d'intervenantes oeuvrant auprès d'enfants exposés à la violence conjugale des maisons d'hébergement de la région ainsi que du Centre d'amitié autochtone et du Centre Mikueniss. À ce groupe s'ajoutent, la responsable du dossier violence à la Régie régionale, une consultante juridique et une représentante de la Direction de la protection de la jeunesse. La coordination des activités est assurée par la Direction de la santé publique.

Le but de ce groupe de travail est de créer des liens entre les intervenantes en échangeant sur divers éléments et de combler les besoins en termes de prévention. Les rencontres ont permis, jusqu'à maintenant, d'identifier ces besoins, de rencontrer des intervenantes de la DPJ, d'échanger sur les outils et les stratégies, de partager des informations, de discuter, notamment avec des chercheurs de l'Université Laval ainsi qu'avec une intervenante du Groupe d'aide aux personnes impulsives (GAPI).

Le groupe constate l'importance de contribuer à la consolidation de mécanismes de concertation afin d'offrir une continuité dans la gamme de services aux enfants exposés à la violence conjugale, le tout dans une perspective de prévention des conséquences à court, moyen et long terme. Des activités de formation sont également prévues pour les membres du groupe de travail en cours d'année.

À la lecture de ce chapitre, un constat semble se dégager, soit qu'un bon nombre d'établissements et organismes se préoccupent du soutien des enfants et des familles dans la communauté. Le défi est d'en arriver à travailler de façon concertée afin de bien répondre aux besoins de la clientèle visée.

# Conclusion

Nous concluons ce rapport sur l'état de santé et de bien-être des enfants de 0-5 ans en rappelant que les enfants sont la richesse et l'avenir de notre société. Ils comptent sur nous aujourd'hui pour leur permettre de naître et de grandir dans les conditions les plus favorables. Nous aurons besoin d'eux demain pour prendre la relève et permettre à notre société de continuer à progresser.

Le contexte actuel de dénatalité et l'insécurité sociale et matérielle de plusieurs familles doit nous amener, comme responsables de services de santé et de services sociaux ou comme citoyens préoccupés de réduire l'impact de ces phénomènes, à mieux soutenir le développement de nos enfants au sein de leur famille et de leur communauté.

Au plan des indicateurs de l'état de santé physique des enfants, notre région se situe généralement dans la moyenne de l'ensemble du Québec. Des gains peuvent et doivent encore être faits en termes de diminution des naissances prématurées, de pourcentage de bébés de petit poids et de grossesses chez les adolescentes. Des énergies doivent être investies en matière de prévention des blessures involontaires, des intoxications et des expositions environnementales. Des acquis doivent être préservés en matière de couverture vaccinale, d'accès aux services médicaux et hospitaliers.

Au regard de leur développement et des dimensions psychosociales, la situation de vulnérabilité de beaucoup d'enfants et de familles nous préoccupe grandement. Des actions soutenues, coordonnées doivent être menées pour contrer l'impact de la pauvreté, de la violence et de la négligence

qui affectent les enfants de notre région. Ces actions doivent être réalisées auprès des enfants, de leur famille, des professionnels et établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'auprès de tous les autres acteurs de notre société qui exercent des responsabilités à cet égard.

Pour les enfants, ces interventions doivent permettre l'identification précoce de ceux qui sont vulnérables ou déjà atteints dans leur intégrité et assurer des interventions intensives de traitement ou de soutien pour rétablir leur chance de se développer et de prendre leur place dans la société.

Pour les familles, particulièrement celles qui vivent l'insécurité matérielle et l'isolement social, des actions de soutien plus adaptées à leurs besoins s'imposent afin de permettre aux pères et aux mères de bien remplir leur rôle indispensable auprès de leurs enfants.

Pour les professionnels et les établissements de santé et de services sociaux, les défis à relever touchent une plus grande concertation dans le partage des champs d'intervention et dans la dispensation des services aux enfants ainsi que la mise en place et la consolidation des interventions reconnues efficaces ou prometteuses auprès des clientèles vulnérables. Par ailleurs, le maintien, en première ligne et en milieu spécialisés, des masses critiques de ressources demeure nécessaire afin d'assurer une réponse efficace et de qualité aux besoins des enfants.

Au niveau de la collectivité, des actions doivent être menées pour agir sur les causes structurelles de la pauvreté et de l'insécurité qui affectent les familles. Nous devons encourager l'adoption de politiques sociales qui favorisent ceux qui décident de relever le défi d'avoir des enfants et examiner comment dans nos milieux respectifs nous pouvons contribuer à cette solidarité envers les enfants et leurs familles.

Nous aurions voulu aller encore plus loin dans la présentation des données spécifiques à notre région et dans l'analyse des stratégies efficaces pour assurer la santé et le bien-être des enfants. Les défis proposés par le présent rapport cherchent à mobiliser davantage tout ceux et celles qui dans divers secteurs de notre communauté régionale sont concernés par la situation des enfants et de leurs familles. Ils devraient

aussi permettre d'orienter les décideurs du réseau de la santé et des services sociaux dans l'établissement des priorités pour allouer les budgets disponibles. D'ailleurs, le plan régional de consolidation des services et des priorités de santé et de bien-être retenus dans la région de Québec indiquent clairement que plusieurs de ces défis s'inscrivent déjà dans les préoccupations de la Régie régionale et de ses partenaires.

Le message que nous aimerions laisser s'avère, sans contredit, l'importance d'agir précocement, de façon intensive et continue à l'aide de mesures déjà reconnues efficaces, plus spécifiquement dans les milieux de pauvreté. Investir dans le développement de nos enfants, c'est investir dans l'avenir.



# Liste des figures et du tableau

	Page
Figure 1 Variations de la population par territoire, 1991 à 1999 . . . . .	3
Figure 2 Évolution des naissances de la région de Québec, 1992 à 1999 . . . . .	4
Figure 3 Proportion du groupe des 0-5 ans en regard de la population totale, 1991 et 1999 . . . . .	4
Figure 4 Évolution de l'indice synthétique de fécondité et des taux de fécondité par groupe d'âge/1 000 femmes du Québec. . . . .	4
Figure 5 Répartition des enfants selon l'âge de la mère, ensemble du Québec, 1996 . . .	5
Figure 6 Répartition des familles selon le nombre d'enfants, ensemble du Québec, 1996. . . . .	5
Figure 7 Évolution des taux de mortalité infantile au Québec, 1976 à 1997. . . . .	9
Figure 8 Taux de mortalité infantile 1993 et 1997, pour la région de Québec et la province . . . . .	9
Figure 9 Répartition (%) des décès selon la cause, enfants de moins d'un an, région de Québec, 1992-1996 . . . . .	10
Figure 10 Répartition (%) des décès selon la cause, enfants de 1-4 ans, région de Québec, 1992-1996 . . . . .	10
Figure 11 Pourcentage de naissances de poids insuffisant, 1992 et 1996 . . . . .	11
Figure 12 Pourcentage et nombre moyen de naissances de poids insuffisant, 1992 à 1996. . . . .	11
Figure 13 Pourcentage de naissances prématurées, 1992 et 1996 . . . . .	12
Figure 14 Pourcentage et nombre moyen de naissances prématurées, 1992 à 1996 . . .	12
Figure 15 Taux de fécondité pour les 15-19 ans, 1992-1996. . . . .	14
Figure 16 Taux de grossesse/ 1 000 adolescentes de 15-19 ans par secteur, région de Québec, 1986-1994 . . . . .	15
Figure 17 Distribution de l'allaitement maternel exclusif et total en fonction de la durée, région de Québec, 1999 . . . . .	22

	Page
Figure 18 Interventions obstétricales pour la région de Québec et la province, 1997-1998 . . . . .	24
Figure 19 Taux de prévalence et nombre d'enfants handicapés, région et ensemble du Québec, 1998 . . . . .	37
Figure 20 Répartition des signalements retenus pour l'année 1998-1999 par sous-régions, selon les territoires de CLSC, 0-17 ans . . . . .	46
Figure 21 Évolution des signalements retenus chez les 0-5 ans, de 1995 à 1999, selon les motifs . . . . .	46
Figure 22 Répartition des signalements reçus à la DPJ de Québec pour les enfants 0-17 ans, 1998-1999. . . . .	47
Figure 23 Taux moyen d'hospitalisation des enfants pour la période de 1993 à 1997, CLSC, région de Québec et la province . . . . .	53
Figure 24 Principales causes d'hospitalisation 0-1 an et 1-4 ans, région de Québec, 1996-1997 . . . . .	54
Figure 25 Distribution des principales maladies infectieuses déclarées chez les enfants de 0-5 ans, région de Québec, 1998 . . . . .	55
Figure 26 Taux de couverture vaccinale complète à la maternelle, 1998-1999 . . . . .	56
Figure 27 Taux d'hospitalisation et de visite à l'urgence pour asthme et bronchospasme chez les enfants de 0 à 4 ans, 1996 . . . . .	59
Figure 28 Effets néfastes des polluants atmosphériques sur la santé des enfants et des adolescents qui y sont exposés . . . . .	66
Figure 29 Type d'allergènes chez les enfants 0-5 ans de la région de Québec, souffrant d'asthme ou de rhinite . . . . .	67
Figure 30 Concentrations moyennes de plomb, de mercure, de BPC et de pesticides chlorés dans le sang au cordon ombilical chez les nouveau-nés du Québec, 1993-1995 . . . . .	68
Tableau 1 Places existantes et déficit estimé en installation, garderie et en milieu familial, MRC pour la région de Québec . . . . .	77

# Références bibliographiques

1. ALLARD, F., et R. MORIN (1999). *Rapport d'évaluation 1998-1999 du programme Ressources pour les familles*, Direction de la santé publique de Québec, 26 p.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1994). *Report of the Committee on Infections diseases*, 687 p.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1008 p.
4. ASSOCIATION CANADIENNE DES SOINS DE SANTÉ (1994). *Énoncé de politique sur l'allaitement maternel*, Ottawa, 6 p.
5. BALL, THOMAS M., ANNE L. Wright (1999). « Health Care Costs of Formula Feeding in the First Year of Life ». *Pediatrics* 103 (4pt2), p. 870-876.
6. BEAUDRY, M., R. DUFOR ET S. MARCOUX (1994). « Relation between infant feeding and infections during the first six months of life », dans *Pediatrics*, vol. 126 (2) p. 191-197.
7. BEAULNE, G., et al. (1997). *Pour la sécurité des jeunes canadiens*, Santé Canada, 311 p.
8. BOUCHARD, N., et M. MOREAU (1995). *Le jeune enfant et ses parents...Une croissance et des compétences à valoriser et à soutenir*, Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec, 29 p.
9. BOULET, L.P., et al. (1997). *L'asthme : notion de base, éducation, intervention*, Les presses de l'Université Laval, 388 p.
10. CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC (1999). *Rapport annuel 1998-1999*, 8 p.
11. CHANCE W.G., AND E. HARMSSEN (1998). « Les enfants sont différents : les contaminants de l'environnement et la santé des enfants » dans *Revue canadienne de santé publique*, Vol. 89, mai-juin.
12. CHOINIÈRE R., Y. ROBITAILLE., D. DORVAL et Y. SAUVAGEAU (1993). *Profil des traumatismes au Québec : Disparités régionales et tendances de la mortalité (1976 à 1990) et des hospitalisations (1981 à 1991)*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique de Québec, 493 p.
13. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (1995). *Neuf mois pour la vie. Carnet de grossesse*, 32 p.
14. COMEAU, M. (1999). *État de situation sur l'implantation du programme Fluppy d'entraînement aux habiletés sociales dans la région de Québec et proposition de consolidation progressive du programme*, Direction de la santé publique de Québec, 39 p.
15. COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT (1996). *Énoncé sur l'allaitement*, Santé Canada, 4 p.
16. COMITÉ JEUNESSE (Guymond Cliche) (1998). *Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes. Agissons en complice*. Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, 56 p.

17. COMITÉ PÈRES RÉGIONAL DE QUÉBEC (1998). *Valoriser le rôle du père et promouvoir son engagement parental : orientations et propositions d'actions*, 24 p.
18. COMITÉ PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES EN SERVICE DE GARDE (1998). *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance, Guide d'intervention*, Direction générale de la santé publique, 435 p.
19. COMITÉ RÉGIONAL DE PÉDOPSYCHIATRIE (1999). *Réseau de services en santé mentale en pédopsychiatrie à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches de la région de Québec*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 16 p.
20. COMITÉ RÉGIONAL SUR LA PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE (1999). *Organisation des services aux enfants, aux jeunes et à leurs familles*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Document de travail, 34 p.
21. COMITÉ SUR LA PÉRINATALITÉ ET LA PETITE ENFANCE (1996). *Recommandations sur l'organisation des services en périnatalité et en petite enfance*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 13 p.
22. CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1999). *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents*, 65 p.
23. CROTEAU, A. (1999). *Enquête sur les conditions de travail et mesures préventives dans la région 03*, Direction de la santé publique de Québec, Document non publié.
24. CYR, L., S. DUMAS ET É. GUILBERT (1997). *Grossesse à l'adolescence et interruption volontaire de grossesse : état de la situation et organisation des services de prévention région 03 et 12 - 1994*, Centre de santé publique de Québec, 173 p.
25. DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE (1996). *Partenaires pour la santé et le bien-être des tout-petits*, 83 p.
26. DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE QUÉBEC (1997). *Indicateurs socio-sanitaires, Le Québec et ses régions*, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, 218 p.
27. DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE QUÉBEC (1999). *Taux de couverture vaccinale complète à la maternelle*, document non publié.
28. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1999). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 2<sup>e</sup> Bilan*, Document de travail, 196 p.
29. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1999). *Protocole d'immunisation du Québec*, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, 391 p.
30. DORÉ N., M.C. LEPAGE ET G. CARIGNAN (2000). *Étude sur l'alimentation du nourrisson et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement*, Direction de la santé publique de Québec, Rapport en cours de rédaction.
31. EDITORIAL, « Why Physicians Prescribe Antibiotics for Children with Upper Respiratory Tract Infections », *JAMA* 1998, 279;881-882.
32. EDWARDS, P. (1999). *Favoriser le développement des connaissances sur la santé et le bien-être des enfants au Canada*, Document de travail, Santé Canada, 36 p.

33. ÉQUIPES RÉGIONALE ET LOCALE DE SANTÉ AU TRAVAIL (1996). *Grossesse et travail, Orientation de la santé publique dans la région de Québec*, Centre de santé publique de Québec, CLSC Haute-Ville, CLSC Charlevoix, CLSC Portneuf, 10 p.
34. FERLAND, M. (1999). *Rapport sur l'état de santé et de bien-être des enfants 0-5 ans : Données statistiques*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, 29 p.
35. FORTIN G., et J. LABBÉ (1999). *Comités d'examen de décès d'enfants - premier rapport annuel 1997-1998*, Québec, 27 p.
36. GAULIN, C. (1999). *Les maladies à déclaration obligatoire, région de Québec (03)*, Direction de la santé publique de Québec, 65 p.
37. GAUVIN D., et al. (1995). *Bilan de l'approvisionnement en eau potable pour la région 03 : mise à jour - année 1993*, Direction régionale du ministère de l'Environnement et de la Faune, Direction de la santé publique de Québec, 58 p.
38. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992). *La Politique de santé et de bien-être*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 192 p.
39. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1993). *Politique de périnatalité*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 101 p.
40. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 103 p.
41. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1998). *Jouer, c'est magique - Programme favorisant le développement global des enfants*, Ministère de la Famille et de l'Enfance, 158 p.
42. GROUPE DE TRAVAIL ABUS-NÉGLIGENCE (1990). *La prévention de l'abus et de la négligence envers les enfants : document d'orientation*, Comité provincial Famille-Enfance, 41 p.
43. GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA POLITIQUE DU CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (1996). *Le syndrome d'alcoolisme fœtal : un problème de santé infantile et familiale*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 9 p.
44. GROUPE DE TRAVAIL POUR LES JEUNES (Camil Bouchard) (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, 179 p.
45. GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ORGANISATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN DÉFICIENCE DU LANGAGE ET DE LA PAROLE DESTINÉE AUX ENFANTS DANS LA RÉGION DE QUÉBEC (1998). *Rapport final*, Direction de la santé publique de Québec, 20 p.
46. GROUPE DE TRAVAIL SUR LA RÉVISION DU MANUEL DE RÉFÉRENCE SUR LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (1998). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*, Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec, 245 p.
47. GUYON, L., M. DE KONINCK, P. MORISSETTE ET P. L. CHAYER (1998). *Toxicomanie et maternité : un projet possible*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 111 p.
48. HAMEL, M. (1994). *Les retards de développement et l'intervention précoce - recension d'écrits*, Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent, 16 p.

49. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1999). *Taux de mortinatalité, de mortalité périnatale, néonatale et infantile, Québec 1996-1997*, Gouvernement du Québec, 2 p.
50. JUHEL, J.C. (1997). *La déficience intellectuelle*, Les Presses de l'Université Laval, 395 p.
51. KINO-QUÉBEC (1999). *Active pour la vie*, Direction de la santé publique de Québec, Feuillet d'information, 4 p.
52. LABBÉ J., et J.C. MERCIER (1999). *Comités de protection de l'enfance dans les centres hospitaliers du CHUQ*, Communication personnelle, Québec.
53. LABERGE A., et al. (2000). *Études des variations géographiques et annuelles de la fréquence de décès, d'hospitalisations et de visites à l'urgence pour cause d'asthme au Québec*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, 79 p.
54. LABRECQUE, E. ET M.C., LEPAGE (1996). *État de situation sur les activités en périnatalité et petite enfance dans la région de Québec*, Centre de santé publique de Québec, 88 p.
55. LABRECQUE, É., et al. (1994). *Synthèse des enquêtes sur les habitudes de vie chez les jeunes pour la région de Québec (03)*, Centre de santé publique de Québec, 17 p.
56. LAWRENCE, R.A. AND R.M. LAWRENCE (1999). *Breastfeeding A guide for the medical profession*, 5<sup>e</sup> édition, Mosby, 966 p.
57. LEPAGE, M.C. (1997). *Intervention nutritionnelle dans la période prénatale : rapport du groupe de travail des diététistes en santé publique*, Centre de santé publique de Québec, 16 p.
58. LÉVESQUE, P. (1998). « L'allaitement maternel : bon pour la mère aussi », dans *Le médecin du Québec*, volume 33(4), p. 101-109.
59. MARTIN, C., G. BOYER et al. (1995). *Naître égaux - Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 213 p.
60. MASSICOTTE, G. (1999). *Mise à jour de la répartition du budget OLO*, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec, 12 p.
61. MASSON, I., et D. DORVAL (1998). *Profil des traumatismes au Québec de 1991 à 1995*, Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec, Direction générale de la santé publique de Québec, 327 p.
62. MICHAUD, P. (1999). *Les services aux femmes enceintes ou mères de jeunes enfants qui consomment de façon problématiques des psychotropes dans la région 03*, Direction de la santé publique de Québec, 59 p.
63. MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE (1999). *Déficit en places en installation et garderie*, Direction du développement et de la concertation, 9 p.
64. MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1999). *Un portrait statistique des familles et des enfants au Québec*, Gouvernement du Québec, 206 p.
65. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *De l'intégration à la participation sociale : une question d'équité et de solidarité*, Document de consultation, 75 p.

66. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et 13-14 ans*, Collectif Analyses et surveillance # 11, 148 p.
67. MIREAULT, G. (1996). *Le service d'aide à l'enfant et son milieu : évaluation des effets sur les éducatrices et les enfants en milieu de garde*, Centre de santé publique de Québec, 132 p.
68. MONTREUIL, S. (1999). *Document d'accompagnement pour les journées annuelles en périnatalité*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Document de travail, 78 p.
69. NYQUIST, A.C., et al. (1998) « Antibiotics Prescribing for Children with Colds, Upper Respiratory Tract Infections and Bronchitis », *JAMA* 1998; 279:875-877.
70. OMS ET FISE (1989). *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel, Déclaration conjointe*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 32 p.
71. ORDRE DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES DU QUÉBEC (1999). *Prise de position : allaitement maternel*, Bureau de l'OIIQ, 4 p.
72. PAGEAU M. (1999). *Quelques caractéristiques des territoires locaux de la région de Québec*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, 5 p.
73. RAIZENNE, M., et al. (1998). « Les effets de l'exposition à la pollution atmosphérique sur la santé des enfants », dans *Revue canadienne de santé publique*, Vol. 89, mai-juin.
74. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Rapport du comité clinique sur le réseau pédiatrique*, Document de travail, 24 p.
75. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (1997). *Plan d'action en matière de planification des naissances, région de Québec*, 50 p.
76. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (1999). *Plan d'organisation des services aux personnes autistes, à leur famille et à leurs proches*, 50 p.
77. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (1997). *Plan régional d'organisation de services (PROS) en déficience physique (1997-2002)*, 122 p.
78. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (1990). *Plan régional d'organisation des services (PROS) en déficience intellectuelle*, 159 p.
79. RHAINDS M., (1997). « Prévenir les cancers de la peau », dans *CLSC express*, Vol. 10(1), p.12.
80. RHAINDS M., P. LEVALLOIS, É. DEWAILLY (1995). *Évaluation prénatale aux métaux lourds et aux organochlorés dans différentes régions du Québec méridional*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique de Québec, 57 p.
81. RIVARA, F.P. and D.C. GROSSMAN (1996). « Prevention of traumatic deaths to children in the United States : How far have we come and where do we need to go ? », dans *Pediatrics*, Vol. 97(6) : 791-797.
82. SANTÉ CANADA (1999). *À la Hauteur. Une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes au Canada*, 59 p.

83. SANTÉ CANADA (1999). *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, 128 p.
84. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE CANADA (1988). *Y'a personne de parfait - Livrets et guide d'animation*.
85. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, LES DIÉTÉTISTES DU CANADA ET SANTÉ CANADA (1998). *Nutrition du nourrisson né à terme et en santé*, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, 55 p.
86. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, SANTÉ CANADA, INSTITUT CANADIEN DE SANTÉ INFANTILE, FONDATION CANADIENNE POUR L'ÉTUDE DE LA MORTALITÉ INFANTILE (1999). *La mort subite du nourrisson : réduire le risque*, Énoncé conjoint, 4 p.
87. SOKOL, E.J. (1997). *The Code Handbook - A Guide to Implementing the International Code of Marketing of Breastfeeding Substitutes*, International Baby Food Action Network, 361 p.
88. STATISTIQUES CANADA (1999). *Rapports sur la santé*, vol. 10, no 4, 114 p.
89. SUDERMANN M., et P. JAFFE (1999). *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux*, Santé Canada, 71 p.
90. THE BREASTFEEDING COMMITTEE FOR CANADA (1999). *Cost Savings from Breastfeeding: an Annotated Bibliography*, 4 p.
91. UNICEF (1992). *L'initiative pour des hôpitaux amis des bébés, deuxième partie, exécution au niveau des hôpitaux*, Directives de l'UNICEF, 22 p.
92. VANDELAC, L. (2000). *Honoraires non conventionnels : impacts sur la santé et la famille*, Conférence, Colloque de l'Association des médecins du réseau public en santé au travail du Québec.
93. ZEANAH, C.J. (1993). *Handbook of infant mental health*, New York, Guilford Press, 501 p.

# Annexe I

## Tableaux de données des populations

### POPULATION, 1999

	TOTAL	0-5	< 1	1	2	3	4	5	>5
3000 Portneuf	46 160	2 783	435	426	467	460	489	506	43 377
3100 Ste-Foy/Sillery—Laurentien	130 872	6 663	939	995	1 070	1 138	1 218	1 303	124 209
3101 • Laurentien	60 051	3 941	537	569	612	651	755	817	56 110
3102 • Ste-Foy/Sillery	70 821	2 722	402	426	458	487	463	486	68 099
Haute-Ville/Dub.-Les Saules-Lebourg.	74 999	3 951	603	642	689	736	655	626	71 048
3201 • Québec-Haute-Ville	35 256	1 261	204	218	234	250	179	176	33 995
3204 • Duberger-Les Saules Lebourgneuf	39 743	2 690	399	424	455	486	476	450	37 053
Basse-Ville /Limoilou	81 355	4 252	665	705	759	806	678	639	77 103
3202 • Québec-Basse-Ville	24 329	1 213	198	210	226	240	179	160	23 116
3203 • Limoilou/Vanier	57 026	3 039	467	495	533	566	499	479	53 987
3300 De la Jacques-Cartier	83 231	6 882	1 005	1 065	1 145	1 214	1 192	1 261	76 349
3400 Orléans	107 925	6 624	928	971	1 051	1 099	1 235	1 340	101 301
3401 • Beauport	78 724	4 847	656	697	748	797	919	1 030	73 877
3402 • Orléans	29 201	1 777	272	274	303	302	316	310	27 424
3500 La Source	90 893	5 349	771	819	880	936	929	1 014	85 544
3700 Charlevoix	30 751	1 751	295	283	305	292	283	293	29 000
3701 • Charlevoix-est	17 158	1 102	215	190	204	176	148	169	16 056
3702 • Charlevoix-ouest	13 593	649	80	93	101	116	135	124	12 944
Région de Québec	646 186	38 255	5 641	5 906	6 366	6 681	6 679	6 982	607 931
Ensemble du Québec	7 352 462	503 687	73 035	77 271	83 799	88 617	89 440	91 525	6 848 775

### POPULATION, 1991

	TOTAL	0-5	< 1	1	2	3	4	5	>5
3000 Portneuf	44 158	3 204	540	537	517	545	530	535	40 954
3100 Ste-Foy/Sillery—Laurentien	128 943	8 061	1 424	1 360	1 358	1 316	1 260	1 343	120 882
3101 • Laurentien	55 338	5 044	812	854	888	828	808	854	50 294
3102 • Ste-Foy/Sillery	73 605	3 017	612	506	470	488	452	489	70 588
Haute-Ville/Dub.-Les Saules-Lebourg.	73 200	3 931	855	771	610	556	545	594	69 269
3201 • Québec-Haute-Ville	37 465	1 167	322	241	170	168	118	148	36 298
3204 • Duberger-Les Saules Lebourgneuf	35 735	2 764	533	530	440	388	427	446	32 971
Basse-Ville /Limoilou	87 470	4 341	881	804	715	666	607	668	83 129
3202 • Québec-Basse-Ville	26 745	1 216	231	242	223	168	165	187	25 529
3203 • Limoilou/Vanier	60 725	3 125	650	562	492	498	442	481	57 600
3300 De la Jacques-Cartier	73 755	6 501	1 161	1 224	1 016	959	1 059	1 082	67 254
3400 Orléans	102 264	7 837	1 461	1 364	1 303	1 270	1 218	1 221	94 427
3401 • Beauport	73 488	5 704	1 059	1 009	968	901	879	888	67 784
3402 • Orléans	28 776	2 133	402	355	335	369	339	333	26 643
3500 La Source	90 008	5 843	1 033	950	974	901	987	998	84 165
3700 Charlevoix	31 577	2 177	351	352	365	351	374	384	29 400
3701 • Charlevoix-est	17 777	1 252	209	197	204	201	217	224	16 525
3702 • Charlevoix-ouest	13 800	925	142	155	161	150	157	160	12 875
Région de Québec	631 375	41 895	7 706	7 362	6 858	6 564	6 580	6 825	589 480
Ensemble du Québec	7 066 891	544 527	99 182	96 438	89 262	85 673	85 824	88 148	6 522 364

# Annexe 2

## Revenus insuffisants et développement des enfants

par **Camil Bouchard, Ph.D.**,  
professeur au département de psychologie,  
UQAM; Directeur scientifique,  
Groupe de recherche et d'action sur  
la victimisation des enfants  
Faits saillants de la conférence prononcée  
à l'occasion des Séminaires de la Colline  
offerts conjointement par la Présidence de  
l'Assemblée nationale et le Conseil québécois  
de la recherche sociale;  
Mercredi le 21 avril 1999, de 8 h 30 à 10 h,  
Restaurant Le Parlementaire

### Faits saillants

La santé sociale des enfants : évolution depuis les années '70

- Alors que le PNB augmente depuis les années 1970, la santé sociale (Indice Fordham) des Québécois se détériore depuis le début des années 1980. Les aînés s'en sortent mieux que tous les autres groupes d'âge. Ce sont les enfants et les adolescents qui s'en tirent moins bien.

### Manque de revenus et développement des enfants

- On dénombre de très nombreux effets négatifs de la pauvreté sur le développement des enfants. Les effets négatifs concernent la santé physique, le développement cognitif, le développement affectif et social, les détériorations des relations entre les parents et les enfants, l'insertion à la citoyenneté.
- Les effets négatifs de la pauvreté sur le développement des enfants ne sont pas automatiques. Les risques associés au manque de ressources budgétaires de la famille sont cependant plus grands.
- Plusieurs facteurs augmentent le risque d'effets négatifs de la pauvreté sur le développement des enfants : l'intensité et la durée du manque de ressources et l'âge de l'enfant au moment où la famille vit la pauvreté sont les plus importants. Le nombre de stressés présents dans la famille immédiate contribue également à augmenter les risques. La rareté de familles bénéficiant de meilleurs revenus et vivant à proximité des familles pauvres ajoute aux risques.
- Les effets sur le développement cognitif des enfants sont particulièrement importants. Selon l'intensité et la durée

de la pauvreté, ils peuvent être de l'ordre de 4 à 15 points de QI tels que mesurés à 5 ans. La monoparentalité ne contribue pas au risque lorsque l'on contrôle l'effet de la pauvreté. Les effets se manifestent dès la 2<sup>e</sup> année de vie des enfants. Le risque de redoublement de classe augmente de 3 % pour chaque année passée dans la pauvreté avant 5 ans.

- Les effets sur le développement affectif et social sont moins importants que sur le plan du développement cognitif et plus dépendants de la structure familiale, des méthodes disciplinaires ou punitives utilisées par les parents. Ils ont davantage rapport à des problèmes d'externalisation (ex. : troubles de comportement) que d'internalisation (ex. : dépression).

### Pourquoi ces effets ?

- Les études québécoises (et américaines) démontrent que les enfants de milieux défavorisés sont plus à risque d'être sous-stimulés, d'être négligés gravement, d'être rudoyés ou frappés violemment, de vivre dans des quartiers ou des environnements moins sécuritaires et de fréquenter des institutions moins compétentes.
- Les effets de la pauvreté sont indirects et sont souvent relayés par les parents. Les études longitudinales illustrent que les humeurs dépressives, la détérioration subséquente des relations parentales, le manque de soutien conduisent à une dégradation de la qualité des conduites des parents envers les enfants, et subséquemment à des problèmes chez les enfants. L'environnement familial est un facteur qui peut augmenter ou réduire du 1/3 à la 1/2 les effets de la pauvreté.
- Certaines caractéristiques des enfants (petits poids, prématurés, handicaps, maladies dès la naissance) contribuent à augmenter les risques.
- Les institutions peuvent aussi contribuer aux échecs scolaires des enfants par le biais d'attentes négatives des professeurs envers les enfants et leurs familles.
- L'environnement résidentiel des enfants contribue aussi de par le manque de ressources et de stimulation et de par l'isolement dans lequel les enfants sont tenus.

### Facteurs de protection et stratégies de prévention

- L'amélioration du revenu familial, surtout pour les enfants très pauvres, représente le facteur de protection qui a le plus d'impact sur le développement cognitif des enfants.
- Il y a un certain nombre de facteurs qui viennent atténuer les risques reliés à la pauvreté. Les plus importants de ces facteurs ont trait à la qualité de l'environnement familial : **robustesse psychologique des parents, entente conjugale, chaleur et fermeté dans les modes disciplinaires, stimulation cognitive de la part des parents, fréquentation par les enfants d'environnements enrichis, voisinage** où l'on retrouve des attentes normatives de protection et de soutien aux enfants.
- À pauvreté égale, certains milieux sont moins à risques de maltraitance envers les enfants que d'autres : il s'agit de voisinages où les familles **se font confiance entre elles, ont accès à des réseaux de soutien informels variés et où le délabrement est perçu comme moins grave par les parents.**
- Les stratégies d'offre directe d'environnements enrichis aux enfants sont les plus aptes à contrer les effets de la pauvreté sur le développement cognitif des enfants. Les investissements sont à très hauts rendements (11 % annuellement ; 700 % sur une vie).
- Les stratégies de soutien psychosocial aux parents (éducation parentale) ne sont pas aussi efficaces que les stratégies directes, sauf durant la période entourant la naissance
- À certaines conditions, les politiques familiales peuvent exercer un effet très positif en regard de la prévention de la pauvreté et de ses effets. Elles doivent faire une différence réelle dans le niveau et la qualité de vie et des environnements des enfants et de leurs parents.

Pour informations supplémentaires :

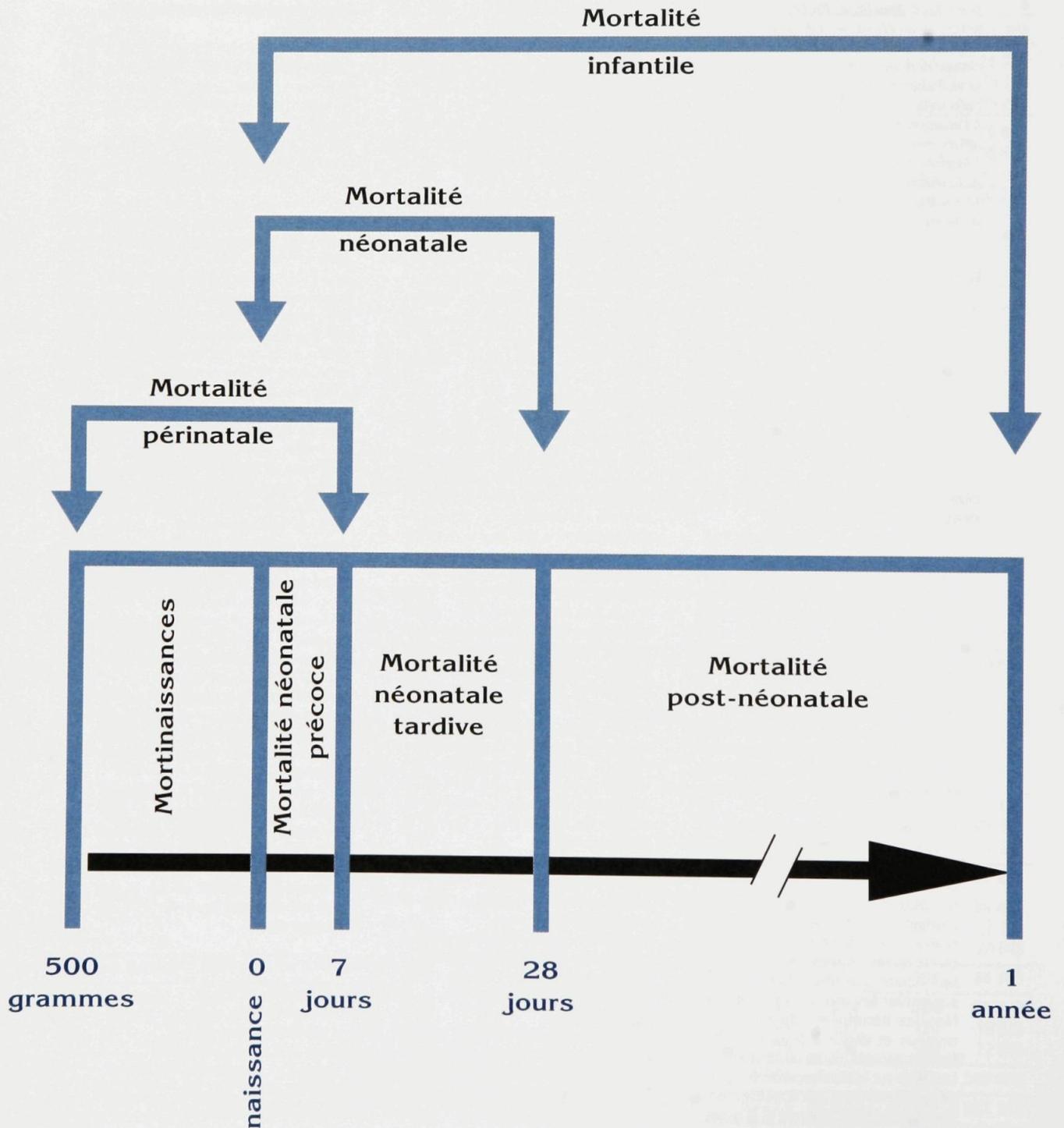
### Camil Bouchard, Ph.D.

Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants  
Université du Québec à Montréal  
C.P. 8888, succ. Centre-ville  
Montréal (Québec) H3C 3P8  
geoffrion.yvonne@uqam.ca



# Annexe 3

## Tableau explicatif de la mortalité infantile



Source : Statistiques Canada (référence 4)

# Annexe 4

## Tableaux complémentaires sur l'allaitement maternel

**Tableau 1**  
**Description de la cohabitation mère - enfant au cours du séjour à l'hôpital selon le mode d'alimentation**

Cohabitation	Au sein et combinaison sein et préparation lactée		Préparation lactée seulement		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui pendant le jour et la nuit	59	20,6	9	7,4	68	16,7
Oui pendant le jour et le soir	145	50,7	67	55,4	212	52,0
Oui quelques heures ou à la demande	60	20,9	36	29,8	96	23,5
Non	21	7,3	7	5,8	28	6,8
Fréquences disparates, enfant malade	1	0,3	2	1,6	3	1,0
Total	286	100,0	121	100,0	407	100,0

**Tableau 2**  
**Délai entre l'accouchement et le moment de la première tétée**

Délai	N	%
30 minutes ou moins	127	44,4
Plus de 30 minutes à 2 heures	83	29,0
Plus de 2 heures à 24 heures	52	18,1
Plus de 24 heures	17	5,9
Ne sait pas	7	2,4
Total	286	100,0

**Tableau 3**  
**Fréquence à laquelle la mère a donné le sein au bébé**

Fréquence de tétées*	N	%
À sa demande ou à un intervalle de < 3 heures	44	15,3
À un intervalle de 3 heures	105	36,7
À un intervalle de 4 heures et plus	127	44,3
Nourri avec biberon de lait maternel/enfant prématuré/dans incubateur	8	2,7
Ne sait pas	2	0,7
Total	286	100,0

\* incluant la nuit.

**Tableau 4**  
**Source d'information la plus utile sur l'allaitement maternel pendant la grossesse**

Source d'information	N	%
Pas besoin, déjà au courant, pas 1 <sup>er</sup> enfant	103	25,3
Livres, dépliants, revues, documentation	94	23,0
Rencontres prénatales régulières	77	18,9
Intervenants en périnatalité (infirmière, médecin, sage-femme)	74	18,1
Autre membre de famille et la mère	54	13,2
Rencontres spécifiques sur l'allaitement	51	12,5
Amis et collègues de travail	50	12,3
Infirmière et diététiste du CLSC (Programme OLO)	45	11,1
Autres	29	7,0
Ne sait pas	8	2,0
N'a pas reçu d'information	44	10,8
Nombre total de mentions*	629	-

\* 3 mentions possibles. Au total, les 407 femmes ont évoqué une première source d'information utile, 165 en ont donné une deuxième et 60 femmes ont donné une troisième source d'information. Les pourcentages sont calculés pour les 407 femmes.

# Annexe 5

## Tableau des catégories de blessures et des mesures efficaces

Mesures efficaces ou prometteuses

Catégories de blessures involontaires	Spécifiques (< 5 ans)		Universelles (pop.)	
	Comportement	Environnement	Comportement	Environnement
Occupant de véhicules à moteur (Occ. VM)	Utiliser le siège d'auto adéquatement <sup>1</sup>		Ne pas conduire si facultés affaiblies par l'alcool <sup>1,2</sup> Respecter limites de vitesse <sup>1,2</sup>	Éliminer les endroits dangereux sur le réseau routier <sup>1</sup>
Piétons			Idem à ci-dessus	Contrôler circulation par des mesures d'atténuation.
Noyades / quasi noyade		Entourer piscines résidentielles d'une clôture sécuritaire <sup>1,2</sup>	Apprendre la RCR <sup>3</sup> Porter <sup>1,2</sup> un VFI <sup>4</sup>	
Intoxication accidentelle	Connaître le numéro de téléphone du Centre antipoison <sup>1</sup> Avoir du Sirop d'Ipéca au domicile <sup>1</sup>	Rendre les médicaments et produits ménagers moins accessibles Bouchon protège enfant <sup>1, 2</sup> Entreposage sécuritaire <sup>1</sup> .		
Chutes	Munir les escaliers de barrières sécuritaires <sup>1</sup> Ne pas utiliser de marchette <sup>1</sup>	Rendre les aires de jeux conformes aux normes de sécurité <sup>1,2</sup>		
Incendies / brûlures	Éviter les risques de brûlures causées aux enfants par les liquides chauds <sup>1</sup>			Avoir un détecteur de fumée <sup>1,2</sup> Baisser la T° du chauffe eau à 49°C (120°F) <sup>1,2</sup>
Suffocation/ obstruction	Ne pas donner des aliments à risque et petits objets aux enfants <sup>1</sup>	Sécuriser les lits de bébé <sup>1,2</sup> Espace entre les barreaux réduit Matelas bien fixé Cordons inaccessibles		

1 Via des activités de counseling (information, éducation) auprès des parents et décideurs.

2 Via des activités législatives ou réglementaires.

3 RCR pour «Réanimation cardio-respiratoire».

4 VFI pour «Vêtement de flottaison individuel».

# Annexe 6

## Quelques caractéristiques des territoires locaux de la région de Québec

	ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGION DE QUÉBEC	PORTNEUF 030	SAINTE-FOY SILLERY LAURENTIEN 031	QUÉBEC-CENTRE 032	DE LA JACQUES-CARTIER 033	ORLÉANS 034	LA SOURCE 035	CHARLEVOIX 037
<b>SOCIODÉMOGRAPHIQUE</b>	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Proportion de familles monoparentales ayant au moins un enfant de moins de 18 ans <sup>1</sup> (1996)	20,4	20,0	13,7	19,3	33,7	14,9	15,8	19,2	13,1
Proportion de la population vivant seule <sup>1</sup> (1996)									
15 ans et plus	13,7	14,2	11,9	14,3	32,7	7,9	10,8	11,0	9,9
15-64 ans	11,1	11,1	11,2	27,2	6,5		8,6	9,4	7,6
65 ans et plus	29,7	29,7	29,9	29,8	42,7	25,5	26,9	24,2	20,4
<b>SOCIOÉCONOMIQUE</b>									
Proportion de la population ayant moins de neuf ans de scolarité <sup>2</sup> (1991)	20,1	16,6	28,1	7,2	20,2	14,4	18,6	13,1	28,5
Proportion de la population sous le seuil de faible revenu <sup>2</sup> (1990)	19,2	19,2	14,0	12,8	31,9	14,8	16,4	14,6	18,1
<b>ÉTAT DE SANTÉ<sup>3</sup></b>									
Espérance de vie (1993-1995) ans	77,8	77,9	77,2 +	80,2 +	76,2 <sup>B</sup> -	79,2 <sup>A</sup> +	76,9 -	79,3 <sup>C</sup> +	76,7 -
Taux de mortalité infantile (1993-1995) p. 1000 naissances vivantes	5,6	5,1	0,7 -	* 6,1	* 5,7 <sup>B</sup>	* 4,3 <sup>A</sup>	* 4,6	* 6,6 <sup>C</sup>	# 4,7
Taux ajusté de mortalité (1993-1995) p. 100 000	673,7	664,6	711,4	548,8 -	743,4 <sup>B</sup> +	612,5 <sup>A</sup> -	734,3 +	596,4 <sup>C</sup> -	725,7
Tumeurs	201,6	204,4	225,0	179,2 -	217,6 <sup>B</sup>	196,2 <sup>A</sup>	207,3	205,4 <sup>C</sup>	229,9
Appareil circulatoire	242,0	236,4	249,4	199,7 -	255,9 <sup>B</sup>	228,9 <sup>A</sup>	267,6+	208,6 <sup>C</sup> -	243,6
Appareil respiratoire	56,8	57,8	56,2	38,6 -	65,4 <sup>B</sup>	* 45,1 <sup>A</sup>	74,4 +	48,1 <sup>C</sup>	75,6
Traumatismes	47,8	46,3	* 64,8	34,6 -	58,0 <sup>B</sup>	* 38,5 <sup>A</sup>	51,4	* 34,7 <sup>C</sup>	* 60,7
Taux d'incapacité <sup>2</sup> (1991)	6,2	5,7 -	6,6	4,1 -	8,6 <sup>B</sup> +	4,1 <sup>A</sup>	5,1 -	4,2 <sup>C</sup> -	7,0 +

A : Incluant la parcelle de territoire située au sud de l'avenue Chauveau et à l'est du boulevard de l'Ornière.

B : Excluant Lebourgneuf et la parcelle de territoire située au sud de l'avenue Chauveau et à l'est du boulevard de l'Ornière.

C : Incluant Lebourgneuf.

(+) (-) : Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec.

\* : Coefficient de variation > à 16,5 % et £ à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

# : Coefficient de variation > à 33,3 %. La valeur ne devrait pas être utilisée.

Source 1 : Statistique Canada, recensement 1996.#

Source 2 : Statistique Canada, recensement 1991.#

MP/dc - Direction de la santé publique - RRS5-03 - 98.07.07 (c:\texte\micpag\decoupag\bord12-1.xls\socio7(2))



**H 14,471**

**E 3269**

**Ex. 2**

DIONNE, MARC                      LABRECQUE, EDITH  
SAINT-LOUIS, LYSE ET AL.  
REGIE REGIONALE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX  
DE QUEBEC - DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE

RAPPORT SUR L'ETAT DE SANTE ET DE BIEN-ETRE DES  
ENFANTS DE 0 A 5 ANS DE LA REGION DE QUEBEC :  
DEFIS A RELEVER POUR SOUTENIR LEUR

**H 14,471**

**Ex. 2**

