



L'état de santé et de bien-être des enfants de

05 à ans

de la Capitale-Nationale

Tout-petits, grands espoirs

« Vous êtes les arcs
par qui vos enfants,
comme des flèches vivantes,
sont projetés. »

Khalil Gibran (1883-1931)

2007

Sous la direction de

François Desbiens
Directeur régional de santé publique

Comité de coordination

Michel Beauchemin
Laurence Le Hénaff
Lucie Tremblay

Rédaction

Lucie Tremblay

Collaboration à la rédaction

Francine Allard
Danielle Boulard
Catherine Bourassa
Pascale Chaumette
Isabelle Côté
Agathe Croteau
Jean-François Duchesne
Sonia Dugal
Pierre Gagnon
Édith Guilbert
Suzanne Hébert
Jean Labbé
Édith Labrecque
Danielle Landry
Michel Lavoie
Laurence Le Hénaff
Marie-Claire Lepage
Renée Levaque
Céline Morrow
France Paradis
Michèle Poitras
Monique Rainville
Reine Roy
Ann Royer
Monik St-Pierre
Geneviève Tremblay

Communications

Pierre Lafleur
Ginette Langevin
Marco Thibault

Secrétariat

Linda Blais

Infographie

Serge Delisle, Atelier Infograph

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Internet de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (<http://www.dspq.qc.ca/asp/listPublication.asp>).

Pour obtenir un exemplaire de ce rapport, communiquez avec :

M^{me} Sylvie Bélanger
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 666-7000, poste 217
Télécopieur : 418 666-2776
Courrier électronique : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca
Coût du rapport : 25 \$ plus TPS (26,49 \$)
Payable à l'avance par chèque à l'ordre de l'ASSS-CN/DRSP

Cette publication est versée dans la banque Santécom.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2007
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
ISBN 978-2-89496-346-3 : (version imprimée)
ISBN 978-2-89496-347-0 : (PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce rapport est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

TREMBLAY, L. et coll. *L'état de santé et de bien-être des enfants de 0 à 5 ans de la Capitale-Nationale : Tout-petits, grands espoirs*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2007, 152 pages.



Table des matières

Liste des tableaux	VI
Liste des figures	VII
Liste des sigles	VII
Remerciements	IX
Avant-propos	X
INTRODUCTION	1
SECTION 1 – LES TOUT-PETITS, LEUR FAMILLE ET LEUR SITUATION DÉMOGRAPHIQUE	
LES TOUT-PETITS	5
Une diminution de la proportion des enfants de 0 à 5 ans	5
Les enfants adoptés	6
Les enfants en famille d'accueil	6
LEUR FAMILLE	7
Les types de familles	7
Peu de frères et soeurs	8
Les caractéristiques socioéconomiques des familles	8
Les caractéristiques culturelles des familles	11
UN APERÇU DÉMOGRAPHIQUE	13
Un ralentissement de la croissance démographique	13
Un faible niveau de fécondité	14
Une hausse récente des naissances	17
Quelques caractéristiques des mères à la naissance de leur bébé	17
EN BREF	21
SECTION 2 – LE CONTEXTE POLITIQUE ET ORGANISATIONNEL TOUCHANT LES TOUT-PETITS	
LE CONTEXTE POLITIQUE	25
Les lois et les réformes	25
Les régimes	27
Des politiques municipales en faveur des familles	27
LE CONTEXTE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	28
Les orientations en santé publique	28
Les CSSS et leur projet clinique	29
La révision de la Politique de périnatalité	29
La réorganisation des services d'obstétrique et de pédiatrie	30
LE CONTEXTE COMMUNAUTAIRE	31
Les fondations et organismes philanthropiques	31
Les organismes communautaires	32
EN BREF	33



SECTION 3 – LA PÉRIODE PÉRINATALE : POUR L'ÉGALITÉ DE TOUS

LES ISSUES DE GROSSESSE DÉFAVORABLES	37
Une augmentation de la prématurité	37
Une stabilité de l'insuffisance de poids à la naissance	38
Une diminution du retard de croissance intra-utérine	40
Une baisse de la mortalité infantile	41
LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES ET LE BIEN-ÊTRE DU NOUVEAU-NÉ	42
Les césariennes	43
Les autres interventions effectuées à la naissance du bébé	44
LA PÉRIODE PRÉNATALE : LE DÉPART	46
L'alimentation pendant la grossesse et les issues de grossesse défavorables	46
L'activité physique pendant la grossesse	47
La santé dentaire de la femme enceinte	47
Le tabagisme pendant la grossesse	48
L'alcool et les drogues pendant la grossesse	49
La santé au travail en période prénatale	51
LES SERVICES PÉRINATAUX	53
Les cliniques prénatales	53
Les îlots parents-enfants	54
Le court séjour hospitalier et le soutien aux familles	54
Des outils d'information destinés aux parents	55
Des programmes et des services pour les femmes enceintes et les futurs parents	55
EN BREF	59

SECTION 4 – LES SAINES HABITUDES DE VIE DES TOUT-PETITS : UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE

L'ALLAITEMENT MATERNEL	63
Un consensus sur les objectifs	63
Une augmentation des taux d'allaitement total	64
Une augmentation des services offerts	65
L'ALIMENTATION	67
Les aliments consommés	67
Les problèmes de surplus de poids	68
L'anémie ferriprive	69
L'alimentation en service de garde	69
Des actions concrètes pour les tout-petits	69
LA SANTÉ DENTAIRE CHEZ LES TOUT-PETITS	70
La présence de la carie dentaire chez les tout-petits	70
La prévention de la carie dentaire	70
EN BREF	72

SECTION 5 – LA SANTÉ DES TOUT-PETITS : DES STRATÉGIES PRÉVENTIVES

DES MALADIES INFECTIEUSES À PRÉVENIR OU À LIMITER	77
Les maladies évitables par la vaccination	77
Des acquis à conserver en matière de vaccination	81
L'infection au VIH et le sida	82
Les maladies entériques à déclaration obligatoire	82
Les infections dans les centres de la petite enfance	83
LES MALADIES RESPIRATOIRES : AU PREMIER RANG DES CAUSES D'HOSPITALISATION	84



LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE : UN DÉPART DE QUALITÉ	86
La qualité de l'air	86
La qualité de l'eau	89
Les pesticides et les substances toxiques	90
Une vulnérabilité accrue en milieu de pauvreté	91
LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS : LA PRÉVENTION	92
Les données	92
Les actions	93
EN BREF	96
 SECTION 6 – DES TOUT-PETITS AUX BESOINS VARIÉS : SOUTENIR LEUR DÉVELOPPEMENT	
LE DÉVELOPPEMENT DE LA NAISSANCE À 5 ANS	101
LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE DÉVELOPPEMENT	103
Les problèmes de développement langagier	103
Les problèmes de développement physique	103
Les problèmes de développement cognitif	105
Les problèmes de développement social	106
Les problèmes de santé mentale et autres troubles du comportement	107
AUTRES PROGRAMMES OU SERVICES DE NATURE PRÉVENTIVE	108
EN BREF	114
 SECTION 7 – LA MALTRAITANCE : AGIR RAPIDEMENT	
LES SIGNALEMENTS RETENUS À LA DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE	119
Les familles des jeunes pris en charge par les centres jeunesse	119
LES PROBLÉMATIQUES	120
La négligence	120
Les abus physiques, les abus sexuels et les abandons	121
Les mauvais traitements psychologiques	122
LA PRÉVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS ENVERS LES ENFANTS	123
EN BREF	125
 CONCLUSION	 127
 BIBLIOGRAPHIE	 129
 ANNEXES	
Annexe A : Enfants de 0 à 5 ans de la Capitale-Nationale	145
Annexe B : Découpage territorial – Centres de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale	146
Annexe C : Organismes communautaires de la Capitale-Nationale agissant en périnatalité et en petite enfance	147
Annexe D : Données sur la prématurité, l'insuffisance de poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine	148
Annexe E : Dates d'introduction et de fin des programmes de vaccination gratuite au Québec	151
Annexe F : Calendrier régulier d'immunisation des jeunes de 0 à 16 ans, Québec, 2006	152



Liste des tableaux

Tableau 1 :	Familles ayant au moins un enfant de moins de 6 ans, selon le type de famille, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2001	7
Tableau 2 :	Insuffisance de revenu (2000) et défavorisation matérielle et sociale très forte (2001), CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec	9
Tableau 3 :	Familles formées de conjoints de sexe opposé ayant au moins un enfant de moins de 5 ans, selon la situation des conjoints et des conjointes sur le marché du travail, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2001	9
Tableau 4 :	Enfants de 0 à 5 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon le type de famille, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2001	10
Tableau 5 :	Évolution du taux de grossesse à l'adolescence, région de la Capitale-Nationale et Québec, à quelques périodes.	16
Tableau 6 :	Situation matrimoniale des femmes ayant donné naissance, région de la Capitale-Nationale, 2000-2004	20
Tableau 7 :	Accouchement vaginal après césarienne, interventions obstétricales effectuées à la naissance du bébé et déchirures périnéales, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2000-2001 à 2003-2004.	44
Tableau 8 :	Effets de l'usage du tabac sur la grossesse et le bébé.	48
Tableau 9 :	Cas d'infections évitables par la vaccination chez les enfants de moins de 5 ans, région de la Capitale-Nationale, 1996 à 2006	78
Tableau 10 :	Cas d'infections entériques déclarés chez les moins de 5 ans, région de la Capitale-Nationale, 1996 à 2006	83
Tableau 11 :	Effets de l'exposition à la fumée secondaire chez l'enfant	88
Tableau 12 :	Décès (2000-2003) et hospitalisations (2000-2001 à 2004-2005) pour traumatisme non intentionnel selon l'âge, région de la Capitale-Nationale	92
Tableau 13 :	Répartition des hospitalisations pour traumatisme non intentionnel, enfants de 0 à 5 ans selon le type d'événement, région de la Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2004-2005	93
Tableau 14 :	Mesures à privilégier pour prévenir les décès et les hospitalisations par blessures involontaires chez les enfants de 0 à 5 ans	94
Tableau 15 :	Enfants handicapés de 0 à 5 ans selon la nature de la déficience, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1999 et 2003	104
Tableau 16 :	Signalements retenus à la Direction de la protection de la jeunesse, enfants de 0 à 5 ans, CSSS, CLSC et région de la Capitale-Nationale, 2005-2006	120

Liste des tableaux annexés

Tableau A1 :	Population des enfants de 0 à 5 ans, région de la Capitale-Nationale, 1981 à 2006	145
Tableau A2 :	Proportion des enfants de 0 à 5 ans, région de la Capitale-Nationale, 1981 et 2006	145
Tableau A3 :	Naissances vivantes prématurées, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1984-1988 à 1999-2003.	148
Tableau A4 :	Naissances vivantes de faible poids, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1984-1988 à 1999-2003.	149
Tableau A5 :	Naissances vivantes ayant un retard de croissance intra-utérine, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1984-1988 à 1999-2003	150

Liste des figures

Figure 1 :	Évolution de la proportion des enfants de 0 à 5 ans, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1981 à 2006	5
Figure 2 :	Évolution de l'indice synthétique de fécondité, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1984-1988 à 1999-2003.	14
Figure 3 :	Taux de fécondité par groupe d'âge, région de la Capitale-Nationale, 1984-1988 et 1999-2003	15
Figure 4 :	Évolution du nombre de naissances, région de la Capitale-Nationale, 1992 à 2006	17
Figure 5 :	Répartition des naissances selon l'âge de la mère, région de la Capitale-Nationale, 2004	18
Figure 6 :	Proportion de femmes ayant moins de onze ans de scolarité ayant donné naissance, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2000-2004	19
Figure 7 :	Prématurité, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1984-1988 à 1999-2003	38
Figure 8 :	Insuffisance de poids à la naissance, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1984-1988 à 1999-2003	39
Figure 9 :	Retard de croissance intra-utérine, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1984-1988 à 1999-2003	40
Figure 10 :	Taux de mortalité infantile, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1985-1989 à 2000-2003	41
Figure 11 :	Taux de césarienne, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1991-1992/1994-1995 à 2000-2001/2003-2004	43
Figure 12 :	Taux d'épisiotomie et de déchirure périnéale, région de la Capitale-Nationale, 1991-1992/1994-1995 à 2000-2001/2003-2004	45
Figure 13 :	Taux d'allaitement standardisé total au cours des six premiers mois de vie de l'enfant, région de la Capitale-Nationale, Québec (2005-2006) et recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux (2007)	64
Figure 14 :	Taux d'allaitement standardisé exclusif au cours des six premiers mois de vie de l'enfant, région de la Capitale-Nationale, Québec (2005-2006) et recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux (2007)	65
Figure 15 :	Coqueluche et infections invasives à pneumocoque, incidence chez les enfants de moins de 5 ans, région de la Capitale-Nationale, 1996-2006	79
Figure 16 :	Répartition des hospitalisations selon la cause, enfants de moins de 1 an, région de la Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2004-2005.	84
Figure 17 :	Répartition des hospitalisations selon la cause, enfants de 1 à 5 ans, région de la Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2004-2005.	85
Figure 18 :	Effets néfastes des polluants atmosphériques sur la santé des enfants et des adolescents qui y sont exposés	86
Figure 19 :	Type d'allergènes chez les enfants de 0 à 5 ans souffrant d'asthme ou de rhinite, région de la Capitale-Nationale	87

Liste des sigles

- CLSC : Centre local de services communautaires
- CSSS : Centre de santé et de services sociaux
- OLO : Œufs, lait, jus d'orange
- SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance



Remerciements

Nous remercions Danielle Landry et Michèle Poitras pour la réalisation des premières étapes du rapport.

Nous tenons à remercier certains membres de l'équipe Adaptation familiale et sociale/Santé dentaire, secteur d'activité 0 à 5 ans de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, dont l'implication, l'expérience et l'expertise ont permis un approfondissement des thèmes abordés : Francine Allard, Danielle Boulard, Isabelle Côté, Jean Labbé, Laurence Le Hénaff, Marie-Claire Lepage, Monique Rainville et Monik St-Pierre.

Nous remercions également les professionnels de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale ayant collaboré au rapport. Nous remercions spécialement l'équipe Surveillance pour sa collaboration et sa contribution à la production de données : Manon Côté, Marc Ferland, Michel Pageau et Céline Tremblay.

Enfin, nous remercions les représentants des organismes et des établissements consultés pour leur précieuse collaboration à la production du rapport.

- Centraide Québec et Chaudière-Appalaches : Nancy Maupu et Annie Vervondel;
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec : Renaud Cloutier, François Gignac et Michel Turmel; secteur Charlevoix : Béatrice Guay;
- Centre de santé Marie-Paule Sioui-Vincent : Gisèle Larose;
- Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire : Pierre Corriveau, Denis Lacerte et Richard Cloutier;
- CSSS de Charlevoix : Myriam Boivin, Mylène Briand et Carole Harvey;
- CSSS de la Vieille-Capitale : Marie-Claude Alain;
- CSSS de Portneuf : Diane Marcotte;
- CSSS de Québec-Nord : Andrée Gauthier et Natalie Petitclerc;
- Direction régionale de la coordination des réseaux locaux et des programmes clientèles : Daniel La Roche et Josette Tardif;
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec – Institut universitaire : Josette Beaupré, Richard Brousseau et Mireille Rousseau;
- Regroupement des centres de la petite enfance de Québec et de Chaudière-Appalaches : Audrey Simard;
- Regroupement des organismes communautaires de la région 03 : Jérôme Côté et Sylvie Tremblay;
- Regroupement des organismes communautaires famille de la région 03 : Richard Foy;
- Services communautaires en langue anglaise de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's : Christine Berryman et Marilyn Baxter.



Avant-propos

C'est avec grand plaisir que je vous présente cette deuxième édition du rapport du directeur régional de santé publique sur *L'état de santé et de bien-être des enfants de 0 à 5 ans de la Capitale-Nationale : Tout-petits, grands espoirs*, qui fait suite à celle parue en 2000. Le rapport s'inscrit dans le mandat que la Loi sur la santé publique du Québec confie au directeur de santé publique de chaque région : informer le public et ses partenaires sur la situation et l'évolution de la santé et du bien-être de la population de sa région et suggérer les meilleurs moyens pour garder cette population en santé.

En relation avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*^[1] et le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale nationale*^[2], le rapport vise à dresser un état de santé et de bien-être des tout-petits de la région et à mettre en relief les problèmes afin de susciter une mobilisation pour la recherche de solutions. Par l'ensemble des renseignements réunis et des orientations proposées, le rapport est conçu comme un outil de réflexion pour orienter les actions à venir.

Les enfants de 0 à 5 ans sont au cœur de ce document; on les y situe par rapport à leur famille, à leur communauté et à la société. Le rapport s'adresse principalement aux gestionnaires et aux intervenants des établissements du milieu de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires impliqués auprès des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille, mais également à toute personne intéressée par les thèmes abordés.

Le directeur régional de santé publique,



François Desbiens



Introduction

La production de cette deuxième édition du rapport s'est fondée sur une analyse de celui produit en 2000, de l'état de santé et de bien-être des enfants de 0 à 5 ans, de l'évolution des programmes et des services offerts ainsi que sur le *Programme national de santé publique 2003-2012*^[1] et le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale nationale*^[2].

Les différentes équipes de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale ont été mises à contribution pour fournir les données les plus récentes sur les thèmes abordés et en suggérer de nouveaux. Comme dans le rapport précédent, les données propres à la région sont présentées lorsqu'elles sont disponibles, de même que, selon les thèmes, les données par CSSS et par CLSC. Certains thèmes sont illustrés seulement par des données provinciales compte tenu de l'absence de données régionales. Des rencontres ou échanges ont eu lieu avec les gestionnaires responsables des équipes Famille-Enfance-Jeunesse des CSSS, avec les responsables d'organismes communautaires impliqués en petite enfance et avec des professionnels de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.

Les thèmes abordés se divisent en sept sections :

1. Les tout-petits, leur famille et leur situation démographique.
2. Le contexte politique et organisationnel touchant les tout-petits.
3. La période périnatale : pour l'égalité de tous.
4. Les saines habitudes de vie des tout-petits : un environnement favorable.
5. La santé des tout-petits : des stratégies préventives.
6. Des tout-petits aux besoins variés : soutenir leur développement.
7. La maltraitance : agir rapidement.

Dans chacune des sections, nous présentons les thèmes, leurs liens avec la santé et le bien-être des tout-petits et les données les plus récentes. Nous recensons également les services ou programmes actuellement offerts. Les enjeux se rattachant à chacun des sujets traités permettent de dégager certains moyens à explorer, à consolider ou à développer afin d'améliorer la promotion de la santé et du bien-être des tout-petits.



1. Les tout-petits, leur famille et leur situation démographique



« [...] les parents et les familles ont un rôle essentiel et crucial en ce qui concerne la croissance et le développement des enfants [...]. »

Un Québec digne des enfants



Les tout-petits, leur famille et leur situation démographique

Cette section se divise en trois parties. La première présente les données sur les enfants de 0 à 5 ans. La deuxième expose les caractéristiques des familles des tout-petits, notamment les types de familles et leur situation économique. La dernière situe les tout-petits dans le contexte démographique régional dans lequel ils évoluent.

LES TOUT-PETITS

Les enfants de 0 à 5 ans constituent une proportion de plus en plus faible de la population.

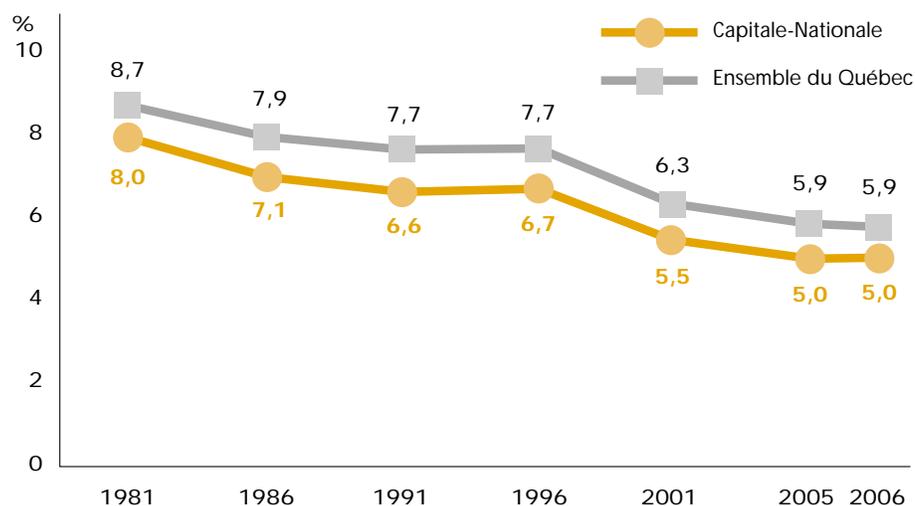
Une diminution de la proportion des enfants de 0 à 5 ans

Dans la région de la Capitale-Nationale, les enfants âgés de 0 à 5 ans étaient 33 620 en

2006, alors qu'on en dénombrait 47 177 en 1981 (annexe A). Leur nombre a diminué, mais également leur proportion, qui est passée de 8,0 % de la population en 1981 à 5,0 % en 2006 (figure 1). Les proportions régionales de tout-petits sont légèrement plus faibles que celles du Québec et suivent la même évolution. Depuis 2000, on note une stabilité de leur proportion.

Au cours de la même période (1981-2006), la population totale de la région a augmenté de 12,3 %. La réduction de la proportion d'enfants âgés de 0 à 5 ans s'explique d'une part par la réduction du nombre de naissances et d'autre part par le vieillissement de la population^[4].

Figure 1
Évolution de la proportion des enfants âgés de 0 à 5 ans, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1981 à 2006



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux^[3].



Les enfants adoptés

Les enfants adoptés représentent une faible proportion de l'ensemble des tout-petits, mais ils retiennent notre attention compte tenu de leurs besoins particuliers. Ils proviennent majoritairement de l'adoption internationale et, dans une moindre proportion, du Québec. Les enfants dont l'adoption n'est pas effectuée à la naissance vivent parfois des situations pouvant limiter leur possibilité de créer des liens d'attachement précieux pour leur développement^[5].

L'adoption internationale

Entre 2000 et 2003, une moyenne annuelle de 823 enfants étrangers ont été adoptés au Québec^[6]. Dans la région, on compte une moyenne de 59 adoptions internationales pour les années 2003-2004 à 2005-2006^[7]. Selon le Secrétariat à l'adoption internationale, les enfants de moins de 1 an adoptés au Québec représentent environ 0,6 % des naissances vivantes. Depuis 2000, l'âge des enfants adoptés a tendance à augmenter, se situant entre 2 et 4 ans plutôt qu'à moins de 1 an et le nombre d'enfants adoptés fluctue beaucoup selon les années^[8].

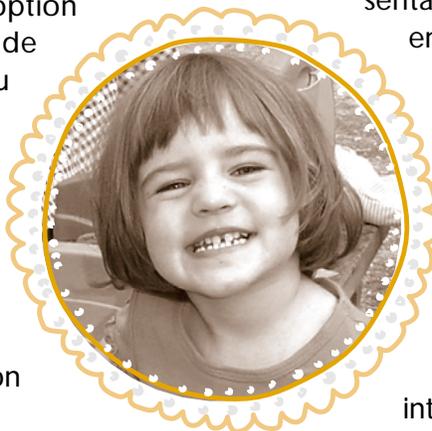
Un réseau conjoint, le Fonds de recherche en santé du Québec et le Réseau de recherche sur le développement, la santé et le bien-être de l'enfant, mentionnait, en 2003, le trop peu d'information sur l'intégration des enfants à la suite d'une adoption internationale. Mis à part des rapports anecdotiques communiqués par des parents adoptifs au cours de rencontres, il existe peu de données scientifiques à ce sujet^[9].

L'adoption d'enfants québécois

Dans la région, pour les années 2002-2003 à 2005-2006, une moyenne de 28 enfants québécois ont été adoptés^[7]. Environ la moitié des enfants seraient âgés de moins de 1 an et adoptés dès la naissance. Les autres enfants, âgés de 1 à 2 ans, sont adoptés généralement après un processus en deux étapes : un placement en famille d'accueil, suivi d'une adoption si la Cour du Québec conclut qu'il s'agit de la meilleure solution pour l'enfant^[10].

Les enfants en famille d'accueil

Dans la région de la Capitale-Nationale, pendant la période du 1^{er} avril 2005 au 30 mars 2006, 240 enfants âgés de 0 à 5 ans étaient hébergés dans une ressource de type familial ou une ressource intermédiaire, représentant 23 % de l'ensemble des enfants âgés de 0 à 17 ans hébergés dans ce type de ressource (1 042 enfants). On a noté une réduction de 22 % du nombre d'enfants hébergés entre 2003-2004 et 2005-2006^[7]. Ces proportions sont semblables à celles observées au Québec. Les responsables des familles d'accueil interviennent de façon parentale auprès d'un jeune. Ils s'engagent à lui assurer un milieu de vie familial : hébergement, soins, entretien, sécurité, éducation, pendant une période indéterminée^[11]. Toutefois, les enfants ayant fait l'objet de plusieurs placements en famille d'accueil ont vécu des changements de personnes significatives qui ébranlent leur cercle de confiance^[5]. Des formations sur le lien d'attachement sont offertes aux intervenants concernés et aux responsables de famille d'accueil de la région par le Centre jeunesse de Québec.



LEUR FAMILLE

Le contexte dans lequel naissent et grandissent les enfants influence grandement leur développement. Cette section présente les familles¹ des tout-petits et leurs caractéristiques.

Les types de familles

Dans la région de la Capitale-Nationale, la répartition des types de familles ayant au moins un enfant âgé de moins de 6 ans (tableau 1) montre que la grande majorité de ces enfants vivent en famille biparentale (85,3 %); une faible proportion vit en famille monoparentale (15,5 %), le plus souvent avec leur mère (12,5 %), plus rarement avec leur père (2,1 %). Ces données sont comparables à celles du Québec. Par rapport aux données du recensement de 1996 de Statistique Canada, la proportion des enfants vivant en famille monoparentale dans la région a légèrement augmenté (13,8 %). Une analyse par CLSC pour l'année 2001 révèle des disparités importantes. En effet, dans le territoire de la Basse-Ville–Limoilou–Vanier,

30,0 % des enfants âgés de 5 ans et moins vivaient en famille monoparentale.

La nature de l'union qui lie les parents de l'enfant au moment de sa naissance se révèle un des facteurs liés aux séparations précoces. L'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* rapporte à cet égard que la proportion des enfants de 2 ans et demi qui ont vu leurs parents se séparer varie de façon importante selon qu'ils sont nés dans le contexte d'un mariage (3,4 %) ou d'une union libre (16 %) [13]. Dans la région de la Capitale-Nationale, en 2005, la proportion de naissances survenues hors mariage (union libre ou mère ne vivant pas en couple) est de 71,7 % [14], tandis qu'elle se situe à 59,3 % au Québec.

Au moment de la naissance, les mères indiquent généralement le nom du père, confirmant ainsi leur filiation, à lui et à l'enfant. Cependant, certains enfants au Québec naissent sans père désigné. En 2005, c'était le cas de 2 220 nouveau-nés, représentant 3 % des naissances [14].

Tableau 1
Familles ayant au moins un enfant de moins de 6 ans, selon le type de famille, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2001

Type de famille	Capitale-Nationale		Ensemble du Québec	
	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Familles biparentales	25 605	(85,3)	287 785	(81,3)
Couples mariés	11 640	(38,8)	151 810	(43,8)
Couples en union libre	14 000	(46,6)	135 975	(39,2)
Familles monoparentales	4 660	(15,5)	58 670	(16,9)
Mères seules	3 750	(12,5)	50 985	(14,7)
Pères seuls	640	(2,1)	7 695	(2,2)
Total	30 035	(100,0)	346 460	(100,0)

Source : Statistique Canada, Recensement de 2001.
Note : Les résultats sont issus de données arrondies.

1. Les « familles » sont définies selon Statistique Canada. En 2001, des changements ont été apportés aux définitions : les familles formées d'un couple en union libre incluent maintenant les couples de même sexe et non plus seulement les couples formés de conjoints de sexe opposé, comme c'était le cas auparavant. De plus, les « enfants » dans une famille de recensement incluent les petits-enfants vivant dans le ménage d'au moins un de leurs grands-parents, en l'absence des parents, de même que les fils et filles qui ont été mariés, à condition qu'ils n'aient pas d'époux ou d'épouse, de partenaire en union libre ou d'enfant vivant dans le ménage. En 1991 et en 1996, il s'agissait d'enfants qui n'avaient jamais été mariés et vivaient encore à la maison [12].



L'environnement familial des tout-petits est moins stable qu'auparavant. Ils sont plus susceptibles de vivre la rupture de leurs parents, et ce, plus tôt dans leur vie^[15]. Selon l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*^[13], parmi les enfants nés en famille biparentale, à l'âge de 2 ans et demi, 11 % ont déjà vu leurs parents se séparer, et cette proportion augmente à 17,2 % chez les enfants nés en famille recomposée. Parmi les enfants qui vivent en famille monoparentale, ceux qui se développent mieux sont ceux qui peuvent compter sur un père engagé envers eux sur une base régulière^[16]. Le maintien des contacts fréquents et de qualité des enfants avec leur père après la rupture contribue à leur santé mentale et à leur réussite scolaire^[17].

Les études confirment l'importance de l'implication des deux parents auprès des enfants et les conséquences néfastes du désengagement de l'un des deux^[18]. Selon les connaissances actuelles, peu d'interventions préventives destinées aux familles vivant une rupture conjugale ont démontré leur efficacité à promouvoir le maintien des liens d'attachement entre les parents et leurs enfants, à soutenir la coparentalité et à prévenir le désengagement d'un parent, le plus souvent du père. Certains services sont offerts; des programmes particuliers doivent être développés.

Peu de frères et sœurs

La région de la Capitale-Nationale se démarque par son indice de fécondité, le plus bas du Québec. Par conséquent, les enfants de la région ont, pour la plupart, peu de frères et sœurs : 11,9 % des familles comptent trois enfants et plus, soit un taux inférieur à la moyenne québécoise (15 %)^[21].

Les caractéristiques socioéconomiques des familles

Les conditions dans lesquelles les enfants naissent et grandissent, en particulier la situation économique de la famille, revêtent une importance cruciale autant pour leurs apprentissages à court terme que pour leur vie adulte^[22] ainsi que pour leur santé et leur bien-être. Selon le *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses*^[23], l'économie de la région de la Capitale-Nationale se porte bien : le taux d'emploi est élevé, le taux de chômage est le plus faible du Québec, et la population est scolarisée. Par contre, un examen des quatre territoires de CSSS révèle des taux de pauvreté supérieurs à la moyenne dans certains secteurs (tableau 2).

Médiation familiale et autres services destinés aux parents en instance de rupture

En 1997, le Québec a promulgué une loi permettant aux couples avec enfants en instance de séparation de recevoir les services d'un médiateur (six séances gratuites) afin, notamment, que les besoins des enfants soient pris en considération. Plusieurs effets positifs à court terme sont attribués à l'utilisation des services de médiation; cependant, à moyen terme, peu d'effets ont été notés sur l'ajustement des enfants et de leurs parents à la rupture^[19].

D'autres interventions sont prometteuses, notamment les séminaires de coparentalité actuellement implantés dans la région de Montréal^[20] pour soutenir les deux parents et favoriser la prise en compte du meilleur intérêt de l'enfant impliqué malgré lui au cœur d'une séparation entre ses parents.



Tableau 2
Insuffisance de revenu (2000) et défavorisation matérielle et sociale très forte (2001), CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec

Territoires de CSSS	Insuffisance de revenu (2000)		Défavorisation matérielle et sociale très forte ¹ (2001)	
	Nombre	(%)	Nombre	(%)
PORTNEUF	5 190	(11,9)	0	(0,0)
VIEILLE-CAPITALE	69 440	(24,8)	26 335	(9,4)
Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	18 340	(14,4)	0	(0,0)
Haute-Ville-Des-Rivières	15 640	(21,6)	910	(1,3)
Basse-Ville-Limoilou-Vanier	35 460	(44,0)	25 425	(31,7)
QU BEC-NORD	39 830	(14,8)	2 665	(1,0)
De La Jacques-Cartier	11 620	(14,6)	0	(0,0)
Orléans	14 120	(14,1)	1 485	(1,5)
La Source	14 090	(15,7)	1 180	(1,3)
CHARLEVOIX	4 275	(14,7)	1 035	(3,4)
CAPITALE-NATIONALE	118 715	(19,1)	30 025	(4,8)
ENSEMBLE DU QU BEC	1 345 490	(19,1)	320 055	(4,5)

Source : Statistique Canada, Recensement de 2001.

1. La défavorisation matérielle constitue la privation de biens et de commodités dans la vie courante; la défavorisation sociale renvoie à la fragilité du réseau social, tant à l'échelle de la famille que de la communauté (ministère de la Santé et des Services sociaux).

La proportion élevée de parents sur le marché du travail

Dans la région de la Capitale-Nationale, la proportion de parents de tout-petits sur le marché de l'emploi augmente (55,1 % en 1996; 76 % en 2001) et représente un taux nettement supérieur à celui du Québec, établi à 69,2 % en 2001 (tableau 3).

Tableau 3
Familles formées de conjoints de sexe opposé ayant au moins un enfant de moins de 5 ans, selon la situation des conjoints et des conjointes sur le marché du travail, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2001

	Familles ayant au moins un enfant de moins de 5 ans					
	Deux conjoints actifs ¹ Nombre (%)	Un seul conjoint actif ¹			Deux conjoints inactifs ² Nombre (%)	Total Nombre (%)
		Total Nombre (%)	Conjoint Nombre (%)	Conjointe Nombre (%)		
Capitale-Nationale	15 475 (76,0)	4 365 (21,4)	4 015 (19,7)	350 (1,7)	535 (2,6)	20 375 (100,0)
Ensemble du Québec	175 815 (69,2)	67 985 (26,8)	62 785 (24,7)	5 200 (2,0)	10 180 (4,0)	253 975 (100,0)

Source : Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine^[21].

1. Population active : population de 15 ans ou plus, à l'exclusion des pensionnaires d'établissements, qui, durant la semaine de référence du recensement ou de l'enquête, était en emploi, en chômage ou en recherche d'emploi^[12].

2. Population inactives : population de 15 ans ou plus, à l'exclusion des pensionnaires d'établissements, qui n'était ni en emploi ni en chômage durant la semaine de référence^[12].



Les familles à faible revenu

Le fait de travailler ne garantit pas une situation financière au-dessus du seuil de faible revenu. On assiste en effet à l'émergence du phénomène de la précarité financière de personnes qui, malgré un emploi à temps complet, ne peuvent subvenir convenablement aux besoins de leur famille [21]. En 2005, un individu devait travailler 52 heures par semaine au salaire minimum pour atteindre un revenu de travail équivalent au seuil de faible revenu de Statistique Canada [24].

Les données de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* révèlent que certains enfants sont plus susceptibles de demeurer dans une situation de faible revenu, notamment ceux nés de mère seule ou qui ont connu la séparation de leurs parents et qui grandissent toujours dans une famille monoparentale [22]. De fait, pour une majorité de femmes, et en particulier pour celles peu scolarisées et sans emploi, devenir chef d'une famille monoparentale, sans autre soutien économique, peut signifier vivre dans des conditions socioéconomiques très précaires. Le fait de vivre avec un autre adulte apparenté, le plus souvent un grand-parent qui contribue financièrement à faire vivre le ménage, accroît

les chances des enfants de s'en sortir, du moins la première année [22].

Le recensement de 2001 nous informe que 20 % des tout-petits de la région de la Capitale-Nationale vivaient sous le seuil de faible revenu en 2000, comparativement à 23 % pour le Québec [12] (tableau 4). Les enfants âgés de 0 à 5 ans sont plus susceptibles de vivre dans une famille vivant sous le seuil de faible revenu s'ils habitent avec un seul parent (58 %) que s'ils habitent avec leurs deux parents (14 %). En 1996, 24 % des enfants de 0 à 5 ans vivaient sous le seuil de faible revenu.



Tableau 4

Enfants de 0 à 5 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon le type de famille, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2001

Sous le seuil de faible revenu	Capitale-Nationale		Ensemble du Québec
	Nombre	(%)	(%)
Vivant avec leurs deux parents	4 250	(14,0)	(16,8)
Vivant avec un de leurs parents	2 750	(58,0)	(58,7)
Total	6 995	(20,0)	(23,2)

Source : Statistique Canada, Recensement de 2001.



L'insuffisance de revenu des parents peut engendrer des difficultés telles que l'insécurité alimentaire². Chez les enfants, l'insécurité alimentaire est associée à des problèmes de santé en général [26], incluant des maladies graves^[27] et une diminution de l'état fonctionnel physique, psychosocial^[28, 29] et scolaire^[30]. Les données de l'*Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*^[31] effectuée à partir des données de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* montrent qu'un enfant sur dix (11 %) est touché par l'insécurité alimentaire, c'est-à-dire le manque de nourriture ou le fait de ne pas pouvoir prendre des repas équilibrés en raison des problèmes financiers de ses parents. Une étude subséquente effectuée à partir de ces mêmes données montre que les enfants nés avec une insuffisance de poids³ et qui vivaient dans une famille ayant connu l'insécurité alimentaire, étaient à plus haut risque d'obésité à l'âge de 4 ans et demi (29,8 % des enfants de familles dont le revenu était très insuffisant)^[32]. Dans la région, on a élaboré le *Plan d'action en sécurité alimentaire pour la région de la Capitale-Nationale 2004-2007*^[33] afin de favoriser les changements politiques nécessaires pour atteindre une sécurité alimentaire, d'assurer l'accès aux denrées alimentaires et enfin d'informer et de sensibiliser les décideurs de tous les secteurs liés à l'alimentation pour promouvoir la sécurité alimentaire.

L'insuffisance de revenu rend également l'accès au logement difficile. Dans la région de la Capitale-Nationale, il y avait 123 115 ménages locataires, et 35,8 % d'entre eux attribuaient 30 % et plus de leur revenu à l'habitation^[34].



Les montants nécessaires pour assumer le logement et les autres postes de dépense, tant pour un couple avec enfants que pour une famille monoparentale, dépassent les seuils de faible revenu^[35]. Enfin, notons que la région connaît des disparités dans le coût des logements pouvant atteindre des différences de 300 dollars mensuellement pour un logement incluant deux ou trois chambres^[36].

Les caractéristiques culturelles des familles

Les communautés anglophones

On estime que la population de la région de la Capitale-Nationale comprend 12 200 personnes d'expression anglaise (2 % de la population)^[37], dont plus de la moitié habite dans le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale. En 2001, la population des tout-petits de langue maternelle anglaise de la région comportait 570 enfants de 0 à 4 ans^[38]. Cependant, de 2004 à 2006, le nombre annuel moyen de naissances de langue maternelle anglaise a été de 53^[39]. Une proportion de 21,5 % de la population de langue anglaise (familles ou non) vit avec un revenu inférieur au seuil de faible revenu^[38]. La communauté anglophone de la région est servie par les Services communautaires en langue anglaise du Jeffery Hale – Saint Brigid's (anciennement le Centre Holland).

En 2006, on a amorcé un processus de révision du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise afin de s'assurer que ces services seront les plus complets et les

2. Il y a *insécurité alimentaire* lorsque la disponibilité d'aliments nutritionnellement adéquats et salubres ou la capacité d'acquérir des aliments personnellement acceptables par des moyens socialement acceptables est limitée ou incertaine^[25].
3. Moins de 2 500 grammes à la naissance^[12].



plus près possible du milieu de vie de ces personnes. En effet, conformément à l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux^[40], toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir dans sa langue des services de santé et des services sociaux.

Services communautaires en langue anglaise de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's

Situés dans le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale, les Services communautaires en langue anglaise de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's (anciennement le Centre Holland) ont la mission première de promouvoir la santé et le bien-être de la population d'expression anglaise de la région. Le Jeffery Hale propose une gamme de services de santé et de services sociaux pour tous les groupes d'âge semblables à ceux offerts dans les CSSS. Pour les familles, l'organisme offre plusieurs services et activités tels que des rencontres prénatales, des visites pré et postnatales, des rencontres pour les nouveaux parents et plusieurs activités pour les jeunes familles^[37]. Le Jeffery Hale travaille en étroite collaboration avec les ressources du réseau de la santé et des services sociaux de la région.



Les communautés immigrantes

La population immigrante admise au Québec se divise en trois catégories : immigration économique, regroupement familial et réfugiés^[41]. Dans la région de la Capitale-Nationale, entre 1994 et 2003, la plus grande proportion d'immigrants était constituée par l'immigration économique⁴ (45 %), suivie des réfugiés⁵ (30,9 %) et du regroupement familial⁶ (24,1 %) ^[41]. Selon les données du recensement de 2001, ces familles représentaient 5,1 % (5 440 familles) de l'ensemble des familles avec enfants de tous âges dont l'un ou l'autre des conjoints ou les deux avaient immigré ou étaient résidents non permanents^[21].

Les données du recensement de 2001 montrent que le taux de scolarité des immigrants installés dans la région de la Capitale-Nationale est supérieur à celui de la population québécoise : 61,5 % d'entre eux ont complété des études postsecondaires^[42]. Toutefois, les mères immigrantes auraient plus de difficultés que les mères non immigrantes à s'intégrer au milieu du travail, ce qui entraverait la capacité de leur famille de sortir d'une situation de faible revenu^[13]. Le portrait de l'immigration régionale n'est certes pas comparable à celui de la région montréalaise. Toutefois, une étude menée par la Direction de santé publique de Montréal-Centre^[43] nous oriente sur les facteurs de vulnérabilité à considérer chez les familles immigrantes. Il s'agit d'une part des facteurs associés au processus migratoire : catégorie d'admission, raisons d'immigration, violence vue ou vécue, séparations familiales, immigration récente et endettement. D'autre part, des facteurs sont associés à la mère ou à la famille au moment de l'immigration : faible scolarité ou scolarité non reconnue, plus de

4. Travailleurs qualifiés, parents aidés, gens d'affaires, aides familiaux, autres^[41].
5. Réfugiés pris en charge par l'État, personnes parrainées, réfugiés reconnus sur place, membres de la famille d'un réfugié, autres réfugiés^[41].
6. Époux, conjoints, partenaires, enfants, enfants adoptés à l'international, parents ou grands-parents, autres parents^[41].



30 ans, multiparité, méconnaissance du français ou de l'anglais, perception de perte et non-ajustement des rôles parentaux.

En ce qui concerne les hommes immigrants au Québec, Hernandez^[44] observe chez eux un effritement de la fonction paternelle traditionnelle. Différents facteurs de vulnérabilité y seraient associés, notamment la remise en question de leur rôle de pourvoyeur et les entraves pour l'exercer dans la société d'accueil, la baisse significative du statut socio-économique du chef de famille, qui limite sa capacité de faire vivre convenablement sa famille, et la remise en question de l'exercice de l'autorité paternelle.

Les communautés autochtones

La nation huronne-wendat se situe dans le territoire du CSSS de Québec-Nord. En 2005, 1 300 membres inscrits de la nation vivaient sur la réserve, dont 66 enfants âgés de 0 à 4 ans^[45]. Le Centre de santé Marie-Paule Sioui-Vincent, de compétence fédérale, offre à la

nation huronne-wendat des soins de santé et des services sociaux semblables à ceux offerts par les CSSS. Une collaboration étroite est établie entre le Centre et le CLSC de La Jacques-Cartier.

UN APERÇU DÉMOGRAPHIQUE

Cet aperçu démographique de la région de la Capitale-Nationale permet de situer les tout-petits dans l'ensemble de la société dans laquelle ils évoluent. Malgré un ralentissement de la croissance démographique⁷, les scénarios actuels suggèrent des perspectives plutôt bonnes de croissance démographique par une augmentation du taux de fécondité si la tendance se maintient. Toutefois, le vieillissement de la population demeure l'un des paramètres fondamentaux de l'évolution démographique de la région et du Québec^[46].

Un ralentissement de la croissance démographique

La région de la Capitale-Nationale est la troisième plus peuplée du Québec. Ses prévisions de croissance démographique révèlent une tendance plus faible que celle du Québec, parce que l'accroissement migratoire ne compenserait pas le déficit d'accroissement naturel au-delà de 2011^[46]. Selon le recensement de 2001 de Statistique Canada, un total de 18 670 immigrants résidaient dans la région, représentant 3 % de la population^[47]. Un total de 9 852 immigrants se sont établis dans la région entre 1994 et 2003, représentant 3,9 % des immigrants établis au Québec au cours de la même période. Ils se situent principalement dans les groupes d'âge 25-34 ans (36,1 %) et 0-14 ans (29,3 %).

Les enfants actuellement âgés de 0 à 5 ans évoluent dans une population vieillissante. En effet, les personnes âgées de 65 ans et plus,



7. Tenant compte de la fécondité, des migrations et de la mortalité.



qui représentaient 5 % de la population pendant près de la moitié du siècle dernier, constituent maintenant près de 15 % de la population. Pendant la période de 1996 à 2005 (données non présentées), la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus dans la région de la Capitale-Nationale a augmenté graduellement, passant de 12,6 à 14,9 %.

Un faible niveau de fécondité

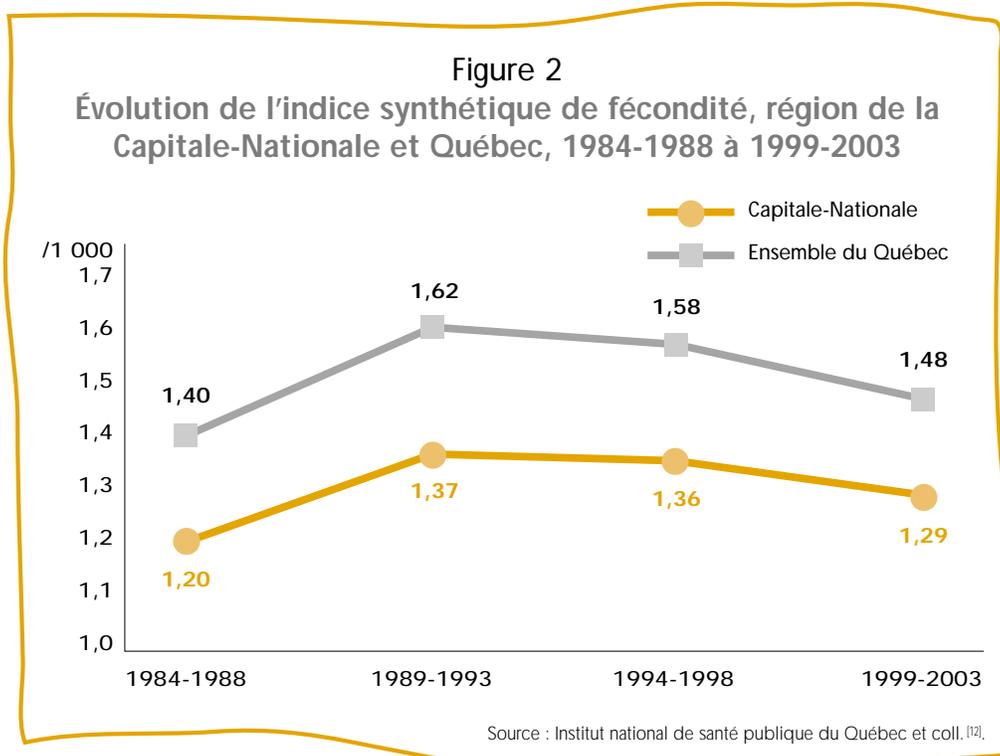
La fécondité renseigne sur l'évolution de la natalité indépendamment du vieillissement de la population.

L'indice de fécondité le plus bas du Québec

Le niveau de fécondité est déterminé par l'indice synthétique de fécondité⁸. Dans la région de la Capitale-Nationale, l'indice synthétique de fécondité suit la tendance

provinciale, mais se situe plus bas (figure 2). Il constitue le plus faible taux de fécondité du Québec. Les données provisoires pour 2006 (Institut de la statistique du Québec) montrent une augmentation de l'indice synthétique de fécondité provincial (1,62) et régional (1,44); malgré cette tendance à la hausse, la région se maintient à la dernière position au Québec.

Au Québec, l'indice synthétique de fécondité baisse graduellement depuis le début des années 1950, où il se situait à 3,9^[4]. La chute la plus importante a été observée entre les années 1960 et 1970, où il est passé de 4,0 en 1959 à 2,1 en 1970. Depuis 1970, le taux de remplacement de 2,1 n'a jamais été atteint^[48]. Le taux se situait à 1,48 pendant la période 1999-2003 (figure 2).

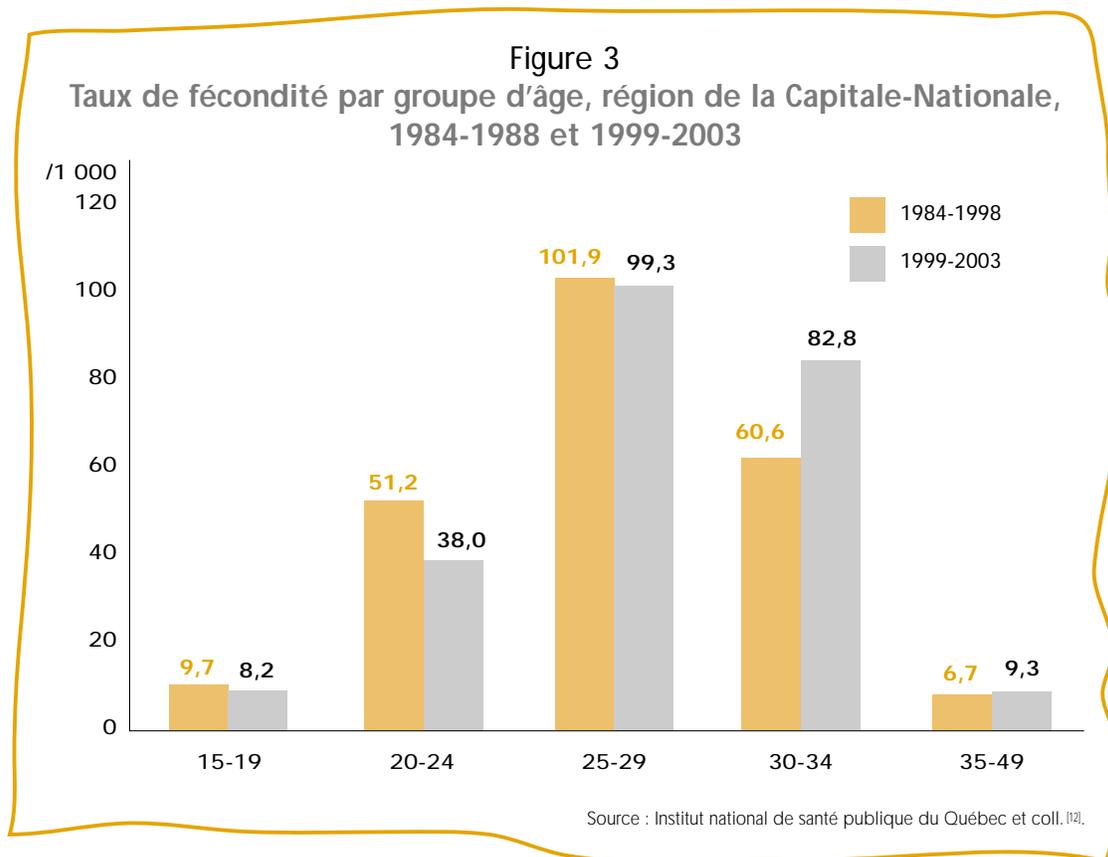


8. Renvoie au nombre moyen d'enfants qu'aurait une cohorte de femmes dans l'hypothèse où ces femmes seraient soumises tout au long de leur période de procréation aux taux de fécondité par âge observés durant une période donnée^[12].



Le taux de fécondité par groupe d'âge

Dans la région de la Capitale-Nationale, les taux de fécondité selon l'âge⁹ pour les périodes 1984-1988 et 1999-2003 (figure 3) ont diminué de 13,2 % chez le groupe des 20-24 ans, alors qu'au cours de la même période, il a augmenté de 22,2 % chez le groupe des 30-34 ans.



9. Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de naissances vivantes de mères d'un groupe d'âge déterminé sur la population féminine totale de ce groupe d'âge au milieu de la même période [12].



La grossesse à l'adolescence

Prêtons une attention particulière à la grossesse à l'adolescence. Le taux de grossesse¹⁰ à l'adolescence a fluctué au fil des 25 dernières années. Dans la région de la Capitale-Nationale, il a eu tendance à augmenter de 1986 jusqu'au milieu des années 1990, puis à se stabiliser par la suite (tableau 5). Notons qu'en 2007, l'Institut national de santé publique du Québec effectue une analyse des taux de grossesse, de fécondité et d'interruption volontaire de grossesse dans la région afin d'évaluer l'évolution de ces taux depuis la période 1998-2000.

Au Québec, en 2004, le taux de fécondité à l'adolescence était environ 30,0 % plus faible qu'en 1980 (10,3 sur 1 000 comparativement à 15,4 sur 1 000 chez les 15-19 ans). Par contre, alors que les taux d'interruption volontaire de grossesse étaient à leur plus haut niveau entre la fin des années 1990 et le début des années 2000 dans toutes les tranches d'âge (sauf chez les moins de 15 ans)¹¹, le taux d'interruption volontaire de grossesse à l'adolescence était 130 % plus élevé en 2004 qu'en 1980 (23,3 sur 1 000 comparativement à 10 sur 1 000 chez les 15-19 ans en 2004).

Dans la région, le taux de fécondité des jeunes âgées de 15 à 19 ans est demeuré assez stable entre 1986 et 2000. Quant au taux d'interruption volontaire de grossesse, il n'a cessé d'augmenter, passant de 12,2 sur 1 000 en 1986 à 19,7 sur 1 000 pour la période 1998-2000. On observe une légère tendance à la baisse des taux de fécondité et d'interruption volontaire de grossesse chez les moins de 18 ans pour la période 1998-2000, tandis que ces taux demeurent stables chez les 18-19 ans. La grossesse à l'adolescence est une préoccupation importante dans la région. Elle a motivé de nombreuses actions visant à en réduire le nombre dans les dernières années telle l'implantation dans une commission scolaire d'un programme préventif Éducation à la sexualité fondé sur le pouvoir d'agir et de réfléchir (E.S.P.A.R.)^[49].



Tableau 5
Évolution du taux de grossesse à l'adolescence,
région de la Capitale-Nationale et Québec, à quelques périodes

	Capitale-Nationale ¹			Ensemble du Québec ²			
	1986	1994	1998-2000	1980	1995	1999	2004
Moins de 15 ans (/1 000)		3,3	2,9	2,9	5,1		3,2
Chez les 15-19 ans (/1 000)	20,6	30,4	31,0	25,8		41,1	33,7

1. GUILBERT, É., FORTIER, M., et MERCIER, P. *Grossesse à l'adolescence 1998-2000 et interruption volontaire de grossesse 1998-2002 dans la région de la Capitale nationale*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 2004, 107 pages.
2. ROCHON, M. Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information, Direction des études et des analyses, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2006.

10. Correspond à l'addition du taux de fécondité et du taux d'interruption volontaire de grossesse.
11. Pour les moins de 15 ans, le taux d'interruption volontaire de grossesse culminait à 4,4 sur 1 000 en 1995.



Une hausse récente des naissances

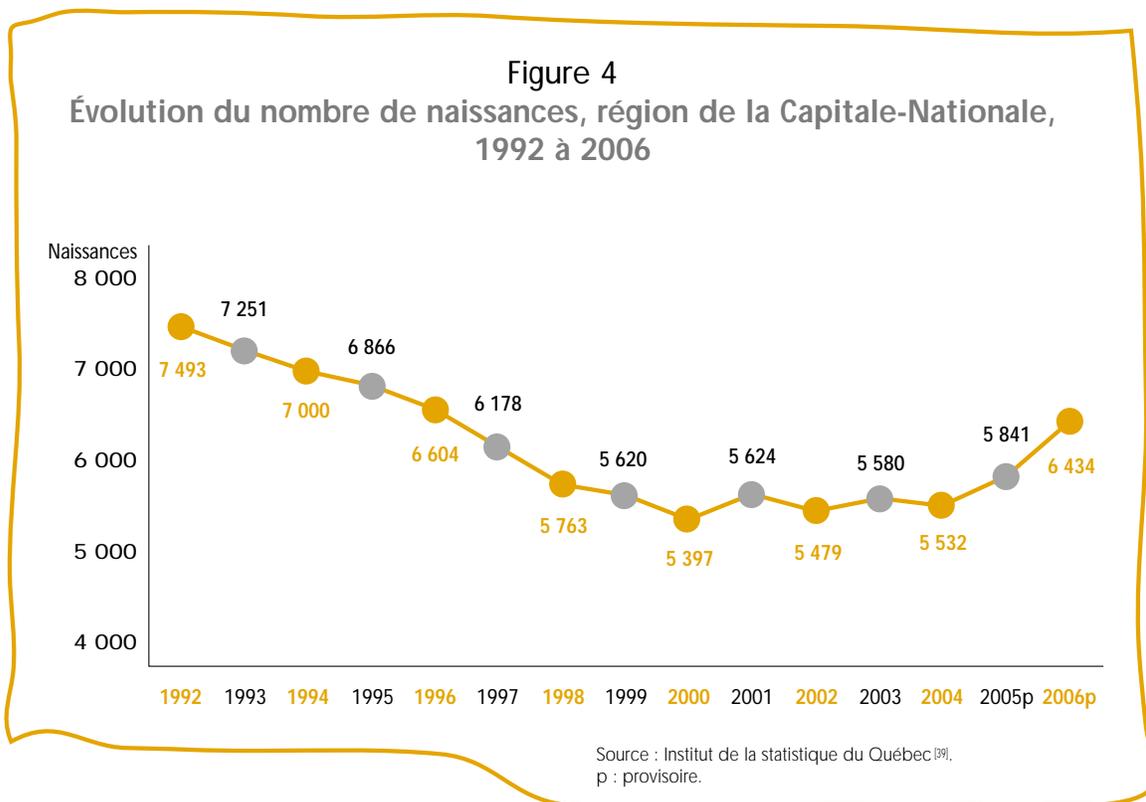
Dans la région de la Capitale-Nationale, on a observé une baisse des naissances particulièrement entre 1992 et 2000, qui sont passées de 7 493 à 5 397 annuellement (figure 4). Entre les années 2000 et 2004, le nombre de naissances est demeuré assez stable. Par contre, les données provisoires pour 2005 et 2006 révèlent un mouvement à la hausse : 309 naissances de plus en 2005, soit une hausse de 5 % par rapport à 2004, et 593 naissances de plus en 2006, soit une hausse de 10 % des naissances par rapport à 2005. Les tendances observées dans la région suivent celles du Québec.

Cette hausse serait principalement due à une augmentation de la fécondité dans tous les groupes d'âge plutôt qu'à une augmentation du nombre de femmes en âge de procréer^[50].

Elle pourrait être liée aux deux nouveaux programmes d'aide aux familles, soit le Régime québécois d'assurance parentale et le Programme fédéral favorisant le choix en matière de garde d'enfants^[50]. Toutefois, malgré le fait qu'une majorité de chercheurs croient à l'influence des interventions publiques sur la réalisation du désir d'enfants, il demeure complexe de créer un contexte favorable à la fécondité^[51].

Quelques caractéristiques des mères à la naissance de leur bébé

Les données présentées dans cette section portent sur les caractéristiques des mères à la naissance de leur enfant.

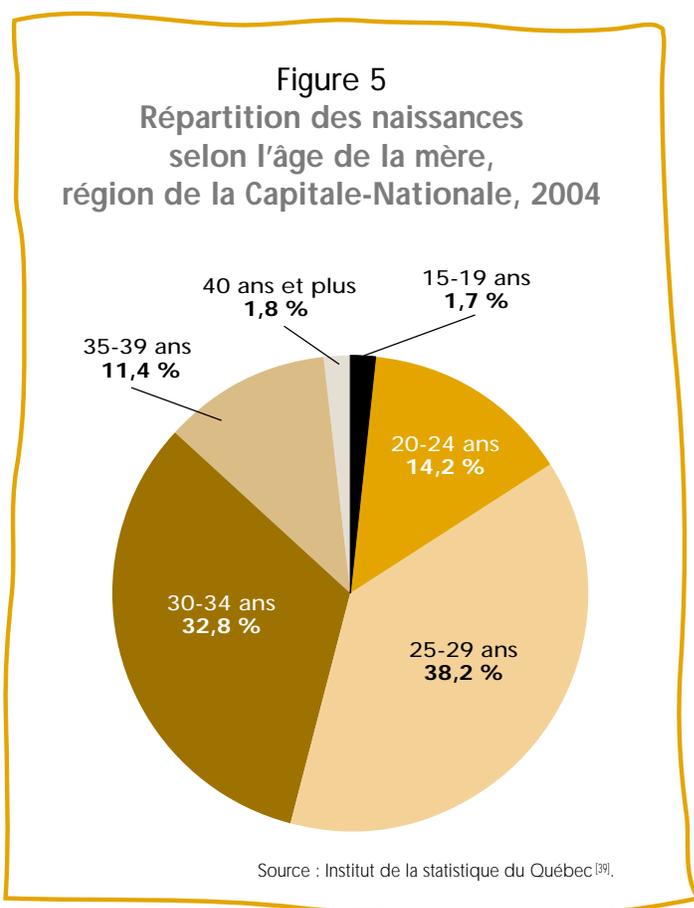


Une augmentation de l'âge des mères à la naissance de leur premier bébé

Le Québec vit actuellement l'un des changements démographiques les plus importants des dernières décennies : les Québécoises ont leur premier enfant à un âge de plus en plus avancé. Entre 1975 et 2006, l'âge moyen des mères qui accouchaient de leur premier enfant est passé de 25,0 ans à 27,9 ans^[39]. Cette tendance à reporter la naissance du premier enfant est également présente dans l'ensemble des pays industrialisés^[52] : elle peut, entre autres, intensifier la demande en faveur des technologies de reproduction assistée et par conséquent augmenter la probabilité de naissances gémellaires et de bébés de faible poids à la naissance^[53]. La figure 5 présente la répartition des naissances selon l'âge de la mère.

Une diminution du nombre de mères adolescentes

Dans la région de la Capitale-Nationale, en 2004, 1,7 % des femmes (94) ayant donné naissance étaient âgées de 15 à 19 ans comparativement à 3,4 % en 2000. Être une mère adolescente constitue un facteur de risque à plusieurs égards pour l'enfant : le bébé est plus susceptible que les autres d'avoir un retard de croissance intra-utérine ou un faible poids à la naissance et de manifester des problèmes de santé^[54, 55]. Ces conditions semblent surtout liées aux conditions socioéconomiques défavorables avant et pendant la grossesse et particulièrement à l'absence de réseau d'entraide^[55].



Un niveau de scolarité plus élevé que celui du Québec

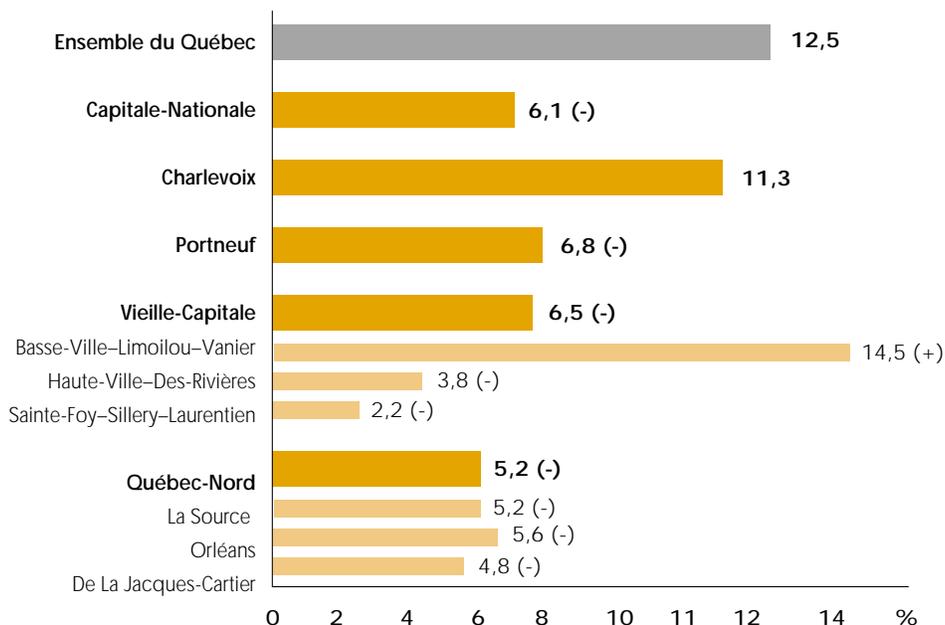
Une faible scolarité de la mère (moins de onze années) constitue un facteur de risque d'issues de grossesse défavorables [56]. Dans la région de la Capitale-Nationale, une plus faible proportion de femmes ayant donné naissance n'ont pas terminé une onzième année de scolarité comparativement à l'ensemble du Québec (6,1 % comparativement à 12,5 %) (figure 6). Notons toutefois que le nombre de mères ayant moins de onze années de scolarité est significativement plus élevé dans le territoire de la Basse-Ville-Limoilou-Vanier qu'au Québec.

La situation matrimoniale

Dans la région de la Capitale-Nationale, en moyenne pour les années 2000 à 2004, 90,0 % des femmes ayant donné naissance à un enfant vivaient en couple (tableau 6).



Figure 6
Proportion de femmes ayant moins de onze ans de scolarité ayant donné naissance¹, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2000-2004



Source : Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale [57].
(-) (+) : Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01 (test appliqué à la catégorie *Moins de onze années*).
1. Proportion annuelle moyenne de naissances pour lesquelles la scolarité de la mère est connue.



Les femmes qui ne vivent pas en couple courent plus de risque de se situer sous le seuil de faible revenu. En effet, selon les données du *Bilan du programme OLO 1999-2000 à 2004-2005 : Un outil pour sa consolidation en CSSS*^[58], près du quart des femmes de la région de la Capitale-Nationale inscrites au programme ne vivent pas en couple (total de 249 femmes). Pendant cette période, le programme rejoignait près de 93 % des femmes enceintes sous le seuil de faible revenu de la région.

Tableau 6
Situation matrimoniale des femmes ayant donné naissance, région de la Capitale-Nationale, 2000-2004

Situation matrimoniale	Nombre	%
Vivant en couple	4 971	90,0
Ne vivant pas en couple	520	9,4
Données manquantes	32	0,6
Total	5 522	100,0

Source : Institut de la statistique du Québec, compilation effectuée à partir du Fichier des naissances 2000-2004.



EN BREF

Les principaux constats

Les tout-petits

- La proportion des tout-petits âgés de 0 à 5 ans est en constante régression.
- On détient peu de données quant à l'intégration des enfants adoptés au sein de leur famille.
- Des changements s'observent au sein des familles des tout-petits. En effet, entre 1996 et 2001, le nombre de familles où les deux parents étaient sur le marché de l'emploi a augmenté de près de 38,0 % dans la région. Les conséquences de cette situation chez les tout-petits sont peu traitées dans la littérature.

Leur famille

- En ce qui concerne la structure des familles, la proportion de familles monoparentales est demeurée stable entre 1996 et 2001 dans la région de la Capitale-Nationale. Toutefois, on observe que la séparation des parents survient de plus en plus tôt dans la vie des enfants et que le nombre de familles recomposées augmente.
- Ces mouvements ont des conséquences sur la façon dont les enfants vivent la rupture et s'adaptent à une nouvelle situation.
- On observe une diminution de la proportion des enfants de 0 à 5 ans vivant sous le seuil de faible revenu, passant de 24 % en 1996 à 20 % en 2001.
- Les tout-petits de famille monoparentale ont quatre fois plus de risques de vivre sous le seuil de faible revenu que ceux de famille biparentale.
- La pauvreté des familles augmente les risques de problèmes de santé et de développement des tout-petits. Au Québec, l'insécurité alimentaire, étroitement liée aux conditions économiques des familles, touche 1 enfant de 4 ans sur 10.
- Les familles immigrantes représentaient 5,1 % des familles de tous âges de la région en 2001.

Un aperçu démographique

- Le contexte démographique des dernières années révèle que le taux de fécondité de la région de la Capitale-Nationale demeure le plus faible du Québec, malgré une augmentation du nombre de naissances depuis le début de 2005 (10 % entre 2005 et 2006). Cette hausse se poursuivra-t-elle? Si oui, la pression actuellement exercée sur les services touchant la périnatalité s'accroîtra davantage.
- On observe une augmentation de l'âge des femmes au moment de donner naissance à leur premier enfant et une diminution du nombre de mères adolescentes (1,7 % en 2004 comparativement à 3,4 % en 2000).



Les orientations du rapport de 2000

En 2000, on observait le besoin de consolider les interventions en agissant auprès des enfants et de leur famille en situation de pauvreté. On remarquait également le besoin d'intervenir localement et régionalement sur les causes structurelles qui conditionnent les situations de précarité financière. Le programme OLO (œufs, lait, jus d'orange) et les SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance), entre autres, permettent tout particulièrement de joindre les familles en situation de pauvreté et d'agir auprès d'elles. Toutefois, malgré des investissements dans les SIPPE depuis 2002, la clientèle visée n'est pas totalement desservie.

Les orientations en 2007

Leur famille

- Pour les familles vivant une rupture, il ne semble pas y avoir de programme d'intervention préventive connu et expérimenté permettant de sécuriser les liens d'attachement parent-enfant et la coparentalité : il faudra concevoir des interventions en ce sens.
- Le réseau de la santé et des services sociaux et plusieurs organismes communautaires travaillent auprès des familles anglophones et immigrantes. Selon une étude effectuée dans la région de la Capitale-Nationale^[42], il est essentiel de tenir compte de la trajectoire migratoire des familles, d'adapter les services qui leur sont offerts et d'évaluer les différentes formes de soutien social auxquelles elles ont accès.
- Les interventions auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité telles que le programme OLO et les SIPPE demeurent une priorité, compte tenu des nombreux risques liés à la pauvreté et des conséquences pour les tout-petits. Il faudra notamment consolider les actions visant à réduire l'insécurité alimentaire des familles et augmenter l'accès au logement social.

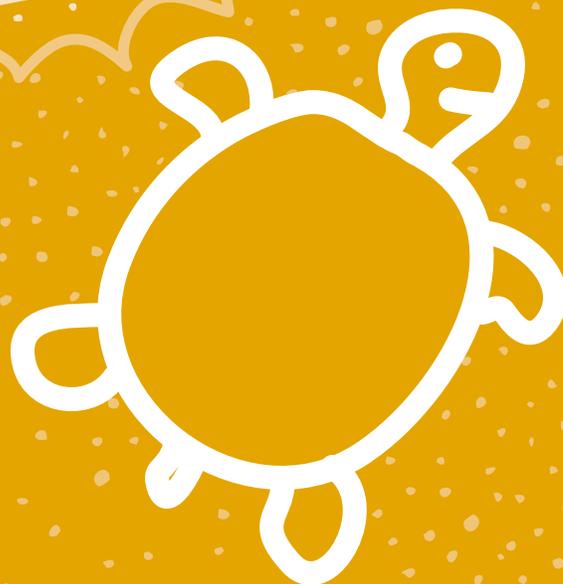


2. Le contexte politique et organisationnel touchant les tout-petits



« Tant la Convention relative aux droits de l'enfant que Un monde digne des enfants [...] soutiennent fermement l'idée que les États et la société ont l'obligation d'aider les familles à satisfaire leurs besoins fondamentaux et à assumer leurs responsabilités. »

Un Québec digne des enfants



Le contexte politique et organisationnel touchant les tout-petits

Cette section présente les modifications au contexte politique et organisationnel touchant les tout-petits survenues depuis la première édition du rapport en 2000 et qui exercent une influence sur l'environnement des tout-petits, les conditions familiales ainsi que les soins et les services.

LE CONTEXTE POLITIQUE

Depuis le début des années 2000, des modifications ont été apportées au contexte politique touchant les tout-petits. En effet, les différents paliers de gouvernement ont mis en place des nouvelles structures (lois, réformes, politiques, régimes) qui influencent les conditions périnatales et parentales, l'environnement familial et la protection des enfants.

Les lois et les réformes

La nouvelle Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance et les modifications de la Loi sur la protection de la jeunesse ont été adoptées par le gouvernement québécois respectivement en 2002 pour la première et en 2006 pour les deux autres.

La Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Cette loi a été adoptée en décembre 2002. Pour l'actualiser, on a élaboré le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, rendu public en avril 2004. Les mesures prévues dans ce plan d'action visent à s'attaquer tant aux causes qu'aux conséquences de la pauvreté afin d'atteindre l'objectif premier de la Loi, soit de faire du Québec l'une des nations industrialisées comptant le moins de personnes pauvres.

Le *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* regroupe un ensemble de mesures qui, sur un horizon de cinq ans, permettront de progresser vers l'atteinte des objectifs fixés par la Loi. La mise en place de ces différentes mesures s'articule autour de quatre grands axes : améliorer le bien-être des personnes en situation de pauvreté, prévenir la pauvreté et l'exclusion sociale en développant le potentiel des personnes, favoriser l'engagement de l'ensemble de la société, et assurer la cohérence et la constance de l'action. Il repose sur une démarche gouvernementale et intersectorielle qui associe tous les acteurs concernés par la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale est responsable de sa mise en œuvre. Récemment, il a entrepris un élément clé du plan d'action, soit la mise en œuvre de l'approche territoriale intégrée de lutte contre la pauvreté.



L'approche territoriale intégrée se caractérise par une concertation des intervenants et une intervention intersectorielle qui placent l'amélioration de la situation des membres de la communauté au centre d'une action globale. Elle améliore la capacité d'agir tant des collectivités que des individus qui les composent. Elle favorise également une meilleure synergie entre le développement économique local et le développement social, et un meilleur arrimage des différentes stratégies sectorielles visant l'amélioration des conditions de vie des milieux défavorisés. L'approche territoriale constitue l'ancrage concret sur le terrain de la Stratégie de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale autour des priorités d'action et des territoires défavorisés à privilégier et sous la conduite des conférences régionales des élus^[59].

Cette approche à la fois territoriale (ancrée dans un territoire et adaptée à ce dernier) et intégrée (concertée, intersectorielle, multiréseau et multi-niveau) se concentre sur un territoire sociologique (au sens du milieu de vie). Elle vise la prise en charge, par les acteurs locaux et les citoyens, du développement de leur communauté. Cette démarche s'intègre également dans une stratégie régionale et nationale.

La Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance

Afin d'assurer la promotion et le soutien de la qualité des services de garde éducatifs, le gouvernement du Québec adoptait cette loi en 2006^[60]. Ses fondements sont les suivants :

- Assurer l'accessibilité, la qualité et le maintien à long terme des services de garde éducatifs;

- Offrir aux enfants et à leurs parents des services qui tiennent davantage compte de leur réalité quotidienne;
- Promouvoir la qualité des services de garde éducatifs fournis par les trois types de services de garde : les centres de la petite enfance, les garderies et les services de garde en milieu familial;
- Favoriser le développement harmonieux de l'offre de service de garde en tenant compte des besoins des parents;
- Faciliter la conciliation du travail et de la famille.

Cette loi impose l'application d'un programme éducatif comportant des activités qui ont pour but de favoriser le développement global de l'enfant, de l'amener à s'adapter à la vie en collectivité et de lui donner un environnement favorable au développement de saines habitudes de vie et alimentaires.

La réforme de la Loi sur la protection de la jeunesse

Afin d'adapter la Loi aux réalités des familles et des enfants d'aujourd'hui, l'Assemblée nationale a adopté la réforme de la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives^[61] le 15 juin 2006. Elle vise six grands objectifs :

- Favoriser la continuité et la stabilité pour les enfants;
- Promouvoir la participation active de l'enfant et de ses parents aux décisions et au choix des mesures;
- S'assurer du caractère exceptionnel de l'intervention d'autorité de l'État dans la vie des familles;
- Concilier la protection des enfants et le respect de la vie privée;
- Moderniser les processus judiciaires;



- Baliser le recours exceptionnel à l'hébergement dans une unité d'encadrement intensif.

La réforme doit entrer en vigueur le 9 juillet 2007. On offrira aux intervenants engagés auprès des tout-petits de participer à des formations portant sur les implications pratiques de la réforme. Une des modifications importantes est qu'on considère dorénavant le projet de vie de l'enfant d'abord et non plus celui des parents.

Les régimes

Deux régimes sont entrés en vigueur récemment, l'un fédéral, l'autre provincial : ils touchent le choix en matière de garde d'enfants et les congés parentaux.

Le Programme fédéral favorisant le choix en matière de garde d'enfants

La prestation universelle pour la garde d'enfants est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006. Selon le gouvernement du Canada [62], en distribuant directement aux parents un chèque mensuel de 100 dollars pour chaque enfant âgé de moins de 6 ans, on donne aux familles davantage de choix en matière de garde d'enfants. Cette mesure laisse les parents choisir le mode de garde qui convient le mieux à leurs besoins.

Le Régime québécois d'assurance parentale

Le Régime québécois d'assurance parentale est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006 [63]. Il vise à encourager les nouveaux parents dans leur désir d'avoir des enfants, à les aider financièrement et à les soutenir dans leur volonté de consacrer plus de temps à leurs enfants dans les premiers mois de leur vie. Le Régime est également accessible aux travailleurs autonomes. Il se caractérise notamment par les prestations de paternité, comme en Suède et en Norvège, où ce type de prestation existe déjà [64]. Ces

prestations exclusivement destinées aux nouveaux pères et non transférables à la mère témoignent de l'importance accordée par le gouvernement québécois à la présence du père auprès de son enfant dès ses premiers mois de vie.

Des politiques municipales en faveur des familles

Les familles posent de grands défis aux municipalités, aux collectivités et aux gouvernements provincial et fédéral appelés à les aider. Créer avec les familles des environnements propices à leur épanouissement demande d'articuler entre eux les aspects familial, social et territorial. Créer des environnements propices implique de favoriser la correspondance entre les différents territoires et les réalités des familles qui les habitent ou qui pourraient le faire si les barrières sociales ou spatiales ne les en empêchaient pas [65].

En 2002, les fusions municipales ont amené des modifications dans la région de la Capitale-Nationale : une nouvelle Ville de Québec incluant plusieurs anciennes municipalités environnantes a vu le jour. Cette nouvelle municipalité s'est dotée de différentes politiques ayant une influence sur les familles. Notons la politique sur les sports et les loisirs



et la politique familiale ainsi que le projet de politique sur le développement social.

Au moyen de sa politique familiale adoptée en 2005, la Ville de Québec veut tenir compte de la diversité des familles dans l'organisation urbaine. Elle s'engage à offrir un milieu de vie qui soutient activement les familles, facilite leur organisation quotidienne et favorise leur développement ainsi que l'épanouissement de leurs membres. Les actions et orientations de la politique familiale sont regroupées autour de sept enjeux : un environnement économique favorable aux familles, des familles bien logées, une organisation familiale quotidienne facilitée, des familles en forme et en santé, des familles qui se savent en sécurité, des familles informées et des familles ouvertes sur leur milieu et sur le monde ^[66]. Pour chacun de ces enjeux, une orientation et des actions sont déterminées ^[67]. La politique familiale vise la mobilisation des acteurs locaux et régionaux en faveur des familles, notamment du réseau de la santé et des services sociaux.

La municipalité régionale de comté de Charlevoix-Est travaille actuellement à l'élaboration d'une politique familiale qui constituera un cadre de référence et d'intervention favorable aux familles. Au moment de rédiger ce rapport, la politique n'était pas encore adoptée.



LE CONTEXTE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les principales orientations en matière de santé et de services sociaux proviennent du *Programme national de santé publique 2003-2012*, duquel découlent les activités régionales décrites dans le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale nationale*. Ces documents d'orientation incluent plusieurs objectifs en rapport avec les tout-petits.

Le système de santé a été modifié de façon importante en 2003 par la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et leur obligation de déterminer leur projet clinique. Ce dernier définira, entre autres, la fourniture des services aux tout-petits. Dans la région de la Capitale-Nationale, le visage de l'offre de service en périnatalité et en pédiatrie a également été modifié par les soins ambulatoires à domicile et la création du Centre mère-enfant.

Les orientations en santé publique

En ce qui concerne les tout-petits, le *Programme national de santé publique 2003-2012* ^[1] vise, entre autres, l'amélioration des issues de grossesse défavorables chez les femmes enceintes, particulièrement celles qui présentent un cumul de facteurs de risque, la réduction des problèmes sociaux et de santé, la prévention des retards de développement moteur, cognitif, langagier ou social et le maintien de l'immunisation.

En conformité avec le *Programme national de santé publique 2003-2012* ^[1], le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale nationale* ^[2] définit un certain nombre d'actions à accomplir. Le plan d'action régional vise notamment la promotion de la santé et du bien-être des enfants de moins de 6 ans et de leur famille afin de favoriser leur



développement harmonieux et de prévenir des problèmes de santé et d'adaptation sociale. Les quatre CSSS ont également élaboré un plan d'action local, en conformité avec les orientations régionales et nationales.

Les CSSS et leur projet clinique

En décembre 2003, le gouvernement du Québec adoptait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région, basé sur des réseaux locaux de services. La création, en juin 2004, de 95 réseaux locaux de services à l'échelle du Québec avait pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus^[68].

Depuis 2004, il y a quatre instances locales dans la région de la Capitale-Nationale. Deux CSSS correspondent aux anciens découpages, soit Portneuf et Charlevoix, et deux autres regroupent chacun trois anciens territoires de CLSC (annexe B).

Le projet clinique « Jeunes en difficulté » de chaque CSSS

Les travaux portant sur le projet clinique ont débuté en 2004. Ils émanent de la volonté de mieux articuler les besoins de la population de chaque territoire et des communautés qui la composent. Ils visent le développement de stratégies efficaces et de services appropriés pour répondre aux besoins décelés^[69]. La responsabilité du projet est confiée à chacun des CSSS. Leurs mandats consistent à concevoir une vision locale et à définir les objectifs, les modes d'organisation et les contributions des partenaires.

Le projet clinique « Jeunes en difficulté » s'inscrit dans cette nouvelle démarche. Certaines cibles touchent spécialement les tout-petits :

- La négligence chez la clientèle 0-12 ans;
- Les retards de développement;
- Les services aux parents;
- Les services en santé mentale pour les jeunes^[70].

Ce projet vise l'instauration d'offres de services de santé et de services sociaux plus accessibles, plus continus, plus intégrés et à proximité. Il est appuyé par l'Agence de la santé et des services sociaux, qui veille à concevoir une vision régionale et à harmoniser les actions de l'ensemble des partenaires (échelles locale, régionale et provinciale), ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui met en place des interventions adaptées à l'échelle du réseau.

La révision de la Politique de périnatalité

Jusqu'à maintenant, deux politiques de périnatalité ont été adoptées au Québec, une première en 1973 et une seconde en 1993. Chacune fut l'occasion de faire le point sur la mortalité maternelle, la mortalité et la morbidité périnatales, les écarts à l'origine des problèmes de santé et la valorisation des parents et de



leurs compétences. Se doter d'une nouvelle politique¹², revoir les façons de faire et adapter les soins et services se justifiait par la nécessité de répondre aux besoins des parents d'aujourd'hui. Ainsi, une troisième politique sera publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux^[71]; la date de sortie n'était pas encore connue au moment de la rédaction de ce rapport. Le projet de politique montre la multiplicité des facettes de l'expérience de la maternité et de la paternité. Il touche un ensemble de réalités, de problématiques, de services liés au continuum périnatal. Il constitue une réponse aux besoins diversifiés de la population d'aujourd'hui et, par conséquent, il influencera les services offerts dans le continuum périnatal. Même si la maternité et la paternité constituent une expérience heureuse et valorisante pour la majorité des parents, elles peuvent constituer également une période de vulnérabilité pouvant affecter tous les parents.

La réorganisation des services d'obstétrique et de pédiatrie

Les recommandations du rapport sur *L'organisation des services médicaux de la région de Québec* (rapport Gabrièle) approuvé par la Régie régionale en 2002, ont confirmé, entre autres, la réorganisation des services d'obstétrique et la création du Centre mère-enfant et des soins pédiatriques ambulatoires. De plus, une nouvelle maison de naissance devrait ouvrir ses portes d'ici 2008.



Le Centre mère-enfant

Le Centre mère-enfant, implanté au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), regroupe sous un même toit la majorité des spécialistes de la région de la Capitale-Nationale qui se consacrent aux nouveau-nés et à leur mère, aux enfants ainsi qu'aux futures mamans de la ville, de la région de la Capitale-Nationale et de l'est du Québec. Celui-ci a accueilli son premier patient en décembre 2003^[72]

Grâce à ses installations de pointe et à l'expertise de ses spécialistes, le Centre mère-enfant assure dans la région le traitement médical complet de la femme enceinte (obstétrique), de son nouveau-né (néonatalogie) et de l'enfant (pédiatrie) éprouvant des problèmes de santé.

Une nouvelle maison de naissance

Une maison de naissance est un lieu à dimension humaine où les femmes et les couples peuvent découvrir leur capacité à mettre au monde un enfant dans l'intimité, dans une atmosphère chaleureuse, en toute sécurité.

Le CSSS du Grand Littoral offre à la population des régions de la Chaudière-Appalaches et de la Capitale-Nationale les services de sages-femmes pour le suivi

12. La période de la périnatalité se définit aux fins de la politique comme la période qui s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant ou, dans certaines circonstances, du moment de la conception jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 1 an.



de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Les femmes qui sont suivies ont le choix de trois lieux pour accoucher : en maison de naissance, en centre hospitalier ou à domicile [73, 74]. La Maison de naissance Mimosa, ouverte en 1994, est située à Lévis, secteur Saint-Romuald. Elle peut offrir un suivi à 250 femmes par année. La Maison de naissance Mimosa a été reconnue Amis des bébés¹³ par le Comité canadien pour l'allaitement pour son excellent soutien à l'allaitement maternel. En 2005, un total de 114 femmes de la région de la Capitale-Nationale ont accouché à cette maison [75], ce qui représente 2 % des naissances de la région et près de la moitié des suivis de la maison des naissances.

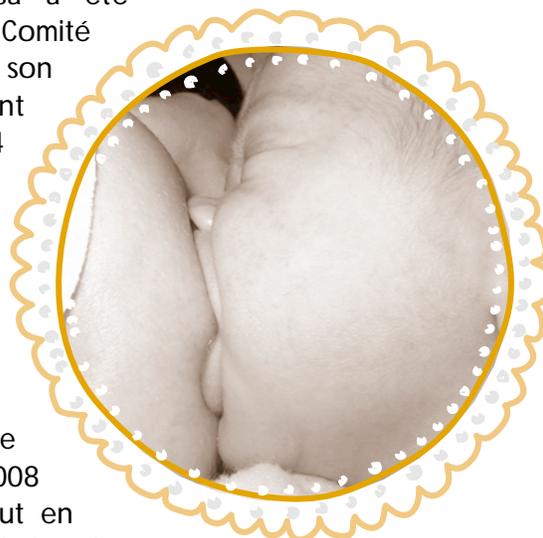
Une nouvelle maison de naissance devrait ouvrir ses portes d'ici 2008 dans le territoire de Limoilou. Tout en relevant du CSSS de la Vieille-Capitale, elle sera accessible à toutes les femmes de la région. Les responsables prévoient actuellement qu'un total de 200 suivis pourraient y être faits annuellement.

Les soins pédiatriques ambulatoires

Au cours de la réorganisation des services en CSSS, on a mis en place les soins pédiatriques ambulatoires dans les CSSS de la région de la Capitale-Nationale en 2005. L'objectif consiste à permettre aux enfants hospitalisés âgés de 0 à 12 ans de retourner à leur domicile le plus rapidement possible. Chaque CLSC organise ses services de façon différente, soit uniquement avec les intervenants du secteur jeunesse ou, entre autres, avec la collaboration du service de soutien à domicile.

Les soins pédiatriques ambulatoires offrent aux enfants la possibilité de recevoir des soins dans leur milieu de vie, de diminuer la durée de leur hospitalisation et d'être en contact

avec du personnel travaillant dans leur territoire. Selon une évaluation faite en 2005, les services actuellement offerts en pédiatrie ambulatoire répondent aux attentes libellées dans les projets cliniques « Jeunes en difficulté » en matière d'accessibilité, de continuité et de qualité, tout en respectant l'approche populationnelle [76].



LE CONTEXTE COMMUNAUTAIRE

Cette section décrit l'importante contribution du milieu communautaire au bien-être des tout-petits et de leur famille.

Les fondations et organismes philanthropiques

Quelques fondations et organismes philanthropiques offrent leur soutien à des projets touchant les tout-petits. L'un d'eux, Centraide Québec, exerce une influence marquée dans la lutte contre la pauvreté, et particulièrement auprès des tout-petits.

En effet, depuis 1996, Centraide Québec [77] a fait de la lutte contre la pauvreté sa priorité d'action et de réflexion. De cette orientation découle la démarche SVP – Solidarité pour vaincre la pauvreté, qui a donné naissance à

13. Consulter l'encadré de la page 66.



des initiatives novatrices de lutte contre la pauvreté. Tout en conservant son appui financier aux organismes, Centraide Québec explore de nouvelles voies en matière de soutien aux communautés, de lutte contre la pauvreté et de participation des citoyens au développement de la communauté. L'organisme est persuadé que la mise en place d'initiatives faisant appel à la mobilisation entraînera des modifications susceptibles d'amoinrir les conséquences néfastes de la pauvreté.

Centraide Québec reconnaît l'importance du lien entre la pauvreté et les risques de compromettre le développement et le bien-être des tout-petits. En ce sens, il a lancé l'initiative SVP – petite enfance (Solidarité pour vaincre la pauvreté – petite enfance), qui vise le rassemblement des acteurs d'un milieu autour des besoins des jeunes enfants et des familles et qui consiste à développer et à soutenir les actions entreprises pour l'amélioration de leur situation.

Les organismes communautaires

Les organismes communautaires de la région de la Capitale-Nationale offrent une variété de services aux familles et aux tout-petits. En 2005, plusieurs organismes communautaires impliqués en périnatalité et en petite enfance (annexe C) ont subi des modifications dans leur rattachement aux ministères du gouvernement québécois. Alors que les organismes agissant en périnatalité (cinq) dépendent toujours du ministère de la Santé et des Services sociaux, les organismes communautaires voués aux enfants et aux familles (21) ont été transférés sous la responsabilité du ministère de la Famille et

des Aînés. Les organismes agissant en périnatalité font partie du Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROC 03), tandis que les organismes famille font partie du Regroupement des organismes communautaires famille de la région 03 (OCF 03).

Le Regroupement des organismes communautaires de la région 03 est l'interlocuteur privilégié, avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, pour l'ensemble des organismes communautaires en santé et en services sociaux. Les organismes communautaires voués aux enfants et aux familles peuvent devenir membres du ROC 03 par intérêt, entre autres, pour les actions qu'il mène et sa mission.



EN BREF

Les principaux constats

Le contexte politique

- Des lois, réformes, régimes, politiques et orientations favorables à la famille et aux tout-petits ont été adoptés depuis la première édition du rapport de 2000.

Le contexte des services de santé et des services sociaux

- On note des modifications à la structure des services de santé et des services sociaux par l'instauration des nouveaux CSSS et de leur projet clinique.
- La révision de la *Politique de périnatalité* de 1993 influencera les services préventifs offerts dans le continuum périnatal dont la réorganisation régionale des services offerts en obstétrique et en pédiatrie.

Le contexte communautaire

- De nouvelles initiatives communautaires visent spécialement la lutte contre la pauvreté chez les tout-petits.

Les orientations du rapport de 2000

En 2000, on a noté que les modifications au contexte politique favorisaient la reconnaissance de l'apport essentiel à notre société de ceux et de celles qui décident d'avoir des enfants et leur soutien au long des différentes étapes de leur rôle de parent.

Les orientations en 2007

Le contexte des services de santé et des services sociaux

- L'implantation de la *Politique de périnatalité* constituera un défi pour les prochaines années.
- On relève l'importance de faire des liens entre les différentes orientations gouvernementales et l'ensemble des acteurs impliqués en petite enfance.

Le contexte communautaire

- Pour l'ensemble des secteurs d'activité, le partenariat entre les organismes communautaires et les établissements de santé et de services sociaux demeure un défi à relever, notamment dans le continuum de services périnataux.



3. La période périnatale : pour l'égalité de tous



« Nous devons poursuivre nos efforts pour assurer l'égalité des chances de toutes les familles, de tous les milieux de vie. »

Un Québec digne des enfants



L'état de santé et de bien-être des enfants de 0 à 5 ans
de la Capitale-Nationale

La période périnatale : pour l'égalité de tous

Cette section présente le contexte de la période périnatale, contexte qui marque le début de la vie. En premier lieu, on aborde la question des naissances et des issues de grossesse, incluant les données sur la mortalité infantile et ses principales causes. On présente ensuite les principales interventions obstétricales pratiquées au moment de la naissance du bébé, certains déterminants de la santé en période prénatale et le continuum de services périnataux. Autant les habitudes de vie de la mère au cours de la grossesse influencent l'état de santé du bébé à naître, autant les conditions de la naissance influencent l'état de santé de la mère, les liens entre les parents et leur nouveau-né et les étapes cruciales de la période postnatale.



LES ISSUES DE GROSSESSE DÉFAVORABLES

Parmi les bébés venant au monde dans la région de la Capitale-Nationale, certains naissent prématurément, tandis que d'autres présentent un poids insuffisant à la naissance ou un retard de croissance intra-utérine. Ces conditions sont associées à divers risques pour la santé de l'enfant tels que les problèmes de développement, respiratoires et neurologiques, la cécité et la surdité, les problèmes de comportement et les difficultés d'apprentissage^[78-80].

Une augmentation de la prématurité

Plusieurs raisons peuvent expliquer l'augmentation du nombre de naissances prématurées¹⁴. L'augmentation du recours aux méthodes de procréation assistée amène, entre autres, une augmentation du nombre de grossesses multiples. En effet, en 2003, le taux de naissances multiples s'élevait au Québec à près de 3 % de l'ensemble des naissances, soit le double du taux observé en 1983^[23]. Dans la région, le taux de grossesses multiples était légèrement moins élevé que celui du Québec (2,5 % en 2003)^[14]. Cette augmentation amène un plus grand nombre de naissances de bébés prématurés et de poids insuffisant. Enfin, l'augmentation du recours aux interventions obstétricales, l'âge

14. Moins de 37 semaines de gestation^[12].



des mères au moment de la grossesse (plus grande proportion de femmes âgées de moins de 20 ans et de femmes âgées de plus de 35 ans), l'usage du tabac et l'occupation d'emplois causant un stress physique et psychologique élevé peuvent également augmenter les risques de prématurité [79].

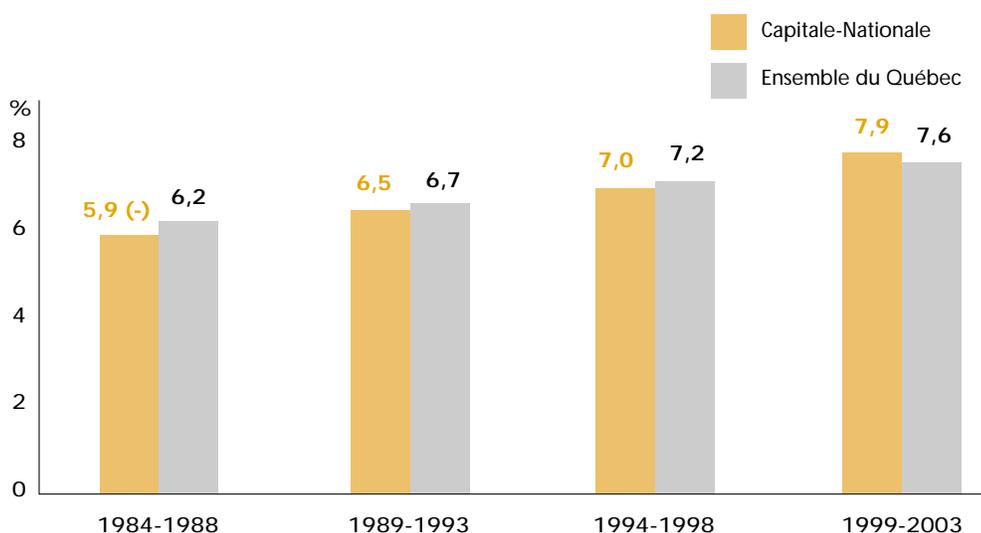
La proportion de naissances prématurées a augmenté entre 1984-1988 et 1999-2003, tant dans la région de la Capitale-Nationale qu'au Québec (figure 7).

Une analyse de la prématurité par CLSC (annexe D, tableau A3) révèle que sa proportion est significativement plus élevée dans le secteur de la Basse-Ville–Limoilou–Vanier (9,5 %) qu'au Québec (7,6 %).

Une stabilité de l'insuffisance de poids à la naissance

Selon Kramer et autres [81], les principaux facteurs ayant mené à une augmentation du poids de naissance des bébés nés à terme entre les années 1978 et 1996 sont une augmentation des mesures anthropométriques maternelles (indice de masse corporelle, gain de poids gestationnel), une réduction de l'usage du tabac chez les femmes enceintes et une augmentation de la scolarité. Ces mêmes raisons pourraient expliquer en partie la réduction du nombre de bébés de poids insuffisant à la naissance¹⁵. Toutefois, l'augmentation constante de la prématurité pourrait contrebalancer ces effets positifs, car les bébés nés prématurément ont plus de risques de présenter une insuffisance de poids.

Figure 7
Prématurité, région de la Capitale-Nationale et Québec,
1984-1988 à 1999-2003



Source : Institut national de santé publique du Québec et coll. [12].
(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.

15. Moins de 2 500 grammes [12].

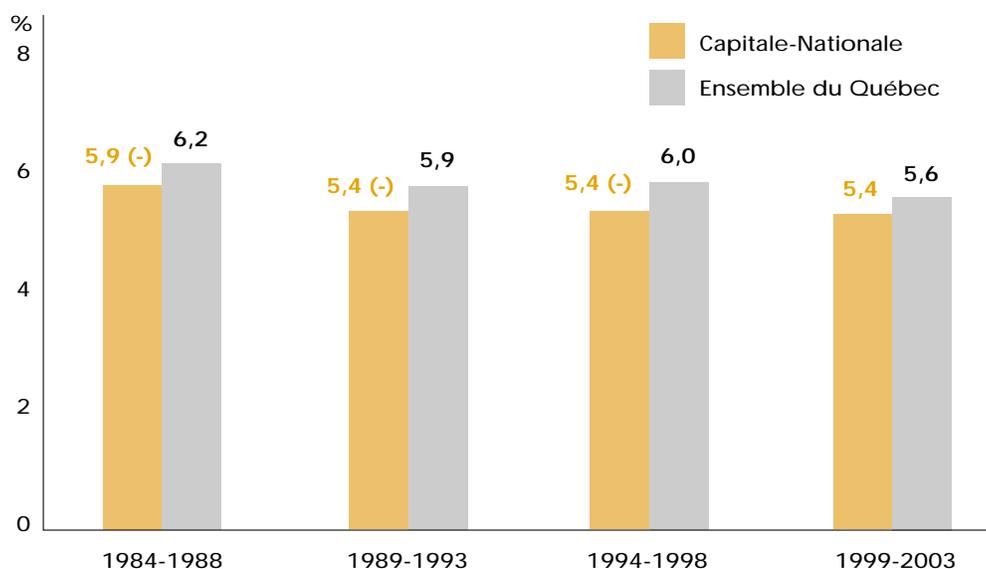


Contrairement à la prématurité, la proportion des bébés de poids insuffisant à la naissance est demeurée stable à 5,4 % depuis la période 1989-1993 dans la région de la Capitale-Nationale (figure 8). Au Québec, cette proportion a connu une baisse régulière entre 1984-1988 et 1999-2003; la proportion pour la dernière période est comparable à celle de la région.

Une analyse par CLSC (annexe D, tableau A4) révèle qu'on trouve une proportion significativement plus élevée de prématurité dans le secteur de la Basse-Ville-Limoilou-Vanier (7,1 %) qu'au Québec (5,6 %).



Figure 8
Insuffisance de poids à la naissance, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1984-1988 à 1999-2003



Source : Institut national de santé publique du Québec et coll. ¹¹².
 (-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.

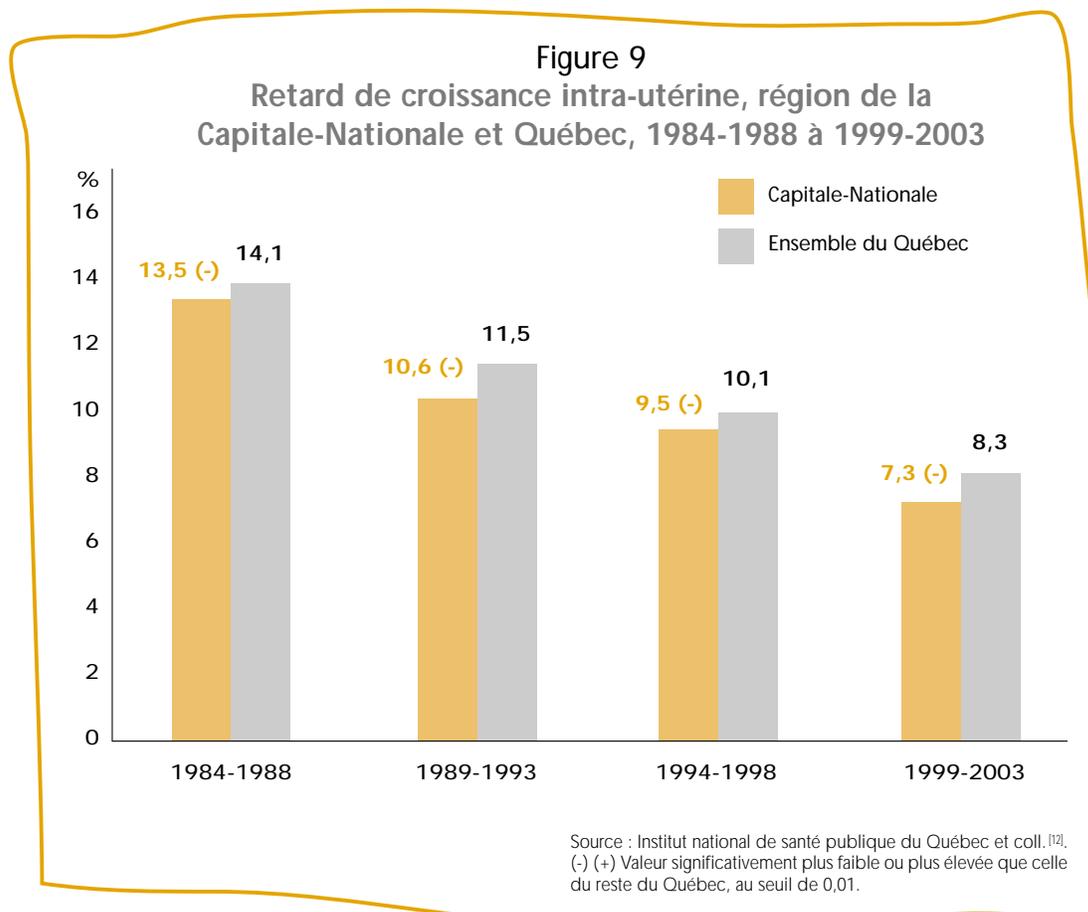


Une diminution du retard de croissance intra-utérine

Les études mentionnent une augmentation du risque de retard de croissance intra-utérine¹⁶ en présence, entre autres, d'un faible gain de poids gestationnel et d'une petite ossature de la mère [82]. De plus, sa prévalence est plus élevée chez les bébés de femmes issues d'un milieu socioéconomiquement défavorisé. Chez ces femmes, l'usage du tabac pendant la grossesse [83] et le faible niveau de scolarité [56] semblent être des facteurs de risque importants du retard de croissance intra-utérine. Selon une enquête canadienne, la diminution du retard de croissance intra-utérine globalement observée pourrait être attribuable, entre autres, à la réduction de la proportion de femmes qui font l'usage du tabac pendant leur grossesse [84].

La proportion des retards de croissance intra-utérine a baissé graduellement entre les périodes 1984-1988 et 1999-2003, tant dans la région de la Capitale-Nationale (figure 9) qu'au Québec; les proportions régionales sont significativement inférieures à celles du Québec pour chacune des périodes.

Les données par CLSC (annexe D, tableau A3) montrent qu'aucun d'entre eux ne dépasse la moyenne provinciale de façon significative.



16. Nombre de naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance se situe au-dessous du dixième percentile des courbes de référence pour le poids à la naissance selon l'âge par rapport au nombre total de naissances vivantes [12].

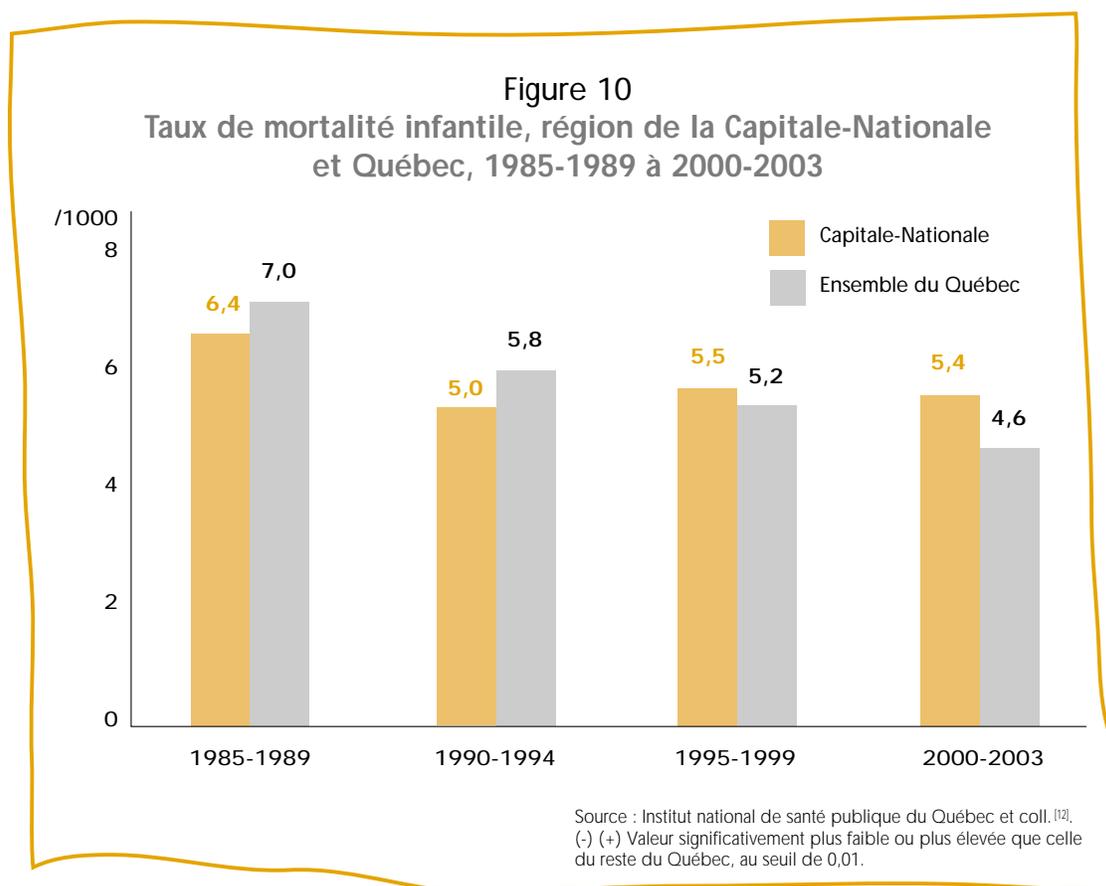


Une baisse de la mortalité infantile

La mortalité infantile¹⁷ constitue un des indicateurs les plus utilisés afin d'évaluer l'état de santé d'une population. Certains facteurs augmentent les risques de mortalité infantile : un faible niveau de scolarité (moins de onze années) [83, 85, 86], le tabagisme [85] et l'obésité prégravidique [87].

La comparaison des taux de mortalité infantile entre les années 1985-1989 et 2000-2003 indique une baisse dans la région de la Capitale-Nationale et au Québec (figure 10).

Les données par CLSC (non présentées) révèlent un taux significativement plus élevé dans le territoire de la Basse-Ville-Limoilou-Vanier pour la période 2000-2003 (8,2 naissances vivantes sur 1 000). Globalement, les taux de mortalité infantile du Québec baissent graduellement depuis plusieurs décennies; ils sont passés de 17,3 sur 1 000 en 1971 [4] à 4,6 sur 1 000 pour 2000-2003. Le Québec se classe aujourd'hui dans le peloton des sociétés qui présentent les meilleurs bilans [71].



17. Représente, pour une période donnée, la proportion des décès d'enfants de moins de 1 an par rapport aux naissances vivantes. Elle peut se diviser en mortalité néonatale précoce (moins de 7 jours de vie), en mortalité néonatale tardive (de 7 à 27 jours de vie) et en mortalité postnatale (de 28 jours à 1 an de vie) [12].



Les trois principales causes de décès des enfants âgés de moins de 1 an sont les anomalies congénitales (28 %), les affections périnatales¹⁸ (28 %) ainsi que la courte gestation et le faible poids (22 %) [12]. Les données révèlent l'importance de prévenir ou de traiter rapidement les affections périnatales et de poursuivre les mesures préventives contre la prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance.

LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES ET LE BIEN-ÊTRE DU NOUVEAU-NÉ

La majorité des bébés naissent en santé. Si aucune intervention médicale n'est essentielle pour le bébé, le contact peau à peau dès sa naissance devrait être favorisé, en privilégiant le contact avec la mère en premier et le père ensuite. Ce contact favorise l'attachement et la mise en place des conditions gagnantes pour l'allaitement, pour assurer à l'enfant un bon départ dans la vie. Il permet également au bébé de se retrouver dans un milieu favorable au maintien de sa température et qui a un taux idéal d'humidité. Le bébé, par le fait même, sera colonisé par les microbes de ses parents [88, 89]. Sans aucun doute, sa venue dans le monde extérieur sera moins stressante s'il est entouré des personnes qu'il connaît déjà et avec lesquelles il est entré en contact pendant la grossesse. Selon la pédopsychiatre Szejer [90], la prise en compte des risques qu'entraîne la séparation de la mère et de l'enfant au moment de l'accouchement doit dépasser les aspects techniques et organisationnels liés aux interventions obstétricales.

Pendant le travail et l'accouchement, des interventions obstétricales peuvent être nécessaires pour assurer la santé de la mère et du nouveau-né. Présentement, au Québec, aucune donnée probante ne permet de préciser les taux acceptables de certaines interventions pouvant être pratiquées. Certaines comportent des risques ou auront des effets secondaires sur la mère et le nouveau-né. Au moment d'une intervention, il faut s'assurer que les risques et les effets secondaires seront moindres que si on n'intervenait pas [71].



18. Inclut dix-neuf affections dont l'origine se situe dans la période périnatale.



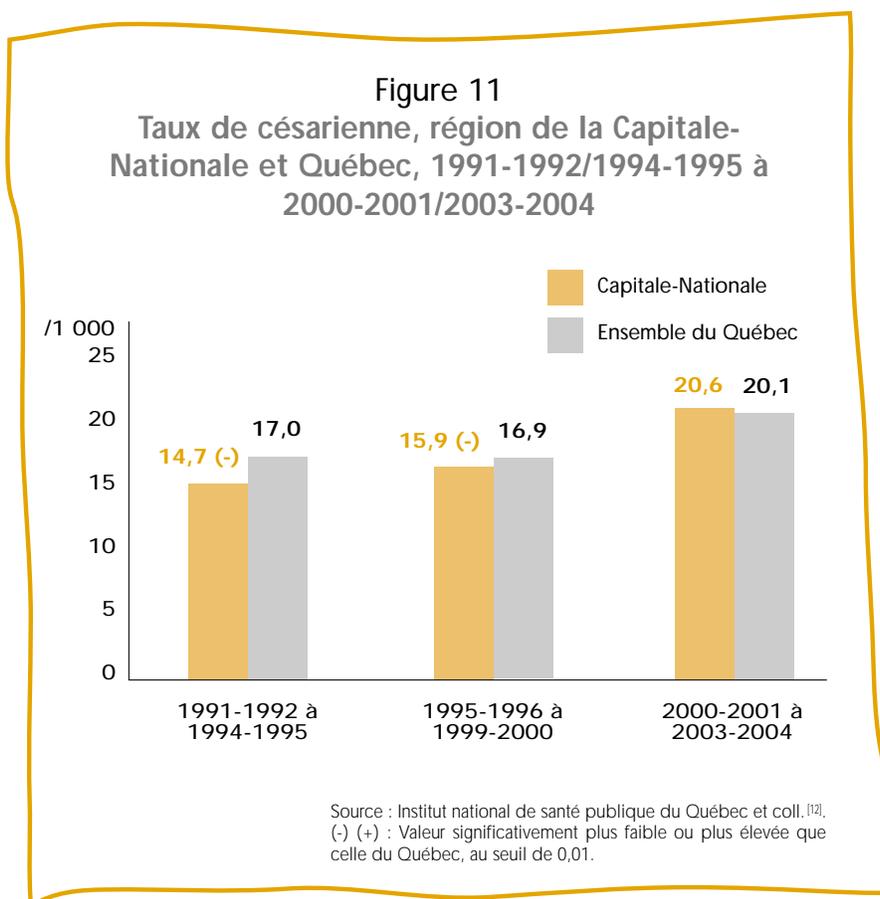
Les césariennes

La césarienne augmente les risques pour la mère et pour son bébé. Pour la mère, la littérature relève, entre autres, les risques accrus de décollement placentaire et de placenta prævia pour une grossesse subséquente [91] et même la mort [76]; pour le bébé, des difficultés liées à l'alimentation, la lacération et la détresse respiratoire [91].

L'augmentation des taux de césarienne est influencée par plusieurs facteurs : l'augmentation des grossesses multiples (1,9 % en 1980; 2,9 % en 2004), elles-mêmes influencées par la hausse du recours à certains traitements contre l'infertilité [4], l'augmentation de l'âge des femmes au moment de l'accouchement de leur premier bébé et l'augmentation des césariennes sur demande ou de convenance [92].

Depuis le début des années 2000, environ 20 % des femmes accouchent par césarienne, tant dans la région de la Capitale-Nationale qu'au Québec (figure 11). Depuis les trente dernières années, le taux de césarienne¹⁹ au Québec a constamment augmenté, passant de 4,8 % en 1969 [93] à 20,1 % pour 2000-2004. Notons que la *Politique de périnatalité* de 1993 [94] visait à amener le taux de césarienne entre 12 et 15 % de l'ensemble des accouchements au cours des dix années suivantes; cet objectif n'a pas été atteint.

Le projet de *Politique de périnatalité* [71] propose l'élaboration et la diffusion de recommandations pour des pratiques cliniques appropriées. Par exemple, les interventions obstétricales doivent être pratiquées au regard de leur utilité pour la santé de la mère et de l'enfant et limitées aux cas où elles sont expressément nécessaires.



19. Rapport du nombre de césariennes sur le nombre d'accouchements qui ont eu lieu dans les centres hospitaliers pendant une même période.



Tableau 7

Accouchement vaginal après césarienne, interventions obstétricales effectuées à la naissance du bébé et déchirures périnéales, région de la Capitale-Nationale et Québec, 2000-2001 à 2003-2004

Intervention	Capitale-Nationale (%)	Ensemble du Québec (%)
Accouchement vaginal après césarienne (AVAC) ¹ (2000-2001 à 2003-2004)	26,1	27,3
Péridurale ² (2000-2001)	73,2 (+)	52,1
Utilisation de forceps ³ (2000-2001 à 2003-2004)	3,9	4,4
Utilisation de ventouses ¹ (2000-2001 à 2003-2004)	16,3	11,6
Épisiotomie ³ (2000-2001 à 2003-2004)	23,7 (-)	28,3
Déchirures périnéales ³ (2000-2001 à 2003-2004)		
Premier et second degré	53,5 (+)	47,5
Troisième degré	6,8 (+)	5,0
Quatrième degré	2,1	2,0

1. Compilation faite à partir du Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO et de données de l'Institut de la statistique du Québec.

2. Ministère de la Santé et des Services sociaux.^[93]

3. Institut national de santé publique du Québec et coll.^[12]

(-) (+) : Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.

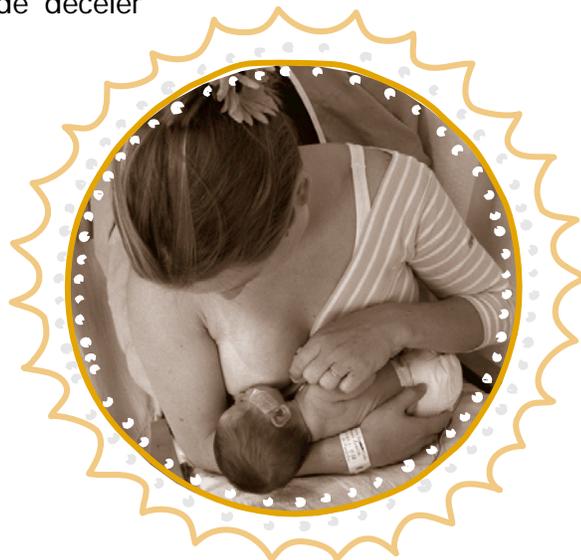
Dans le cas d'une césarienne, le contact peau à peau avec le bébé est possible immédiatement après sa naissance et se poursuivra en salle de réveil. De plus, la proximité des parents avec le nouveau-né dans les chambres de séjour est une bonne façon pour eux d'approprier le nouveau-né et de favoriser l'attachement. Les centres hospitaliers de notre région offrent ces conditions et semblent vouloir les recommander.

au sein d'un centre hospitalier disposant des ressources nécessaires à l'exécution d'une césarienne opportune selon différentes conditions. Le soutien de la patiente en travail, y compris la surveillance étroite de l'état de cette dernière et de son fœtus en vue de déceler

Les autres interventions effectuées à la naissance du bébé

Les données sur l'accouchement vaginal après césarienne, les principales interventions obstétricales et les déchirures périnéales sont présentées au tableau 7.

La Société des gynécologues et obstétriciens du Canada a publié des lignes directrices pour l'accouchement vaginal après césarienne^[95] suggérant l'essai d'un accouchement vaginal



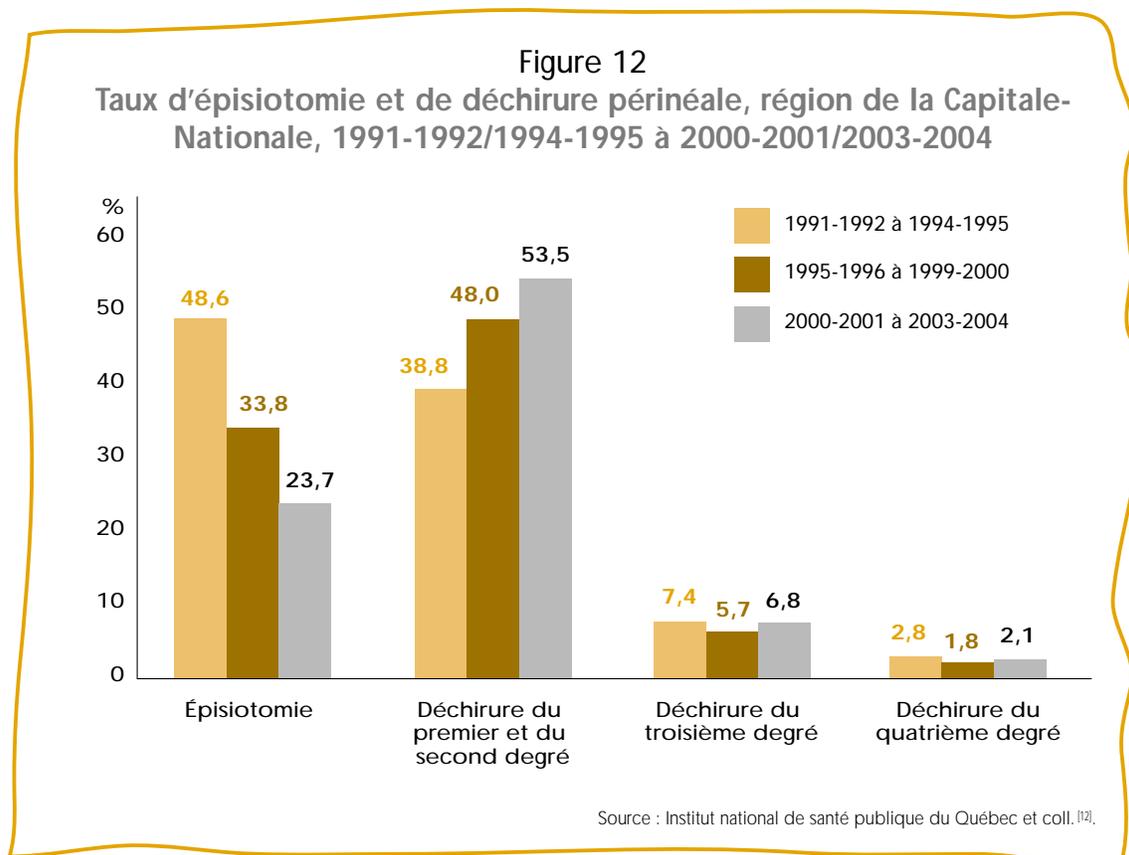
toute complication, est recommandé. Les conditions nécessaires sont parfois difficiles à réunir.

En ce qui concerne la péridurale, les taux régionaux sont les plus élevés du Québec. Au Québec, on note que la présence de centres hospitaliers universitaires et de ses spécialistes favorise l'accès à ce type d'anesthésie.

Jusque dans les années 1970, la majorité des femmes qui accouchaient pour la première fois avaient des épisiotomies. Cependant, la tendance s'est renversée au cours des vingt dernières années. Des études ont démontré que les épisiotomies ne protégeaient pas les mères contre les déchirures graves, la douleur, les lésions au muscle pelvien ou les problèmes sexuels qui s'en suivent et peuvent aggraver certains de ces problèmes^[91]. Les données sur la région de la Capitale-Nationale

des quinze dernières années (figure 12) illustrent la baisse graduelle des taux d'épisiotomie entre 1991-1992 à 1994-1995 et 2000-2001 à 2003-2004. En parallèle, les déchirures du premier et du second degré augmentent, tandis que celles du troisième et du quatrième degré sont relativement stables. Il faut également tenir compte du massage du périnée, qui est une approche efficace pour augmenter la possibilité de donner naissance sans déchirure périnéale chez les femmes qui donnent naissance par voie vaginale pour la première fois^[96].

Dans chacune des interventions effectuées, la préoccupation devrait être centrée sur le bien-être de la famille et principalement du nouveau-né. Une intervention essentielle n'empêche aucunement les intervenants de tenir compte des besoins importants du nouveau-né. Les médicaments utilisés, le



malaise et la fatigue pourraient expliquer les délais dans la création de liens précoces. Les parents doivent se centrer sur l'arrivée du nouveau-né et se faire rassurer sur le fait qu'ils sont les plus compétents pour combler l'ensemble de ses besoins.

Il demeure important de bien préparer les futurs parents en période prénatale en leur donnant une information à jour, en les amenant à être à l'écoute de ce qui se passe, à faire des choix éclairés, à bien se préparer au travail et à l'accouchement et surtout à être en mesure de combler les besoins du nouveau-né. Les rencontres prénatales, les entrevues aux cliniques prénatales, les suivis individualisés et les outils d'information destinés aux futurs parents sont autant de moyens pour les soutenir dans ce nouveau projet.

LA PÉRIODE PRÉNATALE : LE DÉPART

Les habitudes de vie de la mère au cours de sa grossesse, telles que l'alimentation et l'activité physique, peuvent influencer positivement sa santé et celle de son bébé. Les études montrent une association entre l'insuffisance de poids à la naissance et le faible revenu^[83, 97], la sous-scolarisation^[83, 85], le jeune âge^[98], le tabagisme^[56, 85], etc. Chacun de ces facteurs de risque peut exercer un effet négatif sur l'alimentation de la femme enceinte. La consommation d'alcool ou de drogues peut aussi influencer négativement l'issue de grossesse.

L'alimentation pendant la grossesse et les issues de grossesse défavorables

La grossesse est une période importante durant laquelle l'alimentation et l'état nutritionnel de la mère représentent des facteurs clés pouvant influencer sa santé et celle de son bébé en développement.

Les risques de morbidité et de mortalité associés à la prématurité (moins de 37 semaines de gestation) et à l'insuffisance de poids à la naissance (moins de 2 500 g) ont été le sujet de nombreuses études. Du point de vue nutritionnel, deux éléments principaux sont à considérer. D'une part, un indice de masse corporelle prégravide associé à un mauvais état nutritionnel causant entre autres de l'anémie, augmenterait les risques de prématurité^[99-101] et de retard de croissance intra-utérine^[100]. D'autre part, l'apport énergétique de la mère serait associé à son gain de poids pendant la grossesse et influencerait le poids de naissance du bébé^[97, 102]. Notons que le lien entre l'alimentation au cours de la grossesse et la prématurité ne fait pas consensus dans l'ensemble des études portant sur le sujet^[99, 103, 104].

Plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'efficacité des interventions visant la prévention des issues de grossesse défavorables. Au Québec, le Dispensaire diététique de Montréal propose un suivi nutritionnel associé à des suppléments alimentaires (lait, œufs, jus d'orange, supplément de vitamines et de minéraux). Plusieurs études ont démontré l'efficacité du programme sur la réduction des issues de grossesse défavorables^[98, 105, 106]. Le Dispensaire diététique de Montréal recommande un minimum de quatre interventions pour obtenir un effet optimal sur les issues de grossesse. Selon une autre étude, les interventions prénatales devraient être au nombre de neuf à onze, partagées en alternance entre l'infirmière et la nutritionniste et espacées d'environ trois semaines^[107].

Étant donné les risques associés à l'insuffisance de poids à la naissance, les interventions devraient débuter tôt pendant la grossesse^[108]; les auteurs suggèrent même d'intervenir avant la conception. Dans le même ordre d'idées, il apparaît important de travailler sur la réduction de la pauvreté, qui augmente les risques d'issues de grossesse défavorables^[83] et d'insécurité alimentaire^[109].



L'activité physique pendant la grossesse

Les résultats de plusieurs recherches d'envergure confirment les bienfaits de la pratique d'activités physiques sur la santé physique et mentale, sur la qualité de vie et sur la capacité fonctionnelle^[110]. Une femme en bonne condition physique supportera mieux le surplus de poids associé à la grossesse et récupérera également plus rapidement après l'accouchement^[111], ce qui facilitera les soins au nouveau-né.

Alors que la majorité des nouvelles mères de la région ont de 25 à 39 ans (82 %) (figure 5, p. 18), les études montrent que les femmes québécoises âgées de 25 à 44 ans constituent le segment de la population chez qui la pratique régulière d'activités physiques durant les loisirs est la plus basse de l'ensemble de la population^[110]. La pratique d'activités physiques chez les femmes enceintes est peu étudiée, toutefois, ces femmes sont généralement soucieuses d'améliorer leurs habitudes de vie. Les principales associations médicales reconnues à travers le monde recommandent aux femmes enceintes dont la grossesse se déroule normalement de pratiquer des activités physiques d'intensité modérée. La combinaison des activités physiques aérobiques, musculaires et de souplesse est à privilégier^[112]. La pratique d'une trentaine de minutes d'activités physiques d'intensité modérée permet d'obtenir des bénéfices importants pour la santé^[111]. Au Canada, à notre connaissance, les associations médicales n'ont pas formulé de recommandations spéciales à cet égard.



La santé dentaire de la femme enceinte

Les changements physiologiques associés à la grossesse peuvent avoir des répercussions sur la santé dentaire de la mère. Afin de répondre à une demande énergétique accrue, la femme enceinte ou qui allaite mange plus souvent durant la journée et augmente ainsi le risque de caries dentaires si elle ne pratique pas une très bonne hygiène buccale ou si elle choisit des collations cariogènes^[113].

La principale bactérie responsable de la carie dentaire est le streptocoque *mutans*. Le mode de transmission de cette bactérie est principalement vertical, de la mère à son enfant. Plus la mère est infectée, plus la transmission se fera facilement et de façon précoce, ce qui aura comme conséquence de rendre l'enfant plus vulnérable à la carie^[114]. Les caries actives étant des réservoirs importants de streptocoques *mutans*, il importe donc de visiter le dentiste et de traiter les caries en complément des pratiques d'hygiène buccale.

Les changements hormonaux affectent les gencives de la femme, lesquelles répondent de façon exagérée à l'inflammation. De plus, des liens ont été observés entre les maladies parodontales et la naissance de bébés prématurés ou de poids insuffisant^[115].

Les programmes de prévention dentaire entrepris durant la grossesse ont démontré des effets positifs sur la santé dentaire des femmes et de leur enfant^[116]. Les mesures de prévention à mettre en place sont simples. Actuellement, la santé dentaire est un sujet abordé pendant les rencontres prénatales. De plus, un outil élaboré par l'Institut national de santé publique du Québec sera bientôt



offert pour soutenir les intervenants des SIPPE (consulter l'encadré, p. 58). En complément du soutien offert par les intervenants des SIPPE, il serait essentiel de conclure des ententes avec les institutions d'enseignement en médecine dentaire et en hygiène dentaire afin de pouvoir offrir des services dentaires aux familles vivant en contexte de vulnérabilité. Notons également que la méthode la plus économique et la plus efficace de prévention de la carie dentaire est la fluoruration de l'eau de consommation. Ce thème est abordé plus en détail à la section 4, p. 70.

augmentent les risques d'issues de grossesse défavorables et de problèmes de santé chez l'enfant (tableau 8).

À moyen terme, le tabagisme de la mère pendant la grossesse augmente le risque pour l'enfant d'avoir des difficultés d'apprentissage en lecture, en mathématique et dans d'autres habiletés intellectuelles ^[123], de connaître un ralentissement de sa croissance et de présenter des troubles du comportement ^[124].

Le tabagisme pendant la grossesse

L'exposition chronique à la fumée de cigarette durant la période prénatale représente un des principaux facteurs de risque de développement de problèmes de santé chez l'enfant ^[117]. Pourtant, la prévalence du tabagisme durant la grossesse demeure élevée, particulièrement dans les milieux socioéconomiquement défavorisés.

Une femme enceinte fumeuse connaît les mêmes effets sur sa santé que toute autre femme, mais des risques liés à la grossesse s'ajoutent. Les effets du tabagisme de la mère



Tableau 8
Effets de l'usage du tabac sur la grossesse et le bébé

Grossesse ^[118]

Risque accru :

- grossesses ectopiques
- avortements spontanés
- hémorragies
- anomalies placentaires
- complications pendant le travail et l'accouchement

Bébé (pendant et après la grossesse) ^[119]

Risque accru d'issues de grossesse défavorables :

- insuffisance de poids à la naissance
- prématurité
- mortalité néonatale
- mort subite du nourrisson ^[120]
- malformations congénitales ^[121]

Risque accru de problèmes de santé :

- coliques infantiles ^[122]
- asthme et autres problèmes respiratoires
- problèmes cardiaques



Selon les résultats de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2003, 21,5 % des femmes de la région de la Capitale-Nationale auraient fumé pendant leur dernière grossesse [125]. En moyenne, seulement 25 % des fumeuses cessent spontanément de fumer pendant leur grossesse, et entre 70 et 90 % d'entre elles recommenceront à fumer dans l'année suivant l'accouchement. La situation socioéconomique, le niveau de scolarité et l'âge figurent parmi les facteurs sociaux ayant une incidence sur la poursuite du tabagisme, le renoncement et la rechute [126].

Selon l'Institut de la statistique du Québec [127], le tabagisme au Québec est en nette régression depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur le tabac en 1998. Les actions visant à modifier la norme sociale devraient être poursuivies. La connaissance et le suivi de l'évolution du tabagisme permettent de bien orienter et définir les interventions visant à protéger les enfants, même avant leur naissance.

Partout au Québec, des centres d'abandon du tabagisme offrent gratuitement des programmes individuels ou de groupe. Une ligne téléphonique et des ressources Internet sont également proposées. Enfin, chaque CSSS offre les services d'une infirmière formée en intervention brève.



L'alcool et les drogues pendant la grossesse

La consommation d'alcool ou de drogues en période périnatale peut avoir des effets nocifs sur le développement du fœtus et de l'enfant. Elle peut également entraîner des problèmes de développement ou d'adaptation sociale chez les enfants, causés par un cumul de facteurs de risque. La majorité des femmes aux prises avec un problème de consommation d'alcool ou de drogues ont eu des trajectoires de vie difficiles, caractérisées par des abus ou des carences de toutes sortes. La maternité constitue généralement pour elles une occasion privilégiée de changement, mais, malgré leur désir de réorienter leur vie, elles ne vivent souvent pas dans des conditions qui peuvent leur permettre de bien le faire, et surtout de le faire seules [128].

La consommation d'alcool pendant la grossesse

L'alcool est neurotoxique et a un effet tératogène maintenant bien reconnu, particulièrement sur le développement du cerveau. L'expression « ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale » désigne l'ensemble des problèmes pouvant être causés par l'exposition prénatale à l'alcool. Les études ne permettent pas de déterminer s'il existe ou non une quantité acceptable d'alcool pouvant être consommée par une femme enceinte [129]; il est recommandé aux femmes enceintes de ne pas boire d'alcool pendant la grossesse.

Dans la région de la Capitale-Nationale, la consommation d'alcool pendant la grossesse est particulièrement préoccupante. En 2000-2001, on y comptait la proportion la plus élevée du Québec de femmes qui ont dit avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse, soit 35,5 %,



comparativement à 24,0 % au Québec^[130]. En 2005, selon les données de l'Enquête sur l'allaitement maternel de l'Institut de la statistique du Québec, cette proportion atteignait 39,4 %, comparativement à 34,1 % au Québec^[131].

Les données pour le Québec sont plus élevées que celles de l'ensemble du Canada. En effet, les données d'enquête (2003) montrent que 26,1 % des Québécoises disent avoir pris de l'alcool au cours de leur grossesse, alors que cette proportion est de 8,8 % pour le Canada^[132]. En 2005, selon les données de l'Enquête sur l'allaitement maternel de l'Institut de la statistique du Québec, 34,1 % des femmes disaient avoir consommé de l'alcool pendant leur dernière grossesse^[131].

La proportion de femmes enceintes qui prennent de l'alcool augmente avec l'âge et, de façon particulièrement marquée, avec leur revenu. En 2003, la proportion de Québécoises ayant consommé de l'alcool pendant leur grossesse passait de 17,5 % chez les femmes de faible niveau socioéconomique à 36,6 % chez les femmes de niveau socioéconomiquement élevé^[129].

La consommation de drogues pendant la grossesse

La consommation de drogues durant la grossesse peut entraîner divers problèmes de développement chez le fœtus ou entraver le cours normal de la grossesse; les effets varient selon le type de drogue^[133].

Nous ne disposons d'aucune donnée québécoise sur leur consommation par les femmes enceintes. Dans la région de la Capitale-Nationale, selon les intervenants des CSSS qui rencontrent des femmes enceintes dans le cadre du programme OLO et des SIPPE, la consommation de cannabis serait relativement fréquente, surtout chez les femmes de

milieu socioéconomiquement défavorisé. À partir des données d'enquête et du projet Passerelle (consulter l'encadré, p. 51), on peut estimer qu'au moins une centaine de femmes enceintes de la région présentent une consommation problématique d'alcool ou de drogues^[134].

L'intervention au regard de la consommation d'alcool ou de drogues chez les femmes enceintes ou les nouvelles mères est maintenant reconnue prioritaire, tant sur le plan national que régional. On trouve en effet des recommandations liées à cette problématique dans les différents documents d'orientation qui concernent la périnatalité ou la toxicomanie.

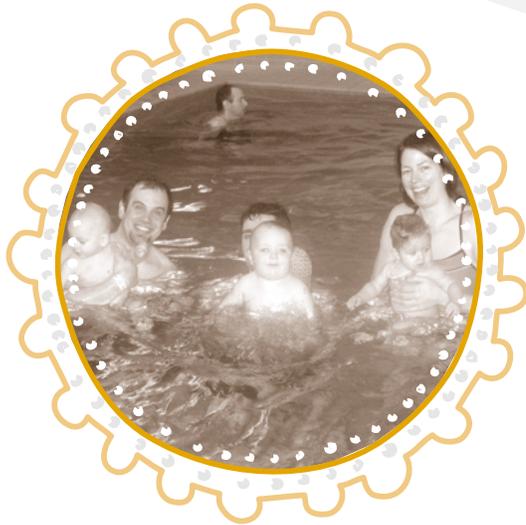


Le projet Passerelle et le développement d'un projet de soutien professionnel

Le projet Passerelle a été réalisé de juin 2000 à mars 2003 et s'adressait spécialement aux femmes toxicomanes enceintes ou nouvelles mères du territoire de la Basse-Ville–Limoilou–Vanier. Son expérimentation a été concluante. L'évaluation a montré le besoin de formation et de soutien du personnel ainsi que la nécessité de collaboration entre les différentes organisations de soins et de services afin d'adapter l'offre de service aux besoins particuliers de ces femmes ^[135].

Afin de prévenir, chez les enfants, les problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues de leur mère, un projet de soutien professionnel à l'endroit de l'ensemble des intervenants en périnatalité sera implanté au cours des prochaines années. L'objectif de ce projet est double : que l'ensemble des intervenants en périnatalité, incluant les médecins, soit en mesure 1) d'offrir des consultations sur la consommation d'alcool et de drogues à toutes les femmes enceintes, et 2) de reconnaître, conseiller, soutenir et orienter les femmes enceintes et les nouvelles mères aux prises avec une consommation problématique d'alcool ou de drogues.

Il est essentiel que l'ensemble des personnes qui rencontrent des femmes enceintes puissent aborder la consommation d'alcool et de drogues pendant leur intervention, car il s'agit d'un problème délicat qui, plus qu'aucun autre, échappe très fréquemment au diagnostic. Par ailleurs, l'intervention auprès des femmes qui consomment de façon problématique est complexe et représente un défi pour les intervenants. Notons que les projets cliniques de CSSS sur les dépendances devraient inclure un volet sur cette problématique.



La santé au travail en période prénatale

Le nombre important de femmes sur le marché du travail justifie l'attention accordée aux risques professionnels au cours de la grossesse et de l'allaitement. Au Québec, le programme Pour une maternité sans danger (consulter l'encadré, p. 52), instauré en 1981, a pour but de permettre aux travailleuses de poursuivre leur grossesse et d'allaiter sans être exposées à des dangers présents au travail ^[136].



Les données pour le Québec de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) indiquent que les demandes des travailleuses enceintes au programme Pour une maternité sans danger sont plus nombreuses dans certains types d'emplois reconnus pour leurs nombreuses contraintes : en 2003, il s'agissait des infirmières et autre personnel médical (20,9 %), des enseignantes (16,9 %), des barmaids (10,2 %), des vendeuses (8,2 %), des caissières (5,7 %), des travailleuses des services personnels (5,3 %) et des manutentionnaires (5,2 %) [137].

Depuis 1997, le nombre de demandes traitées provenant des femmes travaillant dans la région de la Capitale-Nationale s'est accru : il est passé de 2 253 [138] à plus de 3 000 en 2003 (2 952 demandes de travailleuses enceintes et 132 demandes de travailleuses allaitantes ont été reçues et acceptées) [137]. L'ensemble de ces requêtes représente 12,2 % des demandes du Québec [137]; cette proportion est sensiblement la même qu'en 1997 (12,5 %) [138]. De plus, l'affectation à d'autres tâches ou le retrait entraînent en vigueur plus hâtivement en 2003 qu'en 1997, soit à 9 semaines de grossesse [137] plutôt qu'à 13,8 [138]. La même tendance a aussi été observée au Québec (11 semaines comparativement à 18) [137, 138]. L'écart entre la région de la Capitale-Nationale et le Québec s'est donc amoindri, passant de 4,2 à 2 semaines entre 1997 et 2003.

Une étude épidémiologique menée dans la région de la Capitale-Nationale a permis de mettre en évidence l'effet du cumul de contraintes chez les travailleuses enceintes sur l'augmentation des risques de prématurité et de retard de croissance intra-utérine. L'élimination précoce des contraintes était associée à une diminution significative de ces risques [139-140]. Ces observations confirment l'efficacité du programme Pour une maternité sans danger et encouragent notre région à conserver son rôle dans son application.

Programme Pour une maternité sans danger

Ce programme de prévention oblige l'employeur à soustraire la travailleuse enceinte aux conditions de travail qui comportent des dangers pour sa grossesse 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. Les actions visent plus spécialement la réduction de la prématurité et de l'insuffisance de poids. Les contraintes ergonomiques sont particulièrement visées par le programme, car elles constituent l'un des facteurs les plus fréquemment liés aux issues de grossesse défavorables.



LES SERVICES PÉRINATAUX

Dans la région de la Capitale-Nationale, des modifications ont été apportées au continuum de services périnataux, notamment en ce qui concerne les cliniques prénatales, les îlots parents-enfants et la réduction de la durée du séjour hospitalier après un accouchement.

Les cliniques prénatales

Le concept des cliniques prénatales a été défini au printemps 1996. Elles visaient premièrement à améliorer la continuité, la complémentarité et la qualité des services offerts aux femmes enceintes et à leur famille par les établissements, les organismes et les intervenants travaillant en périnatalité et, deuxièmement, à identifier précocement la population vivant en situation de vulnérabilité et à lui offrir un suivi adapté à ses besoins. Les cliniques s'adressent à l'ensemble des futurs parents et sont conçues comme un pivot dans la trajectoire de services en périnatalité en vue d'une intervention préventive, adaptée et intersectorielle des différents prestataires de services (CLSC, cliniques médicales, centres hospitaliers, organismes communautaires, etc.). Ce service ne se substitue pas au suivi de la grossesse effectué par le médecin ou la sage-femme.



Deux entrevues étaient prévues au cours de la grossesse, la première entre la 12^e et la 16^e semaine de grossesse et la seconde entre la 26^e et la 30^e semaine de grossesse; une seule entrevue est actuellement offerte par les cliniques situées dans le CHUQ. Ces entrevues effectuées par des infirmières permettent de connaître les besoins particuliers et les facteurs de vulnérabilité des familles. Les cliniques sont situées dans les trois centres d'accouchement de la région (Hôpital du Saint-Sacrement jusqu'en 2004, Centre mère-enfant depuis 2004, Hôpital Saint-François d'Assise, Hôpital de La Malbaie). Dans les secteurs de Portneuf et de Charlevoix, le service de cliniques prénatales est offert par les CSSS de Portneuf et de Charlevoix afin de favoriser l'accès pour les mères de ces territoires.

En 1998, une évaluation de l'implantation de ce service a permis d'observer que 60 % de la population ciblée était rejointe. Selon les résultats, des améliorations s'avéraient nécessaires au regard de la continuité et de la complémentarité du service. Chez les mères fréquentant les cliniques, on a observé certains changements : une plus grande sensibilité à leurs besoins ainsi qu'une plus grande perception de leur capacité d'agir, un renforcement de leur sentiment de confiance, une analyse de leur réseau d'entraide, une plus grande connaissance des ressources du milieu et des services offerts par l'hôpital ainsi que de ceux concernant l'accouchement. L'information reçue a amené certains changements dans l'intention d'allaiter, l'alimentation de la mère, le sommeil, les comportements liés à la sécurité, etc.

L'emplacement des cliniques a été remis en question au printemps 2004 dans le document *Modèle régional d'organisation de services de santé et de services sociaux intégrés : un défi de proximité, d'accessibilité et de continuité* adopté par le conseil d'administration de l'Agence. On a demandé le transfert des services de première ligne des hôpitaux vers



les entités locales (CSSS-CLSC). Ainsi, au cours de l'année 2007-2008, ce service sera transféré en CLSC pour les deux autres CSSS, Québec-Nord et Vieille-Capitale. Certains mécanismes seront mis en place pour faciliter l'orientation des parents vers les CLSC, tel un avis de grossesse (recommandé dans le projet de *Politique de périnatalité*).

Les îlots parents-enfants

Les îlots parents-enfants favorisent la proximité mère-enfant-famille par une cohabitation jour et nuit pendant toute la durée du séjour en centre hospitalier. Cette cohabitation est possible dans les trois centres hospitaliers où l'on pratique des accouchements dans la région de la Capitale-Nationale. Les soins au nouveau-né et à la mère, l'enseignement et les visites médicales sont effectués dans la chambre. Des banquettes ou des lits pliants sont offerts la nuit au conjoint ou à toute autre personne significative^[141]. Cette approche favorise, entre autres, une réponse rapide aux besoins du nouveau-né et une meilleure connaissance de ces besoins, l'initiation de l'allaitement maternel et l'apprentissage parental, tant pour le père que pour la mère.

Le court séjour hospitalier et le soutien aux familles

Dans le contexte de la reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux (printemps 1996), une diminution de la durée du séjour hospitalier suivant la naissance de l'enfant a été envisagée. Afin de répondre aux besoins des familles à la suite de cette nouvelle orientation, il a été décidé d'offrir un suivi postnatal à domicile systématique dans un délai de un à trois jours après le départ du lieu de naissance. En plus du *Bulletin de naissance vivante*, le *Formulaire de continuité de soins pour la région de la Capitale-Nationale* (transmis par le centre hospitalier aux CLSC) facilite le contact avec les nouveaux parents et une offre de service adaptée à leurs besoins.

En l'absence de complications ou de particularités chez la mère ou l'enfant, la durée du séjour a été établie à deux jours pour un accouchement vaginal et à quatre jours pour un accouchement par césarienne. Dans la région de la Capitale-Nationale, pour les années 2000 à 2004, la durée moyenne de séjour était de 2,7 jours pour un accouchement par voie vaginale et de 5,1 jours pour une césarienne^[12]. Avec l'augmentation du volume des naissances au cours des dernières années, estimée à environ 14 % entre 2004 et 2006, la durée du séjour serait moindre que celle établie au début du virage ambulatoire. En 2005-2006, le Centre mère-enfant avait un volume de 4 100 naissances, alors que le volume envisagé pour ce milieu était de 3 200 naissances.

L'utilité d'analyser l'évolution de la durée du séjour post-accouchement en centre hospitalier et ses effets sur la mère et sur l'enfant est reconnue. Les effets de la diminution de la durée du séjour sur le suivi postnatal soulèvent la question de l'importance d'une meilleure préparation durant la période prénatale et le besoin de consolider des mesures s'adressant à l'ensemble des parents : cliniques prénatales préventives, rencontres prénatales de groupe, stratégies d'information des parents, etc.

L'orientation visant à assurer un soutien tangible aux parents dans le continuum de services pré et postnataux est d'autant plus importante que nous vivons dans une société où les familles sont dispersées et moins nombreuses. Ce contexte conduit effectivement à une perte de certains modèles, comme cela s'observe, entre autres, avec l'allaitement.



Des outils d'information destinés aux parents

Certains outils sont mis à la disposition des parents afin qu'ils disposent d'une information détaillée de la période prénatale jusqu'aux 5 ans de leur enfant. Mentionnons particulièrement le guide *Mieux vivre avec notre enfant* remis à tous les parents et les *Bulletins pédiatriques* remis par les médecins et intervenants en petite enfance.

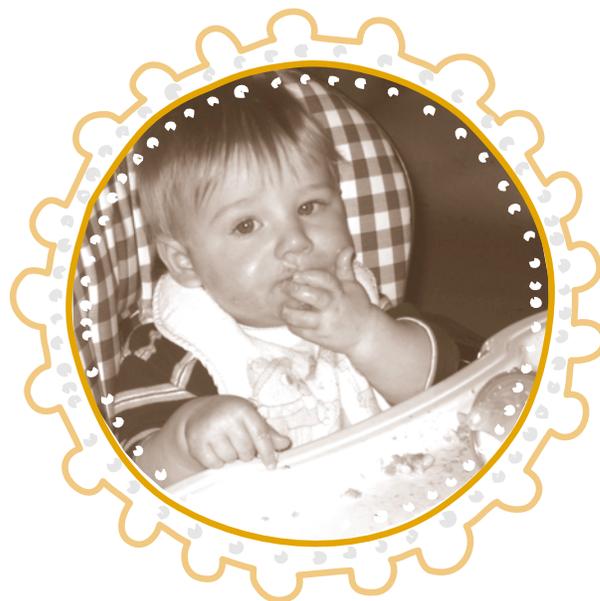
Mieux vivre avec notre enfant

Le guide *Mieux vivre avec notre enfant*^[142] est remis gratuitement à tous les parents du Québec au moment de la naissance de leur enfant ou de l'adoption. Ce guide pratique constitue une source d'information précieuse pour les parents et les intervenants sur ce qui touche l'enfant jusqu'à ses 2 ans. Les objectifs poursuivis sont de répondre adéquatement aux préoccupations quotidiennes des parents, et de renforcer leurs compétences ainsi que leur confiance en eux-mêmes. Le guide veut également faciliter l'harmonisation de l'information donnée aux parents par les intervenants. Les femmes qui consultent les cliniques prénatales reçoivent leur exemplaire pendant leur grossesse.

Les sections portant sur le développement de l'enfant et sur l'alimentation ont été entièrement révisées. Un nouveau chapitre intitulé « Le lait de maman et les autres laits » a été ajouté à l'édition 2006. En 2008, ce guide intégrera un contenu prénatal. Un mécanisme de distribution pendant la période prénatale est en cours d'élaboration.

Les Bulletins pédiatriques

L'objectif de ces feuillets est de fournir à la mère et au père des renseignements concernant la croissance et le développement de leur enfant et les soins à lui donner. Les *Bulletins pédiatriques*^[143] sont un outil complémentaire à d'autres sources d'information, telles que *Mieux vivre avec notre enfant*, venant renforcer des messages importants. Ils comprennent onze feuillets que les parents peuvent recevoir gratuitement d'un professionnel de la santé au moment des visites périodiques recommandées au cours des cinq premières années de la vie de l'enfant. L'intérêt principal de ces feuillets est que leur contenu correspond à l'âge de l'enfant au moment de chacune des visites.



Des programmes et des services pour les femmes enceintes et les futurs parents

Les programmes et les services présentés visent à agir sur les habitudes de vie de la mère; ils abordent également de nombreux autres thèmes.

Le programme régional des rencontres prénatales constitue une mesure universelle accessible à tous les parents.

Programme régional des rencontres prénatales

Dans le projet de *Politique de périnatalité*^[71], on mentionne l'importance de l'information prénatale : elle doit être offerte à tous les parents qui en font la demande, dans chaque territoire de CSSS. Son contenu doit nécessairement inclure un tronc commun provincial présentant une information prénatale pertinente, validée scientifiquement et mise à jour régulièrement.

Dans la région de la Capitale-Nationale, le programme des rencontres prénatales est offert par les CSSS à tous les futurs parents qui désirent recevoir de l'information sur la grossesse, le travail et l'accouchement et sur les besoins du nouveau-né^[141]. Ces rencontres constituent une source d'information privilégiée accessible à tous. Environ un tiers des futurs parents assistent aux rencontres prénatales, et les femmes y sont majoritairement primigestes (données recueillies pour Lepage et autres^[144, 145]).

Les rencontres débutent idéalement vers la vingtième semaine de grossesse, et l'ensemble des rencontres totalisent un minimum de quinze heures. Dix à douze couples forment les groupes. Les principaux thèmes abordés sont : les habitudes de vie, devenir parents, le travail et l'accouchement, l'allaitement, les soins et les besoins du nouveau-né et le retour à la maison. Les futurs parents reçoivent également de l'information sur les ressources disponibles, le développement fœtal et les services offerts en centre hospitalier. Au fil des rencontres, la respiration, l'exercice physique et la relaxation sont abordés de façon dynamique afin de permettre à la femme enceinte d'acquiescer un mieux-être.

Des projets de collaboration avec des organismes communautaires, comme les groupes d'entraide en allaitement, permettent de développer les connaissances des futurs parents sur les ressources du milieu et de favoriser l'utilisation des services.



Le programme OLO s'adresse aux femmes enceintes de milieu économiquement défavorisé et peut se poursuivre pendant la période postnatale jusqu'à une année.

Programme OLO (œufs, lait, jus d'orange)

Le programme, offert par les CSSS du Québec, vise principalement la prévention des naissances de poids insuffisant et de la prématurité. Il vise plus spécialement à venir en aide aux femmes enceintes à faible revenu en leur permettant de recevoir, au cours d'un suivi nutritionnel, un supplément alimentaire (œufs, lait et jus d'orange) ainsi qu'un supplément de vitamines et de minéraux au besoin. Les participantes bénéficient d'un suivi de santé individualisé et d'un suivi psychosocial, au besoin. Elles peuvent avoir accès à d'autres services ou ressources. La région offre également un volet postnatal.

Les résultats du bilan du programme OLO pour la région de la Capitale-Nationale pour 1999-2000 à 2004-2005 ^[58] montrent que près de 20 % des femmes de la région sont suivies par ce programme. L'analyse des sources de revenu révèle une augmentation importante de femmes dont le revenu d'emploi est insuffisant; leur proportion est passée de 36,5 % des femmes suivies en 1998-1999 à 53,6 % en 2004-2005. Les données montrent également que cinq fois plus de femmes suivies avaient moins de onze années de scolarité comparativement à l'ensemble des femmes ayant donné naissance dans la région, que cinq fois plus de femmes étaient âgées de moins de 20 ans et que près du quart ne vivaient pas en couple (soit 2,6 fois plus que l'ensemble des femmes qui avaient accouché). Chez les femmes suivies, la proportion de bébés de poids insuffisant à la naissance s'avérait plus élevée que celle de l'ensemble des bébés de la région (7,5 % comparativement à 5,4 %), mais moins élevée que celle des bébés des femmes à risque ne bénéficiant pas d'un suivi. En effet, avant la mise en œuvre des suivis pour les femmes enceintes à risque, les issues de grossesse défavorables étaient deux fois plus élevées chez ces mères que chez l'ensemble des mères ayant donné naissance ^[146]. Les résultats concernant la prématurité montrent des taux comparables pour les deux groupes de mères.



Les SIPPE s'adressent spécialement aux familles de milieu économiquement défavorisé, aux mères âgées de moins de 20 ans et aux mères n'ayant pas complété une onzième année de scolarité. Le suivi peut se poursuivre jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 5 ans (consulter l'encadré, p. 58).



Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité

La Direction régionale de santé publique a le mandat d'accompagner les CSSS dans l'implantation des SIPPE à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, lesquels sont priorisés par le *Programme national de santé publique 2003-2012*^[1] ainsi que par le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la région de la Capitale nationale*^[2].

Les SIPPE intègrent les contenus du programme Naître égaux – Grandir en santé et du Programme de soutien aux jeunes parents. Ils visent d'abord à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et sociaux, dont l'abus et la négligence. Ils visent aussi à maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0 à 5 ans vivant en situation de vulnérabilité. Ils s'adressent 1) aux jeunes femmes enceintes dont la date d'accouchement est prévue avant leur 20^e anniversaire de naissance et aux mères âgées de moins de 20 ans à leur inscription aux services ainsi qu'aux pères et à leurs enfants de 0 à 5 ans, et 2) aux femmes enceintes ou mères âgées de 20 ans ou plus, aux pères et à leurs enfants qui vivent des situations de vulnérabilité en raison d'une grande pauvreté et d'une sous-scolarisation. Les services sont offerts aux familles jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge scolaire.

Ces services comportent deux composantes, soit l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables. L'accompagnement des familles se répartit en trois axes d'intervention : le suivi individualisé (visites à domicile privilégiées), qui s'effectue selon une certaine intensité²⁰ de la douzième semaine de grossesse jusqu'à ce que l'enfant entre à l'école, les activités de groupe et l'accompagnement dans le milieu. Le soutien à la création d'environnements favorables doit tenir compte des acteurs du milieu, et l'action intersectorielle est la stratégie privilégiée pour atteindre les objectifs liés à cette composante.

Dans la région de la Capitale-Nationale, au cours de l'année 2005-2006, un total de 941 femmes étaient suivies par les SIPPE, dont 215 étaient des nouvelles mères. En 2006-2007, 241 nouvelles mères se sont ajoutées. Par ailleurs, plusieurs activités ont été réalisées dans la région telles que du répit gardiennage, des cuisines collectives et des aménagements de parcs.

Compte tenu des observations faites à la suite des deux bilans d'implantation du programme en 2006 et 2007^[147, 148], il est essentiel d'assurer : 1) le maintien du lien avec les familles en tenant compte de leur réalité (ex. : retour aux études ou sur le marché du travail, enfant en service de garde), 2) l'intensité du suivi auprès des familles telle que décrite dans le programme, et 3) la mise en œuvre de projets et l'organisation d'activités visant la création ou la consolidation d'environnements qui sont favorables tant au développement optimal des enfants vivant dans un milieu socioéconomiquement défavorisé qu'à la réalisation des projets de vie familiaux.

20. Intensité du programme : visites toutes les deux semaines pendant la grossesse, toutes les semaines de la naissance jusqu'à la sixième semaine, toutes les deux semaines de la septième semaine jusqu'à un an et ensuite une fois par mois jusqu'à l'entrée à l'école.



EN BREF

Les principaux constats

Les issues de grossesse défavorables

- Dans la région de la Capitale-Nationale, la majorité des enfants naissent à terme et en santé; cependant, des issues de grossesse défavorables demeurent toujours présentes : les taux de prématurité augmentent constamment, et les taux d'insuffisance de poids à la naissance sont stables; ils sont comparables à ceux du Québec.
- Les taux de retard de croissance intra-utérine baissent et se situent en deçà de ceux du Québec.
- Les risques à court et à long terme des issues de grossesse défavorables sur la santé et le développement des enfants incitent à continuer la prévention de ces situations.
- On note une baisse des taux de mortalité infantile dans la région de la Capitale-Nationale et au Québec.

Les interventions obstétricales

- On observe des modifications des interventions obstétricales au moment de la naissance; elles sont principalement attribuables aux changements dans la pratique médicale.
- Le taux de césarienne n'a cessé d'augmenter dans la région de la Capitale-Nationale et se situe maintenant près de la moyenne provinciale (20 %).
- Les besoins du nouveau-né, notamment celui de contacts étroits avec ses parents, doivent être considérés lorsque des interventions sont effectuées.

La période prénatale

- Les habitudes de vie de la mère durant sa grossesse influencent les conditions de santé et de bien-être des enfants. Près de 20 % des parents ayant un enfant de moins de 1 an vivent sous le seuil de faible revenu; cette situation augmente le risque d'une alimentation inadéquate, notamment pendant la grossesse.
- Parmi les habitudes de la mère à risque pour la santé et le développement du bébé, on relève qu'une proportion importante de femmes enceintes auraient fait usage de tabac au cours de leur grossesse dans la région (21,5 %); toutefois, l'usage du tabac est en régression chez les femmes en âge de procréer.
- Deux fois plus de femmes enceintes auraient consommé de l'alcool (39,4 %).

Les services périnataux

- Le continuum de services périnataux a été transformé, entre autres, par la création des îlots parents-enfants et par la réduction de la durée du séjour dans les centres hospitaliers.
- La courte durée du séjour crée une pression sur les services postnataux pendant une période cruciale pour les familles.



Les orientations du rapport de 2000

La mise en œuvre des SIPPE et la consolidation du programme OLO depuis 2000 ont permis des avancées relativement aux deux défis désignés à ce moment : la mise en place de programmes d'intervention ciblée pour la clientèle vulnérable et la consolidation ou le développement des activités de nature préventive liées principalement aux habitudes et conditions de vie afin de lutter contre certains problèmes, particulièrement la prématurité, l'insuffisance de poids à la naissance et l'abus, la négligence et la violence.

On observait le besoin de favoriser le plus tôt possible l'établissement du lien parent-enfant en centre hospitalier par la mise en place de conditions favorables à la famille pendant la période périnatale, notamment par l'implication du père. Les modifications au continuum de services périnataux, notamment les îlots parents-enfants, constituent des réalisations en ce sens.

Les orientations en 2007

Les issues de grossesse défavorables

- Les nouvelles données indiquent le besoin de poursuivre la consolidation du programme OLO et des SIPPE afin de limiter, entre autres, les issues de grossesse défavorables.
- Les actions préventives, telles que l'amélioration de l'alimentation chez les femmes enceintes, la réduction du tabagisme, la cessation de la consommation d'alcool et de drogues et la pratique régulière d'activité physique, demeurent indispensables.

La période prénatale

- La consolidation des rencontres prénatales, en collaboration avec les partenaires, constitue un moyen de promouvoir de saines habitudes de vie chez la mère pendant sa grossesse et l'engagement du père tout au long du processus.

Les services périnataux

- Afin de s'assurer de répondre aux besoins des familles, suivre de façon continue l'offre de services périnataux.



4. Les saines habitudes de vie des tout-petits :



un environnement favorable



« Encourager la mobilisation sociale et la collaboration pour créer un environnement favorable aux enfants. »

Un Québec digne des enfants

Les saines habitudes de vie des tout-petits : un environnement favorable

Les habitudes de vie influencent l'état de santé et le développement des tout-petits. Cette section se divise en trois parties. La première aborde la question de l'allaitement maternel. Les deux autres présentent l'alimentation et la santé dentaire des tout-petits.

L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement maternel est le meilleur mode d'alimentation du nourrisson^[149, 150] et constitue la norme à établir dans nos sociétés. Le non-allaitement est associé à un risque accru de morbidité et de mortalité infantiles, même dans nos sociétés industrialisées. En effet, un nombre important d'études démontrent que le lait humain diminue le risque de contracter plusieurs pathologies et la gravité de celles-ci, dont les maladies gastro-intestinales, certaines infections des voies respiratoires inférieures, les otites moyennes, les entérocolites nécrosantes chez le nourrisson prématuré, les bactériémies, les méningites bactériennes, les infections urinaires et d'autres maladies infectieuses. De plus, l'allaitement semble exercer un effet protecteur contre l'asthme, la respiration sifflante chez le nourrisson, la dermatite atopique et l'obésité^[151].

Par ailleurs, plusieurs études suggèrent que l'allaitement protège notamment contre la leucémie infantile (formes lymphoblastique aiguë et myéloïde aiguë), les lymphomes hodgkiniens, le diabète de types I et II, un taux de cholestérol et une pression artérielle élevés, le syndrome de mort subite du nourrisson, les maladies inflammatoires de l'intestin ainsi que la maladie coéliqua^[151].

De multiples autres bénéfices associés à la santé de la mère (dont le cancer du sein et des ovaires, le diabète de type II chez la

femme enceinte), au développement intellectuel de l'enfant et au bien-être de la société sont également rapportés dans la littérature et colligés notamment dans le livre de référence *Biologie de l'allaitement*^[152].

En outre, les répercussions financières du non-allaitement ne sont pas négligeables. La Direction régionale de santé publique de Lanaudière estime que si 60 % des nouveau-nés étaient exclusivement allaités jusqu'à 3 mois, la société québécoise épargnerait plus de 5 millions de dollars en soins de santé pour la première année de vie de l'enfant, et ce, en ne considérant que les coûts liés aux maladies respiratoires, aux otites moyennes et aux gastroentérites^[153]. Plusieurs études américaines ont obtenu des résultats similaires.

L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec^[154] montre l'effet protecteur d'un allaitement d'au moins 6 mois sur la probabilité d'avoir été hospitalisé une nuit chez des enfants âgés de 29 mois ayant été allaités pendant 6 mois comparativement aux enfants n'ayant pas été allaités. L'effet protecteur était présent, quel que soit le milieu socioéconomique.

Un consensus sur les objectifs

En 2001, l'Organisation mondiale de la santé recommandait l'allaitement maternel exclusif pour une période de 6 mois et une poursuite jusqu'aux 2 ans de l'enfant et même au-delà^[155]. Ces recommandations ont par la suite été adoptées par certaines organisations au Canada telles que Santé Canada^[150] et la Société canadienne de pédiatrie^[156]. Au Québec, en 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux a donné les orientations en matière d'allaitement maternel dans son document *L'allaitement maternel au Québec* :

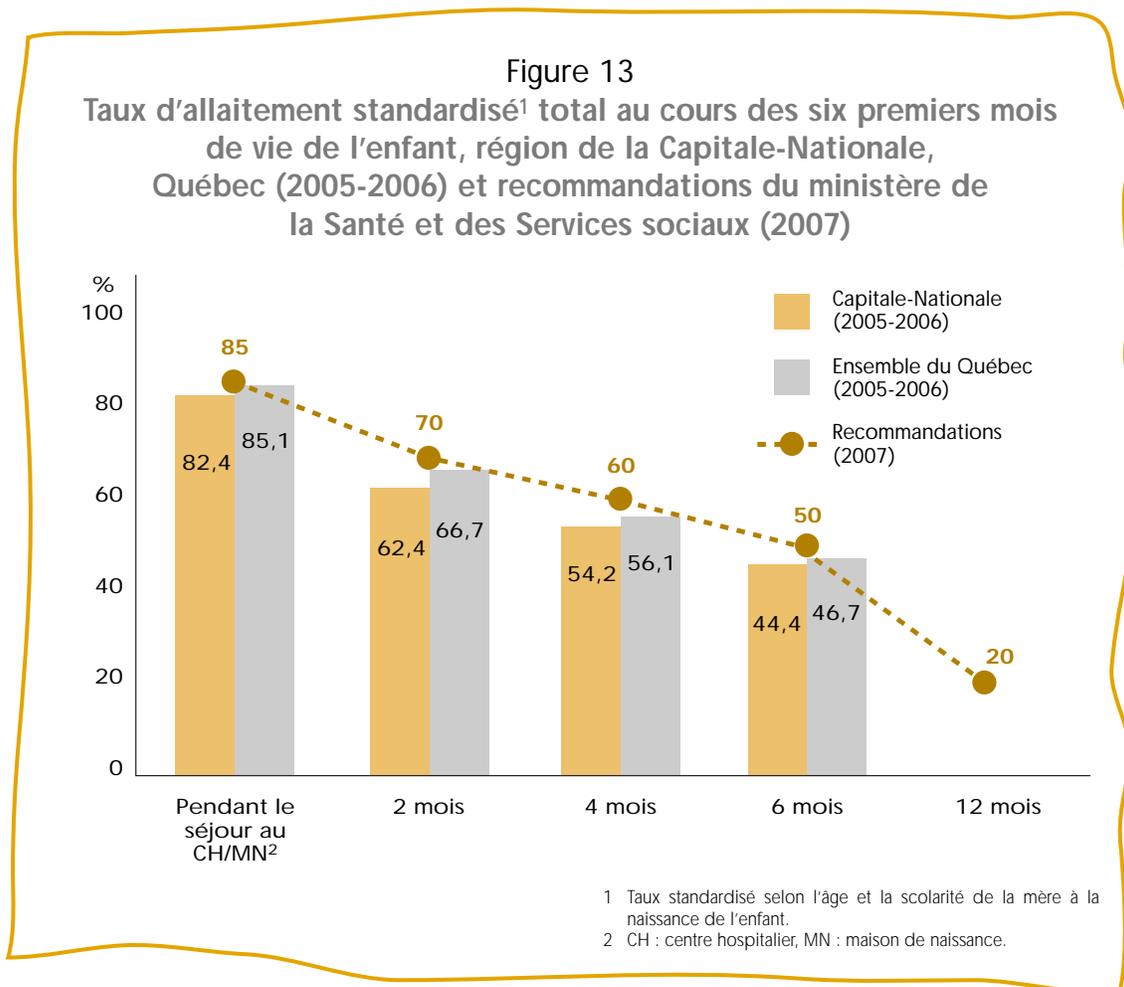


Lignes directrices^[157]. Dans ce document, il a fixé des objectifs de taux d'allaitement ainsi que des objectifs particuliers pour l'allaitement exclusif (figures 13 et 14). Il a établi également les conditions qui favorisent l'allaitement maternel, soit la protection, le soutien et la promotion. La mise en place de l'Initiative des amis des bébés dans les centres d'accouchement et les CLSC constitue la stratégie à privilégier pour atteindre ces objectifs (consulter l'encadré, p. 66).

de la Capitale-Nationale. En effet, selon une étude régionale effectuée en 1998^[144], 70 % des nourrissons étaient allaités à la naissance, alors que 47 % et 31 % étaient allaités à 3 mois et à 6 mois respectivement. Les résultats sont similaires à ceux du Québec pour la même année^[15]. Entre novembre 2005 et avril 2006, l'Institut de la statistique du Québec a mené une enquête au Québec afin de mieux connaître les diverses pratiques en matière d'allaitement maternel. L'étude présente notamment un portrait provincial du taux d'allaitement standardisé total²¹ (figure 13) et exclusif²² (figure 14)^[131].

Une augmentation des taux d'allaitement total

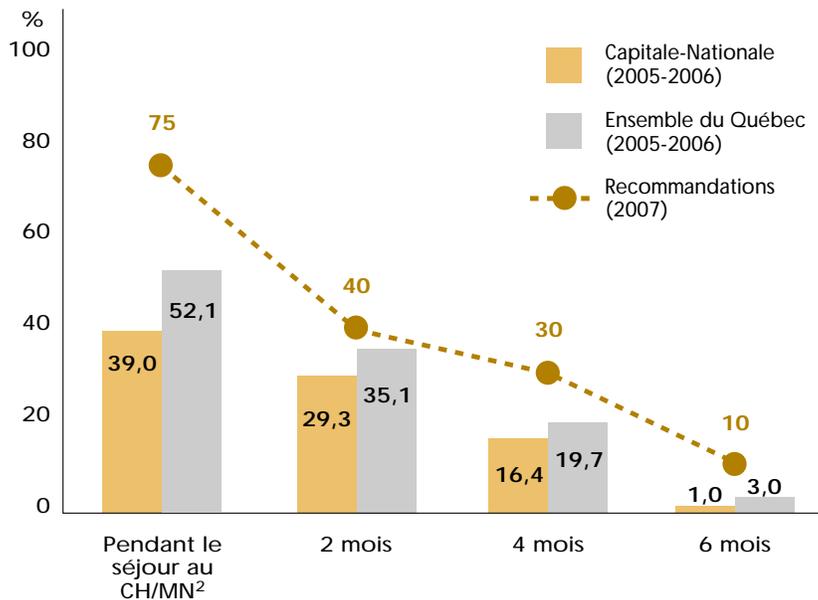
Globalement, les taux d'allaitement total ont considérablement augmenté dans la région



21. Nombre de bébés ayant reçu du lait maternel pendant une durée déterminée sur l'ensemble des bébés visés par l'enquête x 100. L'allaitement total signifie que le nourrisson boit du lait maternel, mais également d'autres boissons ou aliments (préparations commerciales pour nourrisson, eau, jus, aliments, médicaments).
 22. Nombre de bébés ayant été allaités de manière exclusive pendant une durée déterminée sur l'ensemble des bébés visés par l'enquête x 100. L'allaitement exclusif signifie qu'on ne donne aucun autre aliment ni boisson, y compris l'eau, au nourrisson (excepté des médicaments, des vitamines et des sels minéraux).



Figure 14
Taux d'allaitement standardisé¹ exclusif au cours des six premiers mois de vie de l'enfant, région de la Capitale-Nationale, Québec (2005-2006) et recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux (2007)



1. Taux standardisé selon l'âge et la scolarité de la mère à la naissance de l'enfant.
 2. CH : centre hospitalier, MN : maison de naissance.

Les résultats ne révèlent pas de différences significatives entre les taux d'allaitement standardisé total pour la région de la Capitale-Nationale et le Québec. Par contre, les taux d'allaitement standardisé exclusif de la région demeurent très faibles par rapport à la moyenne provinciale. Les importants changements organisationnels au sein des départements d'obstétrique ainsi que la rotation élevée du personnel pourraient expliquer partiellement cette différence significative. Les milieux concernés, en collaboration avec les membres du Comité régional en allaitement de la Capitale-Nationale, mettent actuellement en place des mécanismes d'action et de suivi afin de rectifier cette situation.

Une augmentation des services offerts

La région de la Capitale-Nationale offre plusieurs services aux femmes qui allaitent et à leur famille : rencontres prénatales en CLSC afin de mieux préparer les parents à vivre une expérience d'allaitement positive; visites à domicile systématiques à la sortie du centre d'accouchement par une infirmière de CLSC; visites à domicile ou en CLSC subséquentes, notamment lorsque les femmes éprouvent des difficultés avec l'allaitement; soutien par les bénévoles des cinq groupes d'entraide de la région (rencontres de groupe pour la préparation à l'allaitement et le suivi postnatal, soutien téléphonique). Au cours des 6 dernières années, des centaines d'intervenants ont profité d'une formation de 21 heures (ou plus) sur l'allaitement, en incluant des stages pratiques pour plusieurs



d'entre eux, afin d'améliorer leurs compétences dans ce domaine. Les médecins sont cependant difficiles à joindre, et peu d'entre eux ont participé aux activités de formation qui leur étaient destinées.

De nouvelles activités ont vu le jour depuis la première édition du rapport de 2000; elles permettent d'améliorer l'offre de service en matière d'allaitement. Ainsi, la Clinique d'allaitement du CHUQ a commencé ses activités en février 2004. En plus d'offrir des stages pratiques aux infirmières, aux étudiants, aux résidents et aux médecins, les cliniciens spécialisés en allaitement reçoivent la clientèle adressée par les intervenants des établissements de première ligne. Les données

régionales mises en relation avec le nombre de naissances et le taux d'allaitement suggèrent qu'entre 8 et 10 % de l'ensemble des mères allaitantes de la région reçoivent des services de la clinique. Une évaluation de la Clinique d'allaitement du CHUQ^[158] révèle que l'utilisation des services pourrait à la fois augmenter la durée de l'allaitement et augmenter la satisfaction globale à l'égard de cette expérience. Le territoire de Charlevoix s'est également doté d'une clinique offrant des services similaires, malgré la précarité financière de celle-ci.

Programme Initiative des amis des bébés

L'Initiative des hôpitaux amis des bébés a été lancée en 1991 par l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF^[159, 160]. Elle s'adresse exclusivement aux centres hospitaliers qui pratiquent des accouchements et aux maisons de naissance. Au Canada, en plus de proposer un agrément pour les centres d'accouchement, ce programme cible les CLSC au Québec et les centres de services de santé communautaire dans les autres provinces du Canada^[1, 157, 161]. Ce programme vise à créer un environnement favorable à l'allaitement en permettant aux femmes d'être mieux soutenues dans cette expérience de vie. À moyen terme, le programme propose des stratégies concrètes afin que l'allaitement redevienne une norme culturelle et sociale. Plusieurs études démontrent que l'implantation du programme augmente les taux d'initiation et de durée de l'allaitement^[162-165].

Les établissements de santé qui passent avec succès une évaluation externe se voient attribuer le titre réservé d'Amis des bébés. L'obtention de ce titre requiert de changer des pratiques de soins et de modifier l'organisation des services afin de répondre de façon optimale aux besoins physiologiques et psychologiques de la mère et de l'enfant (Sept étapes et Dix conditions pour le succès de l'allaitement). Les établissements de santé doivent également obtenir des taux d'allaitement d'au moins 75 % et respecter le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*^[166]. Ce code d'éthique et les résolutions prises par l'Assemblée mondiale de la Santé après son adoption contribuent à procurer aux nourrissons une nutrition sécuritaire, saine et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein^[149, 167]. Il assure une utilisation correcte des substituts du lait maternel quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une mise en marché appropriée.

En avril 2007, le Québec comptait deux hôpitaux, sept CLSC et une maison de naissance agréés Initiative des amis des bébés.

Plusieurs autres établissements de santé poursuivent les démarches afin d'obtenir cette reconnaissance.



L'ALIMENTATION

Les départements d'obstétrique du CHUQ comptent maintenant une dizaine de spécialistes en allaitement IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) au chevet des femmes qui ont accouché. Même si ces spécialistes ne sont pas dégagées spécialement pour soutenir les femmes ayant des difficultés majeures en allaitement, leur présence constitue un atout important auprès des mères dont elles ont la responsabilité.

Finalement, les coordonnatrices et les bénévoles des groupes d'entraide en allaitement ont travaillé en concertation avec le réseau de la santé afin de proposer de nombreuses activités de promotion auprès de la population ainsi qu'un soutien significatif pour les familles (clinique communautaire dans certains secteurs et atelier de préparation à l'allaitement), en collaboration avec les CLSC.

Malgré les améliorations concernant l'offre de service en allaitement s'adressant à l'ensemble de la population, peu de services ont été mis en place spécialement pour les femmes de milieu socioéconomiquement défavorisé. L'étude de l'Institut de la statistique du Québec indique que les femmes de milieu socioéconomiquement défavorisé commencent à allaiter tout autant que les autres femmes. Par contre, elles abandonnent cette pratique beaucoup plus rapidement que la moyenne.



L'alimentation constitue un déterminant majeur de la santé. Une alimentation saine, adéquate en quantité et en qualité, représente un facteur de protection qui contribue à un développement optimal de la personne, tant au point de vue physique et psychologique que social. Chez l'enfant et l'adolescent, les bénéfices d'une saine alimentation sont immédiats en matière d'apports nutritionnels, de condition physique et de disposition à l'apprentissage. Chez les tout-petits en croissance, une alimentation équilibrée fournit l'énergie et les nutriments nécessaires au maintien de la santé et à une croissance optimale [168]. À long terme, on observe que la majorité des habitudes alimentaires acquises en bas âge sont maintenues à l'âge adulte [169]. À l'opposé, une alimentation déficiente représente un risque important pour la santé.

Les aliments consommés

Les données sur l'alimentation des enfants proviennent d'études et d'enquêtes. L'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* [170] révèle qu'une majorité de parents ne respectent pas plusieurs des recommandations nutritionnelles et alimentaires à l'égard des jeunes enfants. En effet, les résultats montrent une consommation hâtive de lait de vache (23 % à 6 mois), une introduction hâtive des aliments complémentaires²³ (93 % à 5 mois) et un arrêt précoce des céréales pour bébé (36 % d'arrêt à 1 an). Les recommandations pour ces aliments sont d'introduire le lait de vache après 9 mois et les aliments complémentaires vers 6 mois, et de maintenir les céréales pour bébé jusqu'à 2 ans. De plus, 91,7 % des enfants de 2 ans et demi mangeaient souvent à des heures irrégulières, et leurs parents ne suivaient pas les recommandations sur les différents types d'aliments, particulièrement pour les fruits et légumes et les viandes et substituts.

23. Tous les aliments autres que le lait maternel ou les préparations commerciales pour nourrisson.



En ce qui concerne les enfants plus âgés, l'*Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*^[31], effectuée à partir des données de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, montre que ceux-ci ne mangent pas assez de fruits et de légumes, de produits laitiers de même que de viandes et substituts. Ainsi, on estime qu'environ six enfants sur dix (61 %) ont une consommation habituelle de viandes et substituts inférieure au minimum de deux portions par jour, que cinq enfants sur dix (52 %) ne consomment pas sur une base quotidienne les deux portions minimales recommandées de produits laitiers²⁴ et que deux enfants sur dix (21 %) ne consomment pas quotidiennement les 2,5 portions de fruits et de légumes recommandées. Pour les produits céréaliers, la majorité des enfants semble en consommer. Toutefois, ce sont le plus souvent des produits de moindre qualité nutritionnelle qui ne combrent pas les besoins en fibre alimentaire.

L'*Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans* révèle également que les « Autres aliments²⁵ » occupent une part non négligeable des apports en énergie et en certains nutriments chez ces enfants. Cela pourrait expliquer en partie les apports élevés en gras saturés chez 81 % des garçons et 88 % des filles. Enfin, un enfant sur cinq (20 %) consomme sur une base quotidienne diverses boissons sucrées, incluant les boissons à saveur de fruits et les boissons gazeuses et, chez 9 % de l'ensemble des enfants, ils sont consommés trois fois ou plus par jour. Ces observations sont particulièrement inquiétantes étant donné que ce premier portrait de l'alimentation des enfants

québécois d'âge préscolaire nous indique également que 14 % présentent un surplus de poids à 4 ans (embonpoint : 9,7 %; obésité : 3,8 % selon les standards de Cole et autres [2000]). Il ressort aussi de l'enquête que les enfants présentant un excès de poids sont proportionnellement plus nombreux que les autres (13 % comparativement à 7 %) à ne pas déjeuner tous les matins ou encore à connaître l'insécurité alimentaire (17 % comparativement à 10 %), deux caractéristiques fortement associées à la situation économique des familles.

Les problèmes de surplus de poids

D'autres données sur les tout-petits proviennent de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*^[171]. Ces données montrent, entre autres, une stabilité des taux d'embonpoint et d'obésité chez les enfants canadiens âgés de 2 à 5 ans (21 %) entre les années 1978-1979 (données de l'Enquête santé Canada) et 2004 (ESCC) (embonpoint : 15 %; obésité : 6 %). Toutefois, étant donné que les taux doublent entre ces mêmes années de comparaison pour les enfants âgés de 6 à 11 ans (13 à 26 %) et pour ceux de 12 à 17 ans (14 à 29 %), la prévention demeure une priorité auprès des enfants d'âge préscolaire. Les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* montrent une association positive entre le risque de surplus de poids chez les enfants d'âge préscolaire et le niveau de scolarité des parents, le fait de trop manger ou de manger trop vite et l'insécurité alimentaire. De plus, les messages publicitaires télédiffusés influenceraient les choix alimentaires des enfants^[172].



24. La quantité minimale suggérée dans le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*.

25. Les « Autres aliments » constituent une catégorie très vaste d'aliments consommés aux repas et aux collations, mais qui n'appartiennent à aucun des quatre groupes alimentaires, car ils sont peu nutritifs et riches en sucre ou en matières grasses.



L'anémie ferriprive

Chez les enfants, l'anémie par carence en fer (ferriprive) peut mener à des problèmes de développement cognitif et moteur possiblement irréversibles^[173]. Elle est présente chez 4 à 5 % des enfants non autochtones d'âge préscolaire et près de 24 % des autochtones^[174]. Sa prévalence serait plus élevée chez les enfants de milieu socioéconomiquement défavorisé^[173, 175]. Compte tenu de ses conséquences sur le développement de l'enfant, sa prévention chez les tout-petits demeure une priorité.

L'alimentation en service de garde

L'alimentation des tout-petits est également influencée par le service de garde, qu'un peu plus de 50 % d'entre eux fréquentent. En effet, la majorité des enfants qui fréquentent les centres de la petite enfance ou d'autres services de garde à l'enfance y consomment un ou deux repas, en plus des collations. On estime qu'entre 50 et 100 % des apports recommandés en nutriments proviennent des repas servis en service de garde^[176]. Selon l'Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs^[177], les principales forces des centres de la petite enfance et des services de garde en milieu familial sont le caractère sain des repas et des collations et le respect des règles sanitaires au dîner. Notons toutefois que la grille d'évaluation qualitative comportait des critères subjectifs. Enfin, la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance^[178] exige des services de garde qu'ils servent des repas et des collations respectant le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, mais cette exigence laisse place à différentes interprétations, et son application diffère d'un milieu à l'autre.

Des actions concrètes pour les tout-petits

En 2006, le gouvernement du Québec a publié un *Plan d'action de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*^[179]. Les axes d'intervention prioritaires choisis sont :

- Favoriser une saine alimentation;
- Favoriser un mode de vie physiquement actif;
- Promouvoir des normes sociales favorables;
- Améliorer les services aux personnes aux prises avec un problème de poids;
- Favoriser la recherche et le transfert des connaissances.

Des actions concrètes pour les tout-petits sont proposées relativement aux familles, aux services de garde et communautaires ainsi qu'aux municipalités. Elles portent, entre autres, sur la mise à jour d'outils éducatifs, la conception d'outils de promotion et la révision du volet nutritionnel du programme de formation Techniques d'éducation à l'enfance offert au collégial. D'autres actions proposées concernent la promotion de l'activité physique dans les différents milieux. Dans la région, quelques actions sont entreprises relativement aux services de garde, telles que l'offre de formations sur l'alimentation et la production d'un outil de référence pour le personnel travaillant auprès des tout-petits. Selon les territoires, des consultations en nutrition sont offertes par les CLSC en fonction des besoins particuliers des enfants, notamment par le programme OLO et les SIPPE. La mise en œuvre du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012* reste à poursuivre.



LA SANTÉ DENTAIRE CHEZ LES TOUT-PETITS

La carie que l'on retrouve chez les enfants de moins de 36 mois résulte de la combinaison de facteurs comportementaux qui viennent de l'environnement familial et d'une contamination précoce par le streptocoque *mutans*. La transmission du streptocoque à l'enfant se fait généralement par la mère.

Les coûts biologiques, économiques et sociaux de la carie de la petite enfance sont considérables. Des perturbations significatives de la croissance, de la qualité du sommeil et du comportement sont relevées dans la littérature^[180]. Les soins dentaires majeurs que nécessite la maladie sont coûteux et doivent être effectués sous anesthésie générale à cause du jeune âge de l'enfant. Or, l'accès aux soins est problématique, parce qu'il y a peu de temps opératoire disponible en milieu hospitalier et que les listes d'attente sont longues. Malheureusement, les traitements apportent une solution de courte durée, car les enfants atteints de carie de la petite enfance demeurent plus susceptibles à la carie dentaire future en dentition primaire ainsi qu'en dentition permanente. Le taux important de récidives dans les mois suivant l'intervention curative témoigne de cette susceptibilité accrue, mais aussi de la résistance au changement des habitudes de vie (alimentation, hygiène buccale)^[181, 182].

La présence de la carie dentaire chez les tout-petits

Les dernières décennies ont été marquées par une diminution importante de la carie dentaire en dentition permanente. Toutefois, il est préoccupant de constater que cette tendance ne s'est pas confirmée en dentition primaire. Dès l'entrée à la maternelle, 42 % des enfants du Québec sont déjà touchés par la carie dentaire. Les données pour 1998-1999 montrent également que les enfants ne sont pas tous atteints avec la même intensité,

puisque 24 % d'entre eux cumulent 90 % de toute la carie dentaire dans le groupe des 5-6 ans^[183]. Pour un enfant, le fait de vivre au sein d'une famille économiquement défavorisée accroît son risque de 112 % d'avoir des caries comparativement à ses pairs issus d'un milieu favorisé. Au Québec, bien que les services dentaires soient payés par la Régie de l'assurance maladie, les enfants vivant en contexte de vulnérabilité ont une probabilité élevée de ne pas avoir consulté un dentiste avant l'âge de 4 ans^[184].

La prévention de la carie dentaire

L'intervention préventive doit donc s'exercer bien en amont pour être efficace. Environ le tiers seulement de la population de la région bénéficie de l'apport en eau fluorée^[185]. Or, celle-ci a une efficacité accrue chez les enfants à risque élevé de caries, car ces derniers profitent peu des autres méthodes de prévention dentaire. La fluoration de l'eau de consommation est la stratégie préventive avec laquelle on constate le meilleur rapport coût-avantage, et elle profite à toute la population^[186]. Dans la région de la Capitale-Nationale, seuls les arrondissements desservis par l'ancien réseau d'aqueduc de la Ville de Québec présentent une concentration optimale en fluorure. Le Conseil municipal de Québec a adopté au début de 2007 une résolution qui pourrait conduire à l'abandon de la fluoration dès avril 2008. Dans un avis rendu public



en mars 2007, la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale recommande non seulement de maintenir le bénéfice de la fluoruration telle que pratiquée depuis 1972, mais de l'étendre à l'ensemble du territoire de la nouvelle ville dès que les capacités techniques le permettront.

Les programmes de santé publique visant à améliorer la santé des mères vivant en milieu socioéconomiquement défavorisé sont donc susceptibles d'influencer aussi la santé dentaire de leur enfant. Actuellement, les activités de prévention du réseau de santé publique rejoignent principalement les enfants en milieu scolaire par l'entremise du Programme public de services dentaires préventifs. Ce programme vise l'ensemble des enfants âgés de 12 ans et moins et accorde une attention particulière aux enfants vulnérables à la carie dentaire d'âge scolaire (entre 5 et 12 ans). Les interventions en amont doivent cibler les très jeunes enfants et les adultes responsables d'eux.



Dans la région de la Capitale-Nationale, les hygiénistes dentaires du réseau effectuent des actions préventives pour les enfants de 0 à 4 ans principalement dans les centres de la petite enfance. Les ressources sont insuffisantes pour effectuer des activités dans l'ensemble du territoire; il importe donc de cibler les groupes vulnérables.

Au cours de l'année 2007, une étude sur la distribution de la carie de la petite enfance chez les enfants d'âge préscolaire de la région sera entreprise par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale. Un projet pilote a été mené en décembre 2006 auprès de 68 enfants âgés de 18 mois à 5 ans dans deux services de garde de la région. Cette étude permettra non seulement de dresser un premier portrait de la carie de la petite enfance chez les enfants d'âge préscolaire, mais elle aidera à cibler les groupes vulnérables et à augmenter l'efficacité des interventions préventives.

Des activités de sensibilisation au problème de la carie de la petite enfance ont été offertes à différents groupes de professionnels de la région. La réponse positive des intervenants de première ligne montre une volonté de s'impliquer davantage. L'intégration du volet santé dentaire dans les SIPPE permettra une action ciblée sur les populations les plus à risque pour la carie de la petite enfance.



EN BREF

Les principaux constats

L'allaitement maternel

- Dans la région de la Capitale-Nationale, on observe une augmentation significative des taux d'allaitement total depuis 1998, mais les taux d'allaitement exclusif demeurent faibles par rapport à ceux du Québec.
- Un nombre important d'activités de promotion et de soutien destinées aux femmes qui allaitent ont été faites au cours des cinq dernières années, dont la création d'une clinique d'allaitement et la prestation de formation aux intervenants.

L'alimentation

- Les données du Québec montrent certaines difficultés liées à la consommation des portions alimentaires recommandées.
- Les liens entre la pauvreté des familles et les risques d'obésité et d'anémie ferriprive chez les tout-petits montrent une fois de plus que les risques pour la santé et le développement sont plus grands chez les tout-petits vivant en contexte de pauvreté.

La santé dentaire chez les tout-petits

- Au Québec, 24 % des enfants cumulent 90 % des caries au moment de leur entrée à l'école; le lien entre les problèmes de carie dentaire et la pauvreté est aussi noté, et les conséquences pour la santé des enfants sont nombreuses.
- Le Conseil municipal de la Ville de Québec a adopté une résolution qui pourrait conduire à l'abandon de la fluoruration dès avril 2008.

Les orientations du rapport de 2000

En 2000, on observait le besoin de poursuivre les efforts de promotion et de soutien de l'allaitement maternel. On mentionnait également le besoin de consolider le Programme public de services dentaires préventifs dans les services de garde. Actuellement, la disponibilité des ressources permet d'effectuer seulement des interventions ponctuelles.



Les orientations en 2007

L'allaitement maternel

- La mise en place de l'Initiative des amis des bébés dans les CLSC et les centres d'accouchement demeure la stratégie à privilégier pour améliorer la durée et les taux d'allaitement exclusif.
- Des efforts doivent être poursuivis pour assurer la tenue de formations, notamment celles offertes aux médecins en contact avec les familles.
- Les activités de soutien aux femmes qui allaitent proposées par les organismes communautaires en relation avec le réseau de la santé doivent être renforcées, plus particulièrement les interventions auprès des familles de milieu socioéconomiquement défavorisé.
- L'allaitement maternel permet également la prévention de l'anémie ferriprive et de l'obésité chez les tout-petits; sa promotion et son soutien constituent des mesures efficaces pour prévenir ces problèmes.

L'alimentation

- En ce qui concerne les habitudes alimentaires, la conception et l'implantation d'interventions sont à développer notamment par la mise en œuvre du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*.
- Les interventions sur les habitudes alimentaires doivent être développées en tenant compte des problèmes d'accès physique et économique des familles à une alimentation saine et nutritive.

La santé dentaire chez les tout-petits

- Il serait nécessaire de cibler les milieux vulnérables à la carie dentaire afin de développer et d'implanter des programmes préventifs.
- Il serait nécessaire de poursuivre la promotion de la fluoration des eaux de consommation en montrant les conséquences néfastes de son arrêt sur la santé dentaire pour la clientèle vulnérable.



5. La santé des tout-petits : des stratégies préventives



« En matière de santé, le renforcement du plein potentiel des enfants, le soutien aux plus vulnérables et au développement des communautés, la participation aux actions intersectorielles et le recours accru aux pratiques cliniques préventives constituent les stratégies sur lesquelles repose l'action. »

Un Québec digne des enfants



La santé des tout-petits : des stratégies préventives

Cette section se divise en quatre parties. La première décrit les maladies infectieuses des tout-petits. La deuxième présente les maladies respiratoires. La troisième aborde la question des problèmes de santé en relation avec des causes environnementales. Enfin, la dernière présente les traumatismes non intentionnels et leur prévention. Les maladies présentées sont celles dont l'incidence ou la gravité peuvent être réduites par des actions de promotion de la santé ou de prévention efficaces.

DES MALADIES INFECTIEUSES À PRÉVENIR OU À LIMITER

Cette section décrit les maladies évitables par la vaccination, l'infection au VIH et le sida, les maladies entériques à déclaration obligatoire et les infections dans les centres de la petite enfance.

Les maladies évitables par la vaccination

Principales menaces pour la santé des enfants avant l'arrivée des vaccins et des antibiotiques, les maladies infectieuses ne sont plus les causes premières de mortalité et d'hospitalisation chez les jeunes enfants au Québec, mais elles représentent encore une réalité dans leurs premières années de vie. Les parents qui doivent soigner leur enfant atteint d'une infection respiratoire ou d'une gastroentérite en connaissent bien l'effet.

Des maladies en voie d'élimination

Plusieurs maladies de l'enfance, fréquentes dans la première moitié du XX^e siècle, sont maintenant quasi disparues ou grandement limitées grâce à la vaccination. Au Québec et au Canada, les épidémies de rougeole, de rubéole, d'oreillons et de poliomyélite sont maintenant choses du passé, comme dans la plupart des pays industrialisés, mais elles sont toujours présentes en Afrique et en Asie. La diphtérie et le tétanos sont virtuellement éliminés (tableau 9, p. 78). Cette réussite de santé publique a été rendue possible grâce aux programmes de vaccination offerts gratuitement à tous les enfants en bas âge et qu'il demeure toujours important de maintenir.



Tableau 9

Cas d'infections évitables par la vaccination chez les enfants de moins de 5 ans, région de la Capitale-Nationale, 1996 à 2006

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Coqueluche : total	107	37	173	74	31	26	19	2	8	10	6
< 1 an	12	11	26	10	6	8	7	1	1	3	4
1 à 4 ans	95	26	147	64	25	18	12	1	7	7	2
Infections invasives à pneumocoque : total	ND	13	16	12	22	25	18	26	17	7	6
< 1 an	ND	3	3	1	6	11	6	4	2	2	0
1 à 4 ans	ND	10	13	11	16	14	12	22	15	5	6
Infections invasives à méningocoque de type C	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0
Rubéole	4	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0
<i>Hæmophilus influenzae</i> type b	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Hépatite B aiguë	ND	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Diphtérie, tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole, rubéole congénitale, oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

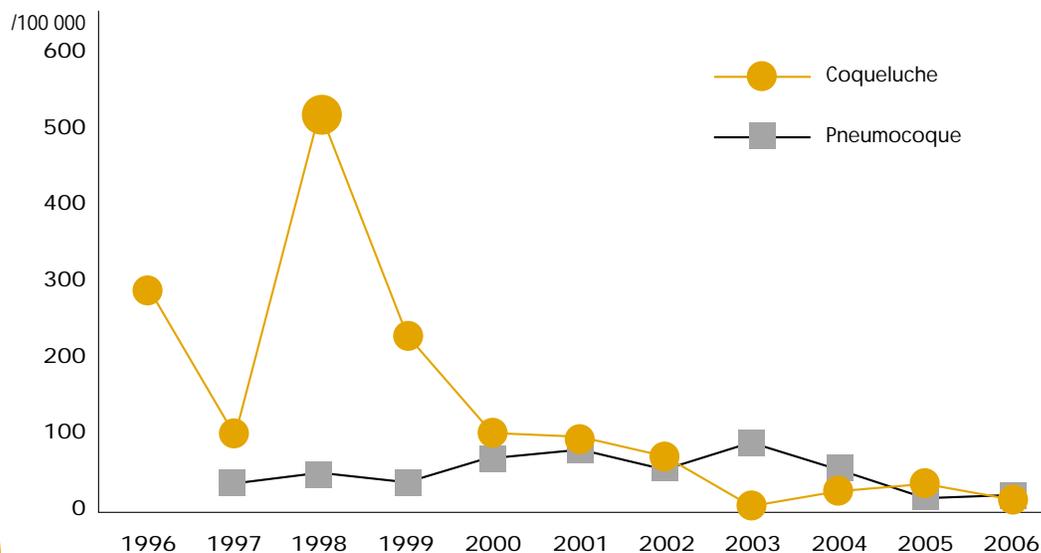
Sources : Laboratoire de santé publique du Québec, fichier MADO, données mises à jour le 23 avril 2007; site extranet de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, données extraites le 26 avril 2007; site extranet de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, <http://www.dspq.qc.ca/> (Consulté le 26 janvier 2007). Données sur le méningocoque de groupe C : Laboratoire de santé publique du Québec, fichier MADO, 2007. ND : non disponible.

L'introduction du vaccin contre l'*Hæmophilus influenzae* de type b en 1988 a permis de diminuer de façon spectaculaire en quelques années l'infection et ses complications (méningites, épiglottites, déficits auditifs et intellectuels). Il s'agit d'une réduction de 99 % des cas. Le dernier cas d'infection invasive à *Hæmophilus influenzae* de type b dans la région de la Capitale-Nationale est survenu en 2000 chez un enfant de 1 an incomplètement vacciné.

Le vaccin acellulaire contre la coqueluche, introduit en 1998, a remplacé le vaccin à cellules entières. Il a permis de diminuer de façon considérable les cas de coqueluche chez les enfants de 0 à 5 ans (figure 15, p. 79). Les enfants âgés de moins de 12 mois sont particulièrement vulnérables à cette infection qui se manifeste de façon plus grave chez ces derniers. La légère hausse du nombre de cas observé en 2004 et en 2005 était attendue en raison du caractère cyclique de la maladie. Ce nombre demeure cependant bien en deçà de celui observé entre 1996 et 1998 avant l'introduction du vaccin acellulaire.



Figure 15
Coqueluche et infections invasives à pneumocoque,
incidence chez les enfants de moins de 5 ans,
région de la Capitale-Nationale, 1996 à 2006



Sources : Laboratoire de santé publique du Québec, fichier MADO, données mises à jour le 23 avril 2007; site extranet de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, données extraites le 26 avril 2007; site extranet de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, <http://www.dspq.qc.ca/> (Consulté le 26 janvier 2007).

De nouveaux vaccins pour protéger nos enfants

Depuis 2000, quatre nouveaux vaccins ont été introduits dans le calendrier régulier et sont offerts gratuitement à tous les enfants (annexe E, p. 151) :

- Le vaccin conjugué contre le méningocoque de sérogroupe C à l'âge de 12 mois (novembre 2002);
- Le vaccin annuel contre l'influenza (grippe) pour les enfants de 6 à 23 mois (octobre 2004);
- Le vaccin conjugué contre le pneumocoque administré à 2, 4 et 12 mois (décembre 2004);
- Le vaccin contre la varicelle à l'âge de 12 mois (janvier 2006).

Méningocoque

Le vaccin conjugué contre le méningocoque de sérogroupe C a été introduit dans le calendrier à la suite d'une épidémie de méningite grave qui a touché de nombreux adolescents en 2001. Cela a permis de réduire considérablement l'infection. Lorsque des cas surviennent, la principale intervention auprès de l'entourage pour enrayer la propagation est la prescription d'antibiotiques aux personnes en contact étroit avec ces cas et leur vaccination, lorsque c'est indiqué. Le seul cas de méningite à méningocoque de type C observé chez les moins de 5 ans depuis 2001 est survenu chez un enfant de moins de 11 mois non vacciné.



Influenza (grippe)

Plus d'enfants de 6 à 23 mois devraient recevoir le vaccin contre l'influenza. C'est une pratique qu'il faudra continuer à promouvoir, puisque la proportion d'enfants vaccinés après une troisième année d'implantation du programme est de 44 %^[187], alors que l'objectif vise à rejoindre 80 % des enfants. On a longtemps cru à tort que l'influenza était une maladie bénigne pour les enfants. Des recherches ont cependant démontré au cours des dernières années que les enfants de 6 à 23 mois étaient hospitalisés aussi fréquemment que les personnes âgées pour des complications secondaires à une grippe. C'est pourquoi le Canada et le Québec recommandent la vaccination annuelle contre l'influenza pour les enfants de 6 à 23 mois ainsi que la vaccination des personnes en contact avec des enfants de moins de 24 mois.



Pneumocoque

La vaccination contre le pneumocoque prend toute son importance du fait que certaines souches de pneumocoque manifestent une résistance accrue aux antibiotiques, au Québec comme au Canada. Les nourrissons sont très vulnérables à cette bactérie dont les complications principales chez les 0 à 5 ans sont les otites et les méningites. Le vaccin permet de protéger les enfants efficacement contre 90 % des infections graves associées à cette bactérie. Il prend donc la relève des antibiotiques, devenus moins efficaces^[188]. Depuis son introduction, les infections invasives à pneumocoque chez les moins de 5 ans ont diminué de 51 % entre 2004 et 2005 au Québec. C'est chez les 6 à 11 mois et les 12 à 23 mois qu'on note les baisses les plus importantes, respectivement de 69 % et de 47 %^[189]. La figure 15 (p. 79) illustre la baisse de l'incidence pour la région.

Varicelle

L'introduction du vaccin contre la varicelle en janvier 2006 aura un effet notable puisqu'il permet de prévenir 70 à 90 % de toutes les infections chez les enfants en santé et 95 % des infections graves. La varicelle est responsable chaque année de 2 décès et de 400 à 500 hospitalisations, soit 1 enfant sur 200 atteint de la varicelle, dont 65 % étaient en bonne santé auparavant. Les prématurés y sont plus vulnérables. La complication la plus grave de la varicelle que l'on cherche à prévenir est la surinfection à streptocoque du groupe A (bactérie mangeuse de chair) : le vaccin pourrait permettre de réduire de 15 % les cas de cette infection^[188]. Rappelons également qu'à l'âge adulte, les personnes ayant eu la varicelle sont susceptibles de faire du zona.



Un nouveau vaccin à l'horizon : la prévention des gastroentérites à rotavirus

Un nouveau vaccin contre la gastroentérite à rotavirus vient d'être homologué au Canada en 2006. Les gastroentérites à rotavirus touchent la majorité des enfants : 95 % auront contracté l'infection avant l'âge de 5 ans. C'est une cause importante d'hospitalisation en raison de la déshydratation qu'elle entraîne (130 sur 100 000 hospitalisations chez les moins de 5 ans au Canada). Au Québec, chaque année, 2 000 à 2 500 enfants atteints sont hospitalisés, ce qui représente 40 à 50 % de toutes les hospitalisations pour gastroentérite. Le vaccin destiné aux moins de 6 mois est efficace à 98 % contre les formes graves de gastroentérites à rotavirus^[188].

Des acquis à conserver en matière de vaccination

Des éclosions surviennent lorsque les taux de vaccination diminuent

Les acquis du Québec en matière de diminution des maladies évitables par la vaccination doivent être conservés. Ils le seront dans la mesure où nous pourrions maintenir nos taux actuels de vaccination contre les maladies de l'enfance. Tant que les maladies pour lesquelles nous vaccinons n'auront pas été éliminées à la grandeur de la planète, nous resterons exposés à ces agents infectieux par la voie de l'immigration ou des voyages à l'étranger. Les enfants non immunisés sont particulièrement susceptibles à ces infections et à leurs graves complications. Au cours des dernières années, il est survenu plusieurs cas de recrudescence de maladies infectieuses chez des populations où les taux de vaccination avaient diminué, ce qui nous incite à une grande vigilance. Par exemple, en 2000, une éclosion de 32 cas de rougeole a été observée chez un groupe non immunisé au Québec^[23]. On a d'ailleurs observé quelques éclosions au cours de la dernière année : une éclosion de rubéole en Ontario chez un groupe non immunisé, des éclosions

d'oreillons en Nouvelle-Écosse et aux États-Unis ainsi que des éclosions de rougeole en Angleterre.

Vacciner au bon moment

Les nouveaux vaccins introduits dans le programme de vaccination permettent désormais de protéger les enfants contre plus d'infections. Toutefois, en parallèle, le nombre d'injections à administrer au cours d'une même visite a augmenté, particulièrement à celle de 12 mois (annexe F, p. 152). Cela a contribué à l'émergence de certaines pratiques non souhaitables, comme le report de certaines vaccinations à cet âge.

Les enfants ayant des retards de vaccination sont vulnérables aux infections que les vaccins sont censés prévenir. Avec la disparition des maladies évitables par la vaccination, les intervenants et la population n'ont plus l'occasion de constater concrètement les complications très graves que ces maladies entraînaient autrefois. De ce fait, plusieurs parents et intervenants pensent que le report de vaccination n'expose pas les enfants à des risques additionnels, ce qui est faux. L'âge où un vaccin doit être administré est déterminé pour protéger les enfants de façon optimale. Les parents et les vaccinateurs doivent y être sensibilisés, car un enfant non vacciné ou vacciné en retard est un enfant moins protégé contre des infections pourtant évitables.

Des retards de vaccination ont été observés au Québec aux âges de 2 et de 12 mois^[190]. C'est pourquoi le directeur national de santé publique du MSSS a émis des recommandations strictes sur le respect du calendrier de vaccination. Les CSSS de la région s'impliquent avec la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale dans la recherche et l'implantation de solutions pour améliorer la situation.

Le cinquième bilan des priorités nationales de santé publique fixait l'objectif « qu'en 2002,



95 % des enfants de 2 ans aient reçu tous les vaccins du calendrier régulier (la couverture vaccinale en 1996 était estimée entre 85 et 90 %) »^[191]. Une étude menée dans trois régions du Québec en 2003 estimait la couverture vaccinale des enfants de 2 ans de la région de la Capitale-Nationale à 82 %^[192]. Ces résultats illustrent très bien le chemin à parcourir pour atteindre nos objectifs de vaccination.

L'entrée à la maternelle : une occasion privilégiée de s'assurer que tous les enfants sont bien protégés

L'entrée à la maternelle permet de rejoindre tous les enfants. C'est le moment idéal pour compléter leur vaccination. Ainsi, on s'assure pour les années à venir que tous les enfants bénéficient de la meilleure protection possible contre les maladies évitables par la vaccination. Cette intervention fait partie des interventions de santé publique menées dans la région.

L'infection au VIH et le sida

Les infections transmissibles par le sang sont rares chez les moins de 5 ans. Des interventions efficaces permettent de prévenir la transmission du VIH et de l'hépatite B de la mère porteuse au nouveau-né. Des activités de dépistage et de suivi pour le VIH sont offertes à toutes les femmes enceintes ou à celles qui envisagent une grossesse. Elles font partie du suivi de grossesse régulier depuis 2002 au Québec. Entre 2002 et 2005, dix-sept cas de transmission de la mère à l'enfant²⁶ ont été notés au Québec. Ce nombre représente une proportion très faible de l'ensemble des 1 611 nouveaux cas répertoriés entre le 18 avril 2002 et le 31 décembre 2005. Aucun de ces cas n'était de la région de la Capitale-Nationale^[193]. Par ailleurs, la vigilance demeure

importante d'autant plus qu'on observe actuellement une recrudescence des cas d'infection au VIH chez les femmes plus jeunes, en âge de procréer.

Les maladies entériques à déclaration obligatoire

Les maladies entériques qui surviennent chez les enfants de moins de 5 ans ont fluctué dans la région entre 1996 et 2006 (tableau 10, p. 83). Les infections à *Campylobacter* sont causées entre autres par des contacts avec du poulet cru ou mal cuit, de l'eau contaminée ou leur ingestion^[23]. Ces cas sont en diminution, comme le sont également les cas de salmonellose depuis 1996. On observe une diminution des cas de maladie du hamburger (due à l'*Escherichia coli*), laquelle se manifeste par une entérocologie hémorragique. Chez les jeunes enfants, la principale complication est le syndrome hémolytique et urémique (SHU), avec des taux de mortalité de 3 à 5 %. Près du tiers des enfants atteints resteront avec une fonction rénale anormale, et 12 %, avec d'autres séquelles (hypertension, cécité, ablation intestinale)^[23]. Aucun cas de syndrome hémolytique n'a été rapporté entre 1996 et 2006 chez les moins de 5 ans.



26. Transmission mère-enfant : cas où l'infection par le VIH a été transmise à un enfant par la mère pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Source : « Classification selon la catégorie d'exposition », dans F. DIABATÉ, M. ALARY, M. FAUVEL et R. PARENT, *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec – Cas cumulatifs 2002-2005*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2006, p. 80.



Tableau 10

Cas d'infections entériques déclarés chez les moins de 5 ans, région de la Capitale-Nationale, 1996 à 2006

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Campylobacter</i>	33	29	40	20	27	17	16	11	16	17	12
Salmonellose	33	23	28	24	12	15	16	13	17	14	16
Giardiase	17	15	11	5	9	2	47	24	27	17	15
<i>E. coli</i> producteur de vérocytoxine	3	9	10	10	16	2	9	1	2	2	1
<i>E. coli</i> avec syndrome hémolytique et urémique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Shigellose	2	5	5	5	1	1	2	1	0	2	1
Gastroentérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	13	5	2	5	7	4	2	1	1	3	1
Hépatite A	0	4	2	0	1	0	1	2	2	0	0
Amibiase	2	1	1	0	4	0	0	1	1	0	1
Listériose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Sources : Laboratoire de santé publique du Québec, fichier MADO, données mises à jour le 23 avril 2007; site extranet de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, données extraites le 26 avril 2007; site extranet de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, <http://www.dspq.qc.ca/> (Consulté le 26 avril 2007).

Les infections dans les centres de la petite enfance

Il existe un risque réel de transmission de microorganismes pathogènes dans les centres de la petite enfance 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 service de garde nous permet maintenant de les prévenir autrement qu'en retirant du milieu les enfants susceptibles de transmettre une maladie ou à risque de la contracter. Dans certaines circonstances, il reste prudent de retirer du service de garde, pendant un certain temps, l'enfant malade ou vulnérable. Généralement, les pratiques préventives recommandées permettent de réduire la propagation de maladies transmissibles dans les services de garde. Ces pratiques touchent

particulièrement l'hygiène stricte au regard de la préparation des aliments, le 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 un service de garde, la salubrité générale des lieux et le maintien de la qualité de l'air intérieur.

Un guide est à la disposition des intervenants. Il précise les interventions qui limitent la propagation des infections en service de garde : *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance – Guide d'intervention*^[194]. Ce guide d'intervention, utilisé de façon courante et fort apprécié, est actuellement en révision.

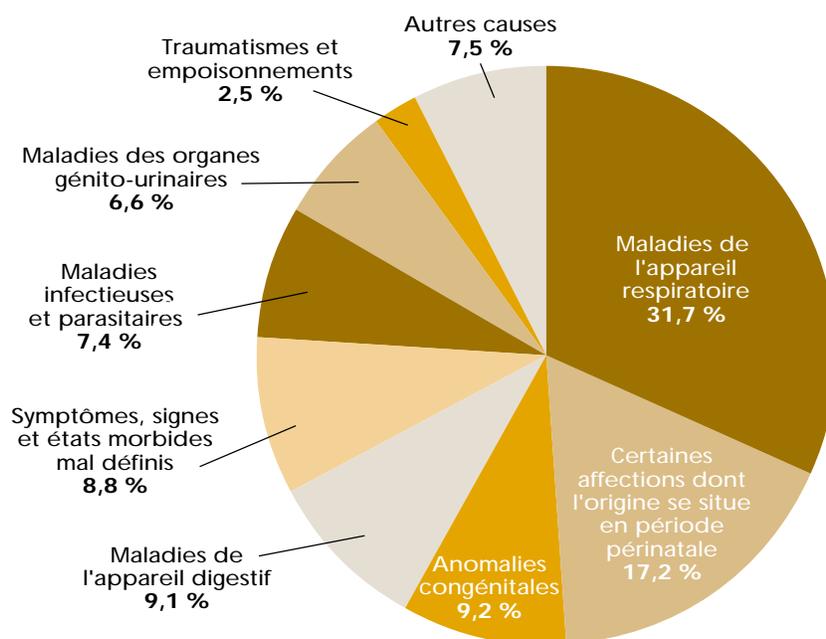


LES MALADIES RESPIRATOIRES : AU PREMIER RANG DES CAUSES D'HOSPITALISATION

Encore aujourd'hui, les maladies de l'appareil respiratoire se situent au premier rang des causes d'hospitalisation chez les tout-petits, suivies des affections périnatales²⁷ chez les moins de 1 an et des maladies infectieuses et parasitaires chez les 1 à 5 ans (figures 16 et 17). Il existe de nombreuses maladies du système respiratoire. Elles engendrent à la fois des problèmes de santé graves, qui ont des conséquences majeures sur la mortalité, la morbidité et la qualité de vie des personnes

atteintes, et des coûts importants pour le système de santé^[195]. En ce qui concerne plus spécialement l'asthme, des études longitudinales ont révélé que la susceptibilité des enfants à l'asthme semble être déterminée durant le développement du fœtus et au cours des trois à cinq premières années de vie. Les facteurs de risque liés au développement de l'asthme comprennent les antécédents familiaux d'allergie, l'exposition importante des enfants susceptibles à des allergènes au cours de la première année de vie, les infections respiratoires fréquentes au cours des premières années de vie, le faible poids à la naissance, le syndrome de détresse respiratoire et l'exposition à la fumée de tabac, y compris au cours de la période prénatale^[196].

Figure 16
Répartition des hospitalisations selon la cause, enfants de moins de 1 an, région de la Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2004-2005

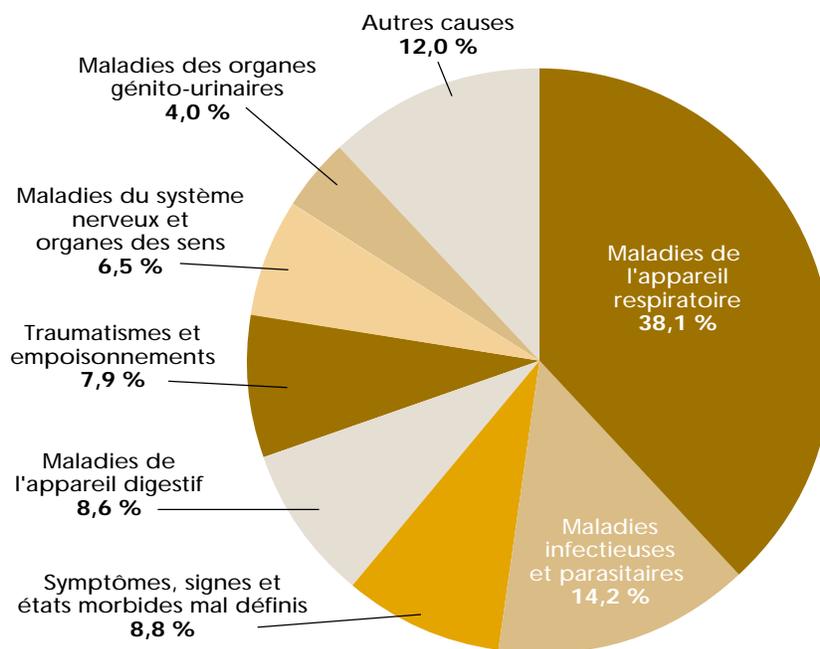


Source : Compilation faite à partir du Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (2000-2001 à 2004-2005), ministère de la Santé et des Services sociaux.

27. Inclut dix-neuf affections dont l'origine se situe dans la période périnatale.



Figure 17
Répartition des hospitalisations selon la cause,
enfants de 1 à 5 ans, région de la Capitale-Nationale,
2000-2001 à 2004-2005



Source : Compilation faite à partir du Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (2000-2001 à 2004-2005), ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dans la région de la Capitale-Nationale, 31,7 % des enfants de moins de 1 an (figure 16, p. 84) et 38,1 % des 1 à 5 ans (figure 17) en sont atteints pour les années 2000-2001 à 2004-2005. Ces données sont comparables à celles de 1995-1996 à 1999-2000 (moins de 1 an : 32,8 %; 1 à 5 ans : 38 %) et à celles du Québec.

L'asthme apparaît avant l'âge de 5 ans chez près de la moitié des personnes atteintes^[195]. Les données sur l'asthme de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (2005) révèlent que 8,6 % des personnes de 12 ans et plus de la région en souffriraient^[57].

Le Réseau québécois de l'asthme et de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) contribue à l'amélioration et à l'harmonisation de la qualité des interventions auprès des personnes atteintes de maladies respiratoires et de leurs proches. Il soutient notamment les centres d'enseignement sur l'asthme et la MPOC, qui offrent des services aux asthmatiques et à leurs parents^[197].

On pourrait éviter certaines hospitalisations si on améliorait l'environnement, particulièrement pour les enfants exposés à la fumée secondaire.



LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE : UN DÉPART DE QUALITÉ

De manière générale, le portrait environnemental de la région de la Capitale-Nationale est bon. Certains problèmes locaux peuvent néanmoins générer des effets sur la santé des enfants, dont l'importance varie passablement selon le niveau d'exposition.

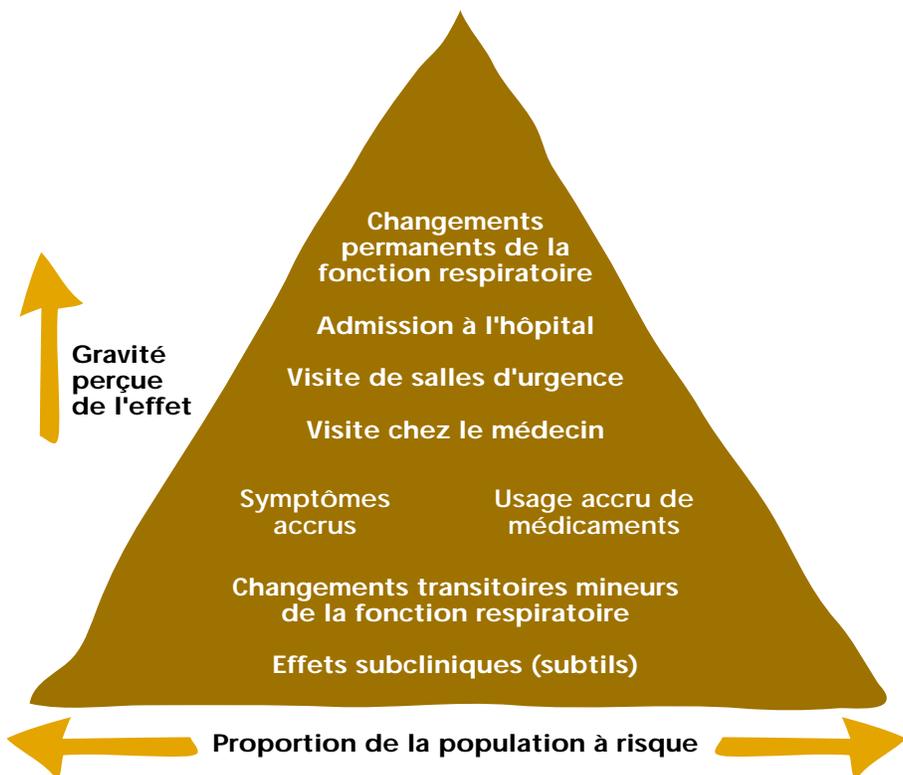
La qualité de l'air

Une bonne qualité de l'air intérieur est 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 services de garde, les écoles et autres lieux publics fermés [198]. Ces endroits, habituellement bien isolés, peuvent emprisonner les contaminants à l'intérieur et constituer des sources d'exposition non négligeables. La fumée de tabac, principal produit de combustion et de particules fines à l'intérieur des habitations, les composés organiques volatils (meubles agglomérés, produits ménagers, aromatisants, etc.)

ou encore les contaminants biologiques, comme les acariens, les moisissures ou les poils d'animaux, sont des exemples de polluants fréquemment rencontrés.

L'exposition à la pollution de l'air, tant extérieure qu'intérieure, provenant d'agresseurs chimiques ou biologiques, est directement liée à l'augmentation de la morbidité respiratoire chez les enfants. Les sources de pollution de l'air extérieur sont multiples (industrielles, commerciales, domestiques, etc.), mais cette dernière provient avant tout de la combustion de combustibles fossiles (chauffage, voiture, etc.), qui génère entre autres dans l'air des émissions d'anhydride sulfureux (SO₂), des matières particulaires, du monoxyde de carbone (CO), des oxydes d'azote (NO_x), de l'ozone (O₃) et des hydrocarbures (figure 18).

Figure 18
Effets néfastes des polluants atmosphériques sur la santé des enfants et des adolescents qui y sont exposés



Source : RAIZENNE, M., et autres. « Les effets de l'exposition atmosphérique sur la santé des enfants », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 89, mai/juin, 1998, p. S47.



La présence d'allergènes et de polluants a été particulièrement montrée du doigt comme facteur favorisant le développement de maladies respiratoires, notamment l'asthme. Chez les enfants de 0 à 5 ans souffrant d'asthme ou de rhinite, la fréquence de sensibilisation aux allergènes est principalement élevée pour la poussière de maison, les chats, les chiens, les acariens, les pollens et les moisissures (figure 19).

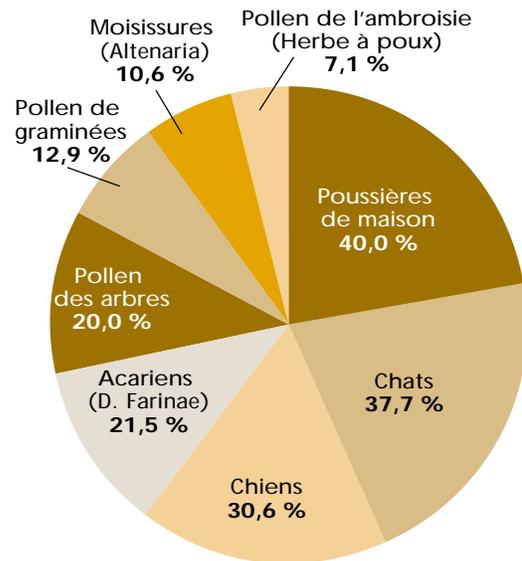
En 2005, des 215 demandes provenant du grand public et adressées à l'équipe Santé et environnement de la région de la Capitale-Nationale, près de 61 % concernaient les problèmes de pollution intérieure, dont plus de 50 % associée à des problèmes d'humidité excessive et de moisissures. L'information donnée sur 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 sa qualité de vie.

La fumée de tabac dans l'environnement

La fumée de tabac dans l'environnement représente une source majeure de risques pour la santé chez l'enfant avant (section 3, p. 48) et après sa naissance. Les jeunes enfants exposés à la fumée secondaire voient leurs risques d'otites augmenter de 62 %, et de bronchites et de pneumonies, de 57 %^[200]. Les enfants sont plus susceptibles de développer de l'asthme; l'intensité et la fréquence des crises augmentent avec l'exposition^[201].

Les effets de l'exposition à la fumée secondaire chez l'enfant sont importants (tableau 11, p. 88) et nécessitent une attention particulière.

Figure 19
Type d'allergènes chez les enfants de 0 à 5 ans souffrant d'asthme ou de rhinite, région de la Capitale-Nationale



Source : HÉBERT, J., et L. PARADIS^[199].
Note : Un enfant peut présenter une allergie à plus de un élément.

Selon les données de l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (2005)*, 17 % des enfants du Québec âgés de 0 à 11 ans sont régulièrement exposés à la fumée secondaire à la maison, ce qui représente le taux le plus élevé du Canada. L'exposition moyenne canadienne est de 9 %^[203].



Tableau 11
Effets de l'exposition à la fumée secondaire chez l'enfant

Causalité certaine	Causalité probable
Effets sur les systèmes respiratoire et auditif de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> • infections aiguës des voies respiratoires (bronchite et pneumonie) • induction et exacerbation de l'asthme • symptômes respiratoires chroniques • infections de l'oreille moyenne • otites 	Effets sur le développement de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> • effet négatif sur la cognition et le comportement • sensibilisation allergique • diminution de la croissance de la fonction pulmonaire • exacerbation de la fibrose kystique

Source : Bulletin *Prévention en pratique médicale*^[202].

Les habitudes tabagiques des mères et de tous les résidents du domicile devraient être examinées plus en profondeur afin qu'on puisse établir d'autres pistes d'intervention pour assurer un environnement sans fumée à tous les enfants du Québec ^[127]. Tel que cela est mentionné à la section 3, p. 49, des programmes de cessation tabagique sont accessibles à toute la population de la région. Des actions visant à éviter l'exposition à la fumée secondaire sont également proposées dans le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale ^[204].

L'herbe à poux chez les 0 à 5 ans

Le pollen de l'herbe à poux est la principale cause de la rhinite allergique, appelée communément rhume ou fièvre des foins. En l'absence de données propres aux 0 à 5 ans, notons que la proportion de personnes de 5 ans et plus allergiques au pollen de l'herbe à poux vivant dans un ménage privé en 2005 était de 15,6 % dans la région de la Capitale-Nationale, comparativement à 17,5 % pour le Québec ^[205]. La saison pollinique s'étend de la fin juillet aux premières gelées de l'automne. En libérant leur pollen dès la fin juillet, les fleurs dressées en épis vert pâle déclenchent une réaction allergique chez les gens qui y sont sensibles.

La majorité des études effectuées chez les jeunes enfants l'ont été sur des populations d'enfants âgés de 7 ans et plus. Une étude sur les immunoglobulines et leurs relations avec des symptômes respiratoires chez 451 enfants et adolescents du Québec montre que la prévalence de la sensibilité au pollen de l'herbe à poux semble augmenter avec l'âge, passant de 3,9 % chez les enfants de 9 ans à 12,6 % chez les adolescents de 16 ans ^[206]. Considérant la faible prévalence chez les enfants de 9 ans, il est probable que cette dernière est encore plus faible chez les enfants de 0 à 5 ans. Toutefois, un effort de contrôle de l'herbe à poux pourrait permettre de diminuer, dans toute la population, la prévalence de la rhinite allergique et ainsi prévenir à long terme l'un des déterminants de l'asthme chez les enfants de 0 à 5 ans.



La qualité de l'eau

L'eau potable

L'eau potable distribuée par les réseaux d'aqueduc de la région est en général de bonne qualité. Néanmoins, certains de ces réseaux peuvent connaître des dépassements des normes bactériologiques ou physicochimiques. Les puits privés résidentiels sont également sujets à ces dépassements.

La détection de bactéries coliformes (totaux ou fécaux) dans l'eau potable suggère la présence potentielle de microorganismes pathogènes (bactéries, parasites, virus) qui peuvent être la cause de maladies, notamment des gastroentérites. Au cours de l'année 2005, plus d'une trentaine de réseaux d'aqueduc de la région de la Capitale-Nationale ont fait l'objet d'un avis de faire bouillir l'eau à la suite de la détection de bactéries coliformes dans leur eau.

En ce qui a trait à la contamination chimique, la présence de nitrates dans l'eau est le principal problème qui concerne les jeunes enfants. En effet, les nitrates en concentration trop élevée peuvent causer une maladie appelée la méthémoglobinémie chez le nourrisson de moins de 6 mois. Cette maladie se traduit par des troubles d'oxygénation des cellules de l'organisme. Aucun cas de cette maladie lié à la consommation d'eau n'a été rapporté dans la région. Des dépassements de la norme de 10 mg/l ont été observés dans plusieurs puits privés résidentiels de la région, principalement en territoire agricole dans les municipalités régionales de comté de L'Île-d'Orléans et de Portneuf ainsi que dans quelques réseaux d'aqueduc (six réseaux en 2005).



Le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs et la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale font la surveillance des dépassements des normes pour les réseaux d'aqueduc alimentant plus de vingt personnes. Au besoin, un avis de santé publique est préparé pour informer la population touchée par un problème lié à l'eau potable. Les propriétaires de puits privés devraient faire analyser leur eau deux fois par année par un laboratoire accrédité afin que la présence éventuelle de bactéries coliformes et de nitrates y soit détectée. De plus, pour éviter la contamination microbologique, l'eau donnée à un bébé de moins de 4 mois, qu'elle provienne d'un aqueduc ou d'un puits privé, qu'elle soit en vrac ou embouteillée, doit être bouillie pendant une minute^[142].

L'eau de baignade

Les risques pour la santé associés à la baignade en milieu naturel sont essentiellement d'ordre microbologique. En effet, la présence de microorganismes pathogènes (bactéries, virus, parasites) peut causer des



Les pesticides et les substances toxiques

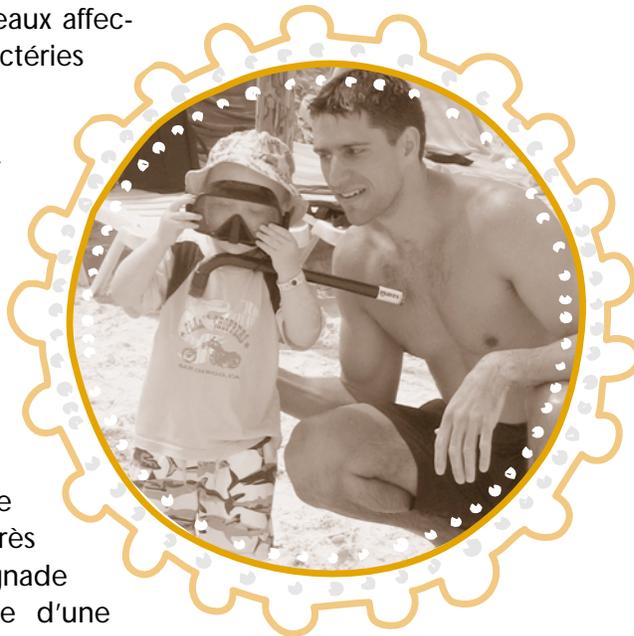
Les pesticides en milieu urbain

Au Québec, la vente de pesticides domestiques a augmenté de près de 600 % dans les dix dernières années. En raison de leur comportement particulier et de leur susceptibilité plus importante, les enfants risquent d'être exposés à ces produits fabriqués pour détruire ou contrôler des êtres vivants jugés indésirables (plantes, insectes, rongeurs). Selon le Centre anti-poison du Québec, l'utilisation des pesticides est annuellement responsable de multiples cas d'intoxication, par contact avec le gazon ou à la suite d'un entreposage domestique inadéquat. De nombreuses études suggèrent également qu'une exposition à long terme peut favoriser le développement de cancers, provoquer des dérèglements des systèmes reproducteur, endocrinien, immunitaire ou nerveux et augmenter le nombre de mort-nés et d'avortements spontanés^[211].

problèmes de santé qui s'apparentent généralement à une gastroentérite (crampes abdominales, diarrhées, nausées, vomissements, etc.)^[207]. D'autres problèmes de santé sont également associés à la pratique de la baignade dans une eau contaminée, comme les maladies respiratoires, les infections des yeux (conjonctivites), des oreilles (otites externes), de la peau (cellulite, furoncle, dermatite) et des plaies^[208]. Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables à ces infections, car ils ont tendance à se tenir dans les zones moins profondes souvent plus contaminées et aussi à ingérer l'eau dans laquelle ils se baignent.

Dans la région de la Capitale-Nationale, au cours de l'été 2005, seize plages (naturelles et artificielles) étaient inscrites au programme Environnement-Plage du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs^[209]. La qualité bactériologique de treize de ces plages a été classée « excellente », et celle des trois autres, « bonne ». Au cours des dernières années, l'équipe Santé et environnement a dû intervenir à quelques reprises pour un problème de dermatite du baigneur (causée par un parasite) aux lacs Beauport, Nairn et Saint-Augustin. Ces deux derniers lacs ont aussi vu leurs eaux affectées par la présence de cyanobactéries (algues toxiques).

Les conseils de prévention pour réduire les risques de contamination pendant la baignade sont : respecter les interdictions de baignade; rechercher les plages où l'eau est d'excellente qualité; éviter le plus possible d'avaler de l'eau; éviter de mettre la tête sous l'eau si l'eau est de moins bonne qualité; prendre une douche après la baignade; éviter toute baignade avant la cicatrisation complète d'une plaie (blessure, brûlure), quelle que soit la qualité de l'eau^[210].



Pour ces raisons, de nombreuses mesures ont été préconisées ces dernières années par le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, dont le Code de gestion des pesticides^[212], qui encadre l'usage et la vente de ces produits dans le but de réduire l'exposition des personnes et de l'environnement. Les obligations suivantes prescrites par le Code contribuent d'une façon particulière à la réduction de l'exposition des jeunes enfants à ces produits pas toujours essentiels :

- Interdiction d'appliquer les pesticides plus nocifs sur les surfaces gazonnées des espaces verts publics, parapublics, municipaux, privés et commerciaux;
- Interdiction d'appliquer la quasi-totalité des pesticides sur les terrains des centres de la petite enfance et des écoles primaires et secondaires.

Ces interdictions visent tous les établissements régis par la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance de même que ceux, publics ou privés, offrant de l'éducation préscolaire ou de l'enseignement primaire et secondaire, y compris les écoles. De plus, des règles très strictes entourent maintenant le choix des pesticides autorisés et leurs méthodes d'application lorsque cette dernière est vraiment nécessaire.

Les principales substances toxiques

Plusieurs craintes ont été formulées quant aux risques de 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.

Dans les dernières années, deux mesures ont contribué à réduire l'exposition aux contaminants. D'une part, la nouvelle réglementation bannissant l'épandage de certains pesticides en milieu urbain^[212], notamment près des écoles et des services de garde, a favorisé la réduction de l'exposition à ces produits en milieu urbain. D'autre part, la nouvelle réglementation sur l'eau potable^[213] prescrit un suivi plus rigoureux des contaminants chimiques pouvant se retrouver dans l'eau des réseaux d'aqueduc et des puits publics ou privés. Cette réglementation contribue à réduire l'ingestion de certains produits chimiques présents dans l'eau et susceptibles de porter atteinte à la santé.

Une vulnérabilité accrue en milieu de pauvreté

La pauvreté constitue un important déterminant de l'exposition disproportionnée à de multiples dangers de l'environnement^[214]. Les familles de milieu socioéconomiquement défavorisé sont souvent plus en contact avec les divers polluants de l'environnement. Par conséquent, les enfants vivant dans la pauvreté seront plus vulnérables aux effets néfastes de ces contaminants. Les facteurs responsables d'une telle situation sont multiples :

- 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 plus pauvres situés à proximité d'axes routiers ou de sites industriels pollueurs;
- En raison du manque d'isolation et de climatisation d'habitations souvent situées dans ce que l'on désigne comme des « îlots de chaleur », une plus grande probabilité de souffrir des effets néfastes des canicules appréhendées dans les prochaines années à cause des changements climatiques.



Les risques environnementaux pour la santé des enfants doivent être situés dans le contexte plus large de la réduction de la pauvreté et du développement économique et social.

LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS : LA PRÉVENTION

Les traumatismes non intentionnels, appelés aussi blessures involontaires, sont le résultat d'un événement non intentionnel, par exemple une chute, un incendie, une collision avec un véhicule motorisé ou une obstruction des voies respiratoires.

Les données

Dans la région de la Capitale-Nationale, les blessures involontaires causent 2 décès et 143 hospitalisations en moyenne, par année, chez les enfants de 0 à 5 ans, ce qui représente 5,7 % de tous les décès et 4,9 % de

toutes les hospitalisations observées dans ce groupe d'âge (tableau 12). Fait à noter, les blessures involontaires représentent une cause de décès et d'hospitalisation plus importante chez les enfants de 1 à 5 ans que chez les moins de 1 an. On observe des résultats comparables au Québec tant pour les décès que pour les hospitalisations. Dans la région, le taux d'hospitalisations pour blessures involontaires est de 41 sur 10 000 enfants chez les enfants de 0 à 5 ans (période 2000-2001 à 2004-2005), ce qui est comparable au taux observé au Québec (42 sur 10 000).

Les principales causes de décès par des blessures involontaires chez les enfants de 0 à 5 ans sont, au Québec et par ordre d'importance, les noyades, les blessures encourues par les occupants de véhicules motorisés, les obstructions des voies respiratoires (principalement chez les moins de 1 an) et les incendies^[215].

Tableau 12
Décès (2000-2003) et hospitalisations (2000-2001 à 2004-2005)
pour traumatisme non intentionnel selon l'âge,
région de la Capitale-Nationale

Âge	Décès		Hospitalisations	
	Nombre annuel moyen	Proportion des décès ¹ %	Nombre annuel moyen	Proportion des décès ¹ %
< 1	1	2,5	27	2,1
1-5	1	19,0	116	7,1
0-5	2	5,7	143	4,9

Source : Compilation faite à partir du Fichier des décès (2000-2003) et du Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (2000-2001 à 2004-2005), ministère de la Santé et des Services sociaux.

1. Exprime le pourcentage des décès attribuables aux blessures involontaires.



Quant aux causes d'hospitalisation pour blessures involontaires dans la région de la Capitale-Nationale (tableau 13), les chutes se situent au premier rang avec près de 50 % des cas observés (54 % chez les moins de 1 an et 49 % chez les 1 à 5 ans). Les blessures associées aux actes médicaux et chirurgicaux²⁸ se situent au deuxième rang, avec 14 % des hospitalisations, mais ce type de blessure ne se prête pas vraiment à des interventions de nature préventive auprès de la population. Les autres causes d'hospitalisation sont associées chacune à moins de 5 % des cas observés.

Les actions

Des interventions reconnues efficaces existent pour prévenir les principales causes de décès et d'hospitalisation liées aux blessures involontaires chez les enfants de 0 à 5 ans (tableau 14, p. 94). Ces mesures sont très souvent sous-utilisées, d'où l'importance d'en favoriser un meilleur emploi par des consultations auprès des parents et par des représentations auprès des décideurs concernés. Lorsque c'est possible, il importe également de favoriser l'accès des parents à ces mesures, en particulier des familles défavorisées sur le plan économique.

Tableau 13
Répartition des hospitalisations pour traumatisme non intentionnel, enfants de 0 à 5 ans selon le type d'événement, région de la Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2004-2005

Événement en cause	Nombre annuel moyen	(%)
Chute	71	(49,9)
Acte médical ou chirurgical ¹	20	(14,2)
Corps étranger dans l'œil/orifice naturel	7	(4,8)
Intoxication accidentelle	6	(4,4)
Choc accidentel (heurté par un objet/une personne)	4	(2,9)
Effet adverse de médicaments ¹	4	(2,9)
Incendie et brûlures	4	(2,8)
Accident par animaux	4	(2,5)
Accident de la route	3	(2,0)
Instrument tranchant	2	(1,3)
Quasi-noyade	1	(0,7)
Autres	17	(11,6)
Total	143	(100,0)

Source : Compilation faite à partir du Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (2000-2001 à 2004-2005), ministère de la Santé et des Services sociaux.

1. Ces événements ne se prêtent pas à des interventions de nature préventive auprès de la population.



28. Il s'agit habituellement de complications involontaires d'actes médicaux ou chirurgicaux effectués en milieu clinique ou d'effets secondaires de médicaments prescrits par des cliniciens.



Tableau 14

Mesures à privilégier pour prévenir les décès et les hospitalisations par blessures involontaires chez les enfants de 0 à 5 ans

Catégorie de blessures	Mesures préventives
Chute	<ul style="list-style-type: none"> • Placer une barrière en haut et en bas des escaliers. • Ne pas placer l'enfant dans une marchette mobile. • Choisir des appareils de jeu sécuritaires et adaptés à l'âge des enfants (hauteur et surface d'absorption).
Noyade ou quasi-noyade	<ul style="list-style-type: none"> • Installer une clôture sécuritaire munie d'un mécanisme de fermeture et de verrouillage automatique pour la porte¹ autour des piscines résidentielles. • Assurer une surveillance constante des jeunes enfants dans la baignoire.
Occupants de véhicules motorisés	<ul style="list-style-type: none"> • Installer correctement les enfants dans un siège d'auto approprié à leur gabarit (poids et taille).
Obstruction des voies respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas laisser l'enfant manipuler des petits objets (ex. : boutons, trombones). • Éviter certains aliments (ex. : arachides, noix, graines, bonbons durs, raisins entiers frais ou secs). • Tailler les aliments en lanières (ex. : légumes, fruits, saucisses).
Incendie et brûlures	<ul style="list-style-type: none"> • Installer des détecteurs de fumée aux endroits appropriés et s'assurer qu'ils sont fonctionnels. • Abaisser à 49 °C la température de l'eau chaude à la sortie des robinets, en particulier celui de la baignoire.
Intoxication	<ul style="list-style-type: none"> • Garder les produits dangereux et les médicaments hors de la vue et de la portée des enfants et les mettre sous clé. • Utiliser des bouchons de sécurité (protège enfant). • Placer le numéro du Centre anti-poison du Québec près du téléphone.

1. Tous les types de piscines résidentielles dont la profondeur est supérieure à 0,6 mètre devraient être entourés d'une clôture ou d'une barrière ne pouvant être escaladée et ayant une hauteur minimale de 1,2 mètre, afin d'empêcher les enfants du voisinage et de la maisonnée d'y accéder. La porte de la clôture (ou de la barrière) doit s'ouvrir de l'intérieur et être munie de charnières à ressort lui permettant de se refermer d'elle-même ainsi que d'un loquet de sécurité s'enclenchant de façon automatique. Ce type d'aménagement est également nécessaire pour les piscines hors terre à paroi verticale adossées à un patio ou à tout autre type de surface d'une hauteur plus élevée que le sol^[276].



Les visites à domicile destinées aux nouvelles mères et l'utilisation d'équipements de sécurité constituent deux mesures ayant le potentiel de réduire significativement les blessures chez les enfants [217].

La trousse de sécurité à l'intention des familles

Conformément au Plan d'action régional 2004-2007 de la région de la Capitale nationale [2], les équipes Adaptation familiale et sociale et Sécurité dans les milieux de vie sont coresponsables de la distribution de trousse de sécurité. Ces dernières sont transmises aux familles dans le cadre des SIPPE par les intervenants des CLSC dans la première année de vie de l'enfant. Elles contiennent des dispositifs susceptibles de prévenir les traumatismes chez les enfants (ex. : tapis de bain, détecteur de fumée) et des dépliants d'information. La remise de cet outil est l'occasion de rappeler aux parents plusieurs consignes de sécurité en prévention des chutes, des empoisonnements, des brûlures, des noyades, des électrocutions et des traumatismes routiers. Plus de 200 trousse sont distribuées annuellement aux familles depuis le début de l'année 2006.

L'utilisation de cet outil préventif a démontré avoir certains effets positifs sur la prévention de ce type de blessure. En effet, les parents ayant reçu une trousse lorsque l'enfant était âgé de 4 à 6 mois étaient plus enclins à apporter des améliorations de sécurité à leur environnement résidentiel [218].



EN BREF

Les principaux constats

Les maladies infectieuses

- Les programmes récents de vaccination ont grandement réduit les maladies qui y sont associées. Par exemple, dans la région de la Capitale-Nationale, aucun cas d'infections invasives à méningocoque de type C n'a été déclaré en 2006.
- Les données sur la région de la Capitale-Nationale montrent que la couverture vaccinale à l'âge de 2 ans (82 %) est demeurée stable depuis 1998-1999 (83 %) et qu'elle n'atteint pas encore l'objectif de 2002 fixé à 95 %.
- Certains enfants ne sont pas complètement vaccinés aux âges de 2 et 12 mois. Ce retard dans le calendrier de vaccination augmente le risque de contracter des maladies évitables par la vaccination.

Les maladies respiratoires

- Les maladies respiratoires constituent la première cause d'hospitalisation chez les enfants âgés de 5 ans et moins de la région de la Capitale-Nationale; elles sont demeurées stables depuis 2000.

L'environnement

- Parmi les facteurs environnementaux, on relève le lien entre le développement de maladies respiratoires et la présence d'allergènes et de polluants, notamment la fumée secondaire dans les maisons. En 2005, 17 % des enfants du Québec âgés de 0 à 11 ans étaient régulièrement exposés à la fumée de tabac secondaire à la maison.
- Les enfants vivant en contexte de vulnérabilité sont plus à risque d'être exposés aux contaminants.

Les traumatismes non intentionnels

- Chez les enfants âgés de 1 à 5 ans de la région, les traumatismes non intentionnels représentent la cinquième cause d'hospitalisation; ils sont occasionnés dans la moitié des cas à des chutes.
- Sur l'ensemble des enfants de 0 à 5 ans, on note une moyenne annuelle de deux enfants décédés d'un traumatisme non intentionnel dans la région.



Les orientations du rapport de 2000

On observait le besoin de poursuivre la lutte contre les maladies infectieuses, notamment par le maintien de taux élevés de couverture vaccinale, par l'utilisation appropriée des antibiotiques et par l'application de mesures d'hygiène optimales dans les services de garde. On observait également le besoin de conserver un contrôle efficace de l'exposition des enfants aux agresseurs environnementaux, particulièrement dans des conditions de logement insalubres et de pollution urbaine, et de protéger les enfants les plus vulnérables contre les substances allergènes. Enfin, on observait le besoin d'assurer aux enfants un environnement sécuritaire au regard des blessures et des intoxications involontaires.

Les orientations en 2007

Les maladies infectieuses

- Les données actuelles montrent le besoin de consolider les activités de sensibilisation de la population et des intervenants à l'importance de la vaccination, notamment pour augmenter les taux de couverture vaccinale et diminuer les retards vaccinaux.

Les maladies respiratoires

- Afin de réduire la prévalence des maladies respiratoires, on doit poursuivre les activités préventives, notamment en ce qui concerne l'exposition à la fumée de tabac secondaire et aux multiples formes d'allergènes.

L'environnement

- Tel qu'on l'observait en 2000, le besoin de conserver un contrôle efficace de l'exposition des enfants aux agresseurs environnementaux, particulièrement dans des conditions de logement insalubres et de pollution urbaine, est toujours présent.

Les traumatismes non intentionnels

- Les données accessibles montrent le besoin d'appuyer la mise en œuvre des actions préventives reconnues efficaces pour la prévention des traumatismes non intentionnels.



6. Des tout-petits aux besoins variés :



soutenir leur développement

« Faire des gestes concrets pour accompagner les enfants et soutenir leur développement est garant d'un avenir riche et prometteur. Les enfants ne sont-ils pas l'avenir de notre société? »

Un Québec digne des enfants



Des tout-petits aux besoins variés : soutenir leur développement

Cette section se divise en deux parties principales. La première présente le développement des enfants de la naissance à l'âge de 5 ans. La seconde décrit les principaux problèmes de développement chez les tout-petits.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA NAISSANCE À 5 ANS

Le développement de l'enfant est un processus fort complexe. Entre sa naissance et son entrée à l'école, l'enfant traverse plusieurs étapes lui permettant de développer les sphères sensorielles, motrices, langagières, cognitives, affectives et sociales de sa personne. Les études effectuées auprès des enfants ont circonscrit certains principes du développement, tels que la prévisibilité des séquences du développement, la logique amenant l'enfant à exécuter des tâches simples en allant vers des habiletés plus complexes, et ce, tout en gardant son individualité en matière de rythme de développement, de goûts et de préférences^[219].

Selon Duclos et ses collaborateurs^[220], on peut parler de quatre grandes étapes du développement de l'enfant de 0 à 6 ans. La première, **l'âge de la confiance**, couvre les premiers neuf mois de vie. Elle est principalement caractérisée par le développement de l'attachement parent-enfant, celui-ci étant défini comme un lien affectif durable d'un enfant vers un adulte qui en prend soin, généralement le parent^[221]. L'attachement constitue la base de la sécurité dont l'enfant a besoin afin de développer des relations saines avec son environnement ainsi qu'une aisance à l'explorer. Cette étape influence

l'ensemble des sphères du développement de l'enfant. La deuxième étape, **l'âge de l'exploration**, s'étend de 9 à 18 mois. Pendant cette période, l'enfant découvre peu à peu son environnement grâce au développement plus marqué de la motricité et de la communication. Comme il s'agit d'une première étape de séparation, une attitude parentale sécurisante demeure essentielle afin de permettre au petit explorateur de développer ses capacités et de faire les apprentissages qui seront déterminants pour son développement et son comportement futurs. Puis, **l'âge de l'affirmation**, soit de 18 à 36 mois, mène l'enfant vers un accroissement de son autonomie. Son identité se façonne, et il commence à se démarquer des autres tout en développant sa propre personnalité. Enfin, **l'âge de l'imaginaire**, soit de 3 à 6 ans, comporte des changements sur les plans moteur, langagier et social. Les tout-petits deviennent alors très créatifs et adorent les histoires qui stimulent leur imagination.

Tout au long du processus de développement, l'enfant a besoin, en plus des soins de base, d'être aimé, protégé et respecté dans ce qu'il est. Il a également besoin d'être guidé, stimulé et entouré d'un bon réseau social^[219].

Les facteurs de risque et de protection dans le développement des enfants

Certains facteurs peuvent influencer le développement de l'enfant et le mettre en situation de vulnérabilité. Soulignons toutefois que la résilience²⁹, concept abordé, entre autres, par Cyrulnik^[222], est un levier qui permet de mieux surmonter les moments difficiles.

29. Aptitude à faire face avec succès à une situation générant un stress intense en raison de sa nocivité ou du risque qu'elle représente ainsi qu'à se ressaisir, à s'adapter et à réussir à vivre et à se développer positivement en dépit de ces circonstances défavorables.



Les causes des retards de développement chez les enfants sont multiples et peuvent être liées à plusieurs facteurs biologiques ou environnementaux. En effet, de nombreux facteurs biologiques sont susceptibles d'affecter les bases neurologiques du développement : les facteurs d'ordre génétique³⁰, des facteurs délétères durant la grossesse³¹ et les facteurs dont les effets négatifs sont ressentis durant la période postnatale et la petite enfance³². Parmi les facteurs environnementaux contribuant au développement de l'enfant, on retient les caractéristiques du contexte de vie dans lequel l'enfant est élevé et la qualité de ses interactions avec les adultes qui prennent soin de lui. Les recherches en neurobiologie suggèrent que le développement cérébral est très rapide durant les trois premières années de la vie, ce qui rend le cerveau particulièrement sensible durant cette période aux agents « stressés » tels que la pauvreté, l'isolement social, le stress familial et la sous-stimulation^[223].

Ainsi, à moins de lacunes importantes et évidentes, certains problèmes de développement observés à cet âge, qu'ils soient légers, modérés ou graves, peuvent varier dans le temps et évoluer selon la maturation de l'enfant ou la stimulation de ses habiletés.

Les conséquences néfastes de la pauvreté sur la santé, le bien-être et le développement des enfants sont bien décrites dans la littérature^[224]. Elles peuvent être multiples non seulement à court terme, mais aussi à plus longue échéance. Il est reconnu que, plus la période durant laquelle l'enfant vit dans la pauvreté est longue, plus son développement sera compromis^[154, 225, 226]. La pauvreté augmente la possibilité que de nombreux facteurs de risque se retrouvent de manière simultanée chez l'enfant, ses parents et son

environnement immédiat, et elle diminue la probabilité que des facteurs de résilience soient présents^[227].

D'autres situations peuvent affecter la disponibilité des parents et la qualité de leur interaction avec l'enfant, notamment de graves problèmes mentaux (dépression, psychose) ou la dépendance à l'alcool ou aux drogues.

Plusieurs études ont mis en évidence l'influence majeure de la négligence parentale sur le développement durant la petite enfance. Citons les travaux de Cicchetti^[228], qui observe que les enfants négligés, comparés aux enfants du même âge, ont moins d'initiative, sont moins alertes et ont tendance à se détourner des interactions. Dans une étude québécoise faite auprès d'enfants négligés âgés de moins de 3 ans^[229], les auteurs rapportent que 46,6 % d'entre eux présentent un problème dans au moins une des dimensions de la communication.

Le cumul ou l'interaction de plusieurs facteurs de risque et le manque de facteurs de protection menacent davantage le développement de l'enfant que la présence d'un seul facteur, qu'il soit de nature biologique ou environnementale^[230]. Cependant, la pauvreté demeure sans contredit un facteur déterminant fortement associé à l'en-

semble des problèmes de développement retrouvés chez les enfants.



30. Problèmes chromosomiques ou métaboliques.

31. Facteurs constitutionnels (hydrocéphalie, spina bifida), infectieux (rubéole, infection à cytomégalovirus), toxiques ou tératogènes (alcool, drogues, certains médicaments), nutritionnels (retard de croissance intra-utérine, insuffisance de poids à la naissance) ou traumatiques.

32. Infectieux (méningite).



LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE DÉVELOPPEMENT

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les déficiences peuvent être temporaires ou permanentes, progresser, régresser ou rester stables, être intermittentes ou continues. L'écart par rapport à la norme peut être grand ou petit, et il peut varier dans le temps ^[231]. Cette section présente les problèmes de développement langagier, physique, cognitif et social et les problèmes de santé mentale.

Les problèmes de développement langagier

La communication permet à l'enfant d'interagir et de communiquer avec son environnement par des signes non verbaux et par la parole. L'existence de liens étroits entre ces acquisitions et le développement de l'intelligence est maintenant établie, les unes soutenant l'autre ^[220]. La spécificité du trouble de langage est remise en question depuis plus d'une décennie. Bien que les difficultés d'acquisition du langage prédominent largement dans le tableau clinique, plusieurs chercheurs constatent une atteinte des habiletés cognitives non verbales. De plus, plusieurs auteurs ont observé la présence de problèmes comportementaux et affectifs chez les enfants qui éprouvent des difficultés de langage ^[232]. Ainsi, les enfants présentant des problèmes de langage durant la période préscolaire ont davantage de difficultés d'adaptation sociale et d'apprentissage scolaire.

La surdité congénitale et la déficience intellectuelle peuvent occasionner des difficultés dans l'acquisition du langage. D'autres causes, telles que les déficiences motrices, les problèmes de santé mentale ainsi que les troubles envahissants du développement (TED), peuvent nuire à l'évolution du langage. On note aussi qu'un environnement familial peu

stimulant peut avoir un effet sur le développement de cette sphère ^[233]. En ce sens, un enfant vivant dans un milieu socioéconomiquement défavorisé ou encore victime de violence ou de négligence risque davantage de développer un problème de langage.

Selon les données fournies par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec pour la région de la Capitale-Nationale en 2004-2005 ^[234], 12,7 % (78 cas sur 615) des services rendus aux enfants de 0 à 4 ans visaient des problèmes liés au langage. Les enfants suivis provenaient des CSSS de Québec-Nord (42 cas) et de la Vieille-Capitale (34 cas). Pour sa part, le CSSS de Charlevoix, qui rend localement les services à sa clientèle, a suivi sept enfants au cours de la même période ^[235].

Des stratégies préventives ont été élaborées pour favoriser le développement des habiletés de communication chez les enfants. Les CSSS de la région donnent des services spécialisés à cette clientèle grâce à la présence d'orthophonistes dans leurs établissements. Toutefois, les ressources budgétaires disponibles, particulièrement pour l'embauche de ces professionnels, viennent limiter l'accès aux programmes. De plus, il semble que la clientèle vulnérable demeure difficile à joindre ou à maintenir dans les activités de suivi. Des efforts sont faits pour offrir des services à un plus grand bassin de population.

Un programme vise spécialement à prévenir les problèmes de langage chez les enfants d'âge préscolaire (consulter l'encadré, p. 104).

Les problèmes de développement physique

Selon l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, on parle de retard et de troubles du développement lorsqu'un enfant a des incapacités touchant la motricité



Programme d'intervention précoce et de prévention des problèmes de langage et de communication

Ce programme offre des services préventifs aux enfants de 3 ans et moins et à leur famille, dans leur milieu de vie. Il s'agit d'informer les parents et les intervenants des centres de la petite enfance, des organismes communautaires et des CSSS sur le développement du langage et les façons de le stimuler, et de les soutenir dans cette tâche. Des activités particulières pour rejoindre les enfants de familles plus défavorisées sont prévues. Des services d'évaluation et de traitement orthophoniques sont également offerts à ceux qui le requièrent. L'ajout de ressources serait nécessaire afin de permettre aux CSSS de rejoindre tous les enfants âgés de 4 et 5 ans en besoin et de devenir ainsi la principale porte d'entrée des services orthophoniques.

ou une autre sphère du développement dues notamment à un déficit neurologique ou organique. Certains éléments peuvent ralentir ou retarder le développement physique de l'enfant. À titre d'exemples, notons l'insuffisance de poids à la naissance, la prématurité,

les anomalies congénitales ou d'autres maladies acquises ou héréditaires qui peuvent entraîner des déficiences motrices, auditives ou visuelles. Un manque de stimulation peut également entraîner certains retards dans cette sphère du développement. Dans de tels cas, être accompagné par ses parents dans les activités de jeu s'avère une stratégie gagnante pour l'enfant.

Les données sur la situation provenant de la Régie des rentes du Québec sont davantage liées aux handicaps et à la fourniture de services à cette clientèle (tableau 15). Les taux observés pour la région en 2003 sont demeurés les mêmes qu'en 1999 pour l'ensemble des déficiences.

En ce qui concerne la fourniture des services, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec a suivi, en 2004-2005 ^[234], un total de 615 enfants âgés de 0 à 4 ans, incluant ceux ayant un des problèmes liés au langage présentés précédemment. De ce nombre, 78,9 % (485 cas) avaient une déficience motrice, 6,7 % (41 cas), une déficience auditive, et 1,8 % (11 cas), une déficience

Tableau 15
Enfants handicapés de 0 à 5 ans selon la nature de la déficience,
région de la Capitale-Nationale et Québec, 1999 et 2003

Déficience	1999				2003			
	Capitale-Nationale Nombre (/1 000)		Ensemble du Québec Nombre (/1 000)		Capitale-Nationale Nombre (/1 000)		Ensemble du Québec Nombre (/1 000)	
Auditive	26	(0,7)	319	(0,6)	23	(0,7)	294	(0,7)
Mentale	189	(4,9)	2 584	(5,2)	204	(6,0)	2 963	(6,6)
Motrice	90	(2,3)	970	(1,9)	89	(2,6)	785	(1,8)
Visuelle	6	(0,2)	177	(0,4)	8	(0,2)	201	(0,4)
Chronique	189	(4,9)	2 372	(4,7)	215	(6,4)	2 231	(5,0)
Total	500	(13,0)	6 422	(12,8)	539	(16,0)	6 474	(14,5)

Source : Compilation faite à partir des données de la Régie des rentes du Québec.



visuelle. Tout comme pour les autres cas présentés à la page 104, les enfants provenaient principalement des territoires des CSSS de la Vieille-Capitale (266 cas) et de Québec-Nord (272 cas). L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec a également assuré un suivi auprès de dix enfants de la région de Charlevoix ayant une déficience motrice. Pour sa part, le CSSS de Charlevoix a donné des services à onze enfants (2006) [235]. Toutefois, il n'est pas exclu que certains d'entre eux aient reçu des services aux deux endroits, selon leurs besoins et la complémentarité des services.

Ces déficiences ont des conséquences importantes tant sur l'enfant que sur sa famille. Il est essentiel de soutenir les parents à cet égard, notamment par la mise en place de programmes permettant de répondre à leurs besoins particuliers. De plus, intervenir précocement s'avère une stratégie reconnue efficace. Dans cette perspective, on doit offrir des ateliers de stimulation précoce ou de réadaptation pour les enfants handicapés à l'ensemble de la population concernée.

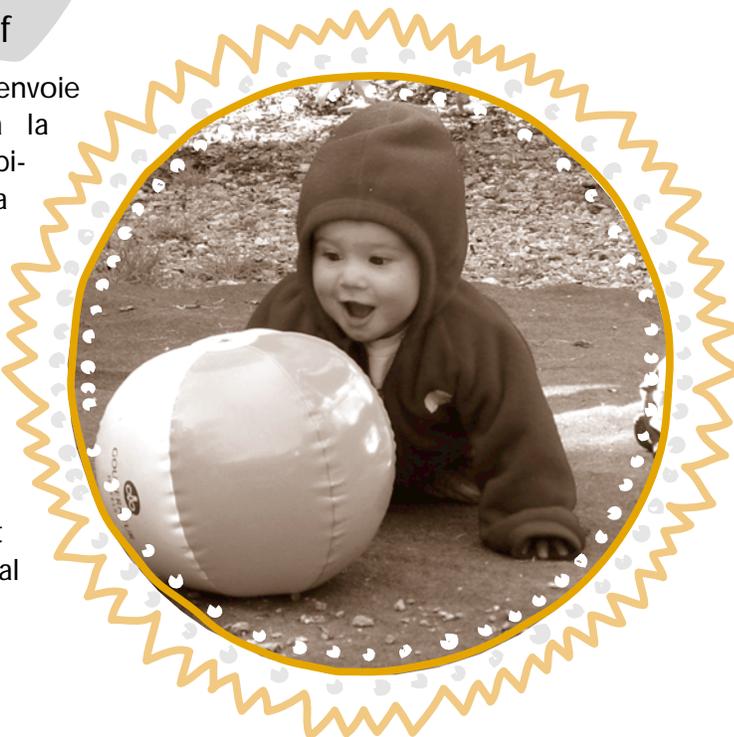
Les problèmes de développement cognitif

Le développement cognitif renvoie à tout ce qui conduit à la connaissance, ce qui est habituellement traduit par la pensée, le raisonnement ou l'intelligence [233]. Le développement cognitif commence dès la naissance; tout ce que le bébé voit, entend, touche et ressent contribue à développer son savoir et son savoir-faire. La qualité de son environnement devient alors un élément fondamental

du développement de son plein potentiel. Dans l'évolution normale du développement de l'enfant, des progrès substantiels sont observables vers l'âge de 4 ans.

Certains facteurs peuvent occasionner des retards ou des déficiences, notamment la présence d'anomalies congénitales, de maladies héréditaires et de traumatismes. Une carence affective importante, un manque de stimulation et des problèmes liés à l'attachement sont également des facteurs pouvant générer des retards dans cette sphère du développement [236].

Les principaux problèmes observés sont les troubles envahissants du développement, qui regroupent l'autisme, le syndrome d'Asperger, le désordre désintégratif de l'enfance, les troubles envahissants du développement non spécifiés, le syndrome de Rett [237] et la déficience intellectuelle.



On estime qu'environ 20 % des enfants de 2 ans et demi du Québec présentent un retard du développement cognitif^[1]. En ce qui concerne les troubles envahissants du développement, il semblerait que leur prévalence soit en constante augmentation, puisqu'elle est passée de 15 sur 10 000 en 1999 à 27 sur 10 000 en 2001^[237]. Plus précisément, la prévalence de l'autisme est évaluée à 1 enfant sur 1 000, et les garçons en sont 4 fois plus atteints que les filles^[236]. En ce qui a trait à la déficience intellectuelle, le taux global de prévalence est estimé à 3 %, et 90 % de ces enfants auraient une déficience légère^[237].

Les données accessibles concernent la fourniture des services. Lors de la diffusion du *Plan d'action sur l'organisation des services de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches* en 2003^[238], l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale évaluait à 172 le nombre d'enfants de 0 à 5 ans ayant une déficience intellectuelle en besoin de services.

Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec^[239] nous informe qu'en date du 27 mars 2006, 66 enfants de 0 à 5 ans présentant un retard de développement ou une déficience intellectuelle recevaient des services. Près de la moitié (45,5 %) provenaient du CSSS de Québec-Nord, le tiers (33,3 %), du CSSS de la Vieille-Capitale, et le cinquième (21,2 %), du CSSS de Portneuf. Dans la région de Charlevoix^[235, 240], cinq enfants ont été suivis en 2006 (déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement). Il est important de souligner que très peu de diagnostics de déficience intellectuelle sont posés avant l'âge de 5 ans. Avant cet âge, on parle davantage de retard de développement.

Au Québec, les professionnels travaillant auprès de ces enfants observent une augmentation des demandes de service pour les troubles envahissants du développement et

une diminution de celles liées à la déficience intellectuelle. Ce phénomène pourrait s'expliquer par l'intégration des enfants dans un programme d'intervention spécial, mais également par une nouvelle définition diagnostique (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec).

Sous la responsabilité de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et en collaboration avec plusieurs partenaires, deux plans d'action abordant l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services fournis à la clientèle touchée par la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement ont été élaborés^[237, 238]. On y propose, notamment, des actions concrètes afin d'aider les familles vivant des situations complexes, voire pénibles.

Le fonctionnement des familles dont un enfant éprouve des troubles du développement cognitif subit des perturbations importantes. Elles ont des besoins particuliers et doivent être soutenues le mieux possible. Des programmes axés sur la stimulation infantile, entre autres, permettent d'apporter un soutien concret aux parents et aux enfants touchés par ces problèmes. Mais l'identification et l'intervention précoces s'avèrent une clé capitale en matière d'effet sur l'évolution et le devenir de l'enfant ayant des difficultés.

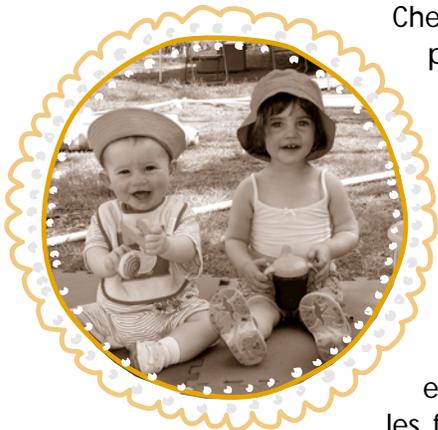
Les problèmes de développement social

Tout au long de sa croissance, l'enfant développe des habiletés sociales qui l'amènent à entrer en contact d'abord avec ses parents pour ensuite s'ouvrir vers d'autres personnes de son environnement, notamment sa famille élargie et ses amis. La famille est donc son premier milieu de socialisation. Ses premiers liens d'attachement, qui lui apportent sécurité et protection, lui permettent d'acquérir ses premières habiletés sociales^[219]. Il apprendra alors les comportements acceptables tout en développant son



estime de soi, attitudes qu'il transférera et utilisera ultérieurement dans sa vie.

Des facteurs biologiques et environnementaux influencent le développement social. Parmi les facteurs biologiques, on retrouve des causes neurobiologiques amenant des désordres cognitifs et la présence de problèmes psychiatriques chez les parents. En ce qui concerne les facteurs environnementaux, la famille du tout-petit joue un rôle capital. En matière de facteurs de risque, on identifie principalement un attachement non sécurisant pour l'enfant, une discipline inappropriée ou inconsistante et un milieu socioéconomiquement et culturellement défavorisé^[236]. On note également des risques associés à un manque d'implication du père^[241].



Chez les jeunes enfants, la prévalence des troubles de conduite, incluant les comportements agressifs, demeure difficile à évaluer. Les données sont variables d'une étude à l'autre, allant de 1,9 à 8 % chez les garçons et de 0,8 à 1,9 % chez les filles^[236]. Ces problèmes semblent donc plus fréquents chez les garçons. L'intervention auprès de ces enfants devient prioritaire compte tenu du fait que les troubles de conduite, particulièrement l'agressivité, seraient des facteurs de risque du décrochage scolaire et de la délinquance^[1].

Comme il a été mentionné, certains enfants faisant face à des problèmes sur les plans physique et cognitif sont susceptibles de développer des problèmes de comportement. Les parents concernés ont donc des besoins encore plus criants et, à cet égard, un programme d'accompagnement par une éducatrice dans leur milieu peut leur être proposé.

Service d'aide à l'enfant et son milieu (SAEM)

Ce programme a été élaboré pour apporter une aide et un soutien aux parents et aux intervenants dans leur action auprès des enfants qui manifestent des problèmes de comportement. Il est offert dans tous les CLSC de la région de la Capitale-Nationale et s'adresse à tous les intervenants qui travaillent auprès des enfants de 0 à 5 ans qui présentent des troubles de comportement. La majorité des problèmes de comportement légers ou modérés sont traités dans le programme. Pour les cas plus graves, les professionnels du Service adressent le patient au médecin de famille, au pédopsychiatre, à l'orthophoniste ou à d'autres intervenants du CSSS.

Les problèmes de santé mentale et autres troubles du comportement

Certains problèmes de santé mentale et d'autres troubles du comportement peuvent nécessiter des interventions relevant de la pédopsychiatrie telles les difficultés liées au trouble de déficit de l'attention et à l'hyperactivité, les troubles dépressifs et anxieux de même que certains problèmes abordés précédemment, notamment les troubles envahissants du développement, incluant l'autisme.

L'enfant présentant un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité aura beaucoup de difficulté à se centrer sur une tâche et à maintenir son attention. Ce type de diagnostic est généralement effectué lorsque l'enfant fréquente l'école. Toutefois, il semble que, dès que les enfants ont 3 ans, les professionnels doivent se préoccuper de la présence de comportements hyperactifs, car ceux-ci pourraient mener ultérieurement vers des troubles de conduite^[236].



Par ailleurs, les troubles dépressifs chez l'enfant sont souvent associés aux troubles de conduite et aux troubles anxieux. Parmi les troubles anxieux, seule l'anxiété de séparation peut être diagnostiquée durant l'enfance. Rappelons qu'une forme d'anxiété normale peut se manifester entre 6 et 18 mois, plus particulièrement entre 8 et 10 mois, car c'est à ce moment que l'enfant commence à acquérir la notion de permanence de l'objet³³. Si la séparation de l'enfant d'avec son parent entraîne une détresse importante et persistante, on parle alors d'anxiété de séparation^[236]. Des facteurs familiaux et environnementaux sont tout particulièrement reconnus comme causes principales de ce problème^[236]. À cet égard, la théorie de l'attachement de Bowlby^[221], enrichie, plus près de nous, par le Dr Brazelton, a permis de mettre en lumière l'importance d'un lien d'attachement sécurisant pour le développement harmonieux de l'enfant et les conséquences néfastes d'un lien de qualité déficiente.

AUTRES PROGRAMMES OU SERVICES DE NATURE PRÉVENTIVE

La présentation des problèmes liés au développement de l'enfant montre les interrelations entre les différentes sphères étudiées, interrelations qui complexifient la compréhension de ces problèmes. Ainsi, des troubles décelés dans une sphère du développement en particulier peuvent entraîner des difficultés dans une autre ou avoir un effet sur le comportement de l'enfant. De la même manière, certains facteurs de protection peuvent être communs à un ensemble de problèmes dans une perspective de prévention. En ce sens, la qualité de la relation parent-enfant demeure déterminante.

Une approche centrée sur les besoins des familles

L'ensemble des pratiques périnatales des intervenants du réseau de la santé et du milieu communautaire doit être ancré dans une approche de soins centrée sur les besoins de la famille.

Dès 1994, Santé Canada proposait un programme de formation, intitulé « Programme d'aide prénatale aux parents », qui s'avérait alors une solution intéressante à certains problèmes d'organisation des services en périnatalité, liés notamment à la continuité et à la complémentarité entre les établissements et organismes ainsi qu'un manque d'uniformité dans les renseignements donnés à la population. Les objectifs poursuivis par le programme étaient le renforcement des compétences des intervenants et des parents. Les activités de formation offertes dans la région de la Capitale-Nationale ont évolué dans le temps, ciblant au départ tous les intervenants, pour ensuite s'adresser à des agents multiplicateurs travaillant en CSSS, en centres hospitaliers ainsi que dans les organismes communautaires.

Par la suite, la région a innové en introduisant la formation intitulée « L'observation comportementale du nouveau-né », inspirée notamment des enseignements du Dr Brazelton. Cette formation vise à aider à mieux atteindre les objectifs liés aux parents tels que le renforcement de leur sentiment de compétence et d'assurance durant la période périnatale. L'observation du nouveau-né s'effectue par diverses manipulations qui permettent de voir ses réactions dans quatre domaines en particulier, soit le système nerveux autonome (stimulation), le système moteur (réflexes), les états (veille et éveil) et ses réponses à l'environnement (interactions). Cette approche est proposée comme un moyen de partager de l'information avec les parents, ce qui peut modifier leur perception

33. L'enfant devient conscient de l'existence d'un objet même s'il ne le voit pas.



de leur bébé et augmenter ainsi leur intérêt, leur attachement, leur compétence et le sentiment de compétence qui en découle. Elle s'intègre de façon complémentaire dans les SIPPE en venant renforcer principalement les aspects liés à la prévention et au développement du pouvoir d'agir^[242].

Enfin, soulignons que les évaluations viennent confirmer l'efficacité de cette approche en ce qui a trait plus particulièrement au renforcement du sentiment de confiance de la mère, à l'implication du père et à une meilleure compréhension du bébé par les parents. Pour les professionnels, on note l'établissement d'un meilleur contact avec les parents^[242, 243].

La Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale souhaite poursuivre les formations fondées sur cette approche.

Le soutien des parents

D'autres interventions ou programmes préventifs visent à soutenir les parents dans leur rôle et à renforcer leurs compétences, particulièrement lorsqu'ils vivent en contexte de vulnérabilité (consulter l'encadré ci-dessous).

La valorisation du rôle du père et de son engagement

La Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale soutient dans la région depuis près de dix ans la promotion du rôle du père et de son engagement, en collaboration avec de nombreux partenaires, dont

Programme de développement des compétences parentales Y'a personne de parfait (Y'APP)

Lancé en 1988 dans la région de la Capitale-Nationale et coordonné par la Direction régionale de santé publique, le programme de formation Y'APP est une initiative conjointe fédérale-provinciale en matière de promotion de la santé. Ce programme s'inscrit dans la philosophie de développement du pouvoir d'agir de l'individu. Il a pour but d'améliorer les connaissances et de renforcer les compétences parentales des personnes en situation de vulnérabilité et touche six thèmes : la reconnaissance de leurs besoins en tant que parents, le développement, la santé, la sécurité, le comportement et les sentiments des enfants. Le programme vise de plus à accroître la confiance des participants comme parents, à améliorer l'image qu'ils ont d'eux-mêmes de même que leurs capacités d'adaptation parentale et, enfin, à encourager et à développer un sentiment d'entraide et de soutien mutuel chez les parents. Plusieurs évaluations^[244] ont démontré l'efficacité du programme pour atteindre les objectifs visés.

Généralement, on rencontre les parents en petits groupes, ce qui leur permet de profiter du soutien des autres parents. Les animateurs proviennent des CSSS ou des organismes communautaires. Chaque session comprend de cinq à dix rencontres hebdomadaires selon les champs d'intérêt des participants et les besoins qu'ils expriment. Au moyen d'une approche andragogique, l'animateur amène les parents à développer leurs connaissances et leurs compétences parentales, tout en leur permettant d'échanger sur les difficultés vécues dans les soins et l'éducation de leurs jeunes enfants. Les échanges sont appuyés par le matériel didactique du programme. Y'APP est offert, selon des modalités très variables, dans les quatre CSSS de la région, mais pas dans tous les CLSC. Environ 40 à 50 parents, en majorité des mères, profitent annuellement des rencontres de ce programme.



les membres du Comité Pères régional de Québec et les équipes Famille-Enfance-Jeunesse des CSSS. Le but poursuivi est de favoriser le plus tôt possible l'éclosion d'un lien d'attachement entre le père et son enfant ainsi qu'un engagement paternel sécurisant et durable, dans un contexte social où de nombreux enfants évoluent dans des familles séparées ou reconstituées. Différentes interventions ont été entreprises. Certaines visent à sensibiliser à l'importance du rôle du père soit en organisant un colloque, des conférences et des formations, soit en collaborant à la révision sous l'angle du père de documents destinés aux parents : *Mieux vivre avec notre enfant* et les *Bulletins pédiatriques*. Le programme régional des rencontres prénatales a également été révisé en vue que l'engagement du père soit encouragé davantage.

D'autres actions ont été orientées pour favoriser des services accueillants pour les pères et des pratiques valorisant leur engagement parental. À cet égard, les CSSS de la région de la Capitale-Nationale se sont mobilisés pour faire de la place aux pères : des agents de changement en faveur des pères ont été formés, plusieurs d'entre eux ont sensibilisé leurs collègues, suscité des changements de pratiques et des projets qui perdurent (ex. : *Lettres à mon papa, Peau à peau*). Enfin, les CSSS se sont dotés d'orientations (*Les pères reconnus comme des parents à part entière*) et d'un plan d'action (2003-2006) où ils indiquent clairement leur volonté, dans le cadre de leur mission auprès des familles, de promouvoir l'égalité des responsabilités parentales, sans égard au genre, et de soutenir les deux parents dans l'exercice de leurs responsabilités.

Conformément au *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale nationale* [2], les interventions visant à encourager l'engagement paternel ont été

inscrites dans les SIPPE et s'orientent davantage vers les pères vulnérables. Des recherches ont été effectuées dans la région pour mieux comprendre le phénomène de l'engagement paternel en situation de pauvreté et son maintien après une rupture conjugale [245-247]. Actuellement, la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale appuie l'implantation de deux projets : Jeunes pères de la Maison des enfants de Limoilou, et Père pour toujours d'AutonHommie, tous deux visant à soutenir des pères vulnérables dans leur engagement parental.

Des ressources pour les familles

Des ressources provenant du milieu communautaire jouent un rôle important pour les familles.

Issues du milieu, les ressources pour les familles constituent une option adaptée aux familles de milieu socioéconomiquement défavorisé. On peut y trouver 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.

Lors d'une évaluation antérieure [244], on a constaté que les trois quarts des parents qui utilisent ces ressources avaient un faible niveau de scolarité. De plus, la source de revenu de la moitié d'entre eux était l'assistance-emploi ou l'assurance-emploi, et le quart des parents étaient chefs de familles monoparentales. Ces parents présentaient un niveau de stress parental deux ou trois fois plus élevé que celui observé dans la population générale. Enfin, soulignons que les activités étaient appréciées par les parents et les enfants.



Les services de garde

La fréquentation d'un service de garde s'avère un moyen intéressant pour soutenir les parents dans le rôle qu'ils ont à jouer dans le développement social de leur enfant, car cela permet à l'enfant de développer des habiletés sociales variées. Il est reconnu qu'un service de garde de qualité peut avoir un effet positif sur le développement de l'enfant^[219].

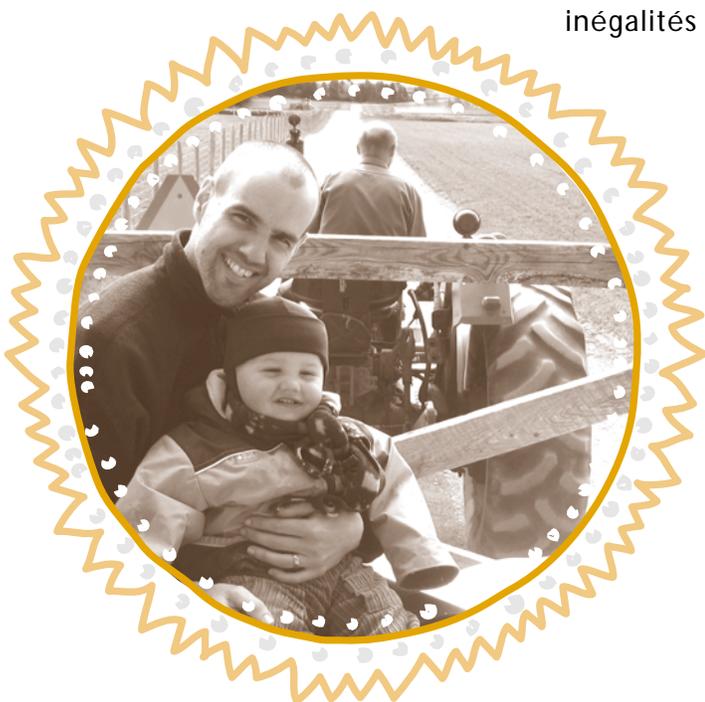
Dans la région de la Capitale-Nationale, à la fin de l'année 2005, 15 895 places étaient offertes dans l'ensemble des services de garde, accueillant 57 % des enfants de moins de 5 ans alors qu'en 2000, les places offertes permettaient d'accueillir 38,0 % des enfants^[12]. En 2005, les services de garde pour les enfants âgés de moins de 5 ans permettaient d'accueillir la moitié des enfants du Québec (51,9 %) ^[12].

Les services de garde représentent un environnement stimulant pour les tout-petits, particulièrement pour les enfants de milieu socioéconomiquement défavorisé. En effet, la fréquentation d'un service de garde est reconnue comme un des facteurs de protection contre les inégalités

sociales et de santé^[248]. Elle peut jouer un rôle compensatoire et préventif important auprès des enfants qui vivent dans des milieux familiaux peu stimulants sur les plans cognitif et langagier et s'avérer un moyen de prévention des difficultés scolaires^[249].

L'accès aux services de garde soulève des questions. En effet, selon l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*^[250], comparés aux enfants de familles bien nanties, ceux de familles moins favorisées sur le plan socioéconomique sont plus susceptibles de fréquenter un service de garde de moindre qualité. Selon les auteurs, ces résultats soulignent l'importance d'un investissement continu dans un système public de services de garde de qualité accessible à tous les enfants, quel que soit le statut socioéconomique de leurs parents. De plus, dans la région, une étude a permis de mieux comprendre le point de vue des parents pauvres et sans emploi sur leurs réticences quant à la fréquentation des services de garde^[251]. Il ressort principalement que les parents se sentent privés de l'habituelle raison d'inscrire les enfants à un centre de la petite enfance (l'emploi) et, de ce fait, se perçoivent comme non légitimés de recourir à un service de garde. Des craintes sont également exprimées quant à la fonction de contrôle social pouvant être associée aux centres de la petite enfance et à l'opinion défavorable de l'autre parent de l'enfant.

Selon l'Association québécoise des centres de la petite enfance^[252], le nombre d'enfants provenant de milieu socioéconomiquement défavorisé au sein des centres de la petite enfance pourrait être augmenté par des stratégies telles que le transport collectif, la fréquentation à temps partiel et l'augmentation du nombre de places.



Les centres de la petite enfance et les services de garde en milieu familial appliquent un programme éducatif comportant plusieurs activités. Proposant le jeu comme axe central du processus d'apprentissage, le programme éducatif vise à favoriser le développement global et harmonieux de l'enfant dans toutes les dimensions de sa personne et à le préparer aux étapes ultérieures de son développement. Le programme éducatif doit également donner à l'enfant un environnement favorable au développement de saines habitudes de vie [253].

Plusieurs centres de la petite enfance de la région offrent le programme d'activités Jouer, c'est magique inspiré du programme américain *High Scope Educational Approach*.

Programme Jouer, c'est magique

Ce programme favorise le développement global des enfants, tant sur les plans intellectuel, de la motricité, de la représentation créative, du langage, de l'écriture et de la lecture que socioaffectif et moral. Il est enrichi de trois volets particuliers, soit la communication et les relations avec les parents, le développement et la stimulation du langage, et l'acquisition de comportements sociaux acceptables. Soulignons également que ce programme a d'abord été conçu pour intervenir précocement auprès des enfants de milieu socioéconomiquement défavorisé.

L'expérience américaine a montré que ce programme aide au développement des habiletés sociales, garantes d'une meilleure adaptation au milieu scolaire. Elle a révélé que les enfants ayant participé au projet présentaient de meilleurs résultats scolaires au primaire, un meilleur développement de l'estime de soi, moins de décrochage scolaire, de grossesse à l'adolescence ou de démêlés avec la justice et une meilleure adaptation au marché du travail. Ce programme a montré qu'il a des effets réels et s'avère un outil très intéressant au regard du développement des enfants. Le ministère de la Famille et des Aînés, qui est devenu l'instance responsable des services de garde, continue à le soutenir.

La maternelle 4 ans

La maternelle 4 ans est une mesure spéciale pour les enfants de milieu socioéconomiquement défavorisé. Pour bénéficier de ce service, les enfants doivent, entre autres, demeurer dans le territoire d'une école ciblée par la commission scolaire de leur secteur. Dans la région de la Capitale-Nationale, dix écoles offrent la maternelle 4 ans [254]; elles accueillaient 184 enfants en 2003-2004 [255]. Ces classes visent l'acquisition par l'enfant de connaissances et d'expériences qui faciliteront son intégration à la maternelle 5 ans. Depuis l'instauration du réseau de services de garde à contribution réduite, les commissions scolaires ne peuvent plus ouvrir de classe de préscolaire, mais elles peuvent continuer à faire fonctionner celles déjà existantes [255].

Une mesure spéciale pour les enfants de milieu socioéconomiquement défavorisé est offerte par les commissions scolaires : la maternelle 4 ans.



Un programme pour les tout-petits

Un programme d'aide à l'éveil à la lecture et à l'écriture a été mis en place ces dernières années. Des efforts importants doivent être faits pour permettre un meilleur arrimage avec d'autres programmes offerts aux familles vivant en contexte de vulnérabilité, notamment les SIPPE.



Programme d'aide à l'éveil à la lecture et à l'écriture dans les milieux défavorisés (ÉLÉ)

Piloté par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, en collaboration avec quatre autres ministères, dont celui de la Santé et des Services sociaux, ce programme vise à soutenir l'intégration d'activités d'éveil à la lecture et à l'écriture dans les pratiques familiales et les différents lieux et services fréquentés par les enfants de 5 ans et moins de milieu socioéconomiquement défavorisé, leurs parents et leurs grands-parents. Pour ce faire, il soutient la création de projets locaux en milieu défavorisé^[256]. Ces projets sont conçus et réalisés par des partenaires de divers réseaux (éducation, enfance et famille, solidarité sociale, santé et services sociaux, culture et communications). Les projets acceptés doivent faire en sorte que les organismes participants intègrent de façon durable les activités d'éveil à la lecture et à l'écriture à leur mandat, à leurs plans d'action et à leurs programmes. Par exemple, il peut s'agir d'aménager un coin lecture dans une salle d'attente du CSSS en collaboration avec la bibliothèque municipale ou encore de parler de l'éveil à la lecture et à l'écriture à des parents de jeunes enfants, au cours d'une visite postnatale.

Dans la région, quatre projets d'éveil à la lecture et à l'écriture sont financés depuis 2004 sur des territoires d'écoles primaires des commissions scolaires de la Capitale et des Premières-Seigneuries : Saint-Pie-X, Vanier, Saint-Sauveur et Charlesbourg. Le financement de ces projets a été reconduit pour l'année 2007-2008.

Par ailleurs, parallèlement aux quatre projets en cours, une entente est intervenue en 2005 entre le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le ministère de la Santé et des Services sociaux afin que le matériel de sensibilisation et d'information du Programme d'aide à l'éveil à la lecture et à l'écriture soit rendu accessible aux familles rejointes par les SIPPE ainsi qu'aux intervenants qui les accompagnent. Le matériel à l'intention des parents a été distribué en 2006 tandis que celui destiné aux intervenants est parvenu dans les CSSS à l'automne de la même année. La rétroaction sur l'utilisation du matériel par les intervenants et les parents suivra.



EN BREF

Les principaux constats

- Dans la région de la Capitale-Nationale, entre 1999 et 2003, on note une stabilité du nombre d'enfants présentant une déficience.
- L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec a suivi en 2004-2005 un total de 621 enfants ayant des déficiences diverses.
- Pour les troubles envahissants du développement, la prévalence est en constante augmentation. La prévalence de l'autisme est de 1 sur 1 000, et 4 fois plus de garçons en sont atteints.
- Le fonctionnement des familles ayant un enfant connaissant des troubles du développement cognitif subit des perturbations importantes. Tant les enfants que leur famille ont des besoins particuliers, et on se doit de les soutenir le mieux possible, notamment par la mise en place de programmes permettant de répondre à ces besoins.
- Un diagnostic et une intervention précoces peuvent avoir des effets positifs sur l'évolution et le devenir des enfants ayant des difficultés.
- Des actions ont porté fruit, notamment en ce qui concerne l'accès aux services de garde pour les enfants vivant en contexte de vulnérabilité.

Les orientations du rapport de 2000

En 2000, un certain nombre de problèmes concernant l'offre de service avaient été relevés tels que leur manque de continuité et de complémentarité, les délais d'attente et une connaissance limitée des ressources disponibles. Les principaux défis à relever étaient :

- Offrir des interventions de stimulation précoce aux enfants vivant en milieu de pauvreté;
- Soutenir l'implantation et le maintien de mesures efficaces telles que Y'a personne de parfait (Y'APP), Service d'aide à l'enfant et son milieu (SAEM), Fluppy;
- Élaborer des stratégies pour joindre la clientèle plus réticente;
- Identifier, orienter et soutenir les familles qui doivent composer avec des enfants présentant des besoins particuliers.
- Consolider les activités favorisant la valorisation du rôle du père.

Des efforts ont été investis en matière de prévention, de soutien et d'organisation des services au regard du développement des enfants. De nombreux programmes et services visant le développement du lien d'attachement et des compétences parentales sont offerts aux parents.

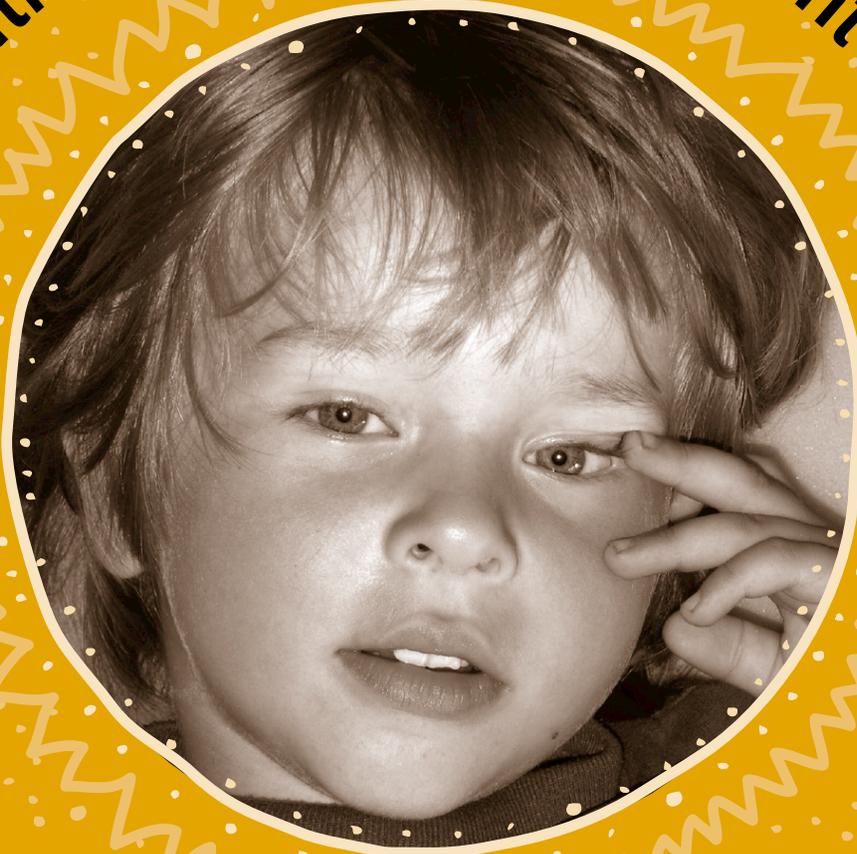


Les orientations en 2007

- Les nouvelles données montrent le besoin d'appuyer les programmes et les services destinés à l'ensemble des familles, notamment par :
 - Le renforcement des actions portant sur le lien d'attachement parent-enfant ainsi que la stimulation;
 - L'appui des actions visant l'engagement le plus rapide possible du père dans la vie de l'enfant et son maintien.
- Pour les familles de milieu socioéconomiquement défavorisé qui en ont besoin, s'assurer de l'utilisation des services de garde.
- Pour les familles dont un enfant présente un problème de développement, des défis demeurent afin de les aider à développer le plein potentiel de ce dernier :
 - Le soutien d'actions permettant de mieux identifier ce type de problème et d'offrir les services le plus précocement possible;
 - Les efforts de concertation régionale dans l'offre de service et dans la continuité des soins en fonction des besoins des enfants et de leur famille;
 - L'amélioration de l'accès aux services d'orthophonie constitue également un défi pour les prochaines années.



7. La maltraitance : agir rapidement



« La concertation et la rapidité de l'intervention constituent, à tous égards, des conditions essentielles pour garantir une meilleure protection et apporter l'aide nécessaire aux enfants victimes de maltraitance. »

Un Québec digne des enfants

La maltraitance : agir rapidement

La maltraitance se définit comme toute forme de mauvais traitement physique ou émotionnel, d'abus sexuel, de négligence ou d'exploitation commerciale ou autre, qui produit ou risque de produire un dommage pour la santé d'un enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir [257]. L'ampleur de la problématique, la hausse des signalements de même que les conséquences négatives de ces mauvais traitements sur la sécurité, le développement, la santé et le bien-être des enfants sont incontestables. Il existe une abondante documentation sur le fait que les enfants qui subissent la maltraitance ont un risque élevé de problèmes comportementaux, affectifs et sociaux ultérieurs [258].

LES SIGNALEMENTS RETENUS À LA DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

Au Québec, la Loi sur la protection de la jeunesse permet d'intervenir lorsqu'un enfant vit une situation qui compromet sa sécurité ou son développement. Au cours des dernières années, l'Association des centres jeunesse du Québec a noté une augmentation constante du nombre de signalements d'enfants total, mais une diminution chez les enfants de 0 à 5 ans. Notons que, pour l'ensemble des signalements retenus pour l'année 2005-2006, 16 % des enfants ont fait l'objet de plus d'un signalement [259]. Toutefois, chacun de ces signalements ne se concrétise pas nécessairement en mesure de protection [7].

Dans la région de la Capitale-Nationale, en 1999, les signalements retenus chez les enfants de 0 à 5 ans totalisaient 894, soit 35 % de tous les signalements retenus chez les enfants de 0 à 17 ans. Pour l'année 2005-2006, les signalements retenus pour les enfants de 0 à 5 ans représentaient 26 % de tous les signalements retenus chez les enfants de 0 à 17 ans (soit 836 sur 3 178) (tableau 16, p. 120). Les données pour 2005-2006 montrent qu'on retrouvait la plus grande proportion de signalements retenus dans le territoire de la Basse-Ville-Limoilou-Vanier, soit 32,7 % de tous les signalements retenus pour les enfants de 0 à 5 ans de la région.

Les familles des jeunes pris en charge par les centres jeunesse

Une étude provinciale dressant un portrait des jeunes pris en charge par les centres jeunesse du Québec et leur famille [260]



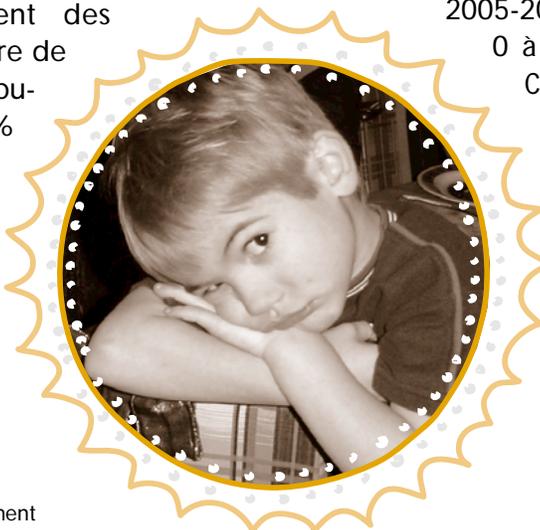
Tableau 16

Signalements retenus à la Direction de la protection de la jeunesse, enfants de 0 à 5 ans, CSSS, CLSC et région de la Capitale-Nationale, 2005-2006

Territoires de CSSS	Négligence Nombre	Abus physique Nombre	Abus sexuel Nombre	Abandon Nombre	Total de signalements Nombre (%)
PORTNEUF	53	7	7	0	67 (8,0)
VIEILLE-CAPITALE	290	53	28	3	374 (44,7)
Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	34	9	4	0	47 (5,6)
Haute-Ville-Des-Rivières	34	8	11	1	54 (6,5)
Basse-Ville-Limoilou-Vanier	222	36	13	2	273 (32,7)
QUÉBEC-NORD	263	67	32	4	366 (43,8)
De La Jacques-Cartier	93	29	15	1	138 (16,5)
Orléans	90	17	8	1	116 (13,9)
La Source	80	21	9	2	112 (13,4)
CHARLEVOIX	13	12	4	0	29 (3,5)
CAPITALE-NATIONALE	619	139	71	7	836 (100,0)

Source : Compilation effectuée par le Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, mai 2007.

présente, entre autres, certaines caractéristiques de ces dernières. Les résultats révèlent que 67,8 % des familles sont prestataires de l'assistance-emploi et sont donc extrêmement démunies sur le plan socioéconomique. De plus, 62 % des enfants proviennent de familles monoparentales. L'étude montre la présence de problèmes de santé mentale des parents (dépression, tentative de suicide, etc.) dans 34,4 % des cas ainsi que des problèmes fréquents de consommation d'alcool (21,7 %) ou de drogues (21,1 %). Par ailleurs, le développement des enfants pris en charge diffère de celui des enfants de la population en général : 52,1 % des enfants de 4 et 5 ans présentent au moins un problème de comportement, et 46,4 % des enfants âgés de moins de 3 ans présentent un retard de langage.



LES PROBLÉMATIQUES

La négligence

La négligence envers un enfant survient lorsque ses besoins fondamentaux en matière d'alimentation, de soins médicaux, de sécurité, d'affection, d'hygiène ou d'éducation ne sont pas adéquatement comblés^[261]. Elle influence la santé, le développement et le bien-être de l'enfant et elle est aussi le motif de signalement le plus fréquent^[262]. En 2005-2006, chez les enfants de 0 à 5 ans de la région de la Capitale-Nationale, les cas de négligence représentaient près des trois quarts des signalements retenus (74,0 %, soit 619 cas) (tableau 16).



Les abus physiques, les abus sexuels et les abandons

Les autres formes de maltraitance, soit les abus physiques, les abus sexuels et les abandons, pouvant faire l'objet d'un signalement sont beaucoup moins fréquentes chez les tout-petits de 0 à 5 ans. En 2005-2006, elles représentaient 26,0 % de l'ensemble des signalements retenus chez les 0 à 5 ans de la région de la Capitale-Nationale (tableau 16, p. 120). Toutefois, malgré leurs faibles proportions, les abus physiques peuvent avoir des conséquences désastreuses, particulièrement chez les bébés (handicap permanent, voire décès), en raison de la plus grande vulnérabilité de ces derniers.

En 2001, l'*Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique* a été signée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Justice, le ministère de la Sécurité publique, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Famille et de l'Enfance [263]. L'entente, mise en application dès 2001, vise à garantir une meilleure protection et à apporter l'aide nécessaire aux enfants en assurant une concertation efficace entre les ministères, les établissements et les organismes concernés. Les conditions d'implantation de l'entente mentionnent que les agences de la santé et des services sociaux doivent établir un plan concernant les services de prévention et d'aide en matière d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques et d'une absence de soins menaçant la santé physique [264]. Cette entente multisectorielle s'applique dans les cas d'abus physiques et sexuels. Elle permet une évaluation conjointe de la Direction de la protection de la jeunesse et de la police, en évitant ainsi les interventions doubles et en réduisant le nombre de fois où la présumée victime sera interrogée.

Le syndrome du bébé secoué

Le syndrome du bébé secoué est une forme de traumatisme crânien qui se manifeste par des hémorragies intracrâniennes souvent associées à des lésions cérébrales, à des hémorragies rétiniennes et à d'autres blessures. Une étude canadienne indique que 19 % des victimes en décèdent et que 55 % des survivants garderont des séquelles neurologiques permanentes [264]. Au Québec, une vingtaine de cas sont rapportés chaque année. Dans la région de la Capitale-Nationale, deux à quatre enfants sont hospitalisés annuellement pour cette condition au Centre mère-enfant. Il est évident que ce sont seulement les cas les plus graves, nécessitant des soins médicaux, qui sont décelés. Le geste de secouer un enfant de moins de 2 ans est en effet très répandu, puisque, selon une étude de l'Institut de la statistique du Québec [265], 4,8 % des mères interrogées avouent l'avoir fait au moins une fois dans l'année précédente. Les conséquences ne sont pas connues de tous les parents. En effet, un sondage de la Fondation Marie-Vincent révèle que 27 % des personnes interrogées ne savent pas que secouer un bébé peut lui causer des lésions au cerveau [266].

Une étude de Dias et ses collaborateurs [267] a montré l'efficacité d'un programme de prévention du syndrome par une intervention universelle auprès des parents au moment de la naissance de leur enfant. Les cas de syndrome du bébé secoué ont en effet été réduits de 47 % au cours de l'application de ce programme. Une infirmière du département d'obstétrique rencontrait les parents peu après la naissance pour leur expliquer le syndrome, leur montrer une vidéo de onze minutes, leur donner des conseils concernant les pleurs du nourrisson et leur faire signer un document dans lequel ils reconnaissaient avoir reçu cette information. Des programmes semblables ont ensuite été mis en œuvre dans plusieurs États américains ainsi qu'en Ontario. Un projet pilote de prévention du



syndrome dans trois départements d'obstétrique de Montréal a été réalisé par un groupe de chercheurs de l'Hôpital Sainte-Justine, inspiré du programme de Dias. Au moment de la rédaction de ce texte, ce projet pilote est en évaluation. Si les résultats s'avèrent positifs, ce programme pourrait être appliqué dans les trois départements d'obstétrique de la région de la Capitale-Nationale ainsi que dans les maisons de naissance, tout comme ailleurs au Québec, avec la collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les mauvais traitements psychologiques

Les mauvais traitements psychologiques retiennent de plus en plus l'attention des intervenants et chercheurs, comme en témoigne l'émergence de recherches et de textes sur ce sujet. Le projet de loi n° 125 qui modifie l'actuelle Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives propose l'ajout des mauvais traitements psychologiques envers les enfants comme motif de signalement.

Les enfants exposés à la violence conjugale

L'exposition à la violence conjugale se rapporte à plusieurs réalités : l'enfant peut être un témoin oculaire de la violence exercée contre sa mère, il peut entendre des paroles et des gestes violents alors qu'il se trouve à proximité. Finalement, il peut devoir vivre avec les conséquences, sans avoir vu ou entendu la scène de violence [268].

Cette problématique est mentionnée dans le *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007 de la Capitale nationale* [2]. De 11 à 23 % des enfants canadiens sont témoins chez eux de divers actes de violence envers leur mère [268]. La nécessité d'intervenir auprès des enfants exposés à la violence conjugale a été soulignée par le gouvernement du Québec dans la *Politique d'intervention en matière de*

violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale (1995) [269] et a été actualisée par le *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale* [270]. Cependant, les études de prévalence dans la région et au Québec sont à peu près inexistantes ou basées sur des estimations à partir de résultats des enquêtes sur le sujet. Par exemple, selon Statistique Canada [271], 33 % de toutes les victimes de violence conjugale auraient mentionné que des enfants avaient vu ou entendu cette violence. Il s'agit là d'une sous-estimation, car ce sont les parents qui rapportaient l'exposition des enfants à la violence, et la recherche montre que les enfants voient ou entendent les incidents violents plus souvent que ce que croient leurs parents [272].

Une recension des écrits sur cette problématique indique que, parmi les enfants exposés à la violence conjugale, 30 à 87 % sont aussi victimes de différentes formes de mauvais traitements, soit de l'agression verbale et psychologique jusqu'à l'agression physique et sexuelle, ce qui démontre l'existence d'une concomitance de ces deux problématiques [268].

Certains indices permettent de soupçonner qu'un tout jeune enfant vit dans un climat de violence conjugale : difficulté à boire et à prendre du poids, surexcitation, temps de sommeil réduit de moitié et, en général, pleurs fréquents [273]. Chez un enfant âgé de 2 à 4 ans, des comportements de dépendance, des signes d'anxiété et des actes d'agression sont parmi les manifestations recensées dans les études de Cumings et Davies (1994, cité dans Sudermann et Jaff [274]). Les études sur les conséquences à long terme suggèrent, entre autres, des problèmes d'adaptation sociale et de dépression à l'âge adulte.



Les enfants exposés à la violence conjugale : projet d'intervention concertée et intersectorielle dans la région de la Capitale-Nationale

Ce projet, dont le financement ponctuel par la Stratégie nationale de prévention du crime, a débuté en 2000. Il est né de la volonté du Groupe de travail régional sur les enfants exposés à la violence conjugale mis sur pied en 1998; ce groupe de travail est composé d'intervenantes jeunesse des maisons d'hébergement, du Centre d'amitié autochtone, etc. Le projet vise à prévenir la délinquance, la criminalité et la reproduction intergénérationnelle de la violence conjugale et de la victimisation ainsi que les autres conséquences néfastes de cette situation chez les enfants, en soutenant les intervenants dans leurs efforts pour répondre de façon adéquate aux besoins des enfants qui y sont exposés.

Le projet comporte trois phases. Les deux premières ont permis de faire deux recensions des écrits^[268, 275], de consulter divers intervenants de douze milieux, de concevoir et d'offrir une activité de sensibilisation à la violence conjugale, une activité de sensibilisation au vécu des enfants exposés à la violence conjugale de même qu'une activité de formation sur l'intervention auprès de ces enfants. La Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale travaille étroitement en partenariat avec des représentants de douze milieux différents. Ce projet a été évalué au cours de l'année 2005-2006 et cela a confirmé l'utilité de sensibiliser les intervenants à la problématique des enfants exposés à la violence conjugale. L'évaluation a également confirmé le besoin de mettre en place des facteurs de protection pour les enfants exposés à la violence conjugale. Le financement pour la troisième phase, qui vise le renforcement de la concertation intersectorielle, n'est pas encore disponible.

En santé publique, le développement optimal des jeunes enfants est une cible prioritaire; dans cette perspective, on cible les familles vivant en contexte de vulnérabilité et on intervient auprès d'elles grâce aux SIPPE. L'un des objectifs de ces services consiste à prévenir la maltraitance; leur efficacité a été démontrée par les travaux de Olds^[276]. Les projets cliniques des CSSS visent également la prévention de la négligence.

Depuis 2000, de nombreuses formations sur la détection de la maltraitance ont été données aux professionnels et intervenants des milieux de la santé, scolaire et juridique de la région de la Capitale-Nationale afin d'accentuer la prévention et l'identification précoce de ces situations.

LA PRÉVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS ENVERS LES ENFANTS

Depuis 1997, deux comités multidisciplinaires d'examen des décès d'enfants de 5 ans et moins ont été créés, l'un à Québec et l'autre à Montréal. Ils mènent une investigation systématique sur les décès subits et inattendus afin d'en arriver à détecter tous les cas d'infanticide et d'éviter les récidives dans les familles en cause. Ils mettent également en évidence des éléments qui peuvent prévenir de telles tragédies.



Programme de prévention de la violence faite aux enfants Espace

Espace est un programme québécois de prévention de la violence verbale, physique, sexuelle et psychologique faite aux enfants. Il est offert dans plusieurs régions du Québec par les organismes communautaires Espace, qui animent des ateliers destinés aux enfants du préscolaire de 3 à 5 ans et du primaire ainsi qu'aux adultes de la collectivité. Espace – Région de Québec est actif depuis 1991 et anime des ateliers auprès des tout-petits par l'entremise des centres de la petite enfance, des autres services de garde et des classes de maternelle. Par des mises en situation, les enfants apprennent à reconnaître leurs sentiments et à utiliser des stratégies pour faire face à des situations de violence. Des rencontres individuelles post-ateliers sont offertes^[277].

Les ateliers Espace du préscolaire seront évalués. Toutefois, l'évaluation des ateliers destinés aux enfants du premier cycle du primaire montrent que le programme permet l'acquisition des habiletés et des connaissances préventives utiles pour contrer les actes de violence^[278].



Comités hospitaliers de protection de l'enfance

Trois comités de protection de l'enfance se réunissent au CHUQ : deux au CHUL (un pour le secteur de périnatalogie et l'autre pour la pédiatrie) et un troisième à l'Hôpital Saint-François d'Assise. Ces comités s'assurent que tout enfant ayant besoin de protection dans l'un ou l'autre de ces établissements bénéficie effectivement de cette protection. Les professionnels du milieu hospitalier sont sensibilisés à la question 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 Direction de la protection de la jeunesse et en vérifie le suivi jusqu'à la prise en charge.



EN BREF

Les principaux constats

- L'Association des centres jeunesse du Québec note une augmentation constante du nombre de signalements d'enfants total, mais une diminution chez les enfants de 0 à 5 ans.
- Parmi les signalements retenus dans la région de la Capitale-Nationale, la négligence constitue près des trois quarts (74,0 %). Les abus physiques, les abus sexuels et les abandons en représentent le quart (26,0 %); leurs conséquences peuvent toutefois être désastreuses.
- Les enfants hospitalisés pour le syndrome du bébé secoué représentent très peu de cas dans la région, mais les données sous-évaluent la réalité.
- Les mauvais traitements psychologiques incluent les enfants exposés à la violence conjugale : de 11 à 23 % des enfants canadiens sont témoins chez eux de divers actes de violence envers leur mère.

Les orientations du rapport de 2000

En 2000, on observait des besoins de détection et d'intervention précoces et des besoins de formation. On observait également le besoin de concevoir des interventions s'adressant aux enfants exposés à la violence. Enfin, soutenir les familles en situation ou à risque de maltraitance en misant sur des services continus et complémentaires constituait un défi à relever à ce moment.

Les orientations en 2007

- Les orientations qui se dégagent des nouvelles données indiquent le besoin de poursuivre les actions préventives auprès des familles les plus vulnérables, particulièrement les familles à faible revenu et les familles monoparentales.
- La poursuite des formations sur la maltraitance est nécessaire afin d'accentuer sa prévention et sa détection précoce.
- Des actions doivent être développées afin de prévenir le syndrome du bébé secoué.
- Les actions entreprises montrent également le besoin de renforcer la mobilisation intersectorielle sur cette problématique et de consolider l'offre de services continus et adaptés aux besoins des enfants exposés à la violence conjugale.



Conclusion

Les enfants sont l'avenir de notre société. Les soins, l'attention et l'amour qu'on leur apporte dans leur petite enfance leur offriront les fondements nécessaires pour développer leur équilibre personnel, prendre leur place dans leur propre vie et dans la société et s'outiller pour faire face aux nombreux défis qu'ils auront à relever.

Une grande majorité des enfants évoluent et grandissent dans une famille et un environnement stimulants et sains. Malheureusement, le développement de certains enfants est compromis par un cumul de facteurs de risque présents au sein de leur famille et dans leur environnement physique, social et communautaire, tout particulièrement pour ceux qui vivent en contexte de vulnérabilité.

Une synthèse des thèmes abordés

Le contexte familial des tout-petits est en mouvance; le nombre de familles séparées et recomposées augmente, et cela demande une grande capacité d'adaptation aux tout-petits. De plus, le risque de vivre en contexte de vulnérabilité s'accroît pour les enfants vivant en famille monoparentale. Par ailleurs, le contexte de dénatalité présent en 2000 a fait place à une augmentation des naissances de près de 15 % depuis le début de l'année 2005; malgré cette augmentation, le taux de fécondité dans la région de la Capitale-Nationale demeure le plus faible du Québec.

De nombreux changements politiques et organisationnels sont survenus depuis 2000. Ces changements, favorables à la famille, aux soins des enfants et à leur protection, nécessiteront des adaptations et des ajustements dans le réseau de la santé et chez tous les acteurs impliqués en petite enfance.

Les taux de naissances de poids insuffisant, prématurées ou présentant un retard de



croissance intra-utérine de la région de la Capitale-Nationale se comparent à ceux du Québec. Le soutien des efforts doit être maintenu : d'une part, auprès des familles les plus vulnérables, car c'est encore dans ce contexte que les issues de grossesse défavorables sont plus élevées; d'autre part, auprès de l'ensemble des femmes, afin de favoriser l'adoption des habitudes de vie les plus favorables possible au développement des enfants.

Au regard des habitudes de vie des tout-petits, on observe une augmentation des taux d'allaitement total dans la région. Des efforts doivent être poursuivis afin d'augmenter les taux d'allaitement exclusif et les durées d'allaitement. En outre, les tout-petits vivant en contexte de vulnérabilité sont plus à risque de connaître l'insécurité alimentaire, de développer des problèmes d'obésité et de présenter des caries dentaires. On note une fois de plus le lien entre la pauvreté et les situations à risque de compromettre le bien-être et le développement des enfants.

Depuis 2000, la couverture vaccinale est demeurée stable dans la région, mais en deçà des objectifs. Les maladies respiratoires des



tout-petits sont également demeurées stables. Les principales causes des traumatismes non intentionnels sont aussi demeurées les mêmes, soit les chutes. Des efforts doivent être poursuivis afin d'augmenter la couverture vaccinale, de réduire les causes évitables de maladies respiratoires chez les tout-petits, telle la fumée secondaire, et de prévenir les traumatismes évitables, notamment par l'application de mesures de sécurité accrues.

En ce qui concerne les problèmes de développement des enfants, on note principalement l'augmentation des troubles envahissants du développement. De nombreuses actions visant à identifier précocement les enfants présentant des problèmes de développement et à offrir tant aux tout-petits qu'à leur famille le soutien dont ils ont besoin sont en cours dans la région de la Capitale-Nationale.

Par ailleurs, la maltraitance est encore présente, et le nombre de signalements retenus est en constante augmentation. De nombreuses formations sont offertes aux professionnels et aux intervenants en contact avec les enfants, et on note une augmentation des interventions préventives auprès des familles les plus à risque. Les conséquences de la maltraitance sur la santé et le bien-être des tout-petits peuvent être désastreuses. Des efforts continus doivent être poursuivis afin de la prévenir et, si elle n'est pas prévenue, d'intervenir le plus précocement possible.

Et maintenant...

Les constats pour les tout-petits montrent la nécessité de poursuivre les programmes de promotion, de prévention et de protection :

- Programme œufs, lait, jus d'orange;
- Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance;
- Programme régional des rencontres prénatales;
- Initiative des amis des bébés, promotion et soutien de l'allaitement;

- Santé dentaire chez les tout-petits; maintenir et étendre la fluoruration des eaux de consommation;
- Programme québécois d'immunisation;
- Prévention des traumatismes non intentionnels;
- Prévention de l'exposition à la fumée de tabac secondaire;
- Programme d'aide à l'éveil à la lecture et à l'écriture dans les milieux défavorisés;
- Programme de développement des compétences parentales Y'a personne de parfait;
- Orthophonie.

Les constats montrent également des avenues à explorer ou à développer :

- Consommation prénatale d'alcool et de drogues;
- Enfants dont les parents vivent une rupture;
- Syndrome du bébé secoué;
- Lien d'attachement parent-enfant, avec une attention particulière pour les pères;
- Intervention précoce pour les enfants ayant des besoins particuliers.

Des avancées devraient être réalisées quant à la promotion de saines habitudes de vie des mères et des tout-petits.

Par ailleurs, une attention spéciale doit être portée aux familles vivant en contexte de vulnérabilité en ce qui concerne leurs conditions de vie afin, notamment, de contrer l'insécurité alimentaire et d'assurer un accès au logement.

L'action intersectorielle constitue un moyen incontournable pour concevoir, consolider et maintenir des interventions s'adressant aux tout-petits et à leur famille, et poursuivre ainsi la promotion de la santé et du bien-être des tout-petits.

Enfin, nous devons mettre tout en œuvre afin de soutenir les familles sur les plans personnel, collectif et politique. Miser sur le bien-être et le développement des tout-petits, c'est miser sur l'avenir!

Bibliographie

1. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2003, 133 p.
2. AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE, DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale nationale*, Beauport. L'Agence, 2004, 143 p.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire*, Québec, Le Ministère, 2005, 220 p.
4. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *La situation démographique au Québec : Bilan 2006*, Québec, L'Institut, 2006, 341 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/sit_demo_pdf.htm.
5. CHICOINE, J.-F., P. GERMAIN et J. LEMIEUX. *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi)*, Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2003, 281 p.
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, SECRÉTARIAT À L'ADOPTION INTERNATIONALE. *Nombre de lettres de non-opposition émises par le Secrétariat à l'adoption internationale, selon la catégorie, 2001 à 2003*, [En ligne], 2003. [<http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/download.php?7e7b443a27d5ca459bf94ea4419a3c70>] (Consulté le 1^{er} mai 2007).
7. CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC. *Rapport annuel 2005-2006*, Québec, Le Centre, 2006, 14 p.
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, SECRÉTARIAT À L'ADOPTION INTERNATIONALE. *Les adoptions internationales au Québec. Portrait statistique de 2000*, Québec, Le Ministère, 2002, 17 p.
9. TARABULSY, G., et M. ZOCCOLILLO. *Enfants déplacés*, Québec, Fonds de recherche en santé du Québec, Réseau de recherche sur le développement, la santé et le bien-être de l'enfant, 2002.
10. QUÉBEC ADOPTION. *L'adoption interne ou locale au Québec*, [En ligne], 2007. [<http://www.quebecadoption.net/>] (Consulté le 22 mars 2007).
11. FÉDÉRATION DES FAMILLES D'ACCUEIL DU QUÉBEC. *Être famille d'accueil, c'est quoi?* [En ligne], 2007. [<http://www.ffa.ca/etreFamille.html>] (Consulté le 22 mars 2007).
12. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, en collaboration avec l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 659 p.
13. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002). Le couple*, Québec, L'Institut, vol. 2, n° 11, 2002, 65 p.
14. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Fichier des naissances 1999 à 2004*, [En ligne], [s. d.]. [<http://www.stat.gouv.qc.ca/>] (Consulté le 11 mars 2006).
15. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002). L'alimentation du nourrisson*, Québec, L'Institut, vol. 1, n° 5, 2000, 62 p.
16. LAMB, M.E. "Males Roles in Families 'at Risk': The Ecology of Child Maltreatment", *Child Maltreatment*, vol. 6, n° 4, 2001, p. 310-313.
17. AMATO, P.R., et J.G. GILBRETH. "Non Resident Fathers and Children's Well-Being: A Meta-Analysis", *Journal of Marriage and the Family*, vol. 61, n° 3, 1999, p. 557-573.
18. PEDRO-CARROLL, J.L. "The Promotion of Wellness in Children and Families: Challenges and Opportunities", *American Psychologist*, vol. 56, n° 11, 2001, p. 993-1004.
19. TURCOTTE, D., et autres. « Les effets à moyen terme de la médiation familiale sur les parents et les enfants. Comprendre la famille », dans *Actes du 7^e Symposium québécois sur la famille*, sous la direction de C. Lacharité et de G. Pronovost avec la collaboration de É. Coutu, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2004, p. 227-252.
20. TIMMERMANS, H., et J.-C. PLOURDE. « Un séminaire sur la coparentalité : comment demeurer parent après la séparation », *PRISME*, vol. 7, n° 1, 1997, p. 138-146.
21. MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DES AÎNÉS ET DE LA CONDITION FÉMININE. *Un portrait statistique des familles au Québec*, Montréal, Le Ministère, 2005, 348 p.



22. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002). Conditions économiques, travail des mères et services de garde*, Québec, L'Institut, vol. 3, n° 2, 2004, 12 p.
23. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, en collaboration avec l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 131 p.
24. AU BAS DE L'ÉCHELLE. *Le salaire minimum, la pauvreté et l'emploi : des arguments en faveur d'une hausse substantielle du salaire minimum*, Montréal, Au bas de l'échelle, 2006, 66 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.aubasdelechelle.ca/images/publication-salaire-minimum-pauvrete-emploi2.pdf>.
25. ANDERSON, S.A. "Core Indicators of Nutritional State for Difficult-to-Sample Populations", *Journal of Nutrition*, vol. 120, n° 11, 1990, p. 1559-1600.
26. ALAIMO, K., et autres. "Food Insufficiency, Family Income, and Health in US Preschool and School-Aged Children", *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 5, 2001, p. 781-786.
27. COOK, J.T., et autres. "Food Insecurity Is Associated with Adverse Health Outcomes among Human Infants and Toddlers", *The Journal of Nutrition*, vol. 134, n° 6, 2004, p. 1432-1438.
28. CASEY, P.H., et autres. "Child Health-Related Quality of Life and Household Food Security", *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, vol. 159, n° 1, 2005, p. 51-56.
29. WEINREB, L., et autres. "Hunger: Its Impact on Children's Health and Mental Health", *Pediatrics*, vol. 110, n° 4, 2002, p. 41-51.
30. ALAIMO, K., C. OLSON et E.A. FRONGILLO. "Food Insufficiency and American School-Aged Children's Cognitive, Academic, and Psychosocial Development", *Pediatrics*, vol. 108, n° 1, 2001, p. 44-53.
31. DESROSIERS, H., et autres. *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2005, 163 p.
32. DUBOIS, L., et autres. "Family food insufficiency is related to overweight among preschoolers", *Social Sciences and Medicine*, vol. 63, 2006, p. 1503-1516.
33. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE, DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Plan d'action en sécurité alimentaire pour la région de la Capitale-Nationale 2004-2007*, Québec, L'Agence, 2005, 23 p.
34. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Recensement du Canada de 2001*, [En ligne], 2006. [<http://www12.statcan.ca/francais/census01/home/index.cfm>] (Consulté le 2 mai 2007).
35. ROY, I. *Le logement, les jeunes familles vulnérables et la santé*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique. [À paraître].
36. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUE ET DE LOGEMENT. *Rapport sur le marché locatif. Faits saillants – Québec*, Ottawa, La Société, 2006, 30 p.
37. JEFFERY HALE. *Services de santé et services sociaux en anglais dans la grande région de Québec*, [En ligne], 2007. [<http://www.jefferyhale.org>] (Consulté le 2 mai 2007).
38. STATISTIQUE CANADA. *Recensement 2001, compilation spéciale pour le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS)*, Ottawa, Statistique Canada, 2001.
39. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Naissances et décès*, [En ligne], 2007. [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_dec/es/index.htm] (Consulté le 2 mai 2007).
40. QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.
41. STE-MARIE, G. *Présence au Québec en 2005 des immigrants admis de 1994 à 2003*, Québec, ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2005. Aussi accessible à l'adresse http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/pdf/Presence_Quebec_2005_immigrants_admis1994-2003.pdf.
42. LAZURE, G., et C. BENAZERO. *Devenir parent au Québec : le parcours des familles immigrantes dans la région de Québec*, Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2006, 73 p.
43. BATTAGLINI, A., et S. GRAVEL. *Les mères immigrantes : Pareilles, pas pareilles? Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Unité Écologie humaine et sociale, 2000, 230 p.

44. HERNANDEZ, S. « Les hommes immigrants au Québec : effritement du rôle masculin traditionnel et facteurs de vulnérabilité associés », *Intervention*, n° 116, 2002, p. 93-102.
45. CONSEIL DE LA NATION HURONNE-WENDAT. *Conseil de la nation huronne-wendat*, [En ligne], 2005. [<http://www.wendake.ca/nation/fr/sante/mission.htm>] (Consulté le 29 décembre 2006).
46. THIBAUT, N., E. LÉTOURNEAU et C. GIRARD. « Nouvelles perspectives de la population du Québec, 2001-2051 », *Données sociodémographiques en bref*, vol. 8, n° 2, 2004, 8 p.
47. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE, DIRECTION DE LA PLANIFICATION DE LA GESTION DU CHANGEMENT ET DES RESSOURCES HUMAINES. *L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale. Bilan 2002-2005 et Plan d'action régional 2006-2009*, Québec, L'Agence, 2006, 74 p.
48. SANTÉ CANADA. « Les fluctuations du taux de fécondité : Incidences et tendances », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, n° 10, 2004, 47 p.
49. GUILBERT, É. et autres. *Programme d'éducation à la sexualité fondé sur le pouvoir d'agir et de réfléchir (E.S.P.A.R.). Introduction/Guide pédagogique 1^{re} secondaire/Guide pédagogique 2^e secondaire-1^{re} secondaire (Outils/Cahier de l'élève/Carton/Acétates)-2^e secondaire (Outils/Cahier de l'élève/Carton/Acétates)*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2006, 1009 p.
50. THIBAUT, N. « Plus de bébés au Québec en 2005 et 2006 », *Données sociodémographiques en bref*, vol. 11, n° 1, 2006, 8 p.
51. ROY, L. *Natalité et interventions publiques*, Québec, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 2004, 52 p.
52. PRIOUX, F. « L'évolution démographique récente en France », *Population*, vol. 57 n°s 4-5, 2002, p. 691-732.
53. LOCHHEAD, C. « Disparités croissantes entre les nouveaux parents de 1971 à 1996 », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, n° 10, mai 2004, p. 11-14.
54. DRYBURGH, H. « Grossesse chez les adolescentes », *Rapports sur la santé*, vol. 12, n° 1, 2000, p. 9-21.
55. LAJOIE, M. « Prévenir la grossesse à l'adolescence », *Prévention en pratique médicale*, septembre 2003, 6 p.
56. MILLAR, W.J., et J. CHEN. « Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, 1998, p. 47-56.
57. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE, DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Portrait de santé de la Capitale-Nationale*, Québec, L'Agence. [À paraître].
58. TREMBLAY, L., et M.-C. LEPAGE. *Bilan du programme OLO 1999-2000 à 2004-2006 : un outil pour sa consolidation en CSSS*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2006, 108 p.
59. MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE LA FAMILLE. *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec, Le Ministère, 2004, 69 p.
60. MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DES AÎNÉS ET DE LA CONDITION FÉMININE. *Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance. Pour promouvoir et soutenir la qualité des services de garde éducatifs. En bref*, Québec, Le Ministère, 2006, 11 p.
61. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives. Principales modifications apportées par le projet de loi 125*, Québec, Le Ministère, 2006.
62. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Le plan universel pour la garde d'enfants du Canada*, [En ligne], 2006. [<http://www.gardedenfants.ca/fr/accueil.shtml>] (Consulté le 1^{er} février 2007).
63. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Régime québécois d'assurance parentale*, [En ligne], 2006. [<http://www.rqap.gouv.qc.ca/>] (Consulté le 24 janvier 2007).
64. CROISIÈRE, P. *Portraits de politiques familiales : situation dans onze pays développés*, Québec, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 2004, 128 p.
65. CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE. *Créer des environnements propices avec les familles. Le défi des politiques municipales*, Québec, Le Conseil, 2005, 154 p.
66. SERVICE DES LOISIRS, DES SPORTS ET DE LA VIE COMMUNAUTAIRE. *Politique familiale, Québec*. Québec, Ville de Québec, 2005, 40 p.



67. SERVICE DES LOISIRS, DES SPORTS ET DE LA VIE COMMUNAUTAIRE. *Plan d'action 2005-2007 de la politique familiale*, Québec, Québec, Ville de Québec, 2005, 15 p.
68. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Centre de santé et de services sociaux/Réseaux locaux de services*, [En ligne], 2006. [<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rsl/index.php>] (Consulté le 28 décembre 2006).
69. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Résumé*, Québec, Le Ministère, 2004, 23 p.
70. COMITÉ DIRECTEUR DU PROSI. *État d'avancement des travaux des projets cliniques de la région de la Capitale-Nationale*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2005, 38 p.
71. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, DIRECTION DES SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX ET PRÉHOSPITALIERS et DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE. *Projet de politique de périnatalité, document de travail*, Québec, Le Ministère, 18 avril 2006, 117 p.
72. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC. *Le Centre mère-enfant*, [En ligne], [s. d.]. [http://www.chuq.qc.ca/fr/le_chuq/nos_etablissements/centre_mere_enfant/] (Consulté le 19 janvier 2007).
73. MAISON DE NAISSANCE MIMOSA. *Qu'est-ce qu'une maison de naissance?*, [En ligne], [s. d.]. [<http://www.mimosa.qc.ca/>] (Consulté le 7 mars 2007).
74. CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU GRAND LITTORAL. *Le service sage-femme*, [En ligne], 2004. [<http://www.cssgrandlittoral.qc.ca/ssg-accueil.html>] (Consulté le 7 mars 2007).
75. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE, DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE, DIRECTION DE LA COORDINATION DES RÉSEAUX LOCAUX DES SECTEURS SOCIAL ET SANTÉ MENTALE. « Naissances en 2004 et 2005 selon le centre accoucheur et le lieu de résidence de la mère », dans *Proposition pour le transfert administratif des cliniques de périnatalité. Recommandations du comité de travail*, Québec, L'Agence, 2007, annexe D.
76. DANCAUSE, G.B. *Soins pédiatriques ambulatoires en CLSC. Projet-pilote portant sur la réorganisation des soins infirmiers pédiatriques à domicile dans la région de Québec*, Québec, Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord, 2005, 8 p.
77. CENTRAIDE QUÉBEC. *SVP – petite enfance*, [En ligne], [s. d.]. [http://www.centraide-quebec.com/lutter_contre_la_pauvrete/petiteenfance.htm] (Consulté le 31 janvier 2007).
78. KILBRIDE, H.W., K. THORSTAD, D.K. DAILY. "Preschool Outcome of Less Than 801 Gram Preterm Infants Compared With Full-Term Siblings", *Pediatrics*, vol. 113, n° 4, 2004, p. 742-747.
79. COMMITTEE ON UNDERSTANDING PREMATURE BIRTH AND ASSURING HEALTHY OUTCOMES, BOARD ON HEALTH SCIENCES POLICY. *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention*, Washington (D.C.), Richard E. Behrman, Adrienne Stith Butler Editor, Institute of Medicine, 2006, 609 p.
80. INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE. *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI – 3^e édition*, Ottawa, L'Institut, 2000, 352 p.
81. KRAMER, M.S., et autres. "Why are babies getting bigger? Temporal trends in fetal growth and its determinants", *Journal of Pediatrics*, vol. 141, n° 4, 2002, p. 538-542.
82. PALLOTO, E.K., et H.W. KILBRIDE. "Perinatal Outcome and Later Implications of Intrauterine Growth Restriction", *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 49, n° 2, 2006, p. 257-269.
83. KRAMER, M.S., et autres. "Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly?", *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 14, n° 3, 2000, p. 194-210.
84. MILLAR, W.J., et G. HILL. « Grossesse et usage du tabac », *Rapports sur la santé*, vol. 15, n° 4, 2004, p. 55-58.
85. CHEN, J., et autres. « Niveau de scolarité de la mère et mortalité foetale et infantile au Québec », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, 1998, p. 57-70.
86. WILKINS, R., et autres. « Évolution de l'état de santé des enfants au Canada », *Revue canadienne de recherche sur les politiques*, vol. 1, n° 2, 2000, p. 52-59.
87. KRISTENSEN, J., et autres. "Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death", *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 112, n° 4, 2005, p. 403-408.
88. DÉPARTEMENT DE SANTÉ ET RECHERCHE GÉNÉSISQUES, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique*, Genève, L'Organisation, 1997. Aussi accessible à l'adresse http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/index.html.

89. ODENT, M. *The Caesarean*, London, Free Association Books, 2004, 160 p.
90. SZEJER, M. « Pour une médicalisation raisonnée de la maternité », *Informations sociales*, n° 132, 2006, p. 54-63.
91. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Donner naissance au Canada : un profil régional*, Ottawa, L'Institut, 2004, 68 p.
92. CHRISTILAW, J.E. "Cesarean section by choice: Constructing a reproductive rights framework for the debate", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 94, n° 3, 2006, p. 262-268.
93. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Accouchements et naissances*, [En ligne], 2006. [[http : //msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/statisti/accounais.nsf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/statisti/accounais.nsf)] (Consulté le 20 novembre 2006).
94. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Politique de périnatalité*, Québec, Le Ministère, 1993, 101 p.
95. MARTEL, M.-J., et C.J. MACKINNON. « Directives cliniques sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne », *Journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada*, 2005, p. 175-188. Aussi accessible à l'adresse <http://www.sogc.org/guidelines/public/155F-CPG-Fevrier2005.pdf>.
96. LABRECQUE, M., et autres. "Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy", *American Journal of Obstetric Gynecology*, n° 180, 1999, p. 593-600.
97. FOWLES, E.R. "Prenatal Nutrition and Birth Outcomes", *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, vol. 33, n° 6, 2004, p. 809-822.
98. VALLIÈRES, A. *Le gain de poids et l'issue de la grossesse des adolescentes enceintes suivies au Dispensaire diététique de Montréal*, Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation, Université Laval, 2004, 107 p.
99. SCHIEVE, L.A., et autres. "Pregnancy Body Mass Index and Pregnancy Weight Gain: Associations with Preterm Delivery", *Obstetrics and Gynecology*, n° 96, 2000, p. 194-200.
100. SEBIRE, N.-J., et autres. "Is maternal underweight really a risk factor for adverse pregnancy outcome? A population-based study in London", *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 108, n° 1, 2001, p. 61-66.
101. NEGGERS, Y., et R.L. GOLDENBERG. "Some Thoughts on Body Mass Index, Micronutrient Intakes and Pregnancy Outcome", *The Journal of Nutrition*, vol. 133, n° 5S, 2003, p. 1737S-1740S.
102. LAGIOU, P., et autres. "Diet during pregnancy in relation to maternal weight gain and birth size", *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 58, 2004, p. 231-237.
103. JOYCE, T., D. GIBSON et S. COLMAN. "The Changing Association Between Prenatal Participation in WIC and Birth Outcomes in New York City", *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 24, n° 4, 2005, p. 661-685.
104. BITLER, M.P., et J. CURRIE. "Does WIC Work? The Effects of WIC on Pregnancy and Birth Outcomes", *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 24, n° 1, 2005, p. 73-91.
105. HIGGINS, A.C., et autres. "Impact of the Higgins Nutrition Intervention Program on birth weight: a within-mother analysis", *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 89, n° 8, 1989, p. 1097-1103.
106. DUBOIS, S., et autres. "Ability of the Higgins Nutrition Intervention Program to improve adolescent pregnancy outcome", *American Dietetic Association*, vol. 97, n° 8, 1997, p. 871-878.
107. DESJARDINS, E., et D. HARDWICK. "How Many Visits by Health Professionals are Needed to Make a Difference in Low Birthweight? A Dose-response Study of the Toronto Healthiest Babies Possible Program", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 90, n° 4, 1999, p. 224-228.
108. HOBEL, C., et J. CULHANE. "Role of Psychosocial and Nutritional Stress on Poor Pregnancy Outcome", *The Journal of Nutrition*, vol. 133, n° 5S, 2003, p. 1709S-1717S.
109. LEDROU, I., et J. GERVAIS. « Insécurité alimentaire », *Rapports sur la santé*, vol. 16, n° 3, 2005, p. 57-69.
110. LABERGE, S., et autres. *Le point sur l'activité physique des Québécoises de 25 à 44 ans*, Québec, Groupe de travail sur la problématique des femmes et de l'activité physique de Kino-Québec et Secrétariat au loisir et au sport, Gouvernement du Québec, 2000, 94 p.
111. DUMONT, É., et D. ROBERGE, *Active pour la vie*, Québec, Kino-Québec et Secrétariat au loisir et au sport, Gouvernement du Québec, 2000, 8 p.
112. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT DU QUÉBEC. *Active pour la vie. Activité physique et grossesse*, Québec, Le Ministère, 2007, 18 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/ActivitePhysiqueGrossesse.pdf>.



113. CASAMASSIMO, P.S. "Maternal oral health", *Dental Clinic of North America*, vol. 45, n° 3, 2001, p. 469-478.
114. KOHLER, B., et I. ANDREEN. "Influence of Caries-Preventive Measures in Mothers on Cariogenic Bacteria and Caries Experience in Their Children", *Archives of Oral Biology*, vol. 39, n° 10, 1994, p. 907-911.
115. LOPEZ, R. "Periodontal Disease, Preterm Birth and Low Birth Weight", *Evidence Based Dentistry*, vol. 6, n° 4, 2005, p. 90-91.
116. BRAMBILLA, E., et autres. "Caries Prevention During Pregnancy Results of a 30-Month Study", *Journal of the American Dental Association*, vol. 129, 1998, p. 871-877.
117. DAUPHIN, J., et P. GENDREAU. « Grossesse et tabac : pourquoi et comment faut-il intervenir? », *Revue de psychoéducation*, vol. 33, n° 2, 2004, p. 381-412.
118. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General-2004*, Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 2004, 118 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/00_pdfs/insidecover.pdf.
119. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.
120. SOUTHALL, D.P., et M.P. SAMUELS. "Reducing the Risks in Sudden Infant Death Syndrome [Editorial]". *British Medical Journal*, vol. 304, 1992, p. 265-266.
121. CHUNG, K.C., et autres. "Maternal Cigarette Smoking During Pregnancy and the Risk of Having a Child With Cleft Lip/Palate", *Plastic Reconstructive Surgery*, vol. 105, n° 92, 2000, p. 485-491.
122. SONDERGAARD, C. "Smoking During Pregnancy and Infantile Colic", *Pediatrics*, vol. 108, n° 2, 2001, p. 342-346.
123. CALIFORNIA ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY. *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke. Final Report*, Sacramento, California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997. Aussi accessible à l'adresse http://www.oehha.ca.gov/air/environmental_tobacco/finalets.html.
124. WEITZMAN, M., S. GORTMAKER et A. SOBOL. "Maternal Smoking and Behaviour Problems of Children", *Pediatrics*, vol. 90, n° 3, 1992, p. 342-349.
125. FERLAND, M., et M. PAGEAU. *Principaux résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 dans la région de la Capitale-Nationale*, Beauport, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2005, 85 p.
126. GREAVES, L., et autres. *Un examen des pratiques exemplaires de renoncement au tabac conçues pour les filles et les femmes pendant la grossesse et la période postnatale*, Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2003. Aussi accessible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/expecting-grossesse/index_f.html.
127. DUBÉ, G., M. BERTHELOT et D. PROVENÇAL. « Aperçu des habitudes tabagiques et de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement des enfants, des jeunes et des adultes québécois », *Zoom Santé*, 2007, 8 p.
128. GUYON, L., et BERTRAND, M.-A. « Éditorial », *Famille et toxicomanie*, vol. 1, n° 1, 2002, p. 1-7.
129. AUDET, C., et autres. *Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez les femmes enceintes*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction développement des individus et des communautés, 2006, 63 p.
130. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *La consommation de psychotropes : portrait et tendances au Québec*, Montréal, Gouvernement du Québec, 2003, 4 p.
131. NEILL, G., et autres. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, 91 p.
132. STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 (ESCC)*, [En ligne], 2003. [http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005002/nonmed/environ1_f.htm] (Consulté en février 2007).
133. APRIL, N., et A. BOURRET. *État de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction développement des individus et des communautés, 2004, 65 p.
134. APRIL, N., A. BOURRET et D. LA ROCHE. *Maternité, alcool et drogues : Développement et soutien professionnels*, Beauport, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2005, 26 p.



135. APRIL, N., et M. DE KONINCK. *Évaluation du projet Passerelle*, Beauport, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction régionale de santé publique, 2004, 44 p.
136. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Groupe de référence grossesse-travail*, [En ligne], 2004. [<http://www.inspq.qc.ca/grgt/>] (Consulté en février 2007).
137. RICARD, G. *Pour une maternité sans danger : statistiques 2000-2003*, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, 2005, 59 p.
138. RICARD, G. *Pour une maternité sans danger : statistiques 1996-1997*, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, [s. d.], 51 p.
139. CROTEAU, A., S. MARCOUX et C. BRISSON. "Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of delivering a small-for-age infant", *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 5, 2006, p. 846-855.
140. CROTEAU, A., S. MARCOUX et C. BRISSON. *Work activity in Pregnancy, Preventive Measures and the Risk of Preterm Delivery*. [À paraître].
141. BOULARD, D., et D. PITRE. *Rencontres prénatales offertes par les CSSS de la région de la Capitale-Nationale : Cahier des parents*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2006, 188 p.
142. DORÉ, N., D. LE HÉNAFF et P. TURCOTTE. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2006, 496 p.
143. LABBÉ, J. *Bulletins pédiatriques : votre enfant de la naissance à 5 ans*, 4^e édition, Québec, Centre de développement professionnel continu, pavillon Ferdinand-Landry, Université Laval et Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2006.
144. LEPAGE, M.-C., N. DORÉ et G. CARIGNAN. *Étude sur l'alimentation du nourrisson et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement*, Beauport, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, 2000, 85 p.
145. CÔTÉ, L., C. GAGNON et A. TOURIGNY. *La satisfaction de la population et de groupes d'usagers à l'égard des services de santé dans la région de Québec. Faits saillants*, Beauport, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, 2001, 58 p.
146. COLIN, C., et autres. *Extrême pauvreté, maternité et santé*, Montréal, Les Éditions coopératives Albert Saint-Martin de Montréal, 1992, 259 p.
147. LEPAGE, M.-C. et C. Schoonbroodt. *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Processus d'implantation et pratiques d'intervention liées à la composante Accompagnement des familles (Partie 1)*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2006, 68 p.
148. LE HÉNAFF, L. et C. LEPAGE, *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Processus d'implantation et pratiques d'intervention liées à la composante Soutien à la création d'environnements favorables (Partie 2)*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, [À paraître].
149. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, L'Organisation, 2003, 30 p.
150. SANTÉ CANADA. *Durée de l'allaitement maternel exclusif. Recommandations de Santé Canada, 2004*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2004, 4 p.
151. IP, S., et autres. *Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries*, Rockville, Agence for Healthcare Research and Quality, Tufts-New England Medical Center Evidence-Based Practice Center, 2007, 415 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/brfouttp.htm>.
152. BEAUDRY, M., S. CHIASSON et J. LAUZIÈRE. *Biologie de l'allaitement. Le sein. Le lait. Le geste*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006, 570 p.
153. GUILLEMETTE, A., et D. BADLISSI. « L'allaitement maternel : pour la santé et le bien-être des enfants et des mères et pour une réduction des coûts de santé », *Regard sur la santé publique lanaudoise*, vol. 8, n° 1, 2001, p. 7.
154. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002). Conditions socioéconomiques et santé*. L'Institut, vol. 2, n° 3, 2002, p. 34.
155. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive*, Genève, L'Organisation, 2001, 5 p.



156. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. *Les pédiatres conseillent de privilégier l'allaitement exclusif pendant six mois*, [En ligne], 2005. [<http://www.cps.ca/Francais/enonces/N/AllaitementMar05.htm>] (Consulté le 13 février 2007).
157. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices*, Québec, Le Ministère, 2001, 75 p.
158. LAMONTAGNE, C. *Effets des services de la Clinique d'allaitement du CHUQ sur la durée de l'allaitement maternel*, Québec, Université Laval, 2006, 22 p.
159. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et UNICEF. *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel*, Florence, L'Organisation et l'UNICEF, 1990.
160. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et UNICEF. *Les règles mondiales de l'initiative OMS/UNICEF pour des Hôpitaux Amis des Bébé*s, New York, L'Organisation et l'UNICEF, 1992, 6 p.
161. COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT. *L'Initiative des amis des bébés dans les services communautaires : Guide canadien de mise en œuvre*, Toronto, Le Comité, 2003, 99 p.
162. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, DÉPARTEMENT SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT. *Données scientifiques relatives aux Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement. Système de santé et santé communautaire*, Genève, L'Organisation, 1999, 122 p.
163. KRAMER, M.S., et autres. "Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a Randomized Trial in the Republic of Belarus", *The Journal of The American Medical Association*, vol. 285, n° 4, 2001, p. 413-420.
164. DIGIROLAMO, A.M., L.M. GRUMMER-STRAWN et S. FEIN. "Maternity Care Practices: Implications for Breastfeeding", *Birth*, vol. 28, n° 2, 2001, p. 94-100.
165. WRIGHT, A., S. RICE et S. WELLS. "Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding", *Pediatrics*, vol. 97, n° 5, 1996, p. 669-675.
166. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, Genève, L'Organisation, 1981, 25 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf.
167. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Mise en œuvre de résolutions (rapports de situation)*, Genève, L'Organisation, 2004, 18 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_18-fr.pdf (Dernière mise à jour, 15 avril 2004).
168. ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC. « Alimentation des enfants et des adolescents », dans *Manuel de nutrition clinique en ligne*, Montréal, L'Ordre, 2003-2007.
169. BRANEN, L., et J. FLETCHER. "Comparison of college student's current eating habits and recollection of their childhood foods practices", *Journal of Nutrition Education*, vol. 31, n° 6, 1999, p. 304-310.
170. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002). Évolution des comportements et des pratiques alimentaires*, Québec, L'Institut, vol 2, n° 5, 2002, 58 p.
171. SHIELDS, M. « L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents », *Rapports sur la santé*, vol. 17, n° 3, 2006, p. 27-43.
172. MARQUIS, M., Y.P. FILLION et F. DAGENAI. "Does eating while watching television influence children's food-related behaviours?", *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, vol. 66, n° 1, 2005, p. 12-18.
173. GRANTHAM-MCGREGOR, S., et A. CORNELIUS. "A Review of Studies on the Effect of Iron Deficiency on Cognitive Development in Children", *Journal of Nutrition*, vol. 131, n° 2S, 2001, p. 649S-668S.
174. ZLOTKIN, S.H., et autres. "The prevalence of iron depletion and iron-deficiency anemia in a randomly selected group of infants from four Canadian cities", *Nutrition Research*, vol. 16, n° 5, 1996, p. 729-733.
175. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. *Répondre aux besoins en fer des enfants nouveau-nés et des jeunes enfants : une mise à jour*, Ottawa, La Société, 2005, 6 p. (Numéro de référence N91-01).
176. NICKLAS, T.A., et autres. "Family and Child-care Provider Influences on Preschool Children's Fruit, Juice, and Vegetable Consumption", *Nutrition Review*, vol. 59, n° 7, 2001, p. 224-235.
177. FOURNIER, C., et C. DROUIN. *Enquête Grandir en qualité. Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs. La qualité éducative dans les installations de centres de la petite enfance – Faits saillants*, Fascicules n° 1 à 3, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2004, 16 p.
178. QUÉBEC. *Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance : L.R.Q., c. C-8.2*, [Québec], Éditeur officiel du Québec. Aussi accessible à l'adresse <http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca>.



179. LACHANCE, B., M. PAGEAU et S. ROY. *Investir pour l'avenir : Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 50 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/ff/documentation/2006/06-289-01.pdf>.
180. LOW, W., S. TAN et S. SCHWARTZ. "The Effect of Severe Caries on the Quality of Life in Young Children", *Journal of Pediatric Dentition*, vol. 21, n° 6, 1999, p. 325-326.
181. ALMEIDA, A.G., et autres. "Future Caries Susceptibility in Children with Early Childhood Caries Following Treatment under General Anesthesia", *Pediatric Dentition*, vol. 22, n° 4, 2000, p. 302-306.
182. PERETZ, B., et autres. "Preschool Caries as an Indicator of Future Caries: a Longitudinal Study", *Pediatric Dentition*, vol. 25, n° 2, 2003, p. 114-118.
183. BRODEUR, J.-M., et autres. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, collection Analyses et surveillance, n° 18, 2001, 152 p.
184. PAQUET, G., et D. HAMEL. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002). Des alliés pour la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 3, n° 4, 2005, p. 7-8.
185. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Programme québécois de fluoruration de l'eau potable. Liste des municipalités desservies*, Québec, Le Ministère, 2006, 2 p. Aussi accessible à l'adresse http://conspiration.ca/sante/liste_villes_fluor_quebec.doc.
186. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, PUBLIC HEALTH SERVICE, CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Recommendations for Using Fluoride to Prevent and Control Dental Caries in the United States*, Atlanta, U.S. Government Printing Office, 2001, 42 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5014a1.htm>.
187. TREMBLAY, G., et autres. *Bilan influenza 2006-2007, programme d'immunisation, région de la Capitale-Nationale*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2007, 40 p.
188. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Le Ministère, 2004, 449 p.
189. BUREAU DE SURVEILLANCE ET DE VIGIE, DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Infections invasives à pneumocoque », *Bulletin de Vigie du Québec*, vol. 1, n° 1, 2006, 2 p.
190. BOULIANNE, N., et autres. « Délais dans l'administration des vaccins des nourrissons dans deux régions du Québec », [Affiche présentée aux Journées annuelles de santé publique, du 23 au 27 octobre 2006, Montréal].
191. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – Vers l'atteinte des résultats attendus : 5^e bilan*, Québec, Le Ministère, 2003, 261 p.
192. GUAY, M., et autres. *Étude de validation et d'appréciation des fichiers de vaccination des populations de l'Estrie, de la Montérégie et de Québec – Rapport d'évaluation*, Greenfield Park, Centre de recherche Hôpital Charles-LeMoine, 2005, 70 p.
193. DIABATÉ, F., et autres. « Données du programme de surveillance de l'infection par le VIH à propos des spécimens chez qui la collecte des données épidémiologiques a été complétée, Québec », dans *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec – Cas cumulatifs 2002-2005*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2006, chapitre 3.
194. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE. *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance – Guide d'intervention*, Québec, Le Ministère, 2000, 473 p.
195. GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA LUTTE CONTRE L'ASTHME. *Prévention et prise en charge de l'asthme au Canada : Un défi de taille maintenant et à l'avenir*, Ottawa, Santé Canada, 2000, 65 p.
196. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, ASSOCIATION PULMONAIRE DU CANADA, SANTÉ CANADA ET STATISTIQUE CANADA. *Les maladies respiratoires au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2001, 102 p.
197. RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE L'ASTHME ET DE LA MPOC. *Liste et localisation des centres d'enseignement*, [En ligne], 2007. [http://www.rqam.ca/gpub/asthmece_gp.php] (Consulté le 14 mars 2007).



198. CHANCE, G.W., et E. HARMSSEN. « Les enfants sont différents : les contaminants de l'environnement et la santé des enfants », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 89, 1998, p. S10-S13.
199. HÉBERT, J., et L. PARADIS. « Allergies et assainissement de l'environnement », dans *L'asthme : notions de base, éducation, intervention*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1997, 388 p.
200. COOK, D.G., et D.P. STRACHAN. "Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research", *Thorax*, vol. 54, 1999, p. 357-366.
201. CALIFORNIA ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY. *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant. Part B: Health Effects*, [s. l.], The Agency, 2005. Aussi accessible à l'adresse <ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3part%20b.pdf>.
202. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL en collaboration avec l'ASSOCIATION DES MÉDECINS ET OMNIPRATICIENS DE MONTRÉAL. *Prévention en pratique médicale : Vos patients sont exposés à la fumée secondaire...*, [En ligne], avril 2005. [<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfppm/ppmavril2005.pdf>].
203. SANTÉ CANADA. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2005*, [En ligne], 2006. [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/ctums-esutc-2005/index_f.html].
204. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE, DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE, *0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION : Zéro tabagisme, c'est vivre sans fumée*, Québec, L'Agence, 2006. [Feuillet].
205. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE. *Portrait des coûts de santé associés à l'allergie au pollen de l'herbe à poux pour 2005*, préparé pour la Table québécoise sur l'herbe à poux (TQHP). [À paraître].
206. LÉVESQUE, B., et autres. "Total and Specific Immunoglobulin E and their Relationship to Respiratory Symptoms in Quebec Children and Adolescents", *Canadian Respiratory Journal*, vol. 12, n° 8, 2005, p. 426-432.
207. GROUPE DE TRAVAIL FÉDÉRAL PROVINCIAL SUR LA QUALITÉ DES EAUX UTILISÉES À DES FINS RÉCRÉATIVES. *Recommandations au sujet de la qualité des eaux utilisées à des fins récréatives au Canada*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1992, 110 p.
208. WORLD HEALTH ORGANISATION. *Guidelines for safe recreational water environments, volume 1: coastal and fresh waters*, Geneva, The Organization, 2003, 219 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.who.int/water_sanitation_health/bathing/srwe1/en/.
209. MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DES PARCS. *Programme Environnement-Plage*, [En ligne], 2006. [<http://www.mddep.gouv.qc.ca/programmes/env-plage/index.htm>] (Consulté le 7 mars 2007).
210. DEWAILLY, É. « La baignade », dans *Mieux vivre avec son environnement*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Environnement Canada, 1990, 392 p.
211. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Caractérisation de l'exposition aux pesticides utilisés en milieu résidentiel chez des enfants québécois âgés de 3 à 7 ans*, Québec, L'Institut, 2004, 135 p.
212. MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DES PARCS. *Code de gestion des pesticides*, [En ligne], 2006. [<http://www.mddep.gouv.qc.ca/pesticides/permis/code-gestion/code-enbref.htm>] (Consulté le 7 mars 2007).
213. QUÉBEC. *Règlement sur la qualité de l'eau potable : c. Q-2, r.18.1.1*, [En ligne], 2005. [http://www2.publications.duquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/Q_2/Q2R18_1_1.htm] (Consulté le 30 avril 2007).
214. COMMISSION DE COOPÉRATION INTERNATIONALE. *La santé des enfants et l'environnement en Amérique du Nord. Premier rapport sur les indicateurs et les mesures disponibles*, Montréal, 2006, 120 p.
215. GAGNÉ, M. *La mortalité par traumatismes non intentionnels chez les jeunes québécois de moins de 20 ans : Une comparaison internationale*, Québec, Unité Connaissance-surveillance, Direction de la planification, de la recherche et de l'innovation, Institut national de santé publique du Québec, 2006, 100 p.
216. TRÉPANIÉRI, J.P., D. SERGERIE et E. BLAIS. *Avis de santé publique sur la sécurité dans les piscines résidentielles et publiques au Québec*, Québec, Unité Sécurité et prévention des traumatismes, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec, 2006, 103 p.
217. MACKAY, M., et autres. *Child Safety Good Practice Guide: Good investments in unintentional child injury prevention and safety, promotion*, Amsterdam, European Child Safety Alliance, 2006, 79 p. Aussi accessible à l'adresse [http://www.actiononinjuries.org/csi/eurosafe2006.nsf/0/5C013FEF526F9157C12571AF002F0561/\\$file/GoodPracticeGuide-Draft7.pdf](http://www.actiononinjuries.org/csi/eurosafe2006.nsf/0/5C013FEF526F9157C12571AF002F0561/$file/GoodPracticeGuide-Draft7.pdf).



218. LEDUC, S. *Évaluation d'une trousse de prévention des traumatismes à domicile survenant à de jeunes enfants*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 1999, 43 p.
219. FERLAND, F. *Le développement de l'enfant au quotidien. Du berceau à l'école primaire*, Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, Centre hospitalier universitaire mère-enfant, 2004, 234 p.
220. DUCLOS, G., D. LAPORTE et J. ROSS. *Les grands besoins des tout-petits. Vivre en harmonie avec les enfants de 0 à 6 ans*, Montréal, Éditions Héritage, 1994, 262 p.
221. BOWLBY, J. *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*, New York, Basic Books, 1969, cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*, Québec, Le Ministère, 2005, 9 p.
222. CYRULNIK, B. *Les vilains petits canards*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2001, 263 p.
223. ZEANAH, C.H., N.W. BORIS et J.A. LARRIEU. "Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, n° 2, 1997, p. 165-178.
224. HYPOLITE, S.-R. *Recension des écrits sur l'intervention précoce*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique de Québec, 2002.
225. BROOKS-GUNN, J., K.P. KLEBANOV et G.J. DUNCAN. "Ethnic Differences in Children's Intelligence Test Scores: Role of Economic Deprivation, Home Environment, and Maternal Characteristics", *Child Development*, vol. 67, n° 2, 1996, p. 396-408.
226. GUO, G., et K. MULLAN HARRIS. "The mechanisms mediating the effects of poverty on children's intellectual development", *Demography*, vol. 37, n° 4, 2000, p. 431-447.
227. HALPERN, R. "Poverty and infant development", dans *Handbook of Infant Mental Health*, C.H. Zeanah Editor, 1993, p. 73-86.
228. CICHETTI, D. "How research on child maltreatment has informed the study of child development: perspectives from developmental psychology", dans *Handbook of Child Maltreatment*, New York, Cicchetti and Carlson Editor, 1989, p. 377-431.
229. SYLVESTRE, A., H. PAYETTE et D. ST-CYR. « Prévalence des problèmes de la communication chez les enfants négligés âgés de moins de trois ans », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 93, n° 5, 2002, p. 349-352.
230. HAMEL, M. *Les retards de développement et l'intervention précoce – Recension d'écrits*, Rimouski, Unité de santé publique, Centre hospitalier régional de Rimouski, 1994, 14 p. [Document interne].
231. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. CIH-2 : *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, Genève, L'Organisation, 2000, 220 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.moteurline.apf.asso.fr/epidemiostatsevaluation/autresformats/CIH2versioncomplete.pdf>.
232. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Rapport du groupe de travail pour l'élaboration d'un plan d'action en déficience du langage et de la parole pour les jeunes de 0-18 ans. Document de travail*, Québec, Le Ministère, 2003, 31 p.
233. BEE, H., et D. BOYD. *Les âges de la vie. Psychologie du développement humain*, 2^e édition, Montréal, Les Éditions du Renouveau pédagogique, 2003, 494 p.
234. INSTITUT DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC. [Données obtenues à la suite d'une demande à l'organisme], 2007.
235. CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHARLEVOIX. [Données obtenues à la suite d'une demande à l'organisme], 2007.
236. ROGÉ, B., et H. CHABROL. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Éditions Belin, 2003, 240 p.
237. AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE. *Plan d'action régional sur les services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches 2005-2010*, Québec, L'Agence, 2005, 57 p.
238. AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE. *Plan d'action sur l'organisation des services de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches. Région de la Capitale-Nationale 2003-2008*, Québec, L'Agence, 2003, 67 p.
239. CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DE QUÉBEC. [Données obtenues à la suite d'une demande à l'organisme], 2007.



240. CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DE QUÉBEC, SECTEUR CHARLEVOIX. [Données obtenues à la suite d'une demande à l'organisme], 2007.
241. PAQUETTE, D. « Le rôle du père dans la capacité du garçon à gérer son agressivité », *Revue de psychoéducation*, vol. 33, n° 1, 2004, p. 61-73.
242. POLIQUIN, F., et G. LAFLEUR. *Présentation de la formation « Mieux comprendre le nouveau-né »*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2007, 12 p.
243. BRAZELTON, T.B., et J.K. NUGENT. *Échelle de Brazelton : évaluation du comportement néonatal*, 3^e édition, Genève, Médecine et Hygiène, 2001, 185 p.
244. DIONNE, M., É. LABRECQUE et L. SAINT-LOUIS. *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*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 2000, 99 p.
245. ALLARD, F., L. BINET, et autres. *Comment des pères en situation de pauvreté s'engagent-ils envers leur jeune enfant? Étude exploratoire qualitative*, Beauport, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 2002, 55 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.dspq.qc.ca/publications/peres_situation_pauvrete.pdf.
246. ALLARD, F.L., A. BOURRET, G. TREMBLAY, et coll. *Maintien de l'engagement paternel après la rupture : Point de vue de mères vivant en situation de pauvreté – Étude exploratoire*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, 2005, 61 p.
247. ALLARD, F.L., A. BOURRET, G. TREMBLAY, et coll. « Maintien de l'engagement paternel après la rupture : Comment se construit et s'exerce l'influence de mères en situation de pauvreté », *Actes du colloque du 8^e Symposium québécois de recherche sur la famille*, sous la direction de A. Roy et G. Pronovost, Trois-Rivières, Conseil de développement de la recherche sur la famille du Québec, 2006, p. 55-77.
248. PAQUET, G., et D. HAMEL. *Inégalités sociales et santé des tout-petits : l'identification de facteurs de protection*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 15 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/175_Inegalites_Tout-Petits.pdf.
249. PALACIO-QUINTIN, E. « Les services de garde et le développement de l'enfant », *Isuma*, vol. 1, n° 2, 2000, p. 25-30. Aussi accessible à l'adresse http://www.isuma.net/v01n02/index_f.shtml.
250. JAPÉL, C., R.E. TREMBLAY et S. CÔTÉ. « La qualité des services de garde à la petite enfance : Résultats de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ) », *Éducation et francophonie*, vol. 33, n° 2, 2005, p. 7-27.
251. BINET, L. *L'accessibilité aux centres de la petite enfance : le point de vue de parents sans emploi et en situation de pauvreté*, Beauport, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 2002, 70 p.
252. ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE. *Le rendement des investissements publics dans le réseau des CPE*, Montréal, L'Association, 2007, 6 p.
253. MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS. *Programme éducatif*, [En ligne], 2006. [<http://www.mfa.gouv.qc.ca/thematiques/famille/services-garde/programme-educatif.asp>] (Consulté le 22 mai 2007).
254. COMMISSION SCOLAIRE DE LA CAPITALE. *Mon enfant âgé de 4 ans peut-il fréquenter la maternelle?*, [En ligne], 2007. [http://www.cscapitale.qc.ca/gen/questions.asp#id_14] (Consulté le 14 mars 2007).
255. CONFÉRENCE RÉGIONALE DES ÉLUS DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Portrait des services de garde, région de la Capitale-Nationale 2004*, [En ligne], 2005. [<http://www.crecn.qc.ca/pdf/instances/ca/ca-040513/portrait.pdf>] (Consulté le 14 mars 2007).
256. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Programme d'aide à l'éveil à la lecture et à l'écriture dans les milieux défavorisés. Le plaisir de lire et d'écrire, ça commence bien avant l'école. Cahier de mise en œuvre 2003-2007*, Québec, Le Ministère, 2003, 26 p.
257. WORLD HEALTH ORGANIZATION et INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT. *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, Geneva, World Health Organization, 2006, 90 p. Aussi accessible à l'adresse http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf.
258. CICCHETTI, D., et J.T. MANLY. "Editorial: Operationalizing child maltreatment: Developmental processes and outcomes", *Developmental and Psychopathology*, vol. 13, n° 4, 2001, p. 755-757.



259. ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC. *Nos enfants, la richesse de tous, la responsabilité de chacun. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse – 2006*, Montréal, L'Association, 2006, 44 p.
260. PAUZÉ, R., et autres. « Les enfants de 0 à 5 ans », dans GROUPE DE RECHERCHE SUR LES INADAPTATIONS SOCIALES DE L'ENFANCE DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE. *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*, Sherbrooke, 2004, section 2. Aussi accessible à l'adresse http://www.grise.ca/documents/publications/synthse_complte_fass.pdf.
261. LAVERGNE, C., et M. TOURIGNY. « Incidence de l'abus et la négligence envers les enfants : recension des écrits », *Criminologie*, vol. 33, n° 1, 2000, p. 48-72.
262. CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC – INSTITUT UNIVERSITAIRE. *Rapport annuel 2004-2005*, Québec, Le Centre, 2005, 13 p.
263. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*. Québec, Gouvernement du Québec, 2001. 40 p.
264. KING, W.J., M. MACKAY et A. SIRNICK. "Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, n° 2, 2003, p. 155-159.
265. CLÉMENT, M.-E., et autres. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2005, 162 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/violence_fam2004_html.
266. FONDATION MARIE-VINCENT. *Faits saillants du sondage CROP/FMV – Syndrome du bébé secoué*, [En ligne], [s. d.]. [<http://www.marie-vincent.org/sondages-2003-bebe.shtml>] (Consulté en mars 2007).
267. DIAS, M., et autres. "Preventing Abusive Head Trauma Among Infants and Young Children: A Hospital-Based, Parent Education Program", *Pediatrics*, vol. 115, n° 4, 2005, p. e470-e477.
268. LESSARD, G., et F. PARADIS. *La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection : recension des écrits*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 39 p.
269. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister et contrer la violence conjugale*, Québec, Gouvernement du Québec, 1995. Aussi accessible à l'adresse <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/rapports/violence.htm#Intro>.
270. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2004, 32 p.
271. STATISTIQUE CANADA. *La violence familiale au Canada : Un profil statistique 2005*, sous la révision de Kathy AuCoin, Ottawa, Centre canadien de la statistique juridique, 2005, 100 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/85-224-XIF2005000.pdf>.
272. FORTIN, A., M. TRABELSI et F. DUPUIS. *Les enfants témoins de violence conjugale : analyse des facteurs de protection*, Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), 2002, 29 p.
273. ARSENEAU, L., et autres. *Le vécu des enfants exposés à la violence conjugale : activité de sensibilisation*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-nationale, Direction régionale de santé publique, 2005, 137 p.
274. SUDERMANN, M., et P. JAFFE. *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : Guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux*, Ottawa, Centre national d'intervention sur la violence dans la famille, Santé Canada, 1998.
275. LESSARD, G., C. LAMPRON et F. PARADIS. *Les stratégies d'intervention à privilégier auprès des enfants exposés à la violence conjugale : recension des écrits*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 55 p.
276. OLDS, D.L., et autres. "Preventing Child Abuse and Neglect: A Randomized Trial of Nurse Home Visitation", *Pediatrics*, vol. 78, n° 7, 1986, p. 65-78.
277. REGROUPEMENT DES ORGANISMES ESPACE DU QUÉBEC. *Les ateliers Espace*, [En ligne], [s. d.]. [<http://www.roeq.qc.ca/prog2.html>] (Consulté le 24 avril 2007).
278. HÉBERT, M., et autres. *Programme ESPACE : évaluation des acquis des élèves : rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale (C.Q.R.S.)*, Québec, Université Laval, 1999.
279. MONTREUIL, S., R. HALLEY et S. JOE. "Poids à la naissance et durée de gestation manquants? La solution dans le jumelage des fichiers des naissances et des hospitalisations". *Cahiers québécois de démographie*, vol. 25, n° 2, 1996, p. 261-278.



Annexes



Annexe A

Enfants de 0 à 5 ans de la Capitale-Nationale

Tableau A1

Population des enfants de 0 à 5 ans, région de la Capitale-Nationale, 1981 à 2006

Territoires de CSSS	1981	1986	1991	1996	2001	2005	2006
PORTNEUF	3 648	3 332	3 204	3 114	2 499	2 236	2 228
VIEILLE-CAPITALE	17 346	16 723	16 331	15 997	13 310	12 417	12 398
Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	8 458	8 079	8 059	7 851	6 432	5 750	5 729
Haute-Ville-Des-Rivières	3 846	3 625	3 931	3 903	3 217	3 049	3 049
Basse-Ville-Limoilou-Vanier	5 042	5 019	4 341	4 243	3 661	3 618	3 620
QUÉBEC-NORD	23 238	19 681	20 161	22 469	18 214	17 499	17 546
De La Jacques-Cartier	7 637	6 062	6 495	8 311	6 789	6 540	6 573
Orléans	8 362	7 364	7 836	7 943	6 142	5 491	5 471
La Source	7 239	6 255	5 830	6 215	5 283	5 468	5 502
CHARLEVOIX	2 885	2 730	2 177	1 784	1 510	1 457	1 448
CAPITALE-NATIONALE	47 117	42 466	41 873	43 364	35 533	33 609	33 620
ENSEMBLE DU QUÉBEC	570 461	532 533	544 131	558 275	468 647	445 368	446 053

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information.

Tableau A2

Proportion des enfants de 0 à 5 ans, région de la Capitale-Nationale, 1981 et 2006

Territoires de CSSS	1981 %	2006 %	Variation de 1981 à 2006 %
PORTNEUF	8,6	4,7	- 45
VIEILLE-CAPITALE	6,2	4,2	- 33
Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	7,5	4,2	- 44
Haute-Ville-Des-Rivières	5,6	3,9	- 30
Basse-Ville-Limoilou-Vanier	5,2	4,2	- 19
QUÉBEC-NORD	10,0	6,0	- 40
De La Jacques-Cartier	11,9	7,3	- 39
Orléans	9,2	5,1	- 45
La Source	9,2	5,7	- 38
CHARLEVOIX	8,8	4,8	- 45
CAPITALE-NATIONALE	8,0	5,0	- 37
ENSEMBLE DU QUÉBEC	8,7	5,9	- 33



Annexe C

Organismes communautaires de la Capitale-Nationale agissant en périnatalité et en petite enfance

Organismes communautaires famille transférés sous la responsabilité du ministère de la Famille et des Aînés, membres du Regroupement des organismes communautaires famille de la région 03 (OCF 03) :

- Carrefour familles monoparentales Charlesbourg
- Carrefour F.M. Portneuf
- Centre des familles monoparentales et recomposées de Québec
- Centre famille Haute-Ville
- Centre ressources Jardin de familles
- C.E.R.F. Volant de Portneuf inc.
- Entraide-Parents (région 03) inc.
- Groupe Les Relevailles
- Institut de la famille
- L'Évasion St-Pie X
- La Maison de la famille de Québec
- La Maison Ouverte inc.
- Le Petit Répit
- Le Pignon Bleu – La maison pour grandir
- Maison de la famille D.A.C.
- Maison de la famille de Charlevoix
- Maison de la famille Louis Hébert
- Maison de la famille Saint-Ambroise
- Ressources familiales de la Côte-de-Beaupré
- Ressources Parents Vanier
- Service familial d'accompagnement supervisé

Organismes communautaires agissant en périnatalité, sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux, membres du Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROC 03) :

- Centre de santé Marie-Paule Sioui-Vincent
- Groupes d'entraide pour l'allaitement maternel : Aidons-Lait, Allaitement Québec, Chantelait, Entraide Naturo-Lait, Mamie-Lait
- Le Collectif d'accompagnement à l'accouchement « Les Accompagnantes »
- S.O.S. Grossesse



Annexe D

Données sur la prématurité, l'insuffisance de poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine

Tableau A3

Naissances vivantes¹ prématurées², CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1984-1988 à 1999-2003

Territoires de CSSS	1984-1988 %	1989-1993 %	1994-1998 %	1999-2003 Nombre ³ %
PORTNEUF	5,5	6,0	7,5	23 6,6
VIEILLE-CAPITALE	5,8	6,8	6,8	178 7,9
Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	5,3 (-)	5,8 (-)	5,8 (-)	69 7,1
Haute-Ville-Des-Rivières	6,1	6,5	5,9 (-)	43 7,5
Basse-Ville-Limoilou-Vanier	6,3	8,8 (+)	8,9 (+)	66 9,5 (+)
QUÉBEC-NORD	6,2	6,3	7,1	218 8,1
De La Jacques-Cartier	6,0	5,6 (-)	6,9	80 8,2
Orléans	6,6	7,2	7,5	77 8,5
La Source	6,0	6,1	6,8	61 7,3
CHARLEVOIX	5,5	6,6	8,5	17 7,3
CAPITALE-NATIONALE	5,9	6,5	7,0	436 7,9
ENSEMBLE DU QUÉBEC	6,2	6,7	7,2	5 570 7,6

Source : Compilation faite à partir du Fichier des naissances vivantes, ministère de la Santé et des Services sociaux.

1. Avant 1988, les naissances de poids inférieur à 500 grammes ne sont pas comprises dans les données. Pour 1988 et les années suivantes, on trouve pour l'ensemble du Québec en moyenne, annuellement, moins de 90 naissances vivantes de poids inférieur à 500 grammes.
 2. Au Québec, de 1985 à 1997, la proportion de naissances vivantes d'âge gestationnel inconnu s'est située entre 0 et 4,4 %. Grâce au jumelage des fichiers de naissance et d'hospitalisation (MED-ÉCHO), qui a permis de réduire le nombre de cas non déclarés, la proportion se maintient à moins de 0,5 % depuis 1993 (Montreuil, S., et autres^[200]).
 3. Nombre annuel moyen de naissances prématurées.
- (-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.

Tableau A4

Naissances vivantes de faible poids¹, CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec, 1984-1988 à 1999-2003

Territoires de CSSS	1984-1988 %	1989-1993 %	1994-1998 %	1999-2003 %	Nombre annuel moyen de naissances vivantes dont le poids est connu 1999-2003
PORTNEUF	5,1	4,8	5,8	4,2	354
VIEILLE-CAPITALE	5,8	5,7	5,4 (-)	5,7	2 245
Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	4,9 (-)	4,5 (-)	4,3 (-)	4,6 (-)	980
Haute-Ville-Des-Rivières	5,9	6,0	4,4 (-)	5,8	568
Basse-Ville-Limoilou-Vanier	7,1	7,2 (+)	7,8 (+)	7,1 (+)	697
QUÉBEC-NORD	6,0	5,2 (-)	5,4 (-)	5,3	2 703
De La Jacques-Cartier	5,7	5,2	5,2	4,9	970
Orléans	6,1	5,4	5,3	6,3	901
La Source	6,2	5,0	5,6	4,7 (-)	832
CHARLEVOIX	6,0	6,1	6,5	5,2	237
CAPITALE-NATIONALE	5,9	5,4 (-)	5,4 (-)	5,4	5 539
ENSEMBLE DU QUÉBEC	6,2	5,9	6,0	5,6	73 113

Source : Compilation faite à partir du Fichier des naissances vivantes, ministère de la Santé et des Services sociaux.

1. Entre 1981 et 2003, la proportion de naissances vivantes de poids inconnu se situait entre 0 et 1,5 %. Grâce au jumelage des fichiers des naissances et des hospitalisations (MED-ÉCHO), qui a permis de réduire le nombre de cas non déclarés, la proportion se maintient à moins de 0,5 % depuis 1993 (Montreuil, S., et autres^[200]).

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.



Tableau A5

**Naissances vivantes^{1,2} ayant un retard de croissance intra-utérine³,
 CSSS, CLSC, région de la Capitale-Nationale et Québec,
 1984-1988 à 1999-2003**

Territoires de CSSS	1984-1988 %	1989-1993 %	1994-1998 %	1999-2003 Nombre ⁴ %
PORTNEUF	13,1	11,5	10,1	28 8,0
VIEILLE -CAPITALE	13,1 (-)	10,3 (-)	9,4 (-)	173 7,9
Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	10,6 (-)	8,9 (-)	7,7 (-)	63 6,6 (-)
Haute-Ville-Des-Rivières	12,4	10,4	9,5	46 8,3
Basse-Ville-Limoilou-Vanier	17,4 (+)	12,4	11,8 (+)	63 9,3
QUÉBEC-NORD	13,6	10,6 (-)	9,4 (-)	176 6,7 (-)
De La Jacques-Cartier	14,1	11,2	9,1	61 6,5 (-)
Orléans	13,8	10,0 (-)	9,3	59 6,8 (-)
La Source	13,1	10,8	9,9	56 6,9 (-)
CHARLEVOIX	14,3	11,0	9,9	17 7,5
CAPITALE-NATIONALE	13,5 (-)	10,6 (-)	9,5 (-)	394 7,3 (-)
ENSEMBLE DU QUÉBEC	14,1	11,5	10,1	5 886 8,3

Source : Compilation faite à partir du Fichier des naissances vivantes, ministère de la Santé et des Services sociaux.

1. Les naissances multiples sont exclues du calcul. Entre 1980 et 2003, on a compté annuellement moins de 2 100 naissances multiples au Québec.
 2. Avant 1988, les naissances de poids inférieur à 500 grammes ne sont pas comprises dans les données. Pour 1988 et les années suivantes, on trouve pour l'ensemble du Québec en moyenne, annuellement, moins de 90 naissances vivantes de poids inférieur à 500 grammes.
 3. De 1985 à 1997, la proportion de naissances vivantes d'âge gestationnel inconnu se situait entre 0 et 4,4 %. Grâce au jumelage des fichiers de naissance et d'hospitalisation (MED-ÉCHO), qui a permis de réduire le nombre de cas non déclarés, la proportion se maintient à moins de 0,5 % depuis 1993 (Montreuil, S., et autres^[200]).
 4. Nombre annuel moyen de naissances ayant un retard de croissance intra-utérine.
- (-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.

Annexe E

Dates d'introduction et de fin des programmes de vaccination gratuite au Québec

Année	Infection
1919-1971	Variole
1931	Diphtérie
1946	Coqueluche
1949	Tétanos
1949-1976	Tuberculose
1955	Poliomyélite
1970-1998	Rougeole
1971-1997	Rubéole
1971	Influenza (certains groupes à risque)
1976	Rougeole, rubéole et oreillons
1983	Hépatite B (certains groupes)
1988	<i>Hæmophilus influenzae</i> de type b
1994	Hépatite B (4 ^e année du primaire)
1996	Rougeole (deuxième dose)
1998	Hépatite A (certains groupes)
1998	Infections invasives à pneumocoque (vaccin polysaccharidique : certains groupes)
2002	Infections invasives à méningocoque de sérogroupe C
2004	Influenza (enfants de 6 à 23 mois)
2004	Infections invasives à pneumocoque (vaccin conjugué)
2006	Varicelle

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Date d'introduction des vaccins au Québec », dans *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Le Ministère, 2004, p. 51.



Annexe F

Calendrier régulier d'immunisation des jeunes de 0 à 16 ans, Québec, 2006

Vaccins	Âge recommandé
DCaT-Polio-Hib Diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite, <i>Hæmophilus influenzae</i> de type b	2, 4, 6, 18 mois Entre 4 et 6 ans (sans le Hib)
RRO Rougeole, rubéole, oreillons	12, 18 mois
Méningocoque de sérogroupe C	12 mois
Hépatite B	En 4 ^e année du primaire (3 doses)
dCaT Diphtérie, coqueluche acellulaire, tétanos	Entre 14 et 16 ans
d ₂ T ₅ Diphtérie, tétanos	Rappel aux 10 ans
Pneumocoque	2, 4, 12 mois
Varicelle	12 mois

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Calendrier régulier », dans *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Le Ministère, 2004, p. 107.