



# Les enfants du Québec : regard sur leur santé socioaffective

S A N T É P U B L I Q U E



COLLECTION  
Des données  
à l'action



## CRÉDITS

Ce document est produit par la Direction de la surveillance de l'état de santé et la Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique, de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux :

## COORDINATION DU PROJET

Jean-Clet Gosselin, ministère de la Santé et des Services sociaux

## ANALYSE ET RÉDACTION

Jean-Sébastien Renaud, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Liane Comeau, Institut national de santé publique du Québec  
Caroline Caux, ministère de la Santé et des Services sociaux

## RELECTURE

Louise April, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Dominique Fortin, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Dorice Grenier, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Marthe Hamel, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Louise Thérien, ministère de la Santé et des Services sociaux

## CONTRIBUTION PARTICULIÈRE

Monique Godin, ministère de la Santé et des Services sociaux

La compilation des données a été effectuée à partir de l'onglet Plan commun de surveillance de l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. La source de données utilisée est le Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (2008) de l'Institut de la statistique du Québec.

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Il a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :

**<http://intranetresseau.rtss.qc.ca> ou [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-64043-1 (version PDF) (3<sup>e</sup> édition, février 2012)

ISBN : 978-2-550-62638-1 (version imprimée) (2<sup>e</sup> édition, décembre 2011)

ISBN : 978-2-550-62639-8 (version PDF) (1<sup>re</sup> édition, novembre 2011)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

# **TABLE DES MATIÈRES**

<b>Faits saillants</b> .....	<b>4</b>
<b>Mise en contexte</b> .....	<b>5</b>
- De nouvelles données sur les enfants de 3 à 14 ans .....	5
<b>Portrait</b> .....	<b>6</b>
- Des difficultés socioaffectives qui touchent beaucoup d'enfants .....	6
- Quatre types de difficultés mesurées dans l'enquête .....	7
- Des diagnostics qui ont des conséquences pour les familles .....	10
<b>Pistes d'action</b> .....	<b>11</b>
- Des interventions à plusieurs niveaux .....	11
<b>Orientations et mesures en place au Québec</b> .....	<b>12</b>
- Mesures actuelles du réseau de la santé et des services sociaux .....	12
<b>Conclusion</b> .....	<b>13</b>
<b>Références</b> .....	<b>14</b>



### LES DIFFICULTÉS SOCIOAFFECTIVES SONT RELATIVEMENT FRÉQUENTES DURANT L'ENFANCE

- 12 % des enfants de 3 à 14 ans ont un niveau global modéré ou sévère de difficultés socioaffectives et 14 % ont au moins un des cinq diagnostics considérés.
- Les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à vivre des difficultés socioaffectives.

### CERTAINS PROBLÈMES SONT PLUS FRÉQUENTS

- Parmi les difficultés socioaffectives mesurées, les difficultés de comportement sont le plus souvent rapportées (26 %).
- Parmi les diagnostics rapportés, le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/TDAH) est le plus fréquent (9 %).

### DES LIENS AVEC LE REVENU DU MÉNAGE

- Certaines difficultés socioaffectives sont associées à la défavorisation économique, soit les difficultés de comportement et les difficultés dans les relations avec les pairs.

### CONSÉQUENCE POUR LES FAMILLES

- Les enfants aux prises avec des difficultés socioaffectives ou un trouble de santé mentale diagnostiqué représentent souvent un fardeau pour leur famille.



## DE NOUVELLES DONNÉES SUR LES ENFANTS DE 3 À 14 ANS

### **SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ**

La surveillance est une fonction essentielle de la santé publique qui a pour finalité de contribuer à l'amélioration de la santé de la population en documentant les problèmes de santé et leurs déterminants. Les productions en matière de surveillance ont pour objet d'informer les décideurs, les intervenants et la population afin de les soutenir dans leur processus de prise de décision.

L'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) \* s'inscrit dans cette fonction de surveillance en permettant de dresser un portrait de santé de la population à des intervalles réguliers.

Un des objectifs spécifiques de l'EQSP est de documenter le développement psychosocial des enfants du Québec, une thématique pour laquelle il existait peu de données pour l'ensemble de la population. À cette fin, 5 248 parents ont été interviewés. L'échantillon, représentatif des quelque 974 579 enfants québécois de 3 à 14 ans vivant dans un ménage privé, était composé de 23 % d'enfants âgés de 3 à 5 ans et de 77 % d'enfants de 5 à 14 ans. Parmi ceux-ci, on comptait presque autant de filles (49 %) que de garçons (51 %). Plus précisément, on a documenté les difficultés socioaffectives en demandant aux parents interrogés :

- si leur enfant manifestait des symptômes associés à l'un ou l'autre des quatre types suivants de difficultés socioaffectives :
  - ✓ difficultés de comportement;
  - ✓ difficultés relationnelles avec les pairs;
  - ✓ difficultés liées à l'hyperactivité/inattention;
  - ✓ difficultés affectives;
- si leur enfant avait reçu l'un des diagnostics suivants :
  - ✓ trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/TDAH);
  - ✓ dépression ou troubles anxieux;
  - ✓ problème de comportement;
  - ✓ autisme;
  - ✓ retard de développement ou déficience physique;
- s'ils estimaient que les difficultés socioaffectives de l'enfant représentaient un fardeau pour leur famille.

À partir de cette enquête, la présente publication dresse un portrait des difficultés socioaffectives des enfants de 3 à 14 ans \*\*. Elle examine par la suite les possibilités d'utilisation de ces résultats pour l'amélioration de la santé de la population en proposant certaines pistes d'action. Enfin, elle fait état des orientations et des mesures déjà en place au Québec relativement à la santé psychosociale des enfants.

### **À qui s'adresse ce fascicule ?**

Ce fascicule s'adresse aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux qui travaillent auprès des enfants ou des familles afin qu'ils puissent bien circonscrire les actions visant à réduire les difficultés vécues. Il intéressera par exemple les intervenants qui travaillent avec les écoles, les services de garde ou d'autres organismes pour mettre en place des mesures visant un soutien aux parents ou des interventions auprès des milieux dans lesquels évoluent les jeunes de 3 à 14 ans.

### **Notes :**

\* Pour en savoir davantage sur la méthodologie de cette enquête ou pour les fiches décrivant chacun des indicateurs de surveillance associés, consultez la section des références.

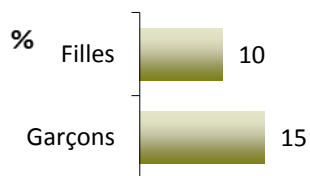
\*\* Les pourcentages qui y sont présentés sont arrondis à l'unité.



## DES DIFFICULTÉS SOCIOAFFECTIVES QUI TOUCHENT BEAUCOUP D'ENFANTS

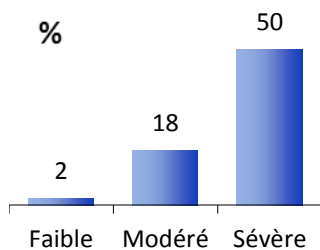
### ENFANTS DE 3 À 14 ANS AYANT UN NIVEAU GLOBAL MODÉRÉ OU SÉVÈRE DE DIFFICULTÉS SOCIOAFFECTIVES

— selon le sexe, Québec, 2008



### PARENTS DÉCLARANT QUE LES DIFFICULTÉS SOCIOAFFECTIVES DE LEUR ENFANT CONSTITUENT UN FARDEAU POUR LA FAMILLE

— selon le niveau global de difficultés socioaffectives de l'enfant, Québec, 2008



Pour cette première partie du portrait, on a interrogé les parents sur la présence chez leur enfant de comportements reflétant quatre types de difficultés socioaffectives, soit les difficultés de comportement, les difficultés relationnelles avec les pairs, les difficultés liées à l'hyperactivité/inattention et les difficultés affectives.

Les difficultés socioaffectives mesurées peuvent être étudiées de deux manières. La première consiste à s'intéresser au niveau global de telles difficultés. La seconde vise à analyser séparément chacun des quatre types de difficultés socioaffectives.

#### Les difficultés socioaffectives : niveau global

Le niveau global de difficultés socioaffectives correspond aux quatre types de difficultés considérées ensemble, sans les distinguer l'une de l'autre\*. Les enfants qui ont un niveau global sévère de difficultés socioaffectives risquent davantage de présenter un trouble de santé mentale que ceux ayant un niveau global faible de difficultés socioaffectives [1-2]. Au Québec, la proportion d'enfants de 3 à 14 ans ayant un niveau global modéré ou sévère de difficultés socioaffectives est de 12 %, ce qui représente approximativement 117 900 enfants parmi lesquels les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles. Chez les enfants ayant un niveau faible de difficultés socioaffectives, 10 % présentent un des cinq diagnostics considérés dans l'enquête. En comparaison, cette proportion grimpe respectivement à 39 % et à 55 % chez les enfants ayant des niveaux modéré et sévère de difficultés socioaffectives. De plus, seulement 2 % des enfants ayant un niveau global faible de difficultés socioaffectives représente un fardeau moyen ou énorme pour leur famille, de l'avis du parent, par rapport à la moitié (environ 50 %) des enfants ayant un niveau global élevé de difficultés socioaffectives.

La présence chez l'enfant de conduites associées aux difficultés socioaffectives a été mesurée à l'aide d'un questionnaire administré au parent, le Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [3-4]. Ce dernier mesure la présence chez l'enfant de comportements reflétant des difficultés socioaffectives, tels que l'agression physique, l'isolement, l'anxiété, la difficulté à se concentrer, l'impulsivité. Cependant, il n'indique pas si l'enfant a un diagnostic médical associé à ces difficultés socioaffectives ou s'il en recevrait un s'il était vu par un médecin.

#### Note :

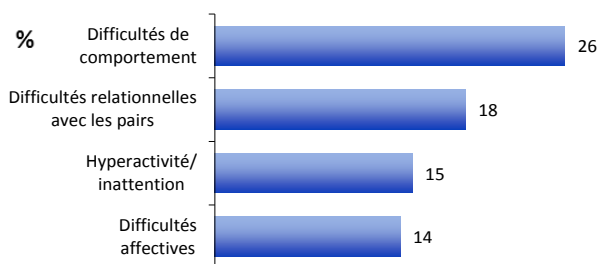
\* Le niveau global de difficultés socioaffectives est calculé en faisant la somme des résultats de chaque enfant pour les quatre types de difficultés mesurées. Pour être classé comme ayant un niveau modéré ou sévère de difficultés socioaffectives, un enfant doit avoir des difficultés modérées ou sévères dans au moins un des quatre types de difficultés et présenter des symptômes associés aux autres difficultés.



## QUATRE TYPES DE DIFFICULTÉS MESURÉES DANS L'ENQUÊTE

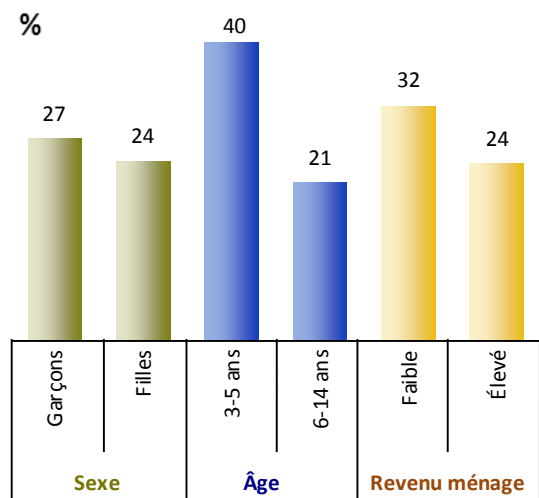
### ENFANTS DE 3 À 14 ANS AYANT DES DIFFICULTÉS SOCIOAFFECTIVES MODÉRÉES OU SÉVÈRES

— selon le type de difficultés, Québec, 2008



### ENFANTS AYANT DES DIFFICULTÉS MODÉRÉES OU SÉVÈRES DE COMPORTEMENT

— selon le sexe, l'âge et le revenu, Québec, 2008



#### Note :

\* Dans ce fascicule, les comparaisons basées sur le revenu mettent en relation le quintile 1 (faible revenu) et les quintiles 2 à 5 du niveau de revenu ajusté pour le seuil de faible revenu selon la taille du ménage et de la communauté.

Parmi les difficultés socioaffectives mesurées chez les enfants de 3 à 14 ans, les plus répandues sont : les difficultés de comportement (26 %), les difficultés relationnelles avec les pairs (18 %), l'hyperactivité/inattention (15 %) et les difficultés affectives (14 %). De plus, des proportions non négligeables d'enfants cumulent des difficultés dans deux (10 %) et dans trois (5 %) de ces quatre types de difficultés, la cooccurrence la plus fréquente étant celle entre les difficultés de comportement et les difficultés liées à l'hyperactivité/inattention, qu'on note chez environ 9 % des enfants.

#### Difficultés de comportement

**Les enfants qui ont des difficultés modérées ou sévères de comportement présentent plusieurs des comportements antisociaux suivants : agression physique, vol, mensonge, désobéissance à l'autorité et crises de colère.**

La proportion d'enfants aux prises avec des difficultés de comportement modérées ou sévères est d'environ 26 %. Cette proportion varie à la fois selon l'âge de l'enfant et le revenu\* du ménage. Plus précisément, la proportion d'enfants présentant un niveau modéré ou sévère de difficultés de comportement est plus importante chez les 3 à 5 ans (40 %) que chez les 6 à 14 ans (21 %). Cela peut être expliqué en partie par le fait que l'agressivité chez les jeunes enfants atteint généralement son point culminant vers l'âge de 2 ou 3 ans, pour diminuer graduellement par la suite. Il s'agit d'un phénomène développemental normal et, chez la plupart des enfants, transitoire [5-6]. Cependant, on estime que les manifestations d'agressivité se poursuivent après cette période pour environ 5 à 10 % des enfants [7-8] et qu'elles sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles [5-6]. La trajectoire de ces enfants se caractérise par des problèmes d'adaptation qui peuvent avoir des effets négatifs à long terme (comportements violents, délinquance, troubles de conduite, etc.).

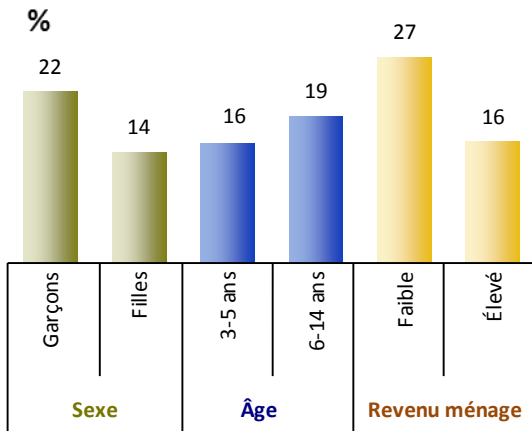
La proportion d'enfants présentant un niveau modéré ou sévère de difficultés de comportement est également plus importante dans les ménages à faible revenu (32 %) que dans ceux à revenu plus élevé (24 %). Le faible revenu du ménage est d'ailleurs un facteur de risque reconnu comme étant associé à des problèmes d'agressivité chez l'enfant.





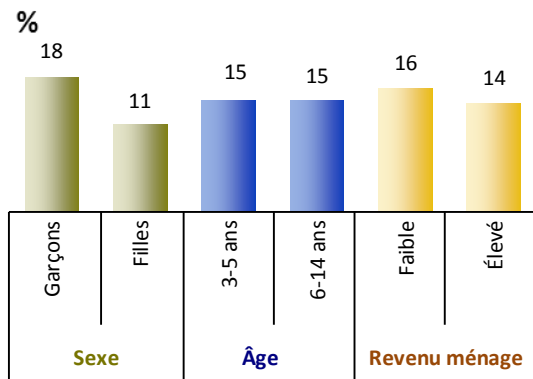
## ENFANTS AYANT DES DIFFICULTÉS MODÉRÉES OU SÉVÈRES DANS LES RELATIONS AVEC LES PAIRS

— selon le sexe, l'âge et le revenu, Québec, 2008



## ENFANTS AYANT DES DIFFICULTÉS MODÉRÉES OU SÉVÈRES D'HYPERACTIVITÉ/INATTENTION

— selon le sexe, l'âge et le revenu, Québec, 2008



### Difficultés relationnelles avec les pairs

Les difficultés relationnelles avec les pairs sont reliées au degré d'isolement de l'enfant. Les enfants qui ont des difficultés modérées ou sévères dans leurs relations avec leurs pairs sont plutôt solitaires, ont tendance à jouer seuls, ont peu ou pas d'amis et d'amies, sont moins aimés des autres enfants, peuvent être harcelés ou tyrannisés par les autres enfants et s'entendent mieux avec les adultes qu'avec leurs pairs.

Environ 18 % des enfants de 3 à 14 ans montrent des difficultés relationnelles avec leurs pairs. Les résultats indiquent que les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à vivre ce type de difficultés (22 % comparativement à 14 %). La proportion d'enfants ayant ces difficultés varie également selon le revenu du ménage. Plus précisément, la proportion d'enfants présentant un niveau modéré ou sévère de difficultés relationnelles avec leurs pairs est plus importante dans les ménages ayant un faible revenu (27 %) que dans ceux à revenu plus élevé (16 %).

### Difficultés liées à l'hyperactivité/inattention

Les enfants qui ont un niveau modéré ou sévère de difficultés liées à l'hyperactivité/inattention ont tendance à être agités, turbulents, hyperactifs, facilement distraits, à éprouver de la difficulté à se concentrer et à être impulsifs.

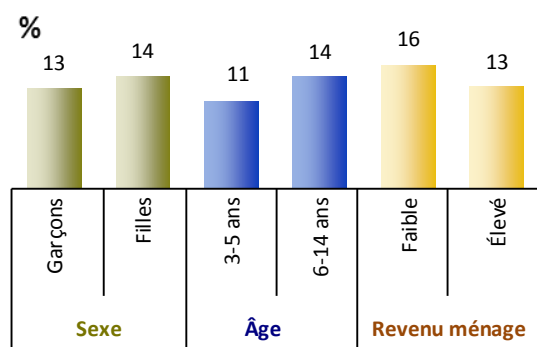
Les résultats indiquent que 15 % des enfants québécois de 3 à 14 ans présentent un niveau modéré ou sévère d'hyperactivité/inattention. Cette proportion est plus importante chez les garçons (18 %) que chez les filles (11 %). Plusieurs études ont d'ailleurs décelé cette tendance [9].





## ENFANTS AYANT DES DIFFICULTÉS AFFECTIVES MODÉRÉS OU SÉVÈRES

— selon le sexe, l'âge et le revenu, Québec, 2008



### Difficultés affectives

Les enfants qui ont un niveau modéré ou sévère de difficultés affectives présentent des symptômes associés à la dépression, à l'anxiété et aux phobies. Ils vont plus souvent que les autres enfants se plaindre de maux de tête, de maux de ventre ou de nausées, s'inquiéter, paraître soucieux, malheureux ou abattus, pleurer, être mal à l'aise dans les situations nouvelles, avoir de nombreuses peurs et être facilement effrayés.

Environ 14 % des enfants de 3 à 14 ans ont des difficultés affectives modérées ou sévères. Cette proportion ne diffère pas de manière statistiquement significative selon l'âge ou le sexe de l'enfant, ni selon le revenu du ménage.

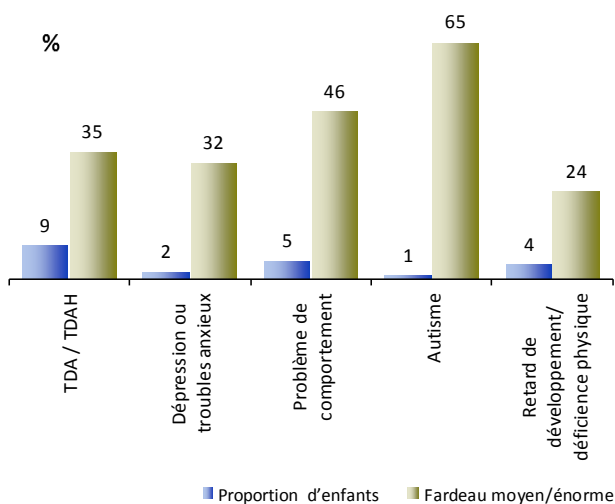




## DES DIAGNOSTICS QUI ONT DES CONSÉQUENCES POUR LES FAMILLES

### DIAGNOSTICS CHEZ LES ENFANTS ET PROPORTION DES ENFANTS QUI REPRÉSENTENT UN FARDEAU MOYEN OU ÉNORME POUR LA FAMILLE

— selon le diagnostic, Québec, 2008



Dans cette seconde partie du portrait on a estimé les proportions d'enfants ayant reçu l'un des cinq diagnostics\* suivants : trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/TDAH), dépression ou troubles anxieux, retard de développement ou déficience physique, autisme et, enfin, problème de comportement.

#### Les diagnostics rapportés

Globalement, 14 % des enfants présentent au moins un des cinq diagnostics considérés dans l'enquête. Parmi ces cinq diagnostics, le TDA/TDAH est celui le plus fréquemment rapporté, touchant approximativement 9 % des enfants de 3 à 14 ans. Chez ces 9 % d'enfants, près de 60 % prennent un médicament pour cette condition, ce qui représente environ 5 % de l'ensemble des enfants de 3 à 14 ans. De plus, la proportion de garçons ayant un tel diagnostic est plus élevée que celle des filles (13 % comparativement à 5 %). Ce diagnostic est plus fréquent chez les enfants de 6 à 14 ans (11 %) que chez ceux de 3 à 5 ans (1 %). En effet, pour beaucoup d'enfants, le TDA/TDAH est diagnostiqué vers l'âge de l'entrée à l'école, car les symptômes deviennent plus manifestes lorsque les enfants sont soumis au cadre scolaire qui exige de longues périodes d'attention et le contrôle de leurs impulsions.

Le second plus fréquent est le diagnostic de problème de comportement (5 % des enfants). Les résultats de l'enquête indiquent que le diagnostic de problèmes de comportement est plus fréquent chez les garçons (9 %) que chez les filles (4 %). La proportion est également plus grande chez les enfants d'un ménage à faible revenu (7 %) comparativement à celle d'un ménage à revenu plus élevé (5 %).

Pour chacun de ces deux diagnostics, on note une proportion importante d'enfants dont les difficultés socioaffectives représentent, de l'avis des parents, un fardeau moyen ou énorme pour la famille. En effet, c'est le cas pour environ 35 % des enfants ayant un diagnostic de TDA/TDAH et 46 % des enfants ayant un diagnostic de problème de comportement. C'est cependant pour le diagnostic le moins souvent rapporté, l'autisme, qu'on trouve la plus forte proportion d'enfants pour lesquels le parent estime que les difficultés socioaffectives de l'enfant représentent un fardeau moyen ou énorme pour la famille.

#### Note :

\* Les diagnostics ont été rapportés par les parents en leur posant la question suivante : « Un médecin ou un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que "l'enfant" présentait l'un des troubles suivants ? ».



## DES INTERVENTIONS À PLUSIEURS NIVEAUX

### DÉPISTER ET AGIR DÈS LA PETITE ENFANCE

*Les résultats de l'EQSP 2008 permettent de cibler des pistes d'action à l'égard des difficultés socioaffectives des enfants de 3 à 14 ans.*

*Pour certaines difficultés socioaffectives, les connaissances concernant les facteurs de risque sont limitées. Il importe donc de mettre en place dès le jeune âge des mesures universelles pour dépister ces problèmes. En ce sens, les actions ciblées qui repèrent tôt les enfants à risque ou ceux atteints d'un trouble de santé mentale permettent d'assurer un suivi efficace en fonction des besoins de l'enfant et de sa famille, par une évaluation plus approfondie et un traitement approprié à la situation. Les interventions sur le développement des enfants étant les plus efficaces lorsqu'elles ont lieu durant la petite enfance, elles sont plus susceptibles de porter fruit et d'être rentables à long terme si elles sont réalisées à ce moment [10-12].*

### PROMOUVOIR LES HABILITÉS SOCIOAFFECTIVES

*La promotion chez les enfants des habiletés socioaffectives est une avenue intéressante pour prévenir l'apparition des difficultés de ce type. Ces habiletés leur permettent notamment de construire des amitiés, de développer des compétences personnelles (identification et gestion des émotions, gestion du stress, etc.) et sociales (socialisation, comportements prosociaux, etc.). Les enfants deviennent ainsi mieux outillés pour s'intégrer socialement et faire face aux défis qui les attendent aux différentes étapes de leur vie. À titre d'exemples, le service de garde éducatif, les activités parascolaires et le milieu scolaire constituent des contextes propices à l'acquisition d'habiletés socioaffectives chez les enfants.*

### SOUTENIR LES PARENTS

*Étant donné le défi que peuvent représenter les difficultés ou les troubles de santé mentale de ces enfants pour leur famille, le soutien et l'accompagnement des parents s'avèrent nécessaires.*

*Par ailleurs, la qualité des conduites parentales est le plus influent des facteurs associés au développement des problèmes comportementaux et affectifs des enfants sur lesquels il est possible d'agir, d'où l'importance des programmes favorisant l'acquisition de compétences parentales.*

### MIEUX COMPRENDRE LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION

*Afin de mieux intervenir, il importe de poursuivre les recherches permettant de mieux comprendre ce qui rend les enfants vulnérables aux difficultés socioaffectives de même que ce qui les protège de ces difficultés. Par exemple, la vulnérabilité plus importante des garçons aux difficultés dans les relations avec leurs pairs mérite d'être étudiée afin de développer des interventions adaptées à leurs besoins.*

## MESURES ACTUELLES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Certains liens peuvent aussi être établis entre les résultats de l'EQSP 2008 et les orientations et mesures déjà en place au Québec pour favoriser le développement psychosocial des enfants.

### Orientations ministérielles

- *Programme national de santé publique 2003-2012 (mise à jour 2008) : ce programme soulève, entre autres, l'importance de prévenir les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants et des jeunes (ex. : réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles des conduites, y compris la violence envers les autres et la délinquance).*
- *Programme-services Jeunes en difficulté : ce programme comprend l'ensemble des services qui doivent être offerts dans chacune des régions du Québec, par les CSSS et les centres jeunesse. L'exercice vise à assurer l'accès à une même gamme de services, à l'ensemble des jeunes en difficulté et à leur famille, dont ceux qui vivent en contexte de vulnérabilité et en milieu défavorisé, quel que soit leur lieu de résidence, et ceux qui sont aux prises avec des problèmes qui entravent ou compromettent leur développement ou leur sécurité.*
- *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 « La force des liens » : les actions ciblant les enfants et les jeunes déjà inscrites dans ce plan se poursuivent et de nouvelles actions verront le jour dans un prochain plan d'action en santé mentale.*
- *Politique en périnatalité 2008-2018 : cette politique fait notamment valoir l'importance de favoriser la santé mentale des mères en raison de son lien avec les capacités d'adaptation ultérieures de l'enfant (ex. : sain développement au cours de la petite enfance, attachement sécurisant envers les parents).*

### Mesures ciblant la petite enfance

- *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : ces services incluent l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être des enfants, et ce, de la période périnatale jusqu'à l'âge de 5 ans.*

### Mesures ciblant les enfants d'âge scolaire

- *Entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation : renouvelée en 2003, cette entente encadre les services offerts en complémentarité et en continuité aux élèves des établissements scolaires publics et privés (préscolaire, primaire et secondaire). Elle porte sur toutes les dimensions de l'intervention touchant le développement des jeunes, soit la promotion de la santé et du bien-être, l'éducation, la prévention ainsi que les services d'adaptation et de réadaptation, y compris le soutien aux familles. La stratégie de mise en œuvre de cette entente repose sur l'implantation d'un continuum de services intégrés et de mécanismes de concertation à l'échelle nationale, régionale et locale. Dans cette optique, les gestionnaires et les intervenants des deux réseaux et leurs partenaires sont conviés à poursuivre leurs efforts afin de coordonner leurs interventions et de déployer ensemble les moyens nécessaires pour que tous les jeunes aient accès aux services de qualité dont ils ont besoin.*
- *Approche École en santé : en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), cette approche propose d'agir dans le réseau scolaire sur des déterminants communs à la réussite scolaire et à la santé des jeunes (ex. : leurs compétences ou leurs environnements). Elle favorise la détermination et le déploiement des pratiques incontournables de promotion de la santé et de prévention auprès des jeunes pour chacune des thématiques suivantes : promotion d'une sexualité saine et responsable, promotion de saines habitudes de vie, prévention des dépendances, promotion d'une santé mentale positive et prévention de la violence.*
- *Divers programmes d'intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants et la prévention des troubles de comportement dans les classes de maternelle et de première année des milieux scolaires défavorisés. Le programme Fluppy en est un exemple.*



## CONCLUSION

*Les données de l'EQSP 2008 présentées dans ce fascicule contribuent à documenter le développement psychosocial des enfants québécois de 3 à 14 ans et dressent un portrait de leurs difficultés socioaffectives. Ce portrait met en lumière le fait que les difficultés socioaffectives, y compris les troubles de santé mentale diagnostiqués, sont relativement fréquentes chez les enfants et que ces difficultés représentent souvent un fardeau pour leur famille. Il permet aussi de constater qu'il demeure important de continuer à développer des actions qui ciblent les différents milieux de vie des enfants (ex. : école, service de garde, maison) pour dépister tôt ces difficultés et intervenir auprès des enfants, parents et milieux. En ce sens, ces données viennent soutenir la poursuite d'actions sectorielles et intersectorielles adaptées aux enfants aux prises avec des difficultés socioaffectives ainsi qu'à leur famille.*







1. A. Goodman et R. Goodman (2009). « Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 48, n° 4, p. 400-403.
2. R. Goodman et collab. (2000). « Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample », *British Journal of Psychiatry*, n° 177, p. 534-539.
3. R. Goodman (1997). « The Strengths and Difficulties Questionnaire : a research note », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 38, n° 5, p. 581-586.
4. R. Goodman (1999). « The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 40, n° 5, p. 791-799.
5. S.M. Côté et collab. (2006). « The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence : a nation wide longitudinal study of Canadian children », *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 34, n° 1, p. 71-85.
6. R.E. Tremblay et collab. (2004). « Physical aggression during early childhood : trajectories and predictors », *Pediatrics*, vol. 114, n° 1, p. e43-e50.
7. D. Nagin et R.E. Tremblay (1999), « Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency », *Child Development*, n° 70, p. 1181-1196.
8. L.M. Broidy et collab. (2003), « Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study », *Developmental Psychology*, n° 39, p. 222-245.
9. J.-F. Cadrin et collab. (2011). *Portraits et trajectoires : les symptômes d'hyperactivité et d'inattention chez les enfants de la période préscolaire à la deuxième année du primaire*, Série Étude longitudinale du développement des enfants du Québec-ÉLDEQ, Québec, Institut de la statistique du Québec.
10. E.V. Iglesias et D.E. Shalala (2002). « Narrowing the gap for poor children », dans M. Young (dir.), *From early child development to human development : investing in our children's future*, Washington, DC, World Bank, p. 363-374.
11. G. Carneiro et J. Heckman (2003). *Human Capital Policy*, Cambridge, Mass., National Bureau of Economic Research.
12. L.G. Irwin, A. Siddiqi et C. Hertzman (2007). *Early child development : a powerful equalizer – Final report of the early child development knowledge network of the Commission on Social Determinants of Health*, Genève, World Health Organization.



### **Information sur l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)**

Pour en savoir plus sur cette enquête menée par l'Institut de la statistique du Québec et financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, veuillez consulter le site Web suivant :  
[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/enq\\_sante\\_pop\\_rapport.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/enq_sante_pop_rapport.htm)

### **Information sur le Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)**

Youthinmind (2009). *SDQ – Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaire*, <http://sdqinfo.org>, consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2010.

### **Information sur les interventions en prévention et en promotion**

Centre ontarien d'information en prévention (2006). *The Case for Prevention*, 16 p.,  
<http://www.healthnexus.ca/policy/caseforprevention.pdf>, consulté le 11 juillet 2011.

Institut national de santé publique du Québec (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, sous la direction de N. Desjardins, G. D'Amours, J. Poissant et S. Manseau, 150 p.,  
[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789\\_Avis\\_sante\\_mentale.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf), consulté le 11 juillet 2011.

Le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE). <http://www.enfant-encyclopedie.com/fr-ca/habiletes-parentales/est-ce-important.html>, consulté le 14 novembre 2011.

### **Orientations et mesures soutenues par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)**

MSSS (2009). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012*, 92 p.,  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-838-04.pdf>, consulté le 3 août 2011.

MSSS (2008). *Politique en périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie*, 164 p.,  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>, consulté le 3 août 2011.

MSSS (2008). *Programme national de santé publique (mise à jour 2008)*, 103 p.,  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>, consulté le 3 août 2011.

Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport en collaboration avec le MSSS (2006). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes – Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, 34 p.,  
[http://www.meq.gouv.qc.ca/lancement/ententemeq-msss/entente\\_f.pdf](http://www.meq.gouv.qc.ca/lancement/ententemeq-msss/entente_f.pdf), consulté le 3 août 2011.

Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport en collaboration avec le MSSS (2006). *École en santé*, 66 p.,  
<http://www.mels.gouv.qc.ca/dgjf/csc/promotion/pdf/19-7062.pdf>, consulté le 3 août 2011.

MSSS (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, 96 p.,  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>, consulté le 3 août 2011.

MSSS (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Cadre de référence*, 79 p., consulté le 3 août 2011.