

Inégalités sociales et santé des tout-petits : l'identification de facteurs de protection

Ginette Paquet, chercheuse

Denis Hamel, statisticien

Unité Connaissance-surveillance

Faits saillants¹



information



formation



recherche



coopération
internationale

MISE EN CONTEXTE

L'Institut national de santé publique du Québec a pour mission d'informer la population sur son état de santé et de bien-être, sur les problèmes en émergence, leurs déterminants et les moyens efficaces de les prévenir ou de les résoudre. Diffuser auprès du public le plus large possible les faits saillants de l'étude mentionnée en titre contribue à remplir cette mission. En effet, avec les données de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ)*, les auteurs scrutent l'influence de la position sociale de la famille sur la santé des tout-petits âgés de 5, 17 et 29 mois de manière à identifier les facteurs protecteurs qui permettront le développement de pistes fécondes pour l'intervention préventive. Les résultats indiquent que pour un enfant né au Québec à la fin des années 1990, vivre depuis sa naissance dans une famille qui se situe au bas de l'échelle sociale augmente ses probabilités d'être en moins bonne santé. Une position sociale défavorable est notamment associée à une probabilité plus élevée de séjourner à l'hôpital, d'avoir des infections aux voies respiratoires, d'être perçu par sa mère comme n'étant pas en très bonne santé et de consulter un médecin généraliste. À l'inverse, elle est étonnamment associée à une probabilité plus faible de consulter un pédiatre. Néanmoins, l'influence de la position sociale sur la santé des jeunes enfants disparaît en présence de certains facteurs, comme l'allaitement, le soutien des grands-parents, une mère en très bonne santé, la fréquentation d'une garderie ou encore une famille d'au moins trois enfants pour la consultation de pédiatres.

¹ Ces faits saillants sont extraits d'un rapport de recherche publié tout récemment par l'Institut de la statistique du Québec. Il porte le titre suivant : Paquet, G., et D. Hamel (2003). « Conditions socioéconomiques et santé, section II – Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 3. Le rapport est aussi disponible en version anglaise. On peut trouver les deux versions sur le site WEB de l'ISQ : www.stat.gouv.qc.ca

INTRODUCTION

À l'échelle internationale, la réussite de certains programmes de stimulation précoce et d'éducation préscolaire en milieu défavorisé indique qu'il n'y a rien de fatal ou d'inéluctable pour la santé dans le fait de vivre les premières années de son enfance dans une famille de faible niveau socioéconomique. Le succès de ces programmes repose toutefois sur l'identification rigoureuse de facteurs dits protecteurs, favorisant la résilience, et par le fait même, l'égalité des chances de réussite (Paquet, 1998 ; Eming Young, 2002).

L'ÉLDEQ fournit pour la première fois la possibilité d'identifier de tels facteurs protecteurs à l'échelle du Québec. Amorcée en 1998, l'ÉLDEQ est menée auprès d'une cohorte de près de 2 000 enfants suivis annuellement de l'âge de 5 mois à l'âge d'environ 4 ans. L'ÉLDEQ est le fruit d'une collaboration exceptionnelle établie depuis 1996 entre l'Institut de la statistique du Québec, le milieu universitaire québécois et le réseau de la santé publique. Enfin, au Québec, nous pouvons maintenant décrire les changements qui surviennent dans la vie des enfants et de leur famille entre la naissance et le milieu de la troisième année de vie. En fait, jamais un échantillon aussi important d'enfants représentant les nouveaux-nés du Québec n'a été suivi de façon si intensive au cours de la petite enfance.

PRINCIPAUX RÉSULTATS²⁻³

La situation socioéconomique des familles depuis la naissance de l'enfant

L'évolution de la situation socioéconomique dans laquelle les enfants ont vécu de la naissance à l'âge de 29 mois a été examinée afin de qualifier la durée des situations familiales désavantageuses pendant cette période cruciale (Barker et autres, 2001 ; Duncan et autres, 1994 ; Smith et autres, 1998 ; Starfield et autres, 1991). Pour tenir compte de plusieurs dimensions de la position sociale des familles, un indice du statut socioéconomique des familles a été utilisé⁴. Il combine cinq indicateurs : le revenu brut du ménage au cours des douze mois précédant l'enquête, le niveau de scolarité de la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM)⁵ et de son conjoint, s'il y a lieu, ainsi que le prestige de la profession

² Toutes les analyses portent sur les données recueillies auprès de 1 985 enfants ayant participé aux trois premiers volets de l'ÉLDEQ. Les résultats peuvent être inférés à la population des enfants nés au Québec en 1997-1998 et qui n'avaient pas quitté la province de façon définitive à 29 mois. Retenons qu'au volet 1998, les enfants avaient 5 mois, alors que pour les volets subséquents (1999 et 2000) ils étaient âgés d'environ 17 mois et 29 mois.

³ Pour connaître d'autres résultats, pour en savoir plus sur la méthodologie utilisée ou sur la littérature pertinente, se référer au rapport complet publié par l'ISQ.

⁴ Cet indice a été construit par l'ISQ selon la méthode mise au point par Willms et Shields (1996) dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ).

⁵ La personne qui connaît le mieux l'enfant était la mère dans plus de 99 % des cas au premier volet de l'ÉLDEQ. Au troisième volet, pour un peu plus de 98 % des enfants, la PCM demeurait inchangée.

principale exercée par la PCM et son conjoint, le cas échéant.

Sur une période d'environ 2 ½ ans, dans quel niveau socioéconomique observe-t-on le plus de changement? Les résultats obtenus indiquent relativement plus de changements positifs dans le quintile inférieur (faible) que de changements négatifs dans le quintile supérieur (données non présentées). Vraisemblablement, plusieurs familles ont retrouvé la position sociale qu'elles occupaient avant l'arrivée du nouveau-né. Quels sont les facteurs en mesure d'expliquer l'augmentation du statut socioéconomique relevée pour plusieurs familles? Un des facteurs pouvant être invoqué est sans aucun doute l'entrée ou le retour au travail des mères et le revenu additionnel que celui-ci procure à la famille. Nos analyses confirment un lien très significatif entre le retour au travail des mères et un changement favorable de position sociale (données non présentées). Cela illustre un certain fardeau socioéconomique associé à la prise d'un congé parental tout comme la mise en union de certaines mères seules pourrait contribuer, à l'inverse, à une mobilité socioéconomique ascendante. En bref, de nombreuses familles québécoises connaissent une situation de faible niveau socioéconomique transitoire pendant les premiers mois de vie de l'enfant. On a donc distingué les situations temporaires de celles plus permanentes, quant à leurs effets sur la santé avec un indicateur décrivant la position sociale depuis la naissance de l'enfant.

En utilisant l'indice du statut socioéconomique, nous avons créé un indicateur de la présence persistante des familles dans le groupe socioéconomique le plus

faible aux trois volets de l'enquête. Il se définit ainsi : la position sociale maximum atteinte par une famille à l'un des trois volets de l'enquête. Par exemple, si une famille se situe dans le groupe socioéconomique inférieur (groupe 1) aux volets 1998 et 1999 de l'enquête, mais dans le niveau moyen (groupe 2) au volet 2000, elle se verra attribuer une position sociale moyenne (groupe 2) lors des analyses. Donc, pour être catégorisée de faible position sociale, une famille devra avoir été classée dans le groupe 1 aux trois volets de l'enquête, c'est-à-dire lorsque l'enfant avait 5 mois, 17 mois et 29 mois.

Voici comment se répartissent les familles québécoises selon la position sociale la plus élevée atteinte depuis la naissance de l'enfant :

- 20 % des familles se trouvent dans la catégorie de faible position sociale aux trois volets ;
- 51 % des familles sont dans la catégorie de position sociale moyenne, ayant atteint au maximum le groupe 2 au moins une fois lors des trois volets ;
- 29 % des familles se situent dans la catégorie supérieure de position sociale, ayant atteint au moins une fois le groupe 3 à l'un des trois volets.

La distribution sociale de facteurs de risque ou de protection

Les liens entre la position sociale des familles et les facteurs de risque ou de protection reconnus sont susceptibles d'avoir un effet sur la santé des enfants. Celle-ci n'est pas exclusivement déterminée par la

position sociale qu'occupe leur famille. Une série d'analyses bivariées a donc été effectuée.

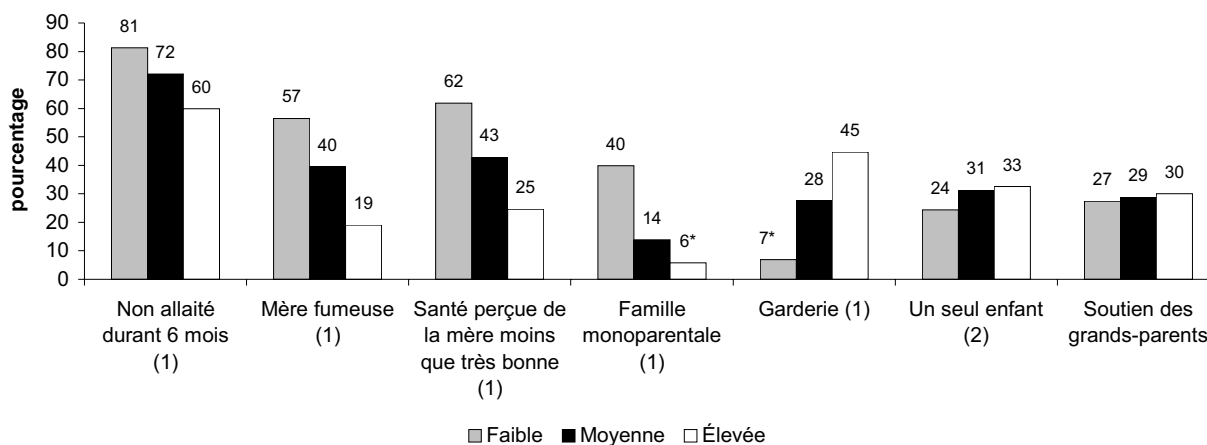
Les résultats obtenus montrent une distribution sociale fort inégale, et ce, pour les trois volets de l'enquête. Des associations statistiquement significatives conformes à la littérature ont été relevées. On constate en effet que la majorité de ces facteurs de risque ou de protection s'avèrent liés à la position sociale de la famille au détriment des tout-petits défavorisés. En fait, plus la position sociale des familles diminue, plus la prévalence de facteurs de risque augmente. La figure 1 présente les liens entre

la position sociale de la famille depuis la naissance de l'enfant et certains facteurs protecteurs, de risque ou démographiques. Pour connaître tous les facteurs analysés, se référer au rapport.

Soulignons que pour un facteur mesuré au volet 2000, le soutien des grands-parents, nous avons obtenu des résultats un peu inattendus. En effet, celui-ci se répartit également dans toutes les catégories sociales de sorte que peu importe la position sociale de la famille, près de 30 % déclarent recevoir du soutien instrumental et émotif des grands-parents maternels ou paternels (figure 1).

FIGURE 1

Liens entre certains facteurs protecteurs, de risque et démographique et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000



(1) Test du khi-carré significatif ($p < 0,001$).

(2) Test du khi-carré significatif ($p < 0,01$).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

La contribution nette de la position sociale de la famille à la santé des enfants

Si, dans toutes les classes sociales, il y avait par exemple la même proportion de tout-petits ayant été allaités pendant six mois, d'enfants vivant dans des familles monoparentales, d'enfants dont les parents fument à la maison, pourrait-on encore observer des différences de santé selon la position sociale de la famille ? C'est dans le but de contrôler cet effet que des analyses multivariées ont été effectuées. À l'aide d'une procédure statistique (modèles de régression logistique), nous avons cerné l'effet net de la position sociale de la famille sur les différences de santé observées chez les enfants une fois considérés certains facteurs de risque ou de protection.

Préalablement (Paquet et autres, 2001), des différences significatives avaient été mesurées chez les nourrissons de 5 mois, pour trois indicateurs de santé : avoir séjourné au moins une nuit à l'hôpital ; avoir une santé perçue comme n'étant pas très bonne ou excellente ; ne pas avoir été en bonne santé presque tout le temps selon la personne qui connaît le mieux l'enfant. Cette fois-ci les variables dépendantes retenues pour les modèles de régression logistique sont à nouveau l'hospitalisation et la santé perçue, ainsi que trois autres indicateurs montrant un lien significatif avec la position sociale : les infections aux voies respiratoires, les consultations de médecins-omnipraticiens et de pédiatres.

L'hospitalisation

Les résultats indiquent la persistance d'un lien significatif à l'avantage des enfants favorisés, même

quand les effets de l'ensemble des variables de contrôle sont pris en compte. Une position sociale faible demeure associée à une probabilité plus élevée d'avoir été admis à l'hôpital. En plus du statut socioéconomique, d'autres facteurs augmentent la probabilité des tout-petits de passer au moins une nuit à l'hôpital : vivre dans une famille monoparentale à au moins un volet, être un garçon, avoir une mère qui n'est pas immigrante, et ne pas avoir été allaité pendant six mois. Le premier tableau présente les résultats de l'analyse multivariée de la relation entre l'admission d'un enfant d'environ 29 mois à l'hôpital pour une nuit depuis sa naissance et la position sociale de la famille (tableau 1).

TABLEAU 1

Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant pour au moins une nuit entre la naissance et l'âge d'environ 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000

Facteur explicatif ¹	Rapport de cotes	Intervalle de confiance (95 %)
Position sociale depuis la naissance		
Faible	1,90	(1,34; 2,70)
Moyenne (élevée)	1,54	(1,18; 2,00)
Famille monoparentale à au moins un volet ² (biparentale aux trois volets)	1,46	(1,05; 2,03)
Garçon (filles)	1,38	(1,10; 1,74)
Mère/conjointe non immigrante (immigrante)	1,86	(1,21; 2,85)
Non allaité durant 6 mois (allaitement durant 6 mois)	1,34	(1,03; 1,74)

1. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

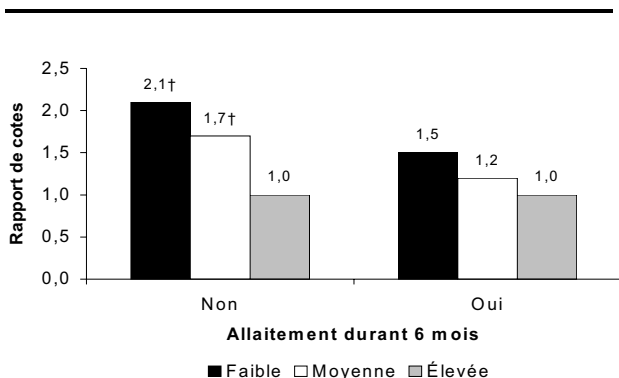
2. Rôle confondant sur la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé.

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

Après avoir effectué l'examen des effets modifiants, on constate à la figure 2 que parmi les enfants qui n'ont pas été allaités pendant six mois, l'influence de la position sociale sur la probabilité d'avoir séjourné une nuit à l'hôpital est forte, alors qu'elle n'est pas significative sur le plan statistique chez ceux l'ayant été. Concrètement, pour les enfants ayant été allaités pendant six mois, l'influence du niveau socioéconomique sur la probabilité d'avoir séjourné au moins une nuit à l'hôpital depuis leur naissance ne semble pas jouer. Peu importe l'appartenance sociale, les probabilités d'avoir été hospitalisé une nuit sont plus faibles dans ce groupe que dans les familles où l'enfant n'a pas été allaité pendant au moins six mois (tableau 1). Ces résultats révèlent un premier facteur protecteur : l'allaitement pendant au moins six mois.

FIGURE 2

Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant pour au moins une nuit selon le mode d'alimentation, Québec, 1998, 1999 et 2000



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

La santé perçue⁶

Les résultats montrent qu'en contrôlant pour certains facteurs, la position sociale demeure associée à l'état de santé perçue des tout-petits. Avoir une santé moins que très bonne à l'un des trois premiers volets de l'enquête est plus fréquent à mesure que la position sociale des familles diminue, même lorsque l'on tient compte des effets de certains facteurs de risque, de protection ou démographiques. Outre l'influence du statut socioéconomique, d'autres facteurs augmentent la probabilité d'être perçue par sa mère comme n'ayant pas une très bonne santé : vivre dans une famille monoparentale à au moins un des trois volets, avoir une mère qui s'est déclarée ne pas être en très bonne ou en excellente santé, avoir des frères et des sœurs et vivre dans une famille qui ne reçoit pas de soutien des grands-parents. Le deuxième tableau présente les résultats de l'analyse multivariée des liens entre la perception de l'état de santé de l'enfant depuis sa naissance par la personne qui connaît le mieux l'enfant et la position sociale de la famille (tableau 2).

⁶ De nombreuses études ont déjà démontré que l'état de santé déclaré (santé perçue) est un très bon précurseur de la morbidité et de la mortalité, en plus d'être associé à l'utilisation des soins de santé (Kaplan et autres, 1996 ; Idler et autres, 2000). Notons toutefois que des recherches qualitatives et quantitatives indiquent que les personnes appartenant aux classes sociales les moins favorisées auraient tendance à « surévaluer » leur état de santé, ou à en avoir une vue plus partielle et fataliste qui se centrerait sur les aspects directement fonctionnels du corps (Girard et autres, 2000 ; Sen, 2002). Tout porte à croire que cette distorsion conduit à sous-estimer les écarts sociaux de santé observés ici.

TABLEAU 2

Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets, Québec, 1998, 1999 et 2000

Facteur explicatif ¹	Rapport de cotes	Intervalle de confiance (95 %)
Position sociale depuis la naissance		
Faible	1,76	(1,19; 2,60)
Moyenne (élevée)	1,40	(1,03; 1,89)
Famille monoparentale à au moins un volet ² (biparentale aux trois volets)	1,58	(1,15; 2,19)
Aucun soutien des grands-parents maternels et/ou paternels – volet 2000 seulement ³ (soutien)	1,37	(1,03; 1,82)
Nombre d'enfants dans le ménage		
2 enfants	1,48	(1,10; 1,99)
3 enfants ou plus (un seul enfant)	1,58	(1,09; 2,28)
Santé perçue de la mère comme étant moins que très bonne à un des trois volets (santé perçue très bonne ou excellente aux trois volets)	2,71	(2,12; 3,48)
Principal mode de garde utilisé ^{2,3}		
Garderie aux volets 1999 et 2000	1,50	(1,06; 2,11)
Autres modes de garde (aucun)	1,23	(0,90; 1,68)

1. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

2. Rôle confondant sur la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé.

3. Paramètre non significatif à un seuil de 5 %.

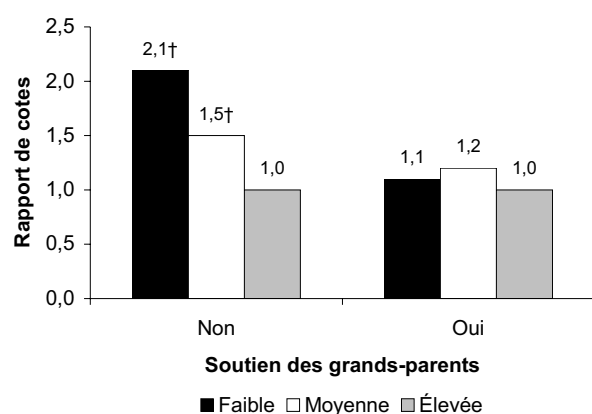
Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

Regardons maintenant ce que nous apprend l'examen des effets modifiants. Pour les enfants qui vivent dans une famille de position sociale inférieure de manière continue, la probabilité plus élevée

d'avoir été déclaré en santé moins que très bonne disparaît avec le soutien des grands-parents (figure 3) ainsi qu'avec le fait d'avoir une mère se percevant en très bonne ou en excellente santé (figure 4).

FIGURE 3

Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets selon la présence ou non d'un soutien des grands-parents, Québec, 1998, 1999 et 2000

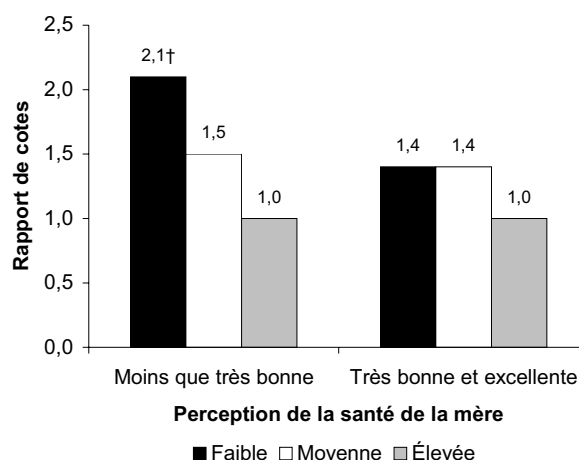


† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

En d'autres mots, dans les familles où les grands-parents apportent leur soutien, de même que dans celles où la mère déclare être en très bonne ou en excellente santé, la faible position sociale n'a pas d'impact sur la santé perçue des tout-petits une fois pris en compte l'ensemble des autres facteurs. Ajoutons que la fréquentation de la garderie affaiblit le lien sans l'éliminer. Ainsi, émanent deux autres facteurs protecteurs pour les enfants vivant dans des familles désavantagées sur le plan socioéconomique : la présence du soutien des grands-parents maternels ou paternels et avoir une mère qui se déclare en très bonne ou en excellente santé.

FIGURE 4

Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets selon la perception de la santé de la mère, Québec, 1998, 1999 et 2000



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Les infections aux voies respiratoires

Les résultats révèlent la persistance d'un lien, même lorsqu'on prend en compte les effets des variables de contrôle. Ainsi, pour un tout-petit de 29 mois, plus la position sociale de sa famille décroît, plus la probabilité d'avoir eu une infection aux voies respiratoires augmente. De plus, être né de façon prématurée accroît les risques d'avoir déjà eu un tel problème de santé. Le troisième tableau examine la relation entre les infections aux voies respiratoires à

l'âge de 2 ½ ans et la position sociale de la famille depuis la naissance de l'enfant (tableau 3).

TABLEAU 3

Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la présence d'infections aux voies respiratoires¹ chez les enfants âgés d'environ 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000

Facteur explicatif ²	Rapport de cotes	Intervalle de confiance (95 %)
Position sociale depuis la naissance		
Faible	1,53	(1,12; 2,10)
Moyenne (élevée)	1,29	(1,04; 1,61)
Famille monoparentale à au moins un volet ^{3,4} (biparentale aux trois volets)	1,03	(0,77; 1,36)
Bébé prématuré (non)	1,66	(1,03; 2,66)
Principal mode de garde utilisé (volets 1999 et 2000) ^{3,4}		
Garderie aux volets 1999 et 2000	1,34	(1,04; 1,73)
Autres modes de garde (aucun)	1,15	(0,90; 1,47)

1. La position sociale seule ne semble pas significative à un seuil de 5 % mais en ajustant selon la modalité de garde, elle ressort davantage. Le principal mode de garde a donc un effet très confondant sur la relation entre la position sociale et les infections des voies respiratoires.

2. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

3. Rôle confondant sur la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé.

4. Paramètre non significatif à un seuil de 5 %.

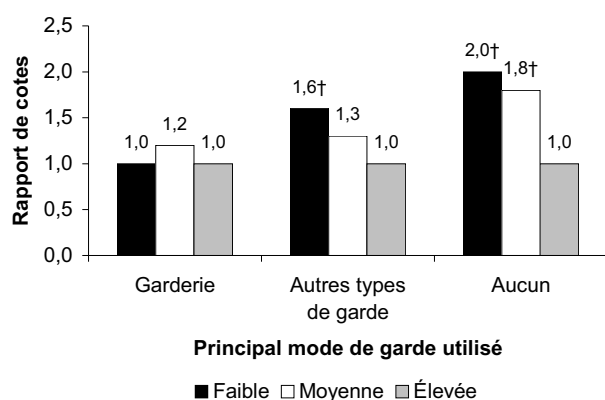
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

En effectuant des analyses stratifiées, on remarque que parmi les enfants de 2 ½ ans, le lien entre les infections aux voies respiratoires et la position sociale disparaît pour ceux qui sont allés à la garderie à l'âge de 17 et 29 mois (figure 5). En pratique, cela signifie que pour les infections aux voies respiratoires, les enfants qui fréquentent la garderie courent les

mêmes risques peu importe le niveau socioéconomique de leurs parents. Il en va autrement pour les enfants qui ne se font pas garder à l'extérieur de la maison : la probabilité de subir une infection respiratoire est étroitement liée à la position sociale de la famille ; plus la position sociale de la famille diminue, plus la probabilité augmente.

FIGURE 5

Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la présence d'infections aux voies respiratoires chez les enfants âgés d'environ 29 mois selon le principal mode de garde, Québec, 1998, 1999 et 2000



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002

En somme, l'influence du statut socioéconomique est forte lorsque les enfants restent à la maison ; les enfants défavorisés ont alors une plus grande probabilité que les autres d'avoir des infections aux voies respiratoires. Mais parmi les enfants qui vont à la garderie, on ne retrouve plus de telles différences liées à la position sociale : les tout-petits présentent tous une probabilité élevée d'avoir une infection aux voies respiratoires, peu importe la position sociale de leurs parents. On sait par ailleurs grâce à des études

longitudinales effectuées ailleurs (Denny et autres, 1986 ; Presser, 1988 ; Palacio-Quintin et autres, 1999) que le risque élevé d'avoir des infections aux voies respiratoires est présent pendant les deux premières années de fréquentation d'une garderie. Toutefois, ces mêmes études indiquent que les enfants ayant fréquenté une garderie ont moins d'infections aux voies respiratoires lors de leurs premières années en milieu scolaire. Avec les volets futurs de l'ÉLDEQ, il sera intéressant de vérifier si au Québec ce phénomène se confirme.

La consultation de médecins-omnipraticiens (médecins de famille)

Une position sociale faible persistante demeure associée à une probabilité plus élevée d'avoir consulté un médecin généraliste à 5, 17 et 29 mois. En plus d'un faible statut socioéconomique, d'autres facteurs augmentent la probabilité des tout-petits de consulter un médecin généraliste : avoir une mère non immigrante, ne disposer d'aucun soutien des grands-parents et fréquenter une garderie. Un quatrième tableau présente l'analyse multivariée de la relation entre la consultation, pour l'enfant, d'un médecin généraliste aux trois volets et la position sociale de la famille (tableau 4). Après avoir effectué l'examen des effets modifiants, on constate que peu importe le type de famille ou le soutien des grands-parents (données non présentées) l'association observée entre la position sociale et la consultation d'un généraliste demeure.

TABLEAU 4

Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la consultation de médecins-généralistes à l'âge de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000

Facteur explicatif ¹	Rapport de cotes	Intervalle de confiance (95 %)
Position sociale depuis la naissance		
Faible	2,17	(1,54; 3,05)
Moyenne (élevée)	1,57	(1,26; 1,97)
Famille monoparentale à au moins un volet ^{2,3} (biparentale aux trois volets)	0,93	(0,68; 1,26)
Mère non immigrante (immigrante)	2,90	(1,96; 4,30)
Aucun soutien des grands-parents maternels et paternels (volet 2000 seulement) (soutien des grands-parents maternels ou paternels)	1,38	(1,11; 1,72)
Principal mode de garde utilisé (volets 1999 et 2000) ²		
Garderie aux volets 1999 et 2000	1,58	(1,18; 2,12)
Autres modes de garde (aucun)	1,21	(0,93; 1,57)

1. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

2. Rôle confondant sur la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé.

3. Paramètre non significatif à un seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

La consultation de pédiatres

Une position sociale supérieure est liée à une probabilité plus forte de consulter un pédiatre. Nous avons pourtant vu, au fil de l'étude, qu'un état de santé précaire est davantage le lot des tout-petits de faible position sociale. On peut légitimement s'étonner de cette distribution sociale de la consultation de pédiatres. Ne devrait-on pas plutôt observer le contraire? En plus d'un statut socioéconomique élevé, d'autres facteurs augmentent la probabilité des tout-petits d'avoir été

vus par un pédiatre dans les douze mois précédant chacun des volets de l'enquête : disposer d'un soutien des grands-parents, consommer peu de boissons gazeuses ou à saveur de fruits (moins d'une fois par jour) et avoir une mère immigrante. Le dernier tableau (tableau 5) révèle la persistance de ce lien particulier entre la consultation d'un pédiatre aux trois volets de l'enquête et la position sociale qu'occupe la famille depuis la naissance de l'enfant, même lorsque sont pris en compte les effets des facteurs potentiellement confondants

TABLEAU 5

Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la consultation de pédiatres à l'âge de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000

Facteur explicatif ¹	Rapport de cotes	Intervalle de confiance (95 %)
Position sociale depuis la naissance		
Élevée	2,30	(1,68; 3,16)
Moyenne (faible)	1,47	(1,09; 1,98)
Épisode de monoparentalité aux trois volets ^{2,3} (biparentale à au moins un volet)	1,55	(0,95; 2,54)
Mère/conjointe immigrante (non immigrante)	1,93	(1,39; 2,68)
Soutien des grands-parents maternels et/ou paternels (volet 2000 seulement) (aucun soutien)	1,47	(1,19; 1,83)
Nombre d'enfants dans le ménage (volet 2000)		
2 enfants	1,08	(0,86; 1,36)
3 enfants ou plus (un seul enfant)	0,70	(0,52; 0,93)
Consommation de boissons gazeuses ou aux fruits moins d'une fois/jour (volet 2000) (une fois ou plus/jour)	1,62	(1,20; 2,19)

1. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

2. Rôle confondant sur la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé.

3. Paramètre non significatif à un seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

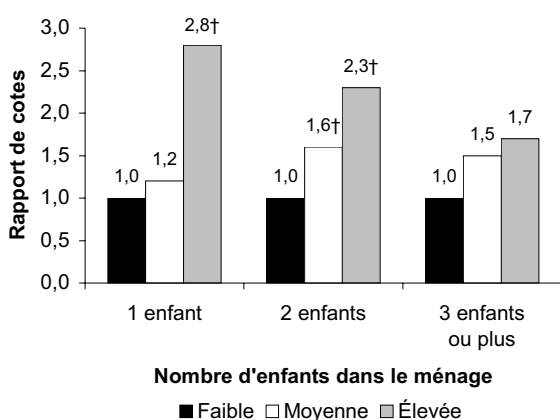
De plus, nous avons observé la présence d'effets modifiants. Par exemple, l'influence de la position sociale sur la consultation de pédiatres diminue avec l'accroissement du nombre d'enfants dans la famille (figure 6). Parmi les enfants uniques ou encore parmi ceux dont la famille compte deux enfants, la probabilité de consulter ce type de spécialiste est plus élevée chez ceux provenant de familles de

position sociale élevée comparativement à ceux de familles plus défavorisées. Ces résultats dévoilent un facteur susceptible d'éliminer cette curieuse association : vivre dans une famille de trois enfants ou plus. En pratique, pour les enfants dont la famille compte trois enfants ou plus, l'influence de la position sociale ne semble pas jouer sur la probabilité d'avoir consulté un pédiatre aux trois volets⁷.

⁷ Pour connaître différentes hypothèses explicatives, consulter le rapport.

FIGURE 6

Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la consultation de pédiatres à l'âge de 5, 17 et 29 mois selon le nombre d'enfants dans le ménage, Québec, 1998, 1999 et 2000



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

DISCUSSION

Pour améliorer la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale : des pistes d'intervention

En somme, les résultats indiquent que pour un enfant né au Québec à la fin des années 1990, vivre depuis sa naissance dans une famille qui se situe au bas de l'échelle sociale, quant à la scolarité, au revenu et à la profession des parents, augmente ses probabilités d'être en moins bonne santé. De plus, le fait qu'un état de santé précaire soit davantage le lot des tout-petits de faible position sociale ne peut être

entièrement expliqué par la présence accrue des facteurs de risque observée en milieu défavorisé. La position sociale de la famille joue un rôle indépendant sur l'état de santé des enfants. Néanmoins, nous avons observé que l'influence de la position sociale sur la santé des tout-petits se dissipe en présence de certains facteurs de protection ou de risque. Ces facteurs sont les suivants : l'allaitement pendant au moins six mois, pour l'hospitalisation ; le soutien des grands-parents et une mère en très bonne ou en excellente santé, pour l'état de santé déclaré de l'enfant ; aller à la garderie, pour les infections aux voies respiratoires ; aller à la garderie et avoir une mère immigrante, pour la consultation de généralistes ; et vivre dans une famille d'au moins trois enfants, pour la consultation de pédiatres.

L'identification de facteurs qui rendent pratiquement égaux socialement les jeunes enfants sur le plan de la santé incitent à s'aventurer dans le champ des politiques publiques. Certes, la manière la plus efficace de réduire les inégalités de santé est de diminuer les inégalités socioéconomiques dans la société. Mais d'ici l'atteinte de ce nécessaire objectif, la présente étude révèle certaines orientations à donner aux interventions de santé publique destinées aux populations vivant au bas de l'échelle sociale. Esquissons-les brièvement.

Tout en adoptant une attitude non culpabilisante et respectueuse des familles appartenant à un milieu social différent, les intervenants de la santé devraient promouvoir et soutenir l'allaitement maternel en milieu défavorisé, car s'il dure au moins six mois, l'allaitement peut protéger de l'hospitalisation les jeunes enfants de faible position sociale. On devrait

aussi développer des actions qui encouragent le resserrement des liens intergénérationnels, puisque l'aide instrumentale ou émotive que fournissent les grands-parents contribue à préserver la santé de leurs petits-enfants désavantagés. Retenons aussi que les programmes de santé publique qui visent à améliorer la santé des mères de faible position sociale sont susceptibles de faire d'une pierre deux coups : sauvegarder aussi la santé des tout-petits défavorisés. Par ailleurs, lors de l'élaboration de programmes de prévention des infections aux voies respiratoires, une attention particulière devrait être accordée aux familles de faible niveau socioéconomique dont les enfants ne fréquentent pas la garderie, puisque ces tout-petits ont davantage d'infections aux voies respiratoires que leurs pairs de milieu favorisé qui restent à la maison. Enfin, il faut poursuivre les efforts visant à encourager les Québécoises et les Québécois à se doter d'un médecin de famille, comme par exemple la formation de groupes de médecine familiale (GMF). Toute mesure qui favorisera l'accès à des services de première ligne bien organisés pourrait diminuer la propension des parents de niveau socioéconomique élevé à recourir au pédiatre. Des ressources médicales spécialisées pourraient ainsi être libérées pour les soins à donner aux tout-petits vraiment malades.

Somme toute, la réduction des inégalités sociales de santé ne devrait-elle pas constituer l'objectif prioritaire visé par les actions de santé publique ? Ignorer cet important défi serait de courte vue, puisque dans les pays industrialisés il faudra diminuer les inégalités sociales de santé pour augmenter l'espérance de vie nationale. Par l'identification de facteurs protecteurs, notre étude veut ainsi épauler

chercheurs et planificateurs du Québec dans l'élaboration de véritables moyens de favoriser l'égalité des chances sur le plan social et sanitaire pour les adultes de demain.

BIBLIOGRAPHIE

- Barker, D. J., T. Forsén, A. Uutela, C. Osmond et J. G. Erikson (2001). « Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study », *British Medical Journal*, vol. 323, p. 1-5.
- Denny, F. W., A. M. Collier et F. W. Henderson (1986). « Acute respiratory infections in day care », *Reviews of infectious diseases*, vol. 8, no 4, p. 527-532.
- Duncan, G. J., J. Brooks-Gunn et P. K. Klebanov (1994). « Economic deprivation and early childhood development », *Child Development*, vol. 65, p. 296-318.
- Eming Young, M. (2002). *From early child development to human development, Investing in our children's future*, Washington, D.C., The World Bank, 424 p.
- Girard, F., C. Cohidon et S. Briançon (2000). « Les indicateurs globaux de santé », dans *Les inégalités sociales de santé*, Recherches, INSERM, La découverte, p. 163-172.

- Idler, E. L., L. B. Russell et D. Davis (2000). « Survival, Functional limitations, and self-rated health », *American Journal of Epidemiology*, vol. 152, no 9, p. 874-883.
- Kaplan, G. A., D. E. Goldberg, S. A. Everson, R. D. Cohen, J. Tuomilehto et r. Salonen (1996). « Perceived health status and morbidity and mortality: Evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study », *International Journal of Epidemiology*, vol. 25, no 2, p. 259-265.
- Palacio-Quintin, E., et R. Coderre (1999). *Les services de garde à l'enfance. Influence des différents types de garde sur le développement de l'enfant*, Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, Québec, avril, 125 p.
- Paquet, G., M. Girard et L. Dubois (2001). « Conditions de vie, santé et développement, Section II – Inégalités sociales et devenir des enfants », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, ISQ, vol. 1, no 3.
- Paquet, G. (1998). « Pour aller au-delà des croyances quant à l'égalité des chances de réussite. Un bilan de la recherche sur l'intervention préscolaire en milieu défavorisé », *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 27, no 1, p. 75-106.
- Presser, H. (1988). « Place of child and medicated respiratory illness among young American children », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 50, p. 995-1005.
- Sen, A. (2002). « Health perception versus observation », *British Medical Journal*, vol. 324, no 7342, p. 860-861.
- Smith, G. D., C. Hart, D. Blane et D. Hole (1998). « Adverse socio-economic conditions in childhood and cause specific mortality: prospective observational study », *British Medical Journal*, vol. 316, no 7145, p. 1631-1635.
- Starfield, B., S. Shapiro, J. Weiss, K. Y. Liang, K. Ra, D. Paige et X. B. Wang (1991). « Race, family income and low birth weight », *American Journal of Epidemiology*, vol. 134, no 10, p. 1167-1174.
- Willms, D. J., et M. Shields (1996). *A measure of socio-economic status for the National Longitudinal Survey of Children*, Document de travail préparé pour les utilisateurs des microdonnées du premier cycle de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Atlantic Center for Policy Research in Education, Université du Nouveau-Brunswick et Statistique Canada.

Remerciements :

Les auteurs tiennent à remercier tout particulièrement l'équipe de la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec affectée à l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ). Le partenariat fructueux avec cette équipe chevronnée a rendu possible la concrétisation de cette recherche. Des remerciements vont aussi à Line Mailloux, Danielle St-Laurent et Julie Trudel de l'INSPQ pour le soutien apporté à nos travaux.

INÉGALITÉS SOCIALES ET SANTÉ DES TOUT-PETITS : L'IDENTIFICATION DE FACTEURS DE PROTECTION

Auteurs :

Ginette Paquet
Denis Hamel

Unité Connaissance-surveillance
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>

Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

Cote Santécom : INSPQ-2003-17

Dépôt légal – 2^e trimestre 2003

Bibliothèque Nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-550-40944-2

© Institut national de santé publique du Québec (2003)