

Des alliés pour la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale



Par Ginette Paquet et Denis Hamel¹

Un avenir rêvé pour Dominique...

Afin de faire ressortir les orientations de santé publique que suggère cette étude, laissons aller notre imagination en nous représentant, pour chaque problème de santé ou de développement examiné, la famille idéale, que l'on pourrait aussi nommer résiliente par excellence, pour un bambin d'environ 4 ans vivant au bas de l'échelle sociale depuis sa naissance. Cet enfant fictif vulnérable sur le plan socioéconomique s'appellera Dominique.

Si Dominique avait été allaité pendant au moins six mois et si sa famille avait bénéficié du soutien émotif ou instrumental des grands-parents, il courrait les mêmes risques que les enfants de milieux privilégiés d'être hospitalisé au moins une nuit. Cependant, pour que ces deux facteurs protecteurs agissent pleinement, Dominique devrait vivre dans une famille où il y a deux parents et sa mère serait en très bonne santé et immigrante.

Pour que Dominique présente les mêmes risques de faire des crises d'asthme que les autres enfants de milieux favorisés, il devrait vivre dans une maison exempte de fumée secondaire et avoir une mère en très bonne santé. Ajoutons que pour permettre l'action optimale de ces facteurs de protection, Dominique devrait être une fille. Quant aux risques que Dominique présente un surplus de poids, seul le fait de vivre dans une famille comportant deux parents pourrait les diminuer sans parvenir à les rendre aussi bas que ceux des enfants vivant dans des familles de position sociale élevée.

Par comparaison avec les autres enfants de milieux favorisés, Dominique ne présenterait pas davantage de risques d'avoir développé des comportements hyperactifs et inattentifs s'il avait été allaité au moins quatre mois. Toutefois, pour que ce facteur déploie son plein potentiel de protection, Dominique devrait être une fille, vivre dans un quartier sécuritaire pour les enfants où il y a de l'entraide et surtout dans une famille où il y a peu de pratiques parentales coercitives. Sa mère serait en très bonne santé et il n'y aurait pas de fumée secondaire dans sa maison. De même, Dominique aurait les mêmes probabilités d'être allé chez le pédiatre que les enfants de milieux favorisés, s'il vivait avec ses deux parents biologiques. Pour que cela devienne réalité, ses parents devraient avoir reçu du soutien instrumental ou émotif des grands-parents et sa famille devrait comporter au moins deux autres enfants. De plus, sa mère serait immigrante et n'aurait pas consommé d'alcool pendant la grossesse.

Aucun facteur ne semble en mesure d'égaliser socialement les risques de carie dentaire pour Dominique. Seule la fréquentation de la garderie pourrait réduire sa probabilité d'avoir des caries dentaires. De plus, par comparaison avec les autres enfants de position sociale élevée, Dominique n'aurait pas moins souvent visité le cabinet du dentiste, s'il était un enfant unique. Cela s'appliquerait d'autant plus s'il fréquentait un jardin d'enfants ou s'il participait à des activités éducatives et si sa mère était née au Québec.

Comme les enfants ne naissent pas dans des familles disposant d'un accès égal aux ressources économiques, affectives et sociales et comme ces désavantages semblent être reliés, on peut aisément reconnaître que la petite enfance participe à la production des inégalités sociales de santé. À l'échelle internationale, plusieurs études longitudinales viennent confirmer l'effet du statut socioéconomique de la famille sur la santé des enfants ainsi que sur les parcours sanitaires des individus à long terme. Prenons l'exemple du Québec. Nos travaux antérieurs réalisés avec les données de l'ÉLDEQ ont permis de constater qu'à la fin des années 1990, le fait qu'un bambin québécois d'environ 29 mois vit depuis sa naissance au sein d'une famille située au bas de l'échelle sociale accroît son risque d'avoir une santé précaire². D'autres ont montré qu'en dépit d'une diminution considérable de la mortalité périnatale, néonatale et infantile au Québec depuis les vingt-cinq dernières années, la mortalité fœtale et infantile demeure étroitement liée au niveau de scolarité de la mère³. Selon Chen et ses collègues⁴: « Si les taux de mortalité pour chaque niveau de scolarité étaient aussi faibles que pour le niveau de scolarité le plus élevé, le nombre de morts fœtales et infantiles diminuerait d'environ 20 % ».

Les analyses au cœur du présent fascicule s'inscrivent dans ce courant d'études qui traitent des influences de la trajectoire de vie sur la santé. Ces travaux soutiennent qu'une exposition cumulative et différenciée aux environnements dommageables ou favorables à la santé serait le principal déterminant des variations observées⁵. On se doit d'insister particulièrement sur l'influence des premières années de vie, compte tenu des preuves de plus en plus nombreuses que l'environnement durant la grossesse et la

petite enfance exerce des effets à long terme sur la santé⁶. On porte ainsi un intérêt aux conditions de défavorisation sociale transmises aux enfants lors de la première socialisation, c'est-à-dire aux chances inégales de départ dans la vie. Pour ces enfants désavantagés, on observe en général une exposition à des conditions sociales défavorables pendant l'adolescence et leur vie de jeune adulte. Cette trajectoire sociale conduit à une augmentation des risques de maladies autour de la quarantaine et de la cinquantaine. Dans ce contexte, on peut penser, tout comme Willms⁷, que l'élaboration de politiques publiques visant à réduire les inégalités sociales en santé doit, de toute évidence, s'appuyer sur les efforts de recherche ayant pour but de « *discerner les risques et les facteurs de protection qui modifient ou modèrent le gradient socioéconomique, ou qui ont un impact sur les résultats sociaux et sanitaires en sus des effets associés au statut socioéconomique* ».

La poursuite de l'ÉLDEQ nous procure ici une remarquable occasion de travailler en ce sens. Ainsi, tout en scrutant l'évolution de la situation sociale et sanitaire des tout-petits du Québec, nous allons vérifier si les liens observés entre la position sociale des familles et certains indicateurs de la santé et du développement des enfants se maintiennent après avoir pris en compte les effets de plusieurs facteurs et caractéristiques. Dans un deuxième temps, nous examinerons si l'influence de la position sociale sur la santé des jeunes enfants peut s'estomper en présence de facteurs de protection. Nos analyses ont donc pour but d'identifier des facteurs qui pourraient déjouer l'influence néfaste de l'adversité sur le développement des enfants et ainsi permettre des avancées dans les interventions en santé publique dans les milieux défavorisés.

La position sociale et la santé

La relation entre la santé de l'individu et le statut socioéconomique a une longue histoire. Au début, on insistait sur l'influence du revenu ou, plus généralement, sur celle de la pauvreté et des mauvaises conditions de vie. Cependant, au cours des vingt dernières années, d'autres aspects du statut socioéconomique, en particulier la classe sociale, ont retenu l'attention. Cela s'explique notamment par le fait qu'au-dessus d'un certain seuil de revenu où la pauvreté, au sens d'une pénurie des biens de base, ne peut plus être invoquée, il faut se tourner vers « quelque chose de sous-jacent » qui non seulement médiatiserait la relation entre le statut socioéconomique et la santé, mais exercerait aussi une puissante influence sur celle-ci. Ce quelque chose serait directement en relation avec la position hiérarchique qu'occupent les individus dans la société et, de ce fait, exercerait une influence sur tous et pas uniquement les

minorités défavorisées⁸. Alors, les conditions du maintien d'une bonne santé, comme les causes les plus générales de sa dégradation pourraient trouver une part importante de leur explication dans un ensemble de facteurs psychosociaux inégalement répartis comme : le sentiment d'avoir une emprise sur sa destinée, le sentiment de participer pleinement à la vie sociale ou encore le sentiment que sa propre vie est compréhensible ou contrôlable. Ainsi, la position sociale d'un individu dans les sociétés avancées ne se définirait pas, à prime abord, par une capacité matérielle de satisfaire des besoins de base (sauf pour une frange de la population tout en bas de la hiérarchie sociale), mais s'articulerait davantage autour d'une capacité de participer pleinement à la vie sociale et d'avoir un contrôle sur sa destinée.

Est-ce que la santé des enfants d'environ 4 ans est liée à la position sociale de leur famille?

Comme il fallait s'y attendre, plus la position sociale des familles est élevée, meilleure est la santé des tout-petits (pour plus de détails concernant la mesure de la position sociale voir encadré 1). Les résultats présentés à la figure 1 montrent en effet que l'hospitalisation, l'asthme, l'embonpoint,

l'hyperactivité/inattention, la non-consultation de pédiatre, la carie dentaire et la non-consultation de dentiste sont positivement associés à la faible position sociale des familles (pour une description des indicateurs de santé et de développement retenus, voir le tableau A.1 en annexe)⁹.

Encadré 1

La mesure de faible position sociale persistante

La mesure de faible position sociale persistante utilisée dans ce fascicule est basée sur le statut socioéconomique (SSE) des familles pour les quatre premiers volets de l'enquête¹⁰. À l'aide de cet indice, nous avons créé un indicateur de la présence persistante des familles dans le groupe socioéconomique le plus faible à tous les volets de l'enquête¹¹.

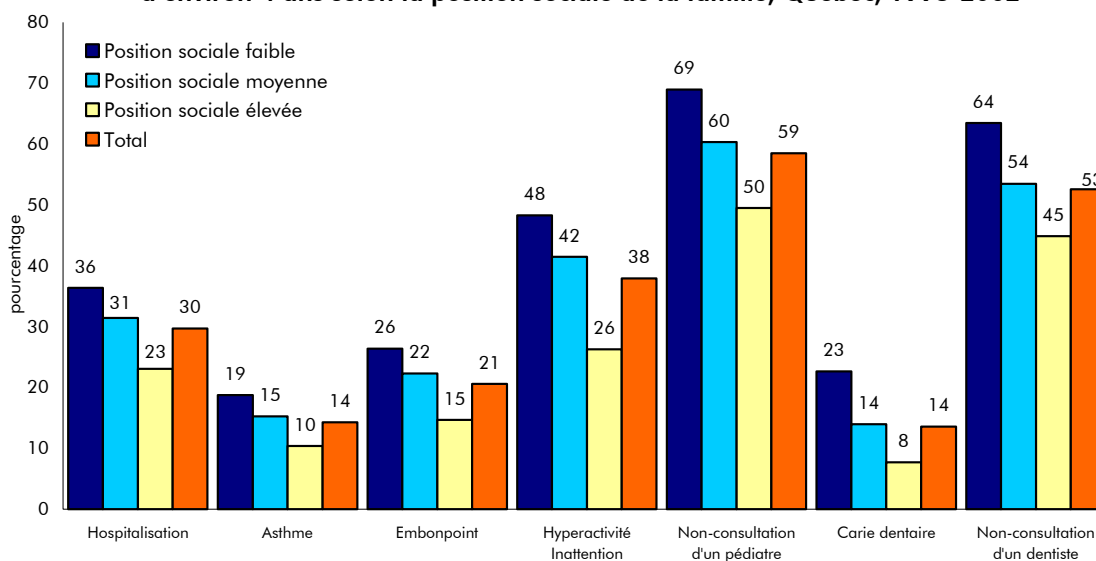
Cet indicateur de faible position sociale persistante, quant à la scolarité, au revenu et à la profession des parents, se définit ainsi : la position sociale maximum atteinte par une famille à l'un des volets de l'enquête. En fait, pour qu'une famille soit classée de position sociale faible persistante, il faut qu'elle demeure parmi le groupe socioéconomique inférieur pour tous les volets de l'enquête. Par exemple, si une famille se trouve dans le groupe socioéconomique moyen (groupe 2)¹² au premier volet de l'enquête (1998), mais dans le niveau inférieur (groupe 1) à tous les autres volets, elle se verra attribuer une position sociale moyenne (groupe 2) lors des analyses¹³. Il importe de souligner que l'utilisation d'un indicateur aussi exigeant fait en sorte que nos résultats sous-estiment vraisemblablement les liens entre la faible position sociale de la famille et la santé.

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

- 17 % des familles se trouvent dans la catégorie de faible position sociale;
- 52 % des familles sont dans la catégorie de position sociale moyenne;
- 31 % des familles font partie de la catégorie supérieure.

Figure 1

Prévalence de certains indicateurs de la santé et du développement des enfants d'environ 4 ans selon la position sociale de la famille, Québec, 1998-2002



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

Quelle est la contribution nette de la position sociale de la famille à la santé des jeunes enfants?

Comme la santé des enfants n'est pas exclusivement déterminée par la position sociale qu'occupe leur famille, nous avons également examiné les liens entre la position sociale des familles et les facteurs de risque et de protection reconnus, ainsi qu'avec de nombreuses caractéristiques (des précisions concernant certains facteurs explicatifs et de protection sont présentées au tableau A.2 en annexe). Les résultats obtenus à partir d'analyses bivariées (données non présentées) montrent une distribution sociale inégale, et ce, pour tous les volets de l'enquête. En fait, plus la position sociale des familles est faible, plus la prévalence d'une majorité de facteurs de risque augmente.

On peut donc se poser la question suivante : si dans toutes les classes sociales, il y avait par exemple la même proportion de tout-petits ayant été allaités, d'enfants vivant dans des familles monoparentales ou 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 les effets de ces caractéristiques et de ces facteurs que des analyses multivariées ont été effectuées. À l'aide de modèles de régression logistique, nous avons cherché à cerner 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 ainsi que certaines caractéristiques. Enfin, rappelons que l'utilisation d'un indicateur de faible position sociale persistante, sévère comme le nôtre, fait en sorte que nos résultats sous-estiment

probablement les liens entre la faible position sociale de la famille et la santé des enfants.

❖ **L'hospitalisation**

Quand les effets d'un ensemble de facteurs et de caractéristiques sont pris en compte, les résultats indiquent un lien affaibli entre l'hospitalisation et la position sociale de la famille, bien qu'on observe une tendance dans le sens attendu à l'avantage des enfants favorisés. Cela dit, le fait pour des bambins d'environ 4 ans de vivre depuis leur naissance au sein d'une famille située au bas de l'échelle sociale accroît leur risque d'environ 41 %¹⁴ d'avoir séjourné au moins une nuit à l'hôpital comparativement aux bambins de position sociale élevée (tableau A.3). En plus d'un faible 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 des volets, ne pas avoir été allaité pendant au moins six mois et avoir une mère non immigrante et qui déclare ne pas être en très bonne santé à au moins un des volets.

Regardons maintenant ce que révèle l'examen des effets modifiants, c'est-à-dire la présence de facteurs en mesure de modifier l'association entre l'hospitalisation et la position sociale de la famille (pour plus de détails concernant la méthode, voir encadré 2).

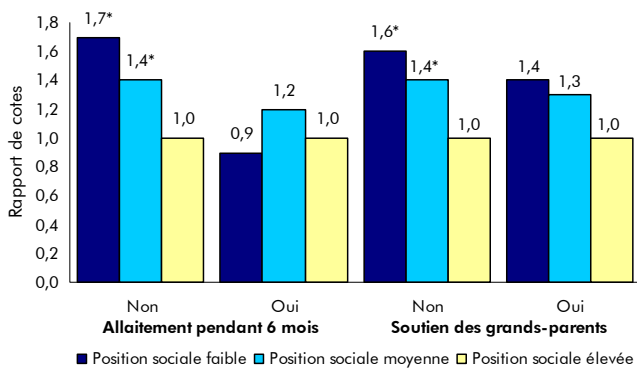
Encadré 2

L'analyse des effets modifiants

Pour détecter les effets modifiants de certaines variables, des interactions doubles entre la position sociale et les variables potentiellement modifiantes sont introduites dans l'analyse¹⁵. Ces effets sont vérifiés en ajoutant les interactions une à la fois. Une interaction statistiquement significative (le seuil est fixé à 10 %) indiquerait d'emblée la présence d'un effet modifiant. On s'intéresse surtout à la partie de l'interaction touchant les deux groupes extrêmes. À moins d'avis contraire, les valeurs p présentées au bas des figures représentent les niveaux de signification observés pour cette partie de l'interaction. Cependant, puisque la puissance de ces tests est relativement faible compte tenu de la taille de l'échantillon dans certains sous-groupes et de la sévérité de l'indicateur de faible position sociale persistante, nous avons aussi construit et testé certains contrastes bien définis en utilisant les termes d'interaction. Cela avait pour but d'identifier de nouvelles pistes de réflexion pour l'intervention. Notre attention s'est dirigée vers les facteurs pour lesquels la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé ou de développement est presque inexistante pour certains sous-groupes alors que pour d'autres, elle semble persister, une fois les autres facteurs de contrôle pris en compte.

En premier lieu, on constate que parmi les enfants qui n'ont pas été allaités pendant au moins six mois, l'influence de la position sociale sur la probabilité d'avoir séjourné au moins une nuit à l'hôpital est forte, alors qu'elle se dissipe chez ceux l'ayant été (figure 2). Concrètement, pour les enfants ayant été allaités pendant six mois, l'influence du statut socioéconomique sur la probabilité d'avoir séjourné au moins une nuit à l'hôpital depuis leur naissance ne semble pas jouer. Il est à noter que, 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.

Figure 2
Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant selon le mode d'alimentation et la présence ou non du soutien des grands-parents, Québec, 1998-2002



* Rapports de cotes significatifs au seuil de 5 %.

Interactions : Allaitement $p = 0,10$; Soutien des grands-parents $p = 0,20$.
Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ, 1998-2002.

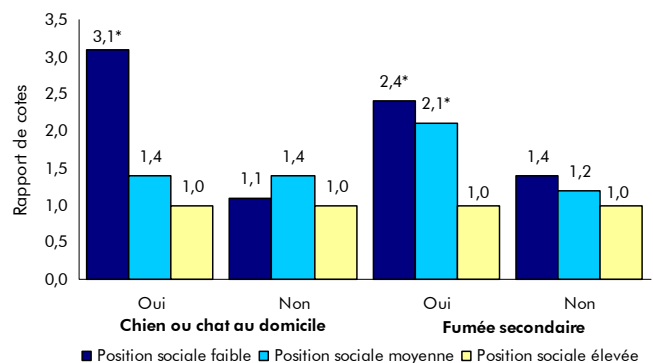
Maintenant, bien que l'interaction ne soit pas statistiquement significative au seuil retenu, nous avons procédé à l'examen des contrastes quant au soutien instrumental et émotif reçu des grands-parents. Même si la taille de l'échantillon et la sévérité de notre indicateur de faible position sociale persistante ne nous permettent pas d'obtenir le seuil de signification statistique souhaité, les données observées vont tout de même dans le sens attendu et offrent une piste d'intervention : le soutien instrumental et émotif des grands-parents. Ce dernier pourrait atténuer la relation entre l'hospitalisation de l'enfant pour au moins une nuit et la position sociale qu'occupe sa famille. En d'autres mots, dans les familles défavorisées où les grands-parents apportent leur soutien, la faible position sociale aurait un impact plus modeste sur la probabilité d'avoir été hospitalisé, une fois pris en compte l'ensemble des autres facteurs. Ces résultats révèlent le potentiel de protection de deux facteurs : l'allaitement maternel pour une période d'au moins six mois, d'une part, et, d'autre part, le rôle bénéfique possible du soutien des grands-parents.

❖ Les crises d'asthme

Nos résultats montrent qu'en contrôlant l'effet de certains facteurs, l'association entre la position sociale et la probabilité de subir une crise d'asthme pour les tout-petits est amenuisée, au point de devenir non significative sur le plan statistique, même si l'on observe toujours une tendance dans le sens attendu (tableau A.3). Ainsi, les enfants de familles se situant au bas de l'échelle sociale depuis leur naissance ont environ 47 % plus de probabilités d'avoir une crise d'asthme que leurs pairs issus de familles favorisées, lorsque l'on tient compte des effets de certains facteurs de risque, de protection ou démographiques.

L'examen des effets modifiants nous apprend ce qui suit (figure 3). Pour les enfants qui vivent dans une famille de faible position sociale depuis la naissance, la probabilité plus élevée d'avoir subi une crise d'asthme s'estompe quand ceux-ci vivent dans une demeure où il n'y a pas de chien ni de chat. En pratique cela signifie que, dans les familles où il n'y a pas de chat ni de chien, les tout-petits courent les mêmes risques élevés d'avoir une crise d'asthme indépendamment de leur appartenance sociale, une fois pris en compte l'ensemble des autres facteurs.

Figure 3
Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et les crises d'asthme selon la présence de chiens ou de chats à la maison et l'exposition à la fumée secondaire au domicile, Québec, 1998-2002



* Rapports de cotes significatifs au seuil de 5 %.

Interactions : Chien ou chat $p = 0,03$; Fumée secondaire $p = 0,18$ pour le test si la différence entre les positions sociales moyenne et faible est égale pour les enfants exposés et non exposés.

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

Compte tenu des résultats provenant d'autres études, nous avons, une fois de plus, examiné les contrastes concernant la « présence de fumée secondaire dans la maison » et la « santé perçue de la mère » (données non présentées) bien que les tests d'interactions n'aient pas donné de résultats statistiquement significatifs. Les tendances observées nous amènent à penser que les désavantages liés à la position

sociale de leur famille pourraient s'amenuiser pour les enfants vivant dans une maison où il n'y a pas de fumée secondaire ou encore pour ceux vivant avec une mère se déclarant en bonne santé.

Ainsi, sur le plan de la santé, deux autres facteurs sont susceptibles de rendre un peu plus égaux socialement les enfants d'environ 4 ans : la non-exposition à la fumée secondaire et une mère en très bonne ou en excellente santé. Par ailleurs, précisons que l'absence de chiens ou de chats dans la maison familiale semble faire perdre aux enfants favorisés leur position avantageuse quant au faible risque de subir une crise d'asthme. En milieu favorisé, le fait pour un enfant en bas âge d'avoir un chat ou un chien pourrait être bénéfique pour le développement de son système immunitaire. Un tel effet a déjà été observé dans d'autres études longitudinales¹⁶.

❖ L'embonpoint

En ce qui a trait au surplus de poids, on observe qu'une position sociale faible persistante ainsi qu'une position sociale moyenne demeurent significativement associées à une probabilité plus élevée d'avoir un surplus de poids à l'âge de 3 ans ou 4 ans, après avoir pris en compte l'effet de certains facteurs (voir le tableau A.3). Les tout-petits vivant dans des familles de faible niveau socioéconomique ont une probabilité de près de 42 % plus grande de présenter de l'embonpoint par comparaison avec les enfants évoluant dans un milieu favorisé. En plus d'un faible statut socioéconomique ou d'un statut moyen, le fait de vivre dans une famille monoparentale augmente la probabilité des jeunes enfants de présenter de l'embonpoint. Après avoir procédé à l'examen des effets modifiants, on constate que peu importe le type de famille (données non présentées) l'association observée entre la position sociale et l'embonpoint persiste. Selon nos résultats, aucun des facteurs que nous avons analysés ne semble en mesure de protéger les jeunes enfants vivant au bas de l'échelle sociale du risque accru d'avoir un surplus de poids. À titre d'exemple, nous avons vérifié les effets du poids à la naissance, du temps passé à regarder la télévision ou encore de celui dévolu à l'ordinateur, en plus d'examiner quelques indicateurs pertinents traitant de certains aspects de l'alimentation des enfants.

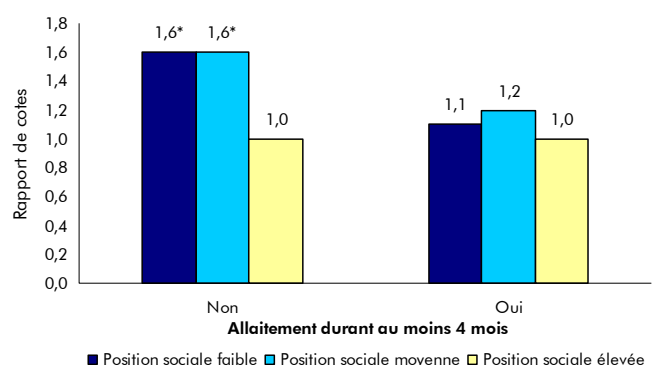
❖ L'hyperactivité/inattention

Les données présentées au tableau A.3 montrent que le lien entre la position sociale de la famille et les problèmes d'hyperactivité/inattention chez les enfants est considérablement affaibli quand on tient compte d'autres facteurs, bien que l'on observe tout de même une tendance à l'avantage des enfants de position sociale élevée. En effet,

autre l'influence du statut socioéconomique, d'autres facteurs augmentent la probabilité d'être perçus par sa mère comme étant hyperactif-inattentif : être un garçon, vivre dans une famille où il y a des pratiques parentales coercitives et de la fumée secondaire, avoir une mère qui déclare ne pas être en très bonne ou en excellente santé, ne pas avoir été allaité pendant au moins quatre mois et vivre dans un quartier perçu comme étant dangereux pour les enfants et où il y a peu d'entraide.

En effectuant des analyses stratifiées, on constate que les données observées vont dans le sens habituel : le lien entre des comportements hyperactifs et inattentifs rapportés par la mère et la position sociale s'estompe pour les enfants qui ont été allaités pendant au moins quatre mois (figure 4). Bien que l'interaction ne soit pas jugée significative sur le plan statistique, une piste de réflexion pour l'intervention en santé publique peut être dégagée. En effet, pour les enfants ayant été allaités pendant au moins quatre mois, l'influence du niveau socioéconomique sur la probabilité d'avoir des comportements hyperactifs et inattentifs ne semble plus jouer. Cela signifie que, peu importe l'appartenance sociale, les probabilités d'être hyperactif pourraient être plus faibles dans ce groupe que dans les familles où l'enfant n'a pas été allaité pendant au moins quatre mois. Ces résultats se greffent à d'autres déjà observés qui tendent à confirmer le potentiel de protection d'un allaitement qui dure au moins quatre mois pour les tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale depuis leur naissance.

Figure 4
Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et l'hyperactivité/inattention selon le mode d'alimentation, Québec, 1998-2002



* Rapports de cotes significatifs au seuil de 5 %.

Interaction : $p = 0,22$ pour le test si la différence entre les positions sociales moyenne et faible est égale pour les allaités et les non allaités.

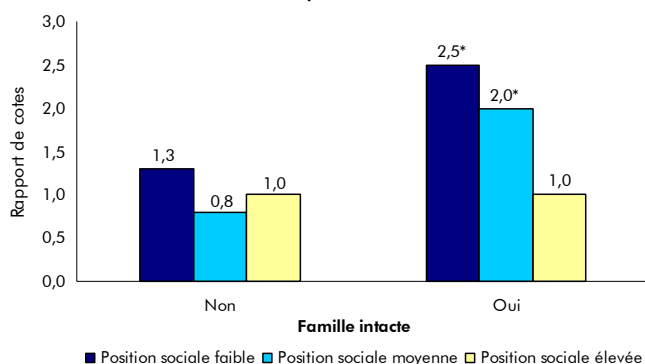
Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ, 1998-2002.

❖ La non-consultation d'un pédiatre

Une position sociale inférieure demeure liée à une probabilité plus forte de ne pas avoir consulté un pédiatre entre la naissance et l'âge d'environ 3 ½ ans. Le tableau A.3 révèle la persistance de ce lien particulier entre le fait de ne pas avoir consulté un pédiatre aux quatre premiers 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 de plusieurs facteurs et caractéristiques. En fait, comparativement à leurs pairs issus d'un milieu favorisé, les enfants de faible position sociale ont un risque accru d'environ 34 % de n'être jamais allés chez un pédiatre. Cela étonne un peu, car on a vu, tout le long de l'étude, qu'un état de santé précaire est davantage le lot des tout-petits de faible position sociale. En plus d'un faible statut socioéconomique, d'autres facteurs augmentent la probabilité des tout-petits de ne pas avoir été vus par un pédiatre dans les douze mois précédant chacun des volets de l'enquête : ne pas recevoir de soutien des grands-parents, vivre dans une famille de trois enfants et plus, avoir une mère non immigrante et qui a consommé de l'alcool pendant la grossesse.

On a de plus observé la présence de facteurs en mesure de modifier ce lien. En effectuant les analyses stratifiées, on remarque que parmi les tout-petits dont les parents se sont séparés, le lien entre la non-consultation d'un pédiatre et la position sociale se dissipe (figure 5).

Figure 5
Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la non-consultation d'un pédiatre selon la présence des deux parents biologiques, Québec, 1998-2002



* Rapports de cotes significatifs à un seuil de 5 %.

Interaction : $p = 0,08$.

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

Cela signifie que les enfants dont les parents biologiques ont cessé de vivre ensemble entre la naissance et l'âge d'environ 3 ½ ans présentent les mêmes probabilités de ne pas avoir consulté un pédiatre, peu importe le niveau socioéconomique de leur famille. Le fait d'avoir des

parents biologiques séparés semble faire perdre aux jeunes enfants les avantages associés à une famille de position sociale élevée quant à la fréquentation d'un pédiatre.

❖ La présence de caries (réparées ou non)

Après avoir pris en compte l'effet de plusieurs facteurs de risque ou de protection ou certaines caractéristiques, une position sociale faible persistante demeure significativement associée à un risque considérablement accru d'avoir des caries (réparées ou non) durant la petite enfance (tableau A.3). Le fait qu'un bambin vit depuis sa naissance au sein d'une famille située au bas de l'échelle sociale accroît son risque d'environ 112 % d'avoir des caries, comparativement à ses pairs issus d'un milieu favorisé. En plus d'un faible statut socioéconomique, un autre facteur augmente la probabilité des tout-petits d'avoir des caries : ne pas fréquenter une garderie. Voyons maintenant ce que révèle l'examen de facteurs susceptibles de modifier ce lien. En fait, pour les enfants de 4 ans vivant dans une famille de position sociale inférieure depuis leur naissance, aucun des nombreux facteurs analysés n'apparaît en mesure de les protéger de la probabilité élevée d'avoir des caries (données non présentées).

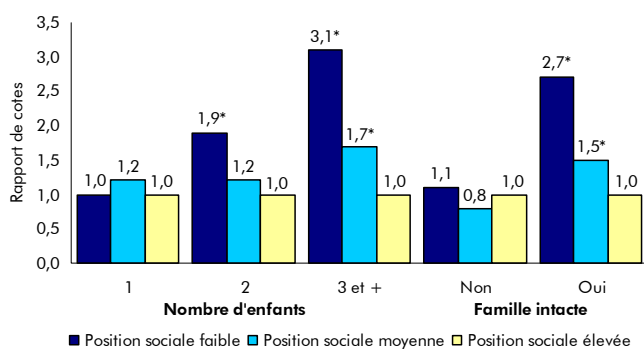
❖ La non-consultation d'un dentiste

Au Québec, pour les enfants de moins de 10 ans, la plupart des services dentaires sont gratuits, c'est-à-dire payés par notre régime public d'assurance-maladie. Or, nos analyses indiquent qu'une position sociale inférieure est liée à une probabilité élevée de ne pas avoir consulté un dentiste avant l'âge d'environ 4 ans. Le tableau A.3 révèle la persistance du lien entre la non-consultation d'un dentiste 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. Entre l'âge d'environ 2 ½ ans et 4 ans, les enfants défavorisés socialement ont un risque de près de 48 % plus grand de ne pas avoir été conduits chez le dentiste comparativement aux enfants provenant d'un milieu favorisé. En plus d'un faible statut socioéconomique, certains facteurs augmentent la probabilité des tout-petits de ne pas avoir été vus par le dentiste : être un enfant unique, ne pas fréquenter un jardin d'enfants ou ne pas participer à des activités éducatives et avoir une mère immigrante.

On remarque en outre la présence de deux facteurs en mesure de modifier ces liens : être un enfant unique et vivre dans une famille dont les parents biologiques sont séparés. D'une part, nos résultats révèlent que les enfants n'ayant ni frère ni sœur courent les mêmes risques élevés de n'être jamais allés chez le dentiste, peu importe le

niveau socioéconomique de leur famille (figure 6). Alors que si les enfants vivent dans une famille de trois enfants et plus, plus la position sociale est faible, plus le risque de ne pas aller chez le dentiste augmente. De sorte, que le fait d'être un enfant unique semble faire perdre l'avantage dont bénéficient les enfants favorisés en matière de consultation précoce d'un dentiste.

Figure 6
Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la non-consultation d'un dentiste selon le nombre d'enfants et la présence des deux parents biologiques, Québec, 1998-2002



* Rapports de cotes significatifs au seuil de 5 %.

Interactions : Famille intacte $p = 0,01$; Nombre d'enfants $p = 0,05$.

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

D'autre part, pour les enfants dont les deux parents biologiques ne vivent plus ensemble, l'influence de la position sociale ne joue pas sur la probabilité de ne jamais avoir consulté un dentiste avant l'âge d'environ 4 ans (figure 6). Les enfants qui vivent dans une famille dont les parents biologiques sont séparés courent donc les mêmes risques peu importe le niveau socioéconomique de leurs parents. Il en va autrement pour les enfants dont la famille est intacte : la probabilité de ne pas avoir effectué une visite chez le dentiste durant la petite enfance est étroitement liée à la position sociale de la famille puisque plus la position sociale de la famille est faible, plus la probabilité de ne pas avoir consulté un dentiste augmente. En réalité, pour les enfants favorisés, avoir des parents qui sont séparés semble leur faire perdre les atouts conférés par la position sociale élevée de leur famille.

❖ Des pistes pour l'intervention en contexte de vulnérabilité

Avant de poursuivre, il importe de rappeler certaines limites de notre étude. La taille de l'échantillon, la faible prévalence de problèmes de santé et de développement parmi les jeunes enfants, contrairement à une cohorte

composée de personnes âgées, de même que la sévérité de l'indicateur de faible position sociale persistante utilisé font en sorte que l'on n'obtient pas toujours des seuils irréprochables de signification statistique. Néanmoins, en nous inspirant de résultats obtenus avec d'autres études longitudinales, nous sommes persuadés que l'ÉLDEQ procure une occasion inouïe de déceler des facteurs qui pourraient diminuer l'inégalité sociale des jeunes enfants devant la santé, car, à l'échelle du Québec, nous pouvons maintenant décrire les changements qui surviennent dans la vie des tout-petits et de leur famille entre la naissance et l'entrée à l'école.

En bref, nos résultats indiquent que pour un bambin d'environ 4 ans, vivre depuis sa naissance au sein d'une famille située au bas de l'échelle sociale quant au revenu du ménage, au niveau de scolarité des parents et au prestige de leur profession accroît dans la plupart des cas sa probabilité d'avoir une santé et un développement compromis. Par exemple, lorsque l'on tient compte des autres facteurs liés au surplus de poids, le risque qu'il soit aux prises avec de l'embonpoint durant ses premières années de vie augmente de près de 42 % par rapport à des enfants provenant d'un milieu aisé. Comparativement à ses pairs issus d'un milieu favorisé, il a également environ 112 % plus de risques d'avoir des caries. On a aussi observé que les tout-petits de 4 ans provenant d'un milieu social défavorisé étaient conduits chez le pédiatre ou le dentiste moins fréquemment que les enfants évoluant dans un milieu favorisé : un risque de non-consultation plus grand d'environ 34 % pour le pédiatre et de près de 48 % pour le dentiste.

Certes, pour réduire les inégalités sociales de santé, il faut diminuer les inégalités socioéconomiques au sein de la société québécoise. Toutefois, d'ici l'atteinte de ce nécessaire objectif, la présente étude révèle certaines orientations à donner aux interventions en santé publique destinées aux populations vulnérables. Nous avons en effet levé le voile sur certains facteurs ou caractéristiques qui pourraient expliquer les liens observés entre la position sociale défavorable de la famille et les problèmes de santé ou de développement, alors que d'autres facteurs pourraient déjouer l'adversité. À la lumière de ces résultats, voici quelques pistes de réflexion pour l'intervention dans un contexte de vulnérabilité.

Tout en adoptant une attitude non culpabilisante et respectueuse des familles appartenant à un milieu social différent, l'ensemble des intervenants devrait promouvoir et soutenir l'allaitement maternel en milieu défavorisé, car ce dernier peut protéger la santé des enfants de faible position sociale. En témoignent les résultats portant sur l'hospitalisation et, dans une moindre mesure sur le plan

statistique, ceux concernant l'hyperactivité/inattention. Une attention spéciale devrait également être accordée aux familles monoparentales ainsi qu'à celles dont les parents sont eux aussi nés au Québec, les résultats ayant montré l'effet net de ces deux facteurs sur la propension à avoir été hospitalisé. On devrait aussi mettre en œuvre des actions qui encouragent le resserrement des liens intergénérationnels, puisque l'aide instrumentale ou émotive fournie par les grands-parents a été reconnue comme pouvant protéger la santé de leurs petits-enfants désavantagés. Retenons aussi que les programmes de santé publique visant à améliorer la santé des mères vivant en milieu défavorisé sont susceptibles de faire d'une pierre deux coups : sauvegarder aussi celle de leurs enfants.

Des actions non culpabilisantes visant à éliminer la fumée secondaire dans les maisons devraient également s'avérer bénéfiques pour protéger de l'asthme les tout-petits défavorisés. De plus, souvenons-nous que le tabagisme est associé au risque accru de comportements hyperactifs et inattentifs. Pour les crises d'asthme et pour l'hyperactivité/inattention, les garçons présentent une plus grande vulnérabilité que les filles. Il importe aussi de savoir que la plus grande prévalence de comportements hyperactifs et inattentifs rapportés parmi les enfants de faible niveau socioéconomique est également associée à des pratiques parentales coercitives, au fait de vivre dans un quartier dangereux pour les enfants avec peu d'entraide et au fait d'avoir une mère qui déclare ne pas être en très bonne santé à au moins un des volets de l'étude.

D'autre part, lors de l'élaboration de programmes de santé publique visant à prévenir l'embonpoint ou la carie dentaire, une attention particulière devrait être accordée aux familles de faible niveau socioéconomique, puisque qu'il semble fort difficile de contrer l'influence de l'adversité. Pour le surplus de poids, les jeunes enfants vivant dans une famille monoparentale devront également recevoir une attention singulière. Alors que pour la prévalence de la carie dentaire, les familles dont les enfants ne vont pas à la garderie nécessitent un suivi spécifique. D'ailleurs, il faut accroître sensiblement les efforts visant à encourager les parents de faible position sociale à conduire précocement leurs enfants au cabinet du dentiste. Pour la non-consultation du dentiste en milieu défavorisé, on devra accorder une attention particulière aux familles ayant trois enfants et plus, où la mère est immigrante et où les bambins ne fréquentent pas une garderie ou ne sont pas insérés dans d'autres activités éducatives structurées.

Enfin, mentionnons que pour les enfants vivant dans des familles aisées au plan socioéconomique, certains facteurs peuvent leur faire perdre les avantages en matière de santé

propres à leur position sociale élevée. Ainsi en est-il des enfants dont les parents ont vécu une séparation (consultation d'un pédiatre ou d'un dentiste), des familles qui n'ont pas de chien ni de chat (asthme) ou encore de celles ayant un seul enfant (consultation d'un dentiste).

Pour conclure, il nous semble fondamental d'investir auprès des enfants défavorisés à un âge précoce. À l'instar de James J. Heckman¹⁷, prix Nobel de sciences économiques, nous soutenons que c'est pendant la petite enfance que les citoyens du Québec devraient recevoir l'investissement par habitant le plus important. Une telle volte-face doit servir en priorité les très jeunes enfants de familles défavorisées. Dans un contexte de rareté de ressources sur le plan financier, il nous semble indispensable d'implanter des programmes de santé publique qui s'adressent en priorité aux clientèles susceptibles d'en tirer les plus grands bénéfices. Espérons que les facteurs de protection de la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale, mis au jour par nos travaux, trouvent un écho de façon prioritaire dans les futurs programmes de santé publique du Québec. Ainsi, en contrant une certaine fatalité sociale et sanitaire, on pourrait réduire de beaucoup les inégalités sociales de santé à l'âge adulte.

Annexes

Tableau A.1

Description des indicateurs de santé et de développement de l'enfant retenus

Indicateur de santé et de développement	Volets	Description de l'indicateur
Hospitalisation	1998 à 2002	Admission à l'hôpital pour au moins une nuit depuis sa naissance
Asthme	1999 à 2002	Présence de crises d'asthme à au moins un des volets concernés
Embonpoint	2001 ou 2002*	Indice de masse corporelle (IMC) calculé à partir du poids et de la taille de l'enfant en tenant compte du sexe et de l'âge de ce dernier**
Hyperactivité/inattention	2000 à 2002	Valeurs supérieures à 5 sur l'échelle standardisée (de 0 à 10) mesurant l'hyperactivité/inattention à au moins un des volets concernés
Non-consultation d'un pédiatre	1998 à 2001	Non-consultation d'un pédiatre à au moins un des volets concernés contre consultation d'un pédiatre à tous les volets
Carie dentaire	2002	Présence de caries qu'elles soient réparées ou non
Non consultation d'un dentiste	2000, 2001 et 2002	Non-consultation d'un dentiste à tous les volets concernés contre consultation d'un dentiste à au moins un des volets

* Dans le cas où les données du volet 2002 ne sont pas disponibles, nous utilisons les données du volet 2001.

** L'IMC a été calculé en tenant compte des critères élaborés par Cole et ses collègues : T. J. COLE, M. C. BELLIZZI, K. M. FLEGAL, et W. H. DIETZ (2000). « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey », *British Medical Journal*, vol. 320, n° 7244, p. 1240-1243.

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

Tableau A.2

Précisions concernant certains facteurs explicatifs ou de protection retenus pour les analyses multivariées

Facteur explicatif	Volets	Description du facteur
Allaitement	1998 et 1999	Deux variables dichotomiques <ul style="list-style-type: none"> • non allaité durant 4 mois et allaité 4 mois et plus • non allaité durant 6 mois et allaité 6 mois et plus
Principal mode de garde	1999 à 2002	Deux variables <ul style="list-style-type: none"> • 2 catégories : fréquente une garderie aux 4 volets et autres situations • 3 catégories : fréquente une garderie aux 4 volets; un parent garde l'enfant à la maison aux 4 volets; autres situations
Santé perçue de la mère	1998 à 2002	Santé perçue de la mère moins que très bonne (bonne, moyenne, passable ou mauvaise à au moins un des 5 volets)
Famille monoparentale	1998 à 2002	L'enfant a vécu en famille monoparentale à au moins un des volets pour lesquels le SSE est au maximum
Famille intacte	1998 à 2002	Famille dont les deux parents biologiques de l'enfant sont présents aux 5 volets de l'enquête
Pratiques parentales coercitives	2000 à 2002	Valeurs supérieures à 4 sur l'échelle standardisée (de 0 à 10) mesurant les pratiques parentales coercitives en réaction au comportement difficile de l'enfant à au moins un des volets concernés
Animaux domestiques	1998	Présence de chiens et/ou de chats à la maison
Soutien des grands-parents	2000	Valeurs supérieures ou égales à 5 sur l'échelle standardisée (de 0 à 10) mesurant le soutien instrumental et émotif des grands-parents maternels ou des grands-parents paternels
Quartier perçu comme dangereux et absence d'entraide	1998, 2000 et 2002	Valeurs supérieures à 2,5 sur l'échelle (de 1 à 4) mesurant la perception d'un quartier dangereux/absence d'entraide à au moins un des volets concernés
Soutien social	1999 à 2002	Valeurs supérieures à 7 sur l'échelle standardisée (de 0 à 10) mesurant le soutien social à au moins un des volets concernés

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

Tableau A.3

Facteurs explicatifs¹ de la relation entre la position sociale de la famille et divers indicateurs de santé et de développement des enfants d'environ 4 ans, Québec, 1998-2002

Facteurs explicatifs ²	Hospitalisation	Asthme	Embonpoint	Hyperactivité/ inattention	Pédiatre	Carie dentaire	Dentiste
Modèles sans ajustement							
Position sociale (élevée)							
• Faible	1,63	1,72	1,86	2,38	2,05	3,27	2,13
• Moyenne	1,47	1,51	1,69	1,97	1,57	1,93	1,43
Famille monoparentale (biparentale)	1,52 *	1,40	1,55	1,18		1,05	
Famille non intacte (intacte)					1,31		1,05
Modèles ajustés							
Position sociale (élevée)							
• Faible	1,45 41 % ³	1,60 47 % ³	1,53 42 %³	1,39 23 % ³	2,22 34 %³	2,40 112 %³	1,88 48 %³
• Moyenne	1,35	1,39	1,52	1,36	1,65	1,67	1,31
Famille monoparentale (biparentale)	1,45 *	1,37	1,52	1,05		1,06	
Famille non intacte (intacte)					1,26		0,99
Garçon (Fille)	1,24	1,68		1,61	1,13		1,04
Nombre de frères et sœurs (aucun)							
• 1 frère ou sœur					1,04		0,76
• 2 frères ou sœurs					1,46		0,71
Allaitement							
• Moins de 6 mois (6 mois et +)	1,30 *						
• Moins de 4 mois (4 mois et +)					1,37 *		
Principal mode de garde (garderie)							
• Ne fréquente pas une garderie (dichotomique)						2,44 *	
• Un des deux parents garde l'enfant			1,24 *				
• Par un proche ou un parent			1,29				
Non-fréquentation régulière d'un jardin d'enfants ou non-participation à des activités éducatives (oui)							
							1,44
Santé de la mère perçue moins que très bonne (très bonne ou excellente)							
	1,25 *	1,28 *	1,29	1,38 *			1,21 *
Mère a fumé durant la grossesse (non)							
	1,12 *				1,18 *		
Mère a consommé de l'alcool durant la grossesse (non)							
					1,41 *		
Mère non immigrante (oui)							
	1,67 *				1,76		0,50
Pratiques parentales coercitives (non)							
				2,58 *			
Exposé à la fumée secondaire (non)							
		0,88 *	1,19 *	1,33 *			
Pas de chien ni de chat à la maison (oui)							
		1,41					
Pas de soutien des grands-parents (oui)							
					1,59		
Quartier perçu comme dangereux (non)							
		1,28		1,47 *			
Pas de soutien social (oui)							
						1,30 *	

1. Sauf avis contraire, les valeurs présentées dans ce tableau sont les rapports de cotes provenant des modèles de régression logistique. Les rapports de cotes en caractères gras sont significatifs au seuil de 5 %.

2. La catégorie de référence pour chaque facteur explicatif est entre parenthèses.

3. Risque accru de la catégorie position sociale faible comparativement à celle élevée (risque relatif).

* Variables jouant un rôle confondant sur la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé. Il est à noter que certaines variables sont non significatives et ne jouent aucun rôle de confusion dans la relation du SSE avec l'indicateur correspondant. Elles sont néanmoins présentes car elles avaient été ultérieurement retenues (valeur p légèrement supérieure à 5 % avec le modèle ajusté) ou il a été démontré dans d'autres études qu'elles étaient des facteurs importants à considérer.

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

Notes

1. Ginette Paquet (Ph.D.) et Denis Hamel (M.Sc.) sont respectivement chercheure et statisticien à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce fascicule est disponible sur le site Web de l'ISQ (www.stat.gouv.qc.ca) et de l'INSPQ (www.inspq.qc.ca).
2. Nous avons notamment montré que la probabilité de séjourner au moins une nuit à l'hôpital durant les 29 premiers mois augmente d'environ 77 % pour un enfant de faible position sociale. Comparativement à ses pairs issus d'un milieu favorisé, il a également près de 31 % plus de risques de contracter une infection des voies respiratoires, une probabilité autour de 69 % plus grande que sa mère le déclare ne pas être en très bonne santé et une probabilité d'environ 96 % plus élevée de consulter un médecin généraliste. Voir : G. PAQUET 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, n° 3.
3. J. CHEN, J. M. FAIR, R. WILKINS, M. CYR et LE GROUPE D'ÉTUDES DE LA MORTALITÉ FŒTALE ET INFANTILE DU SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉRINATALE (1998). « Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, Statistique Canada (no. 82-003), p. 57-70.
4. *Ibid*, p. 57.
5. M. G. MARMOT, et J. SIEGRIST (2004). « Health inequalities and the psychosocial environment. Preface », *Social Science and Medicine*, vol. 58, n° 8, avril, p. 1461-1574.
6. Voir : D. J. BARKER (1995). « Foetal origins of coronary heart diseases », *British Medical Journal*, vol. 311 n° 6998, p. 171-174; C. POWER et C. HERTZMAN (1997). « Social and biological pathways linking early life and adult disease », *British Medical Bulletin*, vol. 53, n° 1, p. 210-221; M. WADSWORTH (1999). « Early life », dans : M. MARMOT et R. WILKINSON (Eds), *Social Determinants of Health*, Oxford, Oxford University Press, p. 44-63.
7. J. D. WILLMS (2003). « Dix hypothèses sur l'impact des gradients socioéconomiques et des différences communautaires sur le développement de l'enfant », *Rapport final*, Gatineau, Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada, Institut canadien de recherche pour les politiques sociales, 40 p.
8. M. MARMOT et J. SIEGRIST (2004), *op. cit.*
9. En plus de l'hospitalisation et de l'asthme, nous avons également examiné la santé perçue, les infections aux voies respiratoires et la consultation d'un médecin généraliste de manière à voir si les liens observés lors de nos analyses précédentes (G. Paquet et D. Hamel, *op. cit.*) se maintiennent au fur et à mesure que les enfants vieillissent. Notons que les résultats obtenus indiquent la persistance de ces liens et que ceux-ci feront l'objet d'une autre publication.
10. Cet indice a été construit par la Direction Santé Québec selon la méthode mise au point par Willms et Shields dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (voir : J. D. WILLMS 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 (University of New Brunswick) et Statistique Canada), Ottawa, 7p. 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) et de son conjoint, s'il y a lieu, ainsi que le prestige de la profession principale exercée par la PCM et son conjoint, le cas échéant. Cet indice de la situation socioéconomique du ménage a été utilisé avec succès dans le cadre de plusieurs travaux, notamment ceux de Tremblay et ses collègues sur l'agressivité des jeunes (voir : R. E. TREMBLAY, B. BOULERICE, P. W. HARDEN, P. MCDUFF, D. PÉRUSSE, R. O. PIHL et M. ZOCCOLILLO (1996). « Les enfants du Canada deviennent-ils plus agressifs à l'approche de l'adolescence? », dans : Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, n° 89-550-mpf au catalogue) et ceux de Willms sur le développement de l'enfant (voir : J. D. Willms, *op. cit.*).
11. Cela est conforme à la littérature sur la santé des enfants qui montre une influence déterminante d'une situation de défavorisation qui dure plusieurs années. Nos analyses antérieures ont montré (G. Paquet et D. Hamel, *op. cit.*) que de nombreuses familles québécoises connaissent une situation de faible niveau socioéconomique transitoire pendant les premières années 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.

12. L'indice de position sociale des familles sera divisé de la façon suivante : le premier groupe comprend les enfants pour lesquels l'indicateur standardisé du SSE est inférieur au 25^e percentile (faible). Le second groupe est formé des percentiles moyens (de 25 à 75), donc environ 50 % de la population. Le troisième groupe se compose des 25 percentiles supérieurs de l'échelle du SSE standardisé (élevé).
13. De toute évidence, cette exigence est sévère, mais elle évite ainsi d'inclure des familles qui vivent de façon plus modeste au cours des premières années de vie de l'enfant une situation temporaire souvent attribuable à la perte de revenu occasionnée par un congé de maternité ou de paternité. Enfin, il importe de souligner que l'utilisation d'un indicateur aussi exigeant fait en sorte que nos résultats sous-estiment vraisemblablement les liens entre la faible position sociale de la famille et la santé.
14. Puisque les rapports de cotes ne s'interprètent pas comme des risques relatifs, nous avons obtenu ceux-ci en modifiant les modèles de régression logistique et en utilisant le « log » plutôt que le « logit ».
15. Voir : G. Paquet et D. Hamel, *op. cit.*; J. D. Willms, *op. cit.*; P. M. BERNARD et C. LAPOINTE (1991). *Mesures statistiques en épidémiologie*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 314p.
16. Voir : D. R. OWNBY, C. C. JOHNSON et E. L. PETERSON (2002). « Exposure to dogs and cats in the first year of life and risk of allergic sensitization at 6 to 7 years of age », *Journal of American Medical Association*, vol. 288, n° 8, p. 963-972; J. C. CELEDON, A. A. LITONJUA, L. RYAN, T. PLATTS-MILLS, S. T. WEISS, et D. R. GOLD (2002), « Exposure to cat allergen, maternal history of asthma, and wheezing in first 5 years of life », *Lancet*, vol. 360, n° 9335, p. 781-782.
17. J. J. HECKMAN (2004). « Investir pour les jeunes enfants. » Conférence publique prononcée l'Université de Montréal par le lauréat du prix Nobel de sciences économiques 2000, Montréal, 27 mai.

L'ÉLDEQ en bref

Ce fascicule présente des données recueillies auprès d'un échantillon initial représentatif de 2 120 enfants, nés de mères résidant au Québec en 1997-1998 et qui ont été suivis de façon annuelle jusqu'à l'âge d'environ 4 ans dans le cadre de la première phase de l'ÉLDEQ (1998-2002).

La population visée par l'enquête est l'ensemble des bébés (naissances simples seulement)¹ qui avaient 59 ou 60 semaines d'âge gestationnel² au début de chaque période de collecte. Notons que les enfants nés de mères pour lesquelles on ne disposait pas de la durée de grossesse ou qui vivaient dans les régions sociosanitaires 10 (Nord-du-Québec), 17 et 18 (territoires cri et inuit) ainsi que sur les réserves indiennes ont été exclus de l'échantillon initial. En raison de la variation de la durée de grossesse et de la durée allouée à chaque période de collecte (4 à 5 semaines), tous les nourrissons n'ont pas exactement le même âge chronologique au moment de la collecte. Ainsi, au premier volet réalisé en 1998, les enfants étaient âgés en moyenne de 5 mois.

L'ÉLDEQ s'articule autour de plusieurs instruments de collecte servant à recueillir l'information sur la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM), son conjoint ou sa conjointe s'il y a lieu, l'enfant cible et les parents biologiques non résidants le cas échéant. Toutes les données présentées dans ce fascicule ont pu être pondérées et, de ce fait, les estimations présentées ont toutes fait l'objet d'ajustements visant à réduire les biais potentiels.

Pour plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur la méthodologie d'enquête et les données présentées dans ce fascicule, on peut consulter les numéros 1 et 12 du volume 1 de la collection ÉLDEQ 1998-2002.

1. Les couples de jumeaux (naissances gémellaires) et les autres naissances multiples ne sont pas visés par l'enquête. De plus, parmi les naissances simples, une très faible proportion des bébés pour lesquels la durée de gestation s'élevait à moins de 24 semaines ou à plus de 42 semaines ont été exclus (soit environ 0,1 % des naissances).

2. L'âge gestationnel est défini comme étant la somme de la durée de gestation (de la grossesse) et de l'âge chronologique.

L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 4 ans est sous la direction de :

Bertrand Perron, coordonnateur
Richard E. Tremblay, directeur scientifique

Ce fascicule ainsi que le contenu des rapports de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) sont disponibles sur le site Web de l'ISQ (www.stat.gouv.qc.ca) en cliquant sur l'onglet « Toutes nos publications » et en accédant ensuite à la rubrique « Société – Santé ».

Il est aussi possible de contacter le coordonnateur au (514) 873-4749 ou au 1 877 677-2087 (sans frais de l'extérieur de Montréal).

Citation suggérée : PAQUET, Ginette et Denis HAMEL (2005). « Des alliés pour la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale », *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 4 ans*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 3, fascicule 4.

Avec la collaboration de Ghyslaine Neill (Direction Santé Québec) et Nathalie Plante (Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales) de l'Institut de la statistique du Québec.

La version anglaise de ce fascicule est disponible sous le titre "Shoring up the Health of Young Children at the Low End of the Social Scale", in *Québec Longitudinal Study of Child Development (QLSCD 1998-2002) - From Birth to 4 Years Old*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Vol. 3, Fascicule 4.

Les partenaires et/ou subventionnaires de l'ÉLDEQ 1998-2002 sont :

- le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)
- l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
- le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine (MFAC)
- les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
- le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSHC)
- le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC)
- le Fonds québécois de la recherche sur la nature et les technologies (FQRNT)
- le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)
- la Fondation Molson
- le Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE), Valorisation Recherche Québec (VRQ)
- Développement des ressources humaines Canada (DRHC)
- l'Institut canadien de recherche avancée (ICRA)
- Santé Canada
- le National Science Foundation (NSF des É.-U.)
- l'Université de Montréal
- l'Université Laval
- l'Université McGill