



Au bas de l'échelle sociale, tout n'est pas joué à l'âge de 4 ans

Ginette Paquet
Denis Hamel

CIQSS
Le 30 septembre 2005



information



formation




recherche



*coopération
internationale*

*Institut national
de santé publique*

Québec 

Le plan de la présentation

1. Les objectifs de notre étude
2. Le comment (la méthodologie)
3. Les résultats obtenus
4. Les limites
5. Les pistes pour l'action publique en milieu vulnérable
6. Pour conclure



Les objectifs de l'étude

- ✦ Déceler des facteurs qui pourraient déjouer l'influence de l'adversité sur le développement et la santé des enfants
- ✦ Identifier des pistes pour l'action en santé publique



Comment?

- ◆ Avec les données des 5 premières années de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ)
- ◆ L'ÉLDEQ sous la gouverne de la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec



L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ)

- ◆ Un échantillon initial de 2 120 enfants, représentatif des enfants nés au Québec en 1997-1998
- ◆ Suivis annuellement à partir de l'âge de 5 mois jusqu'à environ 4 ans dans le cadre de la première phase (1998-2002)



L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ)

✦ Lors des 5 passages de l'ÉLDEQ, les enfants avaient environ

1. En 1998, 5 mois
2. En 1999, 1 ½ an
3. En 2000, 2 ½ ans
4. En 2001, 3 ½ ans
5. En 2002, 4 ans



La santé et le développement des enfants de 4 ans sont-ils liés à la position sociale de leur famille?

- ◆ La construction d'un indicateur de faible position sociale persistante
- ◆ À l'aide d'un indice de statut socioéconomique (scolarité, revenu profession des parents)



Notre indicateur de faible position sociale persistante

- ◆ La famille doit rester parmi le groupe socioéconomique inférieur pour tous les volets de l'enquête (1998-2002)
- ◆ La position sociale maximum atteinte par une famille à l'un des volets de l'enquête
 - ◆ faible, moyenne ou élevée
- ◆ Un exemple



La position sociale la plus élevée atteinte depuis la naissance de l'enfant

- ◆ Répartition des familles québécoises
 - ◆ 17 % des familles dans la catégorie de faible position sociale persistante
 - ◆ 52 % des familles dans la catégorie de position sociale moyenne
 - ◆ 31 % des familles dans la catégorie supérieure



Notre indicateur de faible position sociale persistante

- ◆ Un indicateur aussi exigeant
 - ◆ Nos résultats sous-estiment vraisemblablement les liens entre la faible position sociale de la famille et le développement des enfants



La santé et le développement des enfants sont-ils liés à la position sociale de leur famille?

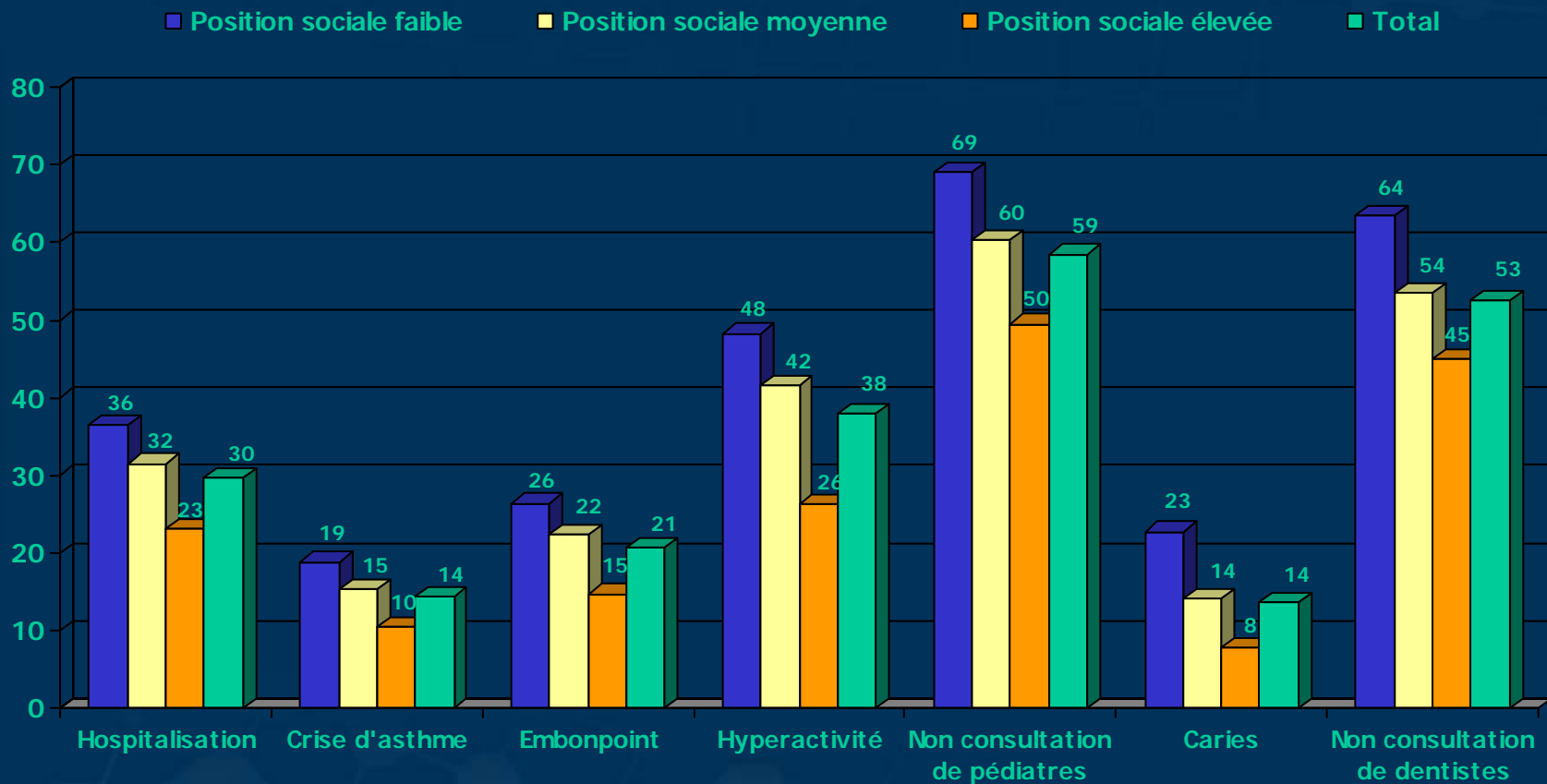
- ✦ Au Québec, un enfant de 4 ans risque davantage de voir sa santé et son développement compromis s'il vit depuis sa naissance au sein d'une famille située au bas de l'échelle sociale



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

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



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

- ◆ La santé et le développement des enfants ne sont pas exclusivement déterminés par la position sociale qu'occupe leur famille
- ◆ Examiner les liens entre la position sociale des familles et les facteurs de risque et de protection reconnus, ainsi qu'avec de nombreuses caractéristiques



Quelques facteurs explicatifs ou de protection retenus pour les analyses multivariées

Facteur explicatif	Volets	Description du facteur
Allaitement	1998 et 1999	Deux variables dichotomiques 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 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

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

- ✦ Les résultats obtenus à partir d'analyses bivariées montrent une distribution sociale inégale des facteurs de risque ou de protection pour tous les volets de l'enquête



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

- ◆ 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



Approche multivariée

- ✦ Modèles de régression logistique
 - ◆ Indicateurs de santé
 - ◆ Effet net de la position sociale
- ✦ Variables indépendantes retenues ou facteurs de contrôle
 - ◆ Variable « Type de famille » (ex. famille monoparentale)
 - ◆ Significatives à un seuil de 5%
 - ◆ Avec effet confondant
- ✦ Pas de lien de causalité: association
- ✦ Résultats: rapports de cotes et risques accrus

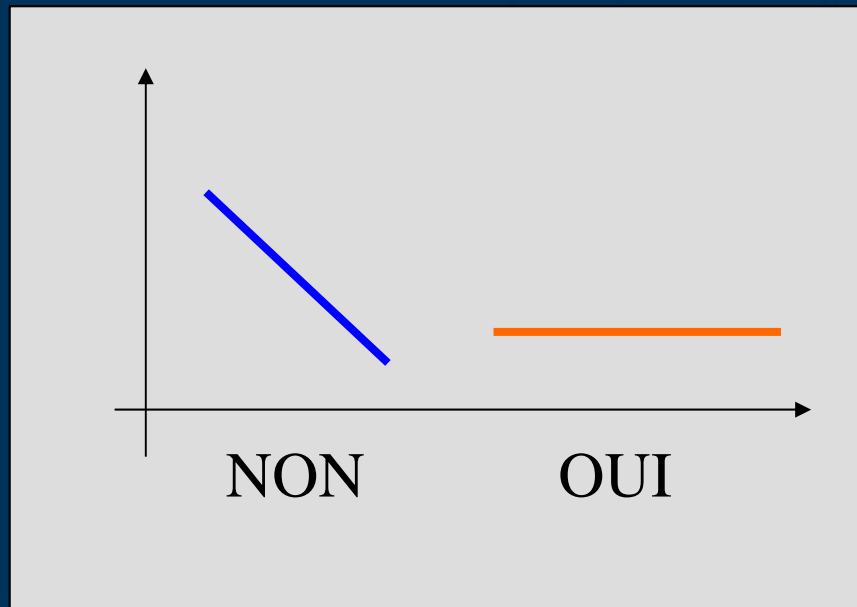


Facteurs modifiants

- ✦ Vérifier et comparer l'association entre la position sociale et l'indicateur de santé ou de comportement pour diverses catégories d'un même facteur
 - ◆ Inclusion une à une de termes d'interaction doubles avec la position sociale
 - ◆ Interaction significative \Rightarrow présence d'un effet modifiant important
 - ◆ Particulièrement, la partie de l'interaction touchant les deux groupes extrêmes: faible et élevée



Facteurs modifiants

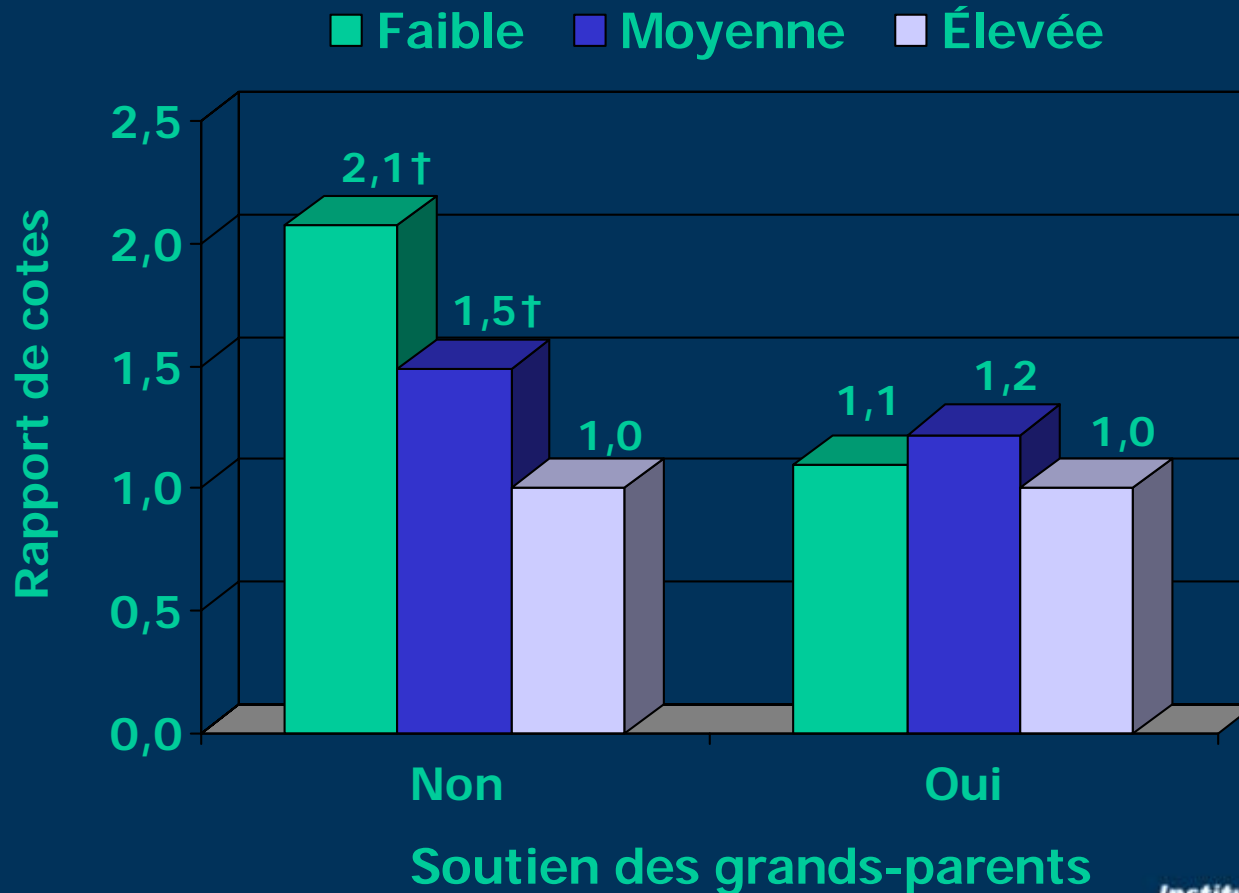


Facteurs modifiants

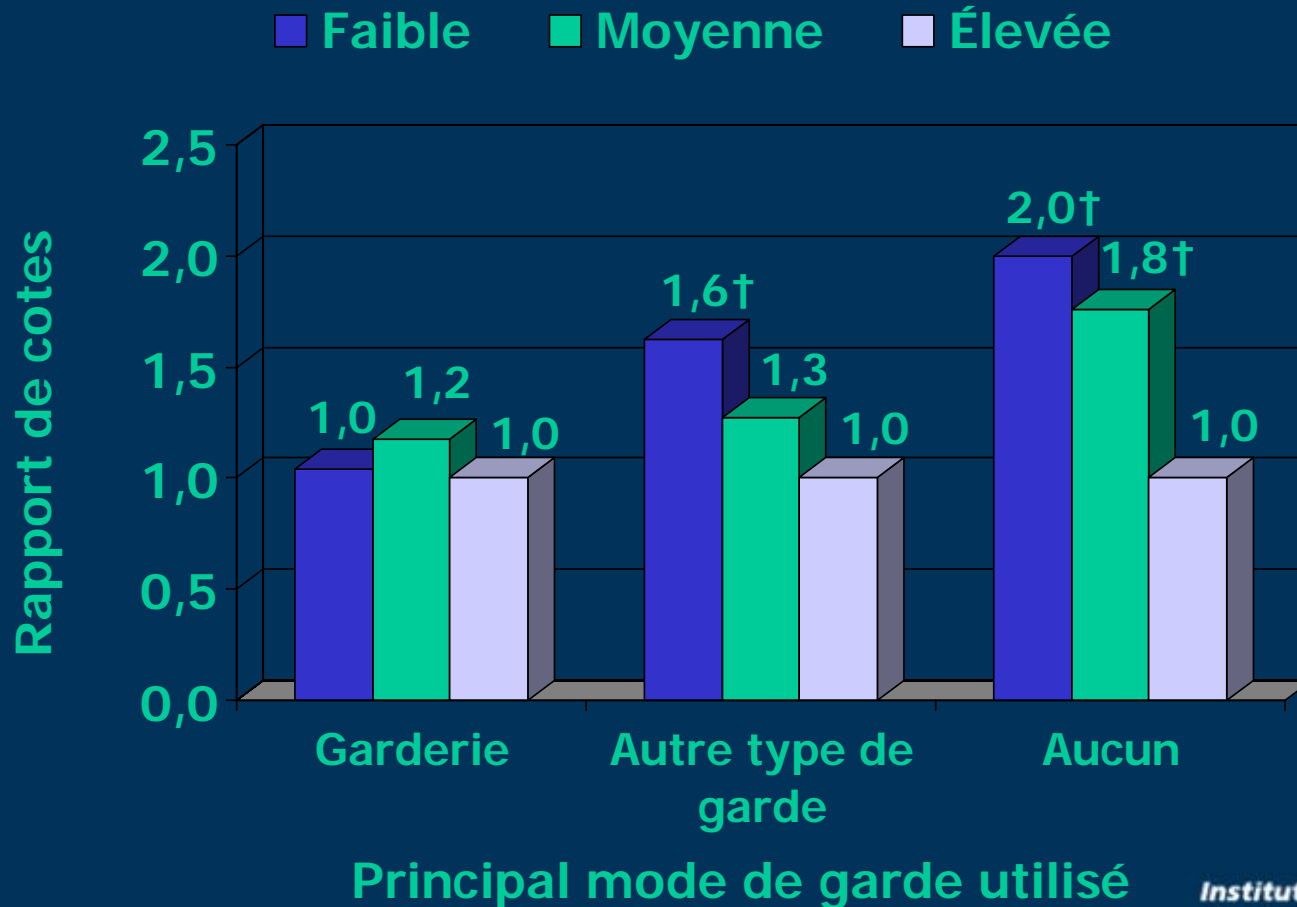
- ◆ Autre approche : construction et test de contrastes
 - ◆ Puissance des tests relativement faible due à la taille de l'échantillon dans certains sous-groupes
 - ◆ Sévérité de l'indicateur de position sociale persistante
- ◆ Présence si
 - ◆ la relation est presque inexistante pour certains sous-groupes,
 - ◆ alors que pour d'autres, elle semble persister



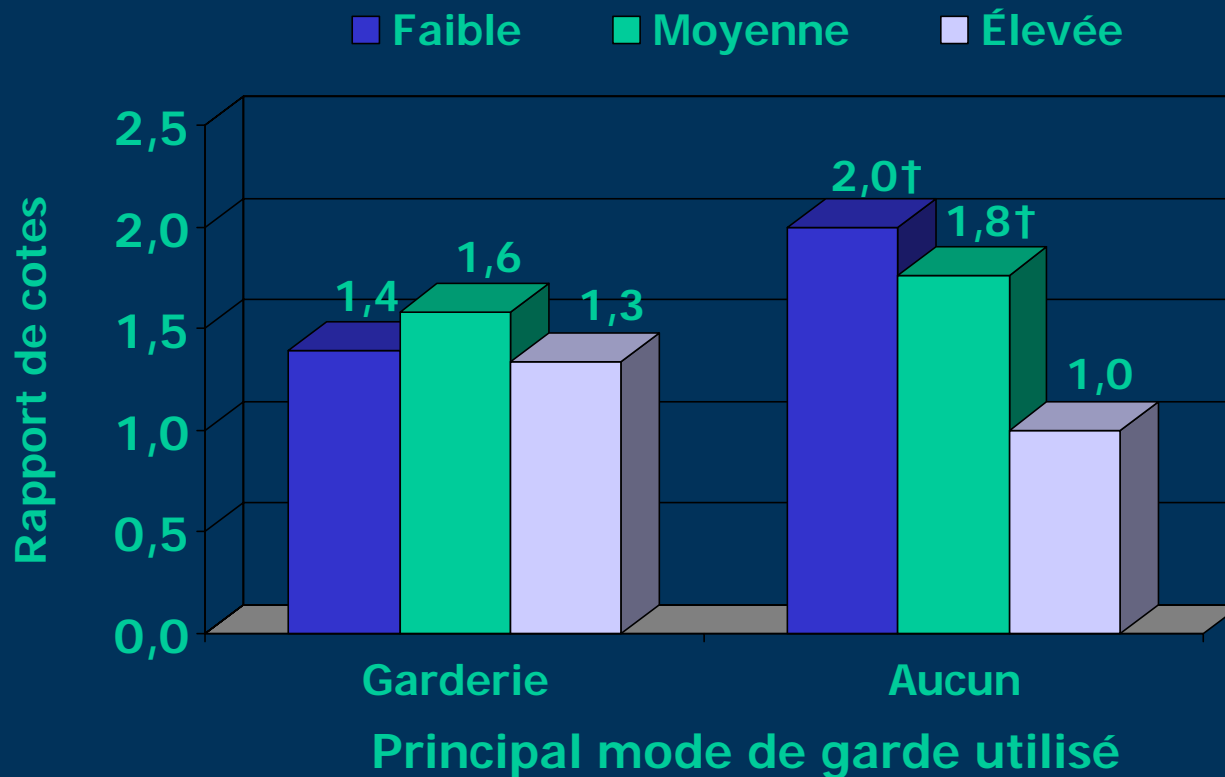
Liens entre la position sociale et la santé perçue moins que très bonne selon la présence ou non de soutien des grands-parents, Québec, 1998-2000



Liens entre la position sociale et la présence d'infections aux voies respiratoires selon le principal mode de garde, Québec, 1998-2000



Comparaison des liens entre la position sociale et la présence d'infections aux voies respiratoires selon le principal mode de garde, Québec, 1998-2000



Des résultats pour les enfants de 4 ans

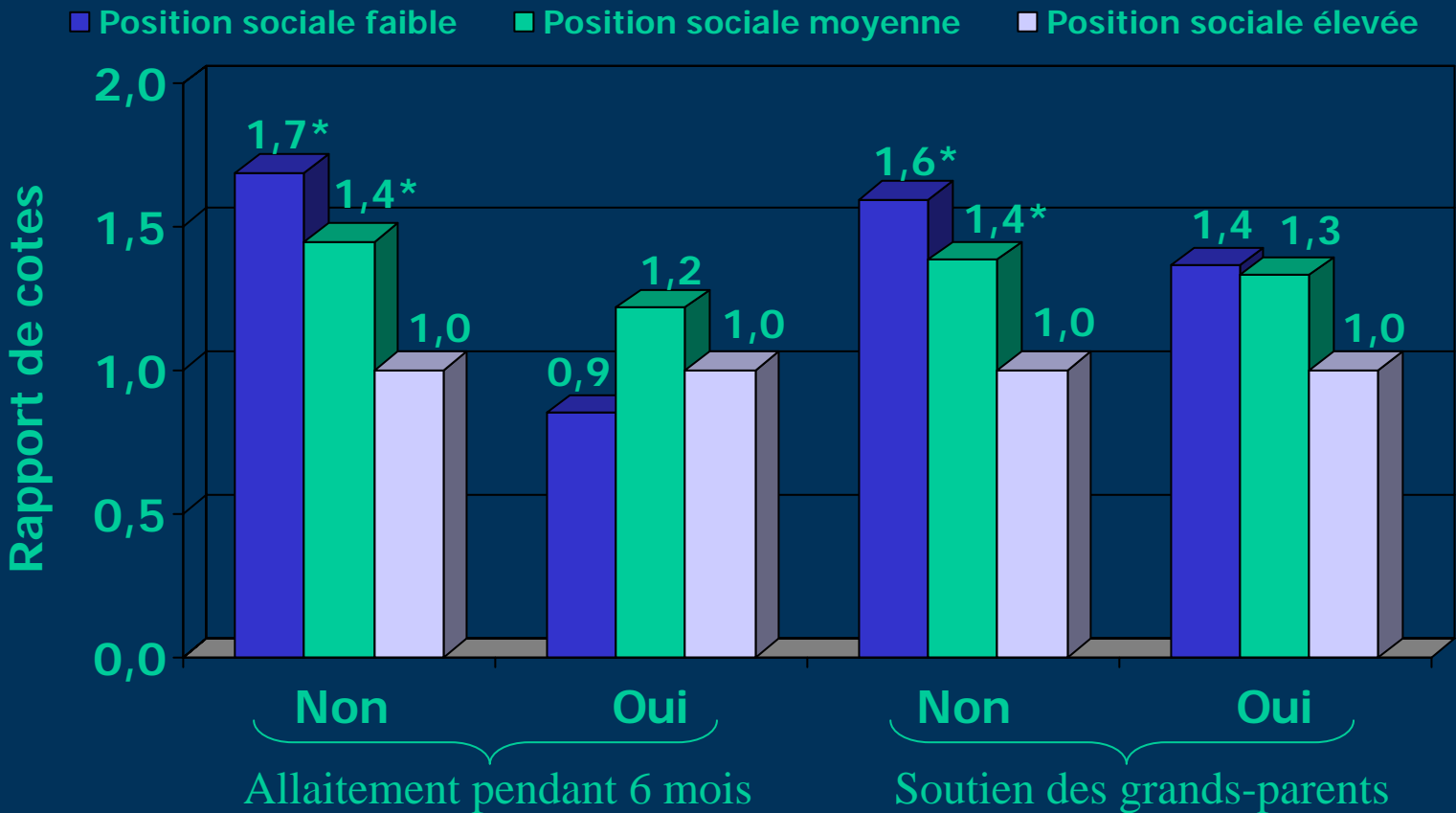
1. En plus d'une faible position sociale persistante, d'autres facteurs augmentent les risques pour la santé et le développement des enfants
2. Des facteurs protecteurs qui pourraient modifier l'association entre la position sociale et la santé des enfants



Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale et l'hospitalisation, Québec, 1998-2002

Modèle sans ajustement			Modèle ajusté	
Position sociale (élevée)				
• Faible	1,63		1,45 (41%)	
• Moyenne	1,47		1,35	
Famille monoparentale (biparentale)	1,52	*	1,45	*
Famille non intacte (intacte)				
Garçon (Fille)			1,24	
Allaitement				
• Moins de 6 mois (6 mois et +)			1,30	*
Santé de la mère perçue moins que très bonne (très bonne ou excellente)			1,25	*
Mère a fumé durant la grossesse (non)			1,12	*
Mère non immigrante (immigrante)			1,67	*
Pas de soutien social (oui)				

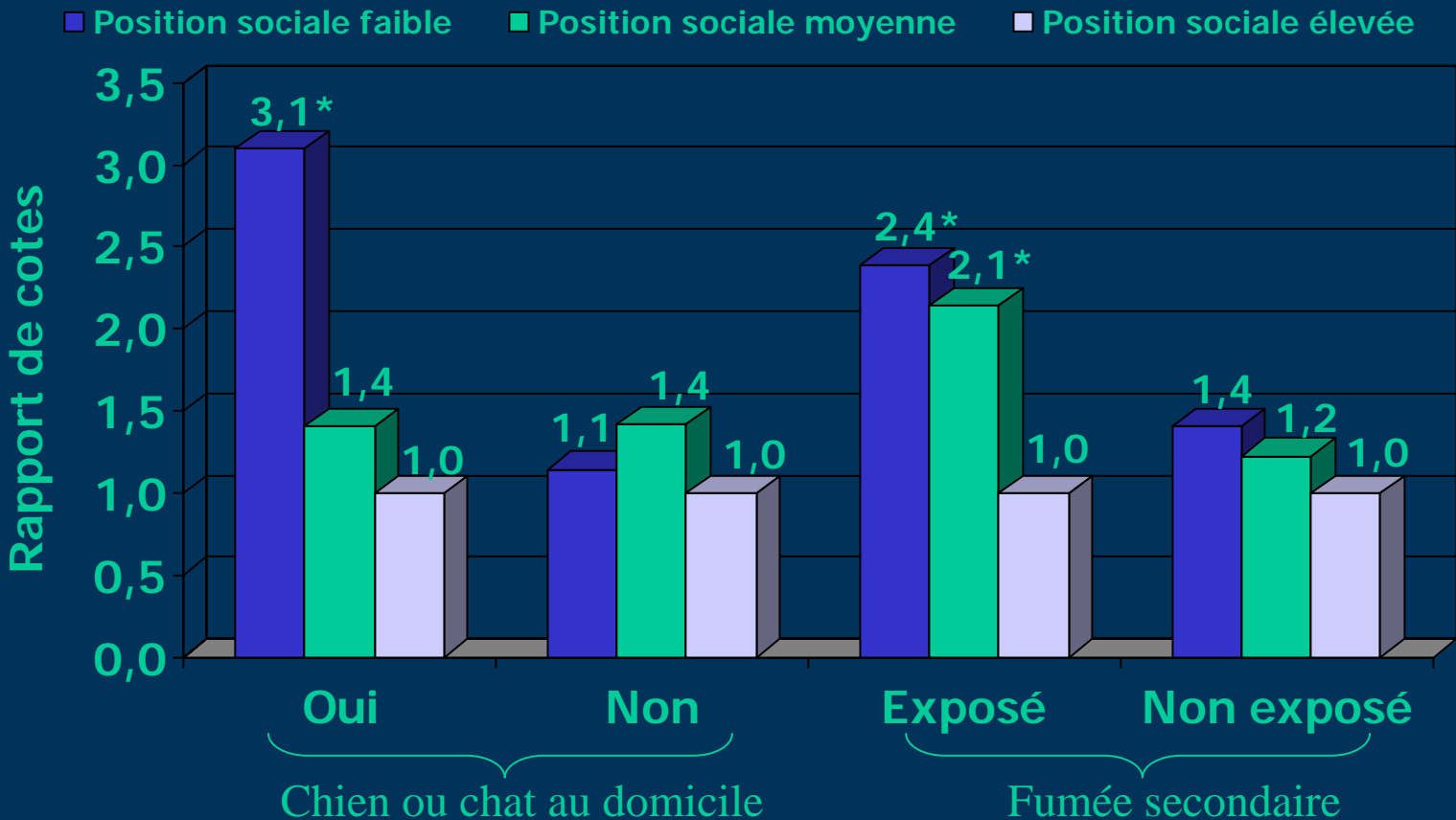
Liens entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant selon le mode d'alimentation et la présence ou non de soutien des grands-parents, Québec, 1998-2002



Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale et les crises d'asthme, Québec, 1998-2002

Modèle sans ajustement			Modèle ajusté	
Position sociale (élevée)				
• Faible		1,72	1,60 (47%)	
• Moyenne		1,51	1,39	
Famille monoparentale (biparentale)		1,40	1,37	
Garçon (Fille)			1,68	
Santé de la mère perçue moins que très bonne (très bonne ou excellente)			1,28	*
Exposé à la fumée secondaire (non)			0,88	*
Pas de chien ni de chat à la maison (oui)			1,41	
Quartier perçu comme dangereux (non)			1,28	

Liens entre la position sociale de la famille et les crises d'asthme selon la présence de chats ou de chiens à la maison et l'exposition à la fumée secondaire à la maison, Québec, 1998-2002



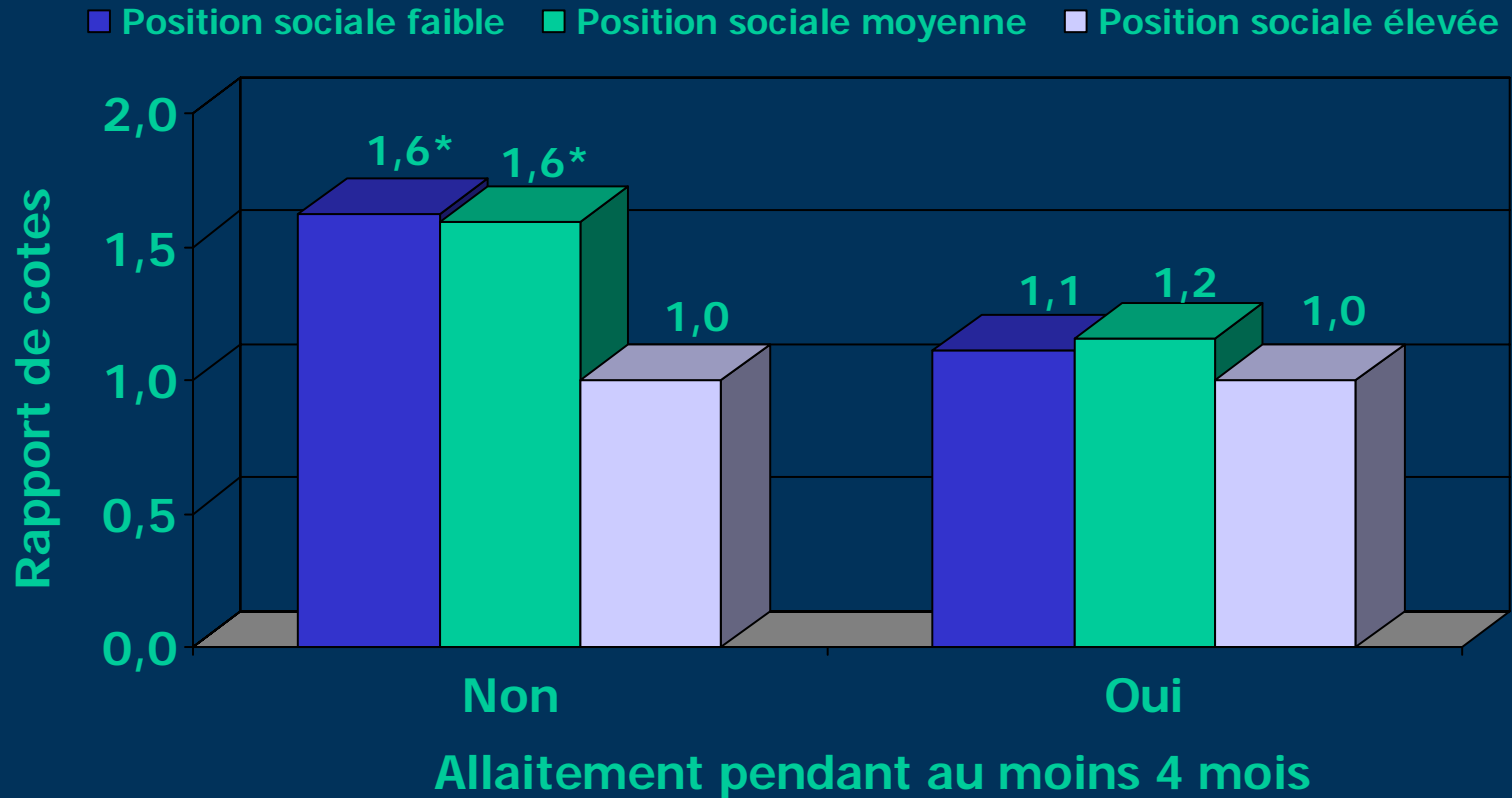
Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale et l'obésité, Québec, 1998-2002

Modèle sans ajustement			Modèle ajusté	
Position sociale (élevée)				
• Faible	1,86		1,53 (42%)	
• Moyenne	1,69		1,52	
Famille monoparentale (biparentale)	1,55		1,52	
Famille non intacte (intacte)				
Principal mode de garde (garderie)				
• Un des deux parents garde l'enfant			1,24	*
• Par un proche ou un parent			1,29	
Santé de la mère perçue moins que très bonne (très bonne ou excellente)			1,29	
Exposé à la fumée secondaire (non)			1,19	*

Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale et la présence d'hyperactivité/inattention, Québec, 1998-2002

Modèle sans ajustement			Modèle ajusté	
Position sociale (élevée)				
• Faible	2,38		1,39 (23%)	
• Moyenne	1,97		1,36	
Famille monoparentale (biparentale)	1,18		1,05	
Garçon (Fille)			1,61	
Allaitement				
• Moins de 4 mois (4 mois et +)			1,37	*
Santé de la mère perçue moins que très bonne (très bonne ou excellente)			1,38	*
Pratiques parentales coercitives (non)			2,58	*
Exposé à la fumée secondaire (non)			1,33	*
Quartier perçue comme dangereux (non)			1,47	*

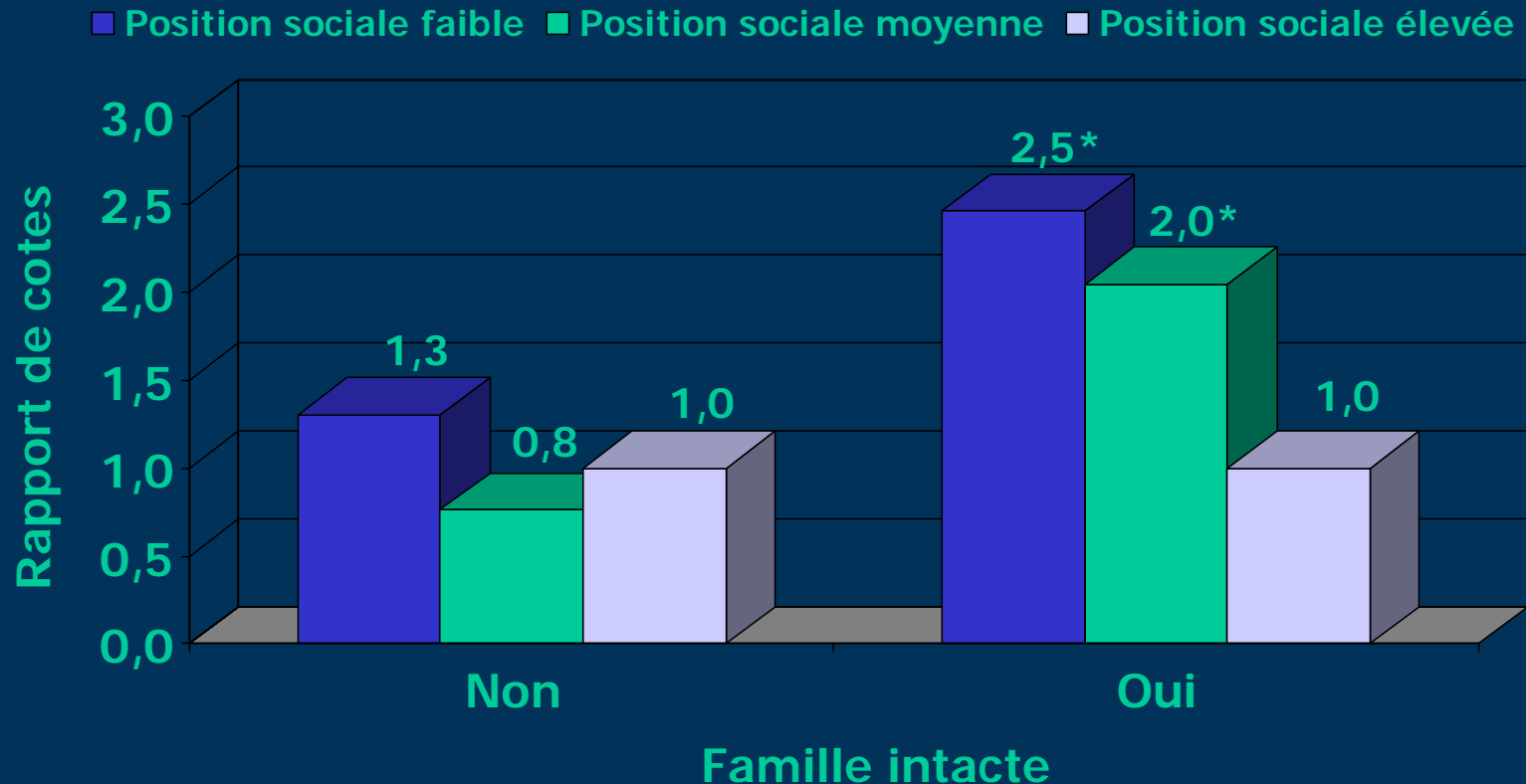
Liens entre la position sociale de la famille et l'hyperactivité/inattention selon le mode d'alimentation, Québec, 1998-2002



Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale et la non consultation de pédiatres, Québec, 1998-2002

	Modèle sans ajustement		Modèle ajusté	
Position sociale (élevée)				
• Faible		2,05	2,22 (34%)	
• Moyenne		1,57	1,65	
Famille non intacte (intacte)		1,31	1,26	
Garçon (Fille)			1,13	
Nombre de frères et sœurs (aucun)				
• 1 frère ou sœur			1,04	
• 2 frères ou sœurs			1,46	
Mère a fumé durant la grossesse (non)			1,18	*
Mère a consommé de l'alcool durant la grossesse (non)			1,41	*
Mère non immigrante (oui)			1,76	
Pas de soutien des grands-parents (oui)			1,59	

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



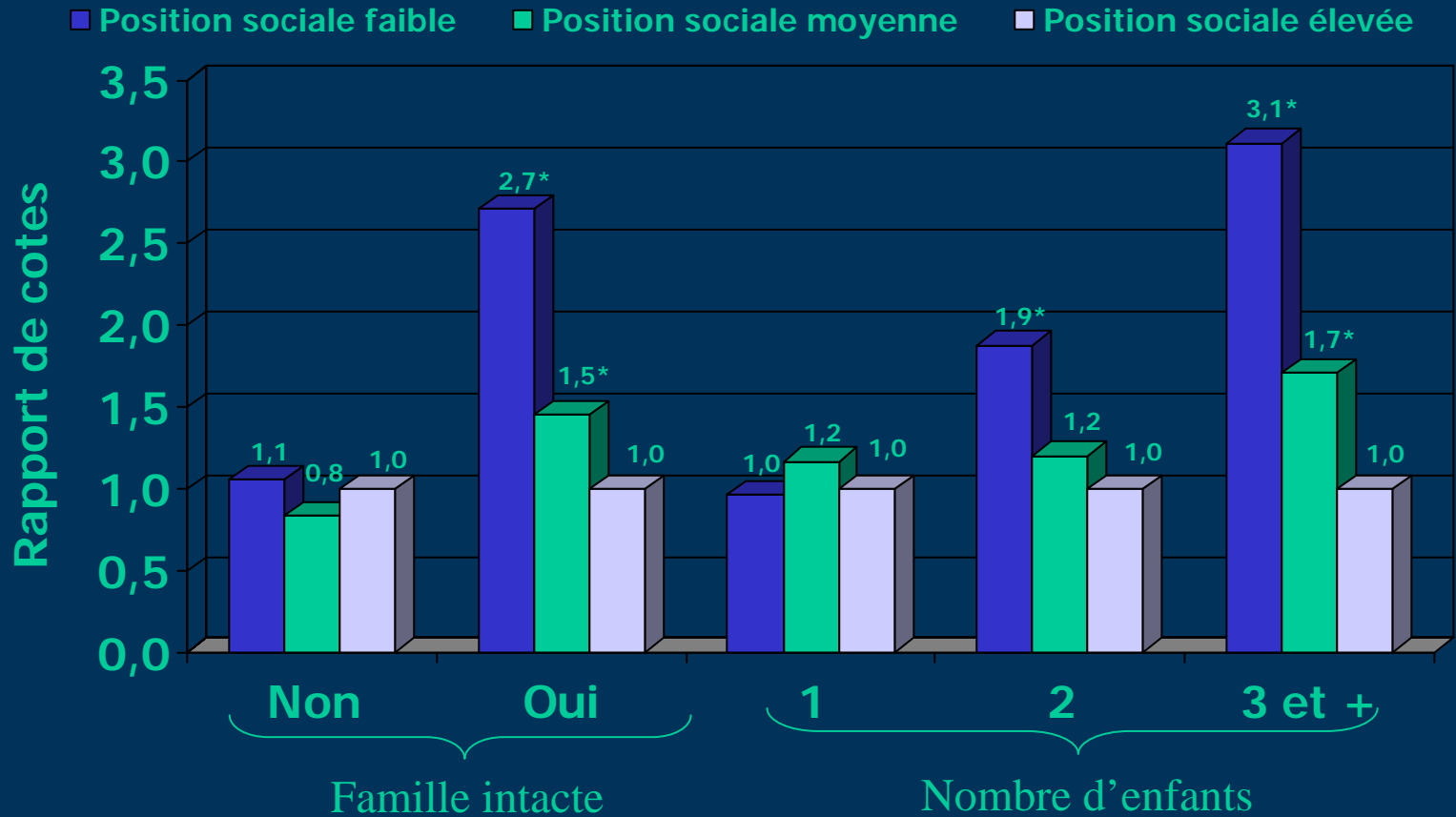
Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale et la présence de caries dentaires, Québec, 1998-2002

Modèle sans ajustement			Modèle ajusté	
Position sociale (élevée)				
• Faible		3,27	2,40 (112%)	
• Moyenne		1,93	1,67	
Famille monoparentale (biparentale)		1,05	1,06	
Principal mode de garde (garderie)				
• Ne fréquente pas une garderie (dichotomique)			2,44	*
Pas de soutien social (oui)			1,30	*

Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale et la non-consultation d'un dentiste, Québec, 1998-2002

	Modèle sans ajustement		Modèle ajusté	
Position sociale (élevée)				
• Faible		2,13	1,88 (48%)	
• Moyenne		1,43	1,31	
Famille non intacte (intacte)		1,05	0,99	
Garçon (Fille)			1,04	
Nombre de frères et sœurs (aucun)				
• 1 frère ou sœur			0,76	
• 2 frères ou sœurs			0,71	
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)			1,21	*
Mère immigrante (non)			2,00	

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



Les limites de notre étude

- ◆ La taille de l'échantillon (2000 enfants)
- ◆ La faible prévalence de problèmes de santé et de développement parmi les jeunes enfants, comparativement à une cohorte composée de personnes âgées
- ◆ La sévérité de notre indicateur de faible position sociale persistante



Les limites de notre étude

- ◆ La disponibilité des variables et des indicateurs dans l'ÉLDEQ
- ◆ Des seuils de signification statistique pas toujours irréprochables



Mais, en s'inspirant

- ✦ Des tendances que révèlent nos résultats et des conclusions d'autres études longitudinales
- ✦ L'ÉLDEQ permet de déceler des facteurs qui pourraient diminuer l'inégalité sociale des jeunes enfants devant la santé
- ✦ À l'échelle du Québec, nous pouvons décrire les changements qui surviennent dans la vie des tout-petits et de leur famille entre la naissance et l'âge scolaire



Des pistes pour l'action publique en milieu vulnérable

- ✦ Pour réduire les inégalités sociales de santé, il faut diminuer les inégalités socioéconomiques au sein de la société québécoise
- ✦ D'ici l'atteinte de ce nécessaire objectif, nos résultats suggèrent des orientations à donner aux interventions destinées aux populations vulnérables



L'allaitement maternel

- ◆ Tout en adoptant une attitude non culpabilisante et respectueuse des familles appartenant à un milieu social différent, promouvoir et soutenir l'allaitement
- ◆ Pourrait protéger les enfants de faible position sociale de l'hospitalisation et de l'hyperactivité/inattention.



Pour l'hospitalisation

- ◆ Une attention spéciale
 - ◆ Aux familles monoparentales
 - ◆ Aux familles dont les parents sont eux aussi nés au Québec
- ◆ L'effet net de ces deux facteurs sur la propension à avoir été hospitalisé



Le soutien des grands-parents

- ◆ Encourager le resserrement des liens intergénérationnels
- ◆ L'aide instrumentale ou émotive fournie par les grands-parents pourrait protéger la santé de leurs petits-enfants désavantagés (l'hospitalisation)



Une mère en très bonne santé

- ◆ Faire d'une pierre deux coups:
 - ◆ Améliorer la santé des mères vivant en milieu défavorisé et sauvegarder en même temps celle de leurs enfants (crises d'asthme)



La fumée secondaire dans les maisons

- ◆ Des actions non culpabilisantes visant à éliminer la fumée secondaire dans les maisons pourraient protéger de l'asthme les tout-petits défavorisés
- ◆ Le tabagisme est aussi associé au risque accru de comportements hyperactifs et inattentifs



Une attention spéciale aux garçons

- ◆ Pour les crises d'asthme et pour les comportements hyperactifs/inattentifs:
 - ◆ Les garçons présentent une plus grande vulnérabilité que les filles



Comportements hyperactifs et inattentifs

◆ Associés à :

- ◆ Des pratiques parentales coercitives
- ◆ Au fait de vivre dans un quartier dangereux pour les enfants avec peu d'entraide
- ◆ Au fait d'avoir une mère qui n'est pas en très bonne santé



L'embonpoint et la carie dentaire

- ✦ Fort difficile de contrer l'influence de l'adversité:
 - ◆ Selon nos analyses, aucun facteur ne semble en mesure d'égaliser socialement les risques



L'embonpoint

- ✦ Les jeunes enfants vivant dans une famille monoparentale devraient recevoir une attention particulière



La carie dentaire

- ✦ Les familles dont les enfants ne vont pas à la garderie nécessitent un suivi spécial



La non-consultation d'un dentiste

- ✦ Une attention particulière aux familles:
 - ♦ Où la mère est immigrante
 - ♦ Où les enfants ne fréquentent pas de garderie ou d'autres activités éducatives structurées



Les enfants de position sociale élevée

- ✦ Certains facteurs peuvent leur faire perdre les avantages en matière de santé propres à leur position sociale élevée:
 - ♦ Les enfants dont les parents ont vécu une séparation (consultation d'un pédiatre ou d'un dentiste)
 - ♦ Les familles qui n'ont pas de chien ni de chat à la maison (asthme)
 - ♦ 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
- ◆ C'est pendant la petite enfance que les citoyens du Québec devraient recevoir l'investissement par habitant le plus important (James J. Heckman, prix Nobel de sciences économiques)



Pour conclure

- ◆ Une telle volte-face doit servir en priorité les très jeunes enfants de familles défavorisées
- ◆ Implanter des programmes de santé publique qui s'adressent en priorité aux clientèles susceptibles d'en tirer les plus grands bénéfices



Pour conclure

Trouver un écho prioritaire aux facteurs susceptibles de rendre un peu plus égaux socialement les enfants en matière de santé

Ainsi,

- ♦ En contrant une certaine fatalité sociale et sanitaire, on pourrait réduire les inégalités sociales de santé à l'âge adulte.



Pour conclure

- ✦ Poursuivre le travail afin d'égaliser les chances de réussite pour tous les enfants du Québec



Pour en savoir davantage

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

- www.inspq.qc.ca/pdf/publications/396-Fascicule4-fr.pdf
- www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca



Merci
de
votre
attention !

