



Bien faire ce qu'il faut à 18 mois : en appui au bilan de santé amélioré

Robin Williams, Jean Clinton; Société canadienne de pédiatrie, groupe de travail de la petite enfance

English on page 647
Résumé en page 647

LE BILAN DE SANTÉ À 18 MOIS

Grâce aux neurosciences, on comprend beaucoup mieux l'importance d'un développement de la petite enfance de qualité et ses liens inextricables avec les comportements des enfants, leur capacité d'apprentissage et leurs issues de santé ultérieures (1-4). Ce constat a incité à s'intéresser à la manière dont la structure et le processus du bilan de santé peut promouvoir la santé et le bien-être à long terme. Les dispensateurs de soins de première ligne ont un énorme potentiel d'améliorer les issues en raison de leur contact régulier avec les enfants et les familles pendant la petite enfance. Pour pleinement réaliser ce potentiel, les pédiatres et les médecins de famille doivent évaluer leur mode de pratique courant et procéder aux mises à jour qui s'imposent à l'aide de pratiques et de compétences cliniques améliorées. Les dispensateurs de soins de première ligne, soit les pédiatres, les médecins de famille et d'autres intervenants, doivent également assumer une fonction plus énergique de défenseurs d'intérêts au sein du système de santé des enfants.

Les bilans de santé ne se limitent plus à la vaccination et au dépistage précoce de variances ou d'anomalies. De plus en plus, la première ligne permet de constater et de contribuer à améliorer, de manière proactive, les atouts uniques de tous les enfants et de leur famille. Les dispensateurs de soins de première ligne font la promotion de toute une série de comportements positifs (tels que l'allaitement, un rôle parental de qualité, la gestion de l'enfant, la prévention des blessures et les activités favorisant l'alphabétisation), le recours à des conseils préventifs et l'établissement de liens entre les ressources communautaires et les enfants et leur famille. Pour que ces interventions soient efficaces, les publications appuient l'utilisation d'un guide de supervision de la santé géré par le médecin, car elles démontrent qu'à lui seul, le jugement clinique ne suffit pas (5).

Même si les dispensateurs de soins de première ligne ont la possibilité de travailler avec les familles et les enfants afin d'améliorer le développement de la petite enfance à chaque bilan de santé, certains territoires de compétence ont sélectionné un bilan charnière comme point de départ pour favoriser des améliorations universelles axées sur le système. La rencontre à 18 mois est associée de nombreuses possibilités. Non seulement est-elle perçue comme un moment crucial du développement de l'enfant, mais c'est également un moment auquel les familles peuvent se trouver aux prises avec des problèmes, tels que les services de garde (notamment en installation, qui commencent généralement à cet âge), la gestion du comportement, la nutrition et l'alimentation ainsi que le sommeil. Il est important de dépister les morbidités parentales (troubles de santé mentale, violence, mauvais usage de drogues et d'alcool, maladie physique) lors de tous les bilans de santé, mais particulièrement lors de celui-là.

Le bilan de santé à 18 mois est souvent le dernier rendez-vous régulier (comportant des vaccins) avec un dispensateur de soins de première ligne avant le début de l'école. À part les rendez-vous liés à des maladies, c'est peut-être la dernière fois où l'enfant et sa famille verront un dispensateur de soins de première ligne jusqu'à ce que l'enfant ait quatre ans ou commence l'école. Il est essentiel que les familles sachent comment promouvoir un développement sain pendant cette période importante et demeurent à l'affût des signes de difficulté, y compris les problèmes de maîtrise de soi, de communication et de langage. Elles doivent savoir quand consulter leur dispensateur de soins de première ligne et comment trouver des ressources communautaires pour les soutenir.

Les dispensateurs de soins de première ligne doivent connaître les services offerts, contribuer à repérer les obstacles et faciliter l'accès aux services d'évaluation et de soins pour leurs patients.

LES INÉGALITÉS DES CHANCES

La mesure des indices sensibles du développement de la petite enfance à la maternelle (cinq ans) au Canada grâce à l'instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) révèle qu'un nombre important d'enfants n'est pas bien préparé à vivre l'expérience scolaire. En effet, environ 27 % des enfants canadiens de la maternelle sont considérés comme « vulnérables » selon l'IMDPE, alors que des taux de vulnérabilité supérieurs à 10 % peuvent être perçus comme « excessifs ». Autrement dit, environ les deux tiers des vulnérabilités développementales (langagières ou cognitives, physiques ou socioaffectives) que présentent les enfants à leur arrivée à l'école peuvent être prévenues (6). Le taux de vulnérabilité varie considérablement selon les quartiers canadiens, oscillant entre moins de 5 % et près de 70 % des enfants, selon des facteurs socioéconomiques, culturels, familiaux et liés à la gouvernance locale.

Lorsqu'un enfant prend du retard, il a tendance à le conserver (7,8). Être un enfant vulnérable d'après l'IMDPE nuit à sa performance scolaire, réduit son bien-être et diminue ses chances de décrocher un emploi décent plus tard dans la vie. À chaque tranche de 1 % de vulnérabilité supplémentaire, le PIB (produit intérieur brut) du Canada diminue de 1 % tout au long de sa vie active (9). Ainsi, si le Canada omet de corriger la vulnérabilité développementale pendant la petite enfance, la croissance économique est susceptible de subir un recul de 15 % à 20 % au cours des 60 prochaines années (10).

LES BILANS DE SANTÉ DANS D'AUTRES PAYS

Dans les pays industrialisés, il existe une grande variété d'approches envers les bilans de santé et les outils utilisés pour surveiller et promouvoir le développement de la petite enfance. L'*Offord Centre for Child Studies* (de Hamilton, en Ontario) a récemment terminé le survol des pays industrialisés pour déterminer

l'organisation des bilans de santé des nourrissons et des enfants et les outils utilisés (11). On se concentrait sur la surveillance et le dépistage de la santé et du développement des enfants de moins de six ans au Canada, aux États-Unis, en Angleterre, en Irlande, en Irlande du Nord, en Écosse, en Australie, en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas et en Suède. Le nombre de visites de surveillance des enfants de moins de six ans variait entre quatre en Écosse et 15 en Suède, aux Pays-Bas et aux États-Unis. Selon les pays, le contenu de ces bilans pouvait comprendre la vaccination, la surveillance de la croissance et le dépistage des problèmes de développement, mais également les conseils préventifs.

La plupart des pays assurent une surveillance du développement, mais bon nombre ne recommandent pas l'utilisation d'outils de dépistage standardisés et validés des troubles du développement lors des bilans de santé, à moins de constater des raisons de s'inquiéter. Dans les lignes directrices Hall 4 de l'Écosse (12) et le projet d'Indicateurs de santé sur la vie et le développement des enfants de l'Union européenne, on recommande que les pays se concentrent sur la surveillance du développement de l'enfant et on décourage le dépistage généralisé des troubles du développement. La plupart de ces pays suivent le développement de l'enfant au moyen de simples listes énumérant les étapes du développement au lieu de recourir à un outil validé. Dans de nombreux pays (le Royaume-Uni, l'Irlande, l'Écosse, l'Australie, les Pays-Bas), l'utilisation du dossier de santé que possèdent les parents permet aux familles de jouer un plus grand rôle dans la surveillance du développement de l'enfant. Les parents peuvent suivre et consigner le développement de leur enfant dans un carnet remis à tous qui est ensuite examiné par un professionnel de la santé. Des outils comme l'ASQ (*Ages & Stages Questionnaire*) (13) et le PEDS (*Parents' Evaluation of Developmental Status*) (14) peuvent également être utilisés de manière à tirer profit de l'apport des parents.

LE BILAN DE SANTÉ À 18 MOIS AU CANADA

Un survol des pratiques courantes dans les provinces canadiennes lors du bilan de santé à 18 mois (15) démontre que même s'il s'agit d'un moment précis pour procéder à la vaccination, on constate une grande variété quant au mode, au lieu et au contexte de la vaccination. Les bilans de santé, y compris la vaccination, sont assurés par des médecins de famille ou des pédiatres au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et en Ontario, mais dans les régions où il y a peu de médecins (p. ex., le Grand Nord de l'Ontario), des infirmières de la santé publique administrent les vaccins. D'ordinaire, la consultation chez le médecin inclut une évaluation de santé, des conseils préventifs et l'administration de vaccins.

Des infirmières de la santé publique administrent les vaccins à l'Île-du-Prince-Édouard, en Alberta et à Terre-Neuve-et-Labrador, en plus d'effectuer des activités comme l'examen physique et l'établissement de liens entre les familles et les ressources communautaires. Le Manitoba propose un modèle mixte de stratégies, incluant des infirmières de la santé publique et des médecins. L'Alberta a récemment terminé un projet pilote dans cinq collectivités, dans le cadre duquel elle a fait appel à l'ASQ dans les cliniques de dépistage. La Saskatchewan, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba ont amorcé des projets pilotes. L'information relative au Québec et au Territoire du Yukon n'était pas accessible au moment de la rédaction du présent document, tandis que les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne faisaient pas partie de l'enquête.

LE SYSTÈME ONTARIEN

En octobre 2009, l'Ontario a adopté un bilan de santé amélioré à 18 mois associé à un nouveau code d'honoraires médicaux. Cette décision faisait suite à des travaux approfondis menés par un groupe d'experts, y compris le Collège des médecins de famille de

l'Ontario et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, qui a examiné les données probantes liées à un tel bilan et formulé une série de recommandations au gouvernement et à l'Ontario Medical Association (16).

Conscient que le bilan de santé à 18 mois est la dernière rencontre en première ligne (comportant des vaccins) prévue avant le début de l'école, le groupe a recommandé de déplacer l'objectif de l'examen physique du bébé en santé vers une évaluation charnière de la santé développementale. Le groupe a également recommandé d'adopter un processus au moyen d'outils standardisés, soit le Relevé postnatal Rourke et le *Nipissing District Developmental Screen*, afin de faciliter une discussion plus large entre les dispensateurs de soins de première ligne et les parents sur les sujets suivants :

- Le développement de l'enfant
- Le rôle des parents
- L'accès à des programmes et services communautaires locaux qui font la promotion du sain développement et de l'apprentissage de la petite enfance
- La promotion de l'alphabétisation précoce grâce à la lecture

Dans un sondage, les médecins de l'Ontario ont affirmé que le temps nécessaire pour effectuer un bilan de santé amélioré constituait le principal obstacle à son adoption. Ils se sont également dits inquiets qu'en dépistant des enfants ayant des problèmes de développement sans disposer du soutien communautaire pertinent vers lequel aiguiller les enfants pour qu'ils se fassent traiter, ils se trouveraient devant un dilemme moral (16).

Pour appuyer l'amélioration et le changement prévus des systèmes, l'*Offord Centre for Child Studies* et MacHealth (de Hamilton, en Ontario) ont créé un portail (www.18monthvisit.ca) pour des besoins d'éducation. De plus, en collaboration avec la Fondation pour l'éducation médicale continue, un module du Programme d'apprentissage en petit groupe (PAPG) a été mis sur pied. Les travaux ont été menés à bien en partenariat avec la Stratégie Meilleur départ de l'Ontario, qui aide les collectivités à élaborer des voies sur le rôle parental et les ressources dans le cadre du développement de la petite enfance, ainsi qu'à se pencher activement sur les problèmes relatifs aux listes d'attente.

L'ÉLABORATION D'UN OUTIL DE MESURE DE LA SANTÉ EN POPULATION AUPRÈS DES ENFANTS DE 18 MOIS

Comment s'en tirent les nourrissons de 18 mois au Canada? Malheureusement, on ne le sait pas, puisqu'il n'existe pas d'outil commun pour mesurer leurs progrès sur le plan du développement. Cependant, en collaboration avec l'*Offord Centre for Child Studies*, un groupe pancanadien est à explorer la mise en place d'un outil de mesure de la santé en population qui sera utilisé à 18 mois. Puisque les enfants des diverses parties du Canada sont évalués au moyen d'outils différents (par exemple, dans certaines provinces, les infirmières administrent l'ASQ, tandis que les médecins de l'Ontario utilisent le Relevé postnatal Rourke et le *Nipissing District Developmental Screen*), la création d'une plateforme commune en vue de la surveillance à 18 mois pose un défi. Des évaluations sont actuellement en cours pour déterminer si l'ASQ peut être raccourci sans perdre sa validité, de manière à pouvoir être utilisé par les médecins dans le cadre d'un bilan dont les honoraires seront préétablis (17).

RECOMMANDATIONS

La Société canadienne de pédiatrie recommande de renforcer le système relatif au développement de la petite enfance au Canada au moyen d'une série d'activités.

À l'intention des dispensateurs de soins de première ligne en milieu clinique

1. Chaque pédiatre et chaque médecin de famille canadien qui soignent de jeunes enfants peuvent contribuer à améliorer la santé et le bien-être de leurs patients grâce à un bilan de santé amélioré à 18 mois. (Dans les territoires de compétence où des infirmières en pratique avancée effectuent le bilan de santé à 18 mois, il faudrait prévoir une formation ciblée sur cette approche.) Pour ce faire, les médecins doivent adopter une approche systématique à chaque bilan de santé à 18 mois, qui intégrera :
 - a. un guide de supervision de la santé géré par le médecin contenant des suggestions probantes (tel que le Relevé postnatal Rourke).
 - b. un outil de dépistage des troubles du développement (les plus utilisés sont le *Nipissing District Developmental Screen*, l'ASQ et le PEDS/PEDS:DM) pour stimuler la discussion avec les parents au sujet du développement de leur enfant, à la fois sur les moyens dont ils peuvent le soutenir et sur leurs inquiétudes éventuelles.
 - c. le dépistage des morbidités des parents (problèmes de santé mentale, violence, mauvais usage des drogues et de l'alcool, maladie physique).
 - d. la promotion d'activités d'alphabétisation précoce (lire, parler et chanter aux bébés) dans toutes les familles (18).
 - e. de l'information sur les ressources communautaires sur le développement de la petite enfance à toutes les familles (programmes sur l'art d'être parent, centres de ressources pour les parents et sur l'apprentissage de la petite enfance, bibliothèques, centres communautaires de loisir, etc. Voir www.cps.ca et www.18monthvisit.ca pour obtenir des liens).
2. Les pédiatres et les médecins de famille doivent maintenir leurs compétences professionnelles à jour afin de s'assurer de dépister les enfants qui ont besoin d'examen plus approfondis, de diagnostics et de traitements. Tous les enfants qui ne respectent pas les étapes et les attentes en matière de développement, y compris le développement socioaffectif, la maîtrise de soi et l'attachement, devraient être aiguillés vers des ressources communautaires pour la petite enfance de même que vers des évaluations et interventions développementales plus spécialisées en matière de petite enfance, selon les besoins.

À l'intention des dispensateurs de soins de première ligne dans leur collectivité

Les pédiatres et les médecins de famille devraient :

1. faire de la défense d'intérêts sur la scène locale pour l'élaboration et l'amélioration des ressources en petite enfance, y compris des programmes et des politiques bénéfiques pour les jeunes enfants.
2. prôner l'adoption d'un bilan de santé amélioré à 18 mois dans la totalité des provinces et des territoires, étayé par des lignes directrices standards (voir la recommandation 1, ci-dessus) et un code d'honoraires spécial.
3. promouvoir l'adoption d'un bilan de santé amélioré à 18 mois auprès de leurs collègues, y compris d'autres professionnels de la santé, par des voies officielles et officieuses (formations médicales continues, formation des résidents et améliorations du cursus).

4. soutenir des projets pilotes et des initiatives de recherche et y participer, en vue de repérer des interventions rentables fondées sur les issues qui contribuent à corriger l'écart entre les enfants qui réussissent bien et ceux qui réussissent peu.

À l'intention des gouvernements et des organismes axés sur les enfants

Pour parvenir à un changement systémique, il faudra que les gouvernements et les organismes prennent les mesures suivantes :

1. Travailler à la création et au financement soutenu d'un système de mesure du développement de la petite enfance, y compris un bilan de santé amélioré à 18 mois auprès de tous les enfants canadiens.
2. S'assurer que les provinces et les territoires appuient le bilan de santé amélioré à 18 mois au moyen de lignes directrices standards et d'un code d'honoraires spécial.
3. Mettre au point un système détaillé de mesure et de surveillance qui collige des données pertinentes sur les progrès des jeunes enfants du Canada et de leur famille. Un tel système devrait inclure l'administration régulière de l'instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) à la maternelle et l'élaboration d'autres instruments de mesure (à 18 mois, pendant l'enfance et par la suite) qui peuvent être croisés, comparés et analysés régulièrement et dont on peut faire des comptes rendus. Ces données étayeraient les mesures prises dans les cadres cliniques, communautaires et gouvernementaux.
4. Promouvoir et soutenir des initiatives de recherche en vue de déterminer s'il est nécessaire de prévoir un bilan de santé régulier entre celui de 18 mois et celui de quatre ans.

REMERCIEMENTS : Le comité de la pédiatrie communautaire et la section de la pédiatrie du développement (comité directeur) de la Société canadienne de pédiatrie, ainsi que le docteur Emmett Francœur de Montréal, au Québec, ont révisé le présent document de principes.

RÉFÉRENCES

1. McCain M et Mustard JF. Inverser la véritable fuite des cerveaux : Étude sur la petite enfance : Rapport final. Ontario. Secrétariat à l'enfance, Publications Ontario, 1999.
2. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives: Strategic review of health inequalities in England, post-2010. The Marmot Review, février 2010. <www.marmotreview.org> (consulté le 9 novembre 2011)
3. Shonkoff J, Phillips D. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
4. Commission des déterminants sociaux de la santé (2008). Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008.
5. Guidelines Advisory Committee, 18-month Steering Committee. Final Report to the OCFP for the Evidence to Support the 18 Month Well Baby Visit, 2006. <www.ocfp.on.ca/docs/cme/final-report-for-the-evidence-to-support-the-18-month-well-baby-visit.pdf> (consulté le 9 novembre 2011)
6. Hertzman, C. Social geography of developmental health in the early years. *Healthc Q* 2010;14:32-40.
7. Felitti VJ. Reverse alchemy in childhood: Turning gold into lead. <www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/reserve_alchemy.pdf> (consulté le 9 novembre 2011)
8. Heckman, J. Invest in the Very Young. Chicago, Ill: Ounce of Prevention Fund and the Irving B. Harris Graduate School of Public Policy Studies, University of Chicago, 2002. <www.ounceofprevention.org/news/pdfs/HeckmanInvestInVeryYoung.pdf> (consulté le 9 novembre 2011)

9. Kershaw P, Anderson L, Warburton B, Hertzman C. 15 by 15: A Comprehensive Policy Framework for Early Human Capital Investment in BC Human Early Learning Partnership Vancouver, University of British Columbia, August 2009.
10. Kershaw P, Warburton B, Anderson L, Hertzman C, Irwin LG, Forer B. The Economic Costs of Early Vulnerability in Canada. *Can J Public Health* 2010;101 (Suppl 3):S8-12.
11. Cairney J, Clinton J, King-Dowling S. International Environmental Scan, March 15, 2011. Préparé pour l' Offord Centre for Child Studies. Rapport non publié.
12. Hall, David MB, Elliman, D (éd.). *Health for all children*, 4^e éd. Oxford: Oxford University Press, 2003.
13. *Ages & Stages Questionnaire*. Paul H. Brookes Publishing Company Inc., 2011. <<http://agesandstages.com/>> (consulté le 9 novembre 2011)
14. Parents' Evaluation of Developmental Status. 2011 PEDSTest.com, LLC, 2011. <www.pedstest.com/Home.aspx> (consulté le 9 novembre 2011)
15. Forum for Early Childhood Monitoring. 18-Month Monitoring Initiative: National Scan Results Summary. January 2011. (Non publié).
16. Rapport du Groupe d'étude sur le bilan de santé à 18 mois. Bien portant à 18 mois... bien parti pour la vie. Septembre 2005. <www.children.gov.on.ca/htdocs/French/documents/topics/earlychildhood/getting_it_right_18_months.pdf> (consulté le 9 septembre 2011)
17. Negreiros J, Vaghri Z, Johnson Baker J, Hertzman C. Review of Developmental Screening Instruments for Infants at Age Eighteen Months. Human Early Learning Partnership, Vancouver: University of British Columbia, 2010. Non publié.
18. Société canadienne de pédiatrie, comité de la pédiatrie psychosociale [auteure principale : Alyson Shaw]. *Lisez, parlez, chantez : La promotion de l'alphabétisation au cabinet du médecin*. *Paediatr Child Health* 2006;11(9):611-6.

GROUPE DE TRAVAIL DE LA PETITE ENFANCE

Membres : *Robin Williams MD (président jusqu'au 30 juin 2011), Sue Bennett MD, Jean Clinton MD, Clyde Hertzman MD, Denis Leduc MD, Andrew Lynk MD*

Auteurs principaux : *Robin Williams MD, Jean Clinton MD*

Les recommandations contenues dans le présent document ne sont pas indicatrices d'un seul mode de traitement ou d'intervention. Des variations peuvent convenir, compte tenu de la situation. Tous les documents de principes et les points de pratique de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement révisés. Consultez la zone *Documents de principes* du site Web de la SCP (www.cps.ca) pour en obtenir la version complète à jour.