

Mise en contexte et recommandations à l'intention des médecins et infirmières responsables du suivi périodique de la santé et du développement des enfants de 0-5 ans.

Contexte

En 2017, l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM)* a permis de dresser un profil du développement des enfants entrant dans le système scolaire (Simard et coll., 2018). Les résultats révèlent que :

- ✓ **28 %** des enfants de maternelle sont vulnérables dans au moins un des aspects de leur développement, que ce soit sur le plan moteur, affectif, social, langagier ou cognitif (Simard et coll., 2018).
- ✓ **10,9 %** des enfants seraient « à risque », c'est-à-dire qu'ils présenteraient des facteurs de vulnérabilité susceptibles d'influer leur apprentissage ou leur comportement, et pourraient ainsi être à risque d'échec scolaire ou de difficultés de socialisation si une intervention rapide n'est pas effectuée (Simard et coll., 2018 ; ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2007).

Les médecins et infirmières qui assurent le suivi périodique des enfants 0-5 ans sont des acteurs de premier plan pour surveiller le bon déroulement du développement psychomoteur et langagier de leurs jeunes patients. Pour ce faire, la **surveillance** structurée et systématique de l'acquisition des jalons du développement est recommandée. Elle vise à identifier précocement les indices de retards ou d'atypie du développement et, au besoin, à procéder au dépistage standardisé afin de préciser le profil et les besoins de l'enfant de même qu'à l'orienter vers les services ajustés à ses besoins.

En 2019, le MSSS du Québec lançait son programme Agir tôt¹ qui vise à :

- ✓ **Identifier le plus tôt possible** les écarts potentiels de développement de l'enfant par rapport au développement d'enfants du même groupe d'âge (surveillance) ;
- ✓ **Dresser le profil de développement** et **orienter** l'enfant rapidement vers les bons services (dépistage) ;
- ✓ **Offrir les services qui correspondent aux besoins** de l'enfant et sa famille (intervention).

1 <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/jeunesse/programme-agir-tot/>

Dans le cadre de ce programme, un outil de surveillance du développement a été élaboré par une équipe de 3 experts du développement — Dominique Cousineau, Jullie Hallé et Julie Gosselin — dans le but de systématiser la documentation des indices de retards ou atypies du développement observés chez les tout-petits. Les items inclus dans cet outil ont été sélectionnés pour qu'il existe une cohérence avec l'ABCdaire 18mois+ qui fait l'objet d'une étude de validation. La catégorisation en 4 domaines de développement a été déterminée comme suit :

1. Cognitif
2. Physique et moteur
3. Langagier
4. Social et affectif

Méthodologie

Malgré les différences individuelles, les recherches permettent de situer l'acquisition de plusieurs habiletés clés à l'intérieur d'intervalles d'âges où au moins 50 % des enfants acquièrent ces habiletés. Ces intervalles sont ceux qu'on utilise dans les tests de développement pour établir le quotient de développement d'un enfant et, ainsi, le situer par rapport à une population d'enfants de son âge sans problème de développement (Sices, 2007). Dans le contexte d'une surveillance populationnelle, la référence au 50e percentile a toutefois le potentiel d'augmenter l'anxiété parentale puisque les habiletés développementales de la moitié des enfants se retrouvent, par définition, sous le 50e percentile. Ainsi, jusqu'à la moitié des parents pourraient conclure que leur enfant présente possiblement un retard (Sices, 2007).

L'objectif de la surveillance est de détecter des indices de retards ou d'atypie dans le développement et de répondre de manière proactive aux préoccupations de ses parents. **En ce sens, le recours au 90^e percentile s'avère plus juste, dans la mesure où il permet d'identifier la portion de 10 % d'enfants qui ne réussissent pas les étapes à l'âge où la très grande majorité des enfants (90 %) le font.**

Le choix des jalons de développement est basé sur les résultats de différentes recherches permettant de situer l'âge d'acquisition de chaque jalon par la majorité des enfants (84-90 %) (Scharf, 2016). Le choix de chaque jalon a également fait l'objet d'une validation par un groupe d'experts.

Utilisation de l'outil de surveillance

La surveillance du développement de l'enfant doit être faite avec des jalons correspondant à l'âge exact de l'enfant. Pour tenir compte des situations particulières (prématurité, décalage dans les visites périodiques), les jalons de développement d'âges intermédiaires (ex. : 15 mois, 21 mois) sont disponibles pour permettre aux cliniciens d'utiliser la grille la mieux adaptée à l'âge réel de l'enfant.

Jalons du développement

- ✓ À l'aide des jalons correspondant à l'âge exact de l'enfant, le clinicien procède à la surveillance.
- ✓ Si l'enfant n'a pas acquis deux jalons ou plus d'un même domaine ou dans des domaines différents, il est recommandé de procéder à un dépistage plus formel à l'aide d'outils standardisés.

Signes d'appel

- ✓ Dès qu'un signe est présent, il est recommandé de procéder au dépistage standardisé.

Domaines d'inquiétudes significatifs pour l'âge

- ✓ Les domaines d'inquiétudes réfèrent à certains items choisis de l'outil d'évaluation Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) de Glascoe (2012). Les questions standardisées du PEDS visent à connaître les préoccupations des parents face au développement et au comportement de leur enfant afin de déterminer la nécessité d'évaluer plus en profondeur le développement de ce dernier. Glascoe et ses collègues ont démontré que les inquiétudes des parents dans certains domaines spécifiques du développement déterminés selon l'âge de l'enfant étaient fortement associées à des problèmes de développement mis en évidence par des professionnels de la santé. Conséquemment, en présence d'une inquiétude parentale relative au développement de son enfant, il est recommandé de procéder à dépistage formel à l'aide d'outils standardisés.

EN BREF

Il est recommandé de procéder à un dépistage formel du développement avec des outils standardisés dans les conditions suivantes :

- › **≥ 2 jalons de développement** ne sont pas acquis dans un même domaine ou dans des domaines différents ;

et/ou

- › **≥ 1 signe d'appel** est relevé ;

et/ou

- › **1 préoccupation parentale** relative au développement est présente².

2. L'ABCdaire 18mois + utilisé en clinique de vaccination fait l'objet d'un projet de recherche de validation. En conséquence, l'algorithme décisionnel est différent du précédent encadré (≥ 1 jalon de développement entraîne un dépistage). Il a été développé dans une perspective de SURIDENTIFICATION en vue d'éviter des faux négatifs dans le contexte de surveillance, c'est-à-dire que les résultats aux tests de dépistage validés infirment les résultats de la surveillance qui laissent suspecter un problème de développement.

Considérations particulières

Prématurité

Pour tenir compte de l'état maturatif du cerveau de l'enfant né prématurément, les jalons de développement sont choisis selon l'âge corrigé, calculé en soustrayant de l'âge chronologique le nombre de semaines de prématurité pour tout enfant né avant 37 semaines. Dans la pratique courante, la correction de l'âge est faite jusqu'à l'âge corrigé de 2 ans.

Exemples :

- ✓ Un enfant de 16 mois (âge chronologique) est né à 36 semaines de gestation, donc prématuré de 4 semaines (1 mois). Son âge corrigé est : âge chronologique – prématurité, exprimé en mois : 16 mois - 1 mois = 15 mois. Les jalons correspondant à 15 mois sont utilisés pour surveiller le développement de cet enfant.
- ✓ Un enfant de 20 mois né à 34 semaines de gestation, donc prématuré de 6 semaines (1 mois et demi) pourra être évalué avec la grille de 18 mois ($20 - 1,5 = 18,5$ mois).

Contexte familial (exposition à deux langues)

Les jalons choisis dans la section « Domaine langagier » sont basés sur différentes recherches ainsi que sur les recommandations de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (2009). Certains choix sont basés sur les normes des *Inventaires MacArthur-Bates du développement de la communication (IMBCD)* qui ont été définies auprès d'un échantillon d'enfants francophones unilingues et exposés au français au moins 80 % du temps, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas en train d'acquérir ou n'ont pas acquis une autre langue que le français (Trudeau, 2008). L'enfant exposé à deux langues devrait tout de même réussir les jalons correspondant à son âge, dans une langue ou l'autre, compte tenu du choix des jalons selon le 90^e percentile. Si l'enfant ne réussit pas un jalon et qu'il est relié au choix de langue, il est recommandé d'utiliser les mots correspondants dans la langue comprise par l'enfant.

Nombre de mots acquis par l'enfant

Il est parfois difficile pour les parents de répondre correctement aux questions relatives au nombre de mots acquis par l'enfant (par exemple : « au moins 18 mots » à 18 mois). Pour aider le parent à bien comptabiliser ces mots, il existe une aide à l'évocation des premiers mots de l'enfant conçu par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal dans le cadre de l'ABCdaire 18 mois+ du Programme Agir tôt. Vous trouverez ce document dans l'*Annexe des premiers mots-Soutien au parent* sur le site web de l'ABCdaire du CHU Sainte Justine, dans la section « Outils »³.

3. <https://enseignement.chusj.org/fr/Formation-continue/ABCdaire/outils>

Démarches à faire si un dépistage standardisé est nécessaire

Il est recommandé de partager les résultats de la surveillance du développement avec le parent et de discuter avec lui des prochaines étapes, en s'assurant qu'il comprend les observations faites au sujet de son enfant. Il est important d'expliquer que le but de la démarche vers le dépistage n'est pas de poser une étiquette de « retard » à l'enfant, mais plutôt de poursuivre la démarche pour mieux comprendre ses besoins en détaillant davantage le portrait de son développement. Cela servira à déterminer le soutien ou les interventions appropriés et, ainsi, lui donner la chance de développer son plein potentiel.

Dans le cadre du programme Agir tôt du MSSS, il est prévu qu'une plateforme numérique de dépistage soit déployée dans tous les CISSS et CIUSSS du Québec d'ici la fin de l'année 2021. S'y trouveront des tests standardisés choisis pour leur valeur intrinsèque (sensibilité, spécificité). À l'heure actuelle, elle fait l'objet d'un projet pilote dans quatre régions du Québec (Chaudière-Appalaches, Abitibi-Témiscamingue, Centre-Sud de Montréal et certains quartiers du nord de Montréal).

Dans le cas d'une surveillance qui soulève des indices de retard ou d'atypie dans le développement de l'enfant, le clinicien réfère la famille au guichet d'accès du CISSS/CIUSSS de leur secteur domiciliaire pour qu'un dépistage standardisé soit complété. Ce dépistage se fait en ligne, sur une plateforme numérique à l'aide de questionnaires auto-administrés. Au besoin, un accompagnement plus personnalisé est offert dans des contextes particuliers (ex. : famille vulnérable, non-accès à la technologie, mauvaise maîtrise du français ou de l'anglais) pour remplir adéquatement ces questionnaires.

Par la suite, selon les résultats du dépistage et selon son profil de développement, l'enfant pourra, par exemple, avec l'accord des parents :

- ✓ Participer à des ateliers de stimulation ;
- ✓ Être évalué par un ou plusieurs professionnels (orthophoniste, ergothérapeute) dans les services de proximité et bénéficier d'interventions spécifiques ;
- ✓ Être orienté vers une équipe d'évaluation diagnostique (cas plus sévère ou complexe) ;
- ✓ De plus, des interventions concertées pourront aussi être planifiées en collaboration avec le milieu de garde.

Conclusion

Les cliniciens sont des acteurs clés pour observer le développement psychomoteur et langagier des enfants, pour les soutenir et conseiller les parents. Leur rôle est essentiel pour détecter précocement chez ces enfants des indices de retard ou d'atypie afin de les orienter vers le guichet d'accès du CISSS/CIUSSS pour faire un dépistage standardisé et, au besoin, l'orienter vers les services de proximité arrimés au programme Agir tôt du MSSS afin de permettre à chaque enfant d'actualiser son plein potentiel.

Références

GLASCOE, F.P. (2012). *Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS)*. Nolensville, Tennessee : PEDSTest.com, LLC.

ORDRE DES ORTHOPHONISTES ET AUDILOGISTES DU QUÉBEC (OOAQ) (2009). *Je grandis et je communique*. [En ligne] : Québec. <http://www.ooaq.qc.ca/orthophonie/JeGrandisJeCommunique> (versionTemporaire, nov. 2018).pdf

SCHARF, R.J., SCHARF, G.J. et STROUSTRUP, A. (2016, janvier). Developmental Milestones. *Peds in Review*, 37(1), 25-38. DOI : <https://doi.org/10.1542/pir.2014-0103>.

SICES, L. (2007). Use of Developmental Milestones in Pediatric Residency Training and Practice: Time to Rethink the Meaning of the Mean. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP*, 28, 47-52. 10.1097/DBP.0b013e31803084c6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707752/pdf/nihms112186.pdf>

SIMARD, M., LAVOIE, A. et AUDET, N. (2018). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017*. [En ligne] : Québec, Institut de la statistique du Québec, 126 p. <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/developpement-en-fants-maternelle-2017.pdf>

TRUDEAU, N., AKTOUF, K., BOUDREAU, M.C. et BREAU, C. (2008). *Les Inventaires MacArthur-Bates du développement de la communication (IMBCD). Manuel technique et guide de l'utilisateur*. https://eoa.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/32/docMacArthurBates_Manuel_MacArthur.pdf