

# LE DÉVELOPPEMENT DES TOUT-PETITS

## LES FONDATIONS D'UNE VIE

Aujourd'hui, vous avez rencontré plusieurs enfants. Au-delà du suivi périodique, vous avez pris le temps de conseiller les parents. Vos recommandations peuvent-elles vraiment faire une différence pour vos petits patients et leur famille ? Plus spécifiquement, vous repensez à M<sup>me</sup> Roy, une jeune mère monoparentale et sans emploi, qui hésite à retourner aux études, car elle craint que son enfant de 2 ans manque d'affection et s'ennuie à la garderie.

Catherine Risi et Hawa Sissoko

Ce que vivent les enfants durant leurs premières années de vie aura une influence tout au long de leur vie. En effet, les récentes recherches montrent que plusieurs défis sanitaires des sociétés modernes, notamment les maladies chroniques, prennent racine pendant la petite enfance<sup>1</sup>. Le développement au cours de cette période agit non seulement sur les apprentissages de base et la réussite scolaire, mais aussi sur la santé physique, mentale et sociale des adultes. Les milieux de vie et les services offerts aux enfants et aux familles doivent donc être de qualité et stimulants, car ce sont eux qui ont le plus de répercussions sur le développement des enfants. À n'en pas douter, les médecins peuvent faire une différence.

### PORTER UN REGARD NOUVEAU SUR LE DÉVELOPPEMENT DES TOUT-PETITS

Afin de bien comprendre ce que nous pouvons faire pour favoriser le développement des tout-petits, regardons d'abord qui ils sont et comment se déroule leur développement.

#### EN L'AN 2020, J'AURAI 10 ANS...

La société évolue rapidement, tout comme les citoyens qui la composent. C'est le cas pour nous les adultes, mais aussi pour les enfants de 0 à 5 ans. L'encadré 1 présente certaines caractéristiques de ce groupe d'âge.

L'Enquête québécoise de 2012 sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) nous fournit des données sur le degré de développement des tout-petits de la province avant leur entrée en première année. Au Québec, près de 26 % des enfants inscrits à la maternelle à temps plein sont vulnérables dans au moins un domaine de développement<sup>2</sup>.

#### ENCADRÉ 1

#### LES CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS DE 0 À 5 ANS AU QUÉBEC

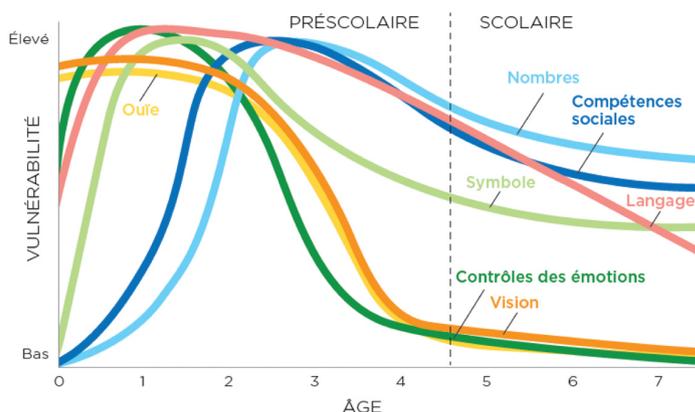
- ▶ Les enfants de 0 à 5 ans représentent 6,6 % de la population (2013)\*
- ▶ En moyenne, le Québec compte près de 87 700 naissances par année (2007–2011)†
- ▶ 5,7 % des nouveau-nés ont un faible poids (moins de 2500 g) (2007–2011)†
- ▶ 82 % des bébés sont allaités au premier contact (2013–2014)‡
- ▶ 43 % des bébés sont allaités à six mois (2013–2014)‡
- ▶ 11,9 % des enfants de 0 à 5 ans vivent sous le seuil de faible revenu (2010)§
- ▶ 9,8 % des mères d'enfants de 0 à 5 ans n'ont aucun diplôme ni certificat ni « grade » (2011)§
- ▶ 13,4 % des enfants de 0 à 5 ans vivent dans une famille monoparentale (2011)§
- ▶ 80,9 % des enfants de 0 à 5 ans fréquentent régulièrement un service de garde (2012)\*
- ▶ Le taux de signalements traités entre avril 2008 et en mars 2013 était de 49 pour 1000 jeunes†

\*ISQ, données internes; †MSSS, données internes; ‡RAMQ, données internes; § Statistique Canada, données internes

La D<sup>re</sup> Catherine Risi est médecin-conseil à la Direction de santé publique de la Montérégie et professeure d'enseignement clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

M<sup>me</sup> Hawa Sissoko, infirmière, est responsable de l'équipe Pratiques cliniques préventives, à la Direction de santé publique de la Montérégie, et chargée de cours à la Faculté d'éducation permanente (Certificat en santé communautaire) de l'Université de Montréal.

FIGURE

LES PÉRIODES DE VULNÉRABILITÉ  
POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT<sup>5</sup>

Graphique du National Council for Early Child Development (source : Nash, 1997; Early Years Study, 1999; Shonko, 2000). Adaptation française : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (2012).

Source : Direction de santé publique de la Montérégie (2013). *Rapport de la directrice de santé publique 2013. Donner des ailes à leur réussite pour assurer aux tout-petits un bon départ*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ; 2013. 59 p. Site Internet : [www.extranet.sante.monteregie.qc.ca/depot/document/3566/Rapport-Colibri.pdf](http://www.extranet.sante.monteregie.qc.ca/depot/document/3566/Rapport-Colibri.pdf). Reproduction autorisée.

LE CERVEAU, CHEF D'ORCHESTRE  
DU DÉVELOPPEMENT  
DE 0 À 5 ANS

Aujourd'hui, on sait que le développement du cerveau est complexe et découle d'une interaction entre la génétique et l'environnement. La structure du cerveau prend ainsi forme dès le début de la grossesse<sup>3</sup>. Le poupon naît avec des milliards de neurones qui doivent s'activer, produire des milliards de milliards de connexions et établir des voies neuronales. Ce processus dure tout au long de la vie, mais décroît avec l'âge. Il est par ailleurs très intense pendant les trois premières années de vie, plus particulièrement durant la grossesse et la première année<sup>3</sup>. Ce phénomène de « câblage du cerveau » est également associé à un élagage. En effet, les neurones non stimulés seront éteints pour des raisons d'efficacité.

Ce développement de l'architecture du cerveau ne se fait pas de façon aléatoire, mais selon des séquences prévisibles<sup>4</sup>, programmées génétiquement et qui surviennent tôt dans la vie (figure<sup>5</sup>). Le

cerveau est alors marqué par un développement intense et présente une grande sensibilité à l'environnement<sup>1,3</sup>. Il est désormais reconnu que ce sont des moments critiques dans le développement des tout-petits.

Enfin, rappelons que toutes les cellules du corps humain ont le même ADN. Cependant, on sait maintenant que l'environnement et les expériences vécues *in utero* et tôt dans la vie permettent aux cellules ayant le même ADN de s'exprimer et de fonctionner différemment<sup>5</sup>. Loin d'être simples, l'interaction entre l'environnement et les gènes laisse des traces indélébiles sur le cerveau du jeune enfant.

DES EFFETS SUR LA SANTÉ  
TOUT AU LONG DE LA VIE

Durant la petite enfance, le cerveau est particulièrement sensible au stress. De fait, une expérience chez le tout-petit qui entraîne un stress modéré sur une courte période, mais qui s'accompagne d'un bon soutien favorisera les connexions nerveuses permettant la

création de mécanismes d'adaptation adéquats, qui seront utiles pendant toute la vie. Au contraire, un stress élevé prolongé vécu sans soutien modifiera la structure du cerveau par l'intermédiaire d'effets physiologiques et hormonaux<sup>4,5</sup>. Ainsi, le lien entre le développement pendant la petite enfance, d'une part, et la santé et le bien-être tout au long de la vie, d'autre part, est clairement établi. L'exposition à un stress toxique durant la petite enfance augmente, à l'âge adulte, la vulnérabilité à plusieurs maladies chroniques.

DES FACTEURS  
QUI ONT UNE INFLUENCE

Plusieurs facteurs sont reconnus pour avoir une influence positive (facteurs de protection) ou négative (facteurs de risque) sur le développement des jeunes enfants (tableau 1<sup>6</sup>). Ils contribuent à mettre en place les deux conditions essentielles au développement optimal, soit l'établissement de relations affectives stables qui répondent aux besoins de l'enfant et des environnements stimulants et sécuritaires pour les petits<sup>7</sup>.

Cependant, précisons que l'effet d'un facteur de risque isolé est insuffisant pour modifier le développement d'un enfant. C'est plutôt l'effet cumulatif de plusieurs facteurs qui est problématique<sup>4,7</sup>.

DES HABITUDES DE VIE  
PROPRES AUX PETITS  
DE 0 À 5 ANS

Une saine alimentation est importante pour le développement des tout-petits et commence *in utero* par l'alimentation de la mère. L'allaitement a un double rôle, car il fournit les nutriments essentiels durant les premiers mois de vie et apporte aussi des occasions de contacts étroits et chaleureux qui stimulent le cerveau et favorisent l'attachement<sup>14</sup>. On reconnaît également l'effet de carences nutritionnelles sur le développement cognitif des enfants, notamment avant 3 ans<sup>1</sup>.

TABLEAU I | LES PRINCIPAUX FACTEURS AYANT UNE INFLUENCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS<sup>4,6</sup>

Pendant la grossesse	De la naissance à 5 ans	Famille	Collectivité	Société
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Santé de la mère</li> <li>▶ Habitudes de vie de la mère et mesures préventives (prise d'acide folique)</li> <li>▶ Conditions de vie</li> <li>▶ Stress</li> <li>▶ Accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Santé physique et buccodentaire</li> <li>▶ Allaitement, nutrition</li> <li>▶ Stress vécu par l'enfant</li> <li>▶ Vaccination</li> <li>▶ Attachement</li> <li>▶ Qualité des stimulus</li> <li>▶ Occasions de jeux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Pratiques parentales, qualité des soins donnés</li> <li>▶ Connaissances et croyances</li> <li>▶ Perception d'efficacité parentale</li> <li>▶ Santé et habitudes de vie des parents</li> <li>▶ Sécurité et salubrité du domicile</li> <li>▶ Statut socio-économique</li> <li>▶ Utilisation par les parents des ressources existantes dans la collectivité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Services et activités visant les familles</li> <li>▶ Politique familiale et du logement</li> <li>▶ Soutien social</li> <li>▶ Sécurité et environnement physique du quartier</li> <li>▶ Services de garde éducatifs</li> <li>▶ Collaboration famille-école-communauté</li> <li>▶ Mobilisation de la communauté (regroupements intersectoriels)</li> <li>▶ Accessibilité des services sociaux et des soins de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Normes, valeurs et croyances sociales</li> <li>▶ Politiques publiques et familiales (ex. : santé, éducation, environnement, transport, etc.)</li> <li>▶ Programmes et services universels pour les familles (ex. : congés parentaux)</li> <li>▶ Programmes et services spécifiques pour les familles vulnérables (ex. : soutien financier, Programme SIPPE*)</li> <li>▶ Organisation des services</li> </ul>

\* Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Le jeu n'est pas uniquement magique durant les premières années de vie. Explorer, apprendre et jouer contribuent au développement du cerveau et à l'attachement sécurisant. Chez les enfants plus « vieux », le jeu constitue un moyen d'être actifs et aide à leur socialisation. Il est important d'offrir aux enfants de multiples occasions de jeu<sup>14,8</sup> : structuré ou non, seul, en groupe ou avec un adulte.

#### LA FAMILLE, LE PREMIER MILIEU DE VIE

Les parents et la famille fournissent à l'enfant les contacts humains et les expériences indispensables à leur développement. En effet, par ses soins chaleureux, affectueux et constants, l'adulte qui prend soin de l'enfant est au cœur du développement d'un attachement sécurisant. Cet attachement est important, car il offre aux tout-petits la confiance nécessaire pour explorer le monde<sup>14</sup>.

Certaines pratiques parentales sont reconnues pour favoriser un développement optimal. De fait, comparativement à la désapprobation et aux punitions inadéquates, une discipline saine et cohérente et un soutien dans la gestion des

émotions devraient être privilégiés<sup>4</sup>. Être parent, c'est exigeant, mais cela s'apprend ! Toutes les familles ont besoin de soutien, mais certaines plus que d'autres. Un petit poids à la naissance, la pauvreté, des problèmes de santé physique et mentale ainsi que la violence sont parmi les conditions familiales ayant le plus de répercussions sur l'attachement et le développement des enfants.

#### NOS PETITS PATIENTS, PAS TOUS ÉGAUX

Selon l'OMS, « les iniquités socio-économiques entraînent des iniquités sur le plan du développement des tout-petits »<sup>1</sup>. En effet, les données nous révèlent que plusieurs problèmes de santé sont plus fréquents chez les enfants vivant dans des familles défavorisées<sup>4</sup>. Pas surprenant quand on sait que pauvreté rime souvent avec stress, logement insalubre, quartiers peu sécuritaires, isolement, faible scolarité des parents, problèmes de santé physique et mentale et accessibilité moindre aux services. Le cumul et la durée de tous ces facteurs de risque expliquent pourquoi l'on retrouve une proportion plus élevée d'enfants vulnérables dans les milieux socio-économiquement défavorisés.

TABLEAU II | LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES DE 0 À 5 ANS<sup>10-13</sup>

Recommandations*	Naissance	1-4 sem.	
<b>Counselling</b>			
Allaitement maternel (lait à 3,25 % après 9 mois)	Exclusif _____		
Introduction des aliments solides riches en fer			
Siège d'auto, détecteur de fumée, température du chauffe-eau < 60 °C, armes à feu, centre antipoison, chutes, étouffement, animaux, prises et fils électriques, noyade	_____		
« Dodo » sur le dos, sécurité au lit, partage de la chambre et non-partage du lit	_____		
Éveils nocturnes			
Saines habitudes de sommeil			
Casque de vélo			
Protection solaire et saisonnière			
Non-exposition à la fumée secondaire	_____		
Recommandation sur l'inscription en service de garde éducatif si l'enfant vient d'un milieu défavorisé			
Brossage des dents Soie dentaire à partir de 4 ans			
Visite chez le dentiste			
Activité physique (min. 1 h/j) Limiter le temps à l'écran (max. 2 h/j)			
<b>Dépistage</b>			
Programme québécois de dépistage néonatal sanguin	×		
Hémoglobinopathies dans les groupes vulnérables	_____ →		
Trouble de la vue chez les enfants à risque	_____ →		
Programme de dépistage universel de la surdité : répéter à 3 ans en cas de doute ou de retard de langage	_____ →		
Anémie ferriprive ( <i>encadré 2<sup>10-12</sup></i> )			
Visite à domicile, SIPPE ( <i>encadré 3<sup>14</sup></i> )	_____		
Test cutané à la tuberculine (TCT) en cas de risque élevé de tuberculose (autochtone, immigrant récent, adoption internationale, etc.)			
Hépatite C, tout nouveau-né de mère porteuse, voir l'ABCdaire, p. 43	_____ →		
Hépatite B, dosage de l'AgHBs et de l'anti-HBs si la mère est porteuse du virus			
Plombémie chez les enfants à risque†			
Obésité : indice de masse corporelle (IMC)			

\* Seules les recommandations A et B ont été retenues de l'ABCdaire 2012<sup>10</sup>, du Relevé postnatal Rourke 2014<sup>11</sup> ou du guide de l'USPSTF 2014<sup>12</sup>.

**Recommandation A = données suffisantes pour appuyer la recommandation (caractères gras)**

Recommandation B = données acceptables pour appuyer la recommandation (caractères réguliers)

† Recommandation I = données insuffisantes pour appuyer la recommandation, selon le U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).



## ENCADRÉ 2

### LE POINT SUR LE DÉPISTAGE DE L'ANÉMIE FERRIPRIVE<sup>10-12</sup>

#### Voici les recommandations des trois groupes d'experts :

- ▶ ABCdaire : demander la formule sanguine et le dosage de la ferritine : à 6 mois pour les bébés prématurés ou de petit poids à la naissance (< 2500 g), à 9 mois pour les autres enfants à risque, à 12 mois chez les enfants pour qui cela n'a pas été fait (recommandation B)
- ▶ Relevé postnatal Rourke : dosage de l'hémoglobine entre 6 et 15 mois si l'enfant est vulnérable (recommandation B).
- ▶ U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) : le dépistage universel n'est pas recommandé chez l'enfant de 6 à 12 mois à risque accru (recommandation I) ; cependant, on recommande alors des suppléments de fer (recommandation B)

Considérant que ces informations sont différentes, la décision doit être prise selon le jugement clinique.

\* Recommandation I : preuves insuffisantes

## ENCADRÉ 3

### DES SERVICES POUR LES FAMILLES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ<sup>14</sup>

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) s'adressent aux femmes enceintes ou aux mères sous le seuil de faible revenu et sans diplôme d'études secondaires ou professionnelles ainsi qu'aux pères et à leurs enfants de 0 à 5 ans. Ces services se traduisent principalement par des visites à domicile, des interventions de groupe et l'accompagnement vers les ressources du milieu.

#### Objectifs :

1. diminuer la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères ;
2. favoriser le développement optimal des enfants ;
3. améliorer les conditions de vie des familles vivant en contexte de vulnérabilité.

Les médecins peuvent orienter les familles vulnérables vers le CLSC pour qu'elles puissent bénéficier de ces services.

## LES SERVICES DE GARDE, UN PLUS DANS UNE COLLECTIVITÉ

Que l'on parle d'environnements physiques (ex. : exposition à des contaminants comme la fumée de tabac, aires de jeu), d'environnement social (ex. : cuisine collective, maison de la famille, coalition contre la pauvreté) ou de services (ex. : services de garde ou de santé), les ressources disponibles dans un quartier ont une grande influence sur le développement des enfants et ont un effet positif.

L'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle<sup>2</sup> a mis plus particulièrement en évidence le rôle protecteur des services de garde sur le développement des enfants. Tous les enfants tirent profit de la fréquentation d'un service de garde, mais ce sont les enfants vivant en milieu défavorisé qui en bénéficient le plus. Ainsi, les tout-petits en sortent gagnants sur toute la ligne. Non seulement les services de garde éducatifs stimulent le développement des petits selon un effet gradient, mais ils permettent aussi aux parents de travailler et, par le fait même, d'augmenter leur revenu.

## QUEL EST LE RÔLE DU MÉDECIN ?

En raison de leurs contacts fréquents avec les familles ayant de jeunes enfants, les médecins de famille ont un rôle crucial à jouer dans le développement des tout-petits. Il est donc important qu'ils se perçoivent à la fois comme des diagnosticiens et comme des facilitateurs d'une bonne santé auprès de cette clientèle<sup>9</sup>.

## LA PRÉVENTION CLINIQUE : Y PENSER

Tout contact clinique avec des enfants et des parents constitue une occasion de faire de la prévention. Le *tableau II*<sup>10-13</sup>

résume les interventions de counselling et de dépistage qui se sont révélées efficaces. L'*encadré 2*<sup>10-12</sup> fait le point sur le dépistage de l'anémie ferriprive.

Concernant la chimioprophylaxie, outre celle de l'ophtalmie gonococcique, qui est faite dès la naissance, il est recommandé de prescrire de la vitamine D à raison de 400 UI/j au bébé allaité né à terme. Si le poupon est prématuré, mais ne souffre pas de rachitisme, la dose de vitamine D préconisée jusqu'à 2 mois inclusivement est de 200 UI/j/kg à une dose maximale 400 UI/j (recommandation A)<sup>10,11</sup>.

Pour ce qui est de la vaccination, le lecteur peut consulter le calendrier du *Protocole d'immunisation du Québec*<sup>13</sup>.

Rappelons que le travail du clinicien et, par conséquent, l'accessibilité aux services préventifs demeurent un levier important pour favoriser le développement de tous les enfants.

## MÉDECIN PROMOTEUR DE LA SANTÉ

Au-delà de la vaccination ou des ordonnances, les omnipraticiens doivent promouvoir les comportements et les environnements assurant le développement optimal des enfants<sup>9</sup>. Par exemple, ils peuvent diriger les parents vers des ressources en alphabétisation, encourager leur retour aux études, les orienter vers les ressources de la collectivité offrant du soutien aux familles, notamment vers le programme de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) (*encadré 3*<sup>14</sup>), leur parler du développement de leur enfant et des différents moyens de le favoriser, dépister la dépression, être à l'affût de problèmes familiaux (violence, consommation d'alcool et de drogues, abus et



négligence). Évidemment, ils ne peuvent à eux seuls éviter aux familles tous les facteurs de risque, mais ils peuvent contribuer au développement des enfants en informant les parents et en les orientant vers les ressources adéquates de manière à les rendre plus confiants dans leur rôle.

## CONCLUSION ET RETOUR SUR LE CAS DE M<sup>ME</sup> ROY

Quand vous repensez à M<sup>me</sup> Roy, vous êtes bien content de lui avoir expliqué les avantages de la fréquentation d'un service de garde pour son enfant. Ce temps que vous avez pris pour lui offrir un counselling et un soutien est justifié, comme le confirment les données probantes. À ne pas en douter, les médecins de famille ont un rôle important à jouer auprès de leurs petits patients et de leur famille. Il est aussi vrai de dire que notre société a également un travail à faire pour appuyer les familles. Ensemble, nous pourrions favoriser le développement optimal des tout-petits et ainsi leur assurer de solides fondations pour la vie. //

Date de réception : le 30 octobre 2014

Date d'acceptation : le 8 décembre 2014

La D<sup>re</sup> Catherine Risi et M<sup>me</sup> Hawa Sissoko n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur : Rapport final*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2007. 76 p. Site Internet : [www.who.int/social\\_determinants/themes/earlychilddevelopment/early\\_child\\_dev\\_eckdn\\_fr.pdf](http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/early_child_dev_eckdn_fr.pdf) [Date de consultation : le 20 octobre 2014].
2. Simard M, Tremblay ME, Lavoie A et coll. *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012 : Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*. Québec : Institut de la statistique du Québec ; 2013. 99 p. Site Internet : [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/developpement-enfants-maternelle-2012.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/developpement-enfants-maternelle-2012.pdf) [Date de consultation : le 20 octobre 2014].
3. Mc Cain MN, Mustard JF, McCuaig K. *Le point sur la petite enfance 3 : Prendre des décisions et agir*. Toronto : Margaret et Wallace McCain Family Foundation ; 2011. 146 p. Site Internet : [http://pointsurlapetiteenfance.org/media/uploads/report-pdfs-fr/i\\_131\\_eys3\\_fm\\_fr\\_2nd\\_ed\\_web\\_revised.pdf](http://pointsurlapetiteenfance.org/media/uploads/report-pdfs-fr/i_131_eys3_fm_fr_2nd_ed_web_revised.pdf) [Date de consultation : le 20 octobre 2014].
4. Direction de santé publique de la Montérégie. *Rapport de la directrice de santé publique 2013 : Donner des ailes à leur réussite pour assurer aux tout-petits un bon départ*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ; 2013. 59 p. Site Internet : [www.extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3566/Rapport-Colibri.pdf](http://www.extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3566/Rapport-Colibri.pdf) [Date de consultation : le 20 octobre 2014].
5. National Scientific Council on the developing child. *Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development: Working Paper 10*. Cambridge : Center on the Developing Child at Harvard University ; 2010. 10 p. Site Internet : [www.developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports\\_and\\_working\\_papers/working\\_papers/wp10/](http://www.developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp10/) [Date de consultation : le 17 octobre 2014].
6. Poissant J. Direction du développement des individus et des communautés. *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants : état des connaissances*. Montréal : l'Institut national de la santé publique ; 2014. 36 p. Site Internet : [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1771\\_CondSucActDeveEnfEtatConn.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1771_CondSucActDeveEnfEtatConn.pdf) [Date de consultation : le 20 octobre 2014].
7. Japel C. Risques, vulnérabilité et adaptation : les enfants à risque au Québec. *Choix IRPP* 2008 ; 14 [8] : 1-46.
8. Ferland F. *Et si on jouait ? Le jeu durant toute l'enfance et pour toute la vie*. Montréal : Collection du CHU Sainte-Justine pour les parents ; 2005. 205 p.
9. Williams R, Bennett S, Clinton J et coll. La promesse de la petite enfance : Pendant combien de temps les enfants devraient-ils attendre ? *Paediatr Child Health* 2012 ; 17 [10] : 537-8.
10. Brunet G, Cossette G, Cousineau D et coll. *L'ABCdaire : Guide de référence du praticien. Un programme sur la formation continue basé sur l'apprentissage par problème (APP)*. Montréal : Université de Montréal ; 2012. 379 p. Site Internet : [www.cpass.umontreal.ca/documents/formation/outils\\_abcdaire/ABCdaireOctobre2012FINAL.pdf](http://www.cpass.umontreal.ca/documents/formation/outils_abcdaire/ABCdaireOctobre2012FINAL.pdf) [Date de consultation : le 20 octobre 2014].
11. Rourke L, Leduc D, Rourke J. *Relevé postnatal Rourke : Suivi probant de la santé des nourrissons et des enfants*. St. John's : The Rourke Baby Record ; 2011. 10 p. Site Internet : [http://rourkebabyrecord.ca/pdf/RBR2011\\_NatFr.pdf](http://rourkebabyrecord.ca/pdf/RBR2011_NatFr.pdf) [Date de consultation : octobre 2014].
12. U.S. Preventive Services Task Force. *The Guide to Clinical Preventive Services 2014*. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality ; 2014. p. 65-85. Site Internet : [www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html](http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html) [Date de consultation : le 7 octobre 2014].
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*. 6<sup>e</sup> éd. Québec : le Ministère ; 2013. Site Internet : [www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq\\_complet.pdf](http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf) [Date de consultation : octobre 2014].
14. Comité-conseil post-chantier sur les SIPPE. *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec : le ministère de la Santé et des Services sociaux ; 2011. Site Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-836-01W.pdf> [Date de consultation : octobre 2014].

## SUMMARY

### **Early Child Development: Laying the Foundations for Life.**

What children experience during their very first years will influence them throughout their lives. The basis for optimal early child development is the brain, and we now know that brain development is complex and results from the interaction of genetics and the environment. Several factors may have a positive effect (protective factors) or a negative effect (risk factors) on child development.

Through their frequent contact with the families of young children, family physicians have an important role to play in fostering infant development. Beyond their roles as clinicians, however, physicians can contribute to child development by providing parents with information and referring them to appropriate resources, serving to boost parents' confidence in their own roles. Lastly, society also has an important role to play.