

Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants



Résumé

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié le mandat à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) de présenter ce qui caractérise les actions les plus susceptibles de favoriser le développement global des enfants. L'objectif est de soutenir les répondants régionaux de l'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants (ICIDJE) et les acteurs locaux dans leurs choix d'actions pour mettre à profit les résultats de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM).

Introduction

L'état de développement des enfants lors de leur entrée à l'école tel que mesuré dans l'EQDEM apporte un éclairage et une meilleure compréhension du développement des enfants au sein de chaque communauté. Les résultats étant maintenant connus partout au Québec, il importe de passer à l'action.

Après l'étape de l'appropriation des résultats, selon Santos¹, quatre avenues peuvent être explorées en fonction des défis et des ressources dont disposent chaque localité : 1) ne rien faire; 2) augmenter ou renforcer ce qui est déjà fait; 3) diminuer ou interrompre ce qui se fait ou 4) proposer de nouvelles actions. Les avenues 2 à 4 peuvent être évidemment combinées. Réfléchir aux actions à poser à la suite de l'EQDEM implique donc de faire des choix².

D'entrée de jeu, il faut préciser qu'aucune action ne peut, à elle seule, permettre de réduire la proportion d'enfants vulnérables et favoriser le développement global des enfants. L'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE©) ne fournit d'ailleurs pas de recette précise³. Il n'existe pas de formule unique, mais plusieurs. Toutefois, certaines actions et certaines combinaisons d'actions peuvent être plus favorables que d'autres. Ce qui caractérise le succès de ces actions a été identifié à partir de la littérature sur les pratiques jugées efficaces, et des positions formulées par des organisations nationales ou internationales ou de consensus d'experts. Elles incluent des principes ou des façons de faire permettant d'engendrer des effets plus significatifs et positifs sur le développement global des enfants⁴. La plupart des conditions de succès énumérées ne surprendront personne. Elles sont ici réaffirmées alors que leur rationnel et les principaux éléments à considérer sont explicités. Même si les conditions sont présentées de façon distincte, elles sont interreliées et exposées dans un ordre logique. Toutes les conditions sont importantes, la qualité étant sans doute la plus essentielle d'entre elles.

Les 10 conditions de succès des actions sont :

1. Favoriser la collaboration et l'engagement des acteurs;
2. Répondre aux besoins des enfants et des familles;
3. Renforcer les facteurs de protection et diminuer les facteurs de risque;
4. Posséder des caractéristiques de qualité;
5. Tendre vers l'universalisme proportionné;
6. Cibler l'enfant et tous les niveaux d'influence;
7. Être précoces et permettre une continuité jusqu'à 8 ans;
8. Permettre une intensité significative ou un cumul significatif;
9. Être complémentaires et cohérentes;
10. Tenir compte des caractéristiques des enfants et des familles visés.

1. Favoriser la collaboration et l'engagement des acteurs

Des actions qui favorisent la création et le maintien de la collaboration entre les acteurs et qui suscitent leur implication, leur dévouement et leur enthousiasme.

Les actions qui favorisent la création et le maintien de la collaboration entre les acteurs et qui suscitent l'engagement de ceux-ci autour du développement des enfants augmentent les chances d'atteindre les objectifs^{5,2,6,7,8,9,10}.

La collaboration entre les acteurs, dont les parents, autour d'actions pour favoriser le développement des enfants implique de créer une vision partagée du développement, de se fixer un but et des objectifs atteignables et concrets¹¹, de compter sur les forces de chacun des acteurs pour les atteindre et de renforcer les liens de partenariat^{9,10}. Grâce à cette collaboration, les acteurs pourront participer aux choix, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des actions^{5,7}. Évidemment, il n'est pas toujours facile d'inclure les parents dans les discussions en raison d'un manque de temps, de communication ou d'opportunités pour les solliciter. Inclure les parents est évidemment fondamental dans une logique d'*empowerment*. Ils doivent être au cœur du développement des enfants et des choix faits en ce sens. Plusieurs facteurs peuvent faciliter le travail de collaboration¹¹ : la diversité et la complémentarité des membres, l'implication tant au niveau des processus décisionnels que de la structure de fonctionnement, le partage des responsabilités¹², le respect mutuel et la confiance^{11,12}, la communication ouverte et fréquente¹¹ ainsi qu'un leadership habile ou partagé¹¹.

On sait également que l'engagement des acteurs peut faire une différence dans l'efficacité des actions. Le rôle de personnes hautement impliquées, qui travaillent intensivement pour surmonter les obstacles rencontrés et qui répondent aux besoins des familles avec vigueur, enthousiasme et dévouement peuvent faire la différence entre la réussite et l'échec¹³. On nomme ces acteurs de la communauté, des champions¹⁴. Des personnes clés de la communauté peuvent aussi être formées pour s'occuper de certaines fonctions, ce qui peut accroître l'engagement de la communauté par rapport au projet¹³.

2. Répondre aux besoins des enfants et des familles

Des actions qui correspondent d'abord aux besoins exprimés par les familles puis aux besoins identifiés par les acteurs de la communauté et enfin à ceux relevés par les recherches ou les enquêtes.

Sans minimiser l'importance des besoins identifiés par les acteurs de la communauté¹⁵, il est essentiel que les actions correspondent d'abord aux besoins exprimés par les familles¹⁶. Il est aussi fort pertinent de tenir compte des informations révélées par les recherches ou par les enquêtes pour compléter l'évaluation des besoins¹⁷.

Les parents acceptent¹⁸ et s'engagent¹⁹ plus aisément lorsque les actions offertes répondent à leurs besoins. Une des façons de s'assurer de répondre aux besoins des familles est de les impliquer dans les discussions. Cette implication peut se faire au sein des regroupements locaux²⁰ ou en organisant des rencontres régulières afin de maintenir une communication ouverte¹³, en réalisant des sondages, etc.

Les autres acteurs (ex. : personnel des services de garde, des écoles, des organismes communautaires, résidents du quartier, instances politiques de tous les paliers ou décideurs institutionnels⁹) ont une compréhension des besoins de leur localité qui est complémentaire à celle des familles¹³. Enfin, les informations relevées par des données de recherche ou d'enquête apportent un éclairage différent sur les besoins des enfants et de leurs parents et permettent ainsi de compléter le portrait des besoins²¹.

Une fois le portrait des besoins terminé, l'étape suivante consiste à évaluer si les besoins sont comblés ou non. S'impose alors d'établir un bilan des actions déjà offertes et des ressources disponibles dans la communauté¹⁵.

3. Renforcer les facteurs de protection et diminuer les facteurs de risque

Des actions qui permettent d'agir sur plusieurs facteurs de protection et facteurs de risque en considérant tous les niveaux d'influence.

Les actions les plus efficaces sont celles qui renforcent plusieurs facteurs de protection et réduisent des facteurs de risques¹⁸ à plusieurs niveaux d'influence incluant ceux de la personne, de la famille, de la communauté, de la société^{5,22,23}.

Les avancées en neurosciences, en biologie, en génomique, en sciences sociales et en sciences du comportement raffinent notre compréhension de la construction du développement sain, de ce qui peut le perturber et de ce qui peut être fait pour le soutenir²⁴. Les facteurs qui influencent le développement de l'enfant sont de nature individuelle, sociale, économique, et environnementale^{18,24}. Lorsque l'on souhaite favoriser le développement global des enfants, il faut, comme le rappelle d'ailleurs le commissaire à la santé et au bien-être²⁵, agir sur plusieurs catégories de facteurs²² (protection et risque) de manière cohérente. Selon lui : « le développement sain des enfants requiert la conjonction de multiples conditions favorables tout au long de la grossesse et des premières années de vie en raison de leur sensibilité particulière à des facteurs d'ordre physique et social qui peuvent entraîner des effets durables sur leur santé, leur apprentissage et leur comportement » (p.192)²⁵.

Le choix des facteurs doit se faire en considérant les besoins des enfants et des familles, les forces et les défis de chaque localité. Même si la réduction des facteurs de risque est souvent privilégiée, plusieurs interventions ayant eu du succès misent exclusivement sur le renforcement des facteurs de protection²².

4. Posséder des caractéristiques de qualité

Des actions basées sur des appuis théoriques ou scientifiques solides qui se soucient des caractéristiques du personnel et qui incluent des mesures de suivi de l'implantation et des effets.

Les effets observés sont largement dépendants de la qualité de l'action offerte^{8,26,27,28}. Des recherches démontrent même qu'une faible qualité peut entraîner des effets délétères sur le développement de l'enfant²⁹. La qualité des actions dépend des appuis théoriques (ex. : modèle logique) ou scientifiques (ex. : études évaluatives, pratiques reconnues efficaces), des caractéristiques du personnel ainsi que des mesures de suivi de l'implantation et des effets.

Les actions fondées sur des appuis théoriques solides^{7,18,22,30,31} sont plus susceptibles d'entraîner des résultats positifs. Une solide théorie de l'intervention permet l'élaboration d'objectifs clairement définis, précis et atteignables^{22,30,31,32} et la documentation des liens entre les composantes de l'intervention et l'atteinte des objectifs^{9,18}. Consulter la littérature scientifique permet d'obtenir de l'information sur le type de programme qui fonctionne le mieux en fonction des facteurs visés ou d'une clientèle donnée¹⁵ et de privilégier les actions ayant déjà fait leur preuve^{7,14,18,22,28}.

Il est bien établi que certaines caractéristiques du personnel contribuent à l'efficacité d'une intervention¹⁸ dont leurs connaissances de base, leurs compétences, la qualité et la stabilité des interactions avec les familles et les enfants (ex. : sensible, attentionné et à l'écoute)³³.

Privilégier les interventions qui prévoient un suivi de l'implantation^{18,22} et l'évaluation des effets^{5,13,22,30} constitue également un atout de taille. En documentant correctement le suivi de l'implantation et l'évaluation des effets d'un programme, il est possible d'en tirer des leçons, d'améliorer l'efficacité et l'efficacité d'un programme¹⁵, et d'assurer sa pérennité²². Cette rétroaction peut provenir de sources informelles, telles que des observations personnelles, des commentaires provenant des participants et du personnel, ou de sources formelles, en utilisant par exemple des mesures de satisfaction des participants et des outils pour quantifier ou qualifier les effets¹⁵.

5. Tendre vers l'universalisme proportionné



Des actions visant tous les enfants et leurs parents, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins et qui incluent des stratégies pour éliminer les barrières d'accès.

Il existe des écarts de développement importants entre les enfants lors de leur entrée à l'école. Les enfants vivant dans les quartiers les plus défavorisés sont plus à risque au regard de leur développement que les enfants vivant dans les quartiers mieux nantis^{8,17,34,35}. C'est l'effet du gradient social de la santé : « À chaque position sociale correspondent un niveau spécifique de ressources – matérielles, comportementales ou encore psychosociales – et une exposition à un certain nombre de facteurs de risque. C'est la combinaison entre ces ressources et ces risques qui va produire des différences sociales de santé » (p. 11)³⁶. Cet effet apparaît très tôt dans la vie^{37,38}.

Les résultats de l'IMDPE au Québec et de l'EDI^a au Canada et ailleurs dans le monde montrent que les enfants vulnérables sur le plan de leur développement se retrouvent dans tous les groupes sociaux. Or, bien que la proportion d'enfants vulnérables soit nettement plus élevée dans les milieux socioéconomiques faibles, en nombre absolu, le plus grand nombre provient des niveaux socioéconomiques moyens²⁵ et élevés⁸.

Ce qui est souhaitable, c'est à la fois de réduire l'écart entre les groupes sociaux et d'améliorer le sort de tous les enfants, peu importe leur groupe socioéconomique d'appartenance. Voilà pourquoi il est pertinent de mettre en place des interventions universelles pour l'ensemble des familles auxquelles on greffe des interventions ciblées pour les familles en plus grands besoins³⁴. Depuis quelques années, on nomme cette approche l'universalisme proportionné. Elle consiste à offrir des interventions universelles à toutes les familles, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon leurs besoins^{5,8,32,34,36,39,40,41,42,43}.

On sait également que les familles vivant en contexte de vulnérabilité profitent moins des ressources offertes que les familles à faible risque¹⁹, principalement en raison de barrières d'accès¹⁸ telles que les moyens de transport limités, la langue dans laquelle l'intervention est offerte ou encore les craintes quant à leur utilisation⁴⁰. Des actions universelles proportionnées aux besoins et qui lèvent les barrières d'accès permettent de favoriser le développement des enfants de tous les statuts socioéconomiques.

6. Cibler l'enfant et tous les niveaux d'influence



Des actions qui permettent d'agir directement auprès de l'enfant combinées à des actions qui soutiennent les milieux où ils vivent, grandissent et apprennent.

Les actions les plus efficaces s'inscrivent dans une perspective globale de soutien au développement de l'enfant en combinant des interventions directes auprès de l'enfant et des interventions à tous les niveaux d'influence^{5, 22,23,25}.

Le développement de l'enfant est lié aux expériences vécues dès la conception (et se poursuit après la naissance, avec les parents et la famille élargie), ainsi qu'aux expériences vécues dans sa communauté. On pense ici au voisinage, aux services éducatifs de garde, aux écoles et, plus largement, à la société^{34,44,45,46}. Les problèmes qui touchent les familles au niveau local comme les conditions de logement, l'isolement social, l'offre de services faible ou fragmentée et leur accessibilité ainsi que les opportunités économiques limitées influencent aussi le développement⁴⁷.

Le modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner est le plus largement utilisé pour représenter les liens entre une personne et les divers systèmes qui l'influencent²³. Le modèle écologique plus récent d'Irwin et collab. (2007) révèle que les enfants doivent bénéficier d'une nutrition adéquate, grandir dans des milieux favorables qui les protègent de la désapprobation et d'une discipline inadéquate. En plus, « ils ont besoin d'occasions d'explorer le monde, de jouer et d'apprendre comment parler et écouter. Les expériences stimulantes et de soutien physique comme affectif que vivent les enfants dans les milieux où ils grandissent, vivent et apprennent sont celles qui ont le plus de répercussions sur leur développement » (p.9)⁵.

Plusieurs experts du développement de l'enfant sont d'avis que les actions qui ont pour objectif de favoriser le développement doivent aussi inclure des interventions qui le ciblent directement^{48,49}. L'intégration dans un milieu de garde éducatif de qualité, les ateliers de stimulation, les activités d'éveil à la lecture et à l'écriture sont des exemples d'actions directes. Tous les domaines de développement devraient être ciblés, et non un en particulier. Chaque domaine de développement est essentiel, et les acquis réalisés dans l'un servent au développement des acquis dans un autre^{34,50}.

^a Version anglaise de l'IMDPE

7. Être précoces et permettre une continuité jusqu'à 8 ans

Des actions proposées tôt dans la vie et qui permettent de couvrir la période de la conception jusqu'à 8 ans tout en facilitant les périodes de transition.

Des actions proposées tôt dans la vie et qui couvrent la période de la conception jusqu'à 8 ans^{8,51} tout en facilitant les périodes de transition⁵² ont plus de chances d'influencer le développement global des enfants.

Le cerveau se développe tout le long de la vie, mais à un rythme très rapide au cours des premières années, et ce, dès la conception du fœtus et pendant l'enfance^{18,53}. Le développement du cerveau se déroule en plusieurs phases, de telle sorte qu'à des moments spécifiques de la vie, certaines zones sont plus sensibles aux influences bénéfiques et néfastes de l'environnement qu'à d'autres moments^{18,34,43,54}. Les interventions efficaces proposées tôt dans la vie ont plus de chance d'avoir un effet bénéfique sur le développement de l'enfant et de diminuer les problèmes futurs, puisque le cerveau est au plus fort de son développement^{31,32,55,56,57,58}.

Les recherches montrent d'ailleurs que le degré de sensibilité de plusieurs fonctions du cerveau décline après l'entrée à l'école⁵³. Par ailleurs, le fait de prolonger l'intervention après l'entrée à l'école est important pour maintenir les acquis, particulièrement auprès des enfants issus de milieux défavorisés³³.

Les périodes de transition sont également importantes. Une transition harmonieuse donnera confiance aux enfants et à leurs parents pour les transitions qui suivront⁵². Par exemple, la transition vers la maternelle marque l'entrée dans le monde scolaire et établit les bases de la réussite future^{59,60}.

8. Permettre une intensité significative ou un cumul significatif

Des actions qui permettent une intensité significative ou un cumul significatif pour atteindre leurs objectifs par la durée, la fréquence, les moyens utilisés et les rappels dans le temps.

Les chances de succès d'une action et l'ampleur de ses effets dépendent de l'intensité offerte, mais c'est également l'effet cumulatif de chaque action qui produira des effets substantiels sur le développement des enfants³¹.

Les variables importantes à considérer dans l'équation sont : l'intensité dans le temps (durée et fréquence), l'intensité des moyens ou des modalités utilisées²² et la possibilité d'un renforcement des acquis dans le temps^{28,33}. Comment déterminer si l'intensité est significative ou si le cumul sera significatif? La réponse dépend des objectifs⁵⁶. Elle doit être ajustée en fonction des besoins précis des familles ou d'un sous-groupe (principe de l'universalisme proportionné)^{22,31,32,43,58} ou encore en fonction des facteurs de risque et des facteurs de protection observés dans la population à desservir²².

9. Être complémentaires et cohérentes



Des actions en séquence organisées de manière à se compléter tout en permettant de renforcer les acquis de chacune.

Les actions organisées de manière complémentaire et cohérente entre elles ont le plus de chance d'influencer positivement le développement⁸.

Pour s'assurer d'une complémentarité entre les actions, l'intervention envisagée doit s'ajouter à un ensemble d'actions et la compléter, plutôt qu'interférer avec celles existantes^{15,61}. Les acquis réalisés grâce à une intervention sont alors renforcés, bonifiés ou consolidés grâce à une autre.

Pour s'assurer d'une cohérence entre les actions, il faut une grande fluidité dans le passage d'une intervention à l'autre et des similitudes dans les messages véhiculés et les acquis réalisés. Cela nécessite une communication et un partage plus efficaces de l'information entre les organismes et les établissements de soutien aux familles⁶².

Une planification des actions en séquence peut faciliter la cohérence et la complémentarité⁶³. Tous les facteurs de risque et de protection n'ont pas besoin d'être ciblés sur toute la période de la conception à l'âge de 8 ans. En fonction des étapes de développement du cerveau, de certains défis développementaux et des défis qui attendent les parents d'enfants à différents âges, il est souhaitable d'élaborer une séquence logique d'actions qui seront complémentaires et cohérentes.

10. Tenir compte des caractéristiques des enfants et des familles visés



Des actions qui tiennent compte des stades de développement de l'enfant et de la culture des familles.

Les actions qui permettent de tenir compte des caractéristiques de la clientèle, que ce soit en raison du stade de développement des enfants ou de la culture des familles, augmentent les chances d'atteindre les objectifs²². Les actions peuvent être vraiment utiles lorsqu'elles sont adaptées aux intérêts et aux réalités de chaque enfant, de chaque famille ou de chaque communauté¹⁸.

Pour tenir compte des caractéristiques de l'enfant, il faut tenir compte de son niveau de maturité et utiliser des techniques et de l'information appropriés à son stade de développement^{20,22,31,55,63}. Même s'il est souhaitable de s'attarder aux caractéristiques liées au genre et aux mécanismes qui mènent aux différences de développement entre les garçons et les filles, il n'existe pas, à notre connaissance, de consensus scientifique pour distinguer les interventions selon le genre lors de la petite enfance⁶⁴.

Les actions envisagées doivent permettre de s'ajuster au contexte culturel des familles^{5,13,18,22,34}. Sans devoir concevoir de nouvelles actions pour chaque groupe culturel de la communauté, il importe de s'assurer que les activités, le matériel, le contenu ou le format sont compatibles avec les pratiques, les croyances et les besoins des différents groupes visés⁵⁶.

Conclusion

Les résultats de l'EQDEM permettent de constater qu'un trop grand nombre d'enfants n'ont pas les acquis nécessaires au moment de leur entrée à l'école. Nous savons qu'il est possible de favoriser le développement global des enfants grâce notamment à un ensemble d'actions. Nous avons exposé, dans ce document, ce qui caractérise les actions les plus efficaces en espérant que les acteurs concernés par le développement puissent s'en inspirer.

Références

- ¹ Santos, R (2013). Informing policy to support evidence-based school readiness programs and practices. Dans Michel Boivin & Karen, L. B., *Promoting school readiness and early learning. Implications of developmental research for practice*, (p. 329-361). New York : The Guilford Press.
- ² AEDI National Support Centre (2013). *Building better communities for children. Community dissemination and action guide*. http://www.healthfuture.health.wa.gov.au/Publications/05_AEDI_Guide.pdf.
- ³ Janus, M., Brinkman, S., Duku, E., Hertzman, C., Santos, R., Sayers, M., Schroeder, J., et Walsh, C. (2007). *The Early Development Instrument : A population-based measure for communities. A handbook on development, properties and use*. Hamilton, Ontario : Offord Centre for Child Studies.
- ⁴ US Department of Health and Human Services (2013). Core intervention components : identifying and operationalizing what makes programs work. *ASPE Research Brief*, 1-21.
- ⁵ Irwin, L. G., Siddiqi, A., et Hertzman, C. (2007). *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur. Rapport final*. Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé.
- ⁶ Siddiqi, A., Irwin, L. G., et Hertzman, C. (2007). *Total environment assessment model for early child development. Evidence report*. World Health Organization's. Commission on the social determinants of health.
- ⁷ Centre for Community Child Health, 2007. *Effective community-based services*. Victoria, Australia : The Centre for Community Child Health.
- ⁸ McCain, M. N., Mustard, J. F., et Shanker, S. (2007). *Early years study 2. Putting science into action*. Toronto : Council for early child development.
- ⁹ Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Montréal, Canada : Réseau francophone international pour la promotion de la santé.
- ¹⁰ Watkins Murphy, P. et Cunningham, J. V. (2003). *Organizing for community controlled development : Renewing civil society*. SAGE. University of Pittsburgh.
- ¹¹ Austin, H. E. (2010). *Community-based initiatives for promoting school readiness : the story of Celebrate Liberty's Children*. Greenboro, North Carolina : University of North Carolina.
- ¹² Deslandes, R. (2010). *Les conditions essentielles à la réussite des partenariats école-famille-communauté*. Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec.
- ¹³ Maggi, S., Irwin, L. G., Siddiqi, A., Poureslami, I., Hertzman, E., et Hertzman, C. (2005). *Knowledge network for early child development. Analytic and strategic review paper : international perspectives on early child development*. World Health Organization, Commission on the social determinants of health.
- ¹⁴ Communities that care (2013). *How it works*. www.communitiesthatcare.net/how-ctc-works/.
- ¹⁵ Wandersman, A. et collab. (1998). Comprehensive quality programming and accountability : Eight essential strategies for implementing successful prevention programs. *The Journal of Primary Prevention*, 19(1), 3-30.
- ¹⁶ Center on the Developing Child at Harvard University (2007). *A science-based framework for early childhood policy : Using evidence to improve outcomes in learning, behavior and health for vulnerable children*. Harvard University. http://developingchild.harvard.edu/resources/reports_and_working_papers/policy_framework/.
- ¹⁷ Simard, M., Tremblay, M. E., Lavoie, A., et Audet, N. (2013). *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.
- ¹⁸ National Research Council and Institute of Medicine (2000). *From neurons to neighborhoods : The science of early childhood development*. National Academy Press. Washington, D.C.
- ¹⁹ Berlin, L. J., O'Neal, C. R. et Brooks-Gunn, J. (1998). What makes early intervention programs work? The program, its participants, and their interaction. *Zero to Three*.
- ²⁰ National Center for Injury Prevention and Control. (2013). *Essentials for childhood. Steps to create safe, stable and nurturing relationships*. CDC.
- ²¹ Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Mise à jour en 2008. Gouvernement du Québec.
- ²² Bond, L. A. et Carmola Hauf, A. M. (2004). Taking stock and putting stock in primary prevention : characteristics of effective programs. *Journal of Primary Prevention*, 24(3), 199-221.
- ²³ Meilleur départ. (2012). *Le guide sur la bonne voie*. Ontario : Nexus Santé.
- ²⁴ Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*, 81(1), 357-367.
- ²⁵ Commissaire à la santé et au bien-être. (2011). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. État de situation : portrait de la périnatalité et la petite enfance au Québec*.
- ²⁶ Goelman, H., Anderson, L., Kershaw, P., et Mort, J. (2008). *Expanding early childhood education and care programming : highlights of a literature review, and public policy implications for British Columbia*. Human Early Learning Partnership (HELP).
- ²⁷ Britto, P. R., Yoshikawa, H. et Boller, K. (2011). Quality of early childhood development programs in global contexts. Rationale for investment, conceptual framework and implications for equity. *Social Policy Report*, 25(2), 1-26.
- ²⁸ Human Early Learning Partnership. (2012). *Addressing barriers to access*. British Columbia : Human Early Learning Partnership.
- ²⁹ OCDE. (2012). *Petite enfance, grands défis III. Boîte à outils pour une éducation et des structures d'accueil de qualité*. Éditions OCDE.
- ³⁰ McKenzie, F. (2009). *Un guide pour soutenir la réflexion et... mieux faire grandir les tout-petits*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ³¹ Moran, P., Ghate, D., et van der Merwe, A. (2004). *What works in parenting support? A review of the international evidence*. United Kingdom : Department for education and skills.
- ³² Galinsky E. (2006). *The economic benefits of high-quality early childhood programs : what makes the difference ?* Committee for economic development.
- ³³ Ofsted. (2013). *The impact of early education as a strategy in countering socio-economic disadvantage*. London, UK : Centre for Research in Early Childhood.
- ³⁴ Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. (2012). *La connaissance en santé développementale comme moteur de politiques familiales favorables à la santé au Canada*. Gouvernement du Québec.
- ³⁵ Pivik, J. (2012). *Environmental scan of school readiness for health : definitions, determinants, indicators and interventions*. Vancouver, BC, Canada : Human Early Learning Partnership with the National Collaborating Centre for Determinants of Health.
- ³⁶ Moleux, M., Schaezel, F., et Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociales en santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*. Inspection générale des affaires sociales.
- ³⁷ Hertzman, C. (2002). *An early child development strategy for Australia?* Lessons from Canada. Queensland Government.
- ³⁸ Commission européenne. (2010). *Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne*. Luxembourg : Union européenne.
- ³⁹ Egeland, B (2009). Programmes d'intervention et de prévention portant sur l'attachement et destinés aux jeunes enfants..
- ⁴⁰ Boivin, M., Hertzman, C., Barr, R., Boyce, W. T., Fleming, A., MacMillan, H., Odgers, C., Sokolowski, M. B., et Trocmé, N. (2012). *Early childhood development*. Ontario : The Royal Society of Canada & The Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel.
- ⁴¹ Human Early Learning Partnership. (2012). *What makes a difference for early child development?*
- ⁴² Human Early Learning Partnership. (2011). *Universalisme proportionné, synthèse*. Colombie-Britannique : Human Learning Partnership.
- ⁴³ The Marmot Review Team. (2010). *Fair society, healthy lives*. Executive summary. London : Marmot Review.
- ⁴⁴ Schroeder, J., Harvey, J., Razas-Rahmati, N., Corless, G., Negreiros, J., Ford, L., Kershaw, P., Anderson, L., Wiens, M., Vaghi, Z., Stefanowicz, A., Irwin, L. G., et Hertzman, C. (2009). *Creating communities for young children. A toolkit for change*. Vancouver, British Columbia : Human Early Learning Partnership.

- ⁴⁵ Anderson, L. M. et collab. (2003). The effectiveness of early childhood development programs. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3S), 32-46.
- ⁴⁶ Doherty, G. (1997). *Zero to six. The basis for school readiness*. Applied research branch, Strategic Policy, Human resources of Development Canada.
- ⁴⁷ Centre for Community Child Health (2011). Place-based approaches to supporting children and families. *Policy Brief*, 23, 1-6. The Royal Children's Hospital.
- ⁴⁸ Layzer, J. I., Goodson, B. D., Bernstein, L., et Price, C. (2001). *National evaluation of family support programs. Volume A : the meta-analysis*. Cambridge, MA : Abt Associates Inc.
- ⁴⁹ Ramey, S. L. et Ramey, C. T. (2003). Understanding efficacy of early educational programs : critical design, practice, and policy issues. Dans Arthur J.Reynolds, Margaret C.Wang et Herbert J.Walberg, *Early childhood programs for a new century*, (p. 35-70). Washington, D.C : CWLA Press.
- ⁵⁰ Wachs, T. D. (2012). *The nature and nurture of child development*. United Nations University. Document consulté de <http://archive.unu.edu/unupress/food/V201e/ch03.htm>.
- ⁵¹ Organisation mondiale de la santé (2011). *Dix faits et chiffres sur le développement dans la petite enfance en tant que déterminant social de la santé*. Organisation mondiale de la santé. Document consulté de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/fr/.
- ⁵² Gouvernement du Québec. (2010). *Guide pour soutenir une première transition scolaire de qualité*. Gouvernement du Québec.
- ⁵³ McCain, M. N. et Mustard, J. F. (1999). *Reversing the real brain drain : Early Years Study - Final report*.
- ⁵⁴ Janus, M. (2006). *Early Development Instrument : An indicator of development health at school entry*. Vaudreuil, Québec.
- ⁵⁵ Giesen, F., Searle, A. et Sawyer, M. (2007). Identifying and implementing prevention programmes for childhood mental health problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43, 785-789.
- ⁵⁶ Malcuit, G. et Pomerleau, A. (2005). Les principes qui se retrouvent dans les pratiques efficaces pour le développement optimal des jeunes enfants. 1-17. Montréal : LEN-UQAM.
- ⁵⁷ Bradshaw, C. P. et collab. (2012). Infusing developmental neuroscience into school-based preventive interventions : implications and future directions. *Journal of Adolescent Health*, 51, S41-S47.
- ⁵⁸ Moore, T. (2006). *Early childhood and long term development : the importance of the early years*. Australia : Australian research alliance for children & youth.
- ⁵⁹ Schulting, A. B., Malone, P. S. et Dodge, K. A. (2005). The effects of school-based kindergarten transition policies and practices on child academic outcomes. *Developmental Psychology*, 41(6), 860-871.
- ⁶⁰ Rimm-Kaufman, S. E. et Pianta, R. C. (2000). An ecological perspective on the transition to kindergarten: a theoretical framework to guide empirical research. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 21(5), 491-511.
- ⁶¹ Centre for Community Child Health. (2008). *Rethinking school readiness*. Victoria, Australia : Document consulté de www.rch.org.au/ccch/policybriefs.cfm.
- ⁶² OECD. (2006). *Starting strong II : Early childhood education and care*. Document consulté de <http://www.oecd.org/newsroom/37425999.pdf>.
- ⁶³ McCall, R. B., Larsen, L., et Ingram, A. (2003). The science and policies of early childhood education and family services. Dans Arthur J.Reynolds, Margaret C.Wang et Herbert J.Walberg, *Early childhood programs for a new century*, (p. 255-298). Washington, D.C : CWLA Press.
- ⁶⁴ Janus, M. et Duku, E. (2007). The school entry gap : socioeconomic, family, and health factors associated with children's school readiness to learn. *Early Education and Development*, 18(3), 375-403.

Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants – Résumé

AUTEURE

Julie Poissant, Institut national de santé publique du Québec

DIRECTION SCIENTIFIQUE

Réal Morin, Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

L'auteure remercie les professionnels qui ont commenté les versions précédentes de ce résumé : Louise Desjardins, Denise Gendron, Josée Martel, Marcella Kafka, Caroline Caux, Marie-Agnès LeBreton, Jacynthe Dumont, Luce Bordeleau, Diane Martel, Victoire Giguère, Claude Chênevert, Marie-Claude Roberge, Martine Yelle, Annick Bachand, Mélanie Chabot, Stéphanie Leclerc et Christine O'Donoghue.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2014
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-69673-5 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-69674-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

Institut national
de santé publique

Québec

