



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

ÉTAT DES CONNAISSANCES

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

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Développement des individus
et des communautés

Janvier 2014

AUTEURE

Julie Poissant, experte en périnatalité et petite enfance
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION

Alessandra Chan, conseillère scientifique en petite enfance
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

SOUTIEN POUR LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Vicky Tessier, bibliothécaire
Direction du secrétariat général, des communications et de la documentation
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA DIRECTION SCIENTIFIQUE DE

Real Morin, directeur scientifique
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

AVEC L'APPUI DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL VOLET SOUTIEN À L'INTERVENTION DE L'INITIATIVE CONCERTÉE D'INTERVENTION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES JEUNES ENFANTS

Caroline Caux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Marie Moisan, ministère de la Famille

Danielle Bordeleau, ministère de la Famille

Marie-Agnès Lebreton et Sonia Daly, Avenir d'enfants

Renée Cyr et Catherine Noreau, direction de santé publique de l'Estrie

Christiane Bourdages Simpson, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Diane Tardif, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

MISE EN PAGE ET RELECTURE

Sophie Michel, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

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 : 978-2-550-70018-0 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

REMERCIEMENTS

L'auteure remercie les personnes suivantes pour leurs précieux commentaires :

- Luce Bordeleau, direction régionale de santé publique de la Montérégie
- Nathalie Bouvrette, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
- Sylvie Garnier, direction régionale de santé publique de la Gaspésie
- Danielle Guay, direction régionale de santé publique de Montréal
- Isabelle Laurin, direction régionale de santé publique de Montréal
- Johanne Laverdure, Institut national de santé publique du Québec
- Stéphanie Leclerc, direction régionale de santé publique de l'Outaouais
- Marie-Claude Roberge, Institut national de santé publique du Québec
- Micha Simard, Institut de la statistique du Québec
- Mai Thanh Tu, Institut national de santé publique du Québec
- Leah Walz, direction régionale de santé publique de Montréal

CONTEXTE ET MANDAT

L'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants (ICIDJE) vise à soutenir le développement des enfants québécois et à mieux préparer leur entrée au premier cycle du primaire et leur réussite scolaire¹. Le premier volet concerne la réalisation de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM). Le second volet consiste à mettre en œuvre des actions pouvant soutenir le développement des enfants à la suite des résultats obtenus dans le cadre du premier volet. Plusieurs partenaires collaborent à cette initiative, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), le ministère de la Famille, Avenir d'enfants et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Le groupe de travail « volet soutien à l'intervention de l'ICIDJE », un comité composé des partenaires du projet et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), s'est donné comme tâche de soutenir la planification des actions en prenant en considération les politiques et l'offre de services actuels en petite enfance et les conditions de succès liées aux interventions les plus efficaces. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié le mandat à l'INSPQ de présenter un état de connaissance sur 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'ICIDJE et les acteurs locaux dans leurs choix d'actions.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES.....	VII
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	3
2 LES DIX CONDITIONS DE SUCCÈS	5
2.1 Favoriser la collaboration et l'engagement des acteurs	5
2.2 Répondre aux besoins des enfants et des familles	6
2.3 Renforcer les facteurs de protection et diminuer les facteurs de risque.....	7
2.4 Posséder des caractéristiques de qualité	12
2.5 Tendre vers l'universalisme proportionné.....	14
2.6 Cibler l'enfant et tous les niveaux d'influence.....	18
2.7 Être précoces et permettre une continuité jusqu'à 8 ans.....	20
2.8 Permettre une intensité significative ou un cumul significatif.....	21
2.9 Être complémentaires et cohérentes	22
2.10 Tenir compte des caractéristiques des enfants et des familles visés	22
CONCLUSION	25
RÉFÉRENCES.....	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Plan de concepts.....	3
Tableau 2	Facteurs de protection favorisant le développement global des enfants	9
Tableau 3	Facteurs qui influencent la qualité d'implantation d'une intervention	13
Tableau 4	Barrières d'accès aux services et stratégies pour les réduire.....	16

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Universalisme proportionné	15
Figure 2	Périodes de sensibilité dans le développement du cerveau	20

INTRODUCTION

L'état de développement des enfants lors de leur entrée à l'école, tel qu'il a été mesuré par l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE®)^a dans le volet Enquête de l'ICIDJE, apporte un éclairage et une meilleure compréhension de comment se portent nos enfants au sein de chaque communauté. Les résultats étant maintenant connus partout au Québec, plusieurs décideront de passer à l'action après l'étape d'appropriation des résultats.

Selon Santos², 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 se fait déjà; 3) diminuer ou interrompre ce qui se fait ou 4) proposer de nouvelles actions. Les avenues 2 à 4 peuvent être combinées. Réfléchir aux actions à poser à la suite de l'EQDEM implique donc de faire des choix³.

D'entrée de jeu, précisons qu'aucune action ne permet, à elle seule, de réduire la proportion d'enfants vulnérables et de favoriser le développement global des enfants. L'IMDPE ne fournit d'ailleurs pas de recette précise⁴. Il n'existe pas de formule unique, mais plusieurs. Toutefois, certaines actions et 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 des consensus d'experts. Les conditions incluent des principes ou des façons de faire qui permettent d'engendrer des effets plus significatifs et positifs sur le développement global des enfants⁵. La plupart des conditions de succès ne surprendront personne. Elles sont ici réaffirmées alors que leur rationnel et les principaux éléments à considérer sont explicités. Même si les conditions de succès sont ici présentées de façon distincte, elles sont interreliées et exposées dans un ordre logique. Il faut savoir qu'elles sont toutes importantes, la qualité étant sans doute la condition la plus essentielle d'entre elles.

^a McMaster University, Ontario, Canada.

1 MÉTHODOLOGIE

Une recherche de littérature effectuée entre décembre 2012 et septembre 2013 a permis de documenter les conditions de succès. Les bases de données suivantes ont été consultées : PubMed, Scirus, OvidSP, EBSCOHost, ProQuest. La littérature grise et des sites internet d'organisations québécoises, canadiennes ou internationales sur le développement des enfants ont également été examinés. Les combinaisons de mots clés du tableau 1 ont facilité la recherche de documents pertinents. Plusieurs sources ont été identifiées à partir des références citées dans les ouvrages recueillis (méthode « boule de neige »).

Tableau 1 Plan de concepts

Concepts	Mots clés
Conditions de succès	<i>Guidelines, efficacy, effectiveness, key/essential trends/elements/dimensions, highlights, successful interventions, determinants, scientific evidence, core component</i>
Actions	<i>Program, intervention, public policy implications, population health perspective, community actions, programmatic intervention, local initiative</i>
Développement global/préparation à l'école	<i>School readiness, ready to school, school ready, readiness to learn at school, early childhood development, education, childcare, best start in life, well-being</i>
Enfants	<i>0-8 year old, baby, infant, juvenile, kid, minor, neonate, newborn, preschool children, school children, preschoolers, toddlers, young, youth</i>

2 LES DIX CONDITIONS DE SUCCÈS

Bien que diverses actions existent pour favoriser le développement des enfants, et ce, partout à travers le monde⁶, les conditions essentielles et celles qui apparaissent nécessaires demeurent peu étudiées⁷. Malgré tout, un consensus émerge autour d'un certain nombre de conditions. Nous les présenterons et en ferons ressortir les éléments importants.

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.

2.1 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 engagement autour du développement des enfants augmentent les chances d'atteindre les objectifs^{3, 8, 9, 10, 11, 12, 13}.

Outre les parents, plusieurs personnes peuvent être interpellées lorsqu'il s'agit du développement des enfants¹⁴. La liste inclut notamment les acteurs des services de garde éducatifs à l'enfance, des commissions scolaires, des écoles, des centres de santé et de services sociaux, des organismes communautaires, des organismes de bienfaisance, les élus locaux ou municipaux, les responsables des associations culturelles, etc.

La collaboration entre les acteurs autour d'actions favorisant le développement des enfants implique de s'entendre sur une vision partagée du développement, de se fixer un but et des objectifs atteignables et concrets¹⁵, de compter sur les forces de chacun pour les atteindre et de renforcer les liens de partenariat^{12, 13}. Grâce à cette collaboration, les acteurs pourront participer au choix¹¹, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des actions⁹.

Évidemment, il n'est pas toujours facile d'inclure les parents dans les discussions en raison d'une disponibilité limitée, ou de difficultés de communication ou d'opportunités pour les solliciter. Pourtant, inclure les parents s'avère fondamental dans une logique d'*empowerment*. Ils doivent être au cœur du développement de leurs enfants et des choix

faits en ce sens. Leur sentiment de compétence parentale sera ainsi renforcé, ce qui permettra l'établissement d'une collaboration basée sur la confiance et le respect¹⁶.

Plusieurs facteurs peuvent aussi faciliter le travail de collaboration au sein d'un groupe d'acteurs de la communauté¹⁵. La diversité et la complémentarité des membres, l'implication tant au niveau des processus décisionnels que de la structure de fonctionnement, le partage des responsabilités, la communication, le respect mutuel et la confiance ainsi qu'un leadership habile et partagé en sont des exemples^{15, 17, 18}. Par ailleurs, une communication ouverte et fréquente¹⁵ entre les responsables du programme et la communauté par le biais de rencontres régulières entre les parents, les professionnels, les membres de la communauté et les autres acteurs autour des actions offertes ou envisagées renforce les liens de collaboration¹⁹.

L'engagement des acteurs fait une différence dans l'efficacité des actions. Selon les travaux de la Fondation Bernard van Leer qui visent à expliquer pourquoi certaines interventions fonctionnent mieux que d'autres, l'engagement des acteurs se révèle plus déterminant que le contenu même de l'intervention. En effet, les 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'échec même pour un projet mal planifié ou mal organisé¹⁹. On nomme ces acteurs de la communauté, des champions²⁰. 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 projet¹⁹.

À la suite de l'enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais « En route pour l'école! » menée en 2006 à Montréal avec l'IMDPE, une vaste opération de concertation entre les acteurs prend la forme de sommets. L'analyse des retombées des sommets montre que cette concertation a soutenu la mobilisation des acteurs en renforçant les liens existants entre les partenaires²¹, en élargissant le réseau par l'engagement des écoles entre autres^{21, 22}, en renforçant le travail en intersectorialité²² et en permettant de mieux connaître les forces des milieux et les défis²¹.

Comme à Montréal, les communautés locales de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard soulignent que les résultats de l'*Early development Instrument* (EDI, la version anglaise de l'IMDPE) permettent une consolidation des liens au sein des groupes de planification intersectorielle. Dans ces provinces, différents secteurs travaillent actuellement en partenariat et collaborent pour développer un plan d'action stratégique qui répond aux besoins des enfants et de leur famille²³.

2.2 RÉPONDRE AUX BESOINS DES ENFANTS ET DES FAMILLES

Sans minimiser l'importance des besoins identifiés par les acteurs de la communauté²⁴, il s'avère essentiel que les actions correspondent d'abord aux besoins exprimés par les familles²⁵. Les besoins émergeant des recherches ou des enquêtes viennent par la suite compléter le portrait des besoins des enfants et des familles d'une localité²⁶.

Les parents acceptent¹⁶ et s'engagent²⁷ plus aisément lorsque les actions offertes répondent spécifiquement à leurs besoins. Une des façons de s'assurer de répondre aux besoins des familles est d'abord de les impliquer dans les discussions. Cette implication peut se faire au sein des regroupements locaux²⁸, en organisant des rencontres régulières afin de maintenir une communication ouverte¹⁹ ou en utilisant des sondages, etc.

En Australie, un des principaux défis que les communautés locales ont relevés à la suite de la collecte de données faite avec l'EDI est justement d'inclure les parents dans la compréhension des résultats et dans la planification des actions²⁹. Pour y arriver, le rôle central des parents dans la vie de leur enfant a été reconnu clairement. Ils ont été vivement encouragés à participer et à contribuer aux expériences d'apprentissage et au développement de leur enfant, et ont été incités à s'impliquer activement dans la planification des activités³⁰.

Les autres acteurs (ex. : le personnel des services de garde, des écoles, des organismes communautaires, les résidents du quartier, des instances politiques de tous les paliers ou des décideurs institutionnels¹²) apportent un point de vue complémentaire à celui des familles¹⁹. Enfin, les besoins qui peuvent être identifiés à partir des données de recherche ou d'enquête³¹ complètent le portrait. Une fois le portrait des besoins terminé, l'étape suivante consiste à évaluer si ces besoins sont comblés ou non en faisant un bilan des actions déjà offertes et des ressources disponibles dans la communauté²⁴. Plusieurs ouvrages peuvent être consultés pour faciliter l'identification des différents programmes disponibles : par exemple, le recueil du ministère de la Famille et des Aînés, intitulé *Bilan 2006-2010 des réalisations en faveur des familles et des enfants*, dresse un portrait intéressant des programmes et des services offerts pour les familles et les enfants³², mais aussi les documents produits par Avenir d'enfants³³, le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être³⁴ et l'analyse des principaux programmes effectuée par la direction régionale de la santé publique de Montréal³⁵.

2.3 RENFORCER LES FACTEURS DE PROTECTION ET DIMINUER LES FACTEURS DE RISQUE

Les actions les plus efficaces sont celles qui maximisent l'effet bénéfique des facteurs de protection et réduisent l'effet nocif des facteurs de risque¹⁶, et ce, à tous les niveaux d'influence dont ceux de la personne, de la famille, de la communauté, de la société^{9, 36 37}. La présence de plusieurs facteurs de risque dans la vie des enfants entraîne plus de vulnérabilité alors que le cumul de facteurs de protection crée des conditions favorables et des effets positifs sur la santé et le développement de l'enfant^{12, 16}.

Selon le commissaire à la santé et au bien-être³⁴, il faut agir sur plusieurs catégories de facteurs (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)³⁴. Par exemple, les interventions ayant eu du succès sont celles qui visaient à la fois la réussite éducative de l'enfant, mais également la création de milieux familiaux sensibles et stimulants et la réduction du stress des familles³⁸.

Les avancées en neuroscience, en biologie, en génomique, en sciences sociales et 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 soutenir³⁹. Les facteurs qui influencent le développement de l'enfant sont de nature individuelle, sociale, économique, et environnementale^{16, 39}. Les enfants grandissent dans des environnements qui peuvent soutenir ou entraver leur développement. Lorsque l'environnement dans lequel se développe l'enfant est favorable et chaleureux, les facteurs biologiques et environnementaux se combinent pour permettre l'atteinte du plein potentiel de l'enfant. Au contraire, si certains facteurs et l'environnement constituent une menace, la combinaison de ces facteurs peut conduire à des problèmes émotionnels, physiques ou mentaux⁴⁰. Par exemple, l'exposition au stress élevé, par l'entremise d'un parent dépressif, d'un parent qui consomme des substances psychoactives, de la violence familiale ou de toutes formes d'abus perturbe de façon marquée le développement de l'enfant¹⁰ et peut avoir des effets délétères tout au long de la vie⁴¹.

Le choix des facteurs à privilégier doit se faire en considérant les besoins des enfants et des familles ainsi que les forces et les défis de chaque localité. Même si la réduction des facteurs de risque est souvent privilégiée, plusieurs interventions fructueuses misent exclusivement sur le renforcement des facteurs de protection³⁷. Le tableau 1 présente les principaux facteurs de protection sans avoir la prétention d'être exhaustif.

Tableau 2 Facteurs de protection favorisant le développement global des enfants

L'enfant et la femme enceinte	La famille	La communauté	La société
<p>Santé intra-utérine :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apport adéquat d'acide folique²⁵; • Nutrition adéquate^{8, 19, 25, 42,} • Prévention des infections prénatales (ex. : toxoplasmose)²⁵; • Exposition à des niveaux inférieurs au seuil de toxicité environnementale (ex. : mercure)²⁵; • Aucune consommation d'alcool, de drogues ou de tabac²⁵; • Exposition limitée au stress chronique²⁵. 	<p>Environnement émotionnel et physique favorable^{8, 19, 25, 42, 43, 44, 45} :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité et utilisation des ressources matérielles et informationnelles nécessaires pour prendre soin de l'enfant^{8, 42, 44, 46, 47,} • Climat favorable et harmonieux (ex. : absence de violence ou de négligence)^{8, 19, 25, 40, 43, 45, 47, 48, 49,} • Revenu familial suffisant et avoir complété une scolarité de niveau secondaire^{33, 49, 50,} • Maintien d'un niveau de stress faible^{19, 44,} • Bonne santé mentale^{8, 40, 49, 51} et physique⁸; • Usage du soutien social disponible (ex. : famille, amis)^{49, 51}. 	<p>Services éducatifs de qualité accessibles aux familles^{8, 43, 48, 52} :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services de garde éducatifs à la petite enfance⁴⁸ : <ul style="list-style-type: none"> - Espace, équipement et jeux suffisants, diversifiés et stimulants; - Climat positif, pratiques disciplinaires, qualité du lien éducatrice-enfant, taille du groupe et ratio éducatrice-enfant approprié; - Formation spécialisée et formation de perfectionnement pour l'éducatrice; - Collaboration avec les parents. • Activités éducatives (ex. : parent-enfant, prêt de jouets)^{43, 53} et récréatives (ex. : loisirs, bibliothèque). <p>Environnement de résidence favorable :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espaces verts sécuritaires et adaptés aux enfants (ex. : parcs, terrains de jeux)^{8, 33, 42, 48, 53,} • Rues sécuritaires^{43,} • Moyens de transport collectif^{8, 33, 48} ou individuel^{48,} • Logements abordables^{19, 8}. 	<p>Services sociaux et de santé universels, accessibles et de qualité par des politiques, des programmes et des services^{8, 25, 45, 46, 47} :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès à des soins préventifs^{25, 44, 46} (ex. : vaccination^{8, 43, 47,} de soutien (ex. : suivi médical et dentaire périodique^{43, 46}) et de dépistage; • Accès à des soins et services pour des problèmes de santé mentale (ex. : dépression)^{8, 19, 25, 44, 45} ou physique^{8, 19, 42,} • Protection des familles vulnérables contre la discrimination et l'isolement^{42, 43, 47}.

Tableau 2 Facteurs de protection favorisant le développement global des enfants (suite)

L'enfant et la femme enceinte	La famille	La communauté	La société
<p>Santé physique de l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Naissance sans complication⁴⁹; • Poids normal à la naissance⁴⁹; • Absence de handicap physique ou de retard de développement⁴⁹; • Allaitement^{8, 49}; • Bonne santé physique générale⁵⁰. <p>Habiletés cognitives de l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des jeux d'éveil aux mathématiques⁴⁸; • Développement d'une capacité d'attention soutenue et une bonne mémoire⁴⁸; • Développement de ses connaissances générales (ex. : activités appropriées)^{33, 48}; • Développement des stratégies de résolution de problèmes⁵⁴. <p>Habiletés langagières de l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langage oral exprimé et compréhensible³³; • Usage d'activités d'éveil à la lecture et à l'écriture^{33, 48, 53, 55}. 	<p>Attitudes parentales favorables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de compétence parentale^{33, 51}; • Sensibilité aux besoins de l'enfant, une attitude favorable à l'école et de fortes aspirations pour la scolarité de l'enfant³³. <p>Pratiques parentales favorables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lien affectif avec l'enfant, soins affectueux et un encadrement clair et constant^{8, 16, 19, 25, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49}; • Opportunités d'explorer par le jeu^{8, 19, 42, 44, 46, 56}, une variété d'expériences éducatives^{33, 44, 46}, un soutien dans les jeux ou les activités^{42, 48}; • Opportunités de jouer avec des enfants du même âge^{43, 44, 47, 48}; • Dès la naissance de l'enfant, lui parler^{19, 42, 43, 47, 48} ou lire des histoires^{47, 48, 51, 55}; • Interactions sociales fréquentes en présence de l'enfant^{44, 46, 48}. 	<p>Capital social significatif^{8, 42}, c'est-à-dire des programmes, activités ou personnes disponibles en cas de besoin³³ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services de soutien pour développer des compétences parentales⁸; • Soutien aux enfants ayant des besoins spéciaux par des mesures de répit⁴³; • Respect et sensibilité à la culture; • Activités qui aident à créer des liens significatifs entre adultes (ex. : pairs, éducateurs, voisins)^{44, 46, 48, 49}; • Lieux et réseaux d'échange entre les familles (ex. : fête de quartier)⁴⁸. <p>Forte cohésion sociale : (c'est-à-dire la qualité et l'intensité des liens entre membres de la communauté) centrée sur l'enfant^{19, 48}, avec des relations de qualité, de confiance et de respect mutuel³³ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration, entraide entre voisins⁵¹; • Adultes servant de modèles aux enfants ou veillant à leur sécurité ou animant des activités de loisirs⁵¹. 	<p>Éducation universelle et accessible^{8, 25, 42, 46, 47} :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politiques de services de garde et de maternelle de bonne qualité adaptés à l'âge développemental et aux besoins des familles^{8, 19, 25, 33, 42, 43, 44, 46, 47, 48}; • Programmes et mesures pour faciliter la scolarisation des mères au-delà du diplôme d'études secondaires^{47, 48}; • Programmes et mesures pour favoriser l'alphabétisation des adultes⁵². <p>Lutte contre la pauvreté et soutien de l'emploi pour les parents^{8, 19, 42, 43, 52} :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stratégie complète de lutte contre la pauvreté^{8, 43, 47, 48} (ex. : aide financière complémentaire pour les familles avec de jeunes enfants lorsque requis)^{8, 25, 42, 43}; • Politiques familiales (ex. : conciliation travail-famille^{8, 25, 43, 52} qui visent entre autres à réduire le stress parental⁴⁸); • Politiques d'accès à l'emploi pour femmes^{8, 42} et les congés parentaux⁸.

Tableau 2 Facteurs de protection favorisant le développement global des enfants (suite)

L'enfant et la femme enceinte	La famille	La communauté	La société
<p>Habiletés physiques de l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement des habiletés motrices³³ et psychomotrices⁵³; • Saines habitudes de vie⁵³ : activités physiques soutenues et adaptées^{33, 43, 48}, hygiène du sommeil adéquate³³; alimentation saine et variée^{8, 19, 25, 33, 43, 44, 46, 47, 48}; • Limite de temps d'exposition aux écrans (ordinateur, télévision)⁵⁷. <p>Habiletés sociales de l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement des relations harmonieuses avec des adultes significatifs (parents, éducatrices, enseignantes)^{8, 16, 49} et avec des pairs^{33, 48, 53}; • Développement d'une capacité de résoudre des conflits interpersonnels⁴⁹. <p>Habiletés affectives de l'enfant⁵³ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement d'une capacité de régulation des émotions⁴⁸, une bonne estime de soi³³, une autonomie⁴⁹, et un attachement sécurisant⁵⁸. 		<p>Mobilisation de la communauté à l'égard de la petite enfance^{33, 42, 47, 53} :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encouragement d'une collaboration entre la famille et les intervenants, avec l'école (ou service de garde)^{33, 48, 59}; • Valorisation de la langue maternelle⁶⁰; • Reconnaissance et valorisation du rôle du parent dans la communauté⁴³; • Appui du travail des intervenants sur des connaissances valides et partagées³³; • Fort engagement et une concertation des membres de la communauté³³. 	<p>Environnement sain :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesures et réglementations pour réduire les polluants⁴³ et les neurotoxines^{8, 25, 44}; • Politiques, programmes et services permettant l'accès à des logements de bonne qualité (salubres et abordables)^{8, 19, 33}; • Politiques et programmes de soutien et accès au transport collectif⁸.

2.4 POSSÉDER DES CARACTÉRISTIQUES DE QUALITÉ

Les effets observés sont largement dépendants de la qualité de l'action offerte^{6, 10, 61, 62}. Les recherches évaluatives montrent aussi clairement qu'en ce qui a trait au soutien des enfants et de leurs familles, toutes les actions, même précoces, ne sont pas d'égale efficacité. Ces recherches indiquent même qu'une intervention de faible qualité peut entraîner des effets délétères sur le développement de l'enfant⁶³.

Les critères associés à la qualité varient selon les types d'interventions (par exemple, le ratio dans les services éducatifs de garde à l'enfance affecte la qualité éducative). Mais globalement, la qualité des actions comprend : des appuis théoriques ou scientifiques, les caractéristiques du personnel ainsi que les mesures de suivi de l'implantation et des effets.

Les actions fondées sur des appuis théoriques solides^{11, 16, 35, 37, 64} sont plus susceptibles d'entraîner des résultats positifs. Une intervention basée sur un cadre théorique robuste permet l'élaboration d'objectifs clairement définis, précis et atteignables^{35, 37, 64, 65} et la documentation des liens entre les composantes de l'intervention et l'atteinte des objectifs^{12, 16}. Consulter la littérature scientifique fournit de l'information sur le type de programme qui fonctionne le mieux en fonction des facteurs visés ou d'une clientèle donnée²⁴ et met en évidence les actions ayant déjà fait leur preuve^{11, 16, 20, 37, 52, 62}.

Certaines caractéristiques du personnel contribuent significativement à l'efficacité d'une intervention¹⁶ (leurs connaissances de base, leurs compétences, la qualité et la stabilité de leur relation avec les familles et les enfants^{52, 66}). Investir dans la formation de même que dans le soutien clinique et administratif constitue donc un élément augmentant la qualité^{16, 35, 64, 66, 67}. Par exemple, une formation centrée sur les relations interpersonnelles contribue à l'efficacité de l'intervention par le développement des habiletés pour former une relation de confiance, se centrer sur les objectifs identifiés par la famille et identifier leurs forces⁶⁸.

Les résultats de l'EDI ont amené les acteurs locaux de différentes provinces canadiennes à se préoccuper davantage du développement professionnel des intervenants impliqués auprès des enfants. Par exemple, des ateliers de formation sont offerts aux enseignants afin de les aider à mieux soutenir leurs élèves²³.

Privilégier les interventions qui prévoient des mesures de suivi de l'implantation¹⁶ et de l'évaluation des effets^{9, 19, 35, 37} constitue un atout de taille pour accroître la qualité⁵². Ces mesures de suivi représentent « un processus continu de collecte d'informations qui permet de jeter un regard critique sur les différentes composantes d'un programme et sur les effets que celui-ci engendre. Le suivi a pour objectifs d'améliorer le programme et de s'assurer qu'il génère les résultats escomptés » (p. 34)¹².

En s'assurant que le programme est appliqué comme prévu au départ, et ce, de façon constante à travers le temps⁶⁹, les chances d'atteindre les objectifs s'accroissent. Selon la revue effectuée par Durlak et DuPre (2008), il existe un consensus autour de facteurs influençant la qualité de l'implantation⁷⁰. Ils sont présentés au tableau 3. Le suivi de l'implantation peut provenir de sources informelles, telles que des observations, des

commentaires des participants et du personnel, ou de sources formelles, en utilisant des questionnaires²⁴, par exemple.

L'évaluation des effets permet de mesurer les impacts de l'intervention sur la clientèle ciblée. Les effets attendus et inattendus doivent être considérés^{24, 37}. Cette évaluation se fait généralement par le biais d'une méthode rigoureuse. Elle permet entre autres de conserver l'engagement des organisations impliquées, tout en assurant le maintien des ressources au niveau local, provincial ou national¹³. Bref, si le suivi de l'implantation et l'évaluation des effets d'un programme sont bien documentés, il est possible d'en tirer des leçons, d'améliorer l'efficacité et l'efficience d'un programme²⁴ et d'en assurer la pérennité³⁷.

Tableau 3 Facteurs qui influencent la qualité d'implantation d'une intervention

Facteurs	Description
Financement	Avoir suffisamment de temps et d'argent pour réaliser toutes les étapes de l'implantation.
Climat de travail positif	Le climat de travail doit être agréable lors de toutes les étapes de l'implantation.
Collaboration et prise de décisions partagées	Les parties impliquées collaborent pour déterminer ce qui sera implanté et la façon de le faire. Reconnaître l'expertise des partenaires (incluant les parents) et agir avec eux et non pour eux ⁶⁴ . Former un groupe de planification pour déterminer les forces et les besoins actuels de la communauté, pour mobiliser les intérêts et pour planifier les activités ⁷¹ .
Coordinations avec d'autres organismes	Le partenariat, le réseautage, les alliances entre les secteurs d'activité, et les liens entre les disciplines (multidisciplinarité) sont importants.
Programmation claire et tâches cohérentes avec les rôles et les responsabilités	Définir des procédures qui améliorent la planification stratégique et clarifier les rôles et les responsabilités relatives à l'accomplissement des tâches.
Leadership	Présence d'un leader pour établir des priorités, atteindre un consensus, motiver et orchestrer tout le processus d'implantation. Son rôle est : 1) d'avoir une vision et de la communiquer, 2) de développer le travail d'équipe, 3) d'établir des buts et des objectifs, 4) de suivre et de communiquer les réussites et les accomplissements et 5) de faciliter et d'encourager le développement des individus ¹⁵ .
Champion	Présence d'une personne qui respecte le personnel et l'administration, et qui peut rallier et maintenir la motivation par rapport au programme.
Soutien managérial, supervision, soutien administratif	Soutien offert par l'équipe de gestion, les superviseurs et leurs encouragements tout au long de l'implantation.
Formation du personnel	Soutien offert pour s'assurer que le personnel possède toutes les qualités et les qualifications nécessaires pour offrir l'intervention ⁶⁴ , promouvoir leur sentiment de compétence. Les interventions qui requièrent un personnel qualifié ⁶⁹ , formé ^{69, 71, 72} , informé ⁶⁹ et supervisé ⁷ ont plus de succès. La formation continue est également un élément essentiel ⁶⁹ .
Assistance technique	Un ensemble de ressources est nécessaire une fois que l'implantation a débuté soit la formation du personnel, le soutien émotionnel et des mécanismes de résolution de problèmes au niveau local.

2.5 TENDRE VERS L'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ

L'universalisme proportionné consiste à offrir des interventions universelles, c'est-à-dire destinées à l'ensemble des familles, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins^{9, 10, 40, 46, 65, 73, 74, 75, 76, 77, 78}. Celles-ci peuvent varier selon des considérations de revenu, d'ethnie, de langue ou une problématique particulière¹⁰. Cette approche inclut aussi la réduction ou le retrait des barrières qui limitent l'accès aux interventions⁷⁴.

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 ceux vivant dans les quartiers mieux nantis. 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)⁷⁷. Cet effet apparaît très tôt dans la vie^{79, 80}. Selon le *Marmot Review Team*, il faut absolument s'attaquer à ce gradient social en santé en s'assurant entre autres que chaque enfant a un bon départ dans la vie⁷⁵.

Les résultats de l'IMDPE au Québec et de l'EDI 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, un plus grand nombre provient des niveaux socioéconomiques moyens³⁴ et élevés¹⁰.

Pour réduire l'effet du gradient social de la santé, plusieurs prônent, depuis quelques années, l'approche de l'universalisme proportionné⁷⁸. Aucune approche (universelle, ciblée ou proportionnée) n'est meilleure en soi. Le choix dépend de la nature du problème et du contexte ainsi que de l'efficacité et l'efficience des solutions⁷⁸.

L'approche universelle a le potentiel d'offrir du soutien à l'ensemble de la population, de favoriser le développement des enfants de tous les niveaux socioéconomiques^{40, 75}, et de normaliser le recours aux interventions⁶⁴. Mais l'universalité coûte cher et peut se traduire en saupoudrage de ressources limitées⁸¹. De plus, ces actions négligent les situations particulières d'une tranche importante de la population, c'est-à-dire les familles qui ont besoin d'un soutien accru et qui sont plus difficiles à rejoindre. Par contre, une approche qui ne rejoindrait qu'une partie de la population de manière exclusive (ciblée), non seulement priverait de services un nombre important de familles de classe moyenne et même élevée^{10, 81}, mais aurait pour effet de stigmatiser les groupes ciblés.

Il est par ailleurs reconnu que les familles dont les besoins sont accrus utilisent moins les services offerts que les familles à faible risque²⁷, principalement en raison de barrières d'accès¹⁶. Ces familles peuvent être celles vivant sous le seuil de faible revenu, les jeunes parents, les familles monoparentales, certaines familles d'immigration récente, les familles dont les parents ou l'enfant ont un problème de santé ou un handicap ou les familles aux prises avec des problématiques multiples (violence, toxicomanie, santé mentale, etc.)⁸². Offrir des interventions universelles sans lever ces barrières d'accès risque ainsi d'amplifier

l'effet du gradient social et d'engendrer des écarts plus importants sur le plan de la santé des enfants issus de différents groupes socioéconomiques^{10, 40}.

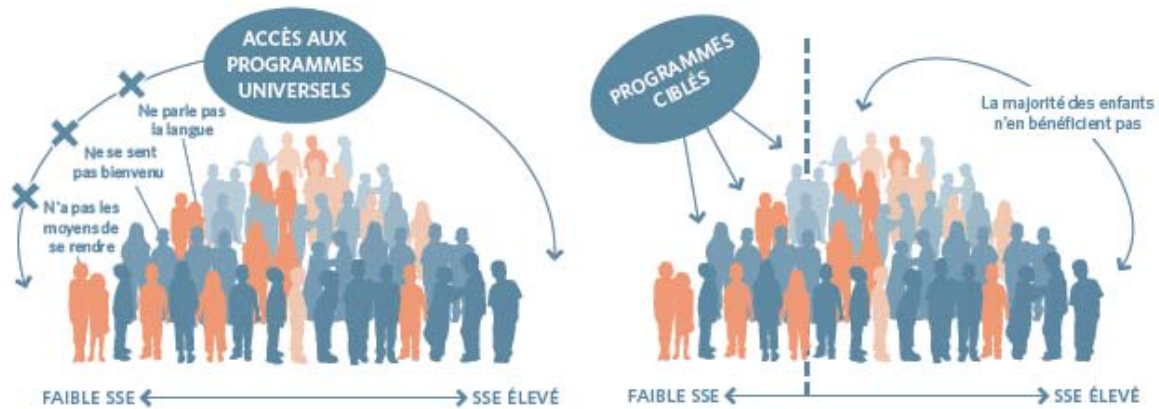


Figure 1 Universalisme proportionné

Source : *Human Early Learning Partnership*.
Universalisme proportionné. Vancouver, BC :
University of British Columbia; 2011. Reproduit
avec permission.

Le tableau 4 expose les principales barrières d'accès selon l'organisme HELP¹⁴, le Centre d'analyse stratégique⁸³ et le *Center for Community Child Health*⁸², ainsi que des propositions de stratégies à mettre en place pour les réduire ou les éliminer^{14, 62, 82, 83}.

Bref, 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.

Le projet Femmes-Relais est un exemple d'interventions qui permettent de réduire les barrières d'accès dans le but de favoriser la préparation des enfants à l'entrée à l'école. Ce projet met en place une équipe de femmes démarcheurs qui proviennent des régions du monde d'où sont issus les nouveaux arrivants du quartier Saint-Michel de Montréal. Ces femmes-relais permettent d'accroître les connaissances des familles sur les valeurs de leur société d'accueil, deviennent des agentes de liaison entre le milieu scolaire, les services sociaux et les familles, font connaître les ressources du quartier aux familles (ex. : bibliothèques, piscines publiques, fêtes de quartier). Cette initiative permet de rejoindre des familles immigrantes nouvellement arrivées et potentiellement isolées et de les accompagner dans leur intégration⁸⁴.

Tableau 4 Barrières d'accès aux services et stratégies pour les réduire

Barrières d'accès	Stratégies
Aspects liés aux services	
<p>Services non accessibles ou limités Le service n'est pas offert dans la communauté ou les places sont limitées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorer la possibilité de créer des sites satellites à partir d'organismes ayant une expertise reconnue pour le service.
<p>Coût trop élevé Des contraintes financières empêchent les familles de participer à l'activité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire les coûts ou offrir le service à un coût proportionnel au revenu.
<p>Lieu inaccessible Les familles n'ont pas de moyen de transport pour se rendre au lieu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un moyen de transport (ex. : billets d'autobus ou de taxi, covoiturage subventionné).
<p>Horaire Le moment où le service est offert peut interférer avec l'horaire de travail, les siestes des enfants, etc. Les heures de services peuvent également être limitées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir le service en soirée, différents soirs de semaine ou la fin de semaine; • Offrir le service à domicile, sur les lieux de travail des parents ou dans les lieux déjà fréquentés par les familles.
<p>Incapacité de répondre à la demande d'aide formulée ou délai de réponse Les familles sont susceptibles de ne pas participer à une intervention si leurs besoins de base ne sont pas satisfaits ou si elles vivent une situation de crise.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que les besoins de base des familles sont considérés ou que les situations de crise sont résolues en leur offrant du soutien et de l'aide concrète avant de leur proposer une intervention.
<p>Critères d'éligibilité trop rigides</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre un degré de flexibilité sur les manières d'obtenir le service ou de prendre part au programme.
<p>Manque de coordination entre les services</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Établir des liens solides avec d'autres services pertinents pour les familles; • Élaborer des ententes de partenariat claires.
Aspects liés à la famille	
<p>Manque de temps ou stress élevé Le temps pour accéder aux ressources peut être limité ou le stress trop important étant donné les différents rôles occupés par les parents.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir le service à domicile, sur les lieux de travail des parents ou dans les lieux déjà fréquentés par les familles; • Revoir les horaires pour permettre de participer aux activités le soir ou la fin de semaine.
<p>Langue Les parents ne parlent pas la langue dans laquelle le service est offert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que le contenu peut être traduit oralement ou par écrit dans la langue comprise par les familles; • Prévoir des interprètes; • Jumeler les parents avec d'autres parents qui parlent la langue.

Tableau 4 Barrières d'accès aux services et stratégies pour les réduire (suite)

Barrières d'accès	Stratégies
Aspects liés à la famille (suite)	
<p>Fragmentation de la fratrie La différence d'âge de la fratrie peut entraîner des conflits d'horaire et de lieux pour assister aux activités appropriées à l'âge de l'enfant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des services de gardiennage sur les lieux; • Adopter des politiques d'accueil qui accordent la priorité de services aux membres de la fratrie.
<p>Manque d'information sur les services offerts Les familles peuvent manquer d'information sur les interventions offertes dans leur localité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les parents sur les programmes disponibles à des moments clés, c'est-à-dire lorsqu'ils sont susceptibles d'en avoir besoin (ex. : lors de la naissance, lors des cliniques d'allaitement, de l'entrée à la garderie, au moment de la vaccination)⁸³; • Regrouper l'ensemble des renseignements utiles à un même endroit (ex. : site internet, bottin de ressources ou babillard)⁸³; • Proposer des informations détaillées sur les services offerts (ex. : la méthode, les outils, le déroulement)⁸³.
<p>Manque d'estime de soi et avoir peur d'être jugé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normaliser le recours aux intervention⁸³; • Utiliser des parents comme formateurs, détailler le contenu pour réduire les craintes ou proposer des services individuels pour ceux qui craignent d'être jugés par d'autres⁸³.
<p>Difficultés à identifier et exprimer ses besoins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des interventions utiles et non menaçantes à tous les enfants et à leurs parents pour développer le lien de confiance.
<p>Attentes et intérêts Les parents peuvent ne pas être d'accord avec le service offert ou ce qui est proposé parce qu'ils n'ont pas été consultés ou que leur intérêt décline avec le temps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulter les parents sur leurs besoins en sollicitant leur présence au sein des comités locaux ou en organisant des rencontres régulières; • Faire des rappels ou des suivis téléphoniques pour accroître leur présence à la prochaine activité; • Offrir du temps un à un avant, pendant et après le service pour maintenir l'engagement des parents envers le service/programme⁶⁴.
<p>Manque de connaissance Les parents peuvent ne pas savoir l'importance de certaines activités sur le développement de l'enfant (ex. : la lecture).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les parents sur l'importance des activités offertes sur le développement de l'enfant en ayant recours à différents moyens (ex. : donner une brochure, regrouper les renseignements utiles sur un site internet ou un babillard).

Tableau 4 Barrières d'accès aux services et stratégies pour les réduire (suite)

Barrières d'accès	Stratégies
Aspects liés à la famille (suite)	
Faible niveau de littératie des parents	<ul style="list-style-type: none"> Fournir aux parents des documents écrits dans un langage vulgarisé et adapté, utiliser des images ou des schémas pour illustrer⁶⁴.
Peur d'être dénoncé aux instances de la protection de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> Informar les parents sur la nature de l'obligation de signalement aux directeurs de la protection de la jeunesse. Travailler au développement d'une relation de confiance.
Aspects interpersonnels	
Distance sociale Le manque de confiance, la gêne ou d'autres sentiments peuvent émerger chez les parents qui fréquentent l'activité si ceux-ci sont trop distincts des professionnels qui offrent le service.	<ul style="list-style-type: none"> Offrir des formations aux intervenants pour qu'ils se montrent sensibles à la réalité des parents et adoptent une attitude de non-jugement et de nombreuses habiletés interpersonnelles.
Attitude de jugement ou insensibilité de ceux qui offrent le programme La qualité de la relation entre le parent et ceux qui offrent le programme est importante pour réussir à impliquer les familles. Offrir des interventions et des milieux non stigmatisants l'est aussi.	
Manque de reconnaissance des enjeux culturels	
Incapacité de reconnaître les forces des familles et de les engager comme des partenaires	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un processus de prise de décision partagée.

2.6 CIBLER L'ENFANT ET TOUS LES NIVEAUX D'INFLUENCE

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 celui-ci et des interventions à tous les niveaux d'influence^{9, 34, 36, 37}.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁸⁵ et l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE)⁸⁶ recommandent d'adopter une approche globale lors de la petite enfance, c'est-à-dire de mettre en place un ensemble complet d'actions permettant de soutenir le développement et l'éducation des enfants durant toutes les premières années de la vie. Concrètement, il importe de tenir compte d'un large éventail de mesures et de politiques, notamment celles liées aux services de garde éducatifs à l'enfance et à l'enseignement préscolaire, aux soins de santé primaires, aux services de protection à l'enfance, à la santé mentale des adultes et au soutien social et économique apporté aux familles⁸⁷.

Ces recommandations s'appuient sur le fait que le développement de l'enfant est lié aux expériences vécues dès la conception et qui se poursuivent 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^{14, 43, 46, 88}. 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 développement de l'enfant¹⁸.

Le modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner demeure le plus largement utilisé pour représenter les liens entre une personne et les divers systèmes qui l'influencent³⁶. Le modèle écologique plus récent d'Irwin et collab. (2007) précise les types d'environnement qui favorisent la santé et le développement lors de la petite enfance, dont la famille, les communautés résidentielles et relationnelles, l'environnement régional, national et global⁹. Selon ce modèle, 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 tant physique qu'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)⁹. Ainsi, puisque les expériences précoces de l'enfant sont déterminantes^{8, 40, 41}, particulièrement ses relations avec des personnes significatives¹⁰, tous les milieux dans lesquels vivent et apprennent les enfants ainsi que la qualité de leurs relations avec les adultes et les personnes qui s'occupent d'eux doivent être soutenues.

De manière plus concrète, il s'agit de combiner des stratégies qui ciblent directement l'enfant et des stratégies plus larges qui visent d'autres niveaux d'influence (ex. : le soutien à l'exercice du rôle parental, la conciliation travail-famille, l'aide alimentaire, les comptoirs d'aide vestimentaires, la réduction de la pauvreté et l'exclusion sociale, des logements de qualité, etc.)^{10, 61, 86}. Plusieurs experts du développement de l'enfant sont d'avis que les actions doivent inclure des interventions qui ciblent l'enfant directement^{89, 90}. L'intégration dans un milieu de garde éducatif de qualité, des ateliers de stimulation, des activités d'éveil à la lecture et à l'écriture sont des exemples d'actions directes. À cet égard, tous les domaines^b de développement devraient être ciblés, et non un en particulier. Chaque domaine est essentiel, et les acquis réalisés dans un domaine servent au développement des acquis réalisés dans un autre^{46, 91}. D'ailleurs, les progrès réalisés dans un domaine peuvent être renforcés si les domaines liés sont aussi favorisés⁹¹. C'est sur la base de ces connaissances que le ministère de la Famille écrit qu'« une planification d'activités susceptibles d'engager l'enfant dans sa globalité est une avenue à privilégier. Si des difficultés importantes vécues par un enfant dans l'un ou l'autre des domaines du développement sont décelées, des activités qui visent son développement global devraient être mises en place, alors que seraient ciblés des capacités, des savoirs ou des attitudes à soutenir de façon plus spécifique et intensive. Tous les enfants ont besoin de se développer dans tous les domaines, quelles que soient leurs difficultés » (p. 7)⁹².

^b Les domaines de développement tels qu'ils sont mesurés dans l'IMDPE.

2.7 ÊTRE PRÉCOCES ET PERMETTRE UNE CONTINUITÉ JUSQU'À 8 ANS

Les actions proposées tôt dans la vie, qui couvrent la période de la conception jusqu'à 8 ans^{10, 93} et qui facilitent les périodes de transition⁹⁴, augmentent les chances d'influencer positivement le développement global des enfants.

Le cerveau se développe tout au 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^{16, 95}. Il évolue en plusieurs phases, de telle sorte qu'à des moments spécifiques de la vie, certaines zones du cerveau sont plus sensibles aux influences bénéfiques ou néfastes de l'environnement qu'à d'autres moments^{16, 46, 75, 96}. Les expériences vécues durant les périodes de plus grande sensibilité forgent des connexions neuronales qui sont plus difficiles à modifier par la suite¹⁰. Cette malléabilité peut conduire à l'adaptation ou à la vulnérabilité¹⁶. Ainsi, des structures ou fonctions du cerveau doivent recevoir une stimulation appropriée durant ces périodes afin d'établir les bases d'un développement cérébral optimal⁹⁵.

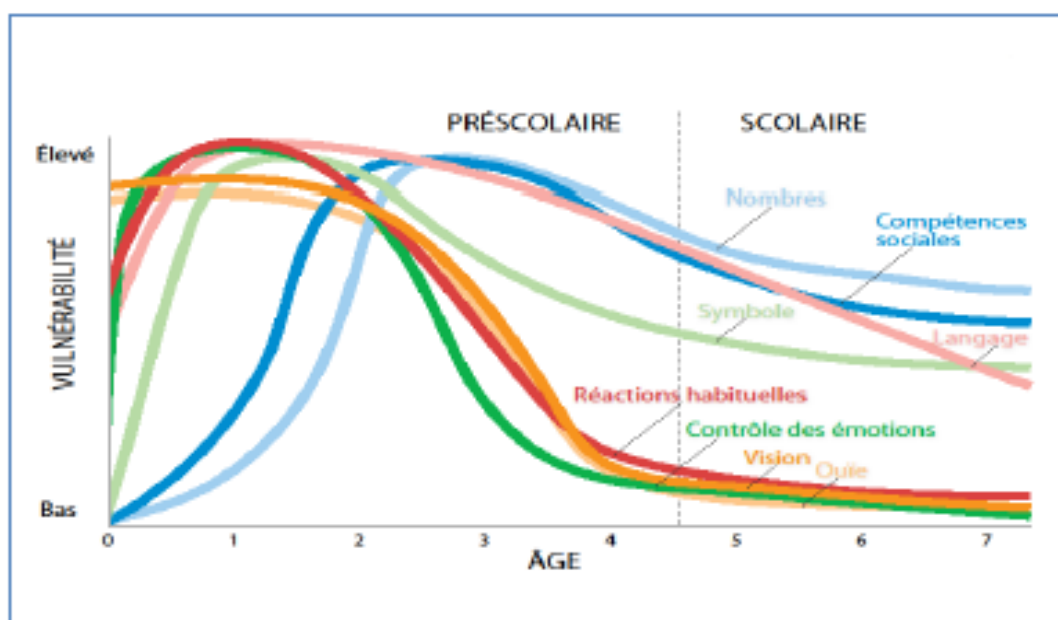


Figure 2 Périodes de sensibilité dans le développement du cerveau

Source : Graphique fait par le *Council for Early Child Development (Human early learning partnership)*. Adaptation française par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé⁴⁶. Reproduit avec permission.

La figure 2 présente ces périodes de sensibilité. On remarque, par exemple, que le développement des compétences sociales est particulièrement influençable entre l'âge de deux et trois ans. On note également que le degré de sensibilité de plusieurs fonctions du cerveau décline après l'entrée à l'école⁹⁵. Une fois que les périodes de sensibilité sont passées, il s'avère encore possible de parfaire les apprentissages grâce à des mesures spéciales, mais il devient alors plus difficile pour l'enfant d'atteindre son plein potentiel⁹⁵. Bref, les interventions proposées tôt dans la vie ont le plus de chance d'avoir un effet

bénéfique sur le développement de l'enfant et de diminuer les problèmes futurs, puisque le cerveau se situe au plus fort de son développement^{64, 65, 69, 72, 97, 98}.

Par ailleurs, le fait de prolonger l'intervention après l'entrée à l'école devient important pour s'assurer de maintenir les acquis, particulièrement auprès des enfants issus de milieux défavorisés⁶⁶. Par exemple, selon Côté et coll. (2013), les bienfaits de la fréquentation d'un milieu de garde de qualité s'estomperont si l'école n'offre pas aussi un milieu de qualité⁹⁹.

Le soutien des enfants lors des périodes de transition importe particulièrement pour la réussite ultérieure¹⁰⁰. La transition du service de garde vers la maternelle constitue une étape importante. Elle marque l'entrée dans le monde scolaire et établit les bases de la réussite future¹⁰¹. La maternelle se révèle être un milieu différent de celui des centres éducatifs ou du milieu familial au regard des attentes, des objectifs et de l'environnement¹⁰⁰. Les demandes de ce nouveau milieu sont élevées au regard des compétences sociales et émotionnelles¹⁰⁰. Lorsque vécu de manière harmonieuse, le passage à la maternelle donnera confiance aux enfants et à leurs parents pour les transitions qui suivront⁹⁴.

2.8 PERMETTRE UNE INTENSITE SIGNIFICATIVE OU UN CUMUL SIGNIFICATIF

Les chances de succès d'une action et l'ampleur de ses effets dépendent de l'intensité offerte³⁷. C'est cependant le cumul des actions qui produira les effets les plus substantiels⁶⁴. Les variables importantes dans l'équation à considérer sont : l'intensité dans le temps (durée et fréquence), l'intensité des moyens ou modalités utilisés (combinaison de stratégies) et la possibilité d'un renforcement des acquis (rappel dans le temps).

En plus de proposer une intervention d'une certaine durée, il faut s'assurer d'une fréquence appropriée et du maintien d'une participation assidue⁷⁵. Un minimum de fréquentation semble requis pour que les bénéfices apparaissent⁷. Les études attestent que plus les parents et les enfants utilisent un programme, plus ils en bénéficient⁷. Même si un programme propose un suivi fréquent, chaque famille en retire des bénéfices variables en fonction de sa participation et de son niveau d'implication²⁷.

Comment déterminer si l'intensité est suffisante? Selon le *Center for Community Child Health*¹⁸, l'ampleur du projet doit être cohérente avec les défis à relever. Tout dépend donc des objectifs⁶⁹. L'intensité s'ajuste aussi en fonction des besoins précis d'une famille ou d'un sous-groupe (principe de l'universalisme proportionné)^{37, 64, 65, 75, 98} ou encore en fonction des facteurs de risque et des facteurs de protection observés dans la population à desservir³⁷.

Sans rappel ou sans renforcement ultérieur des acquis, les bénéfices associés à certains programmes tendent à disparaître⁹¹. Prévoir des séances, des ateliers de suivi et des activités de rappel devrait faire partie de l'offre de base lors de la mise en œuvre des actions^{7, 64}.

2.9 ÊTRE COMPLÉMENTAIRES ET COHÉRENTES

Les actions organisées de manière complémentaire et cohérente entre elles accroissent les chances d'influencer positivement le développement¹⁰. Pour s'assurer d'une complémentarité, l'intervention envisagée s'ajoute à un ensemble d'actions^{24, 102}. Le fait d'identifier ce qui est offert dans la communauté permet de maximiser les ressources et d'éviter de dédoubler les actions^{12, 13}. En bâtissant sur ce qui existe déjà et ce qui fonctionne²⁷, l'ajout d'une intervention vient alors appuyer, rehausser et renforcer celles déjà déployées^{24, 69}.

Il faut se préoccuper d'assurer une cohérence entre les interventions en permettant par exemple une grande fluidité dans le passage d'une intervention à l'autre et de cohérence dans les messages véhiculés. Cela implique une meilleure communication et un partage plus efficace de l'information entre les organismes et le partage des ressources pour atteindre les objectifs communs⁸⁶. Le défi, lorsque l'on met en place plusieurs actions autour d'objectifs communs, s'avère de les organiser de manière à minimiser la bureaucratie et le stress pour les familles¹⁶.

Le Programme d'éveil à la lecture et à l'écriture (PAELE) vise à « soutenir la concertation et l'inclusion d'activités d'éveil à la lecture et à l'écriture dans les pratiques des familles de milieux défavorisés et dans les activités des organismes publics et communautaires ». L'évaluation du PAELE révèle plusieurs effets positifs associés au programme dont celui de développer, de structurer et d'officialiser les partenariats⁵⁶. Malgré les bienfaits de cette initiative et d'autres mécanismes de concertation, le Conseil supérieur de l'éducation du Québec (2012) souligne le manque de liens entre les milieux de vie et d'apprentissage des jeunes enfants. Il suggère donc d'accroître les liens entre les services de garde éducatifs à l'enfance, les services de garde scolaires, la maternelle, le premier cycle du primaire et les organismes communautaires pour assurer la continuité de l'expérience éducative des enfants de 0 à 8 ans⁵⁶.

Une planification des actions en séquence peut faciliter la cohérence et la complémentarité⁷. Les facteurs de risque et de protection n'ont pas besoin d'être ciblés sur toute la période de la conception à 8 ans. En fonction des périodes de sensibilité du cerveau et des défis qui attendent les parents d'enfants à différents âges, élaborer une séquence d'actions devient logique et préférable⁷.

2.10 TENIR COMPTE DES CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS ET DES FAMILLES VISÉS

Les actions qui tiennent 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 objectifs³⁷. Les actions deviennent utiles lorsqu'elles sont adaptées aux intérêts et aux réalités de chaque enfant, de chaque famille ou de chaque communauté¹⁶. Des objectifs personnalisés et des interventions adaptées aux besoins et aux ressources des familles se montrent plus efficaces que les programmes offrant des interventions identiques pour tous¹⁶.

Pour tenir compte des caractéristiques de l'enfant, il faut considérer son niveau de maturité et utiliser des techniques et de l'information appropriées à son stade de développement^{7, 28, 37, 64, 72}. 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 genre⁵⁰. On commence cependant à voir des recommandations pour ajuster les pratiques en milieu scolaire¹⁰³.

Les actions envisagées doivent permettre de s'ajuster au contexte culturel des familles ou de la communauté où le programme sera implanté^{9, 16, 19, 37, 46}. Sans devoir concevoir de nouvelles actions pour chaque groupe de la communauté, il importe que les activités, le matériel, le contenu ou le format d'une intervention soient compatibles avec les pratiques, les croyances et les besoins des différents groupes visés⁶⁹.

Dans le cadre du *Parent Child Interaction Therapy*, l'adaptation culturelle consistait à nommer la stratégie de discipline l'arrêt d'agir (ou *Time out*) différemment selon les croyances des familles. Ainsi pour certaines communautés culturelles, les intervenantes parlaient de la « chaise de punition » et pour d'autres de la « chaise de réflexion »⁵.

Le ministère de la Famille encourage également les centres éducatifs à l'enfance à être sensibles aux différentes cultures. Il propose plusieurs stratégies, dont celle consistant à intégrer à son menu des spécialités culinaires des pays de provenance des enfants ou encore à aménager les lieux en incluant des objets de diverses origines¹⁰⁴.

CONCLUSION

Les résultats de l'EQDEM permettent de constater qu'un trop grand nombre d'enfants n'ont pas tous 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 un ensemble d'actions. Nous avons exposé, dans ce document, ce qui caractérise les actions ayant le plus de chance de favoriser le développement global des enfants, en espérant que les acteurs concernés puissent s'en inspirer.

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants 2011-2014. Projet d'enquête et d'intervention*. Québec : Gouvernement du Québec. Document consulté de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-854-01.pdf>.
2. 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.
3. AEDI National Support Centre (2013). *Building better communities for children. Community dissemination and action guide. Australian Early Development Index*. Document consulté de http://www.healthfuture.health.wa.gov.au/Publications/05_AEDI_Guide.pdf.
4. 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.
5. US Department of Health and Human Services (2013). Core intervention components : identifying and operationalizing what makes programs work. *ASPE Research Brief*, 1-21.
6. 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.
7. McCall, R. B., Larsen, L., et Ingram, A. (2003). The science and policies of early childhood education and family services. Dans Reynolds, Wang et Walberg, *Early childhood programs for a new century*, (p. 255-298). Washington, D.C : CWLA Press.
8. 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.
9. 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.
10. McCain, M. N., Mustard, J. F., et Shanker, S. (2007). *Early years study 2. Putting science into action*. Toronto : Council for early child development.
11. Centre for Community Child Health, 2007. *Effective community-based services*. Victoria, Australia : The Centre for Community Child Health.
12. 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.

13. Watkins Murphy, P. et Cunningham, J. V. (2003). *Organizing for community controlled development : Renewing civil society*. SAGE. University of Pittsburgh.
14. Schroeder, J., Harvey, J., Razas-Rahmati, N., Corless, G., Negreiros, J., Ford, L., Kershaw, P., Anderson, L., Wiens, M., Vaghri, 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.
15. 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.
16. National Research Council and Institute of Medicine (2000). *From neurons to neighborhoods : The science of early childhood development*. National Academy Press. Washington, D.C.
17. Deslandes, R. (2010). *Les conditions essentielles à la réussite des partenariats école-famille-communauté*. Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec.
18. Centre for Community Child Health (2011). Place-based approaches to supporting children and families. *Policy Brief*, 23, 1-6. The Royal Children's Hospital.
19. 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.
20. Communities that care (2013). *How it works*. www.communitiesthatcare.net/how-ctc-works/.
21. Laurin, I., Bilodeau, A., Giguère, N., et Lebel, A. (2013). *L'initiative des sommets montréalais: ses retombées sur la mobilisation*. Montréal : Centre Léa-Roback.
22. Bilodeau, A. et collab. (2011). Montréal : un soutien à la petite enfance pour aborder l'école dans de meilleures conditions. *La Santé de l'homme*, 414, 25-27. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
23. Janus, M. (2013). *Early Development Instrument : « From results to action survey » report*. Hamilton (Ontario) : Offord Centre for Child Studies McMaster University.
24. 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.
25. 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/.

26. 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.
27. 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*.
28. National Center for Injury Prevention and Control. (2013). *Essentials for childhood. Steps to create safe, stable and nurturing relationships*. CDC.
29. The Allen Consulting Group and the McCaughey Centre. (2011). *Local champions - Turning the AEDI into action*. Melbourne, Australia : Department of Education and Early Childhood Development.
30. Department of Education and Early Childhood Development. (2009). *Victorian early years learning and development framework. For all children from birth to eight years*. Melbourne, Australia : State of Victoria.
31. 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.
32. Ministère de la Famille et des Aînés. (2011). *Bilan 2006-2010 des réalisations en faveur des familles et des enfants*. Québec : Gouvernement du Québec.
33. Avenir d'Enfants. (2013). *Coffre à outils. Guide d'implantation de partenariats en faveur de la mobilisation des communautés locales pour le développement des enfants de 0 à 5 ans selon une approche écosystémique*.
34. 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*.
35. 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.
36. Meilleur départ. (2012). *Le guide sur la bonne voie*. Ontario : Nexus Santé.
37. 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.
38. Oxford, M. L. et Lee, J. O. (2011). The effect of family processes on school achievement as moderated by socioeconomic context. *Journal of School Psychology*, 49, 597-612.
39. Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*, 81(1), 357-367.

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. UNICEF. (2008). *La transition en cours dans la garde et l'éducation de l'enfant. Tableau de classement des services de garde et d'éducation des jeunes enfants dans les pays économiquement avancés*. Florence, Italie : Centre de recherche Innocenti de l'Unicef.
42. Hertzman, C. (2010). Framework for the social determinants of early child development. *Encyclopedia on early childhood development*, 1-5.
43. Doherty, G. (1997). *Zero to six. The basis for school readiness*. Applied research branch, Strategic Policy, Human resources of Development Canada.
44. National scientific council on the developing child. (2004). *Young children develop in an environment of relationships. Working paper 1*. Boston : Center on the developing child at Harvard University.
45. Hertzman, C. (2010). Cadre pour les déterminants sociaux du développement des jeunes enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 1-9. Tremblay, RE; Barr, RG; Peters RDeV; Boivin, M.
46. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. (2012). *Les connaissances en santé développementale comme moteur de politiques familiales favorables à la santé au Canada*. Gouvernement du Québec.
47. Grantham-McGregor, S. M., Pollitt, E., Wachs, T. D., Meisels, S. J., et Scott, K. G. (2012). *Summary of the scientific evidence on the nature and determinants of child development and their implications for programmatic interventions with young children*. United Nations University. Document consulté de <http://archive.unu.edu/unupress/food/V201e/ch02.htm>.
48. Duval, S. et Bouchard, C. (2013). *Soutenir la préparation à l'école et à la vie des enfants issus de milieux défavorisés et des enfants en difficulté*. Québec : Université Laval.
49. AEDI National Support Center (2013). *National AEDI implementation. Community preparation and implementation guide*. AEDI Partnership. http://userguide.aedi.org.au/AEDIResultsGuide/media/AEDI_Media/Resources/About/CPIG.pdf.
50. 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.
51. Desrosiers, H. (2013). *Conditions de la petite enfance et préparation pour l'école: l'importance du soutien social aux familles*. Institut de la statistique du Québec.

52. Center for the Study of Social Policy. (2013). *Results-based public policy strategies for supporting early healthy development*. United States : Policy for Results.org.
53. Avenir d'Enfants. (2012). *Modèle écosystémique. Programme Famille école communauté, réussir ensemble adapté aux 0-5 ans*. 1-11.
54. Leerkes, E. M. et collab. (2011). The Relation of Maternal Emotional and Cognitive Support During Problem Solving to Pre-Academic Skills in Preschoolers. *Infant.Child Dev.*, 20(6), 353-370.
55. Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport. (2003). *Programme d'aide d'éveil à la lecture et à l'écriture dans les milieux défavorisés*. Québec : Gouvernement du Québec.
56. Conseil Supérieur de l'Éducation. (2012). *Mieux accueillir et éduquer les enfants d'âge préscolaires, une triple question d'accès, de qualité et de continuité des services*. Québec : Gouvernement du Québec.
57. Pagani, L. et collab. (2010). Prospective associations between early childhood television exposure and academic, psychosocial, and physical well-being by middle childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(5), 425-431.
58. Raikes, H. A. et Thompson, R. A. (2008). Attachment security and parenting quality predict children's problem-solving, attributions, and loneliness with peers. *Attach.Hum.Dev.*, 10(3), 319-344.
59. Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport. (2003). *Famille, école, communauté, réussir ensemble*. Québec : Gouvernement du Québec.
60. Lundberg, I. (2009). Early precursors and enabling skills of reading acquisition. *Scand.J Psychol.*, 50(6), 611-616.
61. 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).
62. Human Early Learning Partnership. (2012). *Addressing barriers to access*. British Columbia : Human Early Learning Partnership.
63. OCDE. (2012). *Petite enfance, grands défis III. Boîte à outils pour une éducation et des structures d'accueil de qualité*. Éditions OCDE.
64. 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.
65. Galinsky E. (2006). *The economic benefits of high-quality early childhood programs : what makes the difference ?* Committee for economic development.

66. Ofsted. (2013). *The impact of early education as a strategy in countering socio-economic disadvantage*. London, UK : Centre for Research in Early Childhood.
67. Center on the developing child at Harvard University (2011). Early childhood program effectiveness. *In Brief*, 1-2.
68. Moore, T. (2006). *Parallel processes: Common features of effective parenting, human services, management and government*. Melbourne, Australia.
69. 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.
70. Durlak, J. A. et DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
71. Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., et Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication n° 231). Tempa, FL.
72. 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.
73. Human Early Learning Partnership. (2012). *What makes a difference for early child development?*
74. Human Early Learning Partnership. (2011). *Universalisme proportionné, synthèse*. Colombie-Britannique : Human Learning Partnership.
75. The Marmot Review Team. (2010). *Fair society, healthy lives. Executive summary*. London : Marmot Review.
76. Halfon, N., Uyeda, K., Inkelas, M., et Rice, T. (2004). *Building bridges : a comprehensive system for healthy development and school readiness*. National Center for Infant and Early Childhood Health Policy.
77. Moleux, M., Schaetzel, F., et Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociales en santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*. Inspection générale des affaires sociales.
78. Benach, J. et collab. (2012). A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *Journal of Epidemiology and Community Health*.
79. Hertzman, C. (2002). *An early child development strategy for Australia? Lessons from Canada*. Queensland Government.
80. Commission européenne. (2010). *Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne*. Luxembourg : Union européenne.

81. OCDE. (2009). *Assurer le bien-être des enfants*. OCDE.
82. Centre for Community Child Health, 2010. *Engaging marginalised and vulnerable families*.
83. Centre d'analyse stratégique. (2012). *Aider les parents à être parents. Le soutien à la parentalité, une perspective internationale*. Paris, France :
84. Laurin, I. et Fournier, D. (2009). *Femmes-Relais (2007-2010) - Bilan de la première année de relance*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
85. Commission des déterminants sociaux de la santé. (2008). *Comblers le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Suisse : Organisation mondiale de la santé.
86. OECD. (2006). *Starting strong II : Early childhood education and care*. Document consulté de <http://www.oecd.org/newsroom/37425999.pdf>.
87. Shonkoff, J. P. (2010). Investir dans le développement des jeunes enfants pour établir les bases d'une société prospère et durable. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 1-6. Tremblay, RE; Barr, RG; Peters RDeV; Boivin, M.
88. 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.
89. 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.
90. Ramey, S. L. et Ramey, C. T. (2003). Understanding efficacy of early educational programs : critical design, practice, and policy issues. Dans Reynolds, Wang et Walberg, *Early childhood programs for a new century*, (p. 35-70). Washington, D.C : CWLA Press.
91. 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>.
92. Ministère de la Famille, Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport, et Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec : une vision partagée pour des interventions concertées*. Ministère de la Famille.
93. 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/.

94. Gouvernement du Québec. (2010). *Guide pour soutenir une première transition scolaire de qualité*. Gouvernement du Québec.
95. McCain, M. N. et Mustard, J. F. (1999). *Reversing the real brain drain : Early Years Study - Final report*.
96. Janus, M. (2006). *Early Development Instrument : An indicator of development health at school entry*. Vaudreuil.
97. 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.
98. Moore, T. (2006). *Early childhood and long term development : the importance of the early years*. Australia : Australian research alliance for children & youth.
99. Côté, S. M., Geoffroy, M.-C., et Pingault, J.-B. (2013). Early child care experiences and school readiness. Dans Michel Boivin & Karen, L. B., *Promoting school readiness and early learning. Implications of developmental research for practice*, (p. 133-164). New York : The Guilford Press.
100. 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.
101. 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.
102. Centre for Community Child Health. (2008). *Rethinking school readiness*. Victoria, Australia : Document consulté de www.rch.org.au/ccch/policybriefs.cfm.
103. Palluy, J., Arcand, L., Choinière, C., Martin, C., et Roberge, M.-C. (2010). *Réussite éducative, santé, bien-être : agir efficacement en contexte scolaire. Synthèse des recommandations*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
104. Ministère de la Famille. (2013). *Guide pour l'élaboration d'une politique d'intégration des enfants de nouveaux arrivants et de gestion de la diversité dans les services de garde éducatifs*. Québec : Gouvernement du Québec.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca