

# Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur

Rapport final



Lori G. Irwin  
Arjumand Siddiqi  
Clyde Hertzman



# 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

Document préparé par :  
Lori G. Irwin, Ph.D., RN  
Arjumand Siddiqi, Sc.D., MPH  
Clyde Hertzman, MD, M.Sc., FRCPC

Juin 2007



**Nota : Le présent rapport a fait l'objet d'un processus de révision externe.**

CONCEPTION: SHANNON@SHHDESIGN.CA  
PRODUCTION : BETTYANDJAN.COM

## REMERCIEMENTS<sup>1</sup>

Le présent rapport sommaire a été préparé à partir d'un document plus volumineux intitulé *Total Environment Assessment Model of Early Child Development (TEAM-ECD)*, rédigé par Arjumand Siddiqi, Lori G. Irwin et Clyde Hertzman pour la Commission des déterminants sociaux de la santé. Le présent sommaire est le fruit des efforts et de l'engagement des nombreuses personnes qui ont contribué au document *TEAM-ECD*. Nous souhaitons remercier les membres du Réseau de connaissances en matière de développement de la petite enfance, soit S. Anandalakshmy, Marion Flett, Mary Gordon, Abeba Habtom, Sarah Klaus, Ilona Koupil, Cassie Landers, Beatriz Londoño Soto, Helia Molina Milman, Bame Nsameng, Frank Oberklaid, Alaa Ibrahim Shukrallah, Nurper Ulkuer, Camer Vellani, Annah Wamae et Mary Eming Young.

Nous aimerions remercier tout spécialement Meena Cabral de Mello, spécialiste scientifique au Département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent de l'Organisation mondiale de la Santé et agente technique pour le développement de la petite enfance, pour sa rétroaction, son examen des versions préliminaires et son engagement envers ce travail. Nous souhaitons aussi remercier Ruth Bell et Tanja Houweling, membres du secrétariat de Londres de l'University College, de même que la coordonnatrice du secrétariat de Genève du Réseau de connaissances, Sarah Simpson, dont la patience et l'expertise ont permis de veiller à ce que notre travail s'intègre aux plus vastes buts de la Commission.

À nos commissaires, l'honorable Monique Begin, Stephen Lewis, William Foege, Alireza Marandi et Denny Vågerö, merci d'avoir parrainé la reconnaissance de l'importance des déterminants sociaux de la santé et de vous être engagés à faire passer ce travail des connaissances à l'action.

Nous tenons à souligner la rétroaction que nous avons reçue d'experts comme Alan Kikuchi-White, Alan Pence et Ilgi Ertem.

Nous sommes aussi reconnaissants à nos collègues du Human Early Learning Partnership (HELP) pour leurs contributions aux versions antérieures du document *TEAM-ECD*. Il s'agit d'Iraj Poureslami, Emily Hertzman, Robin Anderson, Eric Hertzman (cartographe) et Stefania Maggi et à d'autres collègues dont l'inépuisable soutien a rendu le présent travail possible, soit Jacqueline Smit Alex, Leslie Fernandez et Sophia Cosmadakis.

Enfin, nous exprimons un merci tout spécial à Karyn Huenemann pour ses compétences rédactionnelles, à Maria LeRose pour sa capacité de faire la synthèse d'information complexe et de la rendre accessible à un vaste auditoire ([www.barlettlerose.ca](http://www.barlettlerose.ca)), à Shannon Harvey pour la créativité de sa conception et à Betty Beck pour ses connaissances au niveau de la prépresse et de la production.

---

<sup>1</sup> Le présent travail a été rendu possible grâce au financement de l'Agence de la santé publique du Canada et entrepris pour le Réseau de connaissances en matière de développement de la petite enfance établi dans le cadre de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Les points de vue qui y sont présentés reflètent ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement les décisions, politiques ou opinions de l'OMS ou des commissaires.



# Table des Matières

Résumé	3
Exposé politique	4
Sommaire	7
Introduction	15
FIGURE 1 – SCHÉMA DE L'IMDPE	17
Méthodes	19
Résultats : sphères d'influence de l'IMDPE	21
Sphères d'influence	
L'enfant pris individuellement	21
La famille	23
Les communautés résidentielles et relationnelles	28
Programmes et services de DPE	30
Échelons régional et national	37
FIGURE 2: EDI VULNERABILITY MAP	38
Échelle mondiale	41
Discussion et recommandations	45
Conclusions	49
Références	50
Annexe A	59
Évaluation critique des données probantes sous-jacentes	
Annexe B	61
Exemples de programmes et services de DPE	
Annexe C	68
Mesure du développement de la petite enfance basée sur une population selon une perspective nationale	
Annexe D	70
Perspective mondiale sur les enfants et les familles : discussion d'un extrait du livre <i>Forgotten Families</i> de Jody Heymann	





## Résumé

Le présent document fait la synthèse des connaissances sur les possibilités d'améliorer la situation relative au développement de la petite enfance (DPE) à l'échelle mondiale. Conformément aux normes politiques internationales, nous définissons la petite enfance comme la période allant du développement prénatal jusqu'à l'âge de huit ans. Ce que vivent les enfants durant leurs premières années *sert de pierre angulaire pour le reste de leur vie*. Cela s'explique par le fait que le DPE — dont les aspects physiques, sociaux, émotionnels, du langage et cognitifs — exerce une grande influence sur l'apprentissage de base, la réussite scolaire, la participation économique, la citoyenneté sociale et la santé.

Dans le cadre du travail de la Commission, de forts liens sont établis entre le DPE et les autres déterminants sociaux de la santé, particulièrement les milieux urbains, le genre, la mondialisation et les systèmes de santé. Tout au long du présent document, nous discutons des aspects de préoccupation commune relatifs à ces déterminants. La recherche confirme une forte association entre la survie et le développement de l'enfant, de telle sorte que la survie de l'enfant et les programmes de santé sont indissociables du DPE.

Notre approche développementale des premières années comprend les facteurs qui ont des répercussions sur la santé et la survie des enfants, mais va aussi plus loin en examinant comment mettre à profit les premières années pour créer des citoyens du monde prospères. Le présent document fournit un cadre pour comprendre les milieux (et leurs caractéristiques) qui jouent un important rôle d'influence sur le développement de la petite enfance. Les données probantes et leur interprétation proviennent principalement de trois sources : 1) des ouvrages scientifiques évalués par des pairs, 2) des rapports de gouvernements, d'organismes internationaux et de groupes de la société civile, et 3) d'un réseau de connaissances formé d'experts en DPE représentatifs tant des mandats internationaux qu'intersectoriels. La principale notion stratégique du présent document est la sui-

vante : les qualités stimulantes et de soutien physique et affectif des milieux où les enfants grandissent, vivent et apprennent — parents, fournisseurs de soins, famille et communauté — sont celles qui ont le plus de répercussions sur leur développement. Dans la plupart des situations, les parents et les fournisseurs de soins ne sont pas en mesure d'offrir des milieux fortement stimulants qui entourent les enfants de soins physiques et affectifs sans l'aide d'organismes locaux, régionaux, nationaux et internationaux. Nous proposons des façons selon lesquelles les acteurs des gouvernements et de la société civile, de l'échelle locale à l'échelle internationale, peuvent travailler de concert avec les familles pour offrir un accès équitable à des milieux fortement stimulants qui entourent les enfants du monde entier de soins physiques et affectifs.

**Mots clés : développement de la petite enfance; équité; déterminants sociaux de la santé; parcours de vie; droits de l'enfant**

Résumé

## Exposé politique

Exposé  
politique

### Le développement de la petite enfance : un investissement dans l'avenir d'un pays

Les premières années d'un enfant exercent, tout au long de sa vie, une influence cruciale sur une vaste gamme de résultats sociaux et liés à la santé. La recherche démontre maintenant que les racines de nombreux défis de la société adulte — problèmes de santé mentale, obésité ou arrêt de croissance, maladie du cœur, criminalité, compétences en lecture, en écriture et en calcul — remontent à la petite enfance. D'ailleurs, les économistes affirment maintenant en se fiant aux données probantes disponibles que l'investissement dans la petite enfance est le plus rentable des investissements que peut faire un pays, et que ses retombées, qui sont étalées sur une vie entière, représentent bien des fois le montant investi à l'origine. Les gouvernements peuvent apporter des améliorations majeures et soutenues à la société en mettant en place des politiques qui tiennent compte de cette fructueuse masse de recherche tout en assumant en même temps les obligations qui leur reviennent en vertu de la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies.

La recherche indique maintenant que l'environnement du jeune enfant a des répercussions vitales sur la façon dont son cerveau se développe. Le bébé naît avec des milliards de cellules cérébrales qui représentent son potentiel pour le reste de sa vie mais, pour se développer, ces cellules cérébrales doivent établir des liens entre elles. Plus l'environnement de la petite enfance est stimulant (interaction sociale), plus des connexions positives se forment dans le cerveau et mieux l'enfant se développe dans tous les aspects de sa vie, que ce soit dans son développement physique, émotionnel et social ou dans sa capacité de s'exprimer et d'acquérir des connaissances.

Nous savons quels types d'environnements favorisent la santé et le développement du jeune enfant. Bien que la nutrition et la crois-

sance physique soient fondamentales, les jeunes enfants doivent aussi passer leur temps dans des milieux bienveillants et favorables qui les protègent contre une désapprobation et une discipline inadéquates. Ils ont besoin d'occasions d'explorer leur monde, de jouer et d'apprendre comment parler et écouter les autres. *Les parents et les autres personnes qui leur dispensent des soins veulent offrir ces possibilités à leurs enfants, mais ils ont besoin du soutien de la communauté et du gouvernement à tous les niveaux.* Par exemple, les enfants bénéficient de l'adoption par les gouvernements nationaux de politiques de protection sociale qui tiennent compte des besoins des familles et qui garantissent un revenu suffisant pour tous, des prestations de maternité, du soutien financier aux personnes très pauvres et qui permettent aux parents et aux autres fournisseurs de soins d'équilibrer efficacement le temps qu'ils passent à la maison et au travail. *Bien que ces faits soient connus, on estime qu'à eux seuls, les pays en voie de développement comptent au moins 200 millions d'enfants qui ne peuvent atteindre leur plein potentiel.*

*Les dirigeants politiques peuvent jouer un important rôle pour garantir un accès universel à une gamme de services pour le développement de la petite enfance : soutien aux parents et aux fournisseurs de soins, services de garde d'enfants de qualité, soins de santé primaires, nutrition, éducation et protection sociale.* Au cours de la petite enfance, le système de soins de santé doit jouer un rôle central, puisqu'il est le premier contact et qu'il peut servir de porte d'entrée vers les autres services de la petite enfance. Pour être efficaces, les services de tous les niveaux doivent être mieux coordonnés et converger vers la famille et la communauté locale de manière à ce que l'enfant soit au centre.

Il est clair que ce genre de politiques et de pratiques qui tiennent compte des besoins des familles sont bénéfiques pour les enfants et les familles, mais elles entraînent aussi des avantages économiques à la société dans son ensemble. À l'échelle mondiale, les sociétés

qui investissent dans la petite enfance et la famille — qu’elles soient riches ou pauvres — sont celles qui ont les populations les plus alphabétisées et qui savent le mieux compter. Ce sont les sociétés dont l’état de santé est le meilleur et dont les niveaux d’inégalités en matière de santé sont les plus faibles du monde.

Le fait de réussir à promouvoir le développement de la petite enfance ne dépend pas de la richesse d’une société. Comme les programmes de développement de la petite enfance dépendent surtout des compétences des fournisseurs de soins, le coût des programmes efficaces varie selon la structure salariale d’une société. Peu importe leur richesse, les sociétés peuvent progresser dans le développement de la petite enfance en allouant à ce domaine aussi peu que 1 \$ par tranche de 10 \$ dépensée pour la santé et l’éducation.

*Les programmes pour la survie et la santé de l’enfant sont indissociables du développement de la petite enfance. Ainsi, le fait d’adopter une perspective développementale face à la petite enfance fournit un cadre fondamental de compréhension qui subsume les questions de survie et de santé. Un sain départ dans la vie donne à chaque enfant une chance égale de se développer et de devenir un adulte qui contribue de façon positive à la communauté — tant économiquement que socialement.*

*Exposé  
politique*





## Sommaire

La période de la petite enfance est considérée comme la phase développementale *la plus importante* de la vie. Le sain développement de la petite enfance (DPE)—qui comprend, à importance égale, les aspects physiques, sociaux et émotionnels, cognitifs et du langage—exerce une grande influence sur le bien-être, l'obésité ou l'arrêt de croissance, la santé mentale, la maladie du cœur, les compétences en lecture, en écriture et en calcul, la criminalité et la participation économique tout au long de la vie. Ce que vit l'enfant durant la petite enfance est déterminant pour sa trajectoire développementale et le cours de sa vie.

La principale notion stratégique du présent document est la suivante : les qualités stimulantes et de soutien physique et affectif des milieux où les enfants grandissent, vivent et apprennent sont celles qui auront le plus de répercussions sur leur développement. Pourtant, dans la plupart des situations, les parents et les fournisseurs de soins ne peuvent pas fournir de milieux fortement stimulants qui entourent les enfants de soins physiques et affectifs sans l'aide d'organismes locaux, régionaux, nationaux et internationaux. Par conséquent, la plus grande contribution du présent rapport est de proposer des façons selon lesquelles les acteurs des gouvernements et de la société civile, de l'échelle locale à l'échelle internationale, peuvent travailler de concert avec les familles pour offrir un accès équitable à des milieux fortement stimulants qui entourent les enfants du monde entier de soins physiques et affectifs. En partant du fait que le DPE a une grande influence sur la vie adulte, il est essentiel que les gouvernements reconnaissent que les disparités des environnements au niveau des qualités stimulantes et de soutien physique et affectif nécessaires au sain développement de l'enfant auront diverses répercussions sur les résultats des différents pays et différentes sociétés. Dans certaines sociétés, les inégalités en matière de DPE se traduisent par des chances grandement différentes pour les enfants, alors que dans d'autres les disparités en matière de

DPE atteignent un point critique qui en font une menace à la paix et au développement durable.

Les premières années se caractérisent par le développement le plus rapide, particulièrement pour ce qui est du système nerveux central. *Les conditions environnementales auxquelles sont exposés les enfants, dont la qualité des relations et du milieu langagier des premières années, « sculptent » littéralement le cerveau en développement.* Les milieux responsables de favoriser des conditions stimulantes pour les enfants vont de l'intimité de la famille au contexte socioéconomique plus large façonné par les gouvernements, les organismes internationaux et la société civile. Ces environnements et leurs caractéristiques sont des déterminants du DPE, tandis que le DPE est à son tour un déterminant de la santé, du bien-être et des capacités d'apprentissage pour le reste de la vie.

Les racines de l'inégalité entre hommes et femmes durant la vie adulte prennent naissance durant la petite enfance. Pendant les premières années, les questions d'équité entre les sexes—particulièrement, la socialisation des garçons et des filles, les pratiques alimentaires et l'accès à l'école—sont des déterminants du DPE. L'inégalité précoce entre les sexes, lorsque renforcée par des relations de pouvoir, donne une partialité aux normes et aux expériences de la vie quotidienne dans la famille, à l'école, dans la communauté et dans la société, se perpétue et a une profonde incidence sur l'inégalité entre hommes et femmes à l'âge adulte. L'équité des sexes dès la petite enfance influence les relations humaines et l'habilitation à l'âge adulte.

Les économistes affirment maintenant, en se fiant aux données probantes disponibles, que l'investissement dans la petite enfance est le plus rentable des investissements que peut faire un pays, et que ses retombées, qui sont étalées sur une vie entière, représentent bien des fois le montant investi à l'origine.

La portée du présent rapport se répartit en quatre volets :

Sommaire



*Les économistes affirment maintenant, en se fiant aux données probantes disponibles, que l'investissement dans la petite enfance est le plus rentable des investissements que peut faire un pays, et que ses retombées, qui sont étalées sur une vie entière, représentent bien des fois le montant investi à l'origine.*

1. Démontrer quels milieux sont les plus importants pour les enfants. Ces environnements vont des plus intimes (la famille) aux plus éloignés (le monde).
2. Examiner quelles configurations environnementales sont optimales pour le DPE, dont les aspects économiques, sociaux et physiques des différents milieux.
3. Déterminer le « lien prévisible » entre le vaste contexte socioéconomique et les qualités stimulantes et de soutien physique et affectif des environnements intimes comme les familles et les communautés.
4. Faire ressortir les possibilités de favoriser des conditions stimulantes et de soutien physique et affectif pour les enfants à de multiples niveaux de la société (de l'action familiale à l'action gouvernementale nationale et mondiale) et par de multiples moyens (c.-à-d. de la mise en œuvre programmatique à l'élaboration de politiques sociales et économiques axées sur l'enfant).

Conformément aux normes politiques internationales, nous définissons la petite enfance comme la période allant du développement prénatal jusqu'à l'âge de huit ans. Les données probantes et leur interprétation proviennent principalement de trois sources :

- 1) des ouvrages scientifiques évalués par des pairs,
- 2) des rapports des gouvernements, des organismes internationaux et des groupes de la société civile, et
- 3) d'un réseau de connaissances d'experts en DPE (dont le Réseau de connaissances en matière de développement de la petite enfance de la Commission des déterminants sociaux de la santé) représentatifs tant des mandats internationaux qu'intersectoriels.

Cette approche à sources multiples, fondée sur des données probantes, permet de s'assurer que les conclusions et recommandations du présent rapport proviennent des perspectives d'une vaste gamme de parties intéressées et qu'elles s'appliquent à grande échelle aux sociétés du monde entier.

*Un des principes directeurs prône une « approche fondée sur l'équité » pour fournir des milieux stimulants qui offrent du soutien et des soins physiques et affectifs aux enfants de partout. L'importance de l'équité est clairement établie par les multiples perspectives qui ressortent tant des dispositions des déclarations des droits de la personne et de l'enfant que des réalités décrites par les données*

probantes de la recherche. Les programmes et politiques doivent créer des améliorations marquées des circonstances propres aux enfants les plus défavorisés des sociétés, non seulement en termes absolus, mais aussi en comparaison aux enfants les plus favorisés.

Nous savons maintenant que, dans chaque société, les iniquités dans les ressources socioéconomiques entraînent des iniquités au niveau du DPE. Le lien est beaucoup plus insidieux que le simple fait de différencier les riches des pauvres. En effet, tout gain dans les ressources sociales et économiques d'une famille donnée entraîne des gains proportionnels dans les résultats développementaux des enfants de cette famille. Ce lien « étape par étape » entre les conditions socioéconomiques et le DPE est appelé « gradient d'effet ». Toutefois, certaines sociétés réussissent mieux que d'autres à atténuer le gradient d'effet, favorisant ainsi une plus grande équité. Ces sociétés y parviennent en fournissant aux enfants une gamme de ressources importantes en vertu du droit à la citoyenneté, plutôt qu'en leur permettant d'être un luxe pour les familles et les communautés ayant un pouvoir d'achat suffisant.

Plus important encore, une approche fondée sur l'équité est aussi la bonne voie à adopter pour permettre à une nation d'obtenir des résultats moyens élevés en matière de DPE. Les sociétés qui affichent des résultats moyens plus élevés pour les enfants sont celles dans lesquelles les enfants défavorisés obtiennent de meilleurs résultats sur le plan développemental que les enfants défavorisés d'autres nations, attendu que, dans toutes les nations, les enfants aux extrémités supérieures de la courbe socioéconomique ont tendance à obtenir des résultats relativement plus forts.

Dans le présent rapport, nous fournissons un cadre pour comprendre les milieux (et leurs caractéristiques) qui jouent un rôle important lorsqu'il s'agit de fournir à tous les enfants des conditions stimulantes de manière équitable. En mettant l'enfant au cœur de son entourage, ce cadre sert de guide pour comprendre les liens entre ces milieux. Les environnements ne sont pas strictement hiérarchiques ; ils sont plutôt réellement inter-reliés. Le milieu familial est le plus

intime. À un niveau plus large, on trouve les communautés résidentielles (comme les voisinages), les communautés relationnelles (comme celles basées sur la religion ou d'autres liens sociaux) et le milieu des services de DPE. Chacun de ces environnements (où l'enfant grandit, vit et apprend) se situe dans un vaste contexte socioéconomique façonné par des facteurs régionaux, nationaux et mondiaux.

Le cadre fait ressortir l'importance d'une perspective étalée sur une vie entière pour les prises de décisions concernant le DPE. Les mesures prises à un ou l'autre de ces niveaux environnementaux affecteront les enfants non seulement dans l'immédiat, mais tout au long de leur vie. Le cadre laisse aussi entendre que le moment chronologique exerce une influence critique pour les enfants. En effet, bien que les grands aspects institutionnels et structurels des sociétés (p. ex. grappes de politiques gouvernementales, programmes et préférences) comptent pour le DPE, ils sont « établis » et « démantelés » sur de longues périodes.

Les iniquités socioéconomiques qui ont une incidence sur les résultats développementaux viennent des iniquités dans le degré de stimulation des expériences et des conditions environnementales pour les enfants. *Par conséquent, toutes les recommandations d'action découlent d'un but fondamental : améliorer les qualités stimulantes et de soutien physique et affectif des expériences que vivent les enfants dans les milieux où ils grandissent, vivent et apprennent.* L'accès à une vaste gamme d'expériences et de conditions environnementales est important. Cela comprend les expériences et conditions intimement liées à l'enfant, et donc faciles à déterminer (p. ex. la qualité du temps et des soins fournis par les parents et les fournisseurs de soins et les conditions physiques de l'entourage de l'enfant), mais également les facteurs plus distaux qui influent de différentes façons sur l'accès qu'a l'enfant à des conditions stimulantes et de soutien physique et affectif (p. ex. si les politiques gouvernementales fournissent ou non aux familles et aux communautés un revenu suffisant et un emploi, des ressources de soins de santé, de l'éducation pour les jeunes enfants, des quartiers sécuritaires,

un logement décent, etc.).

Bien que les prédispositions génétiques et les caractéristiques biophysiques expliquent partiellement comment l'environnement et les expériences façonnent le DPE, les meilleures données probantes nous amènent à considérer l'enfant comme un acteur social qui façonne son environnement et qui est en retour façonné par lui. On parle alors du modèle « transactionnel », qui met l'accent sur le fait que les relations sont la principale forme motrice du développement de l'enfant. Puisque des relations fortement stimulantes sur le plan physique et affectif peuvent entraîner un sain DPE, *les circonstances socioéconomiques, malgré leur importance, ne déterminent pas l'avenir.*

*Le milieu familial* est la principale source d'expériences pour un enfant parce que les membres de la famille (ou les autres fournisseurs de soins importants) fournissent la plus grande part de contacts humains de l'enfant, mais aussi parce qu'ils servent d'intermédiaires dans les contacts que l'enfant entretient avec son environnement plus large. Les aspects les plus fondamentaux du milieu familial sont peut-être ses ressources sociales et économiques. Les ressources sociales de la famille comprennent les compétences parentales et l'éducation, les pratiques et approches culturelles, les relations intrafamiliales et l'état de santé des membres de la famille. Les ressources économiques comprennent pour leur part la richesse, la situation professionnelle et les conditions de logement. Le gradient d'effet des ressources familiales sur le DPE est l'explication la plus convaincante des différences au niveau du bien-être des enfants entre les sociétés. Les jeunes enfants ont besoin de passer leur temps dans des milieux chaleureux et favorables qui les protègent contre une désapprobation et une discipline inadéquates. Ils ont besoin d'occasions d'explorer leur monde, de jouer et d'apprendre comment parler et écouter les autres. Les familles veulent offrir ces possibilités à leurs enfants, mais elles ont besoin du soutien de la communauté et du gouvernement à tous les niveaux.

Les enfants et leurs familles sont aussi façonnés par leur communauté résidentielle

(l'endroit où vivent l'enfant et la famille) et leurs communautés relationnelles (liens sociaux qu'entretient la famille avec les gens qui partagent son identité). Les communautés résidentielles et relationnelles offrent aux familles de nombreuses formes de soutien : il peut s'agir de biens et services tangibles qui aident à l'éducation des enfants ou encore de liens affectifs déterminants pour le bien-être des enfants et de leurs fournisseurs de soins. Au niveau résidentiel ou local, les gouvernements et les organismes communautaires jouent aussi un rôle de grande influence. La communauté offre beaucoup de ressources pour les enfants et les familles en reconnaissant le manque de ressources et en favorisant la résolution des problèmes et l'ingéniosité à l'échelle locale. Des iniquités sont toutefois apparentes entre les communautés résidentielles pour ce qui est du DPE et il est nécessaire de les examiner de manière systématique.

« *Communauté relationnelle* » fait référence aux gens, aux adultes et aux enfants qui aident l'enfant à former son identité sociale : tribale, ethnique, religieuse, linguistique et culturelle. Souvent, cette communauté n'est pas regroupée géographiquement. Les communautés relationnelles sont la source des réseaux sociaux et assurent une efficacité collective, notamment en offrant diverses formes de soutien (accessoire, informationnel et affectif). Toutefois, les groupes définis par leurs communautés relationnelles font souvent l'objet de discrimination, d'exclusion sociale et d'autres types de subjugation. Les conséquences de ces différentes formes de discrimination (p. ex. moins de ressources économiques) peuvent entraîner des iniquités discernables. De plus, les communautés relationnelles peuvent être la source de la socialisation des garçons et des filles, tant équitable qu'inéquitable. Aussi, comme les communautés relationnelles font partie de plus vastes contextes sociopolitiques, un engagement réciproque avec d'autres groupes relationnels, avec les organismes de la société civile et avec les organismes gouvernementaux est un moyen de tenir compte des intérêts et des besoins en ressources de leurs membres.

La disponibilité de *programmes et services de DPE* pour appuyer le développement



des enfants durant les premières années est une composante cruciale d'une stratégie globale de réussite durant l'enfance. Les services de DPE peuvent traiter d'un ou de plusieurs domaines clés du développement (c.-à-d. développement du langage et cognitif, social et émotionnel et physique). La qualité et la pertinence des services est un aspect central à prendre en considération pour déterminer si les programmes de DPE existants améliorent les résultats pour les enfants. Bien que des principes se rattachant aux programmes et services de DPE soient facilement transférables entre les endroits, de nombreuses caractéristiques des programmes exigent une adaptation aux contextes sociaux, économiques et culturels dans lesquels ils ont lieu. Les services de DPE peuvent cibler des caractéristiques précises des enfants et des familles (p. ex. bébés ayant un poids insuffisant à la naissance ou familles à faible revenu), être offerts uniquement dans certaines communautés et localités ou avoir une plus grande portée. Bien que chacun d'eux s'accompagne de ses avantages et reculs respectifs, *le but primordial de la communauté mondiale devrait être de trouver des moyens de fournir un accès universel à des programmes et services efficaces de DPE*. Les systèmes de soins de santé jouent un rôle clé lorsqu'il s'agit d'offrir de nombreux services importants de DPE. En effet, plus que toute autre forme de services à la personne, ils occupent une place unique qui leur permet de contribuer au DPE. Ils fournissent notamment des installations et des services accessibles à plus grande échelle dans de nombreuses sociétés, ils travaillent déjà pour la santé des gens et des communautés, ils engagent des professionnels formés et ils sont un premier point de contact pour les mères en âge fertile.

L'influence des *milieux régionaux et nationaux* est fondamentale pour déterminer la qualité et l'accessibilité des services et ressources aux familles et aux communautés. Ces milieux sont aussi fondamentaux pour comprendre les niveaux d'organisation sociale où peuvent se manifester des iniquités dans les possibilités et les résultats, et les niveaux d'organisation où des mesures peuvent être prises pour améliorer les iniquités.

Les *milieux régionaux* comptent beau-

coup d'aspects inter-reliés qui peuvent être importants pour le DPE : aspects physiques (p. ex. le degré d'urbanisation, l'état de santé de la population), aspects sociaux, politiques et économiques. Ces aspects du milieu régional affectent le DPE par l'influence qu'ils exercent sur la famille et le quartier et sur les services de DPE. Contrairement aux milieux plus intimes, comme la famille, les milieux plus vastes, comme la région, tirent leur importance du fait que les régions ont un effet sur un grand nombre d'enfants. Par conséquent, changer l'environnement à ce niveau peut avoir une influence sur la vie de nombreux enfants. Beaucoup plus de recherche et de connaissances sont nécessaires pour savoir *comment* les caractéristiques régionales peuvent être modifiées pour avoir une influence positive sur le DPE.

La caractéristique la plus fondamentale de l'*environnement national* est sa capacité d'avoir un effet sur de nombreux déterminants du DPE, notamment par la création de la richesse, par les dépenses publiques, par les politiques axées sur les besoins des enfants et des familles, par la protection sociale et par la protection des droits fondamentaux. *Les risques que courent les enfants de faire face à la pauvreté extrême, à la main-d'œuvre infantile, à la guerre, au VIH et au sida, à la prise en charge par un frère ou une sœur et à d'autres situations sont déterminés, d'abord et avant tout, par le pays dans lequel ils sont nés.*

Au niveau de l'environnement national, ce sont les approches intersectorielles polyvalentes qui fonctionnent le mieux pour les politiques et les prises de décisions relatives au DPE. Bien que les résultats en matière de DPE aient tendance à être plus favorables dans les pays riches que dans les pays pauvres, ce n'est pas toujours le cas. Il est clair qu'un engagement de 1,5 à 2 % du PIB à une combinaison efficace de politiques et de programmes dans le secteur public peut efficacement appuyer le développement des jeunes enfants. Les pays qui ont moins de pouvoir économique et politique sont moins libres de déterminer leurs programmes de politiques internes et sont davantage influencés par les intérêts de la communauté internationale, dont les autres pays et les organismes multilatéraux. *Malgré cela, la plupart des recommandations*

*du présent rapport respectent les capacités de tout gouvernement national qui répond aux critères internationaux d'une « autorité compétente ».*

L'environnement mondial peut exercer une influence sur le DPE par ses effets sur les politiques des nations de même que par les actions directes d'une vaste gamme d'acteurs pertinents, dont les organismes économiques multilatéraux, l'industrie, les organismes de développement multilatéraux, les organismes de développement non gouvernementaux et les groupes de la société civile. Une importante caractéristique de l'environnement mondial relativement au bien-être des enfants est l'élément de *pouvoir* en termes économiques, sociaux et politiques. Les écarts de pouvoir entre les types d'acteurs, particulièrement entre les nations, ont de nombreuses conséquences, dont la capacité pour certaines nations (principalement celles riches en ressources) d'exercer une influence sur les politiques des autres nations (surtout celles qui disposent de peu de ressources) pour répondre à leurs propres intérêts. Bien que les écarts de pouvoir puissent avoir des effets injustes sur le DPE, ils peuvent aussi être exploités au bénéfice des enfants.

*Deux mécanismes qui peuvent être utilisés consistent à exiger un niveau minimum de dépenses gouvernementales pour le DPE et à respecter les dispositions sur les droits de la petite enfance de la Convention relative aux droits de l'enfant comme conditions préalables à l'obtention d'aide internationale au développement.* Des mécanismes analogues ont déjà été utilisés efficacement dans d'autres domaines de développement international.

On conceptualise les groupes de la *société civile* comme étant organisés et comme agissant à tous les niveaux de l'organisation sociale (local, résidentiel, mondial). La capacité de la société civile d'agir au nom des enfants est fonction de l'étendue du « capital social » ou de l'interdépendance des citoyens et du soutien dont font preuve les institutions politiques pour promouvoir les expressions de l'organisation civile. Quand une société civile dispose des outils nécessaires, de nombreuses avenues s'offrent à elle pour ce qui est de s'engager au nom des enfants. Les groupes de la société civile peuvent initier

l'action des gouvernements, des organismes non gouvernementaux et de la communauté sur les déterminants sociaux du DPE. Ils peuvent défendre les intérêts des enfants pour veiller à ce que les gouvernements et les organismes internationaux adoptent des politiques bénéfiques au bien-être des enfants. Enfin, les groupes de la société civile jouent un rôle déterminant lorsqu'il s'agit d'établir des stratégies à l'échelle locale pour fournir aux familles et aux enfants une prestation efficace des services de DPE, pour améliorer la sécurité, la cohésion et l'efficacité des milieux résidentiels et pour accroître la capacité des communautés locales et relationnelles d'améliorer la vie des enfants. *Bien que la recherche sur l'effet direct de la société civile sur le DPE soit limitée, la forte association statistique entre la force de la société civile et le développement humain dans les sociétés du monde entier laisse peu de place au doute quant à son importance pour le DPE.*









## Introduction

La période de la petite enfance est considérée comme étant *la plus importante* phase de développement de toute la vie d'une personne. Le sain développement de la petite enfance (DPE)—physique, social-émotionnel, du langage et cognitif—est essentiel au succès et au bonheur non seulement durant l'enfance, mais tout au long de la vie. Le DPE exerce une grande influence sur le bien-être, l'obésité ou l'arrêt de croissance, la santé mentale, les maladies du cœur, les compétences en lecture, en écriture et en calcul, la criminalité et la participation économique tout au long de la vie—des aspects qui ont tous de profondes répercussions sur le fardeau économique des pays. Si la période très propice des premières années de vie est manquée, il devient de plus en plus difficile, tant du point de vue du temps que des ressources, de créer un parcours de vie réussi. Les gouvernements doivent reconnaître que des investissements efficaces dans la petite enfance sont une pierre angulaire du développement humain et qu'ils sont au cœur de la réussite des sociétés. En fait, on ne trouve *nulle part* sur la planète des exemples de sociétés très prospères parmi celles qui ont ignoré le développement de la petite enfance. Il est donc essentiel que les gouvernements, les organismes internationaux et les partenaires de la société civile passent des connaissances à l'action au chapitre du DPE. Le présent rapport tient pour acquis que chaque enfant a le droit fondamental d'avoir un nom et d'acquérir une nationalité, mais nous savons que beaucoup d'enfants de ce monde ne sont pas enregistrés à la naissance.

Le DPE est important dans tous les pays, qu'ils soient riches ou pauvres en ressources, mais une attention particulière doit être portée aux bienfaits possibles qu'il représente pour les pays pauvres en ressources, où quatre enfants sur dix risquent de vivre dans une pauvreté extrême et où 10,5 millions d'enfants meurent avant l'âge de cinq ans. Ces enfants sont susceptibles de souffrir de malnutrition et d'avoir une mauvaise santé. De plus, ils risquent fortement de ne jamais pouvoir aller à l'école (UNESCO 2007). La

récente série de Lancet sur le développement du jeune enfant estime qu'il y a 559 millions d'enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement—dont 155 millions d'enfants à développement arrêté et 62 millions qui ne sont pas dans cette situation, mais qui vivent dans la pauvreté—pour un total de plus de 200 millions d'enfants de moins de cinq ans qui présentent un risque extrême de déficience au niveau du développement cognitif et social-émotionnel. La plupart de ces enfants—89 millions—vivent dans dix pays (Inde, Nigéria, Chine, Bangladesh, Éthiopie, Indonésie, Pakistan, République démocratique du Congo, Ouganda et Tanzanie), qui comptent 145 (66 %) des 219 millions d'enfants défavorisés des pays en développement. Beaucoup sont susceptibles de ne pas bien réussir à l'école et, par conséquent, d'avoir à l'âge adulte un faible revenu et de nombreux enfants à qui ils offriront des soins de santé de faible qualité, une mauvaise nutrition et peu de stimulation, contribuant ainsi à la transmission intergénérationnelle de conditions désavantageuses (Grantham-McGregor et. al., 2007). La perte de potentiel humain que représentent les statistiques ci-dessus entraîne un « déficit de plus de 20 % du revenu adulte et aura des répercussions sur le développement national » (Traduction libre – Grantham-McGregor et. al., 2007, p. 67).

*Les gouvernements doivent reconnaître que des investissements efficaces dans la petite enfance sont une pierre angulaire du développement humain et qu'ils sont au cœur de la réussite des sociétés.*

Le message primordial du présent rapport aux gouvernements, aux organismes internationaux et aux partenaires de la société civile est le suivant : l'amélioration de la survie et de la santé des enfants ne peut être dissociée de l'amélioration du DPE. Ainsi, le fait d'adopter une perspective développementale face à la petite enfance fournit un cadre fondamental

Introduction

de compréhension qui subsume les questions de survie et de santé. Un sain départ dans la vie donne à chaque enfant des chances égales de bien se développer et de devenir un adulte qui contribue positivement à la collectivité—économiquement et socialement. Par conséquent, les gouvernements devraient adopter une stratégie d'investissement dans le DPE de façon à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) pour ce qui est de la réduction de la pauvreté, de l'éducation et de la santé.

En se fiant aux données probantes disponibles, les économistes affirment maintenant que l'investissement dans la petite enfance est le plus rentable des investissements que peut faire un pays, et que ses retombées, qui sont étalées sur une vie entière, représentent bien des fois le montant investi à l'origine. À l'échelle mondiale, les sociétés qui investissent dans la petite enfance et la famille—qu'elles soient riches ou pauvres—sont celles qui ont les populations les plus alphabétisées et qui savent le mieux compter. Ce sont les sociétés dont l'état de santé est le meilleur et dont les niveaux d'inégalités en matière de santé sont les plus faibles du monde. Les sociétés dont les politiques et les programmes de DPE réussissent le mieux y dépensent annuellement de 1,5 à 2 % de leur PIB (OCDE, 2006). Une étude a évalué que chaque dollar dépensé pour aider un enfant en développement à atteindre l'âge scolaire peut générer jusqu'à 17 \$ de bénéfices pour la société sur les quatre décennies qui suivent (même après correction en fonction de l'inflation) (Schweinhart, Barnes et Weikart, 1993; Schweinhart, 2004).

Bien que les littératures didactique et grise fournissent des preuves probantes de l'importance de la petite enfance, en pratique, le DPE n'est pas au centre des politiques, des pratiques et des programmes adoptés à l'échelle internationale, nationale ou locale. Malgré la force des données probantes, les investissements voulus dans le DPE tardent à venir, particulièrement dans les pays pauvres en ressources où davantage d'enfants vulnérables en profiteraient le plus.

Dans le cadre du travail de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS), de forts liens sont établis entre le DPE et les autres déterminants sociaux de la santé, par-

ticulièrement les milieux urbains, le genre, la mondialisation et les systèmes de santé. Tout au long du présent document, nous établirons clairement les aspects de préoccupation commune relatifs à ces déterminants, bien qu'ils soient explicites. De plus, nous soutenons que les programmes relatifs à la survie et à la santé de l'enfant, à l'éducation pour tous et aux droits des enfants sont indissociables du DPE. Une fois de plus, le fait d'examiner la petite enfance selon une perspective développementale fournit un cadre de compréhension qui intègre les questions de survie et de santé, ainsi que celles d'instruction et de droits.

#### PORTÉE DU TRAVAIL

Ce travail présente des données probantes portant sur les bébés et les enfants, du développement prénatal jusqu'à l'âge de huit ans, particulièrement en tenant compte de la façon dont les déterminants sociaux de la santé exercent une influence sur la santé tout au long de la vie. Le travail est pertinent pour les enfants du monde entier. Nous expliquons, au besoin, les limites de l'application des idées qui y sont présentées.

#### RAISON D'ÊTRE

Le but du présent document est de faire la synthèse des connaissances pour renseigner la CDSS au sujet des possibilités *d'améliorer l'action* à l'échelle mondiale dans le domaine du DPE. Les données probantes qui y sont rassemblées mettent l'accent sur des associations prioritaires entre les déterminants sociaux de la santé et les iniquités en matière de santé dans les contextes de différents pays. Le document traite de la mesure dans laquelle on peut agir sur les déterminants sociaux du DPE et a pour but de *favoriser un débat de société* sur les possibilités que nous avons d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de fournir de l'information sur l'application et l'évaluation des propositions de politiques et des programmes du domaine du DPE—à l'échelle nationale, entre les régions et mondialement. Les secteurs d'intervention privilégiés pour chacun des réseaux de connaissances de la Commission—mondialisation, exclusion sociale, systèmes de santé, genre,

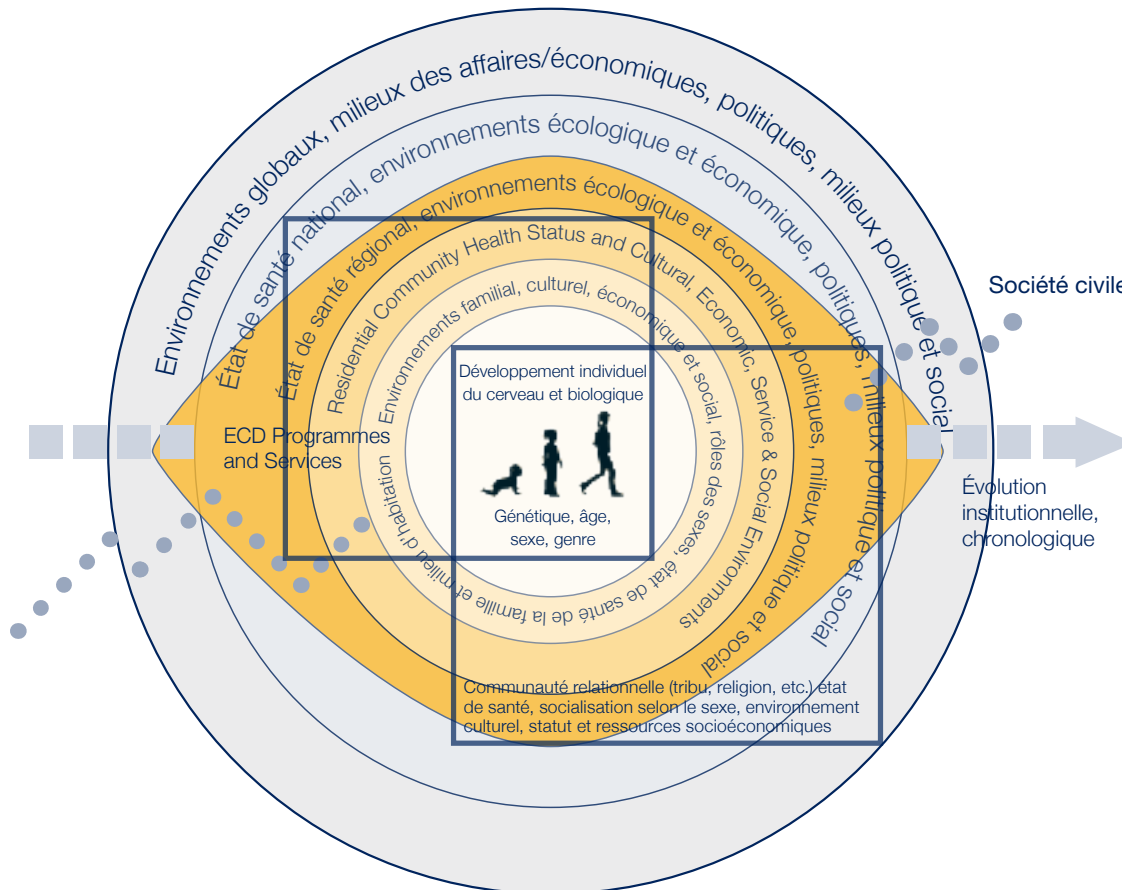
milieux urbains, conditions d'emploi, conditions prioritaires de santé publique et données probantes et mesures—sont essentiels pour comprendre la détermination sociale du DPE et font donc partie intégrante du présent examen.

CADRE CONCEPTUEL

L'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) (Total Environment Assessment Model of Early Child Development (TEAM-ECD) a été mis au point pour la CDSS en vue d'encadrer les types d'environnements (et donc d'expériences) qui font partie intégrante d'un sain DPE et d'établir des liens entre ces environnements et les processus biologiques avec lesquels ils interagissent pour façonner les résultats qu'obtiennent les enfants (Siddiqi, Irwin et Hertzman, 2007). Le modèle de l'IMDPE repose sur une documentation diverse, dont des cadres antérieurement

décrits pour examiner le DPE selon une perspective environnementale sociale. Ces sources comprennent le Bioecological Model d'Urie Bronfenbrenner (1986); les perspectives psycho-développementales du DPE (Brooks-Gunn, Duncan et Maritato, 1997); les notions de « conditionnement biologique » (Hertzman 1999); les cadres concertés relatifs à l'épidémiologie sociale et aux déterminants sociaux de la santé (Dahlgren et Whitehead, 1991; Emmons, 2003); la recherche sur les relations sociales dans la société humaine (Putnam, 2000; Weber, 1946); beaucoup de documentation dans le domaine de l'économie politique (pour examiner cette documentation, voir Siddiqi, Irwin et Hertzman, 2007); et le cadre sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (Solari et Irwin, 2005). Comme le cadre de l'équipe sur l'équité de l'OMS considère le DPE comme un déterminant de la santé, il devient ici essentiel de se pencher sur les

FIGURE 1 : SCHÉMA DE L'IMPDE





facteurs qui influent sur le DPE lui-même. En élargissant la notion des sphères d'influence environnementale, en ajoutant une composante temporelle et en plaçant le bien-être des enfants au centre, l'IMDPE est le meilleur moyen de comprendre les déterminants sociaux de la santé du DPE (et donc d'agir).

#### SPHÈRES D'INFLUENCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

Dans le schéma (voir Figure 1), diverses sphères d'influence interdépendantes sont essentielles au développement du jeune enfant. Elles comprennent la personne, la famille et le milieu d'habitation; les communautés résidentielles et relationnelles; les programmes et services de DPE; et les milieux régionaux, nationaux et mondiaux. Dans chacune des sphères d'influence, des facteurs sociaux, économiques, culturels et liés au genre ont un effet sur les qualités stimilantes sur le plan physique et affectif.



## Méthodes

Le processus de synthèse des données probantes disponibles nous oblige inévitablement à nous demander qu'est-ce qui constitue une donnée probante. Nous avons porté attention à la qualité de la source, au contexte de la recherche, aux nuances des différents programmes et aux populations desservies, de même qu'aux facteurs écologiques associés aux études. Par conséquent, notre fondement probatoire découle de trois principales sources :

- 1) des ouvrages scientifiques évalués par des pairs,
- 2) des rapports de gouvernements, d'organismes internationaux et de groupes de la société civile, et
- 3) un réseau de connaissances formé d'experts en DPE représentatifs tant des mandats internationaux qu'intersectoriels.

Le présent rapport final est un sommaire d'un document plus vaste de données probantes complètes intitulé, comme le modèle, *TEAM-ECD* (Siddqi, Irwin et Hertzman, 2007). Alors, si le lecteur a besoin d'information plus approfondie sur une question donnée, nous le renvoyons au document *TEAM-ECD*. Bien que la documentation liée au DPE soit abondante, seul un nombre limité d'études mettent l'accent sur le DPE dans les pays pauvres en ressources. De plus, bien que nous soyons d'avis que les résultats de la recherche qualitative constituent une source d'information unique et importante pour un examen comme celui-ci, la disponibilité d'études utilisant des méthodes qualitatives était limitée. De plus, il y a aussi une grande pondération des données probantes de la documentation traitant des populations « à risque » ou « spéciales », mais ces études se concentrent aussi sur les pays riches en ressources.

Nous avons adopté un point de vue global pour savoir quelle documentation était pertinente au DPE (voir Annexe A), en faisant des recherches dans les bases de données de multiples disciplines, dont la médecine, la psychologie du développement, la sociologie, les soins infirmiers, la santé de la population, l'économie et l'anthropologie. Pour chacune, nous avons inclus les données

probantes qui se rapportaient à n'importe quel aspect du bien-être des enfants. En outre, nous avons examiné les documents traitant de l'interconnectivité de la famille et des contextes résidentiels, relationnels et, à plus grande échelle, sociétaux, même quand ces documents ne faisaient pas directement référence aux effets sur les enfants. Quand cela était possible, nous avons utilisé des « preuves causales » au sens scientifique et nous les avons complétées au moyen d'expériences pratiques et personnelles tirées d'une vaste variété de sources. Bien que nous ayons utilisé les meilleures données probantes des recherches disponibles, nous savons que les recherches de haute qualité n'ont pas toutes une signification pratique ou qu'elles ne sont pas toutes applicables dans l'ensemble des contextes mondiaux. Cette approche à sources et méthodes multiples a permis de s'assurer que les conclusions et recommandations du présent rapport correspondent aux perspectives d'une vaste gamme de parties intéressées et qu'elles sont applicables à grande échelle, à des sociétés du monde entier.

Nous reconnaissons les limites imposées par beaucoup de ces études qui mettent l'accent sur les pays riches en ressources. Nous sommes aussi conscients des nombreux défis qui limitent la mesure dans laquelle il est possible d'appliquer les expériences, les programmes et les résultats de recherche tirés d'un contexte donné à d'autres contextes.

Méthodes

<sup>2</sup> Les efforts visant l'universalisation des connaissances et des pratiques ont longtemps reposé sur les valeurs, les normes et les buts anglo-américains dominants (Nsamenang, 2005). L'allaitement maternel est notre meilleur exemple. Durant de nombreuses années, les corporations et les organismes européens et américains prônaient l'allaitement artificiel (Gussow, 1980). À l'échelle mondiale, on invite maintenant les mères à allaiter « exclusivement » au sein pour six mois (OMS, 2003). Dans ce cas précis, la valeur de l'allaitement maternel était déjà reconnue par des années de tradition et d'expérience dans les pays d'Afrique et d'Asie, mais la « sagesse » importée d'Europe et d'Amérique prônait autre chose.







## Résultats: sphères d'influence de l'IMPDE

### L'enfant pris individuellement

Les premières années de la vie se caractérisent par le plus important développement du cycle de la vie humaine. La nature sans équivoque de cet énoncé repose sur plusieurs bases. La petite enfance est marquée par le développement le plus rapide, particulièrement pour ce qui est du système nerveux central. Les « périodes sensibles » pour le développement du cerveau se présentent presque exclusivement durant ces années. Pendant les premières années, les expériences (p. ex. alimentation de bonne qualité) et les expositions environnementales (p. ex. attachement à un adulte responsable) de l'enfant seront déterminantes pour le bon développement de la fonction cérébrale. Non seulement ces expériences façonneront-elles l'enfant sur le plan physiologique, mais l'enfant façonnera aussi ces expériences. Le développement qui se produit durant la petite enfance fournit les composantes de base pour la réussite d'une vie entière dans de nombreux domaines, dont le bien-être économique, social et physique.

#### LE CONDITIONNEMENT BIOLOGIQUE

L'interaction qui se produit entre les caractéristiques individuelles (génétiques et physiologiques) et les expériences et expositions environnementales est fondamentale pour le développement de l'enfant. Le cerveau humain, en particulier, est l'organe maître du développement. Tôt dans la vie, le cerveau connaît des périodes sensibles, programmées génétiquement, dans le cadre desquelles l'enfant en développement est d'une sensibilité disproportionnée aux influences de l'environnement externe (Barker, 1992; Bronfenbrenner, 1986; Wadsworth, 1997). *L'influence réciproque du cerveau en développement et de l'environnement est la force motrice du développement*; elle laisse dans le cerveau une configuration unique de synapses qui influe sur les fonctions cognitives, sociales et émotionnelles et qui est ensuite influencée

par elles. Le procédé selon lequel l'expérience de la petite enfance solidifie et affecte l'état de santé et le développement à long terme est appelé *conditionnement biologique* (Hertzman, 1999).

#### LA NUTRITION

Pour atteindre un niveau optimal de croissance et de développement, l'enfant a besoin d'une alimentation adéquate et recevoir une telle alimentation est un droit fondamental des enfants (voir le commentaire général n° 7 sur la Convention relative aux droits de l'enfant [CDE] [Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1990]) qui commence *in utero* par la saine alimentation de la mère. Durant le premier mois de vie, l'allaitement au sein joue un rôle déterminant pour ce qui est de fournir aux enfants les nutriments nécessaires. En fait, on pense que, utilisé de façon exclusive, l'allaitement maternel réduit les risques d'arrêt de croissance précoce après la naissance (Smith et al., 2003). L'allaitement au sein assume un double rôle en offrant une alimentation adéquate et en favorisant le sain développement du bébé grâce à la stimulation et à l'attachement qu'il procure. Malgré ce que les données probantes—scientifiques et traditionnelles—nous disent sur l'alimentation adéquate des bébés et des enfants, les pays en développement

*Sphères d'influence : l'enfant pris individuellement*

*Les pays en développement comptent à eux seuls environ 150 millions d'enfants de moins de cinq ans qui souffrent de malnutrition.*

comptent à eux seuls environ 150 millions d'enfants de moins de cinq ans qui souffrent de malnutrition. Les enfants qui souffrent de malnutrition sont plus susceptibles de subir les conséquences d'un mauvais développement physique et mental; de moins bien réussir à l'école (Pelto, Dickin et Engle, 1999;

Powell et al., 1998; Winicki et Jemison, 2003); d'être vulnérables aux effets des infections; d'avoir des épisodes plus graves de diarrhée; de présenter des risques accrus de pneumonie; d'avoir un système immunitaire moins performant; et, souvent, d'avoir de faibles taux d'iode, de fer, de protéines et donc, un moins grand niveau d'énergie, ce qui peut contribuer au développement de la maladie chronique (UNICEF, 2006). Comme les femmes demeurent les principales responsables des soins aux enfants, elles peuvent considérablement améliorer l'état nutritionnel de leurs enfants quand elles exercent une plus grande influence sur les décisions du ménage (Smith et al, 2003). Il a été démontré que l'éducation faite aux femmes n'améliore pas seulement le statut nutritionnel de leurs enfants, mais qu'elle entraîne aussi de multiples bienfaits pour les enfants en améliorant leur taux de survie et leur assiduité scolaire (Smith et al, 2003).

### *Les carences nutritionnelles à toutes les étapes de croissance ont des effets dommageables à long terme sur le développement intellectuel et psychologique des enfants.*

Les carences nutritionnelles à toutes les étapes de croissance ont des effets dommageables à long terme sur le développement intellectuel et psychologique des enfants.

La malnutrition joue un rôle dans plus de la moitié des décès d'enfants à l'échelle mondiale. En plus de ces conséquences dévastatrices sur la mortalité infantile, les déficiences nutritionnelles, particulièrement chez les enfants de moins de trois ans, ont des effets dommageables à long terme sur le développement intellectuel et psychologique des enfants : une perte inacceptable de potentiel humain (Grantham-McGregor et al., 2007). La malnutrition est, par conséquent, un des plus importants facteurs du piètre développement et de la perte de potentiel au niveau du développement des enfants. Nous savons que l'arrêt de croissance qui résulte d'une malnutrition

chronique est façonné par une combinaison complexe de facteurs environnementaux, sociaux et économiques, qui commencent *in utero* et qui nuisent tant à la croissance physique qu'au développement mental. *Voilà un exemple parfait de convergence des programmes relatifs à la survie des enfants, à la sécurité alimentaire, au DPE, à l'éducation et à l'équité de genre.* Il est essentiel de réduire la malnutrition à l'échelle mondiale, particulièrement chez les 0 à trois ans, mais cela exige l'adoption de mesures systématiques au niveau local dans les secteurs de la santé maternelle (dont l'alimentation adéquate) et des soins de santé; de la sécurité alimentaire (dont une consommation adéquate d'oligoéléments); de la salubrité de l'eau; de l'accès à l'éducation pour tous; et de la protection contre la maladie, telle que fournie par les programmes d'immunisation. Bien qu'il soit important de porter attention à ces facteurs, il est tout aussi important d'assurer la présence d'un suivi et d'un soutien communautaire systématique pour les enfants dénutris et leurs familles—particulièrement les enfants les plus vulnérables.

#### LES RELATIONS

Bien qu'une alimentation adéquate soit essentielle au développement de l'enfant, la qualité des relations est tout aussi importante à son développement. La documentation existante nous porte à considérer les enfants comme des acteurs sociaux (Boyden et Levison, 2000; Irwin, 2006; Irwin et al., 2007; Irwin et Johnson, 2005; Mayall, 1996), qui ne sont pas seulement façonnés par leur environnement, mais qui le façonnent à leur tour. Le développement individuel d'un enfant est transactionnel, réciproque et mutuellement constitué. Ce sont dans les milieux chaleureux et attentifs qui les protègent de la désapprobation et des punitions inadéquates et dans lesquels ils ont des possibilités d'explorer leur monde, de jouer et d'apprendre à parler et à écouter les autres que les jeunes enfants se développent le mieux (Ramey et Ramey, 1998). En dépit de la complexité du DPE, les nombreux facteurs qui influent sur le DPE se résument à ces simples attributs de l'expérience quotidienne de l'enfant.

*Améliorer la qualité de l'expérience quotidienne des enfants au moyen des relations doit être un but primaire de toutes les initiatives traitant des compétences parentales, des soins aux enfants et de la surveillance du respect des droits du jeune enfant stipulés dans la CDE.*

## LA SCIENCE DU JEU

Le rôle central du jeu dans le développement des jeunes enfants n'est pas toujours reconnu à sa juste valeur. Les méthodes de jeu exercent une influence sur la formation synaptique et sont liées à un attachement sécurisant avec les adultes responsables et aux liens avec les autres enfants. En plus d'avoir le mérite de rendre les enfants actifs physiquement, le jeu a une fonction de socialisation importante, puisque les enfants apprennent à y négocier leur identité et y découvrent les subtilités sociales des relations (James, 1993). Les jeux peuvent varier selon le tempérament, le sexe et la culture de chaque enfant et selon les pratiques parentales et de soins des différentes familles, mais les répercussions du jeu sur les processus de développement sont universelles à toutes les cultures (Bornstein et al., 1999). Le jeu peut être structuré ou non structuré; il peut se faire seul, avec un adulte responsable ou dans un groupe; il évolue avec le temps; il exige, à tout le moins, un environnement sans danger et des ressources adaptées au développement. La stimulation (p. ex. les mères et les enfants s'amuse avec des jouets fabriqués à la maison qui favorisent l'apprentissage guidé et l'exploration) a un effet indépendant sur les résultats du développement perceptif moteur chez les enfants dont la croissance est freinée, indépendamment de la supplémentation nutritionnelle (Grantham-McGregor et al., 1997). McArdle laisse entendre que « le jeu est en marge des plans des gouvernements et des autorités locales » (2003, p. 512) et qu'il n'est pas perçu comme une activité « sérieuse ». *Une des stratégies les plus efficaces d'amélioration du DPE pourrait bien consister à trouver des façons de convaincre les parents et les adultes responsables des enfants de l'importance du jeu et des moyens qu'ils peuvent utiliser pour l'encourager.*

## MESSAGES CLÉS : L'ENFANT PRIS INDIVIDUELLEMENT

1. La santé, la nutrition et le bien-être de la mère sont importants pour le développement de l'enfant.
2. Trois grands aspects du développement —physique, social-émotionnel et langage-cognitif—sont inter-reliés et également importants.
3. Les enfants façonnent leurs environnements et sont façonnés par eux.
4. Les déterminants sociaux façonnent le cerveau et le développement biologique par l'influence qu'ils exercent sur la qualité des stimulations, du soutien et de la nurturance dont bénéficie l'enfant.
5. Le jeu est essentiel au développement global de l'enfant.

*Sphères d'influence : la famille*

## La famille

La famille<sup>3</sup> est la principale influence sur le développement de l'enfant (UNICEF, 2007) (la « famille » est ici définie comme tout groupe de personnes qui habitent ensemble, mangent ensemble et participent à d'autres activités domestiques quotidiennes). Le nouveau commentaire général n° 7 de la CDE sur la petite enfance réaffirme la position de la CDE sur la famille en tant que « groupe fondamental » et « environnement naturel » pour la croissance et le bien-être, mais reconnaît que le concept de la famille va bien au-delà du modèle « nucléaire ». Les parents et les personnes qui dispensent des soins sont considérés comme des acteurs principaux dans la formation de l'identité et l'acquisition de compétences, les connaissances et les comportements et comme sujets d'obligations dans la réalisation des droits du jeune enfant.

Les membres de la famille fournissent la plupart des stimuli aux enfants et les familles exercent un grand contrôle sur le contact qu'a l'enfant avec l'environnement distal

<sup>3</sup> Bien que dans la présente section nous mettions l'accent sur une vaste définition de la « famille », nous voulons faire ressortir l'importance des liens avec les amis et parents et des communautés relationnelles dans le soutien et la stimulation.



*L'effet de gradient des ressources familiales sur le développement du jeune enfant est l'explication la plus convaincante des différences dans le bien-être ressenti par les enfants de nos sociétés, et ces ressources ont de profondes répercussions sur tous les autres aspects du milieu familial.*

(Richter, 2004). Les aspects les plus fondamentaux du milieu familial sont peut-être ses ressources sociales et économiques. Les ressources sociales de la famille comprennent les compétences parentales et l'éducation, les pratiques et approches culturelles, les relations intrafamiliales et l'état de santé des membres de la famille. Les ressources économiques comprennent pour leur part la richesse, la situation professionnelle et les conditions de logement. Pour les enfants, les ressources sociales et économiques sont inextricablement liées, bien qu'elles exigent différentes stratégies d'intervention.

#### LES RELATIONS

Beaucoup de recherches démontrent l'importance des principaux fournisseurs de soins (et par extension, des familles) pour le développement à long terme des enfants (Shonkoff et Phillips, 2000). Aujourd'hui, on comprend bien ces facteurs qui facilitent la formation de liens sociaux sains et la nature des pratiques de prestations des soins qui comptent le plus pour les enfants. Un aspect nécessaire au sain développement est l'attachement sécurisant à une personne de confiance qui offre invariablement des soins, du soutien et de l'affection au jeune enfant (Bowlby, 1969). L'attachement que ressentent les nourrissons et les tout-petits offre la sécurité affective et physique dont ils ont besoin pour explorer leur environnement. Les tentatives d'exploration réussies augmentent la confiance en soi de l'enfant et l'encourage à explorer davantage. Ainsi, l'enfant commence à découvrir et à maîtriser son environnement, à acquérir des compétences et à développer sa confiance en lui. Toutes les familles ont besoin d'appui pour apprendre comment s'occuper des enfants en faisant preuve de sensibilité et de souplesse. Certains facteurs biologiques et environnementaux peuvent toutefois avoir des répercussions négatives sur l'attachement, dont un faible poids à la naissance, la malnutrition et les infections, la pauvreté et ses conséquences, les conflits et la violence familiale et les problèmes de santé mentale, comme la dépression chez la mère. Dans de tels cas, le soutien externe offert aux familles est particulièrement important.

## LE STATUT SOCIOÉCONOMIQUE

Le lien entre le statut socioéconomique (SSÉ) et une variété de résultats en matière de développement et de santé tout au long de la vie est si constant qu'une expression a été établie pour en parler : il s'agit de l'effet de gradient. L'effet de gradient des ressources familiales sur le développement du jeune enfant est l'explication la plus convaincante des différences dans le bien-être ressenti par les enfants de nos sociétés, et ces ressources ont de profondes répercussions sur tous les autres aspects du milieu familial (Siddiqi et al., sous presse). Une étude récente de Houweling, Casper, et al. (2005) a permis de constater un lien saisissant entre le SSÉ des familles et la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans une population d'enfants provenant de 43 pays pauvres en ressources. Cette même étude laisse entendre que, parmi ces pays, l'iniquité socioéconomique au niveau de la mortalité infantile augmentait (l'écart s'élargissait) au fur et à mesure que l'économie générale connaissait une croissance. Le SSÉ familial a des répercussions sur des résultats aussi variés que le faible poids à la naissance, le risque de caries dentaires, de moins bons résultats aux tests cognitifs, des difficultés de comportement et de socialisation et des risques accrus de décrochage scolaire (Brooks-Gunn, Duncan et Maritato, 1997).

Les ressources sociales et économiques influent sur le développement du jeune enfant par divers mécanismes. Par exemple, de faibles niveaux d'instruction et d'alphabétisation jouent un rôle sur les connaissances et les compétences des personnes responsables des enfants et, les pratiques d'alimentation et d'allaitement varient elles aussi selon le SSÉ. Les enfants nés dans des familles pauvres sont plus susceptibles d'être exposés à des conditions nuisibles au développement ou d'en subir les conséquences (p. ex. logement surpeuplé ou taudis, quartiers dangereux) (Dipietro, 2000). Le SSÉ peut aussi nuire aux enfants en raison de ses effets sur le stress parental. On a constaté que les parents gagnant un plus faible revenu présentent des risques accrus de vivre différentes formes de détresse psychologique, dont des sentiments négatifs à l'égard de ce qu'ils valent et une

symptomatologie dépressive. On pense que cela se produit en raison d'une combinaison d'expositions plus grandes à des événements négatifs de la vie et d'un moins grand nombre de ressources permettant de faire face aux adversités de la vie (Shonkoff et Phillips, 2000).

Il existe un lien manifeste entre les circonstances socioéconomiques et les résultats langagiers et cognitifs des jeunes enfants; cela dépend grandement de la richesse de l'environnement langagier dans lequel évolue l'enfant (Hart et Risley, 1995). Le statut socioéconomique familial est aussi lié à la capacité de fournir d'autres ressources—comme des soins de santé et des services de garde de haute qualité—qui exercent une profonde influence sur la santé développementale (Hertzman et Wiens, 1996).

## LA SANTÉ DE LA FAMILLE

L'état de santé des membres de la famille a des répercussions particulièrement importantes sur le développement du jeune enfant. Tout problème chronique, qu'il soit physique ou mental (particulièrement chez la mère ou le principal adulte responsable), comme la violence conjugale (Anda et al., 2006; Fettieli et al., 1998), la dépression maternelle (Patel, DeSouza, et Rodrigues, 2003; Shonkoff et Phillips, 2000) et la maladie chronique, peut avoir un effet dommageable sur le développement de l'enfant. Dans les cas de dépression maternelle, de pauvreté extrême ou de niveaux élevés de stress familial, il peut y avoir une détérioration des importantes interactions entre le parent et l'enfant, ce qui entraîne une diminution des possibilités d'expériences enrichissantes vécues à la maison (Willms, 2003). La gravité et la chronicité de la dépression maternelle peuvent permettre de prédire les perturbations dans le développement de l'enfant (NICHD, 2002).

Un problème de santé majeur à l'échelle mondiale est la prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez la population adulte. L'effet sur les enfants est étendu, que l'on pense aux enfants qui ont eux-mêmes contracté la maladie (par une transmission de la mère à l'enfant) ou au phénomène des enfants qui assument des rôles familiaux d'adulte, comme s'occuper de leurs

*Sphères  
d'influence :  
la famille*



parents et de leurs frères et sœurs. Beaucoup d'enfants sont devenus orphelins ou chefs de famille en raison de la mort de leurs parents. En particulier, cela peut influencer plus fortement sur le développement des filles, puisqu'elles sont plus susceptibles d'assumer la responsabilité des tâches domestiques et de renoncer ainsi à l'école (Richter et Foster, 2006). *Nous voulons ici que soit reconnu le fait que les programmes favorisant la santé des fournisseurs de soins des jeunes enfants sont aussi des investissements dans le DPE. Ils devraient donc être évalués à ce titre.*

#### LES PÈRES

Le rôle du père dans la sphère familiale ne doit pas être sous-estimé et est malheureusement souvent marginalisé. La Commission de la condition de la femme des Nations Unies « [encourage] les hommes à participer pleinement à toutes les démarches visant l'égalité des sexes et [recommande avec insistance] l'établissement du principe du partage des pouvoirs et des responsabilités entre les femmes et les hommes à la maison, dans la collectivité, en milieu de travail et, à plus grande échelle, dans les sociétés nationales et internationales » (Traduction libre—Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), 2004, p.1). Cela comprend certes le rôle des pères dans le soutien physique et affectif de leurs enfants (UNICEF, 1997). En fait, les cadres stratégiques mettent maintenant beaucoup l'accent, comme exigence stratégique pour tous les services à l'enfance, sur un travail efficace avec les pères et les autres hommes qui jouent un rôle dans le bien-être des enfants et des familles et sur leur participation (Fathers Direct, 2006).

#### LE GENRE

Les iniquités dans les familles peuvent être importantes du point de vue des déterminants de la santé, particulièrement pour ce qui est du genre : « L'accès des femmes au pouvoir au niveau du ménage a l'impact le plus direct sur les familles et les enfants [par le manque de contrôle sur] l'allocation des ressources pour la nourriture, les soins de santé, l'école et les autres nécessités de la famille » (Traduction

libre—UNICEF, 2007, p. 22). Par conséquent, les filles sont plus susceptibles de recevoir moins de nourriture et de se voir refuser les services de santé essentiels et l'instruction. Les tâches ménagères et les soins à dispenser excluent les femmes de la population active rémunérée et les filles de l'école. De plus, quand les mères travaillent à l'extérieur, les filles sont plus susceptibles d'être retenues à la maison pour s'occuper de leurs frères et sœurs et de ne pas pouvoir aller à l'école, particulièrement quand la possibilité de recourir à d'autres personnes est exclue, comme dans le cas des services de garde. Aussi, selon un récent rapport de l'UNICEF

Près d'une fille sur cinq inscrites à l'école primaire dans les pays en développement ne termine pas son primaire. Ne pas recevoir l'enseignement primaire prive la fillette de la possibilité d'atteindre son plein potentiel. La recherche a démontré que les femmes instruites sont moins susceptibles de mourir en couches; sont plus susceptibles d'envoyer leurs enfants à l'école; [et] que le taux de mortalité chez les moins de cinq ans diminue environ de moitié pour les mères ayant fait l'école primaire. (UNICEF, 2007, p. 4)

Il est évident que le pouvoir décisionnel des femmes dans la famille, de même que leurs niveaux d'instruction, jouent un grand rôle lorsqu'il s'agit de favoriser le développement du jeune enfant. L'instruction des femmes ne contribue pas seulement à faire diminuer les taux de mortalité, puisqu'elle favorise aussi l'instruction à long terme pour les filles.

*L'équité de genre au niveau familial contribue à réduire la transmission intergénérationnelle de la pauvreté par l'amélioration du développement, par l'accès à l'instruction et par l'alimentation nécessaire.*

L'équité de genre au niveau familial contribue à réduire la transmission intergénérationnelle de la pauvreté par l'amélioration du développement, par l'accès à l'instruction et par l'alimentation nécessaire (UNICEF, 2007).



## LE FOYER FAMILIAL

Le foyer familial contribue aussi à ce que l'enfant soit entouré de soins (ou non). Un lien existe entre la santé physique et mentale et les conditions de logement comme le surpeuplement, la pollution intérieure, l'humidité et le froid (Dunn et Hayes, 2000). Les conditions dans les taudis et les bidonvilles peuvent présenter plus de risques pour les enfants. Des études sur les familles et les enfants sans foyer ont permis de constater chez cette population des taux beaucoup plus élevés de maladies physiques et mentales et de moins bons résultats du côté du développement (Dunn et Hayes, 2000). Ces conditions exacerbent les autres défis socioéconomiques auxquels de nombreuses familles font face quotidiennement.

## LE SOUTIEN AUX FAMILLES

Les familles doivent pouvoir avoir accès aux ressources qui leur permettent de faire des choix et de prendre des décisions dans le meilleur intérêt de leurs enfants, y compris pour ce qui est des services comme le soutien aux parents et autres adultes responsables (Richeter, 2004), les services de garde de qualité (Goelman, 2003; Lamb, 1998; NICHD, 1996, 2002; Vandell, et White, 2000), les soins de santé primaires et l'instruction. Mondialement, un aspect particulier pour lequel les familles ont besoin de protection sociale est la conciliation entre les exigences professionnelles et celles de la vie de famille. La recherche de Heymann (2006) sur les enfants et les familles des pays pauvres en ressources révèle l'importance de l'accès à des services de garde de qualité pour les familles du monde entier (voir l'Annexe D). Sa recherche a révélé que, partout dans le monde, des millions d'enfants sont laissés seuls à la maison, déposés dans des services de garde sans structure (souvent sous la surveillance d'autres enfants) ou amenés au travail et exposés à des conditions de travail dangereuses. Offrir des services publics de garde d'enfants de qualité et abordables fait partie de la solution à apporter à ce problème.

## LA RÉSILIENCE

Beaucoup de familles qui font quotidiennement face à des défis en raison de leurs désavantages socioéconomiques sont tout de même capables de créer les milieux stimulants qui offrent le soutien et les soins physiques et affectifs essentiels pour leurs enfants. La résilience fait référence à la capacité d'un enfant de bien se développer malgré le fait qu'il doit grandir dans l'adversité. L'examen de Bartley sur la recherche menée sur cette question fait ressortir « l'importance des relations sociales, des liens avec la communauté et des aptitudes aux interactions sociales comme sources clés de la protection » (2006, p. 5). C'est la famille qui fournit aux enfants les relations sociales les plus significatives pour améliorer leur résilience (Grotberg, 1995). Partout dans le monde, des enfants font face à diverses situations : ils sont témoins ou victimes de la violence dans leur famille et dans la communauté, ils font face à l'intimidation, ils sont aux prises avec une déficience, ils vivent le divorce ou ils sont témoins ou victimes des effets de l'abus d'alcool ou d'autres drogues dans leur famille. D'autres sont confrontés à des événements catastrophiques ou à des atrocités quotidiennes, comme la guerre, la pauvreté, la maladie, la famine, les inondations, le VIH/sida et le travail forcé. La façon dont l'enfant émerge de ces situations dépend de multiples facteurs aux niveaux individuel, familial, communautaire et, à plus grande échelle, sociétal (Bartley, 2006; Grotberg, 1995). Les études sur les expériences des enfants exposés à la guerre et des enfants de femmes battues démontrent que les familles peuvent servir de tampon contre des circonstances extrêmes (Berman, 1996). Les études de Berman et d'autres études font ressortir l'importance d'accroître la capacité de la famille à appuyer les jeunes enfants dans les moments de stress et d'atrocité (Pinheiro, 2006). Les familles ont besoin des filets de sécurité nécessaires—comme des politiques de protection sociale, l'accès aux services pertinents et un revenu suffisant—pour accroître leur capacité de soutenir la résilience des enfants peu importe les défis quotidiens auxquels la famille fait face.

*Sphères  
d'influence :  
la famille*

La résilience peut être favorisée par les relations qu'établissent les familles, les adultes responsables des enfants et les enfants entre eux dans leurs communautés locales ou relationnelles (p. ex. communautés fondées sur la religion). Elle peut également être favorisée par le développement du jeune enfant, la santé, la nutrition et d'autres services fournis par des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux (ONG) et par des politiques plus vastes qui facilitent l'instruction, les transferts de revenus, les soins de santé et l'accès à un logement sécuritaire. Les particularités institutionnelles des sociétés qui renforcent les liens entre citoyens de façons positives favoriseront la résilience des enfants et des familles (p. ex. déviance positive [UNICEF, 2005]). Par conséquent, les gouvernements, les organismes internationaux et les groupes de la société civile devraient avoir recours au critère de « jumelage des enfants à des mentors adultes » pour juger les programmes et les propositions de politiques.

#### MESSAGES CLÉS : LA FAMILLE

1. La famille est une source fondamentale de soutien physique et affectif pour l'enfant.
2. Les gradients socioéconomiques des résultats développementaux reflètent les difficultés auxquelles les familles qui ont peu de ressources font face lorsqu'il s'agit d'offrir des milieux stimulants sur le plan physique et affectif à leurs enfants.
3. Le fait que l'« effet de gradient » se produit pour presque tous les résultats, presque partout, démontre la nature déterminante des ressources socioéconomiques.
4. Les familles doivent avoir accès à une gamme de services de soutien et de programmes pour leurs enfants, mais aussi pour elles-mêmes.
5. Dans les familles, les préjugés liés au genre peuvent créer des iniquités au niveau des conditions stimulantes et du soutien physique et affectif offerts aux filles par rapport aux garçons. On peut diminuer une partie de cette iniquité en donnant plus de pouvoir décisionnel aux mères.

## Les communautés résidentielles et relationnelles

L'environnement de l'enfant et de la famille est façonné tant par la communauté résidentielle (où vivent l'enfant et la famille) que la communauté relationnelle (fondée sur les liens sociaux entre réseaux de personnes qui partagent une identité).

#### LES COMMUNAUTÉS RÉSIDENTIELLES

Les principales particularités des communautés résidentielles qui ont été déterminées comme étant importantes pour le développement du jeune enfant comprennent les milieux socioéconomiques et physiques et les services (Kawachi et Berkman, 2003). Le milieu socioéconomique des communautés résidentielles peut être défini selon le niveau de revenu moyen ou médian, le pourcentage de résidents ayant un diplôme d'études secondaires, ou le pourcentage de personnes qui travaillent ou qui sont au chômage dans la communauté (Leventhal et Brooks-Gunn, 2000). Des statuts socioéconomiques élevés sont généralement associés à une meilleure maturité scolaire et à des succès scolaires chez les jeunes enfants (dont les capacités verbales et de lecture). Bien que les inégalités socioéconomiques entre les communautés résidentielles soient souvent associées à des inégalités dans le développement des enfants, d'importantes mises en garde s'imposent. Les enfants des familles à faible SSÉ habitant dans des quartiers mixtes du point de vue économique ont généralement un meilleur développement que les enfants des familles à faible SSÉ habitant dans des quartiers pauvres (Kohen et al., 2002). L'adoption de politiques visant à créer des quartiers résidentiels mixtes du point de vue économique ne coûte pas plus au gouvernement que de permettre la ghettoïsation économique, et peut avoir des bienfaits sur le développement des jeunes enfants.

#### CARACTÉRISTIQUES PHYSIQUES ET SERVICES

Une association inverse claire existe entre le statut socioéconomique d'une communauté et la mesure dans laquelle ses résidents seront

exposés aux toxiques ou seront sujets à d'autres expositions dangereuses comme les déchets, les polluants atmosphériques, l'insalubrité de l'eau, le bruit excessif, le surpeuplement résidentiel, les logements de mauvaise qualité et d'autres expositions du même genre (Evans et Katrowitz, 2002). Les espaces physiques accessibles aux enfants créent des possibilités et des contraintes pour ce qui est de l'apprentissage et de l'exploration par leur jeu, qui sont essentiels pour le développement moteur, social/affectif et cognitif (Irwin, 2006; James, 1993). Similairement, la disponibilité de services de haute qualité varie selon les circonstances socioéconomiques des communautés, y compris les établissements et les installations propices à l'apprentissage et aux loisirs et à la garde d'enfants, les établissements médicaux, l'accès au transport, les épiceries et les possibilités d'emploi (Leventhal et Brooks-Gunn, 2000). Tant dans les pays riches que pauvres en ressources, l'accès local à ces services essentiels pour les enfants devrait être utilisé comme critère pour le développement urbain.

#### TAUDIS ET BIDONVILLES

À l'échelle mondiale, un nombre accru d'enfants grandissent dans des taudis ou des bidonvilles, mais les résultats cognitifs et socio-comportementaux des enfants n'ont pas été explorés de façon systématique dans ces contextes. La mesure dans laquelle les politiques gouvernementales appuient la légitimité, l'habitation répondant à des normes minimales, la nutrition, le niveau d'instruction, la santé et d'autres services publics de base est cruciale, particulièrement en raison du taux rapide d'urbanisation à l'échelle mondiale. Il y a des modèles organisationnels pour atténuer les effets nocifs des conditions de vie dans les taudis et les bidonvilles (Dayal, 2001).

#### LES COMMUNAUTÉS RELATIONNELLES

La communauté relationnelle a une influence fondamentale sur la façon dont les enfants et les familles s'identifient les uns aux autres, et sur la façon dont les gens de l'extérieur identifient les enfants; il s'agit donc d'une source primaire pour ce qui est de l'inclusion et

#### EXEMPLE D'UNE EXPÉRIENCE VÉCUE DANS UNE COMMUNAUTÉ DU KENYA

Il y avait une crise dans un des plus gros bidonvilles entourant Nairobi, au Kenya. Les adolescents de deux groupes ethniques rivaux violaient fréquemment des filles du groupe adverse. En plus de ruiner la vie des victimes, cette activité créait un climat de méfiance et de peur qui faisait en sorte qu'il était impossible de créer un sentiment d'efficacité collective pour les gens qui y vivaient—tant chez les jeunes que chez les autres groupes de la population. Il y a quelques années, les garçons ont demandé une trêve et ont commencé à patrouiller la région pour prévenir la violence plutôt que de la causer. Ce changement de cap entre les deux *communautés relationnelles* a entraîné un changement au niveau des possibilités d'épanouissement des enfants de cette communauté résidentielle. Il s'agit aujourd'hui d'une communauté où 600 orphelins du VIH-sida sont pris en charge par la collectivité, où les jeunes ont mis sur pied leur station de radio et leur propre journal et où l'école primaire est une de celles qui fonctionnent le mieux au pays.

*Sphères  
d'influence :  
résidentielles et  
relationnelles*

l'exclusion sociales, du sentiment d'identité et de confiance en soi, de l'estime de soi et de la socialisation de genre. La mesure dans laquelle les adultes et les enfants des communautés sont liés entre eux, la mesure dans laquelle il y a échange réciproque (d'information, de services en nature et d'autres formes de soutien) et la mesure dans laquelle il y a un contrôle social informel et un soutien mutuel sont déterminées à ce niveau. Il a été démontré que ces caractéristiques—connues sous divers noms, dont capital social ou efficacité collective—sont stimulantes pour les enfants et leurs familles et ce, tant dans le contexte des quartiers urbains des pays riches en ressources (Sampson, Morenoff et Earls, 1999) que dans le contexte de villages des pays pauvres en ressources (Carter et Maluccio, 2003). Pour l'essentiel, les résultats obtenus du côté des enfants relativement aux liens sociaux communautaires qui facilitent la surveillance collective des enfants étaient liés aux normes et pratiques communautaires communes,

de même qu'à l'imitation de rôles positifs (Bourdieu, 1984; Coleman, 1988, 1990; Jencks et Mayer, 1990; Putnam, 2000). Les communautés relationnelles sont souvent un mécanisme central par lequel est transmise l'information sur les pratiques d'éducation de l'enfant, sur la santé et sur le développement des enfants. Les traditions relatives à l'éducation des enfants sont transmises de génération en génération, non seulement dans les familles, mais aussi par l'entremise de groupes plus vastes liés socialement.

#### MESSAGES CLÉS : COMMUNAUTÉS RÉSIDENTIELLES ET RELATIONNELLES

1. L'intégrité et l'accessibilité de l'espace physique dans lequel l'enfant peut explorer et jouer sont déterminantes pour les trois domaines du DPE.
2. Les aspects physiques, socioéconomiques et des services des communautés résidentielles ont tous une grande influence sur le DPE.
3. Les communautés relationnelles sont une source primaire de valeurs, de normes et de soutien social pour les familles.
4. La formation de liens dans les communautés relationnelles peut entraîner l'exclusion sociale (et même le conflit et la discrimination) entre ces communautés.
5. Comme les normes et les rôles liés au genre proviennent souvent des croyances sociales des communautés relationnelles, il est essentiel de se pencher sur l'équité de genre à ce niveau.

## Programmes et services de DPE

Les programmes et services de qualité traitant du DPE sont ceux qui favorisent tous les aspects du développement de l'enfant—physique, social, émotionnel, du langage et cognitif. Les gouvernements doivent intégrer aux politiques de protection sociale des programmes et services de qualité traitant du développement du jeune enfant<sup>4</sup> de façon à réduire—pour des millions d'enfants dans le monde—les effets de la pauvreté sur la croissance et à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Les données probantes sont troublantes : 40 % des enfants des pays pauvres en ressources vivent dans l'extrême pauvreté; 10,5 millions d'enfants meurent avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans; beaucoup d'enfants ne vont jamais à l'école; 28 % des enfants dans les pays pauvres en ressources voient leur croissance arrêter (Grantham-McGregor et al, 2007). Les données probantes indiquent que les conditions des pays pauvres en ressources qui favorisent la pauvreté, la maladie, le manque d'accès à l'école et la malnutrition entraînent une transmission intergénérationnelle de la pauvreté qui nuit à la productivité des futurs adultes et qui accroît le fardeau des coûts sur les ressources économiques d'un pays. Dans les pays riches en ressources, les conditions sont moins dramatiques et les répercussions sur le développement humain ne sont pas aussi désastreuses, mais les différences ne se situent qu'au niveau du degré. Dans les pays riches en ressources, la vulnérabilité en matière de développement augmente au fur et à mesure que le statut socioéconomique diminue, de telle sorte que, dans la plupart des pays de l'OCDE, 25 % ou plus des enfants atteignent l'âge adulte sans les compétences de base en lecture, en écriture et en calcul

<sup>4</sup> Les gouvernements ont l'obligation d'offrir une protection sociale relativement aux enfants, ce qui comprend : 1) une aide sociale et du soutien économique : transferts monétaires conditionnels et inconditionnels, subventions pour les soins aux enfants, pensions sociales, avantages fiscaux, subventions accordées pour la nourriture et dispenses de frais; et 2) des services sociaux pour les enfants et leurs familles dont des services de protection (et de prévention) comme le placement familial, l'adoption, le traitement en établissement, les services de soutien familial et communautaire pour les enfants ayant des besoins particuliers, ainsi que des soins aux jeunes enfants (Kamerman et Gabel, 2006).

requis pour s'adapter au monde moderne (Willms, 2003). Ainsi, le DPE est un problème pour toutes les sociétés et non seulement pour celles dépourvues au niveau des ressources.

Dans leur examen mené à l'échelle mondiale des politiques de protection sociale, Kamerman et Gabel ont constaté que, dans les pays de l'OCDE, les politiques qui ont un effet positif sur les résultats des enfants comprennent « l'augmentation de l'accès des enfants à des soins et de l'éducation de qualité durant la petite enfance » (Traduction libre—2006, p. 11). Ils ont aussi constaté que dans les pays où les ressources sont limitées (et les données sur les politiques rares), les priorités doivent être établies de façon à cibler les personnes les plus vulnérables, bien qu'une protection universelle doive demeurer le but à long terme.

#### DISCUSSION SUR LES ASPECTS ÉCONOMIQUES

Les économistes affirment maintenant, en se fiant aux données probantes disponibles, que l'investissement dans la petite enfance est le plus rentable des investissements que peut faire un pays, et que ses retombées, qui sont étalées sur une vie entière, représentent bien des fois le montant investi à l'origine. Les programmes traitant du développement du jeune enfant favorisent et encouragent les compétences et habiletés individuelles qui permettent de participer à la société et de faire partie de la population active (Knudsen, et al., 2006). Les compétences et habiletés que favorisent les programmes pour le DPE ne se limitent pas à des gains cognitifs, mais comprennent aussi des gains physiques, sociaux et émotionnels, qui sont tous des déterminants de la santé tout au long du cycle de vie (Carneiro et Heckman, 2003). À l'échelle mondiale, une grande partie du fardeau de la maladie (p. ex. maladie cardiovasculaire, obésité, VIH-sida, dépression) commence dans la petite enfance (Marmot et Wadsworth, 1997). En conséquence, les programmes traitant du développement du jeune enfant—qui incorporent et lient les mesures de promotion de la santé (p. ex. saine alimentation, immunisation) au soutien physique et affectif, à la participation,

aux soins, à la stimulation et à la protection—offrent la perspective d'améliorations soutenues du développement physique, social, affectif, langagier et cognitif, tout en réduisant en même temps le fardeau immédiat et futur de la maladie, particulièrement pour ceux qui sont les plus vulnérables et désavantagés. Selon le récent Rapport mondial de suivi de l'UNESCO, dans tous les pays, ce sont les enfants des communautés les plus pauvres qui sont le moins susceptibles d'avoir accès aux programmes de DPE—« ceux qui risquent le plus de souffrir de malnutrition et de maladies évitables »—même s'ils seraient ceux qui en bénéficieraient le plus (2007, p. 19).

*Sphères  
d'influence :  
programmes  
et services*

*Dans tous les pays, ce sont les enfants des communautés les plus pauvres qui sont le moins susceptibles d'avoir accès aux programmes de DPE — « ceux qui risquent le plus de souffrir de malnutrition et de maladies évitables » — même s'ils seraient ceux qui en bénéficieraient le plus.*

Engle et al. nous rappellent que « pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement visant à réduire la pauvreté et à s'assurer que les filles et les garçons terminent leur école primaire, les gouvernements et la société civile devraient examiner la possibilité de donner de l'expansion aux programmes de DPE rentables et de haute qualité » (Traduction libre—2007, p. 229). Les interventions précoces peuvent modifier le parcours de vie des enfants qui sont nés pauvres ou qui n'ont pas les possibilités de croissance et de développement offertes à ceux qui sont plus fortunés. Les programmes et services pour le DPE (p. ex. services de garde d'enfants pour les parents qui travaillent, enseignement préscolaire, accès à l'école primaire) offrent des taux de rendement élevés et constituent un moyen efficace de réduire la pauvreté, de favoriser la santé, la productivité et le bien-être.

Si les gouvernements des sociétés riches et pauvres en ressources agissaient pendant que les enfants sont jeunes en mettant en œuvre



des programmes et des services de qualité sur le développement du jeune enfant dans le cadre de leurs vastes politiques de protection sociale, ils pourraient tous raisonnablement s'attendre à ce que ces investissements rapportent grassement (Schweinhart, et al., 1993; Schweinhart, 2004). Dans les pays riches en ressources où la question a été étudiée directement, les économies viennent des coûts réduits d'orthopédagogie et de justice pénale (Schweinhart, et al., 1993; Schweinhart, 2004). Les gains économiques viennent pour leur part d'un accès au marché du travail amélioré pour les mères (Cleveland et Krushinsky, 1998) et d'une activité économique accrue durant la vie adulte chez les personnes dont la trajectoire développementale a été améliorée par l'intervention (Schweinhart, 2004—suivies jusqu'à l'âge de 27 ans). Les bienfaits économiques à long terme des interventions en matière de DPE n'ont pas été directement étudiés dans les pays pauvres en ressources; toutefois, une documentation assez convaincante laisse entendre que la croissance économique dans les pays pauvres en ressources revient à une variété de résultats provenant, plus généralement, d'investissements dans le capital humain<sup>5</sup>, comme des taux d'inscription scolaire et d'alphabétisation plus élevés (Romer, 1986; Ravallion et Chen, 1997; Sen, 1999; Baldacci, Clements, Gupta and Cui., 2004). On comprend communément que la transformation des « tigres » de l'Asie du Sud-Est, qui sont passés de pays pauvres en ressources offrant une faible espérance de vie à pays riches offrant une grande espérance de vie, a principalement été accomplie par un investissement dans les enfants, de la conception à la fin des études.

Durant cette période, les conditions dans lesquelles vivent les jeunes enfants se sont nettement améliorées : la mortalité infantile a chuté d'environ 140 pour 1000 en 1946 à moins de 5 pour 1000 en 2000 (Hertzman et Siddiqi, 2000; Siddiqi et Hertzman, 2001). De 1975 à 2002, dans les tigres asiatiques, le PIB moyen par habitant est passé d'environ 4 000 \$ à 23 000 \$ (Hertzman et Siddiqi, 2000; Siddiqi et Hertzman, 2001). Par conséquent, l'ampleur du gain économique possible pour les sociétés pauvres en res-

sources qui placent le développement de l'enfant au cœur de leurs stratégies de développement peut être mesurée non seulement en termes de coûts-avantages au niveau local, mais dans les multiples de capitalisation de l'échelle économique (Schady, 2005; Behrman, Cheng et Todd, 2004).

Plutôt que de fournir une liste interminable de programmes de DPE spécifiques qui ont prouvé leur efficacité, les paragraphes qui suivent présentent les *caractéristiques générales de même que les principes stratégiques et organisationnels* de programmes de qualité viables, transférables à l'échelle de la planète.

Les programmes et services sur le développement du jeune enfant traitent d'une ou de plusieurs des questions suivantes : allaitement, soins à l'enfant, éducation des jeunes enfants, nutrition et autres formes de soutien familial. Ils comprennent les services axés sur les enfants, comme la garde d'enfants, l'enseignement préscolaire, les centres de développement des enfants (services communautaires et à domicile) et d'autres programmes et services du genre. Il y a aussi des programmes et des services qui mettent indirectement l'accent sur les enfants par le soutien qu'ils offrent aux parents et adultes responsables, dont les programmes sur les compétences parentales, le soutien et les visites à domicile et d'autres programmes de soutien familial. En outre, les services de soins de santé sont un point de contact très important pour les jeunes enfants et leurs familles. Quand des programmes et services sur le développement du jeune enfant sont ajoutés à la prestation des services de soins de santé établis, ils deviennent une façon très efficace de promouvoir le sain développement du jeune enfant.

La qualité et la pertinence des programmes et services sont des points centraux à prendre en considération pour déterminer si de tels programmes donnent de bons résultats pour les enfants (Anderson et al., 2003; Hertzman et Wiens, 1996; Magnuson, Ruhm et Waldfogel, 2007; NICHD, 1996, 2002; Pelto, Dickin et Engle, 1999; Wylie et al., 2006). Trois aspects de la qualité se

---

<sup>5</sup> Le capital humain fait référence à la réserve de ressources humaines qui se traduit en productivité économique pour une société.

rattachent aux programmes et services sur le développement du jeune enfant : la structure, le processus et la nurturance. La structure comprend des aspects comme la formation et l'expertise pertinentes des employés, le ratio employés-enfants, la taille du groupe et les caractéristiques physiques qui assurent la sécurité du service. Les aspects liés au processus comprennent la stabilité et la continuité du personnel et les relations entre les fournisseurs de services, les adultes responsables et les enfants (Goelman 2003; NICHD, 1996, 2002). Les environnements qui offrent soutien affectif et physique et stimulation sont ceux dans lesquels l'exploration est encouragée; du mentorat sur les compétences de base est fourni; les progrès développementaux de l'enfant sont célébrés; l'acquisition de nouvelles compétences est dirigée et élargie;

une protection contre une discipline inappropriée est présente; et, le milieu langagier est riche et souple (Ramey et Ramey, 1998). Les environnements qui offrent soutien affectif et physique et stimulation devraient aussi comprendre l'équité dans la façon de traiter les filles et les garçons pour ce qui est des possibilités qui leur sont offertes, des attentes à leur endroit et de leurs aspirations (UNICEF, 2007). En plus de ces aspects de qualité fondamentaux, les programmes et services sur le développement du jeune enfant devraient reposer sur un consensus qui précise en quoi consiste un développement de l'enfant réussi et sur une série d'indicateurs valides et fiables en matière de DPE (Kagan et Britto, 2005; Janus et Offord, 2000, 2007; UNICEF, 2007) (voir aussi l'Annexe C).

*Sphères  
d'influence :  
programmes  
et services*

#### EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT VIRTUAL UNIVERSITY

L'Early Childhood Development Virtual University (ECDVU) représente une approche novatrice relativement aux exigences de leadership et de renforcement des capacités des pays qui tentent d'améliorer leur développement social et économique en se penchant sur les besoins de développement humain de leurs plus jeunes citoyens et des familles et communautés qui les stimulent et appuient sur le plan physique et affectif. L'ECDVU est une institution nord-sud clé qui travaille actuellement en étroite collaboration avec les établissements d'enseignement du Ghana, du Malawi et de la Tanzanie, et avec des groupes universitaires, gouvernementaux et non gouvernementaux d'autres parties de l'Afrique du Sud du Sahara et du Moyen-Orient - Afrique du Nord (MENA). L'ECDVU a été rendue possible grâce au soutien de la Banque mondiale, de l'UNICEF, de l'UNESCO, de la fondation Bernard van Leer (BVLf), de l'ACDI, de l'hôte d'organismes locaux d'une douzaine de pays de l'Afrique du Sud du Sahara participants à l'ECDVU et de quatre pays du MENA. Les fonds de partenaires internationaux et locaux ont permis d'offrir une combinaison de cours en ligne et en personne sur le leadership conçus pour faire avancer des initiatives intersectorielles traitant de la petite enfance et cernées au niveau national, dont voici des exemples : développement de politiques au niveau du pays (voir Chalamanda); développement de programmes

sur le VIH-sida et les mères monoparentales (voir Nyesigomwe et Matola); et formation novatrice sur le soutien parental (voir Habtom). Les descriptions de ces activités et d'autres activités sont présentées à [www.ecdву.org](http://www.ecdву.org) (ECDVU, 2005) et dans l'ouvrage de Pence et Marfo (2004). L'ECDVU est une des facettes d'un effort de renforcement des capacités en trois volets les deux autres facettes étant des séminaires de deux semaines sur le DPE et une importante série de conférences tenue à la grandeur de l'Afrique (Pence, Habtom et Chalamanda, sous presse). Le programme de l'ECDVU a été mis au point pour travailler avec les communautés, les groupes culturels et les pays à partir de méthodes qui respectent les connaissances locales, mais aussi pour assurer une interaction avec d'autres sources de connaissances. Le travail de l'ECDVU aide à avancer vers l'atteinte d'objectifs internationaux majeurs en matière de développement, dont les OMD, l'éducation pour tous et la Convention relative aux droits de l'enfant, de même que des objectifs régionaux et locaux (p. ex. les CSLP, les SWAp, les OMD nationaux). Une évaluation externe de l'incidence (voir Évaluation de la Banque mondiale [ECDVU, 2005]) menée à la fin de la mise à l'essai de 2001-2004 révèle que « quelque soit la mesure utilisée, l'ECDVU a singulièrement réussi à atteindre et à surpasser tous ses objectifs, nous avons toutes les raisons de croire que les activités futures atteindront des résultats encore plus positifs pour ce qui est d'élargir et d'améliorer le DPE » (Traduction libre—ECDVU, 2005).

Au-delà des caractéristiques de qualité des programmes, il a été démontré qu'une série de principes soutient les programmes et services de DPE à l'échelle mondiale. Ils comprennent la sensibilisation aux réalités culturelles; la propriété collective; un but commun et un consensus sur les résultats liés aux besoins de la communauté; des partenariats communautaires, des fournisseurs de services, des parents et d'autres adultes responsables des enfants; le renforcement de la capacité communautaire par la participation active des familles et des autres parties concernées; et, un plan de gestion pertinent (qui comprend les utilisateurs) qui facilite le contrôle de la qualité et l'évaluation de l'efficacité des programmes (Kagan et Britto, 2005). Pour ce qui est des programmes et services de DPE, un certain nombre d'études ont démontré que ces principes de qualité améliorent les résultats pour les jeunes enfants (p. ex. Anderson et al, 2003; l'Effectiveness Initiative Report du Consultative Group on Early Childhood Development et de la fondation Bernard van Leer, 1999; Engle et al, 2007; Karoly, Kilburn, et Cannon, 2005; UNESCO, 2007). En outre, les programmes de DPE qui donnent les meilleurs résultats pour les enfants sont ceux qui tirent profit de ressources et réseaux existants et qui tournent autour de la création et du maintien de relations de collaboration entre de multiples groupes d'intérêts, comme les familles, les communautés et les fournisseurs de services (pour un examen récent voir la série de Lancet sur le DPE 3, Engle et al., 2007). Les programmes qui tirent profit de ressources et réseaux existants le font souvent en encourageant la participation des parents, des gardiennes traditionnelles et des frères et sœurs plus âgés. Ces types de programmes comprennent souvent l'éducation des parents, des groupes de soutien pour les parents, des visites à domicile et des services de garde d'enfants communautaires et dirigés par la communauté. Ils sont aussi renforcés par le soutien coordonné de plusieurs sphères d'influence (UNESCO, 2007; Irwin, 2004).

Pour ce qui est des services de DPE, il est possible qu'ils ciblent des caractéristiques particulières des enfants ou des familles (p. ex. les bébés de faible poids à la naissance ou

les familles à faible revenu), qu'ils ne soient offerts que dans certaines communautés et localités ou qu'ils soient plus ou moins offerts globalement. Bien que chacun de ces services vienne aussi avec sa propre gamme d'avantages et d'inconvénients, *le but premier des gouvernements devrait être de trouver des moyens de fournir à tous les enfants des programmes et services efficaces pour le DPE* (Kamerman et Gabel, 2006).

#### SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ

Les systèmes de soins de santé jouent un rôle clé lorsqu'il s'agit d'offrir de nombreux services importants de DPE. En effet, plus que toute autre forme de services à la personne, ils occupent une place unique qui leur permet de contribuer au DPE. Ils fournissent notamment des installations et des services accessibles à plus grande échelle dans de nombreuses sociétés, ils travaillent déjà pour la santé des gens et des communautés, ils engagent des professionnels formés et ils sont un premier point de contact pour les mères d'âge fertile. Dans beaucoup de cas, les prestataires de soins de santé sont les seuls professionnels de la santé avec lesquels les familles sont en contact durant les premières années de vie de leurs enfants; ils rejoignent donc la majorité des enfants d'une communauté. Quand le système de soins de santé est utilisé comme point de liaison, les professionnels de la santé peuvent être très efficaces pour promouvoir le DPE.

*Le fait d'établir des liens entre les programmes et services pour le DPE et les systèmes de soins de santé améliorera les taux de survie des enfants.*

L'intersection critique entre les programmes de DPE et de survie des enfants se trouve dans les systèmes de soins de santé. Bien que nous ayons inclus dans le présent rapport des statistiques troublantes sur les décès de millions d'enfants dans le monde—dont beaucoup sont attribuables à des causes évitables—nous croyons que le fait d'établir des liens entre les programmes et services pour le



## LES DÉBUTS DE LA MÉTHODE KANGOUROU À BOGOTA, EN COLOMBIE

Chaque année, à l'échelle mondiale, environ 20 millions de bébés naissent avec un poids insuffisant à la naissance, ce qui impose un lourd fardeau sur les systèmes sociaux et de soins de santé dans les pays en développement. (Ruiz-Pelaez, Charpak et Cuervo, 2004)

Il est possible que les bébés prématurés (moins de 2 000 grammes) nés dans des milieux pauvres en ressources n'aient pas accès à des incubateurs et que ceux qui y ont accès soient séparés de leurs mères. La méthode kangourou a d'abord été mise sur pied à Bogota, en 1978, pour aider à la régulation de la température et à la formation de liens chez les bébés prématurés. Les mères, les pères et les personnes qui dispensent des soins transportent les nouveau-nés, peau à peau, et dorment avec eux en position debout 24 heures sur 24. Il a été démontré que la méthode kangourou est à tout le moins aussi efficace que les soins traditionnels en incubateur et ce, à une fraction des coûts.

Cette technique adoptée dans de nombreux pays industrialisés (p. ex. France, Suède, É.-U., Canada et autres) tire ses racines de pratiques traditionnelles locales d'éducation des enfants. Il a été démontré que la méthode kangourou :

- offre des conditions idéales pour les bébés prématurés;
- réduit les coûts liés aux soins des bébés prématurés;
- améliore les taux d'allaitement maternel;
- améliore les liens;
- réduit la morbidité et les séjours à l'hôpital dans certains milieux.

DPE et les systèmes de soins de santé améliorera les taux de survie des enfants. L'exemple de la méthode kangourou utilisée à Bogota, en Colombie, est riche en renseignements. Dans le cadre de cette méthode, les mères, les pères et les autres adultes responsables fournissent, comme stimulation précoce et chaleur, un contact de peau à peau aux bébés ayant un faible poids à la naissance. Il a été démontré que la méthode améliore les taux de survie des nourrissons les plus vulnérables. En obtenant de la chaleur par le contact cutané direct, les bébés ont la stimulation précoce qui

favorise leur survie. Les coûts de cette intervention sont minimaux, mais les bienfaits inestimables.

Bien que le cas de la méthode kangourou soit une intervention pratique unique, mise au point dans les hôpitaux et mise en œuvre dans les établissements de santé et à l'extérieur de ceux-ci, les prestataires de soins de santé peuvent aussi faciliter le DPE de bien d'autres façons. Les systèmes de soins de santé peuvent servir de plateforme pour fournir de l'information et du soutien aux parents au sujet du DPE et peuvent intégrer le DPE aux programmes existants—comme la stratégie de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (IMCI / Care for Development), le Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant (ACSD), le Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) (UNICEF, 2007) et les programmes de suivi et de promotion de l'alimentation et de la croissance qui existent dans la plupart des pays. Ils peuvent aussi établir des liens entre les enfants et les familles et les services communautaires existants pour le DPE. Parmi les exemples de ce processus, on compte les programmes de santé ou de développement communautaire qui ont ajouté une composante sur la stimulation et les soins en bas âge, et les programmes pour le DPE qui ont été jumelés avec d'autres services de santé comme un programme de santé des femmes ou un programme sur la santé de la reproduction. Ils peuvent étendre les programmes de développement du jeune enfant aux enfants et aux familles qui n'y auraient pas accès autrement et ce, à des coûts marginaux relativement peu élevés. En raison des possibilités qu'offrent les systèmes de soins de santé, de simples interventions à grande portée peuvent être ajoutées. Par exemple, si des livres abordables adaptés à la culture et au développement étaient disponibles sur le développement du jeune enfant, les professionnels de la santé pourraient les fournir aux familles et encourager ainsi la lecture et la stimulation.

Le cas des régions rurales isolées ou des bidonvilles urbains des pays pauvres en ressources est une exception qu'il faut noter relativement à l'utilisation des systèmes de soins de santé comme point de contact. En effet, dans de tels cas les systèmes de soins

*Sphères  
d'influence :  
programmes  
et services*

de santé s'adressent à des populations trop pauvres pour avoir accès aux services de santé ou les services sont inaccessibles ou trop faibles. Dans ces situations, la plupart des interventions communautaires pour les femmes, les enfants et les familles sont offertes par les ONG et les organismes bénévoles (p. ex. SEWA, programmes offerts par Save, et les initiatives de développement communautaires des fondations BVLV, Aga Khan et Soros). Vous trouverez plus de détails sur *Equal Access: Using Communications to Reach Parents and Communities on Early Child Development in Nepal* et *Village-Based ecd Curriculum Development in Lao PDR* à l'Annexe B.

Les administrations municipales, les collectivités régionales et les gouvernements nationaux, doivent, avec le soutien d'organismes internationaux et de partenaires de la société civile, jouer un rôle clé dans la mise au point, la promotion et le financement d'une gamme de programmes et services de DPE de qualité, qui respectent les principes formulés dans le présent document.

#### MESSAGES CLÉS : PROGRAMMES ET SERVICES DE DPE

1. L'investissement public dans les programmes et services de développement de la petite enfance est extrêmement rentable et ses retombées pour la société touchent de nombreux domaines (l'éducation et bien plus) et l'ensemble du cycle de vie.
2. Le but premier de toute société devrait être l'accès universel à des services et des programmes de qualité qui tirent profit de l'infrastructure de services existante (p. ex. système de soins de santé).
3. Il existe de nombreux points d'entrée aux services et programmes de DPE, dont les systèmes de soins de santé, les services communautaires de garde d'enfants et l'enseignement préscolaire.
4. Comme ils sont souvent le premier point de contact pour les enfants et les mères, les systèmes de soins de santé occupent une place unique qui leur permet de grandement contribuer au DPE.
5. Les systèmes de soins de santé peuvent faire en sorte que les programmes de développement traitent en détail du DPE, en combinant la santé et l'alimentation à l'apprentissage en bas âge et en se penchant sur les besoins des enfants et des familles.
6. Les stratégies efficaces actuellement entreprises au moyen des systèmes de santé devraient être mises en œuvre à grande échelle dans les pays pauvres en ressources.
7. Les responsables des programmes et services de DPE doivent établir des partenariats avec les familles et adapter les services aux besoins des personnes qu'ils desservent.
8. Les programmes et services devraient reposer sur la compréhension de la qualité et de l'équité et devraient être contrôlés à partir de ces considérations.
9. Les gouvernements ont un rôle central à jouer pour s'assurer que les programmes et services de DPE sont entièrement intégrés aux politiques de protection sociale.

## Échelons régional et national

L'influence des milieux régionaux et nationaux est fondamentale dans la détermination de la portée des services et ressources mis à la disposition des communautés et des familles. De nombreux aspects inter-reliés des milieux régionaux peuvent être importants pour le DPE, dont les environnements physiques (p. ex. degré d'urbanisation, état de santé de la population), sociaux, politiques et économiques. Ces aspects du milieu régional ont des répercussions sur le de DPE par l'influence qu'ils exercent sur la famille, la communauté et les services de DPE.

La plupart de la recherche effectuée jusqu'à maintenant sur les caractéristiques régionales liées au bien-être humain traite de l'impact de l'environnement sociopolitique. Par exemple, beaucoup de documentation (venant principalement des États-Unis) démontre une association entre l'inégalité du revenu au niveau de l'État (c.-à-d. distribution du revenu) et une variété de résultats pour la santé. Cette recherche laisse entendre que, au-delà de la richesse d'une région (l'État dans le présent cas), plus l'inégalité de la distribution du revenu est grande entre les ménages, moins bonne est la santé et moins bons sont les résultats qui s'y rattachent pour la population<sup>6</sup>, dont la mortalité adulte, la mortalité infantile, l'insuffisance de poids à la naissance, les tumeurs malignes, la coronaropathie, les dépenses en soins médicaux, les homicides et les crimes violents (Kaplan et al., 1996; Kennedy, Kawachi et Prothrow-Stith, 1996; Spencer, 2004). L'étendue de l'inégalité des revenus est à son tour déterminée par les décisions prises en partie à l'échelle régionale pour ce qui est des taux de rémunération, de l'impôt sur le revenu, des transferts, des dépenses sociales et d'autres mécanismes de distribution et de redistribution (Zuberi, 2001).

Nous savons que dans les pays à faibles et moyens revenus, les inégalités dans les résultats pour la santé des enfants—par exemple, les taux de mortalité chez les moins de cinq ans—varient selon la géographie, comme entre les régions rurales et urbaines et entre les provinces. Dans les régions où cela est le cas, les inégalités sont souvent attribuables à une allocation inégale des ressources (Houweling,

Kunst, et al., 2005). On peut aussi constater des inégalités régionales au niveau du DPE dans les pays riches en ressources, comme c'est le cas pour la province canadienne de la Colombie-Britannique (Kershaw, Irwin, Trafford et Hertzman, 2006). La carte présentée à la Figure 2 illustre une différence en trois volets dans les taux de vulnérabilité (14,0—45,9 %) pour les enfants atteignant l'âge scolaire (cinq ans) et ce, selon l'Early Development Instrument (voir l'Annexe C). Les diagrammes à secteurs présentés sur les secteurs régionaux décrivent les caractéristiques sociales et économiques de la région en cause. La Figure 2 illustre l'échelle de l'inégalité sociale et économique entre les régions et les inégalités qui s'y rattachent au niveau des résultats pour les enfants. Dans de nombreuses régions, toutefois, le SSÉ ne semble pas permettre de prédire les vulnérabilités au chapitre du DPE. La recherche qui permettra de comprendre comment certaines communautés à faible SSÉ se rebiffent contre la tendance et produisent de bons résultats en matière de DPE n'en est qu'à ses débuts. Nous sommes confiants et croyons qu'une fois mieux comprises, les caractéristiques de ces « communautés résilientes » fourniront de précieuses leçons pour des communautés du monde entier. La Figure 2 illustre aussi à quel point le mappage par municipalité et région géographique du DPE peut être un outil puissant aux fins de discussion publique et de prises de décisions. Dans les régions à haut taux d'inégalité, il a été démontré que la pauvreté a des répercussions sur le rendement scolaire du jeune enfant.

Au niveau sous-national, les communautés régionales et relationnelles peuvent se recouper de façon à créer pour les familles et les enfants des conditions systématiquement différentes du reste du pays. Par exemple, dans le sud de l'Inde, beaucoup de recherches ont permis de constater que les normes de cette région, contrairement aux normes du nord du pays, « exposent davantage les femmes au monde extérieur, leur permettent d'exprimer davantage leurs opinions dans la vie familiale et d'avoir une plus grande liberté de mou-

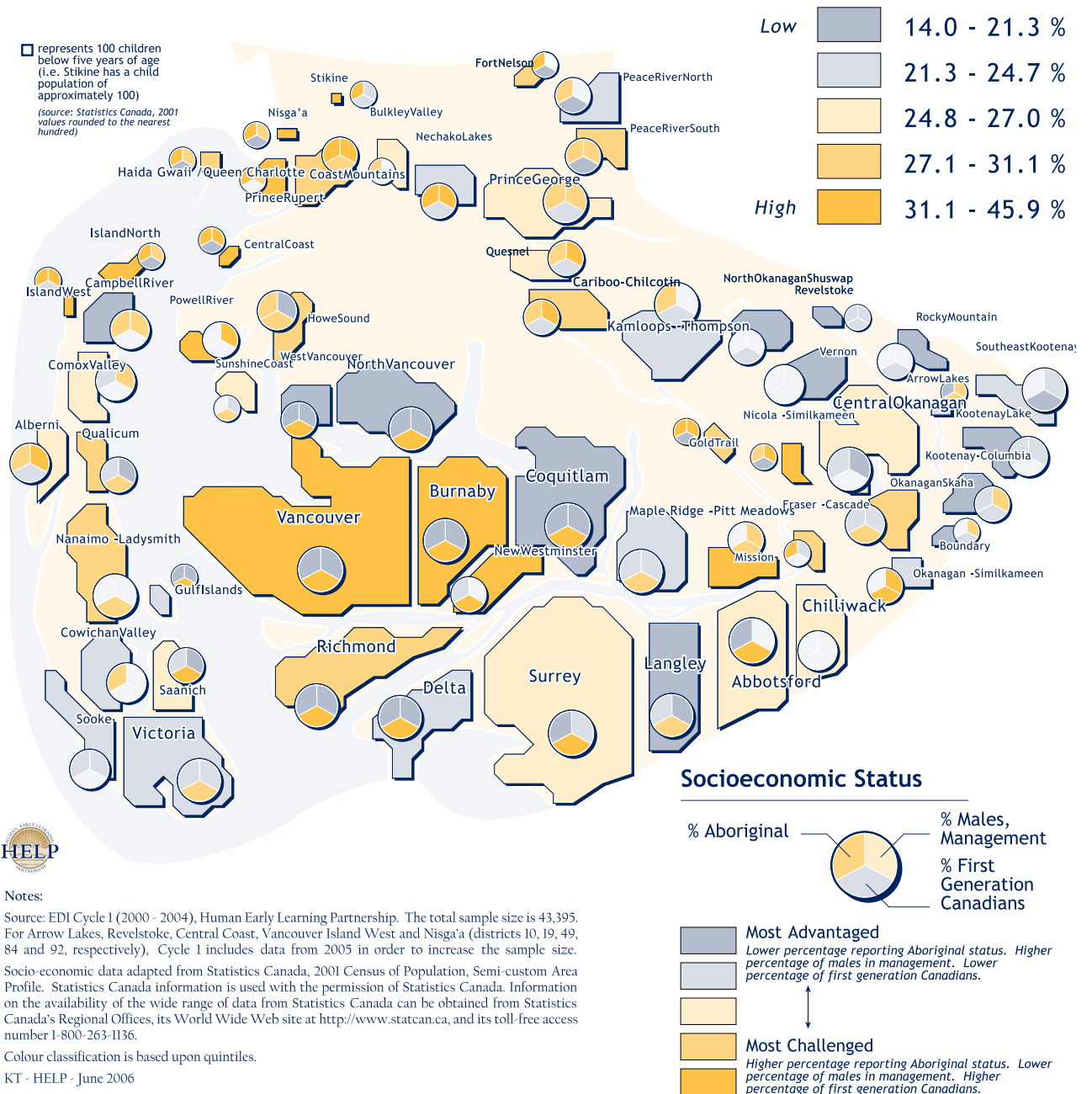
*Sphères  
d'influence :  
régional et  
national*

<sup>6</sup> Le lien entre l'inégalité du revenu et la santé demeure néanmoins complexe et grandement remis en question.

FIGURE 2: EARLY DEVELOPMENT INSTRUMENT (EDI)  
VULNERABILITY MAP

## Vulnerable on One or More Scales

Percentage of children vulnerable



**Notes:**

Source: EDI Cycle 1 (2000 - 2004), Human Early Learning Partnership. The total sample size is 43,395. For Arrow Lakes, Revelstoke, Central Coast, Vancouver Island West and Nisga'a (districts 10, 19, 49, 84 and 92, respectively), Cycle 1 includes data from 2005 in order to increase the sample size.

Socio-economic data adapted from Statistics Canada, 2001 Census of Population, Semi-custom Area Profile. Statistics Canada information is used with the permission of Statistics Canada. Information on the availability of the wide range of data from Statistics Canada can be obtained from Statistics Canada's Regional Offices, its World Wide Web site at <http://www.statcan.ca>, and its toll-free access number 1-800-263-1136.

Colour classification is based upon quintiles.

KT - HELP - June 2006



vement que ne le font les systèmes sociaux du nord » (Traduction libre—Jejeebhoy et Sathar, 2001). En fait, de récents résultats de recherche réfutent la notion selon laquelle les différences dans l'autonomie des femmes en Asie méridionale peuvent être attribuées aux différences religieuses (la principale suggestion étant que les femmes hindoues sont plus autonomes que les femmes musulmanes); ces résultats indiquent que les différences régionales nord-sud sont beaucoup plus fondamentales (Jejeebhoy et Sathar, 2001). L'autonomie des femmes est grandement déterminée par l'éducation de ces dernières, qui est beaucoup plus accessible dans les régions du sud de l'Inde, comme dans l'État du Tamil Nadu (Jejeebhoy, 1995; Jejeebhoy et Sathar, 2001) et, nous savons que l'autonomie des femmes influe sur les possibilités de DPE optimal (UNESCO, 2007).

### *Si les conditions socio-économiques comptent, les facteurs sociaux qui créent ces conditions comptent aussi.*

Les milieux nationaux exercent une influence puissante sur le développement du jeune enfant. Cet énoncé repose en partie sur des données probantes directes sur des facteurs de niveau national et en partie sur une extension logique évidente de l'impact profond des facteurs socioéconomiques (liés à la famille et au quartier) sur le bien-être des enfants. En d'autres termes, si les conditions socioéconomiques comptent, les facteurs sociaux qui créent ces conditions comptent aussi (Siddiqi et Hertzman, in press). Ces conditions dépendent grandement des aspects institutionnels et structurels d'une nation. La particularité la plus pertinente de l'environnement national est sa capacité d'influer sur de multiples aspects (et donc sur les déterminants) du bien-être des enfants par des politiques et des lois. Des études transnationales ont permis de constater un lien entre la dispersion du revenu au niveau national et une variété d'indicateurs de santé de la population, dont l'espérance de vie et la mortalité infantile (Rogers, 1979; Flegg,

1982). En fait, l'effet de l'inégalité du revenu sur la mortalité infantile résiste aux effets d'autres importantes variables explicatives de la mortalité durant la première année de vie, dont le nombre de médecins et d'infirmières par habitant, l'urbanisation, l'alphabétisation des femmes et les taux de reproduction (Waldman, 1992).

À ce jour, l'examen le plus complet des politiques sociales en rapport aux iniquités dans le bien-être des enfants entre les pays étudie les répercussions des politiques sur la pauvreté de l'enfant (c.-à-d. de la famille) dans les pays de l'OCDE (Kammerman et al., 2003). L'examen de Kamerman établit cinq principaux domaines d'importance liés aux politiques :

- 1) transferts de revenu (argent comptant ou avantages fiscaux),
- 2) politiques d'emploi,
- 3) congés parentaux et autres politiques appuyant l'emploi maternel,
- 4) éducation et services de garde pour les jeunes enfants, et
- 5) prévention et autres interventions liées aux grossesses et aux naissances chez les adolescentes.

Les données de l'Étude sur le revenu du Luxembourg ont démontré que, à partir du revenu marchand (c.-à-d. avant les impôts et les transferts), à 31 %, les taux de pauvreté<sup>7</sup> aux États-Unis sont jusqu'à 5 ou 6 % plus bas que dans plusieurs pays de l'OCDE, dont la France et la Suède, et à égalité avec d'autres pays comme l'Australie, le Canada, l'Espagne et l'Allemagne. Toutefois, après les impôts et les transferts, les États-Unis ont le plus haut taux de pauvreté des pays de l'OCDE, à 18 %, soit entre 6 % et 11 % plus élevé que ceux de tous les autres pays de l'OCDE (à l'exception de l'Australie, qui a un taux de pauvreté de 16 % après les impôts et les transferts) (Smeeding et Ross, 1999). Avant les transferts, les taux de pauvreté entre les pays de l'OCDE étaient invariablement élevés, s'étalant entre 32 % en Italie et 80 % aux Pays-Bas. Toutefois, après la mise en applica-

*Sphères  
d'influence :  
régional et  
national*

<sup>7</sup> La pauvreté a été mesurée à partir d'une méthode relative de 40 % et 50 % du revenu médian.

tion de mesures de redistribution par les gouvernements, les taux pour les mères seules sont réduits à environ 10 % dans de nombreux pays de l'OCDE, le plus faible étant 4 % en Allemagne. En revanche, le taux de pauvreté pour les mères monoparentales demeure à 60 % aux États-Unis (Beaujot et Liu, 2002).

Un essai contrôlé randomisé effectué à Mexico (Gertler, 2004) a connu beaucoup de succès en intégrant l'accès aux transferts monétaires aux améliorations de la santé physique des enfants. PROGRESA (renommé OPPORTUNIDADES) est un programme national conçu pour alléger les effets de l'extrême pauvreté et des inégalités socioéconomiques sur le bien-être de l'enfant. Dans le cadre du programme, des transferts monétaires sont faits aux familles à la condition que les enfants de 0 à 60 mois soient immunisés et qu'ils reçoivent des visites de bien-être du bébé durant lesquelles on effectue un suivi nutritionnel. On leur donne des suppléments nutritifs et on fournit des renseignements sur la santé aux parents. Les femmes enceintes reçoivent des soins prénataux, les femmes qui allaitent obtiennent des soins postpartum, les autres membres de la famille subissent des examens physiques annuels (durant lesquels ils reçoivent aussi de l'éducation sur la santé) et les adultes de la famille participent à des réunions régulières dans lesquelles on discute des questions de santé, d'hygiène et de nutrition. Une évaluation de cette étude a permis de constater que les enfants nés durant la période d'intervention de deux ans ont été moins malades (25 %) au cours des six premiers mois de la vie que les enfants du groupe de contrôle, et les enfants âgés de 0 à 35 mois durant l'intervention ont également été moins malades (39,5 %) que leurs semblables du groupe de contrôle. Les enfants du programme PROGRESA (renommé OPPORTUNIDADES) étaient aussi quatre fois moins susceptibles de faire de l'anémie et avaient, en moyenne, grandi d'un centimètre de plus. Enfin, les résultats de cette étude laissent entendre que les effets du programme étaient cumulatifs en ce sens que, plus l'enfant participait au programme longtemps, plus il y avait de résultats (Gertler, 2004).

#### MESSAGES CLÉS : ÉCHELONS RÉGIONAL ET NATIONAL

1. Contrôler les écarts dans les résultats de développement des enfants au niveau régional donne une idée des conditions macro-environnementales stimulantes sur le plan physique et affectif.
2. La gouvernance efficace des programmes et services de DPE a généralement lieu au niveau régional.
3. Les politiques « indirectes » (sociales/économiques) qui ont des répercussions sur le DPE sont souvent adoptées aux niveaux régional et national.
4. Les gouvernements nationaux doivent être tenus responsables du non-respect de leurs engagements à l'égard de la Convention relative aux droits de l'enfant et des OMD.
5. Investir dans le DPE est une composante intégrante de la stratégie économique et sociale à long terme d'un pays; le sous-investissement du DPE mine les progrès d'une société.
6. Des stratégies d'investissement social qui tiennent compte des besoins des enfants et des familles peuvent être adoptées indépendamment du niveau relatif du produit intérieur brut (PIB) par habitant d'une société.
7. Les exigences des conventions internationales, comme la Convention relative aux droits de l'enfant, les rapports globaux de l'Organisation internationale du Travail (OIT) et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), peuvent être utilisées comme levier de changement au niveau national.
8. La survie de l'enfant et le DPE sont indissociables; les investissements qui appuient le DPE augmentent énormément la survie des enfants tout en améliorant en même temps les possibilités d'avenir pour tous les enfants.

## Échelle mondiale

Il est souvent difficile de qualifier la mondialisation, à plus forte raison, son influence sur les enfants. Toutes sortes de parties concernées façonnent l'environnement mondial, dont les États-nations, les organismes économiques multilatéraux, l'industrie, les agences de développement multilatérales, les organismes de développement non-gouvernementaux et les groupes de la société civile. L'environnement mondial peut avoir une influence sur le DPE en raison des effets qu'il a sur les politiques d'un pays. Une caractéristique majeure de l'environnement mondial relativement au bien-être des enfants est l'élément de *pouvoir* du point de vue économique, social et politique. Les écarts de pouvoir entre les types d'acteurs, et particulièrement entre les nations, ont de nombreuses conséquences, dont la capacité de certaines nations (principalement celles riches en ressources) d'exercer une influence sur les politiques des autres nations (principalement celles pauvres en ressources). Par conséquent, la capacité des nations pauvres en ressources de mettre en œuvre les politiques optimales pour le développement du jeune enfant peut être compromise, bien que cet aspect exige une évaluation directe plus poussée. Les efforts déployés pour permettre aux nations de gagner une plus grande autonomie face à leur propre avenir et pour encourager le multilatéralisme en vue de favoriser les orientations stratégiques bénéfiques aux enfants sont des éléments majeurs de la promotion du DPE. Malgré cela, la plupart des recommandations du présent rapport respectent les capacités de tout gouvernement national qui répond aux critères internationaux d'une « autorité compétente ».

Une série de politiques bien connue présentée à de nombreux pays pauvres en ressources dans les années 1980 et au début des années 1990 est le Programme d'ajustement structurel (PAS) de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international. Le but du PAS était d'accroître la prospérité économique des pays à faible revenu pour qu'ils puissent payer leurs dettes aux pays à revenu élevé. Le PAS comprenait une augmentation de la privatisation et une diminution du rôle du

gouvernement dans de nombreux aspects de l'économie nationale et des efforts sociaux, y compris la réduction des investissements dans les programmes de bien-être social, comme l'éducation, les soins de santé et d'autres services bénéfiques au DPE, comme moyen d'augmenter l'« efficacité » et d'encourager la croissance économique dans les pays pauvres en ressources. L'expérience du Ghana relativement à l'ajustement structurel est brièvement décrite dans le présent document. Cette expérience est particulièrement convaincante, puisqu'elle est souvent perçue par les organismes internationaux comme le cas le mieux réussi d'ajustement structurel en Afrique.

*Sphères  
d'influence :  
mondiale*

*Les efforts déployés pour permettre aux nations de gagner une plus grande autonomie face à leur propre avenir et pour encourager le multilatéralisme en vue de favoriser les orientations stratégiques bénéfiques aux enfants sont des éléments majeurs de la promotion du DPE.*

Le PAS du Ghana a commencé en 1983. Il comprenait une réduction des dépenses du gouvernement effectuée au moyen de coupures dans les services sociaux, l'ajustement du taux de change par la dévaluation de la monnaie nationale, l'abandon des contrôles des prix, la privatisation des entreprises appartenant à l'État et l'augmentation de la portion exportation de l'économie. À un échelon macro-économique, le PIB du Ghana s'est amélioré, l'inflation a chuté et l'investissement étranger a augmenté, mais le bien-être social des citoyens du Ghana s'est détérioré. Un aspect particulièrement intéressant pour le présent rapport est le fait que l'accès aux services de base était compromis pour de nombreux enfants et beaucoup de familles. La dévaluation de la devise avait entraîné une augmentation du coût des biens importés; la pauvreté avait légèrement chuté, mais les inégalités socioéconomiques étaient en hausse (Konadu-Agyemang, 2000).

Le PAS a eu une influence sur les enfants



*La capacité mondiale d'améliorer le travail des enfants a augmenté, principalement en raison d'un plus grand nombre d'avenues permettant de défendre les droits des enfants et du soutien institutionnel accordé à la protection du bien-être des enfants, p. ex. Article 32 de la CDE.*

(directement ou indirectement) aux niveaux de la survie, de l'immunisation, de la prévalence des préposés aux soins de santé, de la nutrition et de l'équilibre de l'urbanisation (Bradshaw et al., 1993). Bien qu'une preuve directe des effets des politiques sur la santé exige une étude plus spécifique, l'expérience du Ghana et d'autres pays est instructive.

L'environnement mondial est aussi caractérisé par d'importantes déclarations qui affirment les droits des enfants (Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), 1990) et des femmes (Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), Division de la promotion de la femme des Nations Unies, 2007) et qui, par extension, influent sur le bien-être des enfants. Le commentaire général n° 7 sur la mise en œuvre de Convention relative aux droits de l'enfant (2005) crée, en particulier, une possibilité de tenir les États parties responsables du développement physique, social-émotionnel, du langage et cognitif des jeunes enfants, et d'éradiquer le travail des enfants. D'autres sections de la CDE sont également pertinentes pour le DPE à différents degrés. Par exemple, l'Article 6 décrète explicitement que les États parties (terme qui fait principalement référence aux nations) sont responsables d'assurer « dans toute la mesure possible le développement de l'enfant ». La CEDAW a été adoptée en 1979 par l'Assemblée générale [des Nations Unies], [et] est souvent décrite comme une déclaration internationale des droits de la femme (Division de la promotion de la femme des Nations Unies, CEDAW 2007). Comme la convention vise à améliorer les circonstances dans lesquelles vivent les femmes, il est clair qu'elle a des répercussions sur le bien-être et le développement des enfants. De plus, le Rapport mondial de suivi de l'UNESCO établit un lien entre l'*Éducation pour tous* et le DPE.

Une des préoccupations les plus alarmantes concernant les enfants d'aujourd'hui est la question de la main-d'œuvre enfantine. Des données compilées par l'OIT en 2002 laissent entendre qu'environ 246 millions d'enfants exercent une forme quelconque de travail, qui est défini comme l'activité la plus productive des enfants, mais qui « exclut les



activités des enfants de 12 ans et plus qui ne travaillent que quelques heures par semaine à des travaux légers autorisés et celles des enfants de 15 ans et plus dont le travail n'est pas classé comme étant dangereux » (traduction libre) (2002). De ce nombre, 171 millions d'enfants travaillaient dans des situations ou des conditions dangereuses. C'est la région de l'Asie-Pacifique qui compte le nombre le plus accablant d'enfants ouvriers (plus de 127,3 millions). Vient ensuite l'Afrique du sud du Sahara (48 millions), suivie de l'Amérique latine et des Antilles (17,4 millions). La main-d'œuvre enfantine compte légèrement plus de garçons que de filles (132 millions contre 113 millions), mais le nombre de garçons qui portent le fardeau du travail qualifié de dangereux est encore plus disproportionné (95,7 millions comparativement à 74,8 millions) (OIT, 2002).

L'utilisation d'enfants pour effectuer des tâches permettant de produire des marchandises à vendre sur le marché n'est certes pas nouvelle; toutefois, la capacité mondiale d'améliorer le travail des enfants a augmenté (bien que nous n'agissions pas toujours à ce titre), principalement en raison d'un plus grand nombre d'avenues permettant de défendre les droits des enfants et du soutien institutionnel accordé à la protection du bien-être des enfants.

La capacité mondiale d'améliorer le travail des enfants a augmenté, principalement en raison d'un plus grand nombre d'avenues permettant de défendre les droits des enfants et du soutien institutionnel accordé à la protection du bien-être des enfants, p. ex. Article 32 de la CDE.

L'Article 32 de la CDE stipule que les États parties sont tenues de reconnaître le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son développement.

#### RÔLE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

À l'échelle mondiale, le rôle des entités internationales non gouvernementales et de la société civile est déterminant pour créer de plus vastes conditions économiques, sociales et politiques qui appuient le DPE et le bien-

être des enfants. La contribution de la société civile au développement du jeune enfant et à la santé de la population est particulièrement déterminante. Les groupes de la société civile sont conceptualisés comme étant organisés et comme agissant à tous les niveaux de l'organisation sociale, de la société résidentielle locale à la société mondiale. La capacité de la société civile d'agir au nom des enfants est fonction de l'étendue de l'interdépendance des citoyens et du soutien des institutions politiques à la promotion de l'expression de l'organisation civile. Quand les moyens sont mis à la disposition de la société civile, celle-ci peut agir de nombreuses façons au nom des enfants. Les groupes de la –société civile peuvent initier l'action du gouvernement, des ONG et de la communauté sur les déterminants du développement du jeune enfant. Ils peuvent défendre les intérêts des enfants en veillant à ce que les gouvernements et les organismes internationaux adoptent des politiques favorisant leur bien-être. Ils peuvent jouer un rôle déterminant dans l'organisation de stratégies visant à fournir aux familles et aux enfants, à l'échelle locale, des services efficaces de développement du jeune enfant; à améliorer la sécurité, la cohésion et l'efficacité des milieux résidentiels; et, à accroître la capacité des communautés locales et relationnelles à améliorer la vie des enfants. *Bien que la recherche sur l'effet direct de la société civile sur le DPE soit limitée, la forte association statistique entre la force de la société civile et le développement humain dans les sociétés du monde entier laisse peu de place au doute quant à son importance pour le DPE.*

#### IMPORTANCE DES INDICATEURS MONDIAUX DU DPE

La communauté internationale doit s'entendre sur des façons valides de mesurer le DPE similaires aux mesures mondiales qui existent pour la santé et le développement humain, comme les taux de mortalité infantile, les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, l'arrêt de croissance et l'indice du développement humain (IDH). Cela est essentiel à la reconnaissance nationale et internationale des défis auxquels nous faisons face en matière de développement du jeune

*Sphères  
d'influence :  
mondiale*

enfant et à l'établissement de buts internationaux crédibles. Nous sommes actuellement capables de mesurer les taux de mortalité infantile et les taux de mortalité des enfants de moins de cinq dans l'ensemble des sociétés d'une manière valide, fiable et crédible. Il en résulte que les états individuels et la communauté mondiale reconnaissent l'étendue du problème de la survie des enfants et ont établi les OMD pour y remédier. Similairement, le niveau de nutrition des jeunes enfants dans les différentes populations est évalué au moyen des taux d'arrêt de croissance. Cette mesure a elle aussi entraîné une reconnaissance nationale et internationale de l'étendue du problème, et un OMD a été établi. Le problème est que nous n'avons pas d'indicateur comparable pour le DPE, ce qui entraîne la chaîne suivante : *pas de mesure, pas de données; pas de données, pas de problème; pas de problème, pas d'action*. La création d'un système de mesures mondial pour surveiller le DPE doit être une composante essentielle de la stratégie de DPE qu'adopte chaque pays. Maintenant que les pays signataires sont tenus de déclarer les progrès réalisés relativement au respect du Commentaire général n° 7 de la CDE sur la petite enfance, la communauté internationale est incitée à créer un système de mesures mondial du DPE. Les éléments d'un tel système sont décrits à l'Annexe C. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a un rôle particulier à jouer à ce chapitre, puisque sa vaste perspective de santé de la population lui permet de comprendre l'importance d'une surveillance mondiale du DPE, et que l'accès qu'elle a aux dirigeants mondiaux lui permet de présenter efficacement ce raisonnement.

#### MESSAGES CLÉS : ÉCHELLE MONDIALE

1. La lancée mondiale actuelle crée de nouvelles possibilités et favorise la convergence d'initiatives disparates concernant le DPE.
2. Il faut encourager les alliances entre tous les gens et les organismes qui travaillent en vue du bien-être de l'enfant et du bien-être social.
3. En raison de sa responsabilité globale envers la santé de la population, l'OMS doit renforcer son engagement envers le DPE comme déterminant social clé de la santé.
4. La communauté internationale doit établir un mécanisme unifié de surveillance du développement de l'enfant dans le temps et entre les communautés et les sociétés.
5. Le nouveau Commentaire général n° 7 sur la mise en œuvre des droits de la petite enfance offre une occasion réelle de tenir les parties signataires responsables de l'équité en matière de DPE et des déterminants sociaux du DPE.

## Discussion et recommandations

Un enfant a besoin de conditions stimulantes, de soutien et de soins physiques et affectifs pour se développer. Le processus de développement n'est pas seulement influencé par l'alimentation et l'état de santé de l'enfant, mais aussi par le type d'interactions—qui commencent *in utero*—que les nourrissons et les enfants entretiennent avec les personnes qui s'occupent d'eux dans leur environnement. Nous savons que les milieux où évoluent les jeunes enfants influent sur leur développement individuel, indépendamment de ses caractéristiques physiques et en combinaison avec celles-ci, et on est de plus en plus conscient de périodes précises de développement du cerveau de l'enfant qui ont une incidence sur les résultats pour la santé de l'ensemble du cycle de vie. Des environnements enrichis et la qualité de la stimulation, de la sécurité et du soutien durant les périodes de développement névralgiques sont d'une extrême importance de la conception à l'âge de huit ans. Les milieux responsables de favoriser des conditions stimulantes, de soutien et de soins physiques et affectifs pour les enfants vont de leur monde plus intime qu'est la famille au plus vaste contexte socioéconomique façonné par les gouvernements, les organismes internationaux et la société civile. Ces environnements et leurs caractéristiques sont les déterminants sociaux du DPE.

Pour aider les principales parties intéressées dans leur quête visant à créer les conditions qui appuient le développement du jeune enfant, nous faisons les recommandations suivantes à partir des données probantes recueillies.

### CRÉATION D'UNE ALLIANCE MONDIALE POUR LE DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

Bien que les gouvernements puissent faire beaucoup pour changer les circonstances des enfants et des familles, cette analyse a aussi démontré la nécessité d'une collaboration mondiale dans le domaine du DPE.

- 1) Nous proposons une collaboration inter-organisme mondiale élargie—l'Alliance mondiale pour le développement de la petite enfance (AM-DPE)—qui tirera profit des réseaux informels d'organismes travaillant actuellement au développement du jeune enfant à l'échelle internationale, comme l'UNICEF, le Consultative Group on ECCD, la Banque mondiale, la fondation Bernard van Leer, la fondation Soros, la fondation Aga Khan et l'OMS.

Cette alliance devrait travailler à établir des liens entre le DPE et les objectifs du Millénaire pour le développement, particulièrement pour ce qui est de la réduction de la pauvreté, de l'éducation, de l'égalité des genres et de la survie des enfants.

### CONTRIBUTION MONDIALE UNIQUE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ AU DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE À L'ÉCHELLE MONDIALE

- 1) En plus du travail effectué par la Commission des déterminants sociaux de la santé à ce chapitre, l'OMS a un rôle crucial à jouer dans la défense du développement du jeune enfant comme déterminant social clé de la santé.
- 2) Dans son engagement envers le DPE et envers l'équité, l'OMS devrait reconnaître que le DPE est un déterminant social clé de la santé qui joue un rôle crucial dans l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Pour ce faire, elle devrait subsumer ses programmes mondiaux pour la survie et la santé des enfants à la perspective développementale articulée dans le présent rapport.
- 3) L'OMS devrait être responsable de fournir le soutien technique requis pour inclure les politiques sur le développement du

*Discussion et recommandations*

jeune enfant aux politiques de développement nationales ainsi qu'aux cadres et instruments nationaux de développement (SWAP, CSLP, Initiatives Fast Track, etc)

- 4) L'OMS devrait fournir le soutien technique qu'ont besoin les régions, pays et partenaires pour intégrer les simples interventions de DPE, comme la stratégie de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (IMCI / Care for Development), aux services de santé et aux initiatives de santé communautaire.
- 5) L'évaluation des coûts et des avantages des programmes de développement du jeune enfant demeure un défi, mais l'OMS devrait assumer la responsabilité de recueillir des données sur l'efficacité des interventions, particulièrement celles qui sont liées au système de soins de santé.
- 6) L'OMS devrait s'engager à surveiller une collaboration interorganisme pour augmenter à l'échelle les programmes de développement du jeune enfant au moyen de systèmes de santé de district dans plusieurs pays, pour mettre au point des modèles et pour faire connaître les résultats à tous les pays.

#### OBTENIR L'ENGAGEMENT NÉCESSAIRE AUX MULTIPLES NIVEAUX DE LA SOCIÉTÉ

- 1) Les administrations locales et les gouvernements régionaux et nationaux devraient incorporer la « science du développement de la petite enfance » à leur politique.
- 2) Pour atteindre un consensus mondial sur l'importance du DPE, il faut favoriser une plus vaste et plus profonde compréhension de ce que comprend le DPE et ce, auprès d'un public beaucoup plus large que par le passé. Cela devrait prendre la forme d'une vaste campagne de marketing social visant non seulement les intervenants traditionnels concernés par le DPE, mais bien d'autres comme les

ministères des finances et de la planification, le secteur économique, le monde des affaires et les médias.

- 3) L'AM-DPE devrait être responsable de faire connaître à vaste échelle la science du DPE et ce, de concert avec la campagne de marketing social.
- 4) Les gouvernements, en ratifiant la Convention relative aux droits de l'enfant, se sont engagés à respecter les droits de la petite enfance. Les essais de mise en œuvre, comme ceux de la Jamaïque, sont conçus pour sensibiliser davantage les familles, les communautés, les fournisseurs de services et les responsables de l'élaboration des politiques aux droits du jeune enfant. Ils devraient servir de modèle pour démontrer comment mener de telles campagnes dans d'autres pays.
- 5) Il doit y avoir une stratégie mondiale de renforcement des capacités entièrement financée pour aider les pays à incorporer la science du DPE à leur politique, à mettre en œuvre les droits du jeune enfant et à en assurer la surveillance conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies.

#### EXIGENCES STRUCTURELLES DE MISE EN ŒUVRE

Les gouvernements devraient créer un cadre stratégique interministériel pour le DPE qui préciserait clairement les rôles et responsabilités de chacun des secteurs et la façon dont ils collaboreront. Les gouvernements devraient aussi intégrer les éléments stratégiques de DPE aux programmes de chaque secteur pour veiller à ce qu'ils soient régulièrement pris en compte dans les prises de décisions sectorielles. Les gouvernements devront réallouer les ressources pour diminuer les iniquités d'accès aux programmes et services de DPE de haute qualité. Pour faciliter cette démarche, notre analyse a permis de repérer des données probantes pouvant être utilisées comme référence pour juger de la qualité des programmes et services de DPE.



- 2) Les enfants bénéficient surtout de l'adoption par les gouvernements nationaux de politiques conviviales pour les enfants et les familles qui garantissent un revenu suffisant pour tous, des prestations de maternité et du soutien financier aux personnes très pauvres et qui permettent aux parents et aux autres personnes responsables des enfants de concilier le temps passé à la maison et au travail. Les gouvernements devraient relever le défi consistant à créer un équilibre entre la vie familiale et professionnelle en mettant en place des systèmes assurant aux femmes qui travaillent la disponibilité de services communautaires de garde d'enfants de qualité (à l'extérieur de la maison) adaptés à la culture et au contexte local.

- 3) Pour avoir la capacité et l'infrastructure nécessaires pour s'attaquer aux problèmes liés au DPE, les gouvernements, de concert avec les organismes internationaux, devraient créer des possibilités interdisciplinaires de formation professionnelle et de recherche en DPE dans les pays pauvres en ressources. Cela pourrait être réalisé au moyen de centres d'excellence régionaux comme celui qui commence à l'Aga Khan University, à Karachi, ou de modèles d'éducation à distance comme l'ECD Virtual University.

- 4) La participation communautaire est une composante importante de la réussite des programmes de DPE. C'est pourquoi, les gouvernements devraient faire participer les communautés locales à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques, programmes et services de DPE. Cela ne décharge pas les gouvernements de leurs responsabilités, mais assurent des liens plus forts entre le gouvernement et les communautés locales où les services sont offerts.

#### STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE

- 1) Compte tenu du chevauchement dans les déterminants sous-jacents, les gouvernements devraient tirer profit des

programmes établis de survie et de santé des enfants pour rendre les programmes de DPE accessibles au moyen des plateformes existantes. Le système de soins de santé est souvent la plateforme la plus rentable et le point de contact le plus universel.

- 2) Les gouvernements doivent mettre au point des stratégies pour « augmenter à l'échelle » les programmes efficaces (de la scène locale à nationale), sans sacrifier les caractéristiques du programme qui l'ont rendu efficace. L'intégrité et la responsabilité de la mise en œuvre à l'échelle locale doivent être maintenues, même quand les programmes passent à l'échelle nationale.

*Discussion et recommandations*



- 3) Les gouvernements doivent s'assurer que les enfants sont inscrits à l'école, que les iniquités de genre relatives aux années de scolarité sont éliminées et que l'école est gratuite et obligatoire.
- 4) L'UNICEF, avec l'accord de l'AM-DPE, doit élaborer une formule commune

pour calculer les dépenses nationales consacrées au DPE, de même que l'investissement dans l'enfance par habitant. On devrait effectuer une analyse économique sur le « rendement de l'investissement » auquel la société peut s'attendre des différents types de programmes et services de DPE et en faire connaître les résultats.

#### PROCESSUS DE SUIVI ET RÉSULTATS LIÉS AU DPE

- 1) Il existe un besoin immédiat d'élargir la base de données probantes sur les programmes, les services, les politiques et les évaluations liés au DPE dans les pays pauvres en ressources où les systèmes sont soumis à des contraintes, les ressources peu nombreuses et les défis de la vie quotidienne élevés. Il n'est pas acceptable que les conclusions des recherches menées dans les pays riches en ressources soient appliquées aux pays pauvres. Les analyses économiques de l'efficacité des programmes et services de DPE dans les pays pauvres en ressources sont essentielles à cette base de données probantes.
- 2) Une condition préalable essentielle au DPE est le droit fondamental de chaque enfant d'avoir un nom et une nationalité. Par conséquent, les gouvernements nationaux sont prédisposés à assumer un rôle essentiel en s'assurant que tous les enfants sont enregistrés à la naissance au moyen d'un registre des naissances fonctionnel complet sans coûts financiers d'enregistrement pour les familles.
- 3) Les enfants ne grandissent pas seulement selon les lois internes de biologie; ils grandissent et se développent par les interactions que leur procurent les relations humaines des milieux où ils vivent. Pour offrir des milieux stimulants sur le plan physique et affectif à leurs enfants, toutes les familles ont besoin du soutien de la communauté et du gouvernement. La qualité du soutien reçu par les familles devrait être surveillée par les ONG locaux, dont les groupes communautaires
- 4) Les gouvernements nationaux et les organismes internationaux devraient être responsables de financer la surveillance indépendante de la qualité et de l'efficacité des programmes et services de DPE. Cela devrait comprendre une évaluation des obstacles à l'accès et des possibilités d'accès, et une importance particulière devrait être accordée à la réduction de l'iniquité au chapitre du développement du jeune enfant. Des mécanismes doivent être mis au point et en œuvre pour veiller à ce que les communautés et les organismes centraux travaillent ensemble pour recueillir des données fiables sur les résultats obtenus.

et les comités de parents, dans le cadre de la responsabilité prise vertu de la CDE. Le but est l'accès universel à une gamme de services de DPE : soutien aux parents et aux autres adultes responsables, garde d'enfants de qualité, nutrition, protection sociale, soins de santé primaires et éducation de base—de l'enseignement préscolaire à l'âge scolaire. Pour être efficaces, ces services doivent être coordonnés à l'échelle régionale et dispensés à l'échelle locale de façon à mettre l'enfant au cœur de la démarche.

## Conclusion

Ce que vit l'enfant durant la petite enfance *est déterminant tout au long de son cycle de vie*. Cela s'explique par le fait que le DPE—dont les aspects physiques, sociaux, émotionnels, du langage et cognitifs—exerce une grande influence sur l'apprentissage de base, la réussite scolaire, la participation économique, la citoyenneté sociale et la santé. La principale perspective stratégique du présent document consiste à dire que les qualités stimulantes et de soutien physique et affectif des milieux où grandissent, vivent et apprennent les enfants sont ce qui compte le plus pour leur développement. Toutefois, les parents ne peuvent fournir des environnements fortement stimulants, du soutien et des soins physiques et affectifs sans l'aide des organismes locaux, régionaux, nationaux et internationaux. La principale contribution du présent rapport consiste donc à proposer des façons dont les gouvernements et les acteurs de la société civile, de l'échelle locale à l'échelle internationale, peuvent travailler avec les familles pour offrir un accès équitable à des milieux fortement stimulants qui entourent les enfants du monde entier de soins physiques et affectifs. Compte tenu des grandes répercussions du DPE sur la vie adulte, il est indispensable que les gouvernements reconnaissent que les disparités en matière de stimulation, de soutien et de soins physiques et affectifs nécessaires au sain développement de l'enfant créeront des divergences dans les résultats obtenus par différents pays et différentes sociétés. Dans certaines sociétés, les iniquités dans le DPE se traduisent par des possibilités très différentes offertes aux enfants; dans d'autres, les disparités au niveau du DPE atteignent un point critique où ils deviennent une menace à la paix et au développement durable. Le résultat de nos efforts propose deux principales orientations pour l'avenir :

- 1) la poursuite de la recherche en vue d'accroître la compréhension des effets des milieux sur le conditionnement biologique et le DPE, particulièrement l'effet des environnements plus vastes.
- 2) l'utilisation de l'information disponible pour influencer les mesures adoptées en vue de faire passer le but d'une stratégie d'investissement social axée sur l'enfant du niveau communautaire au niveau mondial.

*Conclusion*

## Références

### Références

- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C.H., Perry, B.D., Dube, S.R., Giles, W.H. (2006) The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, 256 (3), p.174-86.
- Anderson, L.M., Shinn, C., Fullilove, M.T., Scrimshaw, S.C., Fielding, J.E., Normand, J., Carande-Kulis, V.G., et Task Force on Community Preventative Services. (2003) The effectiveness of early childhood development programs. **American Journal of Preventive Medicine**, 24(3S), p.32-46.
- Banque mondiale. Rapport sur le développement dans le monde 2007: « Développement et générations futures ». Washington, Banque mondiale, 2007. [Internet]. Disponible à : <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTWDRS/EXTWDR2007/menuPK:1489865-pagePK:64167702-piPK:64167676-theSitePK:1489834,00.html>. [Accès : le 24 mars 2007].
- Barker, D. (1992) Fetal and infant origins of adult disease: The womb may be more important than the home. **British Medical Journal**, 301, 17 novembre 1999, p.1111.
- Bartley, M. (2006) **Capability and resilience: beating the odds**. Londres, UCL Department of Epidemiology and Public Health.
- Beaujot, R. et Liu, J. (2002) **Children, social assistance and outcomes: cross-national comparisons**. Document de travail de la Série de l'Étude sur le revenu du Luxembourg, n° 304.
- Behrman, J., Cheng, Y. et Todd, P. (2004) Evaluating Pre-school Programs when Length of Exposure to the Program. **Statistics**, 86(1), p.108-32.
- Berman, H.A. (1996) Growing up amid violence: a critical narrative analysis of children of war and children of battered women. **Dissertation de doctorat**, Wayne State University.
- Bornstein, M., Haynes, O., Pascual, L., Painter, K. et Galperin, C. (1999) Play in two societies: pervasiveness of process, specificity of structure. **Child Development**, 70, p.317-331.
- Bourdieu, P. (1984) **Distinction : critique sociale du jugement de goût**. Londres, Routledge.
- Bowlby, J. (1969) **Attachment and loss: attachment**. Vol. 1. New York : Basic.
- Boyden, J. et Levison, D. (2000) Children as economic and social actors in the development process. Stockholm, ministère des Affaires étrangères, groupe d'experts sur les questions du développement (document de travail, 1).
- Bradshaw, Y.W., Noonan, R., Gash, L. et Sershen, C.B. (1993) Borrowing against the future: children and third world indebtedness. **Social Forces**, 71(3), p.629-656.
- Bronfenbrenner, U. (1986) Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. **Developmental Psychology**, 22(6), p.723-741.
- Brooks-Gunn, J., Duncan, G.J. et Maritato, N. (1997) Poor families, poor outcomes: the wellbeing of children and youth. Dans : Duncan, G.J. & Brooks-Gunn, J. eds. **Consequences of growing up poor**. New York, Russell Sage Foundation.
- Carneiro, P.M. et Heckman, J.J. (2003) Human capital policy. IZA discussion paper No. 821. [Internet]. Disponible à : [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=434544](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=434544). [Accès : le 24 mars 2007].
- Carter, M.R. et Maluccio, J.A. (2003) Social capital and coping with economic shocks: an analysis of stunting of South African children. **World Development**, 31(7), p.1147-1163.
- Cleveland, G. et Krashinsky, M. (1998) **The benefits and costs of good child care: the economic rationale for public investment in young children — a policy study**. Toronto, The Childcare Resource and Research Unit, Centre for Urban and Community Studies, Université de Toronto.
- Coleman, J.C. (1990) **Foundations of social theory**. Cambridge, Harvard University Press.



- Coleman, J.C. (1988) Social capital in the creation of human capital. **American Journal of Sociology**, 94, S95–S120.
- Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS). (2005) **Vers un cadre conceptuel pour l'analyse et d'action sur les déterminants sociaux de la santé** (Document de travail pour la Commission des déterminants sociaux de la santé. Première ébauche, juillet 2005.
- Dahlgren, G. et Whitehead, M. (1991) **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm : Institute of Futures Studies.
- Dayal, M. (2001) **Towards securing lives: SEWA's social-security programme**. Delhi : Ravi Dayal.
- DiPietro, J.A. (2000) Baby and the brain: advances in child development. **Annual Review of Public Health**, 21, p.455-471.
- Division de la promotion de la femme des Nations Unies (2007). Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). [Internet]. Disponible à : <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>. [Accès : le 26 janvier 2007].
- Dunn, J.R. et Hayes, M.V. (2000) Social inequality, population health, and housing: a study of two Vancouver neighbourhoods. **Social Science and Medicine**, 51, p. 563-587.
- Early Child Development Virtual University (ECDVU). (2005) [Site Web]. Disponible à : <http://www.ecdvu.org/flash.asp>. [Accès : le 24 mars 2007].
- Emmons, K. (2003) Health behaviours in a social context. Dans : Kawachi, I. & Berkman, L.F. eds. **Neighborhoods and health**. New York, Oxford University Press.
- Engle, P.L., Black, M.M., Behrman, J.R., Cabral de Mello, M., Gertler, P.J., Kapiriri, L., Martorell, R. et Young, M.E. (2007) Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. The International Child Development Steering Group. **The Lancet**, 369(9557), 20 janvier, p. 229-242.
- Evans, G.W. et Katrowitz, E. (2002) Socioeconomic status and health: the potential role of environmental risk exposure. **Annual Review of Public Health**, 23, p.303-331.
- Farrington, D., et Welsh, B. (2006). **Saving children from a life of crime: early risk factors and effective intervention**. New York : Oxford University Press.
- Father's Direct: The National Information Centre on Fatherhood. (2007) What the National Service Framework says about fathers. [Internet]. Disponible à : <http://www.fathersdirect.com/index.php?id=2&cID=84>. [Accès : le 31 janvier 2007].
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., et Marks, J.S. (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. **American Journal of Preventive Medicine**, 14(4), p.245-58.
- Flegg, A.T. (1982) Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality in underdeveloped countries. **Population Studies**, 36, p.441-458.
- Gertler, P. (2004) Do conditional cash transfers improve child health? Evidence from PROGRESA's (renamed OPORTUNIDADES) control randomized experiment. **Health, Health Care, and Economic Development**, 94(2), p.336-341.
- Goelman, H. (2003) Early childhood education. Dans : Reynolds, W.M. & Miller, G.E. eds. **Handbook of psychology. Vol. 7, Educational psychology**. Hoboken, Wiley, p. 285-332.
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y.B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L. et Strupp, B. (2007) Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. The International Child Development Steering Group. **The Lancet**, 369 (9555), 6 janvier, p.60-70.
- Grantham-McGregor, S.M., Walker, S.P., Chang, S.M. et Powell, C.A. (1997) Effects of early childhood supplementation with and without stimulation on later development in stunted Jamaican children. **American Journal of Clinical Nutrition**, 66, p.247-253.
- Greenwood, M. (2005) Children as citizens of First Nations: linking indigenous health to early child development. **Paediatric Child Health**, 10(9), p.553-556.

- Grotberg, E. (1995) Strengthening the human spirit. The International Resilience Project, from the Early Childhood Development: Practice and Reflections series. Bernard Van Leer Foundation.
- Gussow, J.D. (1980) Who pays the piper? **Teacher's College Record**, 18(4), p.448-466.
- Hart, B. et Risley, T.R. **Meaningful differences in the everyday experience of young American children**. Baltimore : Brookes, 1995.
- Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (CDE). (1990) **Convention relative aux droits de l'enfant**. Genève, Nations Unies, 2 septembre. [Internet]. Disponible à : <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>. [Accès : le 24 mars 2007].
- Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (UNCSW). (2004) The role of men and boys in achieving gender equality: agreed conclusions. **Commission de la condition de la femme, 48<sup>e</sup> séance**. [Internet]. Disponible à : <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw48/Thematic1.html>. [Accès : le 24 mars 2007].
- Hertzman, C. (2000) The case for an early childhood development strategy. **Isuma: Canadian Journal of Policy Research**, 1(2), p.11-18.
- Hertzman, C. (1999) The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. **Annals of New York Academy of Science**, 896, p.85-95.
- Hertzman, C. et Siddiqi, A. (2000). Health and rapid economic change in the late twentieth century. **Social Science and Medicine** 51(6) : 809-819.
- Hertzman, C. et Wiens, M. (1996) Child development and long-term outcomes: a population health perspective and summary of successful interventions. **Social Science and Medicine**, 43(7), p.1083-95.
- Heymann, J. (2006) **Forgotten families: ending the growing confrontation children and working parents in the global economy**. New York : Oxford University Press.
- Houweling, T.A., Caspar, A.E., Looman, W.N. et Mackenbach, J.P. (2005) Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: a cross-national analysis of 43 developing countries. **International Journal of Epidemiology**, 34(6), p.1257-65.
- Houweling, T.A.J., Kunst, A.E., Borsboom, G. et Mackenbach, J.P. (2006) Mortality inequalities in times of economic growth: time trends in socioeconomic and regional inequalities in under 5 mortality in Indonesia, 1982-1997. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 60, p.62-68.
- Irwin, L.G. (2006) The potential contribution of emancipatory research methodologies to the field of child health. **Nursing Inquiry**, 13(2), 94-102.
- Irwin, L.G. (2004) **Published report on review of the evidence base for healthy infant and early childhood development in British Columbia**. Healthy Child BC Forum. Vancouver, Colombie-Britannique, Canada, novembre 2004.
- Irwin, L.G. et Johnson, J.L. (2005) Interviewing young children: explicating our practices and dilemmas. **Qualitative Health Research**, 15(6), 821-831.
- Irwin, L.G., Johnson, J.L., Henderson, A., Dahinten, V.S. et Hertzman, C. (sous presse) Examining how contexts of daily life influence children's perspectives of health. **Child: Care, Health and Development**.
- James, A. (1993) **Childhood identities: self and social relationships in the experience of the child**. Édimbourg, Edinburgh University Press.
- Janus, M. et Offord, D. (2007) Psychometric properties of the Early Development Instrument (edi): a teacher-completed measure of children's readiness to learn at school entry. **Canadian Journal of Behavioural Science**, 39(1), p.1-22.
- Janus, M. et Offord, D. (2000). Readiness to learn at school. **Isuma : Canadian Journal of Policy Research**, 1(2), p.71-75.
- Jejeebhoy, S.J. (1995) **Women's education, autonomy, and reproductive behaviour; experience from developing countries**. Oxford, Clarendon Press.
- Jejeebhoy, S.J. et Sathar, Z.A. (2001) Women's autonomy in India and Pakistan: the influence of religion and region. **Population and Development Review**, 27(4), p.687-712.
- Jencks, C. et Mayer, S.E. (1990) The social consequences of growing up in a poor neighborhood. Dans : Lynn, L.E. Jr. & McGeary, M.G.H. eds. **Inner-city poverty in the United States**. Washington, National Academy Press.

- Kagan, S.L. et Britto, P.R. (2005). **Going global with early learning and development standards**. UNICEF Technical Report. New York, UNICEF.
- Kammerman, S.B., et Gabel, S.G., (2006). Social protection for children and their families: a global overview. Paper presented at **Social Protection Initiatives for Children Women and Families: An analysis of recent experience**. Octobre 2006
- Kammerman, S.B., Neuman, M., Waldfogel, J. et Brooks-Gunn, J. (2003) **Social policies, family types, and child outcomes in selected OECD countries**. OECD Social, Employment, and Migration Working Papers, N° 6.
- Kaplan, G.A., Pamuk, E.R., Lynch, J.W., Cohen, R.D. et Balfour, J.L. (1996) Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. **British Medical Journal**, 312, p.999-1003.
- Karoly, L.A., Kilburn, R.M. et Cannon, J.S. (2005) **Early childhood interventions: proven results, future promise**. Pittsburg, Rand.
- Kawachi, I. et Berkman, L.F. eds. (2003) **Neighborhoods and health**. New York, Oxford University Press.
- Kennedy, B.P., Kawachi, I. et Prothrow-Stith, D. (1996) Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States. **British Medical Journal**, 312, p.1004-1007; erratum : p.1253.
- Kershaw, P., Irwin, L., Trafford, K. et Hertzman, C. (2006) **The British Columbia atlas of child development**. Vol. 40. Human Early Learning Partnership. Vancouver, Western Geographical Press.
- Kikuchi-White, A. (2006) **Implementing child rights in early childhood: young children as active social participants**. General Comment 7. Bernard Van Leer Foundation, septembre.
- Knudsen, E.I., Heckman, J.J., Cameron, J. et Shonkoff, J.P. (2006) Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, 103 (27), juillet, p.10155-10162.
- Kohen, D.E., Brooks-Gunn, J., Leventhal, T. et Hertzman, C. (2002) Neighbourhood income and physical and social disorder in Canada: associations with young children's competencies. **Child Development**, 73, p.1844-1860.
- Konadu-Agyemang, K. (2000) The best of times and the worst of times: structural adjustment programmes and uneven development in Africa: the case of Ghana. **Professional Geographer**, 52(3), p.469-483.
- Lamb, M.E. (1998) Non-parental child care: context, quality, correlates, and consequences. Dans : Damon, W., Sigel, I.E. & Renninger, K.A. eds. **Handbook of child psychology. Vol. 4, Child psychology in practice**. New York : Wiley, p.73-133.
- Lansdown, G. (2005) **Can you hear me? The right of young children to participate in decisions affecting them**. Working Papers in Early Childhood Development. Bernard van Leer Foundation, mai 2005.
- Leventhal, T. et Brooks-Gunn, J. (2000) The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. **Psychological Bulletin**, 126(2), p.309-337.
- Maggi, S., Hertzman, C., Kohen, D. et D'Angiulli, A. (2004) School proportion of highly competent, neighbourhood socioeconomic characteristics, and class composition. **Journal of Educational Research**, 98(2), p.109-114.
- Maggi, S., Irwin, L.G., Siddiqi, A., Poureslami, I., Hertzman, E. et Hertzman, C. (2005) **Analytic and strategic review paper: International perspectives on early child development**. Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, décembre 2005.
- Magnuson, K.A., Ruhm, C. et Waldfogel, J. (2007). The persistence of preschool effects: do subsequent classroom experiences matter? **Early Childhood Research Quarterly**, 22 (1), p.18-38.
- Marmot, M. et Wadsworth, M. eds. (1997) **Fetal and early childhood environment: long term health implications**. Londres : British Medical Bulletin.

- Masten, A.S. et Powell, J. L. (2006) A resilience framework for research, policy, and practice. Dans : Luthar, S.S. ed. **Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities**. Cambridge : Cambridge University Press.
- Mayall, B. (1996) **Children, health and the social order**. Buckingham : Open University Press.
- McArdle, P. (2003) Children's play. **Child: Care, Health & Development**, 27(6), p.509-514.
- NICHD Early Child Care Network. (2002) Early child care and children's development prior to school entry: results from the NICHD Study of Early Child Care. **American Educational Research Journal**, 39, p.133-164.
- NICHD Early Child Care Network (NICHD). (1996) Characteristics of infant child care: factors contributing to positive care-giving. **Early Childhood Research Quarterly**, 11, p.269-306.
- Nsmenang, B. (2005) The teaching-learning transaction: an Africentric approach to educational psychology. **Journal of Psychology in Africa**, 15(1) janvier, p.115-116.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2006) **Petite enfance, grands défis II : éducation et structures d'accueil**. OCDE.
- Organisation internationale du Travail (OIT). (2002) **Every child counts: new global estimates on child labour**. Genève : Organisation internationale du Travail.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2003) **Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant**. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Patel V., DeSouza N. et Rodrigues M. (2003) Post-natal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. **Archives of Disease in Childhood**, 88, p.34-37.
- Pelto, G., Dickin, K. et Engle, P. (1999) **Un lien crucial : interventions en faveur de la croissance physique et du développement psychologique, a review**. Genève : Département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, Organisation mondiale de la Santé.
- Pence, A.R., Habtom, A. et Chalamanda, F. (sous presse). Promoting capacity in ECD: complementary strategies and the evolution of the ECDVU in Africa. Dans : Garcia, M., Pence, A.R. & Evans, J. eds. **Africa's future—Africa's challenge: early childhood care and education in sub-saharan Africa**. Washington, Banque mondiale.
- Pence, A.R. et Marfo, K. (Eds.). (2004). Capacity building for early childhood education in Africa (special issue). **International Journal of Educational Policy, Research and Practice**, 5(3).
- Pinheiro, P.S. (2006). Rapport mondial sur la violence contre les enfants. **La violence contre les enfants, L'étude du Secrétariat général des Nations Unies**. New York, octobre 2006.
- Powell, C.A., Walker, S.P., Chang, S.M. et Grantham-McGregor, S.M. (1998) Nutrition and education: a randomized trial of the effects of breakfast in rural primary school children. **American Journal of Clinical Nutrition**, 68, p.873-879.
- Putnam, R.D. (2000) **Bowling alone: the collapse and revival of American community**. New York : Simon and Schuster.
- Ramey, C.T. et Ramey, S.L. (1998) Prevention of intellectual disabilities: early interventions to improve cognitive development. **Preventive Medicine**, 27(2), p.224-232.
- Richter, L. (2004). **The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review**. Genève : Département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, Organisation mondiale de la Santé.
- Richter, L. et Foster, G. (2006) **Strengthening systems to support children's healthy development in communities affected by HIV/AIDS**. Genève : Département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, Organisation mondiale de la Santé.
- Rogers, G. (1979) Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. **Population Studies**, 33, p.343-351.
- Ruiz-Pelaez, J. G., Charpak, N., et Cuervo, L.G. (2004). Kangaroo Mother Care, an example to follow from developing countries. **British Medical Journal**, 329, p.1179-1181.

- Sampson, R. J., Morenoff, J. D. et Earls, F. (1999) Beyond social capital: spatial dynamics of collective efficacy for children. **American Sociological Review**, 64(5), p.633-660.
- Schady, N. (2005). Early childhood development in Latin America and the Caribbean. Politiques, recherche, document de travail n° 3869. Washington, Banque mondiale.
- Schweinhart, L.J. (2004) **The High/Scope Perry preschool study through age 40: summary, conclusions, and frequently asked questions**. Ypsilanti : High/Scope Educational Research Foundation.
- Schweinhart, L.J., Barnes, H.V. et Weikart, D.P. (1993) **Significant benefits: the high/scope perry preschool study through age 27**. Ypsilanti : High/Scope Press.
- Shonkoff, J.P. et Phillips, D.A. (Eds.) (2000) **From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development**. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, Board on Children, Youth, and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council and Institute of Medicine. Washington, National Academy Press.
- Siddiqi, A. et Hertzman, C. (sous presse) The impact of slow-moving processes on population health trends: a comparative perspective of socio-political determinants in Canada versus the United States. **Social Science and Medicine**.
- Siddiqi, A. et Hertzman, C. (2001) Economic growth, income equality and population health among the Asian Tigers. **International Journal of Health Services**, 31, p.323-34.
- Siddiqi, A., Irwin, L.G. et Hertzman, C. (2007). The Total Environment Assessment Model of Early Child Development. Evidence Rapport pour la Commission des déterminants sociaux de la santé, Organisation mondiale de la Santé.
- Siddiqi, A., Kawachi, I., Berkman, L., Subramanian, S.V. et Hertzman, C. (sous presse) Variation of socioeconomic gradients in children's development across advanced capitalist societies: analysis of 25 OECD nations. **International Journal of Health Services**.
- Smeeding, T. et Ross, K. (1999) Social protection for the poor in the developed world: the evidence from LIS. Document de travail de la Série de l'Étude sur le revenu du Luxembourg, n° 204.
- Smith, L.C., Ramakrishnan, U., Ndiaye, A., Haddad, L. et Martorell R. (2003) The importance of women's status for child nutrition in developing countries. **Research Report 131, International Food Policy Research Institute**, p. 127-128. Washington, Department of International Health, Emory University.
- Solari, O. et Irwin, A. (2005) **Vers un cadre conceptuel pour l'analyse et d'action sur les déterminants sociaux de la santé**, document de discussion pour la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Spencer, N. (2004) The effect of income inequality and macro-level social policy on infant mortality and low birthweight in developed countries—a preliminary systematic review. **Child: Care, Health and Development**, 30(6), novembre, p.699.
- Storch, S.A. et Whitehurst, G.J. (2001) The role of family and home in the literacy development of children from low-income backgrounds. Dans : Britto, P.R. & Brooks-Gunn, J. eds. **New directions for child and adolescent development**, 92. Indianapolis, Jossey Bass, p.53-71.
- Tremblay, R.E., Boulerice, B., Foster, H., Romano, E., Hagan J. et Swisher, R. (2001) Les influences à niveaux multiples qui s'exercent sur le comportement des enfants canadiens. Document de travail n° W-01-2E. Ottawa, Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique, Développement des ressources humaines Canada, Direction Canada.
- UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture) (2007). Rapport de suivi mondial 2007. Paris, UNESCO. [Internet]. Disponible à : [http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL\\_ID=49591&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=49591&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html). [Accès : le 24 mars 2007].



## Références

- UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture) (2006). **Un bon départ : protection et éducation de la petite enfance**. Paris, UNESCO, 3 novembre. [Internet]. Disponible à : [http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL\\_ID=49591&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=49591&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html). [Accès : le 24 mars 2007].
- UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) (2007). **La situation des enfants dans le monde 2007 – Femmes et enfants : le double dividende de l'égalité des sexes**. [Internet] Disponible à : <http://www.unicef.org/sowco7/>. [Accès : le 24 mars 2007].
- UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) (2006). **Progrès pour les enfants : un bilan de la nutrition, numéro 4**. New York, UNICEF, mai 2006. [Internet]. Disponible à : <http://www.unicef.org/progressforchildren/2006n4/>. [Accès : le 24 mars 2007].
- UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) (1997). **Role of men in the lives of children: a study of how improving knowledge about men in families helps strengthen programming for children and women**. New York : UNICEF. [Internet]. Disponible à : [http://www.unicef.org/sowco4/sowco4\\_boys\\_education.html](http://www.unicef.org/sowco4/sowco4_boys_education.html). [Accès : le 24 mars 2007].
- Vandell, D. et White, B. (2000) **Child care quality: does it matter?** Madison, University of Wisconsin Institute for Research of Poverty.
- Wadsworth, M.E.J. (1997) Health inequalities in the life course perspective. **Social Science and Medicine**, 44, p.859-869.
- Waldman, R.J. (1992) Income distribution and infant mortality. **Quarterly Journal of Economics**, 107, p.1283-1302.
- Walker, S.P., Wachs, T.D., Gardner, J.M., Lozoff, B., Wasserman, G.A., Pollitt, E. et Carter, J.A. (2007) Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. The International Child Development Steering Group. **The Lancet**, 369(9556), Janvier.
- Weber, M. (1946) Class, status, and party. Dans : Gerth, H.H & Mills, C.W. eds. **From Max Weber: essays in sociology**. Traduit de l'allemand par Gerth, H.H et Mills, C.W. New York : Oxford University Press, p.180-95.
- Willms, J.D. (2003) Dix hypothèses sur l'impact des gradients socioéconomiques et des différences communautaires sur le développement de l'enfant. Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique, Développement des ressources humaines Canada, février.
- Winicki, J. et Jemison, K. (2003) Food security and hunger in the kindergarten classroom: Its effect on learning and growth. **Contemporary Economic Policy**, 21(2), p.145-157.
- Wylie, C., Hodgen, E., Ferral, H., et Thompson (2006). **Contributions of early childhood education to age-14 performance: evidence from the Competent Children, Competent Learners project**. Wellington, ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Zélande, Division de la recherche.
- Zuberi, D. (2001) **Transfers matter most**. Document de travail de la Série de l'Étude sur le revenu du Luxembourg, n° 271. Luxembourg, mai. [Internet. Disponible à : <http://www.lisprojecct.org/publications/liswps/271.pdf>. [Accès : le 24 mars 2007].





## Annexe A : Évaluation critique des données probantes sous-jacentes

Il a été débattu, ailleurs et de façon convaincante, que, pour plusieurs raisons, la hiérarchie traditionnelle des données probantes pourrait ne pas convenir pour « évaluer les données probantes se rattachant aux interventions sociales ou de santé publique ». <sup>8</sup> Cela est particulièrement vrai dans la recherche de données probantes au sujet des déterminants sociaux de la santé. L'importance que la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS accorde aux questions de mesures et de preuves appuie l'énoncé selon lequel ces hiérarchies probatoires traditionnelles sont incompatibles (ou du moins pas entièrement compatibles) avec les types d'information disponibles et souhaitables.

Les données probantes recueillies par le Réseau de connaissances en matière de développement de la petite enfance reposent sur plusieurs notions de ce qui constitue des « données probantes » valides et fiables. Le but est de fournir des moyens utiles de pondérer les données et l'information disponibles dans le domaine. Nous présentons ci-dessous un aperçu de la manière dont les données probantes ont été pondérées aux fins d'inclusion dans le présent rapport. Le contenu est présenté selon les « sphères d'influence » du cadre de l'IMDPE, puisque les « types de données probantes » se regroupent aussi autour de ces paramètres.

Au niveau de la personne, beaucoup des récentes données probantes disponibles dans la documentation proviennent de la vaste acceptation de la CDE. Comme les enfants sont reconnus à titre d'êtres humains à part entière dont les capacités se développent pour contribuer à leur vie future, les chercheurs ont aussi reconnu la valeur d'inclure les perspectives des enfants à la production de connaissances. Une limite majeure de l'interprétation de cet ensemble de données probantes (mais aussi sa force, en ce sens qu'elle est pertinente du point de vue de la méthodolo-

gie<sup>9</sup> vient de la petite taille des échantillons et de la nature de la recherche qualitative qui limitent la généralisabilité du travail. Malgré cette limite scientifique, la valeur et l'obligation morale et éthique de tenir compte des souhaits, des perspectives et des besoins des enfants étaient primordiales dans ces données probantes. Par conséquent, nous n'avons pas fait de grandes déclarations qui vont au-delà des données probantes. Nous avons plutôt laissé entendre que, à partir de la documentation traitant de leurs perspectives, les enfants méritent d'être considérés comme des acteurs sociaux et qu'il est de notre devoir de tenir compte de leurs points de vue dans notre travail. Les réponses biophysiques aux stimuli environnementaux qui donnent des résultats au niveau du développement des jeunes enfants ont fait l'objet de nombreuses investigations rigoureuses. Cela est particulièrement vrai en comparaison à l'ensemble des connaissances relatives aux interactions biologiques-environnementales chez les adultes. Nos connaissances sur le « conditionnement biologique » viennent de conditions expérimentales bien contrôlées auprès des primates (dont les humains) et des non-primates. Ainsi, l'information à ce niveau répond à la traditionnelle « règle d'or » de la preuve.

Pour ce qui est de la famille comme sphère d'influence, la base de données probantes est pratiquement dénudée d'évidence expérimentale. Cela est grandement attribuable au fait qu'il n'est ni faisable ni éthique de randomiser ou de contrôler les conditions familiales. Il y a des exceptions, comme l'évidence expérimentale (ou quasi-expérimentale) obtenue à partir d'études menées auprès de frères et sœurs et d'orphelins. Quand cela était possible, nous avons inclus ces études. En majeure partie, les études effectuées au sujet de l'effet des caractéristiques et de la structure familiales ou des compétences parentales sur les enfants étaient des études d'observation. Dans la recherche d'observation, tant des études descriptives (p. ex. études écologiques et transversales) que des études analytiques (p. ex. études de cohortes) ont été effectuées. Quand cela était possible, nous avons favorisé les résultats obtenus dans le cadre des études de cohortes plutôt que celles

Annexe A

<sup>8</sup> Petticrew, M et Roberts, H. (2003.) Evidence, hierarchies, and typologies: Horses for courses. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57: 527-529.

<sup>9</sup> Ibid.



des études descriptives. Comparativement aux études transversales, les études de cohortes permettent d'établir un ordre temporel : la cause précède le résultat. Pour ce qui est de la famille, il y avait aussi un souhait explicite de démontrer les tendances au niveau de la population entre les conditions socioéconomiques et le développement de l'enfant, et surtout, de démontrer l'écart entre ces tendances, entre les populations ou sociétés. Par conséquent, à ce niveau, pour cette tâche, l'information écologique transversale a été incluse. Le compromis était ici de sacrifier l'ordre temporel pour souligner un aspect important de la distribution développementale qui ne pouvait pas être saisi sans perspective écologique. L'ordre temporel a bien été établi dans les études de cohortes mentionnées ci-dessus, qui ont aussi été incluses pour offrir une perspective de niveau individuel sur les conditions socioéconomiques et le DPE.

Les données probantes sur les communautés résidentielles et relationnelles, pour des raisons similaires, proviennent principalement d'études de cohortes prospectives. Les études choisies pour l'examen sont celles qui ressortaient des modèles de recherche les plus forts; celles qui avaient été les mieux contrôlées, qui étaient les plus exemptes d'autres formes de biais, selon le jugement des revues dans lesquelles elles étaient présentées, et celles qui avaient une bonne réputation scientifique dans le domaine.

À la section des programmes et services de DPE, pour maintenir une perspective des déterminants sociaux de la santé relativement aux données probantes incluses au présent rapport, nous avons choisi de présenter des caractéristiques génériques et des principes stratégiques et organisationnels de qualité, de même que des programmes viables et transférables à l'échelle mondiale. Une des raisons expliquant cette décision est que, malgré les meilleures données probantes sur l'efficacité d'un programme ou d'un service, nous ne pouvons pas appuyer la pratique consistant à prendre un programme ou un service qui connaît du succès dans un contexte pour l'appliquer à un autre contexte en s'attendant à ce qu'il fonctionne aussi efficacement (ou à ce qu'il fonctionne tout court). Nous pouvons par contre appuyer la prise en compte de caractéristiques et de principes génériques qui vont

au-delà des contextes, ou de caractéristiques de milieux stimulants sur le plan physique et affectif qui ont fait leurs preuves pour ce qui est d'appuyer le développement des enfants. Pour répondre à la question des critères relatifs à l'inclusion d'exemples de programmes et de services dans le présent rapport, nous nous sommes tournés vers de nombreuses sources : 1) nos experts en DPE qui travaillent sur le terrain et qui ont vécu les effets de certains programmes — cela comprend la notion de la « meilleure pratique »; 2) la littérature grise; 3) les données probantes sur l'efficacité des programmes et services; et 4) la prise en compte de l'atteinte ou non des critères de création de milieux stimulants qui offrent du soutien et des soins physiques et affectifs pour les enfants que nous formulons à la section des programmes et services de DPE. Dans certains cas, les exemples ont été choisis pour appuyer un point de vue particulier, comme dans le cas de la méthode kangourou. Dans d'autres cas, l'inclusion reposait sur la disponibilité de l'information sur le programme ou le service. Nous nous sommes efforcés d'inclure les programmes et services de la plus haute qualité.

Pour les études incluses dans les sphères régionales, nationales et internationales, la rigueur scientifique était beaucoup plus difficile à assurer. Comme mentionné dans le plus vaste document TEAM-ECD (Siddiqi, Irwin et Hertzman, 2007), cela est grandement attribuable au manque d'études menées à cette échelle. L'examen de la documentation a fourni très peu d'information expérimentale, dont le principal exemple est l'étude du programme PROGRESA (renommé OPORTUNIDADES). En plus, la plupart de l'information recueillie vient d'études transversales ou d'autres formes d'études d'observation descriptives. Ces études, bien qu'elles ne fournissent pas de preuves définitives, ont été incluses parce qu'elles suggèrent fortement de futurs aspects à étudier et parce qu'il y a de forts liens plausibles entre les micro-niveaux pour lesquels nous avons des données (comme la famille) et les macro-environnements comme les environnements régionaux, nationaux et internationaux. En termes scientifiques traditionnels, la plausibilité est souvent évaluée en termes biologiques. Pour nous, une plausibilité sociologique est ici évidente.



## Annexe B : Exemples de programmes et services

Les programmes et services qui suivent sont présentés à titre d'exemples de « bonnes pratiques » visant à créer des environnements stimulants sur le plan physique et affectif dans une diversité de contextes.

### Liens aux systèmes de soins de santé

#### PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME)

Le programme PCIME de l'OMS vise à réduire la mortalité, la maladie et l'incapacité infantiles ainsi qu'à promouvoir la santé et le développement chez les enfants de 0 à cinq ans. Le PCIME comporte des aspects préventifs et curatifs, conçus pour être mis en œuvre au niveau de la famille et de la communauté, par l'entremise des systèmes de soins de santé. Le PCIME priorise le signalement et le traitement adéquats des maladies infantiles dans une variété de milieux, dont le foyer familial et les établissements de santé, mais fournit aussi du counseling pour les parents et les autres adultes responsables des enfants, et des services d'aiguillage pour les enfants gravement malades. La mise en œuvre comprend principalement les étapes suivantes :

- adopter une approche intégrée en matière de santé et de développement de l'enfant dans la politique de santé nationale;
- adapter les lignes directrices cliniques standards du PCIME aux besoins, aux politiques et aux médicaments disponibles du pays, de même qu'à la nourriture et à la langue locale;
- améliorer les soins dans les cliniques locales en enseignant aux travailleurs de la santé les nouvelles méthodes d'examen et de traitement des enfants, et en les formant pour qu'ils conseillent efficacement les parents;

- permettre l'amélioration des soins en assurant un approvisionnement suffisant en médicaments à faible coût et en équipement simple;
- renforcer les soins dispensés dans les hôpitaux aux enfants trop malades pour être soignés en consultation externe;
- mettre sur pied des mécanismes de soutien dans les communautés pour prévenir la maladie, aider les familles à prendre soin des enfants malades et à les amener dans les cliniques ou les hôpitaux au besoin.

Annexe B

(Source : <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>)

#### CARE FOR DEVELOPMENT (SOINS POUR LE DÉVELOPPEMENT)

En partenariat avec l'UNICEF, l'OMS a mis au point une composante spéciale de développement de la petite enfance appelée IMCI / Care for Development, qui a pour but d'être intégrée aux programmes existants de PCIME. Care for Development vise à sensibiliser davantage les parents et les autres adultes responsables des enfants à l'importance du jeu et de la communication avec les enfants en leur fournissant de l'information et des instructions durant les visites cliniques des enfants. Les données probantes ont démontré que Care for Development est une méthode efficace d'appuyer les parents et les autres adultes responsables des enfants pour qu'ils fournissent un milieu stimulant à leurs enfants en tirant profit des compétences qu'ils ont. On encourage les professionnels des soins de santé à percevoir les visites des enfants ayant une maladie mineure aiguë comme des occasions de transmettre le message de la composante Care for Development, comme l'importance d'une alimentation qui répond aux besoins de l'enfant pour améliorer sa croissance, et l'importance des activités de jeu et de communication pour aider les enfants à passer à la prochaine étape de leur développement. (Le dépliant est disponible, en anglais à : <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>.)

## ALLAITEMENT MATERNEL ET STIMULATION DU NOURRISSON

### Annexe B

Un projet pilote mené dans le sud de l'Iran vise à atteindre les buts nationaux en matière de développement, soit assurer des grossesses et accouchements sécuritaires, promouvoir l'allaitement maternel et l'espacement des naissances, fournir une stimulation psychologique en bas âge et aider les parents à éviter les retard au niveau du développement des jeunes enfants. Le projet, qui a eu d'importantes répercussions sur le succès de l'allaitement, tente d'appuyer et de promouvoir les pratiques d'allaitement maternel, tant à l'hôpital qu'après le congé (au moyen d'une visite et consultation à domicile faite par une infirmière), en offrant des consultantes en allaitement, de l'interaction et du soutien entre pairs et une formation pertinente pour les nouvelles mères qui ont besoin de plus d'information. De façon générale, dans la région, le taux d'alphabétisation des femmes est faible, particulièrement dans les zones rurales. Le but du programme est de faire le pont entre les habitudes tribales et culturelles et les croyances sur l'allaitement maternel, la nutrition de l'enfant, la santé et le développement, et la bonne pratique de l'allaitement maternel en fournissant un soutien qui permet de transmettre de l'information uniforme et de haute qualité sur l'allaitement maternel. Ce point de contact établi dans le système de soins de santé donne aux parents l'occasion d'avoir accès à des services de consultation sur l'allaitement maternel et à des cours sur l'éducation des enfants. L'évaluation à mi-mandat du projet – faite sous forme d'une étude sur le savoir, l'attitude et la pratique – a révélé que la participation du système de soins de santé aux efforts d'éducation sur l'allaitement maternel et la nutrition dans la région a significativement amélioré les connaissances des mères, ce qui a entraîné l'adoption de comportements favorisant la santé et la nutrition de leurs enfants. D'autres évaluations sont requises pour fournir des données probantes sur les répercussions du programme sur les résultats pour le développement de l'enfant. (Froozani, M.D., Permezhadeh, K., Dorosty Motlagh, A.R. et Golestan, B. (1999) Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health

of infants in their first 4 months in the Islamic republic of Iran. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 77(5), p.381–385.)

## VISITES INFIRMIÈRES À DOMICILE

### *Kazakhstan*

Par l'entremise de son système de visites infirmières à domicile, le Kazakhstan a introduit un module d'éducation sur le DPE pour accroître la compréhension qu'ont les parents des besoins de développement psychosociaux et cognitifs de leurs enfants — sans coûts additionnels. Le module Care for Development de la trousse de formation du PCIME, conjointement mis au point par l'OMS et l'UNICEF, a été utilisé à titre de trousse de formation de base. Le projet conjointement appuyé par l'OMS et l'UNICEF est mis en œuvre sous la direction du ministère de la Santé du Kazakhstan. Il repose sur le système de soins de santé existant du pays et vise à améliorer la capacité des fournisseurs de services. Durant sa mise en œuvre, le programme fait participer les établissements d'enseignement médical locaux, l'administration locale et la communauté. Les infirmières visitent les nouveau-nés presque chaque semaine durant le premier mois et régulièrement par la suite. Un centre sur les modes de vie sains participe aussi au développement des connaissances, à la formation, à la surveillance et à l'évaluation. Ce centre de formation paragouvernemental entretient des liens pédagogiques étroits avec les établissements de recherche médicale et sociale. Le programme a récemment été évalué et le rapport sera disponible sous peu.

Ce programme, et plusieurs initiatives similaires appuyées par des ONG internationales, la Banque mondiale et d'autres organismes peuvent jouer un important rôle dans l'extension de la réforme du système de soins de santé du Kazakhstan.

### *Australie*

En Australie, des infirmières communautaires de santé maternelle et de l'enfant visitent régulièrement les jeunes enfants durant les cinq premières années de leur vie<sup>10</sup>, notamment dans le but de promouvoir le DPE. En

plus de surveiller le développement et de répondre aux préoccupations des parents au sujet du développement et du comportement, beaucoup d'infirmières offrent une orientation et suggèrent des façons de favoriser le développement. Elles animent des groupes pour les nouvelles mères et fournissent aux parents une variété de ressources écrites sur le DPE. (Department of Health and Aged Care. (1998) *A healthy start for 0 to 5 year olds*. Department of Health and Aged Care Occasional Papers Series, No 3. Australie.)

#### PRISE EN CHARGE DU DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE

Le programme de prise en charge du développement communautaire de la Malaisie a été mis sur pied pour répondre aux besoins des enfants et des familles des communautés pauvres en ressources en vue d'améliorer l'environnement dans lequel sont élevés les enfants. La prise en charge du développement communautaire comprend les activités suivantes :

- expansion des programmes préscolaires en mettant l'accent sur la stimulation du développement cognitif, physique et socio-émotionnel.
- organisation par les travailleurs des soins de santé de réunions avec les membres de la communauté pour repérer les services officiels et officieux existants qui répondent aux besoins particuliers des familles et en dresser le plan.

Les priorités pour les communautés sont ensuite d'établir un programme de garde d'enfants et un plan d'immunisation pour les jeunes enfants, de même que des activités rémunératrices pour les femmes et les mères monoparentales. Les parents ont participé à l'élaboration et à la coordination des interventions – comme une évaluation pédiatrique, des services éducationnels, des services d'intervention – et à la coordination de la garde d'enfants. Une importante caractéristique du programme consiste à renforcer les liens entre les valeurs parentales, la structure sociale de la communauté et le système de soins de santé. Ce programme, qui est manifestement rentable, tire profit

des ressources communautaires existantes. La prise en charge du développement communautaire traite des besoins particuliers des enfants en matière de DPE en combinaison avec les services et programmes de soins de santé et encourage les femmes à participer à des activités rémunératrices.

Annexe B

#### REACH OUT AND READ (ROR)

Reach Out and Read (ROR) est un organisme national à but non lucratif des États-Unis qui fait la promotion de l'alphabétisation en bas âge en donnant, dans le cadre des examens pédiatriques, de nouveaux livres aux enfants et des conseils aux parents sur l'importance de lire à haute voix. Les programmes du ROR font de l'alphabétisation en bas âge une partie intégrante des soins pédiatriques primaires et sont, à ce titre, un point de contact avec le système de soins de santé, qui a fait ses preuves lorsqu'il s'agit d'appuyer le développement du jeune enfant. Conformément au modèle du ROR, les médecins et infirmières informent les parents que la lecture à haute voix est ce qu'il y a de plus important pour aider leurs enfants à aimer les livres et à commencer l'école prêts à apprendre. Les pédiatres et autres cliniciens sont formés selon le modèle en trois parties du ROR en vue de promouvoir l'alphabétisation des enfants.

1. À chaque examen du bien-être de l'enfant, les médecins et infirmières encouragent les parents à lire à haute voix à leurs enfants et donnent des conseils appropriés à l'âge et de l'encouragement. Les parents qui ont de la difficulté à lire sont encouragés à inventer leurs propres histoires à partir des images des livres et à nommer les objets avec leurs enfants.
2. Les fournisseurs de soins donnent à chaque enfant âgé entre six mois et cinq ans un livre neuf à garder, qui convient à son développement.
3. Dans des salles d'attente riches en possibilités de lecture, où se trouvent souvent des lecteurs bénévoles, les parents et les enfants découvrent les plaisirs de regarder des livres ensemble et des techniques connexes.

Les résultats des recherches d'évaluation des répercussions du ROR sont remarquablement constants. Comparativement aux familles qui n'ont pas participé aux programmes du ROR, les parents ayant profité d'une intervention de l'organisme sont significativement plus susceptibles de lire à leurs enfants et d'avoir plus de livres d'enfants à la maison. Encore plus important, les études qui examinent le langage chez les jeunes enfants ont permis de constater un lien entre l'intervention du ROR et des améliorations statistiquement importantes des notes attribuées au langage préscolaire, un bon indicateur prévisionnel du succès ultérieur de l'alphabétisation.

Il y a actuellement des sites offrant les programmes du ROR dans les 50 États, le District de Columbia, Puerto Rico, les îles Vierges américaines et Guam. Les programmes du ROR sont offerts dans les hôpitaux, les centres de santé et les cabinets de pédiatrie privés. (Source : <http://www.reachoutandread.org/index.html>)

#### DPE INTÉGRÉ AXÉ SUR LA FAMILLE (INTEGRATED FAMILY-BASED ECD-IFBECD)

En Thaïlande, plusieurs organismes locaux et internationaux, par exemple, UNICEF, Christian Children's Foundation et Save the Children, en collaboration avec le service de la santé du ministère de la Santé publique et les universités locales, ont appuyé la mise sur pied de l'initiative Integrated Family-Based ECD (IFBECD), en cours depuis 1990. L'initiative est mise en œuvre à partir de centres de santé des enfants et comprend une collaboration entre des mères expérimentées (qui agissent bénévolement à titre d'ambassadrices), le système de soins de santé et la plus vaste communauté (p. ex. les universités, d'autres centres d'enseignement et des organismes à but non lucratif). Chaque ambassadrice travaille avec cinq familles de son quartier et fournit aux mères de l'information et des conseils sur la santé, la nutrition et le développement des enfants dans divers milieux comme la maison des gens ou le marché local. Des séances de formation mensuelles (sur des questions comme la vie de famille, le développement de l'enfant, les soins du nourrisson, etc.) et des réunions

sont tenues dans les services locaux de santé pour tenir les ambassadrices à jour sur la nouvelle information et le nouveau matériel traitant de la santé et du développement des enfants. L'approche est particulièrement utile parce que, en Thaïlande, les enfants plus âgés dispensent fréquemment des soins à leurs frères et sœurs plus jeunes ou à des voisins. Les ambassadrices fournissent aussi aux enfants plus âgés l'information nécessaire sur l'importance de la santé, de la nutrition et des questions de développement de l'enfant. Dans une des leçons d'ordre plus pratique, les élèves de 5e et 6e années travaillent avec les ambassadrices et acquièrent des connaissances sur la vaccination et le progrès développemental des enfants plus jeunes de la famille. Toutes ces initiatives d'éducation et de formation sont coordonnées par le ministère de la Santé publique. Dans ce cas, les évaluations positives du programme ont entraîné l'expansion du programme aux enfants de 0 à 18 ans, mais cette démarche a affaibli le programme, à un point tel qu'il ne fonctionne plus. (Herscovitch, L. (1997) *Moving Child and Family Programs to Scale in Thailand: Integrated Program for Child and Family Development*. Bangkok, Thaïlande : UNICEF)

#### IMMUNISATION

##### *Programme élargi de vaccination (PEV)*

Le Programme élargi de vaccination (PEV) de l'OMS a initialement été lancé en 1976, une époque où moins de 5 % des enfants du monde avaient été vaccinés contre les six maladies les plus facilement évitables : diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, rougeole et tuberculose. Au cours des 30 dernières années, le PEV a augmenté sa couverture de sorte qu'on estime qu'il y a aujourd'hui annuellement 500 millions de contacts d'immunisation avec les enfants de partout dans le monde. La prévention de la maladie est une composante majeure de la réduction de la mortalité infantile, et la réussite internationale à long terme du PEV a entraîné des réductions importantes et mesurables des maladies évitables. La réussite et la portée à long terme du PEV fournissent maintenant un cadre à partir duquel introduire d'autres services pour la santé des enfants.

L'ampleur du PEV de l'OMS, de même que sa couverture quasi-universelle, sont maintenant reconnues comme des possibilités de grande valeur à partir desquelles intégrer d'autres activités de promotion de la santé des enfants. À une époque où 90 % des enfants du monde sont vaccinés, habituellement au cours des deux premières années de leur vie, il s'agit d'un point de contact possible pour d'autres interventions ou suivis de santé. Le Kenya s'est montré particulièrement proactif pour ce qui est d'utiliser ce point de contact précoce. Le ministère de la Santé du Kenya a récemment décidé de recueillir, à partir d'une population de base, de l'information sur les indicateurs du développement durant les visites de vaccination comme moyen de surveillance des progrès du DPE. Les visites de vaccination sont aussi perçues comme une occasion de distribuer de l'information aux parents sur le DPE et la santé du nourrisson (communication personnelle, Annah Wamae). Parmi les autres initiatives novatrices qui utilisent les visites d'immunisation comme point de contact clé dans le secteur de la santé, on compte la distribution à grande échelle au Togo de filets de protection pour les lits traités à l'insecticide et conçus pour réduire davantage la propagation de maladies comme la malaria.

L'importance des programmes d'immunisation universelle ne doit pas être sous-estimée, tant pour ce qui est de réduire les maladies infantiles que de fournir des occasions d'interventions additionnelles durant la petite enfance. Comme les programmes d'immunisation dépendent fréquemment d'une combinaison de sources de financement publiques, privées, nationales et internationales, ils doivent souvent faire concurrence à d'autres programmes et priorités de santé nationale. Bien que les 30 ans d'histoire du PEV se soient traduits par un succès à l'échelle mondiale, les variations et les fluctuations de la couverture vaccinale au niveau national indiquent la difficulté qui se rattache au maintien de l'universalité des programmes d'immunisation. ([www.afro.who.int](http://www.afro.who.int); [www.unicef.org/health/files/UNICEFTechnicalNote1MalariaImplementationApproach\(1\).doc](http://www.unicef.org/health/files/UNICEFTechnicalNote1MalariaImplementationApproach(1).doc). R Kim-

Farley, R. (1992) *Global Immunization. Annual Review of Public Health*, Vol. 13, p.223-237.)

*Services intégrés de développement de l'enfant (Integrated Child Development Services –ICDS)*

Annexe B

Une autre initiative similaire en Inde, Integrated Child Development Services (ICDS), est un effort multidimensionnel communautaire visant à améliorer la qualité de vie des femmes et des enfants qui vivent dans la pauvreté. Le programme est né de la reconnaissance du fait que le développement de tous les nourrissons doit être évalué et que les cliniques de vaccination établies offrent un point de contact avec le système de soins de santé. C'est dans ce contexte qu'un programme plus complet de développement de la petite enfance a été mis sur pied. Les cliniques fonctionnent en rapport avec les établissements de santé durant les visites de vaccination des bébés. On donne aux mères de l'information sur le développement et une carte d'observation du développement pour les aider à suivre le développement de leur bébé et leur donner l'occasion de demander une évaluation détaillée, au besoin. Le but du plan est d'habiliter les familles, en particulier les mères, à en apprendre davantage sur la santé de leur bébé et sur les questions du développement en offrant de l'éducation sur place et la possibilité de visites de suivi à domicile.

Comme les programmes d'immunisation sont jumelés à d'autres services de santé des enfants, comme des interventions durant la petite enfance et le suivi du DPE, il pourrait y avoir des possibilités accrues de trouver du financement public permanent pour ces programmes. (India Development Observation Card Chaturvedi, E., B. C. Srivastava, J. V. Singh, et M. Prasad. 1987. « Impact of Six Years' Exposure to the ICDS Scheme on Psychosocial Development », *Indian Pediatrics* 24:153-64. [http://www.unicef.org/india/media\\_2640.htm](http://www.unicef.org/india/media_2640.htm) et [http://www.unicef.org/india/media\\_188.htm](http://www.unicef.org/india/media_188.htm)



## En l'absence de systèmes de soins de santé

### ACCÈS ÉGAL PAR RADIO AU NÉPAL (EQUAL ACCESS INITIATIVE)

Annexe B

L'initiative Equal Access utilise la technologie à faible coût qui convient (radiodiffusion par satellite, diffusions AM et FM) et une approche communautaire pour transmettre de l'information aux familles qui vivent dans des régions rurales éloignées. Equal Access crée des stratégies de communication adaptées et des solutions d'information sur une variété de sujets dont la prévention du VIH-sida, la santé des femmes et le développement de la petite enfance. En concevant et en produisant des programmes audio et multimédias convaincants dans la langue locale, l'initiative éduque les auditoires cibles et leur sert de catalyseur du changement.

Une nouvelle émission de radio nommée *Kheldai Sikdai* (apprendre en jouant) est maintenant diffusée au Népal sur la radio FM et par satellite aux centres de DPE et auprès de millions d'auditeurs. *Kheldai Sikdai* aide les parents et les communautés à créer des milieux positifs pour les enfants de moins de six ans. Grâce à cette émission, les parents apprennent l'importance du développement intellectuel et affectif de leurs enfants. Cette émission agréable et divertissante va au-devant des parents et des travailleurs des centres pour enfants en leur présentant des manières de mieux cerner les besoins des enfants, d'y répondre et de les appuyer. En rassemblant les éducateurs, les parents et les moniteurs formés en DPE, *Kheldai Sikdai* transforme le manque de connaissances au sujet du développement de la petite enfance qui perpétue les cycles de la pauvreté partout au Népal. En discutant avec franchise et en mettant en contexte les répercussions des droits des enfants, de l'apprentissage par le jeu et des rôles parentaux et communautaires dans l'éducation d'un enfant, les émissions contribuent à changer la conception et favorisent l'éducation durant la petite enfance. Une grande partie de cet effort consiste à travailler avec les éducateurs et les parents pour aller au-delà des méthodes d'apprentissage par mémorisation tradition-

nelles et à convaincre les parents que les programmes, les histoires et les chansons axés sur le jeu sont pertinents et valides et qu'ils accélèrent le développement intellectuel des enfants. De plus, les émissions ont recours à des entrevues avec les membres de la communauté et des spécialistes en éducation, de même qu'à des chansons et des histoires, pour transformer la mentalité des éducateurs, du gouvernement et — surtout — des parents des jeunes enfants de partout au Népal. Elles contribuent à une compréhension de la pertinence et des bienfaits à long terme des programmes de DPE offerts aux enfants avant qu'ils ne commencent l'école primaire. Les différents épisodes traitent aussi de sujets comme la maternité sans risque, la nutrition et l'immunisation. (Source : Equal Access, Global Program Report 2006. <http://www.equalaccess.org>)

### MISE AU POINT D'UN PROGRAMME ÉDUCATIF SUR LE DPE AXÉ SUR LES VILLAGES AU LAOS

Le travail effectué dans le cadre du programme pour le développement des femmes (The Women's Development Project) visait à promouvoir différentes initiatives de développement dans cinq provinces du Laos. Après cinq ans, l'intérêt s'est développé et le besoin de traiter plus directement des questions du développement de l'enfant s'est fait sentir. L'initiative Early Childhood and Family Development (ECFD) est née de cette expérience. Des ateliers de planification de projets pour l'ECFD ont été organisés dans des villages aux étapes initiales d'élaboration et de mise en œuvre. La planification faite au niveau des villages a permis d'établir une entente sur les besoins et les objectifs, de comprendre la conception générale, d'évaluer les ressources et les contraintes, de planifier les activités, de mettre sur pied le comité de l'initiative et de définir les critères de sélection des bénévoles des villages. Le processus d'élaboration d'un programme éducatif axé sur la communauté a mis l'accent sur une approche participative au niveau local pour créer un programme qui pourrait être adapté aux besoins particuliers de différents groupes ethniques. Le processus a mis l'accent sur la

collecte de données et l'évaluation des besoins des villages. L'analyse des connaissances traditionnelles existantes a été utilisée comme base pour l'élaboration du programme. Une des activités les plus uniques de l'expérience du Laos a été l'établissement d'une entente de participation du village signée par les membres et le comité du développement du village. Elle reposait sur le cadre des droits de l'enfant et comprenait des mesures pouvant être adoptées immédiatement en attendant l'aide externe requise. (Description tirée de : Programming experiences in ECD; première édition, novembre 2006, UNICEF. p. 23. et Banque mondiale, Early Childhood Counts: Programming Resources for Early Childhood Care and Development (CD-ROM), Groupe consultatif sur les soins et le développement de la petite enfance, Banque mondiale, Washington DC, 1999.)

*Annexe B*

## Annexe C : Mesure du développement de la petite enfance basée sur une population selon une perspective nationale

Dans la communauté internationale du développement, de multiples efforts ont été déployés pour évaluer le bien-être social selon des façons qui facilitent la comparaison entre les sociétés. À ce jour, de nombreuses approches ont été mises au point, chacune ayant sa propre série d'hypothèses au sujet des facteurs qui contribuent au bien-être et qui le reflètent. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Réseau de connaissances en matière de développement de la petite enfance, propose que le développement de la petite enfance (DPE) est un résultat (ou plutôt, une série de résultats) qui reflète de façon fondamentale la réussite sociale des sociétés. Le DPE est aussi un indicateur de la réussite sociétale future, puisqu'il est lié aux aptitudes à apprendre, à la santé et à d'autres mesures du bien-être tout au long du cycle de vie; à ce titre, il peut donc être considéré comme une mesure fondamentale du potentiel des sociétés de prospérer dans de nombreux domaines sociaux. La mesure dans laquelle un pays fournit des possibilités visant le sain développement de l'enfant est la mesure dans laquelle il appuie le bien-être de ses membres les plus vulnérables.

De la documentation antérieure laisse entendre que les conditions défavorables, comme de faibles PIB, de grandes inégalités au niveau du revenu, etc. influent différemment sur les membres des sociétés. Selon nous, les enfants sont souvent un groupe vulnérable en raison d'une variété de facteurs – de leur phase de développement biologique à leur capacité compromise de faire des choix de vie. Les connaissances sur les niveaux de DPE dans une société fournissent une mesure directe du bien-être sociétal en mettant en lumière le bien-être durant la petite enfance et, ce faisant, traitent des possibilités d'avenir

des sociétés en matière de bien-être. Par conséquent, nous encourageons une mesure du DPE axée sur une population dans le but d'établir un indicateur social accepté à l'échelle mondiale.

Malgré notre vaste examen de la documentation, nous n'avons pas trouvé d'efforts antérieurs visant à encadrer le DPE de cette manière. La raison semble être la suivante : jusqu'à ce jour, la recherche sur le DPE était un domaine axé sur la personne, dominé par des approches psychologiques et éducationnelles qui mettaient l'accent sur des stratégies de mise en œuvre de programmes éducatifs et autres. L'arrivée du Réseau de connaissances en matière de développement de la petite enfance, sous l'égide de l'OMS, offre la possibilité d'ajouter à la donne une perspective différente, celle de la santé de la population. La santé de la population perçoit le DPE comme un déterminant social de la santé, ce qui exige que nous en venions à comprendre, par des mesures, d'où viennent les différences systématiques dans les possibilités de sain développement de l'enfant entre des populations d'enfants du monde entier clairement définies. Une fois cernées, ces différences systématiques sont au cœur de la compréhension des déterminants modifiables du DPE, ce qui peut permettre des progrès dans la mesure du DPE dans le temps et dans la mesure de l'équité d'accès aux conditions qui favorisent un sain développement de l'enfant.

Il ne sera pas facile d'en arriver à une entente sur un indicateur de DPE comparable à l'échelle internationale. L'indicateur doit répondre aux critères suivants :

- englober les domaines du développement de la petite enfance qui influent sur la santé, le bien-être, l'apprentissage et le comportement dans l'ensemble du cycle de vie.
- reposer sur une conception internationale commune des domaines pertinents de DPE, sur un consensus quant aux éléments spécifiques de chaque domaine qui doivent être mesurés de la même façon partout dans le monde et sur la reconnaissance des éléments qui sont distincts dans différents contextes.

- en dépit des défis indiqués ci-dessus, l'indicateur doit être transférable à divers contextes mondiaux et tenir compte du fait que les conditions dans lesquelles les enfants meurent sont les mêmes conditions que celles dans lesquelles les enfants vivent.
- fournir une information valide et comparable pour les enfants d'un âge donné, qu'ils aillent ou non à l'école.

À la lumière de ces défis, l'indicateur de DPE ne peut pas être une seule particularité, comme la mortalité infantile; il doit plutôt utiliser de multiples particularités du développement de l'enfant. À ce jour, le précédent le mieux réussi et digne de mention sur la scène internationale est peut-être l'indice de développement humain (IDH), introduit en 1990 dans le cadre du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). L'IDH évalue l'état de bien-être sociétal à partir d'une cote globale établie selon trois mesures : espérance de vie, alphabétisation adulte et pouvoir d'achat ajusté en fonction du PIB par habitant. Il est juste de dire que l'IDH a eu une grande influence dans les discours portant sur le développement international. Pour ce qui est du DPE, les multiples particularités doivent être suffisamment larges pour répondre au premier critère ci-dessus; soit, englober les domaines du développement de la petite enfance qui influent sur la santé, le bien-être, l'apprentissage et le comportement dans l'ensemble du cycle de vie. Dans la pratique, il y a trois grands domaines de développement qui répondent à ce critère : physique, du langage et cognitif, et social-émotionnel.

On parle de « commensuration » pour faire référence au processus consistant à réduire à un seul indice, transférable et comparable, des domaines aussi divers que les aspects physiques, sociaux-émotionnels, du langage et cognitifs du développement. Ainsi, en réduisant chaque domaine à un nombre, nous pouvons les comparer directement les uns aux autres et, en réduisant ces nombres à un seul indice à multiples attributs, nous pouvons comparer le DPE entre les sociétés, comme nous le faisons actuellement avec la mortalité infantile. De toute évidence, la commensuration prête à controverse et entraîne depuis

toujours des divisions intellectuelles. Par exemple, Platon était en faveur de la commensuration alors qu'Aristote s'y opposait. Il n'est pas surprenant que cette division soit bien présente dans la communauté internationale du développement d'aujourd'hui. Les quatre critères indiqués ci-dessus reflètent un compromis entre — d'un côté — le besoin de réussir une démarche de commensuration pour permettre au DPE de faire concurrence à d'autres priorités se rattachant à l'enfance (comme la survie) au « niveau épistémologique » et — d'un autre côté — la nécessité de ne pas laisser la tendance réductionniste liée à la commensuration faire fi de la diversité mondiale en faisant passer le DPE comme une question n'exigeant aucune distinction.

Annexe C

## Annexe D : Perspective mondiale sur les enfants et les familles : discussion d'un extrait du livre *Forgotten Families* de Jody Heymann

### Introduction

Avec l'immense connexité des gens et des sociétés partout dans le monde, une perspective mondiale sur les enjeux auxquels font face les enfants et leurs familles est cruciale. Deux principaux facteurs servent de force d'impulsion pour un examen à vision mondiale. D'abord, de plus grands liens sont créés entre les sociétés par une meilleure information au sujet de l'état des gens de partout et de leurs environnements. Deuxièmement, avec la plus grande complexité de l'économie mondiale, les décisions stratégiques prises dans un pays ou une région ont des répercussions de grande portée partout dans le monde. À cet égard, les contributions du travail de Jody Heymann ont été majeures. Les études menées par Mme Heymann dans le cadre du Project on Global Working Families (projet sur les familles ayant un revenu de travail à l'échelle mondiale) comprenaient notamment des entrevues en profondeur avec plus de 1 000 familles de l'Amérique latine, de l'Afrique, de l'Asie, de l'Amérique du Nord et de l'Europe; l'analyse des données d'un sondage sur 55 000 familles de partout dans le monde; et, l'examen de la mesure dans laquelle les politiques publiques appuyaient les parents qui travaillent et leurs enfants dans 180 pays. Voici une traduction libre des points saillants du livre *Forgotten Families: Ending the Growing Crisis Confronting Children and Working Parents in the Global Economy* (Oxford University Press, 2006). Vous trouverez plus d'information à [www.mcgill.ca/ihsp/](http://www.mcgill.ca/ihsp/).

### Fausse idées courantes sur les services de garde des jeunes enfants

Les habitudes de garde des enfants présentent dans différentes circonstances sociétales sont une des principales façons dont l'économie mondiale a des répercussions sur les enfants et les familles. « Quand on demande aux dirigeants de la plupart des pays qui s'occupent des nourrissons, des jeunes enfants et des enfants d'âge préscolaire, leurs réponses sont similaires : 'les grands-parents jouent un grand rôle dans notre culture'. En poussant un peu plus loin, leurs réponses indiquent clairement qu'ils parlent des grands-mères. On se demande alors qu'est-ce qui se passe quand les grands-mères ne sont pas disponibles? Les gens répondent inévitablement 'beaucoup de personnes dispensent des soins non structurés ou informels, comme les membres de la famille, les voisins, les femmes de la communauté'. 'Beaucoup de mères peuvent amener leurs enfants au travail'. Les réponses sont vagues parce qu'elles décrivent un monde qui est demeuré caché, non examiné.

[Quand nous avons dit à un grand hôpital d'enseignement de Gabarone que] nous examinions les conditions auxquelles font face les familles dans lesquelles les parents travaillent... une main s'est levée. 'Ici, nous ne sommes pas concernés par ces questions. Comme tout le monde peut compter sur les membres de sa famille élargie, nous n'avons jamais de problème à trouver quelqu'un pour s'occuper de nos enfants.' Cette croyance était satisfaisante, mais le problème était que l'expérience des familles que nous avons interrogées à Botswana la démentait. Nous avons interrogé beaucoup de familles dans lesquelles les parents n'avaient d'autres choix que de laisser leurs enfants seuls à la maison, de retirer les enfants plus vieux de l'école pour s'occuper gratuitement des enfants ou d'amener les enfants au travail, même si cela représentait une menace à leur santé et à leur développement ou une menace pour l'emploi du parent. Mais avant que je puisse répondre à l'idée fantaisiste du premier orateur en partageant les expériences des quelque 250 personnes que nous avons déjà interrogées, un chirurgien botswanais a levé la main à son tour pour dire 'De nombreux parents n'ont



personne sur qui se fier. Pour cette raison, je vois beaucoup d'enfants qui finissent par être laissés seuls à la maison et qui aboutissent à la salle d'urgence ou dans ma salle d'opération avec des os cassés et des brûlures<sup>9</sup> ».

## Conclusions empiriques sur les habitudes de garde des jeunes enfants

### FAMILLE ÉLARGIE

« Alors, quelle est donc la réalité mondiale? Il n'y a pas de doute que, lorsqu'il s'agit des soins dispensés aux enfants, le fait d'avoir deux parents dans une famille nucléaire et d'avoir une famille élargie peut faire une énorme différence. Parmi les familles que nous avons interrogées, 33 % des parents monoparentaux avaient laissé leurs jeunes enfants seuls à la maison comparativement à 22 % des parents vivant avec un conjoint ou un partenaire. Quand les parents monoparentaux n'ont pas d'autres adultes qui s'occupent des enfants dans la maison, les jeunes enfants sont encore plus susceptibles d'être laissés seuls à la maison (56 % contre 23 %)... Mais les mythes selon lesquels les familles élargies règlent le problème à elles seules sont faux et ce, d'au moins trois façons. D'abord, beaucoup de parents qui travaillent et leurs jeunes enfants ont des contacts sporadiques et limités ou pas de contacts avec les membres de la famille élargie vers lesquels ils pourraient se tourner pour obtenir de l'aide. À l'échelle mondiale, avec l'urbanisation et la mobilité accrue nécessaire pour obtenir et garder un emploi, on assiste à une diminution du nombre d'adultes qui travaillent et qui vivent suffisamment près de leurs propres parents pour obtenir une aide régulière.

Deuxièmement, même chez ceux qui continuent de vivre près des grands-parents de leurs enfants, beaucoup ne peuvent pas compter sur eux pour obtenir de l'aide. Il est possible que les grands-parents doivent eux-mêmes travailler et qu'ils soient, en tant que parents, aussi contraints dans leur capacité de prendre congé pour dispenser des soins à leurs petits-enfants malades. Troisièmement, trop souvent, ces adultes de la famille qui pourraient être en mesure d'aider — parce qu'ils

sont à proximité, qu'ils ne travaillent pas ou qui s'occupent déjà d'une maison pleine d'enfants — font face à des contraintes de santé physique et mentale. En fait, quand les membres de la famille élargie sont à proximité, ils sont tout aussi susceptibles d'avoir eux-mêmes besoin d'aide que d'être en mesure de fournir de l'aide. »

### QUAND LA FAMILLE ÉLARGIE N'EST PAS UNE OPTION

« Dans les situations où les membres de la famille élargie ont besoin de soins, les enfants d'âge préscolaire obtiennent souvent moins de soins que s'il n'y avait pas de membres de la famille élargie à proximité. Quand les mères et les pères s'occupent d'autres membres de la famille malades, les enfants sont deux fois plus susceptibles d'être laissés seuls à la maison. Quarante pour cent (40 %) des parents qui travaillent et qui s'occupent d'un conjoint malade et 41 % des parents qui dispensent des soins à la famille élargie avaient dû laisser un enfant seul à la maison (comparativement à 22 % de ceux qui ne s'occupaient pas d'un conjoint malade et à 21 % de ceux qui ne s'occupaient pas d'autres membres de la famille malades). Quand les membres de la famille élargie n'ont pas besoin d'aide, ils peuvent quand même être trop limités sur le plan physique, trop frêles ou trop malades pour dispenser les soins nécessaires à leurs petits-enfants, à leurs neveux et nièces et à d'autres personnes à charge parce que les mêmes contraintes d'âge et de santé qui limitent leur capacité de travailler nuisent à la qualité des soins qu'ils peuvent dispenser. »

De plus, ces facteurs sont modelés par les ressources socioéconomiques des parents. « Les parents à faible revenu sont moins susceptibles de recevoir l'aide de la famille élargie et plus susceptibles de devoir lui fournir de l'aide au niveau des soins. » Trente-deux pour cent (32 %) des parents qui gagnent moins de 10 \$ par jour (parité des pouvoirs d'achat ajustée) peuvent se fier à la famille élargie pour obtenir de l'aide (et n'ont pas besoin de lui fournir de l'aide) comparativement à 46 % des parents qui gagnent plus de 10 \$ par jour. Quarante-sept pour cent (47 %) des parents qui gagnent moins de 10 \$ par jour (parité des

Annexe D

pouvoirs d'achat ajustée) doivent fournir de l'aide à la famille élargie comparativement à 42 % des parents qui gagnent plus de 10 \$ par jour.

#### PARENTS AMENANT LEURS ENFANTS AU TRAVAIL

Quand la famille n'est pas disponible, il est courant, à l'échelle internationale, que les parents amènent leurs enfants au travail. « Bien que certains décideurs politiques reconnaissent l'improbabilité de dispenser des soins sécuritaires dans les usines et l'improbabilité que les parents reçoivent la permission d'amener les enfants au travail dans le secteur structuré, ils présument que cela n'est pas seulement possible, mais qu'il s'agit en fait d'une solution convenable dans le secteur non structuré. L'image évoquée est celle d'un parent — presque toujours une mère — travaillant avec un nourrisson tendrement emmaillotté sur son dos ou un jeune enfant heureux de jouer à ses côtés pendant qu'elle vend des produits dans un marché ou qu'elle fait le ménage dans des maisons... Dans le cadre de nos études, nous avons rencontré beaucoup de femmes ayant perdu de bons emplois rémunérateurs dans le secteur structuré pour s'occuper de leurs enfants... »

« Parfois, elles trouvent ensuite des emplois dans le secteur non structuré qui leur permettent d'amener leurs enfants au travail, mais même ces femmes, qui avaient vécu les meilleures expériences, n'avaient pas la fantaisie très romantique d'imaginer leurs enfants passer leur vie à leurs côtés pendant qu'elles travaillaient. La plupart partageaient la triste perception d'enfants au travail avec leurs mères, qui ont commencé à travailler dans le secteur non structuré en raison d'un manque d'instruction et de choix d'emploi et qui n'ont jamais pu en sortir à cause de leurs responsabilités parentales... »

« Même quand les enfants amenés au travail ne courent pas de risques élevés de subir des blessures soudaines mettant leur vie en danger, leurs possibilités d'avoir une croissance normale se dégradent souvent chaque jour. Amalia Montoya, qui est née et qui a grandi à Cancun, au Mexique, élevait son fils

seule. Elle faisait des ménages depuis l'âge de 15 ans et n'avait jamais eu la chance de finir l'école. Vivant loin de sa famille, elle n'avait personne vers qui se tourner pour obtenir de l'aide. Comme les services de garde d'enfants subventionnés par l'État étaient insuffisants, les services disponibles étaient bien au-dessus de ses moyens. Amalia amenait donc son bébé au travail avec elle parce qu'elle n'avait pas d'autre choix. 'C'était vraiment difficile parce que ce n'est pas la même chose que d'être dans sa propre maison. Quand il commençait à pleurer parce qu'il avait faim, je ne pouvais pas m'occuper de lui et travailler en même temps.' ... Elle a poursuivi en décrivant combien la situation la déprimait et la malnutrition qui en est ressortie pour son fils...

« Au-delà de son incapacité de nourrir son fils régulièrement, Amalia ne pouvait s'occuper de lui adéquatement quand il était malade. Quand Amalia a eu accès à une garderie, le résumé le plus révélateur de l'expérience de son fils était peut-être son émerveillement face à des choses qui étaient tout à fait de base : 'Je le déposais à 7 h 30 le matin et j'allais le chercher à 17 h. Il mangeait là-bas et tout.' Elle était reconnaissante pour des soins qui étaient des plus fondamentaux : ils lui permettaient d'aller travailler, de laisser son fils sous la supervision d'adultes et assuraient de quoi manger au bébé... »

« Le même genre d'histoires se répétaient chez les parents que nous avons interrogés au Botswana et au Vietnam. Ce qui différait entre les frontières des pays et les circonstances économique n'était pas la nature du problème, mais le niveau de désespoir des parents... Ce sont aussi les cadres socioéconomiques qui modèlent ces situations. Un parent sur quatre qui gagne moins de 10 \$ par jour (parité des pouvoirs d'achat ajustée) doit régulièrement amener ses enfants au travail, tout comme un parent sur quatre qui n'a terminé que son école primaire ou intermédiaire. Les parents qui travaillent dans le secteur non structuré sont les moins susceptibles d'avoir accès à des services de garde d'enfants structurés; par conséquent, la moitié des parents que nous avons interrogés qui travaillaient dans le secteur non structuré devaient régulièrement amener leurs enfants au travail. »

## SERVICES DE GARDE NON STRUCTURÉS OU INFORMELS

« [Une autre] fiction au sujet de la garde préscolaire est que les services de garde non structurés peu coûteux sont une solution viable. Il est clair que les familles à faible revenu et beaucoup de familles à revenu moyen ne peuvent pas, à l'heure actuelle, se permettre de trouver une place dans des programmes de garde d'enfants officiels pour tous leurs enfants. Mais, il est aussi clair qu'il a un grand marché de services de garde dans le secteur non structuré, qui sont apparemment moins chers. Les décideurs politiques demandent souvent 'Les services de garde non structurés ne sont-ils pas la solution pour les jeunes enfants dans les pays pauvres?' sans d'abord examiner le double standard qu'implique le fait qu'ils appuient des programmes structurés de garde et d'éducation du jeune enfant dans les pays à revenu plus élevé. Les experts avancent que cela est moins cher et présument que les services non structurés sont aussi bons que les services structurés. Notre expérience est que, dans la majorité des cas, les parents n'ont mentionné que le fait qu'ils sont moins chers... »

« Bien qu'en théorie, les soins dispensés par des adultes dans des milieux de garde non structurés puissent être de qualité égale à ceux des milieux structurés, cela n'a pas été l'expérience de la plupart des parents que nous avons interrogés et, en particulier, cela n'était pas l'expérience vécue par les familles à faible revenu. Même si de nombreux pays subventionnent à un certain niveau les familles à faible revenu qui utilisent des milieux de garde d'enfants structurés, beaucoup moins de subventions et peu de provision et de supervision publiques existent dans les milieux non structurés. Par conséquent, et en raison de leurs faibles salaires, les parents à faible revenu qui utilisent des services de garde non structurés ne peuvent habituellement que payer peu. Cela fait en sorte que leurs choix sont extrêmement limités en matière de fournisseurs de services de garde d'enfants. Les faibles salaires qu'ils pouvaient se permettre de payer faisaient en sorte que, en général, ils engageaient des adultes qui ne

pouvaient pas se trouver d'autres emplois ou des adultes qui gardaient les enfants dans un milieu non structuré pendant qu'ils occupaient un autre emploi. Le faible niveau de compétences des personnes engagées et le fait qu'elles faisaient parfois un autre travail en même temps ont entraîné une mauvaise qualité de services de garde. De plus, les problèmes commençant par la mauvaise qualité de fournisseurs de services de garde dans le secteur non structuré étaient exacerbés par le manque de supervision dans ce secteur. Les parents que nous avons interrogés ont été nombreux à répéter qu'il leur était arrivé de revenir à la maison pour constater que leur « gardienne » avait laissé leurs enfants seuls une partie ou toute la journée... »

« Dans les pays que nous avons étudiés, beaucoup de parents ont dit avoir dû laisser leurs jeunes enfants aux soins d'autres enfants. Au Vietnam, 19 % des parents ayant un travail que nous avons interrogés avaient dû laisser leurs enfants seuls à la maison ou aux soins d'un enfant non rémunéré, et 4 % s'étaient fiés à un enfant rémunéré pour garder leurs enfants. Au Mexique, 27 % des parents que nous avons interrogés avaient dû laisser leurs enfants seuls à la maison ou aux soins d'un enfant non rémunéré, et 9 % avaient laissé leurs fils ou leurs filles aux soins d'un enfant rémunéré. Bien que le Botswana ait un PIB par habitant presque identique à celui du Mexique et plus de sept fois supérieur à celui du Vietnam, les familles botswanaïses étaient celles qui avaient le taux le plus élevé pour ce qui est de laisser les enfants seuls à la maison. Avec la quasi-inexistence de services de garde d'enfants subventionnés par l'État, 48 % des parents ayant un emploi rémunérateur du Botswana avaient dû laisser un enfant seul à la maison ou aux soins d'un enfant non rémunéré une partie ou toute la journée... »

« Il était clair qu'il y avait un gradient de classe sociale dans les services de garde non structurés. Les parents pauvres et les parents qui avaient eu le moins de possibilités de s'instruire eux-mêmes étaient les plus susceptibles de devoir laisser leurs enfants d'âge préscolaire aux soins d'un autre enfant. Les parents ayant fait l'école intermédiaire ou ayant un niveau inférieur d'instruction

Annexe D

étaient deux fois plus (22 contre 9 %) susceptibles d'avoir laissé leurs enfants aux soins d'autres enfants, non rémunérés, que les parents ayant au moins fait leur école secondaire qui gagnaient par conséquent plus d'argent... Le calcul est cruel : 2,7 milliards de personnes vivent avec moins de 2 \$ par jour, et 1,1 milliard vivent avec moins de 1 \$ par jour. Même ceux qui réussissent à nourrir leurs enfants avec moins de 2 \$ par jour ne peuvent tout simplement pas se permettre de payer, de leurs poches, même des services de garde non structurés qui assureraient la sécurité et la bonne santé de leurs enfants d'âge préscolaire. »

#### ENFANTS SEULS À LA MAISON

« Quand les parents étaient trop pauvres et ne pouvaient se permettre de payer des services de garde, quand les parents avaient eux-mêmes peu d'instruction et donc moins de possibilités d'emploi, et quand les parents faisaient face à des pénalités coûteuses au travail parce qu'ils s'occupaient de leurs enfants, ils étaient plus susceptibles de laisser les enfants seuls à la maison de façon régulière ou intermittente... Quarante-six pour cent (46 %) de ceux qui avaient perdu de leur salaire en raison de leurs responsabilités en matière de soins aux enfants avaient dû laisser les enfants seuls à la maison contre 21 % qui n'avaient pas eu de pénalités. Les parents ayant comme niveau d'instruction l'école intermédiaire ou moins étaient plus de deux fois plus susceptibles (39 contre 18 %) d'avoir dû laisser leurs enfants seuls à la maison ou aux soins d'autres enfants non rémunérés que les parents qui avaient fait l'école secondaire ou qui avaient un niveau d'instruction plus élevé. »

#### Conséquences sur le développement de services de garde de mauvaise qualité

Les conséquences sur le développement de l'absence de services de garde de qualité sont énormes. Au Botswana, 53 % des parents ont répondu que leurs enfants ont subi des accidents ou vécu des situations d'urgence

pendant qu'un parent était au travail. Ce pourcentage était de 47 % au Mexique et de 38 % au Vietnam. Trente-cinq pour cent (35 %) des parents du Botswana ont signalé l'impact négatif de leurs conditions de travail sur la santé de leurs enfants. Au Mexique et au Vietnam, ces chiffres étaient de 21 % et 25 % respectivement. « Nous avons convenu, en tant que communauté mondiale, que tous les enfants ont droit à une éducation primaire publique gratuite. Toutefois, en ne faisant rien pour la plupart des enfants de 0 à cinq ans, des âges critiques pour le développement, nous avons en réalité laissé peu de chances de réussite scolaire à des centaines de millions d'enfants, à l'échelle de la planète. Avant même d'avoir six ans, ils n'ont pas les chances voulues de se développer sainement, encore moins d'apprendre les compétences de base requises pour commencer l'école. »

#### Besoin de programme de développement de la petite enfance

« Nous devons nous assurer que tous les enfants ont accès à des soins et à de l'éducation durant la petite enfance. Le secteur public de certains pays et le secteur privé à but non lucratif d'autres pays ont commencé à se pencher sur ce problème. Toutefois, l'écart entre les services qui sont disponibles et le nombre de familles qui en ont besoin est énorme. » Les sondages menés auprès des ménages dans plusieurs pays fournissent de l'information très différente sur le pourcentage d'enfants de trois à cinq ans qui participent à des programmes éducatifs pour la petite enfance. Au Vietnam, où un programme national a été mis au point, 51 % des enfants des familles dans lesquelles un seul parent travaille participent à des programmes éducatifs pour la petite enfance, comparativement à 40 % au Brésil, où les municipalités offrent des programmes, et à 21 % au Botswana, où il n'y a pas de grands programmes publics pour la petite enfance. Tant au Vietnam qu'au Brésil, 44 % des familles ayant deux revenus avaient des enfants inscrits à des programmes éducatifs pour la petite enfance, comparativement à

25 % au Botswana. Au Vietnam, 46 % des enfants vivant dans des ménages réunissant la famille élargie dans lesquels tous les adultes travaillaient étaient inscrits à des programmes éducatifs pour la petite enfance, comparativement à 30 % au Brésil et à 19 % au Botswana. Quarante-deux pour cent (42 %) des enfants du Vietnam qui vivaient dans des ménages réunissant la famille élargie dans lesquels certains adultes ne travaillaient pas étaient inscrits à des programmes éducatifs pour la petite enfance, comparativement à 31 % au Brésil et 11 % au Botswana. »

## Effets sur les familles

« Il est clair que les changements spectaculaires dans la vie au travail des adultes transforment la vie des enfants du monde entier... mais quel effet la transformation du marché du travail, la hausse de l'urbanisation et la mondialisation de plus en plus grande de l'économie ont-elles sur le bien-être économique [et par ricochet social] des familles? » Chacune apporte des possibilités et des risques, mais il est essentiel de réitérer que l'impact négatif de ces facteurs touche de façon disproportionnée ceux qui ont le moins de ressources socioéconomiques, et les femmes.

« Pour presque toutes les mesures, de la disponibilité de congés payés à une souplesse suffisante au travail, les parents vivant dans la pauvreté que nous avons interrogés avaient de moins bonnes conditions de travail. » Chez les parents qui gagnaient moins de 10 \$ par jour (parité des pouvoirs d'achat ajustée), seulement 50 % avaient des congés payés pour prendre soins de leurs enfants. Dix pour cent (10 %) des parents qui gagnaient moins de 10 \$ pouvaient modifier leurs horaires de travail et pouvaient obtenir des congés payés pour s'occuper des enfants, comparativement à 18 % de ceux qui gagnaient plus de 10 \$. Seulement 36 % des parents qui gagnaient moins de 10 \$ par jour avaient accès à de l'assurance maladie par l'entremise de leur emploi, comparativement à 75 % de ceux qui gagnaient plus de 10 \$ par jour. Les mères seules qui travaillent sont beaucoup plus susceptibles de travailler de plus longues

heures que les hommes seuls. Les données des sondages nationaux sur les niveaux de vie indiquent qu'au Brésil, 65 % des mères seules qui travaillent font en moyenne 60 heures ou plus de travail payé et non payé par semaine. Cette proportion tombe à 43 % pour les pères seuls qui travaillent. Au Mexique, ces chiffres sont de 76 % et 64 % respectivement. »

Annexe D

## Conclusion

Les gouvernements commencent à tenter de trouver des solutions possibles. Le Vietnam, qui offre une plus grande disponibilité de services publics de garde d'enfants, compte, de façon générale, plus de familles qui ont accès à des services de garde structurés et présente les moins grandes différences entre les groupes de revenu dans l'utilisation des services de garde d'enfants structurés.

« Cinquante-sept pour cent (57 %) des familles à plus faible revenu de Hô Chi Minh-Ville étaient en mesure d'envoyer un enfant dans des services de garde structurés, alors que 62 % des familles à revenu plus élevé pouvaient le faire. ». Au Mexique, le gouvernement avait le mandat de fournir des services de garde d'enfants aux employés du secteur structuré pour contribuer à réduire les disparités au niveau du revenu. Les chiffres indiquent plutôt que l'écart entre l'utilisation des services de garde d'enfants structurés entre les parents les plus pauvres et ceux ayant un revenu moyen est moins grand dans le secteur structuré, où la garde d'enfants fait partie de la sécurité sociale (58 % comparativement à 39 %) que dans le secteur non structuré (58 % contre 22 %).

« Quand de jeunes enfants sont laissés seuls à la maison ou dans des conditions qui ne répondent pas aux normes, la possibilité de tragédie est bien réelle. » Cela comprend le risque que les enfants aient des accidents ou qu'ils se retrouvent dans des situations d'urgence pendant que leurs parents sont au travail. Ils peuvent également être victimes de violence. « Mais, il y a aussi un autre type de tragédie, plus lente mais tout aussi dévastatrice, qui transforme la vie de dizaines de millions d'enfants d'âge préscolaire. Incapables de trouver ou de payer des services



*Annexe D*

de garde décentes, obligés de travailler et ne trouvant que des emplois offrant les pires conditions, des parents sont forcés de laisser leurs enfants d'âge préscolaire à des soins qui menacent leur santé et leur développement, ainsi que leur sécurité. La qualité des soins qu'ils reçoivent est si mauvaise que leur santé et leur développement se détériorent chaque jour qui passe, tout comme leurs chances dans la vie. »