



Perspectives services et politiques

Table des matières

(Dernière mise à jour: 14-01-2011)

Commentaires des milieux – Politiques publiques et prévention de l’agressivité chez les jeunes enfants <i>Patricia Bégin</i>	1-6
Commentaires des milieux – Un regard sur un contexte clinique appliqué <i>Kenneth Goldberg, Kathryn S. Levene et Leena Augimeri</i>	1-6
Commentaires des milieux – Réflexion sur la pratique dans le domaine du STAF <i>Deborah Kacki</i>	1-5
Commentaires des milieux – Une perspective politique sur l’importance de la nutrition tout au long du cycle de la vie <i>Chantal Martineau et Danielle Brulé</i>	1-4
Commentaires des milieux – Améliorer la santé nutritionnelle et le bien-être des femmes et des jeunes enfants <i>Lee Rysdale</i>	1-5
Commentaires des milieux – Éducation et soutien en faveur de l’allaitement : une perspective pratique <i>Teresa Pitman et Leslie Ayre-Jaschke</i>	1-5
Commentaires des milieux – Difficultés associées à l’élaboration de programmes de soutien aux parents <i>Claire Watson</i>	1-6
Commentaires des milieux – Une perspective parentale sur l’autisme <i>France Mallon</i>	1-4
Commentaires des milieux – Intervention auprès des enfants souffrant du spectre des troubles autistiques <i>Shelley Mitchell et Wendy Roberts</i>	1-4
Commentaires des milieux – Troubles pédiatriques de l’alimentation : une perspective clinique <i>William B. Crist</i>	1-5
Commentaires des milieux – Perspective d’un programme de traitement pour les enfants souffrant de troubles de l’alimentation <i>Leona Pinhas</i>	1-4
Commentaires des milieux – Congés parentaux : une politique sociale importante <i>Rianne Mahon</i>	1-4

Commentaires des milieux – Congés parentaux et bien-être des parents et des jeunes enfants <i>Lia Sanzone</i>	1-4
Commentaires des milieux – Habiletés nécessaires à l'entrée à l'école, réussite à l'école et diplomation. Perspectives de la petite enfance : le point de vue d'une intervenante <i>Penny Coates</i>	1-5
Commentaires des milieux – Apprendre en jouant : un commentaire des milieux <i>Jane Hewes</i>	1-7
Commentaires des milieux – Obésité : les défis de la prévention <i>Wayne Eastman</i>	1-5
Commentaires des milieux – Habiletés parentales : évaluer et concevoir des programmes efficaces d'éducation pour les parents <i>Janice MacAulay</i>	1-5
Commentaires des milieux – Un projet de prévention pour les familles à faible revenus <i>Leslie McDiarmid</i>	1-5
Commentaires des milieux – Pourquoi l'argent est important: faibles revenus et développement de l'enfant <i>Kathrine Scott</i>	1-5
Commentaires des milieux – Politiques des programmes <i>Head Start</i> <i>Bev Peel</i>	1-3
Commentaires des milieux – Aspect médicaux de la maltraitance envers les enfants <i>Marcellinan Mian</i>	1-5
Commentaires des milieux – Programmes préscolaires : apprentissage précoce et services à la petite enfance <i>Monica Lysack</i>	1-4
Commentaires des milieux – Résilience : promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être de la population, surtout chez les enfants et les jeunes <i>Linda Nosbush</i>	1-3
Commentaires des milieux – Recherche sur le développement des jeunes enfants : implications sur les politiques en matière d'éducation précoce et de service à la petite enfance <i>Martha Friendly</i>	1-6
Commentaires des milieux – Les services à la petite enfance et les jeunes enfants : le point de vue d'une intervenante <i>Pat Wege</i>	1-5
Commentaires des milieux – Services de garde et apprentissage des jeunes enfants : Adopter une formule intégrée <i>Robin McMillan</i>	1-4

Commentaires des milieux – Problèmes de comportement de sommeil des nourissons et des enfants : une perspective pratique <i>Wendy Hall</i>	1-5
Commentaires des milieux – Arrêt tabagique chez les femmes enceintes <i>Collen Kearns</i>	1-4
Commentaires des milieux – Perspective d’une clinique de conseils en fertilité <i>Patricia A. Gervaise</i>	1-3
Commentaires des milieux – Transition vers la maternelle : bâtir en se basant sur l’expérience antérieure <i>Gillian Doherty</i>	1-6
Commentaires des milieux – Pratiques de transition vers l’école : le besoin de preuves <i>Magdalena Janus</i>	1-4
Commentaires des milieux – Recherche sur les visites à domicile : implication pour les politiques sur le développement des jeunes enfants (DJE) et la pratique au Canada <i>Rob Santos</i>	1-9
Commentaires des milieux – Visites prénatales et postnatales à domicile <i>Karen Wade</i>	1-7



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Politiques publiques et prévention de l'agressivité chez les jeunes enfants

**Patricia Bégin, directrice, politiques & recherche
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie**

(Publication sur Internet le 19 novembre 2004)

Perspective politique

L'agressivité et la violence sont liées à une série de problèmes psychosociaux graves et coûteux qui présentent des défis importants aux individus, aux familles, aux enseignants, aux pairs, aux communautés et aux intervenants en santé mentale et en justice criminelle.

Les auteurs du CEDJE ont apporté une importante contribution à notre compréhension des origines de l'agressivité, de sa trajectoire développementale physique et sociale.^{1-5,11} Ils ont aussi offert des approches prometteuses pour prévenir et réduire les comportements agressifs.⁶⁻¹⁰ Leur recherche montre que les nourrissons ont des comportements agressifs qui vont en s'intensifiant durant les deux premières années et demie après la naissance. Il est important de noter qu'une telle agressivité se produit même en l'absence de modèles de comportements agressifs observés. L'agressivité diminue légèrement avec le processus de socialisation au fur et à mesure que les enfants apprennent à réguler leurs émotions et à résoudre les conflits sans exprimer d'agressivité. Les enfants d'âge préscolaire qui ne désapprennent pas l'agressivité dans leur environnement familial et dans leurs interactions pendant cette période délicate du développement sont à risque de sérieux problèmes de comportement pendant l'enfance et au début de l'adolescence.

Les problèmes de comportements agressifs qui émergent et qui se stabilisent pendant la période préscolaire – période de changements spectaculaires en matière de développement cognitif, linguistique et affectif – sont hautement prédictifs de comportements antisociaux à l'adolescence (par exemple, la violence, la délinquance, le décrochage scolaire précoce et l'abus de drogues) et à l'âge adulte. En fait, l'agressivité est considérée comme le meilleur indicateur de comportement délinquant avant l'âge de 13 ans¹² et comme un facteur de risque de consommation élevée de drogues illégales et de dépendance dans les dernières années de l'adolescence.¹³ Selon cette perspective, l'agressivité précoce non réprimée conduit à l'accumulation de facteurs de risques développementaux et sociaux supplémentaires. Cette trajectoire de comportements antisociaux mène à son tour à des comportements criminels multiproblématiques plus graves, qui sont plus difficiles et plus coûteux à traiter.¹⁴

Les facteurs socioéconomiques, surtout l'environnement familial et la pauvreté, sont associés à des problèmes de conduite agressive chez les enfants.¹⁵ Les facteurs de risque

importants reliés à la famille sont les parents jeunes et célibataires, la violence familiale, la dépression maternelle, les pratiques parentales inadéquates et l'histoire familiale de criminalité. En se basant sur des données tirées de l'Étude nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), des chercheurs ont récemment examiné les effets de la violence familiale sur l'agressivité des enfants qui en sont témoins. Ils ont découvert que « l'exposition à la violence à la maison est fortement associée à des comportements agressifs chez les enfants ». ¹⁶ Les pratiques parentales hostiles associées à l'exposition à la violence augmentaient aussi les probabilités d'agressivité chez les enfants. L'exposition prénatale à des substances est aussi associée aux déficiences cognitives et sociales, y compris à l'agressivité.

Si nous acceptons que dans la plupart des cas, il n'est jamais trop tard pour effectuer un changement de comportement, ¹⁷ les interventions efficaces et accessibles visant à s'occuper des problèmes de conduite à différentes étapes du développement devraient être disponibles. Cependant, selon une perspective de sécurité pour la communauté et de rentabilité, il serait prudent de diriger les politiques et les ressources publiques vers des approches tournées vers le potentiel de réduction de l'agressivité précoce. Étant donné les données suggérant que le comportement humain se stabilise pendant la période développementale qui se produit avant le début de la scolarisation formelle, le développement de politiques et l'investissement dans des ressources publiques en matière de prévention et de mesures d'intervention précoce avec les familles à risques pendant les années préscolaires sont justifiés.

Les mesures prometteuses visant à réduire les problèmes de comportement évalués comprennent : des programmes de qualité dans les centres de la petite enfance qui utilisent des approches pédagogiques fondées sur des données pour ce qui est du développement des habiletés et du comportement de l'enfant; des formations d'enseignants centrées sur les techniques appropriées de gestion de classe; la formation et le soutien des parents visant à améliorer le fonctionnement parental, les techniques d'éducation de l'enfant et les relations parent-enfant. Les interventions centrées sur les déficiences comportementales des parents et des enfants semblent produire de meilleurs résultats que celles qui sont axées exclusivement sur la conduite de l'enfant. Les auteurs du CEDJE mentionnent aussi des approches visant à prévenir l'exposition prénatale aux substances et à traiter ce problème, y compris les diagnostics médicaux établis à temps, l'évaluation et la planification. ¹⁻¹¹

Le nombre de stratégies de prévention et de traitement ciblant les problèmes de comportement chez les enfants d'âge préscolaire est terriblement inadéquat. La plupart ont été développées pour correspondre aux besoins cliniques des enfants inscrits à l'école primaire, une période du développement pendant laquelle le traitement de l'agressivité est particulièrement coûteux et difficile. Il y a une pénurie d'interventions de traitement empiriquement validées pour ce groupe d'âge au Canada.

Ces faits soulèvent un besoin fondamental de recherche supplémentaire et de programmation dans le domaine de l'agressivité précoce chez l'enfant, surtout dans le contexte canadien. Au minimum, les interventions auprès d'enfants de la naissance à l'âge de cinq ans devraient être fondées sur une théorie développementale, être financées

adéquatement, être bien exécutées et devraient cibler les enfants et les parents à risque ainsi que ceux qui vivent des problèmes de conduite agressive. Les interventions devraient aussi être évaluées auprès de populations de cultures diverses et dans des environnements différents. L'évaluation et la réplication de tests de haute qualité, utilisant des devis avec attribution aléatoire à des groupes de traitement et de comparaison, doivent faire partie intégrante des programmes sociaux.

La recherche a la capacité d'indiquer les approches de développement social qui ont atteint leur objectif et, tout aussi importantes, celles qui ont produit des résultats nuisibles inattendus.¹⁸ Le Canada a le devoir, vis-à-vis de la prochaine génération, de mettre en place des politiques de développement pour les jeunes enfants, issues d'une base de connaissances et qui contribuent à l'avancement d'une meilleure pratique sociale.

REFERENCES

1. Tremblay RE. Développement de l'agressivité physique depuis la jeune enfance jusqu'à l'âge adulte. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2008:1-7. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/TremblayFRxp_rev.pdf. Page consultée le 18 mars 2008.
2. Keenan K. Le développement et la socialisation de l'agressivité pendant les cinq premières années de la vie. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, QC: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KeenanFRxp.pdf>. Page consultée le 18 novembre 2004.
3. Ishikawa S, Raine A. Complications obstétriques et agressivité. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Ishikawa-RaineFRxp.pdf>. Page consultée le 18 novembre 2004.
4. Hay DF. L'agressivité comme conséquence du développement des jeunes enfants. Commentaires sur les textes de Tremblay, de Keenan et d'Ishikawa et Raine. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/HayFRxp-Agressivite.pdf>. Page consultée le 3 mars 2008.
5. Shaw DS. Commentaires sur les articles portant sur l'agressivité comme issue du développement des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ShawFRxp-Agressivite.pdf>. Page consultée le 3 mars 2008.
6. Webster-Stratton C. Agressivité chez les jeunes enfants: services qui ont fait leurs preuves dans la réduction de l'agressivité. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-6. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Webster-StrattonFRxp_rev.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
7. Lochman JE. Programmes et services efficaces pour réduire l'agressivité chez les jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre

- d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/LochmanFRxp.pdf>. Page consultée le 18 novembre 2004.
8. Domitrovich CE, Greenberg MT. Interventions préventives qui réduisent l'agressivité des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Domitrovich-GreenbergFRxp.pdf>. Page consultée le 18 novembre 2004.
 9. Dodge KA. Prévenir les comportements agressifs chez les jeunes enfants : commentaires sur Webster-Stratton, Lochman, et Domitrovich et Greenberg. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DodgeFRxp.pdf>. Page consultée le 18 novembre 2004.
 10. Bierman KL. Programmes et services qui se sont révélés efficaces pour diminuer l'agressivité chez les jeunes enfants. Commentaires sur les articles de Webster-Stratton, de Lochman et de Domitrovich et Greenberg. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BiermanFRxp.pdf>. Page consultée le 18 novembre 2004.
 11. Pepler DJ. Soutenir les jeunes enfants et leur famille afin de réduire l'agressivité. Commentaires sur Webster-Stratton, Domitrovich et Greenberg, et Lochman. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/PeplerFRxp.pdf>. Page consultée le 18 novembre 2004.
 12. Tremblay RE, LeMarquand D. Individual risk and protective factors. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Child delinquents: Development, intervention, and service need*. London, UK: Sage Publications; 2001:137-164.
 13. Stockwell T, Toumbourou JW, Letcher P, Smart D, Sanson A. Risk and protection factors for different intensities of adolescent substance use: When does the prevention paradox apply? Communication présentée au: Kettil Bruun Society Thematic Meeting; 24-27 février 2003; Fremantle, Western Australia.
 14. Farrington DP. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge study in delinquent development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1995;36(6):929-964.
 15. Tremblay RE. Why invest in early child development? Séminaire présenté au: Breakfast on the Hill Seminar Series, Humanities and Social Sciences Federation of Canada; 4 décembre 1997; Ottawa, Ontario.

16. Hotton T. *Childhood aggression and exposure to violence in the home. Research Paper*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2003. Catalogue no. 85-561-MIE.
17. Loeber R, Farrington DP. Never too early, never too late: Risk factors and successful interventions for serious and violent offenders. *Studies on Crime and Crime Prevention* 1998;7(1):7-30.
18. McCord J. Cures that harm: Unanticipated outcomes of crime prevention programs. Assessing systematic evidence in crime and justice: Methodological concerns and empirical outcomes. *The Annals of the American Society of Political and Social Science* 2003;587:16-30.

Pour citer ce document :

Bégin P. Commentaires des milieux - Politiques publiques et prévention de l'agressivité chez les jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BeginFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Un regard sur un contexte clinique appliqué

Kenneth Goldberg, directeur
Kathryn S. Levene, directrice clinique
Earls court Child and Family Centre

Leena Augimeri, directrice
Earls court Centre for Children Committing Offences

(Publication sur Internet le 24 novembre 2004)

Perspective service

La diffusion et la pertinence de la recherche développementale sur l'agressivité chez les enfants sont une question complexe pour les prestataires de services. Nous limiterons nos remarques à quelques données fondamentales : les interventions « soutenues de façon empirique », la diffusion, les facteurs de risque, le genre, la pénurie d'interventions et un appel visant à ce que l'on se préoccupe des politiques économiques et sociales qui exacerbent les facteurs associés à l'agressivité pendant l'enfance.

Bien qu'au centre Earls court Child and Family nous ayons souscrit à des interventions soutenues empiriquement pendant plus de 20 ans, nous n'avons pas essayé de définir rigoureusement ce que nous entendons par « soutenu empiriquement ». Il est intéressant de souligner que des mots comme « soutenu empiriquement », « validé empiriquement », « prouvé », « fondé sur des preuves » et « prometteur » apparaissent dans plusieurs articles, par exemple chez Webster-Stratton; Domitrovich & Greenberg; et Bierman.^{6,8,10} Le consensus sur les critères utilisés pour décrire ainsi de telles interventions ne va pas de soi. On comprend bien la confusion des prestataires de services même s'ils sont prêts à embrasser les mérites de ce type d'intervention. En expliquant leurs termes, les chercheurs rendraient un grand service aux personnes qui œuvrent dans ce domaine. Cependant, nous remarquons que seuls Domitrovich & Greenberg et Bierman soulèvent la question de la réplique et de la mise en place des interventions.^{8,10}

Les prestataires de services devraient-ils simplement acheter des programmes de traitement dans un centre de diffusion? Le matériel est-il suffisant sans formation? Le centre Earls court Child and Family a décidé de ne pas mettre en marché son matériel d'intervention de façon proactive (vidéos, manuels, dépliants sur le parentage) jusqu'à ce que ses interventions correspondent aux critères APA des interventions bien établies. Bien que des centaines de nos manuels aient été distribués sans restriction, nous avons récemment limité leur distribution aux détenteurs d'une licence Earls court SNAP™ (*Stop Now and Plan*), et la licence ne peut être obtenue que si le site accepte de recevoir de la formation et des consultations continues. En nous basant sur des observations sur des

sites de réplication que nous avons surveillés, nous avons découvert que l'écart entre la lecture d'un manuel et l'implantation d'un programme peut être élevé si la formation est insuffisante et sans consultation continue. Les questions de réplication sont complexes, le domaine gagnerait à obtenir davantage d'attention de la part des chercheurs.

Plusieurs auteurs soulignent les facteurs de risques variés en matière de développement de l'agressivité chez l'enfant.^{1,3,6,7,8,10} Au début des années 80, à Earls court, nous avons commencé à examiner minutieusement notre intérêt pour les facteurs de risques et les facteurs protecteurs chez notre population clinique d'enfants souffrant de troubles des conduites et finalement, nous en sommes venus à façonner nos interventions à facettes multiples en fonction de chaque enfant et de chaque famille en nous basant en partie sur notre compréhension de ces facteurs. Nous avons développé deux instruments d'évaluation des risques spécifiques au genre comme aide au traitement et comme probable mesure de résultat. Ils regroupent la documentation sur le développement sous 20 facteurs de risques pour les garçons (EARL-20B) et 21 pour les filles.¹² Ces instruments sont d'excellents outils de planification de traitement et le EARL-20B montre une certaine validité prédictive dans les études indépendantes.^{13,14}

Il est important d'aborder les questions de genre en matière de développement de l'enfant, elles représentent une grande lacune en ce qui a trait aux connaissances. Keenan et Pepler sont les seuls à les mentionner.^{2,11} Earls court a récemment lancé une intervention spécifique au genre destinée aux filles qui ont de graves problèmes d'externalisation étant donné le risque de piètres résultats, comme les grossesses précoces et le non-emploi, ainsi que l'absence d'interventions établies qui abordent les questions spécifiques à leur genre comme l'image corporelle, l'agressivité relationnelle et le développement sexuel.¹⁵ Ce programme, connu sous le nom de *Earls court Girls Connection*, fait actuellement l'objet d'une évaluation rigoureuse.

Au Canada, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont la responsabilité de fournir des services de santé mentale aux enfants. L'Ontario est l'une des quelques provinces dont le secteur de santé mentale infantile est distinct et qui date du début des années 70. Il représente désormais une dépense annuelle de 315 millions de dollars alloués à des centres de santé mentale infantile autonomes et situés dans la communauté. Rien n'est particulièrement alloué à la recherche et on n'exige d'aucun centre qu'il fournisse des interventions empiriquement soutenues. De plus, à ce niveau de financement, les services sont disponibles uniquement pour une petite fraction de ceux qui en ont besoin. Bien qu'au Canada les gouvernements aient approuvé certains programmes de prévention, ils sont loin d'en avoir fait autant pour les interventions destinées aux enfants agressifs d'âge scolaire.

En fait, étant donné le financement de base pour la santé mentale infantile en Ontario au cours des dix dernières années, beaucoup de programmes financés par le gouvernement ont pris fin. En réponse à des recommandations émises à la suite d'audits visant à améliorer le contrôle de qualité de ces dépenses, le gouvernement ontarien demande désormais à ses centres de santé mentale infantile auxquels il transfère les paiements, d'utiliser le *Brief Child and Family Phone Interview* (brève entrevue téléphonique auprès

de l'enfant et de la famille) et le *Child and Adolescent Functional Assessment Scale* (échelle d'évaluation fonctionnelle de l'enfant et de l'adolescent) pré et post traitement. C'est un petit effort d'assurance-qualité qui a du potentiel, mais les gouvernements continuent à financer des interventions fondées sur des théories diverses et non prouvées. Par ailleurs, il y a des risques que les gouvernements ne financent qu'un type d'intervention restreignant ainsi gravement les nouveaux développements dans ce domaine. Des cadres appliqués bénéficieraient d'outils : par exemple un guide du consommateur concernant les interventions, qui les comparerait en fonction de dimensions similaires, comme la rigueur du devis expérimental, l'ampleur de l'effet, les progrès à la suite du traitement et à long terme, la transférabilité, les coûts et les besoins de mise en place, comme la formation, la certification ou la licence.

À partir de là, que faire? Nous suggérons que les chercheurs favorisent de plusieurs façons l'avancement d'un modèle scientifique/intervenant de pratique professionnelle dans la communauté. Grâce à l'expérience acquise, nous savons que les devis de recherche sérieux étirent les limites du cadre communautaire et que l'utilité des études de groupe est limitée pour ce qui est de leur application. Même avec ces limites et avec d'autres, inhérentes au milieu communautaire, les chercheurs pourraient assumer un leadership dans la promotion de la description des diverses populations de clients, d'extrants, d'indicateurs de succès, de devis à sujet unique, de description de modérateurs de résultats et de suivi. La communauté est susceptible d'y avoir accès et ces éléments présentent le meilleur potentiel pour influencer le raffinement d'interventions efficaces et efficaces.

Enfin, nous soulignons l'écart entre ce que les chercheurs savent des facteurs associés au développement de l'agressivité pendant l'enfance, comme la pauvreté, le logement social et le manque d'occasions récréatives et éducatives et leur silence sur les politiques économiques et sociales canadiennes qui contribuent à ces facteurs. Les enfants qui se présentent à leur traitement affamés, qui ont peur de retourner dans leur quartier et qui sont détachés de leurs ressources communautaires auront des résultats restreints, peu importe le soutien empirique que leur procure leur traitement.

RÉFÉRENCES

1. Tremblay RE. Développement de l'agressivité physique depuis la jeune enfance jusqu'à l'âge adulte. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 22008:1-7. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/TremblayFRxp_rev.pdf. Page consultée le 18 mars 2008.
2. Keenan K. Le développement et la socialisation de l'agressivité pendant les cinq premières années de la vie. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, QC: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KeenanFRxp.pdf>. Page consultée le 23 novembre 2004.
3. Ishikawa S, Raine A. Complications obstétriques et agressivité. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Ishikawa-RaineFRxp.pdf>. Page consultée le 23 novembre 2004.
4. Hay DF. L'agressivité comme conséquence du développement des jeunes enfants. Commentaires sur les textes de Tremblay, de Keenan et d'Ishikawa et Raine. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/HayFRxp-Agressivite.pdf>. Page consultée le 3 mars 2008.
5. Shaw DS. Commentaires sur les articles portant sur l'agressivité comme issue du développement des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ShawFRxp-Agressivite.pdf>. Page consultée le 3 mars 2008.
6. Webster-Stratton C. Agressivité chez les jeunes enfants : Services qui ont fait leurs preuves dans la réduction de l'agressivité. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-6. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Webster-StrattonFRxp_rev.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
7. Lochman JE. Programmes et services efficaces pour réduire l'agressivité chez les jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre

- d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/LochmanFRxp.pdf>. Page consultée le 23 novembre 2004.
8. Domitrovich CE, Greenberg MT. Interventions préventives qui réduisent l'agressivité des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Domitrovich-GreenbergFRxp.pdf>. Page consultée le 23 novembre 2004.
 9. Dodge KA. Prévenir les comportements agressifs chez les jeunes enfants : commentaires sur Webster-Stratton, Lochman, et Domitrovich et Greenberg. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DodgeFRxp.pdf>. Page consultée le 23 novembre 2004.
 10. Bierman KL. Programmes et services qui se sont révélés efficaces pour diminuer l'agressivité chez les jeunes enfants. Commentaires sur les articles de Webster-Stratton, de Lochman et de Domitrovich et Greenberg. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BiermanFRxp.pdf>. Page consultée le 23 novembre 2004.
 11. Pepler DJ. Soutenir les jeunes enfants et leur famille afin de réduire l'agressivité. Commentaires sur Webster-Stratton, Domitrovich et Greenberg, et Lochman. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/PeplerFRxp.pdf>. Page consultée le 23 novembre 2004.
 12. Augimeri LK, Webster CD, Koegl CJ, Levene K. *Early Assessment Risk List for Boys: EARL-20B, Version 2*. Toronto, Ontario: Earls court Child and Family Centre; 2001.
 13. Levene KS, Augimeri LK, Pepler DJ, Walsh MM, Koegl CJ, Webster CD. *Early Risk Assessment List for Girls – Version 1 Consultation Edition*. Toronto, Ontario: Earls court Child and Family Centre; 2001.
 14. Augimeri LK. *Aggressive and antisocial young children: Risk prediction, assessment and management* (Doctoral Dissertation). Toronto, Ontario: Ontario Institute for Studies in Education, University of Toronto; en cours.
 15. Enebrink P, Langstrom N, Hulten A, Gumpert CH. *Evaluating risk for antisocial behaviour: Properties of the Early Assessment Risk List for boys (EARL-20B)*; 2003. Manuscrit soumis pour publication.
 16. Levene K. The Earls court Girls Connection: A model for intervention. *Canada's Children* 1997;4:14-17.

Pour citer ce document :

Goldberg K, Levene KS, Augimeri L. Commentaires des milieux - Un regard sur un contexte clinique appliqué. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Goldberg-Levene-AugimeriFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Réflexions sur la pratique dans le domaine du STAF

**Deborah Kacki, coordonnatrice de programme
Interagency Fetal Alcohol Syndrome Program**

(Publication sur Internet le 23 juillet 2004)

Perspective service

Dans l'introduction de la synthèse du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE), le spectre des troubles d'alcoolisation fœtale (STAF) est décrit comme un défaut de naissance qui peut être entièrement évité.¹⁻⁹ Ceci laisse entendre qu'une femme qui ne consomme pas d'alcool pendant sa grossesse n'accouchera pas d'un enfant avec un tel handicap. Il ne s'ensuit pas nécessairement qu'il est possible de prévenir la consommation d'alcool pendant la grossesse. Si nous reconnaissons que 82 % des femmes en âge de procréer consomment de l'alcool¹⁰ et que la plupart des femmes ne planifient généralement pas leurs grossesses, il est donc peu probable de prévenir le STAF chez tous les enfants. De nombreuses femmes sont capables de cesser de boire dès que leur grossesse est confirmée, cependant, certaines ne le peuvent pas. Étant donné que les femmes boivent quand elles font face à la pauvreté, aux abus pendant l'enfance, à la violence, à l'isolement et à d'autres situations douloureuses, et comme les messages sur la consommation d'alcool pendant la grossesse sont incohérents, nous devons comprendre que nous nageons à contre courant avec nos campagnes de prévention et de sensibilisation.

D'après notre expérience, les services destinés à la population des 0-5 ans sont limités. Cependant, on donne plus de services à ce groupe d'âge plus jeune qu'aux enfants de plus de six ans ou aux adultes. Les services destinés aux individus de plus de six ans sont pratiquement inexistantes. J'ai l'impression qu'au Canada, nous insistons énormément sur les services d'intervention précoce qui sont dispensés jusqu'à l'âge de six ans et qui cessent de l'être ensuite. Nous semblons considérer que si l'intervention a lieu suffisamment tôt, les déficits potentiels de fonctionnement pourront être évités et les problèmes existants éliminés. Pourtant, la recherche dans ce domaine indique que le STAF est un handicap à vie et qu'en conséquence, le soutien et les services d'intervention doivent être disponibles tant que la personne est en vie.

Les commentaires de Riley sur le dépistage communautaire du STAF soulèvent la question de l'aspect volontaire par opposition à obligatoire des programmes de dépistage et des services de suivi.⁸ Les femmes expriment souvent leurs peurs de se faire retirer leurs enfants par les services sociaux si elles sont identifiées comme consommant de l'alcool pendant la grossesse. C'est pourquoi beaucoup de parents peuvent être réticents à autoriser le dépistage de leurs enfants. De plus, Riley indique que le dépistage qui ne

mène pas au diagnostic est d'une utilité limitée.⁸ J'ajouterais à cela que dépister ou diagnostiquer les enfants sans orienter les familles vers des services d'intervention entraîne des conséquences sur le plan de l'éthique. Les familles pensent que le diagnostic ouvrira la porte des services pour leurs enfants. Sans services d'intervention continue, on abandonne les familles avec peu d'information et peu de soutien pour comprendre la nature complexe du handicap.

Nous avons appris que les programmes d'intervention doivent être structurés pour répondre aux besoins identifiés par les familles. Ces dernières ont besoin de services de soutien flexibles, confidentiels et tangibles à participation volontaire. L'intervention va au-delà de la cellule familiale et s'étend au système de services plus large qui les entoure. L'intervention doit vraiment être multisystémique afin de prévenir les déficiences secondaires. La plupart des familles, les familles élargies, les écoles, les services de garde et les autres organismes communautaires en savent très peu sur le STAF et sur la façon d'intervenir. Cependant, pour éviter les handicaps secondaires, on dépend de l'éducation de ceux qui composent le monde de l'enfant et de la qualité de leur intervention. Nous avons appris que l'éducation et le travail de défense auprès de tous les systèmes entourant l'individu, comme l'école, la garderie, le soutien au revenu et les autres organisations impliquées auprès de l'enfant et de la famille nécessitent deux fois plus de temps que celui passé en contact direct avec la famille. Le niveau d'implication auprès des divers systèmes implique un nombre de cas moins élevé que ce que la plupart des organisations sont prêtes à comprendre.

Je suis d'accord avec les commentaires de Cole sur le besoin d'évaluer l'efficacité des programmes et des services existants.⁵ Lorsque nous avons développé notre programme d'intervention, nous avons extrapolé à partir du concept de « cerveau externe » de Sterlin Clarren*. Beaucoup de nos stratégies d'intervention reconnaissent les différences cervicales organiques liées au handicap, et, pour reprendre les mots de Diane Malbin* : « essaient différemment plutôt que de façon acharnée ». Nous nous centrons sur le changement de l'environnement autour de l'individu afin de nous adapter à lui. Notre intervention cherche à adapter les environnements en intégrant la mémoire, en créant des routines prévisibles, en adaptant les attentes et en enseignant les forces et les défis de chaque enfant. Simultanément, nous évaluons l'intégration sensorielle de l'enfant et fournissons une intervention curative (qui consiste généralement à modifier l'environnement entourant l'enfant).

Nous avons appris que dans le domaine des STAF, les composantes d'éducation et de défense présentes dans l'intervention ne sont généralement pas identifiées. Elles sont pourtant absolument essentielles et d'une importance fondamentale lorsque l'on tente d'éviter les déficiences secondaires. Nous savons que ces déficiences se produisent parce que les personnes clés de la vie de chaque enfant ne comprennent pas l'impact neurocomportemental de l'exposition prénatale à l'alcool. Selon notre expérience, les gens en apprennent davantage sur le handicap avec le temps et on doit leur fournir de l'information petit à petit en fonction de leur capacité à l'assimiler. Ceci a des conséquences sur la durée de la disponibilité des programmes d'intervention pour un enfant, pour la famille et pour les systèmes multiples qui les entourent.

Les parents ont besoin d'un partenaire pour les guider dans le processus qui consiste à éduquer le monde de l'enfant à propos de son handicap. Les parents s'épuisent rapidement à force de faire face au même système scolaire, au même service de garde, aux systèmes intolérants qui traitent le comportement de l'enfant de façon punitive. Chaque fois que se produit une transition dans la vie de la famille ou dans celle de l'enfant, elle s'accompagne d'une composante éducative énorme.

Il existe un consensus selon lequel il reste beaucoup de recherche à faire dans le domaine du STAF.¹⁻⁹ Cependant, selon moi, la recherche est considérable et dépasse de loin les politiques traitant de cette question au niveau local ou régional ainsi que la quantité de services disponibles. Malgré l'impact perpétuel du STAF, beaucoup de personnes qui en sont atteintes ne peuvent accéder aux services existants destinés aux handicapés. Elles sont inéligibles au soutien éducatif à l'école à moins que leur comportement ne soit extrême. La famille n'est pas éligible aux services de répit à moins que le quotient développemental de l'enfant ne soit inférieur à un certain niveau. De plus, la plupart des programmes conçus pour traiter spécifiquement le STAF sont encore conçus de façon « expérimentale » et principalement subventionnés comme des projets pilotes sans engagement financier à long terme. Il semble y avoir peu de volonté politique pour financer les programmes destinés à répondre aux besoins de cette population.

***Dr Sterling K. Clarren, MD**, est professeur de pédiatrie, médecin au Réseau clinique de prévention et de diagnostic de l'Université de Washington et directeur du service interne pour nourrissons au Children's Hospital and Regional Medical Center.

***Diane Malbin, MSW**, est travailleuse sociale, conceptrice de programmes et consultante. Elle fournit de l'information et des services aux individus, aux familles et aux organisations. Elle travaille pour FASCETS (Fetal Alcohol Syndrome Consultation, Education and Training Services, Inc.) à Portland en Oregon.

RÉFÉRENCES

1. Jacobson S, Jacobson J. Impacts du syndrome de l'alcoolisation fœtale et des effets de l'alcoolisation du fœtus sur le développement psychosocial de l'enfant. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/JacobsonFRxp.pdf>. Page consultée le 13 juillet 2004.
2. Astley S. Le diagnostic des SAF/EAF et leurs incidences sur le développement psychosocial des enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/AstleyFRxp.pdf>. Page consultée le 13 juillet 2004.
3. Kodituwakku P. Commentaires de Piyadasa Kodituwakku sur les textes de Sandra et Joseph Jacobson et de Susan Astley (SAF et EAF). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KodituwakkuFRxp.pdf>. Page consultée le 13 juillet 2004.
4. Nanson J. Syndrome/Effets de l'alcoolisation fœtale et impacts sur le développement psychosocial de l'enfant. Commentaires sur Jacobson et Jacobson et sur Astley. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-10. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/NansonFRxp.pdf>. Page consultée le 13 juillet 2004.
5. Coles CD . Individus affectés par le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et leurs familles : prévention, intervention et soutien. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ColesFRxp.pdf>. Page consultée le 13 juillet 2004.
6. O'Malley K, Streissguth A. Intervention et soutien cliniques destinés aux enfants de 0 à 5 ans atteints de troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale et aux parents ou aux personnes qui en prennent soin. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-10. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/OMalley-StreissguthFRxp_rev.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
7. Burd L, Olson M, Juelson T. Stratégie de dépistage du syndrome d'alcoolisation fœtale dans la communauté. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV,

- eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-7. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Burd-Olson-JuelsonFRxp_rev.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
8. Riley EP. EAF/SAF : services de prévention, d'intervention et de soutien. Commentaires sur Burd et Juelson, sur Coles, et sur O'Malley et Streissguth.. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/RileyFRxp.pdf>. Page consultée le 13 juillet 2004.
 9. Smith IE. Services de prévention, d'intervention et de soutien des SAF/EAF. Commentaires sur Burd et Juelson, sur Coles, et sur O'Malley et Streissguth. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-9. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Smith_I_FRxp.pdf . Page consultée le 13 juillet 2004.
 10. Statistics Canada. *Canadian Community Health Survey - Cycle 1.1, 2001*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2002. Disponible sur le site: <http://www.statcan.ca/english/concepts/health/index.htm>. Page consultée le 13 juillet 2004.

Pour citer ce document :

Kacki D. Commentaires des milieux - Réflexions sur la pratique dans le domaine du STAF. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KackiFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004



COMMENTAIRES DES MILIEUX – Une perspective politique sur l'importance de la nutrition tout au long du cycle de la vie

**Chantal Martineau, MSc, RD
Danielle Brulé, Ph. D., RD**

Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada

(Publication sur Internet le 16 mai 2005)

Perspective politique

Les trois articles de Devaney,¹ Black² et Reifsnider³ mettent en lumière l'importance de l'alimentation tout au long du cycle de vie. Devaney¹ décrit le programme américain de suppléments nutritionnels destinés aux femmes, aux nourrissons et aux enfants (WIC), qui offre des services visant à améliorer l'état nutritionnel des femmes enceintes et des enfants. Elle conclut que la recherche sur le programme WIC suggère des effets positifs et révèle aussi la difficulté inhérente à l'évaluation des impacts du programme. Black² fournit de l'information sur les problèmes d'alimentation des enfants et décrit les influences environnementales sur les habitudes alimentaires des enfants. Reifsnider³ signale qu'il est plus important d'améliorer la nutrition des femmes en âge de procréer et de leurs enfants plutôt que de focaliser uniquement sur l'alimentation pendant la grossesse et la période post-partum. Ce commentaire porte sur les efforts du Canada pour aborder la nutrition selon la perspective de santé de la population et met en lumière les travaux en cours visant à combler les écarts entre les politiques et la recherche.

Au Canada, l'alimentation visant une croissance et un développement sains est traitée sous l'angle étendu de la perspective de la santé de la population. Le document *La nutrition pour un virage santé : voies d'action*⁴ s'appuie sur Santé de la population – un cadre conceptuel et propose un modèle visant à aborder les problèmes de nutrition dans toutes les communautés canadiennes. La perspective de santé de la population reconnaît que la santé n'est pas seulement déterminée par les soins et les pratiques personnelles en ce qui a trait à la santé, mais aussi par d'autres facteurs sociaux, économiques et physiques appelés déterminants de la santé.

Par exemple, dans le document *Nutrition pour une grossesse en santé - Lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*,⁵ la santé et l'alimentation des femmes sont traitées en fonction d'une perspective de santé de la population. Les lignes directrices ne focalisent pas uniquement sur la nutrition pendant la grossesse, elles procurent des conseils sur les façons d'optimiser la santé avant, pendant et entre les grossesses. Le document reconnaît que la disponibilité des aliments et la capacité de l'individu de faire des choix alimentaires sont grandement influencées par les déterminants de la santé.

Les choix d'aliments, qui jouent un rôle direct dans la santé alimentaire, influencent de façon notable l'état de santé. Il est important d'être responsable de sa santé; cependant, les choix d'aliments ne sont pas juste une question de choix personnel. Lorsqu'on élabore des politiques et des programmes pour les Canadiens quel que soit leur âge, il est essentiel de ne pas oublier que les forces sociales et économiques ainsi que les facteurs reliés à l'environnement physique influencent les aliments disponibles et la capacité individuelle d'une personne de choisir.

Les actions des décideurs politiques et des leaders de la communauté doivent prendre en compte tous les déterminants de la santé et se fonder sur la recherche, l'information et les politiques publiques. Une approche de collaboration à l'élaboration de politiques nutritionnelles est aussi préférable, puisque les décisions reliées à la santé, à l'agriculture, à l'éducation et aux politiques sociales et économiques peuvent influencer la santé nutritionnelle. La nutrition constitue une partie du mandat de plusieurs organismes gouvernementaux et non gouvernementaux et est une composante des programmes de santé qui ciblent les environnements, les étapes de la vie, les populations vulnérables, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Les provinces et les territoires ont un rôle critique à jouer dans la promotion de la santé nutritionnelle et du bien-être au niveau communautaire. Alors que beaucoup de programmes diffèrent d'une province et d'une communauté à l'autre, plusieurs reposent sur des normes et des lignes directrices élaborées au niveau national, comme le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*.⁶

Les politiques et les programmes qui soutiennent la nutrition saine et qui améliorent la santé de la population ont besoin de données solides et doivent être capables d'évaluer les progrès et les résultats. Actuellement, les données disponibles en ce qui a trait à l'alimentation des Canadiens, les déterminants des comportements alimentaires et l'efficacité des interventions visant à soutenir une bonne alimentation sont faibles, ce qui coïncide avec les défis mentionnés par Devaney et Reifsnider.^{1,3} Le manque de données nationales de surveillance continue visant à évaluer l'impact des politiques et des décisions en ce qui concerne la réglementation a entravé le suivi de la santé nutritionnelle. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 2,2 – Volet nutrition) offrira un riche ensemble de données permettant d'analyser l'apport alimentaire des Canadiens de tous les âges. Cette série de données procurera des preuves sur l'apport alimentaire et les modèles alimentaires des Canadiens et apportera une meilleure information aux programmes et aux politiques nutritionnelles.

Le développement de la recherche sur la nutrition au Canada n'est pas uniquement critique pour les femmes en âge de procréer et pour leurs enfants, il l'est aussi pour les deux sexes et pour tous les groupes d'âge. Cela ne peut se faire qu'en améliorant la capacité d'entreprendre de telles recherches. On devrait reconnaître l'importance de tenir compte d'un paradigme approprié de données pertinentes pour élaborer une approche en amont de la santé de la population (promotion de la santé et prévention des maladies) plutôt qu'une approche des habitudes de vie de la personne. Le Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition de Santé Canada (BPPN) a commandé une série d'articles

sur les déterminants de la nutrition saine, des déterminants individuels et collectifs et de leurs interactions afin d'apporter aux décideurs politiques des connaissances clés et de les informer des lacunes de la recherche. Afin de faciliter la diffusion et le transfert des connaissances des découvertes clés à un public multidisciplinaire, le BPPN, ses partenaires provinciaux et l'Institut canadien de la nutrition, du métabolisme et du diabète, qui fait partie des Instituts de recherche en santé du Canada, coordonnent la publication d'une édition spéciale d'un journal sur les déterminants de la nutrition saine. La prochaine étape consistera à combler la brèche entre la recherche, la pratique et les politiques en invitant les chercheurs, les décideurs politiques et les intervenants à dialoguer afin de faire avancer un programme de recherches destiné à promouvoir et à soutenir les saines habitudes alimentaires à tout âge.

RÉFÉRENCES

1. Devaney BL. Un programme de services destiné à améliorer la nutrition des femmes enceintes, des nourrissons et des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-9. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DevaneyFRxp.pdf>. Page consultée le 10 mai 2005.
2. Black MM, Hurley KM. Comment aider les enfants à acquérir des habitudes alimentaires saines. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2008:1-11. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Black-HurleyFRxp_rev-Alimentation.pdf. Page consultée le 18 mars 2008.
3. Reifsnider E. Des pratiques et des politiques nutritionnelles efficaces à l'intention des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-9. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ReifsniderFRxp_rev.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
4. Health Canada. *Nutrition for health: An agenda for action*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada; 1996. Disponible sur le site: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/nutrition_health_agenda_e.html. Page consultée le 10 mai 2005.
5. Health Canada. *Nutrition for a healthy pregnancy: National guidelines for the childbearing years*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada; 1999. Disponible sur le site: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/national_guidelines_cp_e.html. Page consultée le 10 mai 2005.
6. Health Canada. *Canada's food guide to healthy eating*. Disponible sur le site: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/food_guide_rainbow_e.html. Page consultée le 10 mai 2005.

Pour citer ce document :

Martineau C, Brûlé D. Commentaires des milieux - Une perspective politique sur l'importance de la nutrition tout au long du cycle de la vie. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Martineau-BruleFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Améliorer la santé nutritionnelle et le bien-être des femmes et des jeunes enfants

**Lee Rysdale, RD, directrice de projet,
NutriSTEP (Nutrition Screening Tool for Every Preschooler)**

(Publication sur Internet le 27 juillet 2004)

Services perspective

Bien que les articles du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) décrivent un contexte américain,^{1,4-9} excepté les deux articles sur les bébés prématurés rédigés par les chercheuses Sheila Innis² et Stephanie Atkinson,³ les problèmes identifiés peuvent être généralisés aux intervenants canadiens en nutrition. Je reconnais les commentaires spécifiques et généraux dans le cadre de mon rôle actuel comme chercheuse et consultante ainsi que dans mes années d'expérience antérieure comme diététicienne pédiatrique de première ligne dans des contextes cliniques et de santé publique.

Un des grands défis dans la pratique de la diététique est le niveau d'expertise en nutrition dans les services de santé primaire. On reconnaît que la nutrition est un déterminant clé de la santé de la mère et de l'enfant, mais l'allocation de ressources appropriées et suffisantes fait défaut et la nutrition n'est suffisamment considérée comme prioritaire. Les résultats de recherche du CEDJE utilisent une approche multidisciplinaire basée sur les cycles de vie et appuient le besoin de revoir et de réfléchir au réaligement des ressources et des stratégies d'intervention précoce pour traiter des questions clés en matière de nutrition.¹⁻⁹ Ceci suppose d'inclure un nombre suffisant de diététistes certifiés et d'y garantir l'accès. Cela implique aussi que les autres professionnels de la santé et des services sociaux améliorent leur niveau de connaissances sur la nutrition par le biais de l'éducation et de la formation continue additionnelle.

Les articles du CEDJE fournissent des preuves en faveur des nombreuses initiatives de nutrition pédiatrique et maternelle au Canada, ainsi qu'en faveur des nombreuses initiatives proposées en vue de trouver du financement.¹⁻⁹ Cela comprend les travaux nationaux sur les lignes directrices en matière de diététique pour les populations ciblées, ainsi que la révision de l'énoncé national commun sur la croissance La nutrition du nourrisson né à terme et en santé et la prochaine Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition qui se déroulera en 2004. D'autres initiatives régionales, provinciales et programmes spécifiques (par exemple le Programme canadien de nutrition prénatale, Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur) fournissent des informations sur la nutrition qui peuvent être généralisées à nos populations cibles dans la

pratique. Cependant, les intervenants en nutrition seront limités dans leur travail et dans l'application des connaissances si nécessaires tant que les données croisées, longitudinales et au niveau de la population canadienne et portant sur la surveillance et le suivi ne seront pas disponibles. Ce manque d'information influence les lignes directrices en matière de diététique, les révisions, les évaluations diététiques, les pratiques ainsi que les stratégies de prévention des maladies et de promotion de la nutrition.

La recherche comporte plusieurs lacunes qui une fois comblées, pourraient fournir des informations utiles pour la pratique :

- le manque de données sur la nutrition de la population canadienne;
- le manque de données de suivi et de surveillance en matière de nutrition au Canada;
- l'absence de questions fiables et à contenu valable sur la nutrition dans les enquêtes sur la santé et dans les outils de dépistage de risques nutritionnels;
- l'absence de questions d'enquête formulées de façon détaillée pour étudier la question complexe de la santé nutritionnelle de l'enfant et de la mère;
- le manque de recherche sur les facteurs qui influencent la santé nutritionnelle et le bien-être des enfants et des femmes;
- le manque de ressources (financières et humaines) pour évaluer les interventions de promotion de la nutrition;
- une éducation et une formation insuffisante des professionnels de la santé et des services sociaux sur les questions clés de nutrition affectant la santé nutritionnelle des femmes et des jeunes enfants;
- une expertise en nutrition inadéquate pour adopter une approche multidisciplinaire de continuité des soins aux femmes et aux enfants;
- un nombre insuffisant de « voix » pour informer et pour influencer les multiples niveaux de décision et les décideurs politiques.

Parfois, ces obstacles semblent énormes à surmonter, mais les intervenants en nutrition font des progrès au niveau local, régional, provincial et national, par exemple :

- La *Calgary Health Region* a mis en place des évaluations standardisées de la croissance dans ses cliniques de vaccination universelle qui ont maintenant quatre ans. Ces données locales sur la croissance fourniront des informations de base sur le niveau de croissance des jeunes enfants de Calgary et pourront être utilisées pour évaluer un certain nombre d'initiatives en matière de santé, y compris la prévention de l'obésité. Ce travail peut aussi contribuer à de meilleures pratiques en matière de méthodologie d'évaluation de la croissance, et sera aussi utile pour effectuer des comparaisons avec d'autres populations ou groupes de jeunes enfants.
- Le *Rapport sur la nutrition du Sondage sur la santé périnatale et infantile dans le nord de l'Ontario* fournit un aperçu de quelques-unes des questions sur la nutrition pour les enfants âgés de deux à six ans du nord de l'Ontario. Ce rapport comprend des données sur la taille et le poids infantiles rapportés par les parents, sur la fréquence des repas et des collations des enfants, sur le plaisir des enfants et sur la variété de la nourriture ainsi que sur la sécurité en matière de nourriture au foyer. Ce rapport a été réalisé en réaction au manque de données et

d'investissements dans la recherche sur les saines habitudes alimentaires au Canada et plus particulièrement dans le nord de l'Ontario, ainsi qu'en raison du besoin des concepteurs de programmes de santé publique et des décideurs politiques d'en savoir plus sur les saines habitudes alimentaires.

- *NutriSTEP (Nutrition Screening Tool for Every Preschooler)*, est un projet à phases multiples qui porte sur le développement et la validation d'outils de dépistage en matière de nutrition. Son objectif général est d'améliorer la santé nutritionnelle des enfants d'âge préscolaire (de trois à cinq ans) en développant un outil valable et fiable pouvant être utilisé par les parents, les personnes qui prennent soin de l'enfant et les intervenants en services de garde ainsi que par les professionnels de la santé et de la nutrition en Ontario et dans tout le Canada. Cet outil améliorera la sensibilisation et éduquera les parents en les rendant capables de reconnaître les facteurs de risques, les problèmes, et les incitera à obtenir une intervention précoce afin de promouvoir la santé de leur enfant et aider à prévenir les problèmes chroniques comme l'obésité.

Ces initiatives, ainsi que beaucoup d'autres, sont communiquées et encouragées dans divers réseaux sur la nutrition et dans le cadre de collaborations diverses comme Les diététistes du Canada et leur réseau de nutrition pédiatrique. Ces efforts et la forte voix des professionnels permettront d'exercer davantage d'influence positive sur les décideurs politiques. L'environnement politique actuel et l'opinion publique sur les priorités en matière de santé publique ainsi que l'état de santé des Canadiens (par exemple les taux croissants d'obésité) aideront la profession de diététiste à jouer son rôle de défenseur et à faire reconnaître l'importance de fournir des services appropriés de diététistes professionnels en quantité suffisante afin d'améliorer la santé nutritionnelle et générale ainsi que le bien-être des femmes et des enfants canadiens.

RÉFÉRENCES

1. Lumey LH, Susser ES. Impacts à long terme de la nutrition prénatale et postnatale précoce sur les résultats psychosociaux chez les adultes. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Lumey-SusserFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
2. Innis SM. La nutrition et son impact sur le développement psychosocial de l'enfant : les bébés prématurés. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/InnisFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
3. Atkinson SA. La nutrition et ses impacts sur le développement psychosocial de l'enfant : perspectives concernant les nourrissons prématurés. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/AtkinsonFRxp-Alimentation.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
4. Reifsnider E. Des pratiques et des politiques nutritionnelles efficaces à l'intention des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-9. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ReifsniderFRxp_rev.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
5. Devaney BL. Un programme de services destiné à améliorer la nutrition des femmes enceintes, des nourrissons et des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-9. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DevaneyFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
6. Dubois L. L'Alimentation prénatale et postnatale précoce et son impact sur le développement de l'enfant. Commentaires sur Lumey et Susser, sur Innis et sur Devaney. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DuboisFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
7. Black MM, Hurley KM. Comment aider les enfants à acquérir des habitudes alimentaires saines. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet].

- Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2008:1-11. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Black-HurleyFRxp_rev-Alimentation.pdf. Page consultée le 18 mars 2008.
8. Caulfield LE. Programmes et politiques concernant l'alimentation des femmes et des enfants. Commentaires sur Black, Reifsnider, et Devaney. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/CaulfieldFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
9. Dewey KG. Faciliter l'amélioration de l'alimentation des femmes enceintes, qui allaitent et des enfants de 0 à 5 ans. Commentaires sur Black, Reifsnider, et Devaney. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DeweyFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.

Pour citer ce document :

Rysdale L. Commentaires des milieux - Améliorer la santé nutritionnelle et le bien-être des femmes et des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/RysdaleFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004



COMMENTAIRES DES MILIEUX

Éducation et soutien en faveur de l'allaitement : une perspective pratique

Teresa Pitman et Leslie Ayre-Jaschke
La Ligue La Leche Canada

(Publication sur Internet le 29 mars 2006)

Perspective service

La ligue La Leche Canada (LLLC) et la Ligue La Leche sont deux organismes canadiens affiliés à La Leche League International (LLLI), qui fournissent chaque année à des milliers de femmes enceintes et qui allaitent des services en anglais et en français dispensés par des mères. C'est à partir de cette perspective que nous avons recensé les articles sur l'allaitement et les sujets apparentés dans l'encyclopédie du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, disponible sur Internet.

L'allaitement est important pour la santé de la population, même dans les pays développés et surtout pour les femmes et les enfants défavorisés. Santé Canada¹ et la Société canadienne de pédiatrie² recommandent l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois jusqu'à l'introduction appropriée d'aliments solides et ensuite de continuer à allaiter jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans et plus.

LLLC fournit de l'aide pratique pour respecter ces recommandations. Il y a beaucoup à faire pour créer un environnement où l'allaitement est considéré non seulement comme la façon normale de nourrir les bébés, tel que l'affirme Greiner,³ mais aussi de donner de l'affection aux bébés et aux jeunes enfants et de favoriser le développement de la relation mère-nourrisson.

Nous sommes déçus que l'allaitement soit si rarement mentionné dans l'encyclopédie, à part dans les articles reliés spécifiquement à l'alimentation. Les articles sur l'attachement, la prématurité, le sommeil, les pleurs et les stratégies d'intervention précoces ne semblaient pas reconnaître que l'allaitement impliquait des circonstances très différentes de celles vécues lors de l'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons pour les mères, les bébés et les familles.

Certains articles considèrent l'allaitement comme l'exception plutôt que la norme. Par exemple, Woodward et Liberty⁴ font référence à des recherches qui montrent que les bébés allaités sont « plus éveillés », obtiennent « des résultats significativement plus élevés en matière d'orientation et d'échelles motrices », ont « tendance à mieux s'autoréguler », « à avoir moins de réflexes anormaux », etc. En réalité, ces bébés sont normaux, alors que ceux qui ne sont pas allaités sont moins éveillés, obtiennent des

résultats significativement moins élevés en matière d'orientation et d'échelles motrices, ont davantage de réflexes anormaux, etc. Comme l'a observé Weissinger,⁵ le langage et le contexte sont importants.

Au Canada, les taux de femmes qui commencent à allaiter sont relativement élevés, mais ceux qui concernent la durée de l'allaitement sont faibles et n'ont pas changé depuis des années. Les femmes défavorisées sont les moins susceptibles de commencer à allaiter.⁶ En conséquence, toutes les familles bénéficieraient d'une approche interdisciplinaire plus intégrée de promotion, de protection et de soutien de l'allaitement, comme celle réclamée par Caulfied⁷ et par l'Initiative amis des bébés^{MC} dans les services de santé communautaire du comité canadien pour l'allaitement.⁸ Cette approche réunirait diverses disciplines comme le développement des jeunes enfants, la nutrition, la psychologie, la promotion de la santé, l'anthropologie, etc., ainsi que des experts en lactation et des organismes communautaires qui ont appris sur le terrain à aider les femmes à bien allaiter.

Greiner³ souligne que les preuves qui indiquent que le soutien par les pairs contribuait à une plus longue durée d'allaitement sont solides. Les femmes ont besoin d'occasions de trouver des façons d'intégrer l'allaitement et le parentage. Voici quelques exemples des raisons pour lesquelles la recherche et l'expertise sur la lactation doivent être liées à la recherche, à la pratique et aux politiques sur le développement des jeunes enfants :

- Les chercheurs et les intervenants en sommeil ont besoin d'être informés notamment des différences de schémas de fonctionnement cérébral et de comportements pendant le sommeil dans une dyade d'allaitement, surtout dans un contexte de sommeil partagé, entre les dyades mères-enfants qui allaitent et celles qui n'allaitent pas.^{9,10} Ils doivent aussi savoir que les capacités de stockage de lait (pas les capacités de production)¹¹ des femmes qui allaitent sont différentes, et qu'elles déterminent la fréquence à laquelle l'enfant a besoin d'être allaité. Ceci devrait influencer les devis de recherche, les interventions et les politiques afin de soutenir la relation d'allaitement plutôt que de la perturber.
- De la même façon, les chercheurs et les intervenants qui travaillent sur les pleurs ont besoin de comprendre que l'évaluation des préoccupations parentales est différente si l'enfant est allaité. Par exemple, les problèmes de gestion d'allaitement (comme la surcapacité, l'écoulement trop rapide, etc.)¹² peuvent causer les pleurs ou les aggraver, pourtant, on peut les calmer avec de l'aide avertie. Dans d'autres cas, les parents ont besoin de stratégies d'intervention ou d'adaptation qui protègent l'allaitement.

Écarts décrits par les femmes entre les données et leurs expériences :

- Les préparations commerciales pour nourrissons sont souvent considérées équivalentes à l'allaitement et bien qu'on fasse la promotion de ce dernier, les femmes ne reçoivent que peu d'aide de la part des professionnels.

- Malgré l'utilité de l'allaitement pour toute la communauté, les mères qui allaitent leur bébé dans des endroits publics font souvent l'objet de critiques et de commentaires négatifs, ce qui décourage non seulement celles qui se font critiquer, mais aussi les mères autour d'elles.
- Les intervenants qui n'appartiennent pas au réseau de la santé et qui soutiennent les mères (par exemple, les travailleurs sociaux et les éducatrices) peuvent involontairement offrir des conseils ou des recommandations qui affectent négativement l'allaitement parce qu'ils sont mal renseignés. Tous ceux qui travaillent auprès de mères enceintes ou qui ont des nourrissons ou des jeunes enfants devraient être formés sur l'utilité de l'allaitement et sur la gestion de base de l'allaitement.
- Les mères défavorisées surtout, doivent souvent retourner au travail ou à l'école quelques semaines ou mois après la naissance du bébé; la séparation rend l'allaitement plus difficile. Les politiques qui soutiendraient l'allaitement fourniraient des congés et des revenus adéquats à toutes les nouvelles mères dans les quelques mois suivant l'accouchement.

Les articles traitant de l'allaitement dans l'encyclopédie du CEDJE recensent une portion de la recherche considérable sur l'allaitement, et notre article n'a abordé que quelques éléments supplémentaires. Augmenter la durée de l'allaitement est un objectif important de promotion de la santé et se traduira par une population d'adultes et d'enfants en meilleure santé et par des économies importantes pour les familles et la société. L'allaitement est une activité complexe impliquant deux personnes dans une relation intime et doit être reconnu comme très distinct. Au nom des familles qui allaitent, nous demandons une approche plus intégrée du développement de la recherche, de la pratique et des politiques et qui implique l'expertise et l'expérience des organismes communautaires et des individus.

RÉFÉRENCES

1. Health Canada. *Exclusive breastfeeding duration: 2004 Health Canada recommendation*. Ottawa, Ontario: Health Canada; 2004. Cat. No. H44-73/2004E-HTML. Disponible sur le site: http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/child-enfant/infant-nourisson/excl_bf_dur-dur_am_excl_e.html. Page consultée le 27 mars 2006.
2. Boland, M. Canadian Paediatric Society Position Statement: Exclusive breastfeeding should continue to six months. *Paediatrics and Child Health* 2005;10(3):148. Disponible sur le site: <http://www.cps.ca/english/statements/N/BreastfeedingMar05.htm>. Page consultée le 27 mars 2006.
3. Greiner T. Programmes visant à protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/GreinerFRxp.pdf>. Page consultée le 27 mars 2006.
4. Woodward LJ, Liberty KA. Allaitement et développement psychosocial de l'enfant. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Woodward-LibertyFRxp.pdf>. Page consultée le 27 mars 2006.
5. Wiessinger D. Watch your language! *Journal of Human Lactation* 1996;12(1):1-4.
6. Millar WJ, Maclean H. Breastfeeding practices. *Health Reports* 2005;16(2):23-34. Statistics Canada, Cat. No. 82-003-XIE.
7. Caulfield LE. Programmes et politiques concernant l'alimentation des femmes et des enfants. Commentaires sur Black, Reifsnider, et Devaney. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/CaulfieldFRxp.pdf>. Page consultée le 27 mars 2006.
8. Breastfeeding Committee for Canada. *The Baby-Friendly Initiative in community health services: A Canadian implementation guide*. Toronto, Ontario; 2002. Disponible sur le site: <http://www.breastfeedingcanada.ca/pdf/webdoc50.pdf>. Page consultée le 27 mars 2006.
9. McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Paediatric Respiratory Reviews* 2005;6(2):134-152.
10. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth* 2003;30(3):181-188.
11. Daly SE, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE. Frequency and degree of milk removal and the short-term control of human milk synthesis. *Experimental Physiology* 1996;81(5):861-875.

12. Mohrbacher N, Stock J, La Leche League International. *The breastfeeding answer book*. 3rd rev. ed. Schaumburg, Ill: La Leche League International; 2003.

Pour citer ce document :

Pitman T, Ayre-Jaschke L. Commentaires des milieux - Éducation et soutien en faveur de l'allaitement : une perspective pratique. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Pitman-Ayre-JaschkeFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2006



COMMENTAIRES DES MILIEUX

Difficultés associées à l'élaboration de programmes de soutien aux parents

Claire Watson, M.Sc., orthophoniste
Codirectrice, First Three Years-Parenting Resources & Training, Toronto, Canada

(Publié sur Internet le 24 février 2010)

Perspective service

Lorsque nous élaborons nos programmes sur les habiletés parentales, *Make the Connection* (MTC), qui visent à renforcer l'attachement sécurisant chez les nourrissons et les tout-petits, nous faisons appel à l'expertise contenue dans de nombreux manuels de théories portant notamment sur le lien d'attachement entre les bébés et les adultes, la prévention, le fonctionnement du cerveau, la psychopathologie du développement et l'acquisition précoce du langage.

Bien que nos programmes MTC n'aient pas encore fait l'objet d'essais contrôlés randomisés, nous pouvons affirmer, après maintes considérations, que leurs principes sous-jacents reposent sur des théories fiables et sur des modèles d'intervention issus d'études antérieures. Il nous est parfois difficile de mentionner nos sources, puisque nous « assimilons » simplement tous les renseignements, poursuivons le travail et oublions, avec le temps, quel auteur a formulé telle ou telle théorie. Il arrive que cela nous pose problème lorsque l'on nous demande d'indiquer sur quelles études sont fondés certains éléments précis de nos programmes.

Les méta-analyses et les synthèses de recherche nous sont donc très utiles, car elles font ressortir les pratiques exemplaires, en recensent les principaux auteurs et confirment les théories. Cependant, même les experts arrivent parfois à des conclusions différentes, ce qui peut entraîner une certaine confusion, sans compter que nos connaissances pratiques ne concordent pas toujours avec certains résultats de recherches.

Conséquences pour l'élaboration des programmes de soutien aux parents

L'article récent de Diane Benoit¹ tiré de l'Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants servira à illustrer les difficultés que nous éprouvons lorsque nous élaborons et mettons à jour nos programmes. Certaines conclusions confirment les points forts de ces derniers, alors que d'autres nous poussent à remettre en question certaines de nos hypothèses ou relèvent nos lacunes; notre travail pratique pourrait peut-être faciliter l'obtention de réponses à certaines questions.

Le survol du texte *Efficacité des interventions portant sur l'attachement* de M^{me} Benoit¹ fait référence en particulier aux résultats de la méta-analyse de Bakermans-Kranenburg²

Less is More. Ceux-ci révèlent que les meilleures interventions sont brèves, ont recours à la procédure de rétroaction par vidéo, commencent une fois que les bébés ont au moins six mois et sont clairement et exclusivement centrées sur la formation visant à modifier le comportement des parents pour accroître leur sensibilité. Nous accordons une grande crédibilité à cette étude, car Marian Bakermans-Kranenburg et Marinus van IJzendoorn^{3,4} sont des auteurs prolifiques et respectés dans le domaine de l'attachement.

Selon la première conclusion, l'attachement sécurisant est favorisé par une réponse affectueuse, rapide et adéquate des parents aux signes de leur nourrisson.

Nous avons adopté ce principe parce qu'il correspond à une croyance largement répandue à laquelle font référence des dizaines de livres et d'articles remontant jusqu'à l'époque de Bowlby.⁵ M^{me} Benoit¹ soutient que, « historiquement, [...] améliorer la sensibilité de la personne qui s'occupe d'un bébé » a été un point central des interventions portant sur l'attachement. Cette affirmation a été démontrée dans la méta-analyse de Bakermans-Kranenburg² comme étant l'une des conditions essentielles à un attachement réussi.

La deuxième conclusion qui se dégage de la méta-analyse de Bakermans-Kranenburg² veut qu'une intervention efficace soit « clairement et exclusivement centrée sur la formation comportementale visant la sensibilité parentale » plutôt que sur les « représentations internes » changeantes.

Toutefois, notre expérience nous amène à élaborer un programme qui porte à la fois sur la sensibilité parentale et la fonction réflexive (FR) – cette dernière étant la capacité d'une personne à interpréter et à mémoriser les états psychiques de son bébé aussi bien que les siens.^{6,7,8} Par exemple, il est fort probable que les changements de comportement facilitent ceux de la fonction réflexive, et inversement, et que ces deux types de changements interviennent dans le processus d'attachement. Van IJzendoorn⁹ a observé que « le facteur le plus important de l'attachement chez le nourrisson est l'état psychique de ses parents par rapport à ce sentiment. » Une autre étude a examiné en quoi la sensibilité maternelle contribuait à l'attachement sécurisant.¹⁰ Cependant, comme l'a affirmé Mme Bakermans-Kranenburg,² il est peut-être plus facile de modifier la sensibilité que la fonction réflexive chez un parent. Cependant, il importe de noter que les interventions réalisées dans le cadre de la méta-analyse ont principalement favorisé des groupes à faible risque alors que nos programmes aident largement des familles plus à risque.

Une autre raison d'intégrer la fonction réflexive dans notre programme découle de l'apprentissage chez les adultes. Nous élaborons tous nos programmes destinés aux parents à partir d'un cycle de quatre phases tiré de la théorie d'apprentissage expérientiel de David A. Kolb.¹¹ Pour bien assimiler les notions, les parents doivent se livrer à des périodes de réflexion, d'analyse, de pratique et de rétroaction. Du point de vue de l'apprentissage chez les adultes, la fonction réflexive est non seulement facile à intégrer, mais aussi essentielle pour arriver à un résultat concluant. Dans les programmes MTC, par exemple, au moyen de rétroaction par photographies et par vidéo, les participants sont invités à imaginer ce que leur bébé pense, ressent ou veut. Les parents ont en outre de

nombreuses occasions de réfléchir à ce qu'ils pensent et ressentent au sujet des relations entre adultes, de leurs aptitudes parentales antérieures et des situations vécues actuellement avec leur enfant.

La troisième conclusion consiste en la recommandation faite par Bakermans-Kranenburg² selon laquelle une intervention efficace devrait commencer après l'âge de six mois.

On nous demande souvent quel est le moment idéal pour inscrire les bébés au programme *Make the Connection Birth to One*. En nous basant sur la nature du développement de l'attachement,¹² nous répondons qu'il est approprié de le faire « dès que la mère se sent prête à commencer ». Il est donc paradoxal de lire dans la synthèse de M^{me} Benoit que les interventions les plus réussies commencent après que le bébé a atteint l'âge de six mois. En effet, avant cet âge, il peut se présenter des centaines d'occasions où se manifestent les divers types d'échanges affectifs qui font naître chez le nourrisson ses attentes quant aux réactions de ses parents,¹³ la perception du « soi » et de « l'autre » et les mécanismes d'autorégulation;¹⁴ d'ailleurs, les données issues d'études menées sur le cerveau le confirment.¹⁵

Jusqu'à ce que nous puissions mieux comprendre cette conclusion, nous devons poursuivre notre expérience pratique de manière à voir comment les parents acquièrent de l'assurance, des aptitudes et des connaissances et reçoivent du soutien social.

La dernière conclusion qui se dégage de la synthèse de M^{me} Benoit¹ relève de la méta-analyse de Bakermans-Kranenburg² et soulève une question qui nous préoccupe, car il semblerait qu'une intervention portant sur l'attachement puisse être effectuée efficacement en moins de cinq séances.

Nous avons élaboré nos programmes MTC de neuf semaines en nous basant sur un projet d'une formule et d'une durée semblables qui a fait l'objet d'une étude et dont l'efficacité a été démontrée pour ce qui est d'améliorer la réactivité des parents.^{16,17} De plus, notre expérience pratique confirme que neuf semaines sont suffisantes pour voir les bébés changer et croître, et les parents terminer les projets et établir des liens avec d'autres parents.

Cependant, l'expérience pratique démontre aussi qu'un engagement de neuf semaines peut s'avérer trop long pour certains parents et intervenants. Par conséquent, une version écourtée du programme pourrait répondre à divers besoins. Ce projet devrait faire l'objet d'autres études pour déterminer les objectifs que les parents seraient en mesure d'atteindre au cours de trois ou de quatre séances, cerner les aptitudes parentales essentielles qui devraient être abordées en quatre séances et décider des notions d'apprentissage à conserver – par exemple, nous sommes d'accord avec Bakermans-Kranenburg² quant au rôle essentiel de la rétroaction par vidéo.

Écarts entre la recherche et la pratique

Lorsque l'on élabore des programmes de soutien aux parents à partir des travaux de recherche, il est difficile de suivre l'évolution de la littérature pertinente. Par conséquent, la recherche qui a trait aux interventions portant sur l'attachement, dont l'Encyclopédie

sur le développement des jeunes enfants rend compte et fait mention, aide à en orienter l'élaboration car elle renforce ce qui est largement accepté et confirme qu'il existe encore des lacunes à combler. De jour en jour, nous enrichissons nos connaissances et espérons que des études corroboreront un jour nos hypothèses.

Plus précisément, nous nous interrogeons sur ce que la fonction réflexive apporte à l'attachement sécurisant, à l'autorégulation et à la transmission intergénérationnelle de l'attachement. Au chapitre des aptitudes parentales, quels objectifs peut raisonnablement viser un programme de prévention à court terme de neuf ou même de quatre semaines? Les interventions visant à modifier le comportement devraient-elles vraiment remplacer celles qui mettent l'accent sur les états psychiques ou les modèles de fonctionnement interne? Et en quoi différeront ces réponses selon qu'il s'agit d'un programme destiné à des familles à faible risque ou à risque élevé?

Ce sont là quelques questions sur lesquelles nous espérons voir des experts se pencher au cours des prochaines années.

RÉFÉRENCES

1. Benoit D. Efficacité des interventions portant sur l'attachement. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2009:1-6. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BenoitFRxp_rev-Attachement.pdf. Page consultée le 22 février 2010.
2. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
3. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Soutenir les familles pour former des liens d'attachement sécurisant : commentaires sur Benoit, Dozier, et Egeland. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/JufferFRxp.pdf>. Page consultée le 22 février 2010.
4. van IJzendoorn M. Attachement à l'âge précoce (0-5 ans) et impacts sur le développement des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-5. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/van_IJzendoornFRxp.pdf. Page consultée le 22 février 2010.
5. Bowlby J. *Attachment*. New York, NY: Basic Books; 1969. *Attachment and loss*; vol 1.

ATTACHEMENT

6. Fonagy P. *Attachment theory and psychoanalysis*. New York, NY: Other Press. 2001.
7. Slade A. Keeping the baby in mind: A critical factor in perinatal mental health. *Zero to Three* 2002;22(special issue 6):10-16.
8. Grienenberger I, Kelly K, Slade A. Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development* 2005;7(3):299-311.
9. van Ijzendoorn M. Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin* 1995;117(3):387-403.
10. Pederson DR, Gleason KE, Moran G, Bento S. Maternal attachment representations, maternal sensitivity and the infant-mother attachment relationship. *Developmental Psychology* 1998;34(5):925-933.
11. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1984.
12. Greenspan SI. *Building healthy minds: The six experiences that create intelligence and emotional growth in babies and young children*. Cambridge, MA: Perseus Books; 1999.
13. Beebe B, Lachmann FM. *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale NJ: Analytic Press; 2005.
14. Stern DN. *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York, NY: Basic Books, Inc; 1985.
15. McCain MN, Mustard JF, Shanker S. *Early years study 2: Putting science into action*. Toronto, ON: Council for Early Child Development; 2007.
16. Girolametto L. Improving the social-conversational skills of developmentally delayed children: An intervention study. *Journal of Speech & Hearing Disorders* 1988;53(2):156-167.
17. Tannock R, Girolametto L, Siegel L. Language intervention with children who have developmental delays: Effects of an interactive approach. *American Journal of Mental Retardation* 1992;97(2):145-160.

Pour citer ce document :

Watson C. Commentaires des milieux - Difficultés associées à l'élaboration de programmes de soutien aux parents. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2010:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/WatsonFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2010

Ce « Commentaires des milieux » est financé par le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) et le Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants (RSC-DJE).



RÉSEAU STRATÉGIQUE
DE CONNAISSANCES
SUR LE DÉVELOPPEMENT DES

jeunes enfants



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Une perspective parentale sur l'autisme

Frances Mallon, parent et enseignante-ressource, Ontario

(Publication sur Internet le 30 septembre 2005)

Perspective parentales

En tant que parent d'un enfant de 11 ans atteint d'autisme sévère, je tente de lire le plus possible sur ce trouble, surtout les articles traitant des interventions pratiques particulières et les stratégies qui peuvent m'aider à faire face aux nombreuses difficultés quotidiennes entourant l'autisme. Il est aussi important de bien connaître l'information sur les nouveaux services, les sources de financement ou de soutien éventuellement disponibles. En tant que parent et enseignante, je m'intéresse toujours aux derniers articles étiologiques; cependant, ils me sont moins utiles pour survivre dans mon travail quotidien et dans ma vie au foyer.

Dans son article intitulé *L'autisme et ses impacts sur le développement de l'enfant*, Charman¹ présente clairement les problèmes associés à l'éducation d'un enfant autiste, les difficultés sociales et sociétales auxquelles l'enfant sera confronté et les coûts pour la famille et pour la société. Il recense les interventions les plus populaires et précise que l'on observe des améliorations en intervenant tôt. Pour un parent, c'est une bonne recension, brève et pertinente. Le vocabulaire n'est pas trop technique et l'article se termine sur une note positive.

En tant qu'enseignante-ressource, je trouve l'information présentée par le CEDJE succincte et je pense que ce serait une excellente idée de la distribuer aux équipes d'intervention en autisme dans les conseils scolaires (comme à l'équipe du conseil scolaire du district catholique de Durham) et à d'autres équipes de ressources scolaires. Deux points principaux ressortent à mes yeux :

1. Charman offre aux professionnels un regard sur la vie des familles aux prises avec l'autisme, rappelant à ceux qui ne « vivent pas cette réalité » qu'elles subissent le stress élevé de trouver des ressources financières pour aider leur enfant, et qu'à bien des égards, le futur semble sombre et désespéré pour ces enfants ainsi que pour leur famille évidemment.
2. L'auteur termine en disant essentiellement que la société devrait davantage accepter les différences en matière d'interaction sociale et de comportement. Pour moi, cela rappelle aux professionnels que ces enfants, des garçons pour la plupart, sont encore des enfants. Il nous incombe à nous, enseignants et équipes-ressources, d'aider ces enfants autistes à communiquer (par exemple en trouvant des instruments d'émission de la voix qui parlent pour eux), et de

reconnaître qu'on peut entrer en contact avec chaque enfant et qu'on ne doit pas cesser de chercher un plan éducatif approprié pour chacun d'eux.

L'article de Stone et de Turner intitulé *L'autisme et son impact sur le développement de l'enfant : effets précoces sur le développement social*² traite des symptômes précoces de l'autisme qui sont présents avant l'âge habituel de deux ans et plus, âge auquel on pose le diagnostic. Les auteurs indiquent que les diagnostics précoces peuvent avoir des implications sur les services destinés aux enfants « à risque ».

Je suis d'accord sur le fait que davantage de services sont requis pour ces enfants, et en fait, les familles qui apprennent le diagnostic choquant de l'autisme ont besoin d'un meilleur accès à l'information.

Avec mon enfant, j'ai vécu tous les symptômes mentionnés dans ces articles. Le manque de sommeil (chez l'enfant comme chez les parents) et la peur de l'avenir compromettent la capacité de la famille moyenne à chercher de l'information sur la meilleure façon d'aider son enfant. Quand j'ai commencé ce voyage avec mon fils, pas un seul professionnel ne m'a suggéré de services spécifiques où j'aurais pu recevoir de l'aide et des conseils. Les gens m'ont énormément félicitée d'être proactive et m'ont exprimé leurs souhaits les meilleurs quand j'ai fait face à l'immense défi posé par les problèmes de comportement de mon enfant. J'ai cherché des services, on m'a placée sur des listes dont l'attente pouvait souvent être de plusieurs mois (deux ans pour la thérapie d'intégration sensorielle). Si un enfant est « à risque », une telle attente ne constitue pas le meilleur scénario ni le scénario idéal d'intervention précoce destinée à traiter ou à diminuer les effets négatifs des symptômes de l'autisme.

Au début des années quatre-vingt-dix, Internet n'était pas aussi courant qu'il l'est maintenant. De nos jours, on peut trouver pratiquement tout sur un sujet relié de près ou de loin à l'autisme. À l'époque, l'information sur les programmes les plus merveilleux se propageait plus lentement, d'une famille à l'autre dans des groupes de soutien, parfois des médecins ou organismes communautaires aux familles. Les symposiums sur l'autisme aidaient à obtenir des conseils. Cependant, ils étaient un peu accablants, vous deviez prendre toute l'information, l'assimiler et élaborer votre propre plan d'action pour aider votre enfant. Les présentoirs de livres lors de ces événements permettaient aussi d'obtenir de l'information sur les différents traitements.

Même si vous pouvez élaborer un plan ou si vous êtes assez chanceux pour engager des professionnels pour vous aider à implanter des interventions précoces, un nouveau problème apparaît. Imaginez qu'une famille aille de l'avant avec la stratégie du programme de l'analyse appliquée du comportement, elle devait (au début des années quatre-vingt-dix) le financer elle-même du mieux qu'elle le pouvait. Ajoutez à ce programme une approche diététique, comme éliminer le gluten ou la caséine, participer à

des activités récréatives comportant des frais d'adhésion, faire partie de clubs ou de ligues, etc. Tous ces services destinés à un seul enfant sont ruineux pour une famille, qui

vit un trouble émotionnel, de la peur, de l'épuisement en plus de subvenir aux besoins du ménage avec un budget minime.

Alors, oui, l'intervention précoce est merveilleuse, et le plus tôt est le mieux. Mais en tant que parents, notre premier pas vers l'intervention doit inclure des réponses à certaines questions : qui peut informer les familles sur la façon de savoir si son enfant est à risque? Qui peut aider à financer l'implantation du programme, quel qu'il soit, réputé le plus efficace pour l'enfant? Qui aide la famille à décider du meilleur plan ou de la meilleure direction à prendre? Et existe-t-il des stratégies financières pour aider les parents sur le plan émotif?

Je suis reconnaissante d'avoir survécue à ces 11 dernières années, en faisant de mon mieux pour naviguer à travers l'information et en essayant de trouver les bons programmes pour aider mon fils. Je suis aussi reconnaissante envers un membre de la famille vigilant, d'avoir récemment reconnu les signes d'épuisement et d'avoir pris l'initiative de chercher du soutien pour moi et du répit pour mon fils. Les listes d'attentes pour ces services sont aussi très longues, et certains programmes ne prennent même plus de noms parce que l'attente est interminable. J'ai fini par inscrire mon fils une fin de semaine sur deux. Cette expérience s'est révélée positive et j'espère que toutes les familles confrontées à des problèmes aussi accablants, surtout celles ayant des enfants autistes plus lourdement atteints, auront plus facilement accès à la même information.

RÉFÉRENCES

1. Charman T. L'autisme et son impact sur le développement des jeunes enfants. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2008:1-6. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/CharmanFRxp_rev.pdf. Page consultée le 23 janvier 2008.
2. Stone WL, Turner L. L'impact de l'autisme sur le développement de l'enfant. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Stone-TurnerFRxp.pdf>. Page consultée le 18 octobre 2005.

Pour citer ce document :

Mallon F. Commentaires des milieux - Une perspective parentale sur l'autisme. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/MallonFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Intervention auprès des enfants souffrant du spectre des troubles autistiques

Shelley Mitchell, Wendy Roberts
Division of Developmental Paediatrics, Hospital for Sick Children et
Bloorview Macmillan Centre, University of Toronto

(Publication sur Internet le 16 décembre 2005)

Perspective service

Les cliniciens qui travaillent avec de jeunes enfants autistes se basent sur les résultats de la recherche sur l'intervention pour élaborer de meilleures pratiques. La recherche devrait nous inciter à identifier des traitements efficaces pour cette population dans divers domaines professionnels. Cependant, les cliniciens de toutes les disciplines continuent à s'efforcer d'adapter les interventions à chaque enfant et à chaque famille. Les recommandations touchant le type, le contenu et l'intensité de chaque intervention pour chaque enfant distinct constituent un problème continu. Les articles de l'encyclopédie du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants,¹⁻³ disponibles sur Internet, recensent les effets de diverses interventions destinées aux jeunes autistes, y compris le développement socio-affectif qui intéresse particulièrement les cliniciens de première ligne.

La recherche citée par Harris¹ et par Bruinsma, Koegel et Kern Koegel² révèle que le domaine de l'analyse comportementale appliquée a contribué à la majorité de la recherche sur l'intervention en autisme. Cependant, le domaine fait quelque peu preuve de négligence parce qu'il se centre apparemment moins sur l'amélioration de la compétence sociale. Plus important encore, la méthode d'enseignement individuel des habiletés sociales, généralement avec motivation extrinsèque, suggère une dissonance entre la méthode d'enseignement et le résultat désiré. Certains enfants peuvent avoir besoin d'un type de motivation différent pour participer **aux relations sociales**, et les méthodes visant à susciter cette motivation sont encore vagues.

Le défi que représente la mesure de la compétence sociale est certainement un facteur de contribution. Les chercheurs et les cliniciens ont besoin d'un outil d'évaluation structuré et suffisamment sensible pour détecter les changements qualitatifs du comportement social des enfants afin d'évaluer la compétence sociale. Sinon, nous risquons de nous limiter à enseigner uniquement les éléments facilement mesurables. La discipline de la pathologie du langage et de la parole devra contribuer davantage à la recherche sur l'intervention, surtout dans le domaine du développement des habiletés sociales. Les premiers cliniciens à reconnaître les signes du spectre des troubles autistiques et à commencer à intervenir sont souvent les orthophonistes, les personnes qui logiquement

enseignent les habiletés de communication sociale. Les résultats positifs d'études qui utilisent des pairs dans l'intervention sont prometteurs, mais ces techniques doivent encore se matérialiser dans des cadres plus intégrés.

Harris¹ mentionne aussi la recherche sur l'intervention en matière de déficiences socio-affectives chez les autistes, sans doute un des symptômes les plus complexes de ce trouble. Sa recension documente le défi que représente l'évaluation du fonctionnement social ou de la compétence sociale en tant que résultat individuel. Il est probable qu'à cause de ce comportement complexe, il ait fallu décomposer les habiletés qui contribuent à la compétence sociale et les enseigner séparément. Il peut être nécessaire d'opérationnaliser les « habiletés sociales » afin d'élaborer des objectifs et d'évaluer le changement. Cependant, le fait que les habiletés sociales soient enseignées **en tant que composante** d'un programme pour enfant autiste contribue peut-être à limiter la généralisation de l'enseignement des habiletés sociales individuelles et entraîne des avantages décevants à long terme. En revanche, la compétence sociale peut constituer l'unification observable de la communication réussie, des habiletés d'imitation et de jeu chez les jeunes enfants et non un sous-ensemble d'habiletés qu'on doit aborder séparément dans un programme d'intervention.

L'enseignement des habiletés fondamentales comme la communication, l'imitation et le jeu **au sein même** du contexte de l'interaction sociale peut contribuer davantage à une meilleure compétence sociale et diminuer la durée requise pour « enseigner » la généralisation. Par exemple, si on enseigne l'imitation motrice brute dans le contexte social où l'on copie une action dans une chanson connue, cette imitation est plus susceptible de se reproduire de façon naturaliste dans l'environnement de l'enfant (dans un cadre intégré ou avec les parents et les autres membres de la famille). Par conséquent, l'habileté est suscitée de façon naturaliste parce que les *contextes sociaux* dans lesquels ces habiletés sont enseignées sont susceptibles de se reproduire dans l'environnement quotidien de l'enfant. Les cliniciens s'entendent certainement sur le fait qu'il faut enseigner les habiletés dans des contextes sociaux plus artificiels, surtout pour permettre une exposition et une pratique adéquate. Quand on cible les habiletés sociales, elles peuvent s'améliorer. Quand il s'agit des habiletés de communication, c'est aussi le cas. Cependant, si l'on cible les habiletés de communication dans le cadre des relations sociales, les enfants peuvent améliorer *leur compétence sociale*.

D'autres recherches recensées par Harris¹ se concentrent sur l'identification des facteurs ayant un impact positif sur le comportement social des enfants autistes et sur les stratégies facilitant l'intégration sociale et suscitant des comportements appropriés dans de petits groupes ou dans des environnements intégrés.⁴ Les stratégies facilitantes comme l'action différée, l'organisation de l'environnement et l'enseignement par les pairs (et d'autres) pour continuer les efforts qui consistent à amorcer la communication avec un enfant autiste sont des stratégies cliniques courantes utilisées par les orthophonistes et les spécialistes du domaine de l'intervention précoce pour obtenir des comportements sociaux appropriés. Malheureusement, il ne semble pas que ces soutiens environnementaux et ces stratégies soient implantés systématiquement dans ce domaine. Il peut être nécessaire de former davantage les intervenants de première ligne afin qu'ils

puissent utiliser ces techniques dans leur environnement clinique et éducatif et évaluer leur efficacité.

Plusieurs études décrivent une stratégie particulièrement remarquable consistant à utiliser le renforcement qui se produit naturellement pour soutenir le développement de la compétence sociale. Ces études recensées par Hwang et Hughes⁵ commencent à s'intéresser aux éléments cruciaux de la motivation **intrinsèque** à socialiser. Comme l'autisme a été défini il y a plusieurs années, il était peut-être nécessaire d'enseigner les habiletés sociales en utilisant des renforçateurs externes. Cependant, dans notre environnement courant, étant donné que le diagnostic peut être établi à un âge de plus en plus précoce, il peut être avantageux de tenter d'enseigner les habiletés dans un contexte social qui est en soi renforçant pour l'enfant ou qui le devient, puisque les associations pertinentes sont favorisées. Les cliniciens ont désormais une occasion unique d'influencer différemment le développement précoce de la communication sociale chez les enfants autistes.

Les caractéristiques parentales identifiées comme améliorant l'impact de l'intervention précoce comprennent principalement l'éducation et l'optimisme.² En connaissant cet impact positif, le réseau de ressources est chargé de promouvoir la compétence parentale à interagir avec l'enfant autiste et d'encourager l'espoir pour son futur. Les parents sont obligés d'obtenir de l'information très rapidement après avoir reçu un diagnostic d'autisme. Malheureusement, ils doivent souvent attendre pour avoir accès aux services et finissent généralement par prendre de l'avance en faisant leur propre recherche, généralement sur Internet, ce qui mène souvent au découragement, minant ainsi nos efforts professionnels consistant à encourager les parents à l'optimisme.

Dans le domaine de l'orthophonie, il y a une pénurie relative de recherche sur l'intervention en autisme. Étant donné que plusieurs marques caractéristiques de l'autisme tiennent surtout à la portée de la pratique de cette profession, la présence des orthophonistes dans ce domaine de recherche doit être augmentée, et ces professionnels doivent prendre les devants à la place des chercheurs respectés comme Prizant, Wetherby, Schuler et autres.

Szatmari³ déclare qu'on ne parviendra à évaluer correctement les effets du traitement qu'avec des essais aléatoires contrôlés. On a clairement besoin de recueillir un important groupe de données qui comprend de l'information sur les caractéristiques de l'enfant et du parent, les soutiens environnementaux efficaces et facilitateurs, les méthodes d'enseignement direct et le niveau d'intensité le plus efficace de ces interventions afin de commencer à prescrire une gestion appropriée de ce trouble. Les résultats de ces études décideront en fin de compte de la désignation de ressources et influenceront le travail clinique. On devra cependant reconnaître la contribution de la valeur de la recherche qualitative systématique dans le domaine de l'intervention précoce en autisme jusqu'à ce que nos données soient assez importantes pour émettre des hypothèses afin d'effectuer les tests. Cela nous permettra de spécifier plus définitivement les meilleures pratiques dans ce domaine d'intervention.

RÉFÉRENCES

1. Harris SL. Intervention en autisme. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2008:1-6. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/HarrisFRxp_rev.pdf. Page consultée le 23 janvier 2008.
2. Bruinsma YEM, Koegel RL, Koegel LK. Effets de l'intervention précoce sur le développement social et affectif des jeunes enfants autistes. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Bruinsma-KoegelFRxp.pdf>. Page consultée le 16 décembre 2005.
3. Szatmari P, Reitzel J-A. Intervention en autisme : commentaires sur Harris, Bruinsma, Koegel et Kern Koegel. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Szatmari-ReitzelFRxp.pdf>. Page consultée le 16 décembre 2005.
4. McConnell SR. Interventions to facilitate social interaction for young children with autism: review of available research and recommendations for educational intervention and future research. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2002;32(5):351-372.
5. Hwang B, Hughes C. The effects of social interactive training on early social communicative skills of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2000; 30(4):331-343.

Pour citer ce document :

Mitchell S, Roberts W. Commentaires des milieux - Intervention auprès des enfants souffrant du spectre des troubles autistiques. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Mitchell-RobertsFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Troubles pédiatriques de l'alimentation : une perspective clinique

William B. Crist, Ph.D.
Feeding and Nutrition Clinic, IWK Health Centre, Halifax

(Publication sur Internet le 20 juin 2005)

Perspective service

Dans l'ensemble, les recensions du CEDJE¹⁻⁵ sur le trouble de l'alimentation des jeunes enfants couvrent bien l'étendue des questions dans ce domaine. Elles témoignent des progrès effectués ces deux dernières décennies pour sensibiliser le public à l'importance à accorder aux troubles de l'alimentation pour la santé des jeunes enfants. Elles confirment aussi les progrès en matière biopsychosociale⁶ qui sous-tendent les traitements actuels quand les problèmes apparaissent. Elles mettent aussi très bien en lumière les défis auxquels cette discipline est confrontée. Toute personne lisant la documentation ou travaillant dans ce domaine devrait tenir compte de la prudence à laquelle nous invite Benoit lorsqu'elle attire notre attention sur les « définitions incohérentes, les diagnostics et les cadres conceptuels différents et essentiellement non valables et les méthodologies incohérentes »¹ que subit le domaine des troubles de l'alimentation chez les nourrissons et les jeunes enfants.

Ce problème est particulièrement évident dans les discussions sur l'incidence générale des troubles de l'alimentation où les données citées datent de 20 à 25 ans et où la recherche a été effectuée avec des définitions essentiellement différentes qui n'ont pas été validées. Il est compréhensible que les chercheurs mentionnent ces recherches parce que pour le moment, il n'y a tout simplement pas de meilleure information disponible. Les centres pédiatriques tertiaires au Canada sont responsables de la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents vivant dans leur secteur. En admettant que l'argent destiné à la santé continue à se faire rare, si nous souhaitons prendre des décisions rationnelles en ce qui concerne l'allocation des ressources, nous devons mieux comprendre les nombreux cas d'enfants ayant des troubles de l'alimentation spécifiques.

Par exemple, dans sa recension, Black² s'intéresse au développement de saines habitudes de vie des enfants de la population générale afin de prévenir la myriade de problèmes de santé qui découlent de l'obésité. Le coût global projeté de « l'épidémie d'obésité » pour la société est énorme,⁷⁻⁸ par conséquent, un minimum de prévention peut permettre aux provinces d'économiser à long terme beaucoup d'argent de leur budget de santé. De même, Piazza⁴ présente des données suggérant que les interventions comportementales fructueuses visant à sevrer des enfants de l'alimentation par sonde se traduisent par des économies nettes de coûts. Alors que dans un monde idéal, ces deux initiatives seraient financées, dans le monde réel, on doit choisir où allouer les maigres ressources. Des

informations plus exactes sur l'incidence et la trajectoire naturelles des problèmes de nutrition, au sein de la population médicalement vulnérable et au sein de celle qui est en santé, aideraient à orienter de développement des services.

En ce qui concerne la promotion de saines habitudes alimentaires au sein de la population générale, Black² présente une vue d'ensemble constructive, en prônant la recherche sur les raisons pour lesquelles les enfants ont des préférences alimentaires sélectives (les enfants difficiles pour ce qui est de la nourriture). Une récente étude longitudinale⁹ a découvert que les préférences alimentaires des enfants variaient considérablement d'un groupe alimentaire à l'autre, les enfants préférant à 75% le pain, les pâtes et les desserts, et à moins de 50% les légumes ou les viandes. Les préférences alimentaires se formaient tôt et restaient étonnamment stables, et on a observé peu de changement entre l'âge de deux et huit ans. Surtout, les enfants appréciaient une plus grande variété de légumes quand ils étaient nourrissons que pendant leur petite enfance ou les années préscolaires.¹⁰ Ceci a permis de se concentrer sur la petite enfance et sur la transitions vers la consommation indépendante d'aliments courants. Nous avons clairement besoin d'en savoir plus sur cette période spécifique de transition afin de concevoir des interventions efficaces pour le grand public. Les propos de Burklow³ à ce sujet, indiquant « qu'il doit exister une collaboration entre les programmes alimentaires et communautaires » et précisant que « ces efforts d'intervention primaire doivent être empiriquement évalués » sont tout à fait convaincants.

En ce qui concerne l'extrémité grave du spectre (les enfants médicalement vulnérables et ayant besoin d'une alimentation prolongée par sonde), Ramsay⁵ suggère de se pencher sur une question clé de la recherche, à savoir : « À quel point les interventions comportementales sont-elles efficaces pour les nourrissons malades aux prises avec des troubles de l'alimentation problématiques graves ? » Je raffinerai cette question, étant donné que de nombreuses études de cas, telles que résumées dans la recension effectuée par Piazza⁴ pour le CEDJE et plus systématiquement par Kerwin,⁶ ont démontré que les interventions comportementales étaient efficaces pour les troubles graves de l'alimentation. Elles ne sont cependant pas efficaces pour tous les enfants. La recherche doit se pencher sur les facteurs associés à l'échec du traitement – est-il occasionné par des questions physiques sous-jacentes touchant le mécanisme de base de l'appétit de ces enfants, comme le suggère l'article de Ramsay, ou certains des aspects du traitement comportemental rendent-ils difficile le transfert des stratégies comportementales à la maison pour certaines familles ? L'article de Burklow³ présente une série de questions à ce sujet, comme l'impact des interventions comportementales sur les relations au sein de la famille, qui doivent désormais être explorées.

Les établissements canadiens ont eu des difficultés à établir des interventions comportementales intensives pour les troubles graves de l'alimentation, et ils continueront à en avoir pour plusieurs raisons. Premièrement, il y a le problème de « l'économie d'échelle ». Piazza⁴ ne fournit pas les détails particuliers de ses estimations de coûts pour le traitement intensif des troubles de l'alimentation ; cependant, les chiffres dépendent inévitablement de questions d'échelle (c'est-à-dire du nombre d'enfants que le programme peut traiter pendant un an et de leur « disponibilité » au traitement). Les

programmes de nutrition intensifs aux États-Unis, comme celui de Kennedy Krieger Institute à Baltimore, attirent littéralement des patients pédiatriques de tous les États et du monde. Ils n'ont donc aucun problème à maintenir une bonne clientèle qui les rends économiquement viables. Étant donné la différence de population entre les États-Unis et le Canada, il est peu probable que l'incidence des troubles graves d'alimentation soit assez élevée dans plusieurs régions du Canada pour que ces programmes intensifs puissent être économiquement viables. Par conséquent, la recommandation de Burklow voulant que « d'autres modèles de traitement doivent être explorés pour les enfants qui nécessitent des traitements nutritionnels intensifs » est particulièrement importante pour la prestation de services au Canada.

Deuxièmement, la plupart des diplômés universitaires canadiens en psychologie clinique connaissent bien le cadre cognitivo-comportemental, mais l'accent porte généralement sur la partie cognitive. Les diplômés ont donc relativement peu d'expérience quand il s'agit d'appliquer les techniques comportementales du façonnement et les conséquences éventuelles auprès des jeunes en développement. La reconnaissance croissante de l'analyse comportementale comme traitement de choix dans l'intervention précoce visant les troubles du spectre autistique peut finir par étendre les modèles de formation à quelques programmes, mais cela prendra des années avant de constater un impact sur la prestation de services.

Enfin, dans leurs recensions pour le CEDJE, Benoit et Ramsay précisent la nécessité de constituer continuellement des équipes interdisciplinaires en nutrition, de former les experts du domaine des troubles pédiatriques de l'alimentation et d'en faire des priorités politiques importantes. Si nous voulons surmonter le problème des « définitions incohérentes, des diagnostics et des cadres conceptuels différents et essentiellement non valables et de méthodologies incohérentes », les politiques doivent aussi inclure un mécanisme permettant de rassembler les professionnels canadiens. Il sera ainsi possible de discuter de ces incohérences et de ces différences, de les résoudre, de faciliter la création d'études multicentriques pouvant répondre aux questions clés de la recherche et d'établir des stratégies de défense afin que cet important domaine du développement de l'enfant puisse recevoir le soutien public et gouvernemental nécessaire.

RÉFÉRENCES

1. Benoit D. Services et programmes qui ont prouvé leur efficacité pour gérer les comportements alimentaires des jeunes enfants (de 0 à 5 ans) et impacts sur leur développement social et affectif : Commentaires sur Piazza et Carroll-Hernandez, Ramsay et Black. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BenoitFRxp-Comportements.pdf>. Page consultée le 3 mars 2008.
2. Black MM, Hurley KM. Comment aider les enfants à acquérir des habitudes alimentaires saines. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2008:1-11. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Black-HurleyFRxp_rev-Comportements.pdf. Page consultée le 18 mars 2008.
3. Burklow K. Comportements alimentaires chez les très jeunes enfants. Commentaires sur Piazza et Carroll-Hernandez, Ramsay et Black. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BurklowFRxp.pdf>. Page consultée le 10 mai 2005.
4. Piazza CC, Carroll-Hernandez TA. Évaluation et traitement des troubles de l'alimentation pédiatriques. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Piazza-Carroll-HernandezFRxp.pdf>. Page consultée le 10 mai 2005.
5. Ramsay M. Capacité à s'alimenter, appétit et comportements alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants et impacts sur leur croissance et sur leur développement psychosocial. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-10. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/RamsayFRxp.pdf>. Page consultée le 10 mai 2005.
6. Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology* 1999;24(3):193-214.
7. Birmingham CL, Muller JL, Palepu A, Spinelli JJ, Anis AH. The cost of obesity in Canada. *CMAJ - Canadian Medical Association Journal* 1999;160(4):483-488.
8. Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: An update. *Canadian Journal of Applied Physiology* 2004;29(1):90-115.

9. Skinner JD, Carruth BR, Wendy B, Ziegler PJ. Children's food preferences: A longitudinal analysis. *Journal of the American Dietetic Association* 2002;102(11):1638-1647.
10. Skinner JD, Carruth BR, Houck KS, Bounds W, Morris M, Cox DR, Moran J 3rd, Coletta F. Longitudinal study of nutrient and food intakes of white preschool children aged 24 to 60 months. *Journal of the American Dietetic Association* 1999;99(12):1514-1521.

Pour citer ce document :

Crist WB. Commentaires des milieux - Troubles pédiatriques de l'alimentation : une perspective clinique. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/CristFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005

COMMENTAIRES DES MILIEUX - Perspective d'un programme de traitement pour les enfants souffrant de troubles de l'alimentation

**Leona Pinhas, psychiatre
The Hospital for Sick Children, Toronto**

(Publication sur Internet le 6 mai 2005)

Perspective politique

Les troubles de l'alimentation et les comportements alimentaires sont des sujets importants pour le développement de l'enfant. Les politiques sociales en la matière ont de grandes répercussions sociales sur la société. L'article de Black est particulièrement intéressant. Il porte sur les façons d'aider les enfants à développer de saines habitudes alimentaires et met en lumière les facteurs importants de ce développement. La description de la façon dont l'environnement et la relation alimentaire peuvent influencer l'acquisition de saines habitudes alimentaires est particulièrement utile.¹ Il est important d'élaborer des politiques qui rendent cette information disponible et facile à mettre en place. Cette recherche peut non seulement prévenir les difficultés alimentaires, mais aussi nous aider, en tant que société, à optimiser la croissance et le développement de nos enfants.

Plusieurs éléments me frappent à la lecture des recensions des experts sur les troubles de l'alimentation.^{1,2,4} Ce qui me frappe le plus est le peu de compréhension dont nous faisons preuve à propos d'un comportement humain universel comportant des significations sociales et culturelles. Bien que des traitements empiriques existent, ils reposent tous sur un modèle comportemental.^{2,3} Qu'en est-il des enfants ou des familles qui ne peuvent pas utiliser ce modèle? Pourquoi existe-t-il si peu d'options de traitements validés? Comme l'affirme Benoit, malgré leur caractère commun, il se pourrait que la complexité des problèmes alimentaires et de nutrition pendant l'enfance soit partiellement responsable.⁴ Des politiques sont nécessaires afin de soutenir le développement d'une plus grande gamme d'options de traitement et de mieux comprendre qui profitera de quel modèle de traitement.

Nous nous assurons que l'information soit diffusée dans les sphères professionnelles et publiques, même dans les domaines qui disposent déjà de beaucoup d'information. Par exemple, nous connaissons beaucoup de choses sur la croissance et le développement normaux, et sur les façons de les mesurer dans le temps. Nous disposons de courbes de croissance normalisées qui sont facilement disponibles, et pourtant, selon mon expérience, elles sont rarement utilisées. Très peu de médecins de famille conservent des courbes de croissance sur leurs patients. Dans notre programme sur les troubles de

l'alimentation, nous exigeons une courbe de croissance pour chaque enfant qui nous est adressé et nous ne sommes pas surpris de constater que moins d'un quart des patients seulement nous arrivent avec une courbe indiquant leur croissance et leur développement — le moyen le plus facile et le plus économique de détecter des anomalies de taille et de poids. C'est particulièrement préoccupant compte tenu de la discussion des experts dans les articles. Ces derniers argumentent en faveur d'un outil de dépistage simple dans le cas des difficultés alimentaires.^{1,2,4} Il est clair que nous devons explorer des façons de motiver les intervenants en santé pour qu'ils utilisent les outils existants et que nous devons aussi en développer de nouveaux.

Dans la sphère publique, surtout parmi les parents, il est fondamental de diffuser de l'information sur la saine alimentation et la relation à l'alimentation. Alors que les organismes de santé publique font des efforts pour informer et éduquer les familles, notre société subit constamment de la désinformation. Nous sommes entourés « d'experts » qui écrivent des livres sur la « bonne » façon de se nourrir, et tout d'un coup, la « bonne » façon signifie des aliments faibles en glucides ou en gras. À quel point cette désinformation peut-elle influencer les choix des parents en ce qui concerne l'alimentation de leurs enfants? Dans notre clinique, il n'est par rare de voir la désinformation en action. La plupart des parents croient que la perte de poids de leur enfant est saine, qu'il est bon d'être mince; ils ont absorbé le message que la société nous envoie clairement : « *On n'est jamais trop mince* ». Ceci peut retarder le dépistage de troubles de l'alimentation graves, ce qui peut nuire au développement de l'enfant à long terme.

En tant que société, nous n'avons pas besoin que d'information. Nous devons réfléchir à la façon dont nous menons nos vies. En Amérique du Nord, à une époque où les deux parents travaillent, où tout le monde est débordé, le prêt-à-manger peut sembler irrésistible. N'y a-t-il pas moyen de faire en sorte que le prêt-à-manger constitue une option saine? Les décideurs politiques devraient examiner les structures sociales qui doivent être influencées afin d'offrir aux parents le temps et les choix qui permettent une saine alimentation.

Nous devons aussi chercher à savoir si la frontière entre les troubles de l'alimentation et les troubles de la nutrition s'estompe. Dès l'âge de cinq et six ans — un groupe d'âge qui traditionnellement n'avait que des troubles de la nutrition — on diagnostique des troubles de l'alimentation (comme l'anorexie mentale ou la boulimie).⁵ Un enfant qui souffre d'un trouble de la nutrition peut-il finir par souffrir d'un trouble de l'alimentation⁶ s'il est admiré pour sa minceur? Les troubles de l'alimentation sont devenus très courants chez les enfants plus âgés et les adolescents. Est-ce une question de temps avant qu'ils ne le deviennent aussi chez les plus jeunes enfants? La recherche sur le chevauchement des troubles dans cette tranche d'âge est rare. Nous devons soutenir la recherche dans ce domaine afin que le développement de politiques en bénéficie et que nous puissions protéger nos enfants contre les troubles de l'alimentation.

Enfin, quand nous élaborerons des politiques, nous devons faire attention à ce que nos tentatives visant à prévenir ou à traiter un trouble n'entraînent pas le développement d'un autre. Par exemple, quand nous focalisons sur l'information du public au sujet des

dangers de l'obésité, un état pour lequel il n'y a pas de solution probante et qui pour certains est un état sain, nous risquons de créer une obsession culturelle de minceur qui rend les parents et les enfants confus et qui influence inutilement notre relation avec les aliments. La panique sur la présumée épidémie d'obésité conduira-t-elle à une épidémie de troubles de l'alimentation ou de la nutrition? Nous avons besoin de politiques qui explorent ces questions et qui nous aident à mettre en place des politiques efficaces, sensibles et n'entraînant pas d'effets secondaires indésirables.

En conclusion, les articles des experts aident à résumer ce que nous savons sur le développement de saines habitudes alimentaires chez les enfants. Cependant, ils mettent aussi en lumière les grandes lacunes de la recherche, du développement des traitements et des politiques.^{1,2,4} Nos démarches initiales devraient soutenir la recherche et se tourner ensuite vers un modèle de prévention et de traitement validé. J'espère qu'en avançant prudemment et graduellement, nous atteindrons le résultat désiré.

RÉFÉRENCES

1. Black MM, Hurley KM.. Comment aider les enfants à acquérir des habitudes alimentaires saines. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2008:1-11. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Black-HurleyFRxp_rev-Comportements.pdf. Page consultée le 18 mars 2008.
2. Piazza CC, Carroll-Hernandez TA. Évaluation et traitement des troubles de l'alimentation pédiatriques. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Piazza-Carroll-HernandezFRxp.pdf>. Page consultée le 5 mai 2005.
3. Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology* 1999;24(3):193-214.
4. Benoit D. Services et programmes qui ont prouvé leur efficacité pour gérer les comportements alimentaires des jeunes enfants (de 0 à 5 ans) et impacts sur leur développement social et affectif : Commentaires sur Piazza et Carroll-Hernandez, Ramsay et Black. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BenoitFRxp-Comportements.pdf>. Page consultée le 3 mars 2008.
5. Canadian Paediatric Association. Canadian Paediatric Surveillance Program. Katzman, DS, Morris A, Pinhas, L. Early onset eating disorders. Disponible sur le site: <http://www.cps.ca/English/surveillance/cpsp/Studies/earlyonseteatingdisorders.htm>. Page consultée le 31 octobre 2007.
6. Kotler LA, Cohen P, Davies M Pine DS, Walsh BT. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40(12):1434-1440.

Pour citer ce document :

Pinhas L. Commentaires des milieux - Perspective d'un programme de traitement pour les enfants souffrant de troubles de l'alimentation. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-4. Disponible sur le site: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/PinhasFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005



COMMENTAIRES DES MILIEUX -- Congés parentaux : une politique sociale importante

Rianne Mahon, directrice
Institute of Political Economy, Carleton University

(Publication sur Internet le 26 juillet 2004)

Perspective politique

Le congé parental - sa durée, la générosité du soutien financier – est vraiment une importante question politique et les articles réunis par le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) constituent un bon début.¹⁻⁵ L'évaluation rigoureuse de Lero sur l'état de la recherche dans ce domaine a une valeur particulière. Elle souligne la nécessité de considérer le congé parental comme un des facteurs qui déterminent la santé maternelle et celle de l'enfant ainsi que le développement de ce dernier.² L'implication des pères, les sources de stress parental et le soutien familial, les facteurs reliés au milieu de travail et à la disponibilité de services de garde abordables et de qualité font tous partie de l'équation. Alors que jusqu'à un certain degré ces facteurs sont singuliers, ils sont tous influencés par les politiques publiques ainsi que par les normes et par les attitudes nationales (et locales) en vigueur. Les décideurs politiques ont donc besoin de considérer les congés parentaux non seulement du point de vue de la durée et du niveau de soutien, mais aussi de l'adaptation des politiques de congé dans un modèle plus large de politiques sociales et du travail.

La recherche fait vraiment ressortir un problème important : la plus grande partie de la recherche disponible en anglais est effectuée aux États-Unis, pourtant, ce pays constitue de plus en plus une anomalie. Les États-Unis, le Canada et plusieurs pays européens ont un taux élevé de participation des femmes au marché du travail. La plupart d'entre elles travaillent à temps plein. C'est aussi un des pays qui est en tête en matière de pourcentage de parents célibataires (principalement des mères). Pourtant, jusqu'à tout récemment, aucun droit au congé parental n'était inscrit dans la législation et celle de 1993 offrait seulement 12 semaines de congé non payé pour les personnes qui présentaient les conditions requises. La loi *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* de 1996 requiert qu'une majorité de parents célibataires et à faibles revenus cherchent un l'emploi rémunéré tout en fournissant un soutien limité pour les services de garde.⁶ Ceci contraste avec l'Europe et même avec le Canada. Alors que l'Union européenne envisage l'objectif d'une participation d'au moins 60 % des femmes au marché du travail en 2010, elle a aussi adopté des normes de 14 semaines de congé de maternité payé et de trois mois de congé parental et favorise l'augmentation des services de garde à l'enfance abordables et de qualité. Le Canada a récemment institué une option de congé de 50 semaines et a adopté un accord-cadre multilatéral avec les provinces par lequel le

gouvernement fédéral accepte de consacrer 900 millions de dollars sur cinq ans à la promotion de l'éducation et des soins aux jeunes enfants.

Ceci suggère, comme le font remarquer Lero et Field, qu'on doit faire preuve d'une extrême prudence lorsqu'on généralise à partir des études américaines.^{2,4} En revanche, on a besoin de plus de recherche comparative et de plus d'efforts pour surmonter les obstacles linguistiques et autres en matière de communication de résultats de recherches européennes. Alors que l'étude *Petite enfance, grands défis* qui se déroule dans plusieurs pays de l'OCDE s'intéresse principalement à l'éducation et aux soins pendant la petite enfance, elle fournit le type d'analyse en profondeur de cette importante partie du contexte plus large dans lequel les parents choisissent de travailler ou de prendre congé à la naissance d'un enfant.

De plus, l'Europe fournit diverses combinaisons de politiques sociales et de politiques sur le travail. Certains pays encouragent de longs congés avec de faibles taux de rémunération alors que d'autres favorisent des congés plus courts, mais mieux payés.⁷ Certaines études suggèrent que le premier modèle est clairement divisé selon les classes, les mères qui ont peu de formation étant les principales utilisatrices des services de garde à long terme. Ceci soulève la question de savoir à quel point la classe et la race structurent les résultats pour les enfants et pour leurs parents et comment les choix politiques aggravent ou atténuent cette influence.

Duxbury soulève l'importante question de la personne qui prend le congé.⁵ Elle se concentre sur le fait que ce sont principalement les femmes qui prennent congé malgré le recours au terme « parental » neutre. Le passage des options du congé exclusivement maternel au congé parental ainsi que la terminologie reflètent une tentative de s'éloigner de l'hypothèse selon laquelle le comportement et la santé mentale de la mère comptent le plus pour le développement des enfants. Pourtant, les dernières hypothèses restent profondément ancrées dans la documentation, surtout les études qui soutiennent que l'emploi « parental » pendant les jeunes années conduit à un développement négatif de l'enfant et à des problèmes de « capital social ». L'utilisation d'une terminologie apparemment aussi neutre peut avoir comme conséquence regrettable que même ceux qui ne partagent pas ce biais ignorent les modèles de prise de congé selon le genre et donc les implications des programmes de congés plus longs sur l'égalité entre hommes et femmes. Cependant, il ne s'agit pas seulement de l'égalité des femmes. On porte trop peu d'attention au « paternage » et aux facteurs qui influencent l'ampleur de l'implication des pères et la façon dont ils le font. Une documentation récente a commencé à approfondir les expériences,⁹ mais on a besoin de davantage de recherche, encore une fois avec un cadre explicite de comparaison.

RÉFÉRENCES

1. Ruhm CJ. Incidences de l'emploi des parents et des congés parentaux sur la santé et sur le développement des enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2002:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/RuhmFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
2. Lero DS. Recherche sur les politiques concernant les congés parentaux et le développement des enfants: implications pour les décideurs politiques et pour les prestataires de services. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-10. Disponible sur le site : <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/LeroFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
3. Kamerman SB. Politiques de congé maternel, paternel et parental: impacts potentiels sur les enfants et sur leur famille. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-5. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KamermanFRxp_rev-Conges.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
4. Field TM. Politiques sur les congés parentaux : Commentaires sur Lero, Kamerman et Ruhm. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/FieldFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
5. Duxbury L. Les congés parentaux: une question complexe. Commentaires sur les articles de Ruhm, de Lero et de Kamerman. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DuxburyFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
6. Levy DU, Michel S. Child Care and Welfare Reform in the United States. In: *Child Care Policy at the Crossroads: gender and welfare state restructuring*. New York, NY: Routledge; 2002:239-266.
7. Mahon R. Child Care Policy: Toward what kind of "Social Europe"? *Social Politics* 2002;9(3):343-379.
8. Heinen J, de Koenigswater HM. Framing citizenship in France and Finland in the 1990's: Restructuring of motherhood, work and care. *Social Politics* 2001;8(2):170-181.
9. Jenson J, Sineau M. France: Reconciling republican equality with "Freedom of choice". In: Jenson J, Sineau M, eds. *Who Cares? Women, work and welfare state redesign*. Toronto, Ontario: University of Toronto Press; 2001:88-117.

CONGÉS PARENTAUX

10. Salmi M. Analysing the Finnish homecare allowance system: Challenges to research and problems of interpretation. In: Kalliomaa-Puha L, ed. *Perspectives of equality: Work, women and family in the Nordic countries*. Copenhagen, Denmark: Nordic Council of Ministers; 2000:187-207.
11. Hobson B, ed. *Making men into fathers*. Cambridge; University Press; 2002.
12. Doucet A. *Do men mother?: Fatherhood, masculinity and domestic responsibility*. Toronto, Ontario: University of Toronto Press; 2006.

Pour citer ce document :

Mahon R. Commentaires des milieux - Congés parentaux : une politique sociale importante. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/MahonFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004



COMMENTAIRES DES MILIEUX

Congés parentaux et bien-être des parents et des jeunes enfants

Lia Sanzone, infirmière-chef
Enfance Famille, CLSC Metro

(Publication sur Internet le 29 juillet 2004)

Perspective service

Bien qu'il y ait peu de documentation qui appuie l'hypothèse selon laquelle le retour rapide de la mère au travail nuit à la santé de son bébé, cela peut être un facteur de contribution qui peut causer une augmentation du stress et de l'anxiété chez certaines mères qui manquent de soutien.¹

Le retour au travail semble avoir un impact positif sur les femmes de foyers bi parentaux de la classe moyenne. Cela leur donne un rôle privilégié et une meilleure sécurité financière, ce qui conduit à une amélioration de l'état mental. La capacité des mères qui travaillent à bien vivre leur retour précoce au travail semble reliée à leur satisfaction au travail. Plus les femmes reçoivent du soutien au travail et à la maison, plus elles ressentent de bien-être et meilleure est la relation qu'elles créent avec leur enfant.

L'état de santé mentale maternelle est un déterminant majeur. Il favorise la relation mère enfant saine qui est à la base du développement précoce et contribue à réduire le risque de maladie physique chez la mère. La fatigue semble être un résultat inévitable de la parentalité et est généralement amplifiée chez les femmes qui choisissent d'allaiter. Si la maternité en soi provoque une foule d'émotions complexes et souvent conflictuelles, la maternité chez la femme qui travaille augmente ces conflits. Par exemple, les femmes qui doivent retourner au travail plus tôt peuvent être confrontées à un manque de ressources, à une détresse émotive parce qu'elles ne sont pas avec leur enfant, à des doutes sur leur capacité maternelle, à une surcharge de rôles et à des conflits maritaux.²

Dans notre contexte multiculturel actuel, si la maternité est un aspect central de la culture, mais que la femme a besoin de travailler pour subvenir à ses besoins, elle peut vivre un conflit psychologique, ce qui peut se traduire par des rapports de santé négatifs. Les nouvelles mères sont aussi à risque de dépression post-partum. Ceci ne peut qu'être exacerbé par les stressés multiples que la mère doit affronter quand elle retourne au travail rapidement après l'accouchement.

Les mères célibataires, qui ont peu de soutien ou des ressources financières limitées, semblent souffrir davantage de maladies physiques et de détresse émotive. Elles peuvent devoir prendre soin de leurs enfants dans des conditions de négligence, précaires et à l'étroit, avoir peu de temps pour elles et peu d'issues en matière d'aide personnelle. Les

enfants de parents qui vivent dans des situations stressantes avec des réseaux de soutien insuffisants sont connus pour être à risque du syndrome du bébé secoué.

Les enfants de parents dépressifs ont moins tendance à pratiquer des jeux stimulants et ils développent des difficultés de l'humeur et de l'attachement. Une mère dépressive est incapable d'avoir des interactions positives avec son enfant et les parents sont à risque d'utiliser une discipline incohérente, ce qui conduit souvent à des problèmes d'adaptation. Étant donné que ces enfants n'ont pas de parents qui peuvent les aider à apprendre à gérer leurs sentiments négatifs, ils gèrent souvent négativement les nouveaux défis. Ces caractéristiques sont amplifiées lorsqu'elles sont combinées au stress dû aux difficultés financières.

Bien que le Canada ait une des politiques les plus généreuses en matière de durée de congé parental,³ les allocations financières peuvent ne pas permettre à toutes les familles de maintenir leur style de vie, ce qui devient un fardeau supplémentaire pour la famille. Alors que certaines mères reçoivent jusqu'à 90 % de leur salaire pendant 20 semaines à cause de la compensation supplémentaire de leur employeur, la majorité d'entre elles reçoivent beaucoup moins. Les mères travailleuses autonomes par exemple ne bénéficient d'aucun congé parental et retournent souvent au travail dans le mois suivant la naissance du bébé.

En tant que société, nous sommes très conscients des bienfaits de l'allaitement. En fait, la documentation récente suggère qu'un enfant devrait être allaité pendant au moins six mois, et idéalement, jusqu'à deux ans. C'est particulièrement difficile pour la mère qui travaille et qui est confrontée au choix culpabilisant de travailler ou d'allaiter. Bien que les bienfaits de l'allaitement tant pour la mère que pour l'enfant soient bien documentés, le niveau de fatigue de la mère finira par affecter les résultats de l'allaitement. À cause du manque de soutien, les mères abandonnent souvent l'allaitement beaucoup plus tôt que la plupart des professionnels de la santé le recommandent.

Au Québec, les services de garde de qualité ne sont pas toujours disponibles. À cause du délai d'attente actuel d'un à deux ans dans notre système public de garderies, la famille peut devoir se tourner vers le privé. Quand une mère doit retourner au travail, la question des services de garde devient un fardeau supplémentaire à la fois financier et pratique en matière de choix.²

Bien que le Canada ait mis en place un congé parental d'un an, cette politique n'est pas suffisante en soi pour protéger tous les développements mères enfants. De plus en plus de femmes se retrouvent à assumer plusieurs rôles, dont deux rôles familiaux importants – épouse et mère – et un rôle social principal – travailleuse. Des changements concernant les modèles de division domestique du travail et de garde des enfants doivent se produire à cause de ces rôles étendus.

Comme société, nous devrions insister pour que notre gouvernement :

- réfléchisse à la façon de protéger les nouvelles familles en rendant la politique accessible à TOUTES les mères, y compris aux familles travailleuses autonomes;

CONGÉS PARENTAUX

- fasse de la disponibilité et de l'accessibilité des services de garde une priorité pour tous. Les services de garde devraient être disponibles avant que la mère ne retourne au travail afin qu'elle-même et l'enfant puissent s'adapter au changement;
- encourage tous les employeurs à avoir un service de garde. S'il n'est pas possible d'en avoir un à l'interne, on devrait encourager les employeurs à établir des liens avec un centre de garde communautaire afin que les services soient disponibles et accessibles à toutes leurs employées mères qui retournent travailler;
- procure des allocations supplémentaires à toutes les mères qui décident d'allaiter, pas uniquement à celles qui bénéficient de l'aide sociale. Ceci augmenterait les bénéfices financiers dus au fait de rester à la maison plus longtemps et aiderait à promouvoir l'allaitement et les bienfaits qui y sont reliés;
- augmente les allocations financières dispensées pendant le congé maternel pour aider la famille à s'adapter à l'arrivée du nouveau-né et procure tous les facteurs nécessaires pour encourager la croissance optimale et le développement de CHAQUE enfant.

Comme société, nous devrions demander aux employeurs de :

- donner accès à toutes les femmes au partage du travail à leur retour de congé de maternité. Ceci permettrait un retour graduel au travail à temps plein. Non seulement cela augmenterait la satisfaction de la mère au travail et diminuerait le stress maternel, mais cela finirait par stimuler la productivité;
- être ouvert à l'allaitement. Ceci augmenterait la réputation de l'employeur auprès de toutes les femmes qui travaillent, le niveau de rétention de ces dernières et leur satisfaction au travail. Afin de permettre aux mères d'allaiter, la compagnie pourrait soit augmenter la flexibilité des horaires afin de donner du temps à la mère pour allaiter ou permettre des pauses fréquentes, fournir une pièce privée et un endroit d'entreposage adéquat. Ceci finirait par prolonger les bienfaits de l'allaitement.

Comme individus nous devrions :

- reconnaître les congés paternels comme faisant partie de la norme plutôt que de l'exception. L'attachement développé entre le père et l'enfant favorise réellement le développement de l'enfant tout en diminuant le niveau de stress de la mère. Ceci démontrerait qu'en tant que société, nous accordons une valeur à la responsabilité conjointe lorsqu'il s'agit de nos enfants et de leur développement, et que nous ne considérons pas qu'il s'agit uniquement d'une responsabilité maternelle.

RÉFÉRENCES

13. Ruhm CJ. Incidences de l'emploi des parents et des congés parentaux sur la santé et sur le développement des enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2002:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/RuhmFRxp.pdf>. Page consultée le 28 juillet 2004.
14. Lero DS. Recherche sur les politiques concernant les congés parentaux et le développement des enfants: implications pour les décideurs politiques et pour les prestataires de services. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-10. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/LeroFRxp.pdf>. Page consultée le 28 juillet 2004.
15. Kamerman SB. Politiques de congé maternel, paternel et parental: impacts potentiels sur les enfants et sur leur famille. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-5. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KamermanFRxp_rev-Conges.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.

Pour citer ce document :

Sanzone L. Commentaires des milieux - Congés parentaux et bien-être des parents et des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/SanzoneFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004

COMMENTAIRES DES MILIEUX - Habiletés nécessaires à l'entrée à l'école, réussite scolaire et diplomation Perspective de la petite enfance : le point de vue d'une intervenante

**Penny Coates, coordonnatrice de l'extension des services,
BC Success By 6 Initiative**

(Publication sur Internet le 24 février 2005)

Perspective service

Les articles du CEDJE¹⁻¹⁰ mettent en lumière la multiplicité des facteurs associés aux habiletés nécessaires à l'entrée à l'école, à la réussite scolaire et à la diplomation. Alors que tous les auteurs¹⁻¹⁰ conviennent que les expériences de la petite enfance antérieures à l'entrée à l'école peuvent jouer un rôle majeur dans le succès scolaire des enfants, le lecteur est aussi frappé par les nombreuses lacunes en ce qui a trait aux recherches et aux connaissances sur l'interaction des variables au cours des premières années de la vie.

Cinq thèmes clés importants pour la réussite scolaire s'en dégagent :

- le développement précoce d'habiletés propres aux enfants, comme le langage, les balbutiements de l'alphabétisation, le comportement d'autorégulation, les relations interpersonnelles positives et la motivation intrinsèque d'apprendre;
- l'impact des styles de parentage, l'intérêt et l'implication des parents dans le processus éducatif;
- la qualité, l'intensité, la durée et l'accessibilité des programmes officiels destinés aux jeunes enfants;
- les facteurs socioculturels et économiques étendus comme le revenu, le niveau d'éducation formelle des parents, l'ethnicité, la langue parlée à la maison, la mobilité familiale et la cohésion du voisinage;
- le niveau des relations proactives et positives entre l'école, les parents et les intervenants en petite enfance dans le but de créer un climat communautaire favorable à l'apprentissage précoce et de faciliter la réussite de la transition des jeunes enfants à l'école.

Jusqu'à présent, la plupart des recherches sur la réussite scolaire reliée à la petite enfance se sont concentrées sur l'efficacité des programmes officiels destinés aux jeunes enfants, et plus particulièrement sur les programmes préscolaires de démonstration et sur les initiatives de *Head Start*, menés auprès d'enfants défavorisés dans des quartiers pauvres des États-Unis. Les programmes *Perry Preschool High Scope* et *Carolina Abecedarian Preschool* se concentrent sur les enfants et permettent d'offrir des services à temps partiel dans des centres. Ces programmes sont souvent décrits comme ayant les meilleurs résultats à court et à long termes.^{2,6} La nouvelle approche du *Chicago Child-Parent*

Centre, qui combine un programme préscolaire offert dès l'âge de trois ans à un programme de soutien familial favorisant la participation du parent dans le processus éducatif, semble aussi être un modèle positif.^{2,6}

L'absence de recherches longitudinales sur le sujet nous laisse dans l'impossibilité d'en comparer les résultats à ceux d'autres types de services destinés aux enfants, laissant ainsi beaucoup de questions sans réponse. C'est d'autant plus préoccupant que la majorité des jeunes enfants au Canada passent désormais beaucoup de temps dans des milieux préscolaires officiels et informels à temps partiel ou à plein temps pendant que leurs parents travaillent ou étudient.

Smith² signale l'importance d'examiner deux aspects de la qualité des programmes destinés aux jeunes enfants afin d'en souligner les résultats positifs :

1. les questions structurelles telles les groupes de petite taille, les ratios enfants-personnel favorables, un personnel bien formé et peu de roulement;

et

2. les questions de processus telles les interactions positives entre les enfants et le personnel, un programme d'apprentissage du langage enrichi approprié au développement de l'enfant, un climat de compassion et de respect, une attention envers les besoins individuels et les styles d'apprentissage au sein du groupe.

La recherche suggère aussi que les programmes les plus efficaces destinés aux jeunes enfants incluent généralement une composante de participation parentale qui favorise l'engagement du parent dans l'apprentissage de son enfant, et qui encourage un style de parentage interactif positif grâce au modelage de rôle, au soutien informel des pairs et à des activités parentales éducatives particulières.

Malgré l'importance reconnue des styles de parentage pour la réussite scolaire, il y a eu fort peu de recherche dans ce domaine. Par exemple, nous ne disposons d'aucune étude pour nous aider à comprendre les liens entre l'attachement sain parent-enfant, la formation de liens affectifs pendant l'enfance et les implications en ce qui a trait à la réussite scolaire. On a besoin davantage de recherches sur l'importance de la planification parentale, de soutien et de plaidoyers en faveur des droits lors des transitions clés qui se produisent pendant la petite enfance. Enfin, nous avons besoin de plus d'information sur les mérites relatifs des modèles de visites à domicile ayant pour but de soutenir la famille et sur les approches éducatives communautaires destinées aux parents, qui elles, incluent une composante formelle sur l'éducation des enfants.

Un autre domaine de recherche sur la réussite scolaire qui fait défaut est l'évaluation de l'importance et des bienfaits du dépistage et des interventions précoces effectuées à temps sur les enfants qui souffrent de troubles du développement, de problèmes de santé mentale ou qui ont des antécédents familiaux. Trop souvent, les troubles que l'on pourrait prévenir ne sont pas détectés avant l'entrée à l'école; les interventions s'intensifient, sont plus envahissantes, s'installent à long terme et sont coûteuses, tant du point de vue humain que financier.

Enfin, tel que souligné par Rumberger, 5 on ne peut pas s'attendre à ce que les parents et les intervenants en petite enfance assument toute la responsabilité de la réussite scolaire. Même en tenant compte des différences socioculturelles et économiques entre les communautés, il est important de reconnaître que les écoles, grâce à leur structure, à la composition des groupes d'élèves, aux enseignants, à l'approche éducative, au climat interpersonnel et à l'attention portée aux relations entre la maison et l'école, doivent planifier intentionnellement le succès scolaire. Cette responsabilité de l'école signifie aussi qu'elle devient un point central dans la communauté locale, pour que même avant l'entrée à l'école, les familles ayant des jeunes enfants développent déjà un attachement envers l'école de leur quartier et se sentent à l'aise face à elle et à certains membres du personnel. De plus, les écoles doivent établir des relations de coopération avec les intervenants en petite enfance, favoriser l'utilisation des installations scolaires et s'engager à faire des efforts publics plus étendus pour répondre aux besoins des enfants plus jeunes et de leur famille. Une nouvelle recherche effectuée en Colombie-Britannique sur les aptitudes nécessaires à l'entrée à l'école à l'aide de l'instrument de mesure du développement de la petite enfance¹¹ commence à suggérer que cette approche « de partenariat communautaire, de capacité à construire la communauté » envers la petite enfance pourrait expliquer certaines différences communautaires entre les niveaux d'habiletés nécessaires à l'entrée à l'école chez certains enfants.

En conclusion, la recherche sur la réussite scolaire est encore très rudimentaire, et a surtout eu tendance à se concentrer étroitement sur les approches de démonstration préscolaire. En tant qu'universitaires et intervenants, nous savons maintenant, grâce à la recherche récente sur le développement du cerveau, que les expériences des six premières années de la vie sont extrêmement importantes et qu'elles ont des implications à vie sur la santé, le bien-être et la réussite scolaire. Ces expériences se situent dans le contexte complexe de la famille et de la communauté. J'espère que le dialogue qui a commencé sous les auspices du CEDJE aidera à éclairer des domaines de recherche future afin de favoriser une planification éclairée et de meilleures pratiques à la fois chez les parents, les prestataires de services, les partenaires communautaires, les décideurs politiques et les investisseurs.

RÉFÉRENCES

1. Vitaro F. Liens entre la petite enfance, la réussite scolaire et la diplomation au secondaire. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-9. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/VitaroFRxp_rev.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
2. Smith AB. Diplomation et réussite scolaire : résultats de l'éducation pendant la jeune enfance. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/SmithFRxp.pdf>. Page consultée le 24 février 2005.
3. Hymel S, Ford L. Diplomation et succès scolaire : l'impact de la compétence socioémotive précoce. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Hymel-FordFRxp.pdf>. Page consultée le 24 février 2005.
4. Janosz M. Liens entre le développement des jeunes enfants et la diplomation : Commentaires sur les textes de Vitaro, Smith, et Hymel et Ford. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/JanoszFRxp.pdf>. Page consultée le 24 février 2005.
5. Rumberger RW. Diplomation et réussite scolaire comme résultat du développement des jeunes enfants : Commentaires sur Vitaro et sur Hymel et Ford. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/RumbergerFRxp.pdf>. Page consultée le 24 février 2005.
6. Ou S, Reynolds AJ. Éducation préscolaire et diplomation. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-10. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Ou-ReynoldsFRxp.pdf>. Page consultée le 24 février 2005.
7. Hauser-Cram P. Services ou programmes qui influencent les jeunes enfants (0 - 5 ans), leur diplomation ainsi que leur réussite scolaire. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-7. Disponible sur le site:

- http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Hauser-CramFRxp_rev.pdf Page consultée le 31 octobre 2007.
8. Connor CM, Morrison FJ. Services ou programmes qui influencent la réussite scolaire des jeunes enfants et leur diplomation. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-12. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Connor-MorrisonFRxp_rev.pdf. Page consultée le 6 mai 2009.
 9. Campbell FA. Relation entre les programmes préscolaires et la diplomation : Commentaires sur Hauser-Cram, McDonald Connor et Morrison, et Ou et Reynolds. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/CampbellFRxp.pdf>. Page consultée le 24 février 2005.
 10. Wentzel KR. Liens entre programmes préscolaires et diplomation : Commentaires sur Hauser-Cram, McDonald Connor et Morrison, et Ou et Reynolds. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/WentzelFRxp.pdf>. Page consultée le 24 février 2005.
 11. Hertzman C, Human Early Learning Partnership, University of British Columbia. ECD Dialogue. Presentation at: First Call provincial teleconference; September 8, 2004.

Pour citer ce document :

Coates P. Commentaires des milieux - Habiletés nécessaires à l'entrée à l'école, réussite scolaire et diplomation. Perspective de la petite enfance : le point de vue d'une intervenante. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/CoatesFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005



COMMENTAIRES DES MILIEUX Apprendre en jouant : un commentaire des milieux

Jane Hewes
Université Grant MacEwan, Canada

(Publié sur Internet le 4 mars 2010)

Perspective services

Les articles du CEDJE qui résument la recherche sur l'apprentissage par le jeu¹⁻³ et le commentaire de Nina Howe qui les accompagne⁴ paraissent à un moment où de nombreux défenseurs du jeu croient ce dernier « attaqué ». ⁵ En effet, beaucoup d'éducateurs de la petite enfance au Canada s'efforcent d'assurer une approche pédagogique centrée sur le jeu dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes d'apprentissage destinés aux jeunes enfants. Ces analyses constituent une base très utile pour l'interprétation des données probantes dont on dispose sur l'*apprentissage par le jeu*, en plus de soulever des questions absolument fondamentales sur l'importance du jeu durant la petite enfance.

Au cours de la dernière décennie, on s'est beaucoup intéressé au Canada à l'importance cruciale des premières expériences et à la nécessité de veiller à ce que les enfants, surtout ceux issus de milieux défavorisés, soient prêts à commencer l'école. La multiplication des programmes publics d'apprentissage en bas âge s'inscrit dans une série de changements majeurs survenus dans les milieux sociaux et physiques dans lesquels se passe la petite enfance au Canada; ces changements ont eu une incidence sur les occasions de jouer des jeunes enfants. Certains s'inquiètent que la diminution des possibilités de jeu libre et non structuré au cours des premières années puisse contribuer à l'augmentation de l'obésité, de l'anxiété et du stress chez les jeunes enfants.⁶⁻⁸

Le jeu en bas âge devient institutionnalisé

Les enfants passent davantage de temps dans des centres d'apprentissage et de garde, qu'ils commencent à fréquenter très jeunes, ce qui a pour résultat l'« institutionnalisation » du jeu. Comme les pressions sont de plus en plus fortes pour que les professionnels de la petite enfance soient responsables de l'apprentissage et du développement des enfants, les longues périodes allouées au jeu libre comprises dans de nombreux programmes de la petite enfance disparaissent peu à peu au profit d'activités préscolaires visant à préparer les petits à l'école. Le « jeu libre » – que les enfants contrôlent et dirigent eux-mêmes – est proposé quand il reste du temps et qu'il n'y a rien de « plus important » à faire.

Heureusement, « l'apprentissage par le jeu » réapparaît dans le vocabulaire de politiques provinciales et de programmes de la petite enfance récents.⁹⁻¹⁵ L'accent est toutefois mis

sur le jeu en tant que moyen de parvenir à une fin, et non en tant que fin en soi. « Il ne faut pas perdre de vue la signification et l'importance du jeu libre chez les enfants », rappelle M^{me} Howe. Il importe maintenant de recentrer l'objectif et de redéfinir les responsabilités de manière à ce que les jeunes enfants bénéficient d'occasions suffisantes de jouer pour le plaisir de jouer.

Les lacunes de la recherche

Les synthèses du CEDJE¹⁻³ mettent en évidence l'hétérogénéité du phénomène du jeu – avec ses multiples facettes, ses caractéristiques paradoxales, son omniprésence et ses divers systèmes de classification qui se chevauchent. La notion de « jeu » comprend une gamme si vaste de comportements que la question d'établir une définition assez précise pour soutenir un programme de recherche demeure problématique. La nature exacte de la relation entre le jeu et l'apprentissage reste difficile à cerner. On nous rappelle que les données existantes n'établissent pas de lien de cause à effet évident entre ces deux réalités; nous supposons qu'il y en a un, mais il reste à démontrer. Les résultats de la recherche sont fragmentés et parfois contradictoires. Anthony Pellegrini et Peter K. Smith³ pensent que l'importance du jeu dans l'apprentissage est peut-être surestimée, alléguant que certains des principaux bienfaits tirés du jeu peuvent être obtenus autrement. En revanche, Kathy Hirsh-Pasek et Roberta Michnik Golinkoff² soutiennent que « le jeu est un ingrédient fondamental de l'apprentissage », et même que *jouer = apprendre*, comme l'indique le titre de leur article. Partageant un autre point de vue, les chercheurs Christie et Roskos¹ affirment que le jeu est un « contexte qui conduit et contribue de manière considérable à l'apprentissage », une prise de position qui s'apparente davantage à la métaphore employée par M^{mes} Hirsh-Pasek et Golinkoff dans une de leurs publications : le jeu est le « creuset » de l'apprentissage.¹⁶

Pour un enfant, il est clair que jouer et apprendre ne sont pas du tout la même chose. De façon générale, l'apprentissage dérive du jeu; c'est un phénomène que les adultes observent mais qui, pour les enfants, est plus ou moins intentionnel et souvent sans importance. Et bien qu'il soit parfaitement évident pour les adultes que l'apprentissage est enraciné dans le jeu, celui qu'on observe n'est souvent ni linéaire, ni efficace. Comme le dit le célèbre historien et philosophe du jeu Johan Huizinga : « jouer est une chose en soi ».¹⁷

Des résultats de recherche encourageants

Chacun des auteurs précités reconnaît que la preuve la plus éloquente que les enfants peuvent apprendre en jouant réside dans le lien qui existe entre le jeu – particulièrement le jeu sociodramatique – et l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Cependant, on ne sait pas trop comment transposer cette constatation dans la pratique. Les chercheurs Christie et Roskos¹ signalent qu'il a été établi que la création de milieux propices à l'acquisition de compétences en lecture et en écriture constitue une stratégie efficace pour la réalisation de progrès à court terme. Depuis de nombreuses années, l'affichage de caractères imprimés ainsi que l'utilisation d'autre matériel didactique original dans les aires de jeu figurent parmi les moyens que les professionnels de la petite enfance emploient pour préparer les enfants à l'école. De plus, dans la pratique professionnelle, il arrive couramment que l'adulte intervienne pour structurer le jeu des enfants, bien que

l'utilisation répandue d'une telle stratégie se heurte encore à certains obstacles. En effet, au Canada, les programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants ne disposent pas de ressources suffisantes pour assurer une planification régulière et le perfectionnement professionnel continu nécessaire au maintien de pratiques exemplaires. Il est néanmoins possible et justifié de mettre davantage l'accent sur les rapports entre le jeu et l'apprentissage de la lecture et de l'écriture – et sur son lien avec l'acquisition et l'utilisation du langage – dans la pratique et la formation des professionnels de la petite enfance.

La recherche neuroscientifique commence à révéler des dimensions du jeu qui pourraient s'avérer plus importantes que nous l'aurions pensé au départ. Un récent examen de travaux de recherche multidisciplinaires portant sur le jeu montre que « jouer est une façon de bâtir et de façonner les régions du cerveau associées aux émotions, à la motivation et à la récompense ». ¹⁸ Ces résultats de recherche permettent de croire qu'il existe quelque chose au-delà de la relation fonctionnelle et linéaire entre le jeu et l'apprentissage. Le jeu peut avoir une influence énorme sur la disposition des enfants à apprendre – le développement de l'autorégulation, la fonction exécutive, la souplesse, la capacité d'adaptation et la résilience. Il s'agit de conclusions fort intéressantes qui auront une incidence considérable sur la pratique et la formation des professionnels de la petite enfance. Une pédagogie par le jeu pourrait bien avoir une plus grande portée que l'apprentissage scolaire et cognitif.

Les chercheuses Hirsh-Pasek et Golinkoff² parlent de l'élaboration d'une approche novatrice dans les programmes appelée *Tools of the Mind* (« Les outils de l'intelligence »), qui repose sur la corrélation entre le jeu sociodramatique et la fonction exécutive. Cette stratégie, qui paraît prometteuse à certains égards, s'avère inquiétante sous d'autres rapports. Ses conceptrices Elena Bodrova et Deborah Leong font fort pertinemment remarquer que les milieux de la petite enfance sont souvent chaotiques, les enfants ne semblant pas engagés dans une activité soutenue ou constructive. Fondée sur l'hypothèse que les enfants ne savent plus comment jouer, l'approche *Tools of the Mind* a été systématiquement conçue pour leur montrer à se livrer à des jeux sociodramatiques « sérieux et intentionnels ». Nous savons pourtant que jouer est ce que les enfants font spontanément, généralement beaucoup plus habilement que les adultes, et ce, même en situation de guerre ou de catastrophe naturelle. Lorsque les adultes s'introduisent dans le jeu pour l'orienter, celui-ci ne peut habituellement plus se poursuivre. Ce sont les enfants qui sont les maîtres du jeu et ils apprennent à jouer les uns des autres. Le jeu est un phénomène de résilience. Nous devons réunir les conditions qui en permettront la réalisation.

Un programme de recherche pour soutenir les politiques et les pratiques

Dans la pratique et l'élaboration des politiques, le jeu occupe une place manifestement importante, alors que la recherche portant sur ce sujet demeure imprécise et superficielle. Il importe au plus haut point que des études viennent appuyer la mise en application des politiques, et qu'elles soient guidées par des questions de recherche qui serviront de base à la pratique. Avant que les observations ne deviennent des faits établis, on devra étudier assez de séances de jeu pour reconnaître les bienfaits du jeu sur l'apprentissage précoce.

Parmi les questions qui se posent figurent les suivantes :

- Quelles sont les conditions qui favorisent les séances continues de jeu libre dirigé par les enfants dans les services de garde et les programmes préscolaires? Plus précisément, quelles sont les conditions qui permettent au jeu sociodramatique de se dérouler adéquatement et de se complexifier, étant donné que l'incidence de celui-ci sur l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, l'acquisition du langage et la fonction exécutive a été établie?
- Quelle est l'incidence du contexte institutionnel sur les possibilités qu'ont les enfants de s'adonner à diverses formes de jeu (p. ex., activités à l'extérieur, jeux désordonnés ou de bousculade et jeux de simulation individuels)? Comment le milieu peut-il être adapté pour offrir une gamme complète d'expériences de jeu?
- En quoi les groupes composés d'enfants du même âge influent-ils sur la transmission traditionnelle de la culture du jeu d'un enfant à l'autre?
- Quelles sont les stratégies efficaces que les adultes peuvent employer pour approfondir et enrichir le jeu des enfants, particulièrement le développement progressif du jeu sociodramatique?

De par sa nature, le jeu doit faire l'objet d'études longitudinales et interdisciplinaires. Nous avons besoin de nouveaux cadres théoriques pour comprendre les données obtenues de l'anthropologie, de la sociologie, de la psychologie du développement, de la biologie et de la neuroscience.

Les implications pour la formation des professionnels de la petite enfance

Le jeu intensif dirigé par les enfants fait encore partie de certains programmes, mais il semble souvent résulter d'une négligence bénigne plutôt que d'une réelle volonté. La pratique et la pédagogie doivent être confiantes, cohérentes et intentionnelles. Si la preuve la plus convaincante que les enfants peuvent apprendre en jouant réside dans la relation qui existe entre le jeu sociodramatique et l'apprentissage dans plusieurs domaines, il s'ensuit que les éducateurs de la petite enfance doivent savoir comment favoriser l'insertion progressive dans le programme d'épisodes soutenus de jeu sociodramatique riche. Les professionnels de la petite enfance se doivent de promouvoir le jeu parce qu'ils savent que cela fonctionne. Il importe que les adultes sachent intervenir dans le jeu – afin de l'orienter, de le faciliter et de le soutenir – pour ensuite s'en retirer.

Le jeu est fondamental à l'enfance. « Il existe effectivement un argument selon lequel le droit de jouer est celui qui est le plus propre aux enfants; il définit presque le droit d'être un enfant ». ¹⁸ Le jeu ne doit pas être évacué et remplacé par un programme strict d'apprentissage précoce.

RÉFÉRENCES

1. Christie JF, Roskos KA. Le potentiel du jeu dans le développement de la littératie précoce. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2009:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Christie-RoskosFRxp.pdf>. Page consultée le 22 février 2010.
2. Hirsh-Pasek K, Golinkoff RM. Pourquoi jouer = apprendre. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2009:1-7. Disponible sur le site : <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Hirsh-Pasek-GolinkoffFRxp.pdf>. Page consultée le 22 février 2010.
3. Smith PK, Pellegrini A. Apprendre en jouant. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2009:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Smith-PellegriniFRxp.pdf>. Page consultée le 22 février 2010.
4. Howe N. Commentaire sur Smith et Pellegrini et Hirsh-Pasek et Golinkoff. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2009:1-5. Disponible sur le site : <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/HoweFRxp.pdf>. Page consultée le 22 février 2010.
5. Zigler EF. Play under siege: A historical overview. In: Zigler EF, Singer DG, Bishop-Josef SJ, eds. *Children's play: The roots of reading*. Washington, DC: Zero to Three Press; 2004: 1-4.
6. Ginsburg KR, Committee on Communications, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics* 2007;119(1):182-191.
7. Singer DG, Singer JL, D'Agostino H, DeLong R. Children's pastimes and play in sixteen nations: Is free-play declining? *American Journal of Play* 2009;1(3):283-312.
8. Miller E, Almon J. Crisis in the kindergarten: Why children need to play in school. College Park, MD: Alliance for Childhood; 2009.
9. Groupe d'étude sur le programme l'apprentissage de la petite enfance, Meilleur départ. *L'apprentissage des jeunes enfants à la portée de tous dès aujourd'hui : Un cadre d'apprentissage pour les milieux de la petite enfance de l'Ontario*. Toronto, ON: Gouvernement de l'Ontario; 2008. Disponible sur le site : http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/documents/topics/earlychildhood/early_learning_for_every_child_today.pdf. Page consultée le 4 mars 2010.
10. Government of Ontario. Every child every opportunity: Curriculum and pedagogy for the early learning program. Toronto, ON: Government of Ontario; 2009.

- Available at:
http://www.ontario.ca/ontprodconsume/groups/content/@gosp/documents/document/ont06_023393.pdf. Accessed February 3, 2010.
11. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Département du développement social. Être prêt pour la réussite Stratégie décennale pour la petite enfance au Nouveau-Brunswick. Fredericton, NB: Gouvernement du Nouveau-Brunswick; 2009. Disponible sur le site : <http://www.gnb.ca/0017/ELCC/strategy-f.asp>. Page consultée le 22 février 2010.
 12. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Ministère du développement social. *Le Curriculum éducatif pour la petite enfance francophone du Nouveau-Brunswick*. Fredericton, NB: Ministère du développement social, Gouvernement du Nouveau-Brunswick; 2009. Disponible sur le site : <http://www.gnb.ca/0017/Promos/0003/curriculum-f.asp>. Page consultée le 22 février 2010.
 13. Saskatchewan Ministry of Education. Early Learning and Child Care Branch. *Play and exploration: Early learning program guide*. Regina, SK: Early Learning and Child Care Branch. Saskatchewan Ministry of Education; 2008. Available at: <http://www.education.gov.sk.ca/Default.aspx?DN=ed3dbc16-14d7-4553-87c7-1728a0907416>. Accessed February 3, 2009.
 14. Government of British Columbia. Ministry of Education. Ministry of Health and Ministry of Children and Family Development . *British Columbia: Early learning framework*. Vancouver, BC: Ministry of Education, Ministry of Health and Ministry of Children and Family Development, Government of British Columbia; 2008 Available at: http://www.bced.gov.bc.ca/early_learning/pdfs/early_learning_framework.pdf. Accessed February 3, 2009.
 15. Parlement du Canada. Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, sciences et technologie. *Éducation et garde des jeunes enfants : prochaines étapes*. Ottawa, ON: Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, sciences et technologie, Parlement du Canada; 2009. Disponible sur le site : <http://www.parl.gc.ca/40/2/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/rep05apr09-f.pdf>. Page consultée le 22 février 2010.
 16. Hirsh-Pasek K, Golinkoff RM. *Einstein never used flash cards: How are children really learn—and why they need to play more and memorize less*. Emmaus, PA: Rodale, 2003 .
 17. Huizinga J. *Homo ludens: A study of the play element in culture*. Boston, MA: Beacon Press; 1955.
 18. Lester S, Russell W. *Play for a change: Play, policy and practice: A review of contemporary perspectives*. London, UK: National Children's Bureau; 2008.

Pour citer ce document :

Hewes J. Commentaires des milieux - Apprendre en jouant : un commentaire des milieux. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2010:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/HewesFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2010

Ce « Commentaires des milieux » est financé par le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) et le Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants (RSC-DJE).



CENTRES D'EXCELLENCE POUR LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS

Le développement des jeunes enfants

RÉSEAU STRATÉGIQUE
DE CONNAISSANCES
SUR LE DÉVELOPPEMENT DES

jeunes enfants



COMMENTAIRES DES MILIEUX – Obésité : les défis de la prévention

Wayne Eastman, Ph.D.

**Président de l'Association canadienne pour les jeunes enfants
Coordonnateur des programmes en éducation de la petite enfance
du College of the North Atlantic**

(Publication sur Internet le 22 février 2008)

Perspective service

Notre pays doit composer avec un problème d'obésité qui dépasse l'entendement. D'après Statistique Canada, en 2004, 26 % des enfants et des adolescents canadiens âgés de 2 à 17 ans faisaient de l'embonpoint ou étaient obèses¹, alors que 8 % étaient obèses. Au cours des 25 dernières années, le taux d'obésité de ce groupe d'âge a triplé². Les documents du CEDJE³⁻⁸ présentent des travaux de recherche fondamentaux dans ce domaine. Accessibles, pertinents, révisés en profondeur, à jour et de contenu canadien, ils constituent un outil précieux dans tous les débats entourant cette question, et leurs constatations sont incontournables.

Plusieurs éléments présents dans ces documents méritent une attention particulière. J.-P. Chaput et A. Tremblay déclarent que « la prévention de l'obésité chez les enfants devrait être un traitement de premier recours⁴. » Cependant, les facteurs de prévention réels, cruciaux, sont souvent ignorés dans la pratique. Par exemple, de nombreuses écoles de Terre-Neuve-et-Labrador ont adopté une nouvelle politique éliminant les aliments frits du menu de la cafétéria, mais le réel dilemme est qu'il y a un restaurant offrant de la malbouffe à 200 mètres à peine de l'école. Les mentalités doivent changer.

MM. Chaput et Tremblay notent également que « les enfants obèses sont exposés à des stigmates de poids et peuvent être sujets à des effets psychologiques comme la dépression, et à des effets sociaux, comme l'isolement. Les conséquences des biais de l'obésité comme l'isolement ou le retrait social pourraient contribuer à exacerber l'obésité par l'intermédiaire de vulnérabilités psychologiques qui augmentent la probabilité de suralimentation et d'activité sédentaire ». ⁴ On peut observer un tel ostracisme dans les écoles tous les jours et il est important d'en tenir compte au moment d'élaborer et de mettre sur pied des programmes de prévention. Jeter le blâme sur les autres n'est pas la solution pour résoudre le problème ni pour faire face à la situation.

En plus des travaux de recherche publiés aux États-Unis et au Canada, ceux qu'ont signés M. Wabitsch (Allemagne)⁷ et JJ. Reilly (R.-U.)⁶ montrent que les mêmes problèmes et préoccupations sont répandus dans toutes les cultures occidentales. L'obésité progresse même dans les pays en développement, à cause des habitudes alimentaires actuelles.

J.-P. Chaput et A. Tremblay le soulignent dans leur introduction : « L'obésité a remplacé la malnutrition et est devenue le plus important problème nutritionnel dans certaines parties d'Afrique, et ce problème est quatre fois plus répandu que la malnutrition. »⁴ Même au Canada, où certains des segments de la population sont sous-alimentés, on ne peut pas dire que ces mêmes communautés sont à l'abri des problèmes d'obésité. Certains programmes alimentaires actuels visent à traiter ces deux aspects à la fois.

Lacunes entre la recherche, les politiques et les pratiques

Malheureusement, malgré tous ces travaux de recherche à portée de la main, le Canada présente toujours l'un des taux d'obésité les plus élevés au monde. On peut en déduire qu'il faut davantage de recherches appliquées, c'est-à-dire des études qui nous indiqueront quels programmes et mesures de prévention seront efficaces. Un plus grand nombre de programmes de prévention de l'obésité sont requis dans les centres de la petite enfance. Quels types de programmes peuvent être efficaces pour des enfants de 3 à 5 ans? Comment peut-on adapter des programmes à leurs niveaux selon leurs aptitudes cognitives? Comme le montrent ces documents, les cinq premières années de vie sont primordiales dans le développement de saines habitudes alimentaires et d'un mode de vie sain.

Il faut prêter plus d'attention aux différences culturelles en tenant compte de leurs différentes habitudes alimentaires. Une quantité appréciable de travaux de recherche ont été menés sur l'obésité et les Premières nations, mais il ne s'agit que d'un des nombreux groupes culturels vivant au Canada. Dans un pays qui s'enorgueillit de son caractère multiculturel, il est impératif que nous procédions à plus de travaux de recherche pertinents sur le plan culturel. Les habitudes alimentaires de nombreux milieux devraient être étudiées. Par exemple, les habitudes alimentaires des habitants des milieux ruraux de Terre-Neuve-et-Labrador pourraient être bien différentes de celles des habitants de Montréal ou de Toronto. Même à l'intérieur de ces grandes villes, il existe des centaines de groupes culturels et ethniques différents – Toronto a d'ailleurs été reconnue comme étant l'une des villes les plus multiculturelles au monde. Heureusement, cette diversité a été prise en compte dans la conception du nouveau Guide alimentaire canadien.

L'exercice pédiatrique est un autre élément clé dans la prévention de l'obésité. Cependant, il est essentiel d'envisager l'exercice pédiatrique du point de vue du développement de l'enfant. Par exemple, le rythme cardiaque d'un enfant de quatre ans n'est pas le même que celui d'un adulte. Souvent, dans un environnement de services de garde, les paramètres d'exercice sont conçus pour des adultes. Cela ne peut qu'entraîner des échecs. Il est important pour les éducateurs et les chercheurs d'être bien renseignés sur les paramètres particuliers des jeunes enfants afin de pouvoir reconnaître efficacement les exercices et les activités qui leur conviennent. La recherche de solutions au problème de l'obésité passe par la connaissance des caractéristiques de la population à laquelle nous nous intéressons.

Il faut éclaircir encore davantage certaines questions clés de recherche. Quelles sont les incidences des pratiques de l'alimentation infantile sur l'évolution de l'embonpoint et de l'obésité? Plusieurs documents du CEDJE traitent de cette question, mais celle-ci mériterait une étude qui lui est propre. Quelles sont les influences parentales et

OBÉSITÉ

environnementales sur l'obésité? Bien que de telles influences varient selon le lieu, certains facteurs s'appliquent à l'ensemble du pays.

Les études montrent que la disposition à l'obésité commence en bas âge et que, dans de nombreux cas, ils en sont touchés toute leur vie. Il est crucial que nous agissions tôt pour favoriser de bonnes habitudes alimentaires et un mode de vie sain, pour d'atténuer le stress que l'obésité crée non seulement pour ces personnes, mais également pour notre système de santé et l'ensemble de la société.

Commentaires recueillis par Eve Krakow

RÉFÉRENCES

1. Chaput-Tremblay. Obésité pendant la petite enfance et impact sur le développement de l'enfant. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Chaput-TremblayFRxp.pdf>. Page consultée le 10 janvier 2008.
2. Fisher JO, Hodges EA. Déterminants et conséquences de l'obésité infantile : commentaires sur Chaput et Tremblay, et sur Ventura, Savage, May et Birch. Ed. rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/pages/PDF/Fisher-HodgesFRxp.pdf>. Page consultée le 10 janvier 2008.
3. Reilly JJ. Prévention précoce de l'obésité. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ReillyFRxp1-Obesite.pdf>. Page consultée le 14 janvier 2011.
4. Statistique Canada. *Indice de masse corporelle (IMC) mesuré chez les enfants, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 2 à 17 ans excluant les femmes enceintes, Canada*. Disponible sur le site: http://www.statcan.ca/francais/research/82-620-MIF/2005001/tables/t003_fr.htm . Page consultée le 10 janvier 2008.
5. Statistique Canada. *L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada*. Disponible sur le site: http://www.statcan.ca/francais/research/82-620-MIF/2005001/highlights_f.htm. Page consulté le 10 janvier 2008
6. VanVrancken-Tompkins CL, Sothorn MS. Prévention de l'obésité chez les enfants de la naissance à cinq ans. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/VanVrancken-Tompkins-SothornFRxp.pdf>. Page consultée le 10 janvier 2008.
7. Ventura AK, Savage JS, May AL, Birch LL. Prédicteurs comportementaux, familiaux et psychologiques précoces de la surcharge pondérale et de l'obésité. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-11. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Ventura-Savage-May-BirchFRxp.pdf>. Page Consultée le 10 janvier 2008.
8. Wabitsch M. Prévenir l'obésité chez les jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des

OBÉSITÉ

jeunes enfants; 2006:1-13. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/WabitschFRxp.pdf>. Page consultée le 10 janvier 2008.

Pour citer ce document :

Eastman W. Commentaires des milieux – Obésité : les défis de la prévention. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2008:1-5. <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/EastmanFRps.pdf> . Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2008



COMMENTAIRES DES MILIEUX

Habiletés parentales : évaluer et concevoir des programmes efficaces d'éducation pour les parents

Janice MacAulay
Association canadienne des programmes de ressources pour la famille
(FRP Canada)

Directrice, Recherche et politiques

(Publication sur Internet le 6 mars 2009)

Perspective service

Les articles du CEDJE sur les habiletés parentales¹⁻¹⁰ offrent une riche diversité de points de vue parmi les intervenants clés du domaine, présentant les principaux problèmes et les résultats de recherche de manière claire au grand public. Dans l'ensemble, ces articles confirment que les pratiques parentales sont extrêmement importantes pour le développement des enfants — un fait qui est parfois minimisé dans la myriade de messages portant sur d'autres facteurs qui contribuent au développement social et affectif d'un enfant, comme les services de soins assurés par des personnes autres que les parents. Bien qu'il n'y ait pas de réponse simple pour savoir comment optimiser les pratiques parentales, il y a un consensus dans le domaine selon lequel la chaleur combinée au contrôle est une condition optimale. À cette fin, le résumé, produit par L. Bornstein et M. Bornstein⁴, de la typologie des styles de pratiques parentales de Baumrind — autoritaire, indulgent, permissif, démocratique, négligent — est utile à l'établissement d'un cadre de discussion.

Les articles du CEDJE montrent aussi qu'en général, la recherche révèle que l'enseignement des pratiques parentales peut faire une différence. Ceci est important pour les praticiens communautaires et c'est une préoccupation principale de l'Association canadienne des programmes de ressources pour la famille (FRP Canada), un organisme national sans but lucratif qui promeut le bien-être des familles tout en étant un chef de file à l'échelle nationale et offrant des services de consultation et des ressources pour ceux et celles qui s'occupent des enfants et supportent les familles. Nous avons noté un réel désir, chez les personnes qui travaillent avec des parents, de découvrir ce qui semble bien fonctionner afin de pouvoir offrir les meilleurs programmes possible.

Il est rafraîchissant de constater l'inclusion dans cette collection de l'article de Trivette et Dunst², qui est plus axé sur le *processus* lié à l'offre de programmes de soutien aux pratiques parentales que sur leur contenu. Généralement, la recherche sur l'incidence de l'enseignement des pratiques parentales examine des programmes ou programmes de formation précis, alors qu'en réalité, la *façon de faire* les choses pourrait fort bien être tout aussi importante que *ce qui est fait*, voire peut-être plus. Plus précisément, la

recherche de Trivette et Dunst examine les effets d'une aide centrée sur la famille qui implique deux dimensions importantes : les pratiques relationnelles (compassion, écoute active, confiance mutuelle, etc.) et les pratiques participatives (p. ex., à quel point les parents sont engagés dans la prise de décision à savoir quelles sont les connaissances nécessaires pour eux et comment les acquérir). Trivette et Dunst concluent que les pratiques d'aide participatives mènent à de meilleurs résultats. Cette recherche suggère que les concepteurs de programme et les facilitateurs devraient offrir aux participants de nombreuses opportunités de choisir et de prendre des décisions lors de l'élaboration et de l'offre de programmes de soutien aux parents.

Lacunes entre la recherche, les politiques et les pratiques

La flexibilité requise pour qu'un programme de soutien aux parents stimule véritablement la participation des parents crée cependant certains défis pour les chercheurs. Afin d'obtenir des données probantes selon la méthode scientifique, les paramètres doivent être rigoureusement contrôlés, pour assurer un « dosage » identique à chaque fois. C'est seulement à ce moment que les données probantes de l'impact peuvent être directement reliées au programme spécifique. Le point de vue généralement partagé par les concepteurs de programme et les décideurs est donc que le programme de formation ne devrait être modifié d'aucune façon puisque cela remettrait la validité de la recherche en question. Dès lors, certains programmes de soutien aux parents actuellement offerts au Canada n'encouragent pas et ne permettent pas d'adapter les programmes aux intérêts et aux besoins particuliers des participants. La pression exercée pour que l'on s'en tienne strictement à « enseigner » le programme de formation plutôt que de faciliter l'apprentissage partagé, est une évolution naturelle (et regrettable) découlant de la pratique courante qui consiste à récompenser les programmes qui peuvent produire les données prouvant leur efficacité par de nombreux travaux de recherche et à pénaliser ceux qui n'y parviennent pas.

Lorsqu'il est question des orientations futures dans ce domaine de recherche, j'ose espérer que davantage d'attention sera portée à l'identification des éléments ou composantes des programmes de soutien aux parents qui semblent être efficaces — tant sur les plans du contenu que du processus. Certains de ces éléments sont identifiés dans l'ensemble des articles du CEDJE, ce qui est très utile. Les praticiens communautaires préfèrent souvent élaborer leurs propres programmes en fonction des parents qu'ils desservent et peuvent se sentir restreints par les contraintes ou les limites des programmes développés pour d'autres populations ou fondés sur des théories comme la gestion du comportement, issues des milieux cliniques. Ils pourraient estimer plus utile de connaître la combinaison des éléments (contenu et processus) permettant la création d'un bon programme de soutien aux parents. De cette manière, ils pourraient appliquer ces connaissances en essayant de s'assurer que ces éléments seraient inclus dans leur propre conception des programmes.

En outre, le développement et la diffusion d'instruments simples, économiques et non intrusifs et conçus pour évaluer la qualité et l'efficacité d'un programme, seraient extrêmement utiles puisque ceux-ci pourraient être employés pour de nombreux programmes et cadres différents. Certains facilitateurs se sentent mal à l'aise d'utiliser

HABILETÉS PARENTALES

des instruments de recherche qui requièrent un niveau de littératie élevé ou qui sont fondés sur les faiblesses plutôt que sur les forces. Nous devons trouver les moyens de mener des recherches cohérentes sur tous les plans avec l'objectif de développer les compétences parentales et la confiance.

Les articles du CEDJE offrent un bon aperçu de ce sujet, démontrant que c'est une problématique complexe. Comme Belsky⁶ le note, « il n'y a pas une façon unique de promouvoir les pratiques parentales qui favorisent le développement des enfants ». Au moment de choisir un programme de soutien aux parents, voici une citation qui mérite d'être retenue.

Commentaires recueillis par Eve Krakow

RÉFÉRENCES

1. Belsky J. Déterminants sociocontextuels des pratiques parentales. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BelskyFRxp-Parents.pdf>. Page consultée le 6 mars 2009.
2. Bornstein L, Bornstein MH. Pratiques parentales et développement social de l'enfant. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2007:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BornsteinFRxp.pdf>. Page consultée le 6 mars 2009.
3. Dillon Goodson B. Programmes de soutien aux parents et développement des enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/GoodsonFRxp.pdf>. Page consultée le 6 mars 2009.
4. Drummond J. Programmes de soutien aux parents et comportement des jeunes enfants. Commentaires sur Goodson, Trivette et Dunst. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DrummondFRxp.pdf>. Page consultée le 6 mars 2009.
5. Goodnow JJ. Sources, effets et changements possibles en matière d'habiletés parentales : commentaires sur Belsky, Grusec, et Sanders et Morawska. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/GoodnowFRxp.pdf>. Page consultée le 6 mars 2009.
6. Grusec JE. Les attitudes et croyances parentales et leur impact sur le développement des enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/GrusecFRxp.pdf>. Page consultée le 6 mars 2009.
7. McMahon RJ. Interventions de formation parentale pour les enfants d'âge préscolaire. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-10. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/McMahonRJFRxp.pdf>. Page consultée le 6 mars 2009.

8. Sanders MR, Morawska A. Peut-on améliorer les résultats des enfants en modifiant les connaissances des parents, leurs attentes dysfonctionnelles et la régulation de leurs émotions? In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-13. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Sanders-MorawskaFRxp.pdf>. Page consultée le 6 mars 2009.
9. Shaw DS. Les programmes de soutien parental et leur impact sur le développement socio-affectif des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2007:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ShawFRxp-Parents.pdf>. Page consultée le 6 mars 2009.
10. Trivette CM, Dunst CJ. Programmes communautaires de soutien aux parents. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-8. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Trivette-DunstFRxp_rev.pdf. Page consultée le 15 mai 2009.

Pour citer ce document :

MacAulay J. Commentaires des milieux - Habiletés parentales : évaluer et concevoir des programmes efficaces d'éducation pour les parents. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2009:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/MacAulayFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2009



COMMENTAIRES DES MILIEUX – Un projet de prévention pour les familles à faibles revenus

**Leslie McDiarmid, coordonnatrice de projet
Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur**

(Publication sur Internet le 26 juillet 2004)

Perspective service

« Les intervenants de première ligne utilisent souvent la recherche empirique comme ligne directrice pour prendre des décisions lorsqu'ils développent de nouveaux programmes ou lorsqu'ils perfectionnent des programmes existants » déclare Leslie McDiarmid, coordonnatrice de projet pour *Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur* à Ottawa, en Ontario.

Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur est un projet de recherche de prévention primaire basé dans la communauté et destiné aux jeunes enfants (de 0 à 5 ans) et à leur famille qui vivent dans des milieux défavorisés en Ontario. McDiarmid travaille avec des jeunes enfants et leurs parents dans des quartiers précis d'Ottawa où les enfants sont à risque de problèmes de développement. Les articles du CEDJE sur la pauvreté traitent de certaines des situations que McDiarmid rencontre dans son travail.¹⁻⁶

Quelles sont les implications des résultats de recherches publiés dans les articles du CEDJE pour votre travail?

La plupart de la recherche est effectuée dans un contexte précis. Le projet *Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur* utilise de l'information de recherche et applique les résultats pertinents à ses contextes. Par exemple, il y a environ un an, *Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur* a introduit le programme *Books for Babes*, un nouveau programme pour les enfants de la communauté basé sur la recherche indiquant que les jeunes enfants qui vivent dans des quartiers à faibles revenus font preuve d'un sérieux manque de langage expressif, mais qu'ils sont très performants en matière de langage réceptif.

En comparaison, la recherche indique généralement que les enfants qui fréquentent régulièrement les services de garde ont plus d'occasions de développer leur langage. Le but de *Books for Babes* est d'aider à améliorer le langage expressif des enfants et dans une moindre mesure, leur langage réceptif. Afin de s'assurer que ces jeunes enfants soient exposés de façon régulière et constante aux habiletés langagières (ce qui est fourni par les services de garde), le personnel travaille avec les parents des enfants en se servant des livres comme d'un outil visant à encourager la lecture, à raconter des histoires ou à inventer, à jouer, etc. « C'est très important pour l'implication des parents en tant que modèle », déclare McDiarmid. Les parents ont besoin d'interagir plus fréquemment avec leurs enfants et de leur donner le temps et l'espace pour réagir, développer leurs habiletés

langagières et les améliorer. L'initiative *Books for Babes* poursuit son approche basée dans la communauté et est dispensée dans de nombreux contextes, y compris les foyers et les contextes communautaires internes et externes.

Les articles du CEDJE fournissent de l'information qui aidera le projet *Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur* à évaluer ce qui est déjà fait et à planifier, à développer et à mettre en place de nouveaux programmes destinés à aider les parents défavorisés et leurs jeunes enfants.¹⁻⁶ Les éléments clés soulevés par ces articles sont l'accès, l'exposition, les éléments de programmes précis et les concepts de modèles holistiques. McDiarmid pense que les articles du CEDJE leur fourniront de l'information générale dans ces domaines, à elle et à ses collègues, bien qu'elles manquent de détails précis à propos des concepts présentés.¹⁻⁶ McDiarmid pense que l'information du CEDJE encouragera le personnel de *Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur* à consulter d'autres articles qui sont reliés (comme les visites à domicile et le soutien parental) afin d'avoir un portrait plus complet des programmes et des services qui peuvent être offerts.¹⁻⁶

Les articles du CEDJE indiquent en particulier que certaines visites à domicile ne se produisent jamais.¹⁻⁶ *Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur* a réussi à effectuer environ 80 % des visites planifiées. McDiarmid aimerait avoir davantage d'information sur la fréquence recommandée de visites aux familles à faibles revenus afin d'obtenir un effet maximum.

Les articles du CEDJE mentionnent aussi un nombre d'études indiquant que les visites à domicile effectuées par une infirmière sont plus efficaces que celles effectuées par une personne non spécialisée.¹⁻⁶ Bien que l'équipe de *Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur* comprenne une infirmière, c'est un programme de visites à domicile effectuées par des non professionnels. Ceci a conduit McDiarmid à se demander quels sont les éléments spécifiques aux visites à domicile par des infirmières qui font une différence : est-ce les références du visiteur à domicile ou des éléments spécifiques au programme?

Après avoir lu les articles du CEDJE, McDiarmid est rassurée et pense que le projet de prévention *Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur* est sur la bonne voie, puisqu'il a traité des questions d'accès, de qualité, d'implication communautaire, de l'approche holistique et flexible du développement et de la mise en place de programmes dans les communautés à faibles revenus.¹⁻⁶

Quels sont les principaux écarts entre la recherche, la pratique et les politiques et de quelle façon peut-on y remédier?

Les articles du CEDJE nous rappellent à quel point il est important de reconnaître « que ces familles et ces enfants ont des forces », et bien que la recherche soit généralement basée sur des déficits, il est très important de déterminer les forces de ces familles défavorisées, en quoi elles excellent et pourquoi.¹⁻⁶ La programmation au jour le jour est assez absente des études longitudinales. Certains parents se demandent souvent pourquoi les chercheurs ne posent jamais de questions positives sur les enfants et pourquoi tous les outils utilisés ne mesurent que les aspects négatifs. « À quel point pourrions-nous (mieux) fournir de l'information destinée aux politiques et aux programmes si nous comprenions

les forces plutôt que de nous centrer uniquement sur les déficits? » McDiarmid pense que l'approche basée sur les forces et les capacités serait utile à la longue, mais elle n'a pas encore constaté de changement en ce sens. En attendant, lorsque les responsables du projet Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur préparent les programmes, ils mettent l'accent sur les forces des familles.

L'autre aspect qui devrait être pris en considération est la grande diversité culturelle présente dans les communautés vivant dans des quartiers à haut risque. Il semble y avoir peu de recherche sur les programmes dans les communautés très diversifiées. Au lieu de se centrer uniquement sur une culture, la recherche pourrait porter sur la diversité au sein d'une communauté afin que les prestataires de services puissent mieux comprendre l'impact de la diversité et le type de programmes qui desserviraient le mieux ces communautés.

La recherche mentionnée dans les articles du CEDJE semble en grande partie axée sur des programmes et des problèmes spécifiques.¹⁻⁶ McDiarmid aimerait avoir une meilleure compréhension de la programmation holistique avec différents buts et un continuum de services.

RÉFÉRENCES

1. Duncan GJ, Magnuson KA. L'impact du faible revenu (ou de la pauvreté) en période prénatale et en début de période postnatale sur le développement psychosocial des enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Duncan-MagnusonFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
2. Weitzman M. L'impact du faible revenu sur le développement psychosocial des enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-9. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/WeitzmanFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
3. Richmond J. L'impact du faible revenu sur le développement psychosocial de l'enfant. Commentaires sur les articles de Duncan et Magnuson et de Weitzman. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-3. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/RichmondFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
4. Knitzer J. Interventions visant à promouvoir le développement social et émotif sain des enfants de familles à faibles revenus. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KnitzerFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
5. Lipman EL, Boyle MH. Les obstacles aux services favorisant la santé émotive, comportementale et sociale des enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Lipman-BoyleFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
6. Kitzman HJ. Programmes efficaces pour le développement des jeunes enfants de familles à faibles revenus : interventions lors de visites à domicile pendant la grossesse et la prime enfance. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KitzmanFRxp-Pauvrete.pdf>. Page consultée le 10 mars 2008.

Pour citer ce document :

McDiarmid L. Commentaires des milieux - Un projet de prévention pour les familles à faibles revenus. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/McDiarmidFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Pourquoi l'argent est important : faibles revenus et développement de l'enfant

**Katherine Scott, vice-présidente de la recherche
Conseil canadien de développement social**

(Publication sur Internet le 17 décembre 2004)

Perspective politique

Beaucoup d'enfants canadiens vivent dans la pauvreté à un moment ou un autre de leur jeune vie. Selon l'Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes, près d'un enfant sur trois a été pauvre au moins une fois en 1994, en 1996 ou en 1998 et environ un sur 10 a systématiquement connu la pauvreté pendant ces trois années.¹ Les taux continuellement élevés de pauvreté infantile représentent un défi majeur pour les décideurs politiques et la société canadienne. Il est clair qu'on peut en faire beaucoup plus pour améliorer la sécurité économique des foyers à faibles revenus et pour s'occuper des conséquences nuisibles de l'inégalité économique des enfants et dans la société en général.

Du point de vue des politiques, la question est de savoir quelle est la meilleure manière d'employer le temps et d'investir les ressources. L'argent est-il vraiment important? Ou est-ce le marqueur de quelque chose d'autre? Les gouvernements devraient-ils plutôt se concentrer sur les services directs et les interventions thérapeutiques pour promouvoir le développement psychosocial? Devraient-ils poursuivre une approche « ciblée » des transferts et des avantages ou tenter de bâtir une infrastructure plus « universelle » pour favoriser le développement sain de l'enfant et pour soutenir les familles?

Cependant, il n'est pas facile de tisser un lien entre les données de la recherche et les politiques sociales. « La recherche en sciences sociales produit rarement des résultats non équivoques qui peuvent être utilisés pour former des jugements objectifs afin de définir des politiques publiques. »² Les données sur l'impact des faibles revenus sur le développement psychosocial des enfants en sont un exemple typique, tel qu'abondamment illustré dans les articles du CEDJE.³⁻⁸ Il n'existe pas de réponses faciles. Dans notre hâte de trouver l'intervention clé — la « solution miracle » —, nous risquons littéralement de jeter le bébé avec l'eau du bain.

On a relié les faibles revenus familiaux à divers résultats développementaux; plus précisément, les enfants de familles pauvres sont plus susceptibles de connaître des problèmes de comportement et des difficultés cognitives que les autres. Au sein de ce groupe, les enfants qui vivent constamment dans la pauvreté ou qui sont très pauvres ont tendance à être plus vulnérables que ceux dont la famille gagne temporairement de faibles revenus pendant de courtes périodes ou que ceux qui vivent dans des foyers dont les

revenus sont proches du seuil de la pauvreté. Pourtant, les trajectoires et les mécanismes qui font que la pauvreté a des effets négatifs sur les enfants ne sont pas clairs. D'autres caractéristiques de familles à faibles revenus et/ou de conditions environnementales semblent être plus importantes pour prédire le développement psychosocial des enfants, y compris les habiletés parentales, la cohésion de la cellule familiale, la santé mentale des mères et le niveau d'investissement des parents dans l'éducation de leurs enfants.

À première vue, cette recherche semble suggérer que l'argent n'est pas réellement important, que les interventions visant à améliorer les habiletés parentales et autres habiletés sont probablement plus efficaces lorsqu'il s'agit de s'assurer que les enfants partent du bon pied en ce qui a trait à leur développement. Comme c'était à prévoir, ces résultats ont suscité une grande controverse dans les cercles politiques et chez les intervenants. La recherche remet en question l'efficacité des transferts de revenus — qui, dans leur forme actuelle, permettent aux personnes à faibles revenus d'avoir une certaine autonomie quant aux prises de décisions dans le meilleur l'intérêt de leurs enfants — tout en faisant penser aux visiteurs à domicile réprimandant les pauvres mères au début du siècle dernier.

En réalité, une série de facteurs ou de déterminants contribuent au développement sain de l'enfant, y compris le revenu familial, l'accès aux services et le soutien. Il se pourrait fort bien que les interventions ciblant les enfants à faibles revenus produisent de meilleurs résultats que ne le ferait une stratégie de transfert. Ceci soulève la question des meilleures interventions en la matière, un sujet sur lequel nous avons étonnamment peu d'information évaluative.^{6,7} Parallèlement, l'argent doit toujours faire partie du portrait, précisément à cause des façons complexes dont l'accès aux ressources financières modèlent les environnements dans lesquels les jeunes grandissent et avec un peu de chance, prospèrent. Les différences de fonctionnement social et affectif des parents ne sont pas immuables ni prédéterminées. Les caractéristiques d'une famille et le contexte dans lequel elle vit sont interactifs et dynamiques. « Il se peut que les prestations en espèces aient de faibles effets en soi, mais couplées aux efforts visant à réduire l'exclusion sociale et à fournir un soutien social, elles pourraient avoir des effets durables considérables. »²

À cet égard, la documentation sur les inégalités en matière de revenus devrait nous alerter sur le rôle important de l'environnement social en santé.⁹ Nous tentons encore de comprendre ce que cela signifie. Pour ceux qui vivent au bas de l'échelle des revenus, le lien entre les privations matérielles, les restrictions en ce qui concerne la participation sociale et l'occasion de contrôler leur propre vie, est clair et préjudiciable. Les études sur les adultes — particulièrement celles qui examinent les maladies cardiovasculaires — sont convaincantes à cet égard.¹⁰ Comme prévu, les nouvelles recherches longitudinales découvrent aussi que la santé des enfants suit cette même tendance.¹¹

L'argent est important; quand on n'en a pas assez pour satisfaire ses besoins de base; autant qu'on est incapable de participer à la vie économique et sociale de sa communauté. Bien qu'à elle seule, une stratégie visant les revenus ne suffise peut-être pas à s'attaquer à la vulnérabilité de tous les enfants, elle constitue une composante cruciale de toute

stratégie qui a une intention sérieuse d'améliorer le développement sain des enfants, tant pour l'enfant que pour la famille et pour la population des enfants en général.

RÉFÉRENCES

1. Canadian Council on Social Development. *The Progress of Canada's Children 2002*. Ottawa, Ontario: Canadian Council on Social Development; 2002.
2. Douglas WJ. Implications of the findings for social policy renewal. In: Douglas WJ, ed. *Vulnerable Children: Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Edmonton. Alberta: University of Alberta Press; 2002:359-377.
3. Duncan GJ, Magnuson KA. L'impact du faible revenu (ou de la pauvreté) en période prénatale et en début de période postnatale sur le développement psychosocial des enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Duncan-MagnusonFRxp.pdf>. Page consultée le 15 décembre 2004.
4. Weitzman M. L'impact du faible revenu sur le développement psychosocial des enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-9. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/WeitzmanFRxp.pdf>. Page consultée le 15 décembre 2004.
5. Richmond J. L'impact du faible revenu sur le développement psychosocial de l'enfant. Commentaires sur les articles de Duncan et Magnuson, et de Weitzman. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-3. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/RichmondFRxp.pdf>. Page consultée le 15 décembre 2004.
6. Knitzer J. Interventions visant à promouvoir le développement social et émotif sain des enfants de familles à faibles revenus. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KnitzerFRxp.pdf>. Page consultée le 15 décembre 2004.
7. Lipman EL, Boyle MH. Les obstacles aux services favorisant la santé émotive, comportementale et sociale des enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Lipman-BoyleFRxp.pdf>. Page consultée le 15 décembre 2004.
8. Kitzman HJ. Programmes efficaces pour le développement des jeunes enfants de familles à faibles revenus : interventions lors de visites à domicile pendant la grossesse et la prime enfance. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal,

- Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7
Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KitzmanFRxp-Pauvrete.pdf>. Page consultée le 10 mars 2008.
9. Marmot M. The influence of income on health: views of an epidemiologist. *Health Affairs* 2002;21(2):31-46.
 10. Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford, UK: Oxford University Press; 1999.
 11. Poulton R, Caspi A, Milne BJ, Thomson WM, Taylor A, Sears MR, Moffit TE. Association between children's experiences of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *Lancet* 2002;360(9346):1640-1645.

Pour citer ce document :

Scott K. Commentaires des milieux - Pourquoi l'argent est important : faibles revenus et développement de l'enfant. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ScottFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004



COMMENTAIRES DES MILIEUX – Politiques des programmes *Head Start*

Bev Peel

**Chef d'équipe, Programmes destinés aux enfants, Direction générale de la santé des
Premières nations et des Inuits en Saskatchewan**

(Publication sur Internet le 18 février 2009)

Perspective service

En Saskatchewan, les programmes *Head Start* sont actuellement offerts dans 79 collectivités distinctes de Premières nations. Chaque programme ne dessert qu'une quinzaine d'enfants et est orienté en ayant à l'esprit les besoins particuliers de la collectivité ciblée. À cet égard, ces programmes *Head Start* diffèrent considérablement des vastes programmes *Head Start* souvent multiculturels habituellement offerts dans les grandes villes américaines. Les articles de l'Encyclopédie du CEDJE sur les politiques de *Head Start* mettent l'emphase sur des études menées à l'intérieur de programmes *Head Start* offerts dans de grands centres urbains défavorisés^{1,2}. Ils contiennent néanmoins certaines idées pouvant être utiles aux programmes offerts dans de petites communautés des Premières nations en Saskatchewan.

Les articles de l'Encyclopédie du CEDJE sont encourageants en ce sens qu'ils fournissent des faits empiriques confirmant ce que beaucoup de travailleurs du milieu savent déjà d'instinct : les programmes *Head Start* sont rentables² et offrent des résultats positifs à long terme^{1,2}. E. Zigler souligne d'ailleurs le fait qu'il est difficile de produire des changements significatifs, multidimensionnels et à long terme avec seulement quelques mois d'intervention³, ce qui constituerait de l'information que les travailleurs du milieu pourraient présenter aux décideurs politiques pour appuyer leurs demandes de financement de programmes de longue durée. À l'heure actuelle, les programmes *Head Start* des petites communautés des Premières nations en Saskatchewan offrent seulement un programme d'un an pour les enfants de trois ans, mais l'objectif pour l'avenir est d'instaurer un programme de deux ans qui desservirait les enfants à un plus jeune âge.

Il importe de noter que dans les petites communautés de la Saskatchewan principalement constituées de membres des Premières nations, les buts des programmes *Head Start* diffèrent de ceux élaborés dans les grands centres urbains. La pauvreté n'est pas nécessairement la seule ni la première préoccupation. Les objectifs clés sont plutôt la préservation de la culture et la langue. Aussi, les programmes ne mettent pas uniquement l'accent sur les besoins directs des enfants qu'ils desservent, mais aussi sur les besoins des adultes qui s'occupent des enfants de cette communauté.

Lacunes entre la recherche, les politiques et les pratiques

Les programmes *Head Start* offerts aux communautés de Premières nations en Saskatchewan emploient des membres de la communauté, qui sont souvent les parents ou des membres de la famille des enfants participant aux programmes. Par conséquent, les programmes font aussi office d'employeur et de ressource pour enseigner aux parents, et autres donneurs de soins, des habiletés parentales et des habitudes de vie saines. Ces programmes servent également de centre pivot où l'on offre d'autres services aux familles et d'outils de repérage pour l'identification rapide des enfants ayant des besoins spéciaux. Ces avantages clés ne sont pas abordés dans les articles du CEDJE.

Néanmoins, beaucoup d'articles de l'Encyclopédie du CEDJE se penchent sur les défis que rencontrent certains programmes *Head Start* de faible envergure offerts en Saskatchewan. Ceux-ci incluent la formation adéquate des enseignants de petites communautés souvent éloignées et isolées et le besoin en ressources financières pour rémunérer les professionnels bien formés^{1,3}. À l'heure actuelle, le personnel de chaque programme *Head Start* en Saskatchewan doit détenir au moins un certificat d'un an ou un diplôme de deux ans en développement de la petite enfance; mais, idéalement, l'exigence minimale devrait être un diplôme de baccalauréat.

Les articles de l'Encyclopédie du CEDJE offrent un aperçu et une critique des diverses évaluations des programmes et des politiques *Head Start* menés à ce jour^{1,2}. Bien que les études elles-mêmes aient été conduites sur des programmes *Head Start* qui diffèrent de façon marquée de ceux offerts dans les communautés des Premières nations en Saskatchewan, la critique de ces études donne une idée de la façon dont devraient être menées de telles évaluations dans n'importe quelle communauté. En Saskatchewan, le processus de suivi des avantages des programmes *Head Start* consiste principalement en de courts questionnaires que remplissent les parents et, jusqu'à présent, de bons commentaires en sont ressortis. La rétroaction qualitative informelle des parents et des enseignants est également positive. Une analyse plus formelle des avantages de ces programmes serait néanmoins profitable pour l'établissement de futurs objectifs et pour l'orientation des politiques. Les articles de l'Encyclopédie du CEDJE suggèrent qu'une telle analyse est complexe et qu'elle requiert un certain niveau d'expertise^{1,2,3}. Le gouvernement du Canada pourrait aller de l'avant en exécutant de telles recherches en partenariat avec les Premières nations (recherche-action participative), puisqu'ils ont accès à l'expertise et aux ressources appropriées.

Au moment de faire un suivi des avantages des programmes *Head Start* offerts aux communautés de Premières nations en Saskatchewan, il est important que les chercheurs comprennent l'emphase que les communautés mettent sur l'enfant en tant que partie intégrante d'une communauté multigénérationnelle. L'évaluation des avantages devrait comprendre des facteurs tels que la rétention de la culture et de la langue ainsi que l'amélioration de l'état de santé des enfants, de leurs parents et de leur communauté. Les données documentant de tels avantages aideraient à obtenir le soutien de la communauté ainsi qu'un financement public. Des résultats se limitant par exemple à la maturité scolaire n'englobent tout simplement pas plusieurs des importantes caractéristiques des programmes ciblant les petites communautés des Premières nations.

Commentaires recueillis par Alison Palkhivala

RÉFÉRENCES

1. Hustedt JT, Barnett WS. Politiques des programmes *Head Start*. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-6. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Hustedt-BarnettFRxp_rev.pdf. Page consultée le 18 février 2009.
2. Currie J. L'impact économique de *Head Start*. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-8. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/CurrieFRxp_rev.pdf. Page consultée le 18 février 2009.
3. Zigler E. Politiques des programmes *Head Start* : commentaires sur Currie, Hustedt et Barnett. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ZiglerFRxp.pdf>. Page consultée le 18 février 2009.

Pour citer ce document :

Peel B. Commentaires des milieux - Politiques des programmes *Head Start*. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2009:1-3. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/PeelFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2009



COMMENTAIRES DES MILIEUX – Aspects médicaux de la maltraitance envers les enfants

**Marcellina Mian, MDCM, FRCPC
Hospital for Sick Children, Toronto**

(Publication sur Internet le 27 mai 2005)

Perspective service

Le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) portant sur la violence et la santé et publié en 2002 met en lumière l'importance du rôle du secteur de la santé en ce qui a trait à la prévention de la violence.¹ Deux des recommandations émises s'adressent particulièrement à ceux d'entre nous qui travaillons déjà dans le domaine de la prévention de la maltraitance : promouvoir les interventions de prévention primaire et renforcer les interventions pour les victimes de violence.

Les articles du CEDJE sur la prévention traitent du rôle des professionnels de la santé au plan de la prévention universelle et primaire de la maltraitance envers les enfants, c'est-à-dire des stratégies destinées à tous les enfants et les familles et visant à favoriser un développement sain et sécuritaire.² L'évaluation médicale de la maltraitance envers les enfants devrait faire partie des visites régulières visant à s'assurer du bien-être de l'enfant. Le médecin devrait non seulement viser à prévenir les maladies infectieuses et les blessures accidentelles, mais aussi à identifier les facteurs pouvant prédisposer l'enfant et la famille à la maltraitance. Quand les intervenants identifient les enfants et les familles à risque, ils peuvent les orienter vers des interventions de soutien destinées à atténuer les facteurs de vulnérabilité.^{2,3,4}

Les enfants maltraités peuvent se présenter pour un examen médical de routine ou plus particulièrement pour les conséquences de la maltraitance. Cela confère aux intervenants une position stratégique pour identifier ces enfants, et ce faisant, pour faire le premier pas afin de mettre fin à leur mauvais traitement. L'intervenant peut commencer ces interventions en évaluant l'enfant, en signalant la maltraitance suspectée (tel que requis par la loi dans plusieurs juridictions); traiter, conseiller et offrir de la réadaptation à l'enfant et à la famille ou les orienter vers les ressources appropriées; et suivre la santé de l'enfant et la réaction aux interventions.

Une des déceptions quand on travaille dans ce domaine est de constater que les intervenants de première ligne sont souvent réticents à enquêter sur les facteurs de risque et à identifier la maltraitance envers les enfants quand elle se présente. Les études ont identifié plusieurs raisons qui expliquent cette réticence. Dans un récent article, Levi et Loeben⁵ ont recensé la documentation sur l'échec des professionnels à signaler leurs soupçons en ce qui concerne la violence et leurs réserves sous-jacentes. Elles incluent la

peur des épreuves juridiques, financières et affectives qui suivent un signalement, la possibilité de faire plus de mal que de bien à l'enfant et à la famille, et la peur de gâcher la relation qu'ils ont établie avec la famille. Les auteurs soutiennent que des problèmes importants proviennent d'un manque de clarté à propos du seuil établi pour un signalement, à savoir que le terme « motif raisonnable » contenu dans la plupart des législations sur le signalement n'est pas assez bien défini. Les professionnels interprètent ce qui constitue de la violence en se basant sur leur propre expérience et sur des facteurs culturels, bien qu'on ait démontré que les connaissances améliorent la capacité à discerner ce qui constitue la violence.

Personne ne met en doute le fait que beaucoup de connaissances ont été accumulées sur l'évaluation médicale de la maltraitance envers les enfants depuis 1962, quand Kempe a écrit son premier article sur le syndrome de l'enfant maltraité.⁶ L'application de ces connaissances dans le domaine permet de prendre des décisions fondées sur des données relatives aux mécanismes probables ou à la violence susceptibles d'être à la source du mal. Les résultats relatifs aux blessures non accidentelles indiquent que la maltraitance se produit même en l'absence d'une histoire de maltraitance. Les exemples incluent des ecchymoses en forme de boucle ou d'autres motifs d'objets,⁷ et du liquide séminal ou du sperme sur un enfant prépubère.⁸ En revanche, on doit tenir compte de l'état de santé, soit congénital, soit acquis (état développé plus tard dans la vie), dont les manifestations peuvent être confondues avec des abus ou de la violence. Parmi celles-ci, on retrouve l'impétigo (une infection bactérienne de la peau); la dysplasie du squelette (maladie de la formation des os); les troubles hémostatiques et certaines pratiques culturelles (par exemple le Cao Gio : une procédure qui consiste à enduire la peau d'une personne d'huile ou de gels chauds avec une pièce de monnaie ou un autre objet plat en métal pour libérer le mauvais sang);^{9,10} le sclérolichen (trouble chronique inflammatoire de la peau qui affecte les zones génitales); et la défaillance de la fusion de la ligne médiane, une malformation congénitale qui ressemble à un sillon dans la zone génitale.¹¹ D'autres découvertes, comme une ouverture élargie de l'hymen et des fractures spiroïdes, que l'on pensait être des signes de violence ou d'abus, n'en sont pas.^{8,12}

Certaines découvertes sont des preuves de maltraitance envers les enfants si elles ne s'accompagnent pas d'une histoire d'accident plausible, de préférence en présence d'une personne objective, ou de preuve d'une maladie organique (naturelle). Il peut s'agir d'ecchymoses ou de fractures chez un nourrisson qui n'est pas encore mobile; d'ecchymoses, surtout si elles sont multiples et se trouvent sur les parties molles du corps plutôt que sur les proéminences osseuses;^{7,13} de fractures des côtes chez le nourrisson;¹⁴ de brûlures bilatérales à distribution « gant et chaussette » avec des lignes de démarcation claires entre la peau ébouillantée et la peau normale;¹⁵ et de blessures génitales causées par la pénétration.⁸ La combinaison d'hémorragies subdurales, surtout entre les deux hémisphères du cerveau, et d'hémorragies rétinales multicouches diffuses, de fractures des côtes et de fractures métaphysaires (partie de l'os en croissance), avec ou sans preuve de traumatisme d'impact, place les blessures crâniennes causées par la violence en tête de liste des diagnostics différentiels.^{16,17}

Dans la plupart des cas, le facteur principal permettant aux cliniciens de distinguer la blessure accidentelle de celle qui ne l'est pas est le manque de corrélation entre l'explication fournie et l'état de l'enfant compte tenu de son âge développemental. Il est nécessaire d'obtenir une histoire détaillée et d'effectuer un examen physique méticuleux, ainsi que des recherches appropriées pour identifier des signes de traumatisme et éliminer des causes accidentelles ou organiques. Les conclusions de cette évaluation médicale doivent aussi tenir compte de l'information psychosociale et médicolegale rassemblée par les professionnels de la protection de l'enfance et du maintien de l'ordre, ce qui signifie que ces trois secteurs doivent communiquer clairement et au moment opportun.

Malgré les connaissances disponibles et les habiletés requises, une récente étude canadienne a montré que les stagiaires en pédiatrie, qui deviendront les intervenants les plus capables de protéger le bien-être des enfants, ne reçoivent qu'une formation limitée et sont exposés à peu de cas qui concernent la maltraitance envers les enfants.¹⁸ Il y a beaucoup de spécialités et de pathologies à maîtriser pendant la formation et peu de temps pour le faire. Cependant, la violence envers les enfants n'est pas un problème sans conséquence. Le taux annuel d'incidence en 1998 était entre 5,1 et 12,9 victimes pour 1 000 enfants dans les pays développés, et une enquête canadienne effectuée en 1990 a montré qu'environ 25 % des personnes avaient été victimes de violence physique pendant leur enfance, et qu'environ 13 % des femmes et 4 % des hommes avaient été sexuellement abusés.¹⁹

Le rapport de l'OMS est un appel direct au secteur de la santé pour qu'il prenne l'initiative en matière de prévention de la violence. La connaissance, la compétence et l'influence nécessaires pour le faire efficacement sont à la portée des professionnels de la santé. Nous avons besoin de faire des efforts plus étendus et plus efficaces en éducation et de mettre en place un système de rémunération pour les intervenants qui reconnaissent que la maltraitance envers les enfants requiert beaucoup plus de temps que la visite facturable avec le patient et sa famille. Nous avons aussi besoin d'améliorer notre connaissance des mécanismes de blessures et les facteurs qui différencient les blessures non accidentelles d'autres causes. Ainsi, les enfants peuvent être protégés plus efficacement sans causer de détresse inutile aux familles qui ne compromettent pas le bien-être de leurs enfants. Ceci devrait aussi augmenter le niveau d'aise des professionnels quand ils font face à ce difficile problème.

RÉFÉRENCES

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. *World report on violence and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002. Disponible sur le site: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/FullWRVH.pdf. Page consultée le 27 mai 2005.
2. Eckenrode J. La prévention de la maltraitance et de la négligence des enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/EckenrodeFRxp.pdf>. Page consultée le 27 mai 2005.
3. MacMillan HL. Prévenir la maltraitance envers les enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/MacMillanFRxp.pdf>. Page consultée le 27 mai 2005.
4. Nelson G. La prévention de la maltraitance envers les enfants : commentaires sur Eckenrode, MacMillan et Wolfe. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/NelsonFRxp.pdf>. Page consultée le 27 mai 2005.
5. Levi BH, Loeben G. Index of suspicion: Feeling not believing. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2004;25(4):277-310.
6. Kempe CH, Silver HK, Silverman FN, Droegemueller W, Steele BF. The battered child syndrome. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1962;181(1):17-24
7. Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2005;90(2):182-186.
8. Adams JA. Evolution of a classification scale: Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment* 2001;6(1):31-36.
9. Stewart GM, Rosenberg NM. Conditions mistaken for child abuse: Part I. *Pediatric Emergency Care* 1996;12(2):116-121.
10. Stewart GM, Rosenberg NM. Conditions mistaken for child abuse: Part II. *Pediatric Emergency Care* 1996;12(3):217-221.
11. Bays J, Jenny C. Genital and anal conditions confused with child sexual abuse trauma. *American Journal of Diseases of Children* 1990;144(12):1319-1322.
12. Pierce MC, Bertocci GE, Vogeley E, Moreland MS. Evaluating long bone fractures in children: a biomechanical approach with illustrative cases. *Child Abuse and Neglect* 2004;28(5):505-524.

13. Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW. Bruises in infants and toddlers: those who don't bruise rarely bruise. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1999;153(4):399-403.
14. Phillips B. Towards evidence based medicine for paediatricians. *Archives of Disease in Childhood* 2004;89(7):683-684.
15. Greenbaum AR, Donne J, Wilson D, Dunn KW. Intentional burn injury: an evidence-based, clinical and forensic review. *Burns* 2004;30(7):628-642.
16. Isaac R, Jenny C. Syndrome du bébé secoué. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Isaac-JennyFRxp.pdf>. Page consultée le 27 mai 2005.
17. Bechtel K, Stoessel K, Leventhal JM, Ogle E, Teague B, Lavietes S, Banyas B, Allen K, Dziura J, Duncan C. Characteristics that distinguish accidental from abusive injury in hospitalized young children with head trauma. *Pediatrics* 2004;114(1):165-168.
18. Ward MGK, Bennett S, Plint AC, King WJ, Jabbour M, Gaboury I. Child protection: a neglected area of pediatric residency training. *Child Abuse and Neglect* 2004;28(10):1113-1122.
19. Trocmé N. Maltraitance envers les enfants et impacts sur l'épidémiologie du développement psychosocial. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/TrocmeFRxp.pdf>. Page consultée le 27 mai 2005.

Pour citer ce document :

Marcellina Mian. Commentaires des milieux - Aspects médicaux de la maltraitance envers les enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/MianFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005



COMMENTAIRES DES MILIEUX Programmes préscolaires : apprentissage précoce et services à la petite enfance

Monica Lysack
Directrice générale

Association canadienne pour la promotion des services de garde à l'enfance

(Publication sur Internet le 24 février 2009)

Perspective politique

Les services à la petite enfance sont connus sous diverses appellations, notamment éducation et soin à la petite enfance; apprentissage précoce, soin et développement à la petite enfance. L'Association canadienne pour la promotion des services de garde à l'enfance (ACPSGE) définit les services à la petite enfance comme étant tout programme non obligatoire qui supporte l'apprentissage et le développement optimal des enfants âgés de 0 à 12 ans. Cela permet simultanément aux parents de travailler, de réussir leurs études, de s'occuper d'autres membres de leur famille et de participer à la vie dans leur communauté. Ces services fournissent le soutien et les ressources nécessaires pour aider les parents à participer activement à l'apprentissage précoce de leurs enfants et promeuvent l'égalité des femmes.

Parce que nous sommes très préoccupés par l'impact de l'élaboration des politiques, les articles de recherche comme ceux produits et diffusés par le CEDJE¹⁻³ sont très importants dans le cadre de notre travail. Par exemple, l'ACPSGE a récemment conclu un projet de deux ans, subventionné par le gouvernement du Canada, intitulé *Pédagogie, politique et qualité*. L'objectif de ce projet était de faciliter un dialogue national sur les questions liées aux politiques nationales, de manière à établir un cadre pédagogique national qui favorisera l'apprentissage précoce et le développement des enfants. Le projet découle de la publication de *Petite enfance, grands défis II*, un rapport comparatif de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui examine les politiques et les programmes de soins et d'éducation des jeunes enfants dans vingt pays. De tous les pays examinés, le Canada était le seul à ne pas avoir énoncé sa vision de l'apprentissage précoce et des services à la petite enfance.

Des articles tels *Programmes d'enseignement efficaces au préscolaire*² de S. L. Kagan et K. Kauerz se sont avérés particulièrement utiles pour jeter les bases de cette discussion. On associe souvent le terme « programme d'enseignement » à l'éducation formelle, en songeant immédiatement aux examens et aux plans de cours. Tant les travaux de Kagan et Kauerz que les commentaires de J. Bertrand³ élargissent le dialogue sur ce que signifie « programme d'enseignement » en ce qui a trait aux jeunes enfants. Quels sont nos objectifs pour les enfants canadiens durant les années préscolaires? À quel point

devrions-nous nous préoccuper de l'évaluation du développement des enfants avant qu'ils aillent à l'école? Et pourquoi? Que savons-nous de l'incidence de la qualité des milieux et des interactions pendant les premières années? Ce ne sont là que quelques-unes des questions clés.

Les organisations comme le CEDJE jouent elles aussi un rôle majeur en synthétisant la littérature internationale et en attirant l'attention sur des travaux qui reflètent réellement le contexte canadien. Nous sommes trop souvent influencés par la recherche américaine, qui ne reflète pas nécessairement la situation au Canada. Par exemple, un certain nombre d'études américaines ont soulevé la question selon laquelle les services à la petite enfance pourraient avoir une incidence négative sur le développement des enfants. Cependant, lors de l'interprétation de ces résultats, les différences entre les deux pays doivent être prises en compte. Par exemple, alors que le Canada dispose d'un programme de congés parentaux relativement complet qui permet à plusieurs familles de rester à la maison et de prendre soin de leur nourrisson pendant cette première année, si cruciale, les États-Unis n'ont pas mis un tel soutien en place. Ainsi, lorsqu'il est question des répercussions des centres ou des programmes sur le développement des enfants, il faut veiller à tenir compte de tous les facteurs propres au Canada.

Lacunes entre la recherche, les politiques et les pratiques

En général, la documentation révèle qu'une éducation précoce et des services à la petite enfance de qualité mènent à des résultats positifs pour le développement de l'enfant. Pour plusieurs d'entre nous qui préconisons l'apprentissage précoce et les services à la petite enfance de haute qualité, il y a un mécontentement grandissant envers le manque d'attention portée par le gouvernement à ces données probantes. Une croyance que certains partagent suppose que le soin des enfants est d'ordre privé et demeure la responsabilité des familles. Pourtant, le bien-être des enfants est d'intérêt public. L'incapacité à faire de la petite enfance une priorité entraîne des coûts sociaux bien plus élevés dans le futur.

Tandis que la qualité et la quantité des programmes d'apprentissage précoce et de services à la petite enfance varient d'une province à l'autre, aucune juridiction du Canada autre que le Québec n'est allée au-delà des services à l'emporte-pièce pour établir un *système* de services à la petite enfance abordable et de qualité. La Province de Québec a fait de l'instauration d'un système universel de services à la petite enfance une grande priorité. Dans la mise sur pied du programme, le gouvernement du Québec a œuvré d'arrache-pied pour élaborer des normes et un programme d'enseignement fondés sur la recherche et sur ce que l'on connaît de l'expérience d'autres pays. S'il n'est pas sans failles, le système québécois est ce qui se rapproche le plus, au Canada, d'un programme universel de services de garde, semblable à ceux observables dans d'autres pays.

Des données démentent également le mythe selon lequel les programmes d'apprentissage précoce et de services à la petite enfance subventionnés par le gouvernement sont trop coûteux. Lorsque le Québec a instauré son programme de services à la petite enfance, le retour a été de 40 % pour chaque dollar investi dès la première année⁴. Les économistes canadiens G. Cleveland et M. Krashinsky prédisent un apport de 2 \$ à l'économie pour

chaque dollar consacré aux services à la petite enfance⁵. De plus, Schweinhart¹ souligne l'importance des qualifications pour l'enseignement, soutenant que « les programmes préscolaires efficaces nécessitent des professeurs qualifiés en enseignement préscolaire qui savent comment contribuer au développement cognitif et social des enfants et qui le font ». Pour l'instant, la plupart des services d'apprentissage précoce et de soins du Canada fonctionnent en vase clos et sans structure. La création d'un système officiel et la professionnalisation des travailleurs amélioreraient non seulement la qualité des soins, mais créeraient aussi un effet domino observable sur l'ensemble de l'économie.

Les parents, de même que la population en général, sont de plus en plus conscients que le Canada doit rattraper le reste du monde et en faire davantage pour aider les familles et pour fournir du soutien à l'apprentissage précoce ainsi qu'aux programmes de services à la petite enfance. Trouver une place dans un programme d'apprentissage précoce et de service à la petite enfance pourvu d'éducateurs qualifiés et d'un programme de qualité ne devrait pas être une question de chance. Nous devons nous éloigner de la prise de décision fondée sur des mouvements idéologiques et nous devons porter attention aux données probantes et à l'important corps de recherche canadienne et internationale.

Commentaires recueillis par Eve Krakow

RÉFÉRENCES

1. Schweinhart LJ. Programmes préscolaires. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2008:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/SchweinhartFRxp.pdf>. Page consultée le 24 février 2009.
2. Kagan SL, Kauerz K. Programmes d'enseignement efficaces au préscolaire. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2007:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Kagan-KauerzFRxp.pdf>. Page consultée le 24 février 2009.
3. Bertrand J. Programmes d'enseignement efficaces au préscolaire. Commentaires sur Kagan et Kauerz et sur Schweinhart. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2007:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BertrandFRxp.pdf>. Page consultée le 24 février 2009.
4. Baker M., Gruber J, Milligan K. *Universal Childcare, Maternal Labor Supply and Family Well-being*. NBER Working Paper No. 11832. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2005. Disponible sur le site: <http://www.nber.org/papers/w11832>. Page consultée le 24 février 2009.
5. Cleveland G, Krashinsky M. *The Benefits and Costs of Good Child Care: The Economic Rationale for Public Investment in Young Children, a Policy Study*. Toronto, Ontario: Childcare Resource and Research Unit, University of Toronto; 1998. Disponible sur le site: <http://www.childcarecanada.org/pubs/other/benefits/bc.pdf>. Page consultée le 24 février 2009.

Pour citer ce document :

Lysack. Commentaires des milieux - Programmes préscolaires : apprentissage précoce et services à la petite enfance. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2009:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/LysackFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2009



COMMENTAIRES DES MILIEUX

Résilience : promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être de la population, surtout chez les enfants et les jeunes

Linda Nosbush

Responsable du développement social pour la ville de Prince Albert, Saskatchewan

(Publié sur Internet le 16 avril 2009)

Perspective des services

Comme l'indiquent les articles de l'*Encyclopédie* du CEDJE, le développement de la résilience chez les enfants est multifactoriel à cause des traits psychologiques internes et à l'environnement externe.^{1,2,3,4} Toute la communauté doit participer aux changements qui soutiennent la résilience chez l'enfant. Chaque article de l'*Encyclopédie* souligne différents facteurs influant sur la résilience, comme la pauvreté,^{1,2} la violence communautaire¹ et la stabilité parentale.^{1,2}

Comme Luthar l'indique, il est bien plus facile de prévenir tôt les problèmes qui apparaissent chez les enfants d'âge scolaire que de les gérer lorsqu'ils se « cristallisent » plus tard dans la vie.¹ Il faut donc soutenir la résilience dès le début de la petite enfance et continuer tout au long de l'enfance.³ On doit se poser les questions importantes suivantes : Qu'est-ce qui compromet le développement de l'enfant? Comment et pourquoi les problèmes apparaissent? Comment instaurer un changement chez les individus ou chez les groupes d'enfants?

Sameroff souligne que, pour parfaire la résilience des enfants, il faut améliorer de multiples domaines de leur vie, comme leur famille, leur groupe de pairs, leur école et leur quartier.² On ne peut obtenir de changements significatifs que si on influence tous les niveaux d'aggravation : l'individu, la famille, le quartier et la communauté dans son ensemble. Chaque palier de gouvernement devrait participer et s'assurer que l'infrastructure sociale permet de soutenir un développement humain positif. De nombreuses interventions sont centrées sur la « réparation » des individus et des relations, cependant, on devrait insister davantage sur le renforcement d'une communauté forte et saine et sur une société qui peut soutenir ce développement humain positif. Un fort sentiment d'appartenance à une famille et à une communauté fait en sorte que les enfants sont moins susceptibles de se tourner vers les gangs ou vers d'autres influences négatives pour avoir un sentiment d'appartenance à une structure. Les articles de l'*Encyclopédie* du CEDJE sur la résilience présentent certains outils nécessaires pour apporter des changements importants à tous les niveaux de la société, comme s'assurer que les jeunes enfants sont bien nourris et ont des occasions d'apprendre³ et que les réseaux communautaires et le soutien aux parents sont renforcés.^{1,3}

Renforcer la résilience chez les enfants ne signifie pas laisser de côté les adultes qui s'en occupent. Les parents et les donneurs de soins doivent savoir comment favoriser un attachement positif continu, durable et réciproque avec les enfants et ils ont besoin de ressources pour leur offrir un foyer stable.^{1,3} La ville de Prince Albert est en train de créer des centres de développement de la petite enfance et d'habiletés parentales centrés sur le soutien à la famille dès la naissance. Elle redouble aussi d'efforts pour traiter les problèmes de toxicomanie et d'abus de substances en ciblant non seulement les problèmes, mais aussi leurs origines.

Lacunes de la recherche, des politiques et de la pratique

Le manque de communication entre les professionnels sur le terrain, les chercheurs et les décideurs politiques est un des plus grands obstacles à l'élaboration de programmes qui renforcent la résilience. Pour le surmonter, il faut des professionnels qui possèdent des compétences, des connaissances et qui ont pour mandat de faciliter l'échange de connaissances entre ces trois domaines.

Pour optimiser l'échange d'information, les professionnels de chaque domaine et de chaque champ de recherche doivent utiliser le même langage et se familiariser avec le jargon technique et les mots communément employés par chacun.

Les professionnels qui travaillent sur le terrain ont besoin de données scientifiques qui peuvent être présentées aux décideurs politiques afin que les politiques correspondent aux besoins actuels. En conséquence, les chercheurs doivent se concentrer sur les besoins des intervenants sur le terrain et expliquer clairement leurs directives. Il est également important de fournir des données démontrant la rentabilité des interventions proposées. Les chercheurs devraient présenter les recherches aux décideurs politiques dans un endroit décontracté où ils seraient à l'aise de poser des questions, d'indiquer les contraintes auxquelles ils sont confrontés et d'engager un dialogue significatif.

Les articles de l'*Encyclopédie* du CEDJE sont utiles parce qu'ils facilitent l'échange des connaissances et le dialogue en résumant des milliers de pages de recherche portant sur différents domaines connexes, en plusieurs pages pertinentes contenant de nombreuses données. Les auteurs utilisent un langage que toute personne appartenant à la discipline traitée peut comprendre. Ils aident aussi les professionnels du milieu à mieux comprendre les racines développementales des problèmes auxquels ils se heurtent tous les jours. De même, les ateliers du CEDJE, où les principaux décideurs politiques rencontrent des chercheurs et des intervenants sur le terrain, sont également des forums très puissants pour l'échange de connaissances et le dialogue.

Il serait utile d'inclure dans l'*Encyclopédie* du CEDJE plus d'information sur les déterminants sociaux de la santé, du bien-être et des compétences. Des informations supplémentaires sur l'épigénétique ou sur la façon dont notre environnement influe sur l'expression génétique ainsi que sur les récents progrès en neurosciences en ce qui a trait à la résilience seraient aussi très appréciées.

Commentaires recueillis par Alison Palkhivala

RÉFÉRENCES

1. Luthar SS. La résilience chez les jeunes enfants et son impact sur leur développement psychosocial. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/LutharFRxp.pdf>. Page consultée le 16 avril 2009.
2. Sameroff A. Résilience précoce et conséquences développementales. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/SameroffFRxp.pdf>. Page consultée le 16 avril 2009.
3. Masten AS, Gewirtz AH. La résilience en matière de développement: l'importance de la petite enfance. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2007:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Masten-GewirtzFRxp.pdf>. Page consultée le 16 avril 2009.
4. Yates TMF. La résilience chez les jeunes enfants et son impact sur leur développement : commentaires sur Luthar et Sameroff. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/YatesFRxp.pdf>. Page consultée le 16 avril 2009.

Pour citer ce document :

Nosbush L. Commentaires des milieux - Résilience : promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être de la population, surtout chez les enfants et les jeunes. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2009:1-3. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/NosbushFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2009



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Recherche sur le développement des jeunes enfants : implications sur les politiques en matière d'éducation précoce et de services à la petite enfance

**Martha Friendly, coordonnatrice & associée de recherche principale
Childcare Resource and Research Unit, University of Toronto**

(Publication sur Internet le 29 juillet 2004)

Perspective politique

Les résumés du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) sur la recherche portant sur les soins et les services à la petite enfance sont rédigés selon la perspective de leur impact sur le développement des jeunes enfants. Neuf chercheurs renommés ont résumé la recherche sur le recours aux services à la petite enfance selon deux groupes d'âge : Belsky,¹ Howes² et Owen³, et le commentaire de Andersson,⁴ traitent des 0-2 ans et Ahnert et Lamb,⁵ McCartney,⁶ Peisner-Feinberg,⁷ et le commentaire de Barnett,⁸ se penchent sur le groupe d'âge des 2-5 ans. Dans l'ensemble, deux principales conclusions se dégagent des diverses études recensées : premièrement, comme le fait remarquer Kathleen McCartney de façon concise « la conclusion principale est que les effets des services à la petite enfance sont complexes »⁶ et deuxièmement, comme l'exprime Barnett dans son commentaire « dans l'ensemble, la recherche recensée soutient nos espoirs tout en faisant taire nos plus grandes peurs ».⁸

En matière de politiques, il est utile de considérer cet ensemble de recherches selon plusieurs angles : premièrement, comprendre l'importance des contextes politiques particuliers, deuxièmement, à l'intérieur du cadre plus large de la politique familiale et sociale; troisièmement, en considérant le lien services à la petite enfance/éducation précoce et enfin, en reconnaissant pleinement les changements sociaux et économiques dans les familles et dans les rôles des genres.

Premièrement, le contexte de presque tous les articles est principalement celui des États-unis — où la recherche dans le domaine du développement de l'enfant est beaucoup plus étendue que dans d'autres pays — alors qu'ils se situent dans la partie inférieure du spectre de la politique sociale et familiale. Les articles résument la recherche contemporaine et principalement américaine sur le développement de l'enfant dans le but de répondre à des questions politiques clés comme : quels sont les effets à court et à long terme des différentes qualités sur le développement des jeunes enfants? Est-ce que l'âge auquel l'enfant commence à fréquenter les services à la petite enfance influence le développement? Existe-t-il des effets différentiels des services à la petite enfance sur les enfants de différents milieux?

Il y a plusieurs bons exemples qui illustrent l'importance de comprendre le contexte afin de pouvoir interpréter la recherche. Par exemple, la plupart des données contenues dans les articles sur la participation des mères de jeunes enfants au marché du travail (qui se rapporte à la question de l'âge d'entrée en services à la petite enfance) proviennent des États-Unis, et Belsky émet le commentaire suivant : « un nombre croissant d'enfants de plus en plus jeunes semble passer de plus en plus de temps dans des services à la petite enfance ». ¹ Bien que l'étude des National Institutes of Child Health and Child Development (NICHD) ait découvert que 72,8 % des enfants fréquentaient les services à la petite enfance avant l'âge de six mois et 58,1 % vers l'âge de trois mois, ⁹ la tendance canadienne est plutôt différente. Au cours des quelques dernières années, moins de très jeunes canadiens ont fréquenté les services à la petite enfance, puisque le congé parental/maternel payé qui a été étendu à un an en 2000 a encouragé des congés plus longs. La proportion de femmes canadiennes qui sont retournées au travail après environ un an a bondi de 8 % à 47 % et plus de pères étaient susceptibles de prendre aussi congé. ¹⁰

Dans un autre argument spécifique au contexte, Belsky déclare que « Premièrement, le fait de placer les enfants dans un service non maternel de qualité moyenne pendant de longues heures semble être associé à quelques risques développementaux (modestes) ». ¹ Il est important ici d'être précis sur l'expression « qualité moyenne ». La qualité « moyenne » des services à la petite enfance aux États-Unis semble très différente de ce qu'elle peut être en Suède, ^{11,12} et même différente du Canada où, bien que la recherche considère que les services à la petite enfance et basés dans des centres sont souvent moins qu'exemplaire, ils sont quand même moins susceptibles d'être de très mauvaise qualité (en utilisant les mêmes mesures) comparés aux centres à la petite enfance aux États-Unis. ¹³

La question n'est pas que les résultats de recherche manquent de valeur, mais, comme le souligne Andersson, un auteur suédois, que le contexte social, économique et politique doit être pris en compte quand on tire des conclusions.

1. Deuxièmement, comme les groupes de politique sociale comme Campagne 2000 et les Réseaux canadiens de recherche en politiques sociales (RCRPS) l'ont décrit, il vaut mieux considérer un programme social tel que les services à l'enfance comme faisant partie d'un « assortiment » plus grand de politiques sociales et familiales. Les auteurs y font allusion plusieurs fois dans les articles, Belsky, entre autres, propose « d'étendre les congés parentaux (payés, de préférence) pour égaler la durée de ceux offerts dans certains pays scandinaves ». ¹ Cependant, la discussion concernant les longues heures passées en services à la petite enfance qui constitueraient un facteur de risque possible pourrait bien aussi porter sur les raisons qui font qu'en Amérique du Nord, les parents travaillent pendant de si longues heures. Les politiques sur le travail comme le salaire minimum, les heures de travail réglementées et la durée des vacances, les programmes de sécurité du revenu comme les allocations familiales, les prestations de congé flexibles et bien supportées pour la maladie d'un enfant ou pour permettre le travail à temps partiel (comme en Suède) et les efforts des politiques visant à aborder les questions

d'équilibre travail/famille font toutes parties d'une politique sociale et familiale plus large à l'intérieur de laquelle les services à la petite enfance ne représentent qu'une partie (bien que centrale et essentielle).

La troisième perspective, désormais bien acceptée est reliée à la politique, porte sur le double objectif de la grande qualité des services à la petite enfance : permettre aux parents de travailler et fournir des activités sociales et éducatives aux enfants. En effet, les services à la petite enfance sont souvent appelés « éducation et soins précoces à l'enfance (ESPE) ». L'article de Barnett traite de cette question. Il fait remarquer que « ... même les enfants dont les mères n'effectuent pas un travail rémunéré fréquentent désormais souvent des services similaires » et que la fréquentation de ces services pendant la plus grande partie de la journée est presque universelle dans certains pays à l'âge de trois ans.⁸ Cet argument est très pertinent pour toute discussion sur la qualité étant donné qu'il est difficile de soutenir que les services à la petite enfance inadéquats ou de faible qualité fournissent de l'éducation précoce aux enfants. En général, bien que tous les articles prennent en compte les bienfaits sociaux et éducatifs des services à la petite enfance de grande qualité, ils ont tendance à se concentrer davantage sur la partie « garde » qu'« éducative ». Barnett relie « l'appréciation inadéquate du rôle éducatif des services à la petite enfance » à la réticence de certains gouvernements d'en assumer la responsabilité.⁸ Dans un pays comme le Canada, où, comme aux États-Unis, il y a deux courants distincts de programmes et de politiques pour les « services à la petite enfance » et « l'éducation », et où le courant « services à la petite enfance » recueille peu de soutien gouvernemental, cette perspective est très pertinente.

Enfin, un des aspects les plus fondamentaux que tous les articles soulèvent d'un point de vue politique est que dans tous les pays, les mères des jeunes enfants sont très nombreuses à effectuer un travail rémunéré – dans des proportions encore plus élevées au Canada qu'aux États-Unis.¹⁻⁸ Alors que pendant un certain temps, il était bien établi que les mères étaient les principales personnes qui prenaient soin des jeunes enfants et qui les éduquaient, les circonstances économiques et les normes sociales ont changé, il est donc peu probable qu'un grand nombre de mères retourne à la maison pour prendre soin de leurs jeunes enfants à temps plein. Cependant, certains pays n'ont pas encore institué de nouveaux mécanismes, d'établissements ou de dispositions sociales pour fournir ce que les mères et les familles procuraient elles-mêmes autrefois.

La recherche présentée dans ces articles fait ressortir le fait que, bien que les détails puissent être complexes, on en sait beaucoup sur les effets des services à la petite enfance et sur les facteurs qui y sont associés.¹⁻⁸ Les services à la petite enfance de qualité, fournis aux jeunes enfants par des éducateurs bien formés, bien soutenus et accompagnés d'un ensemble d'autres politiques familiales sont un bienfait, pas un danger, pour le développement social et cognitif des enfants à travers le spectre économique. Comme le fait remarquer McCartney, « Dans la plupart des pays occidentaux, les services à la petite enfance font maintenant partie de la vie quotidienne des enfants. »⁶ Le défi le plus important en matière de politique est de prendre la connaissance tirée de la recherche présentée dans ces articles et la transformer en pratiques et en politiques qui garantissent

que les effets des services à la petite enfance sur les enfants et sur les familles soient les meilleurs possibles.

REFERENCES

1. Belsky J. Les services à la petite enfance et leurs impacts sur les jeunes enfants (0-2 ans). Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-7. Disponible sur le site : http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BelskyFRxp_rev-Services.pdf. Page consultée le 29 février 2008.
2. Howes C. L'impact des services à la petite enfance sur les jeunes enfants (0-2 ans). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/HowesFRxp.pdf>. Page consultée le 8 juillet 2004.
3. Owen MT. Les services à la petite enfance et le développement des jeunes enfants (0-2 ans). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/OwenFRxp.pdf>. Page consultée le 8 juillet 2004.
4. Andersson BE. Les services à la petite enfance et leurs impacts sur les enfants de 0 à 2 ans. Commentaires sur les articles de Belsky, Howes, et Owen. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-5. Page consultée le: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/AnderssonFRxp.pdf>. Page consultée le 8 juillet 2004.
5. Ahnert L, Lamb ME. Services à la petite enfance et impacts sur les jeunes enfants (2 à 5 ans). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Ahnert-LambFRxp.pdf>. Page consultée le 8 juillet 2004.
6. McCartney K. Recherches actuelles sur les effets des services à la petite enfance. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/McCartneyFRxp.pdf>. Page consultée le 8 juillet 2004.
7. Peisner-Feinberg ES. Services à la petite enfance et impacts sur le développement des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Peisner-FeinbergFRxp.pdf>. Page consultée le 8 juillet 2004.

8. Barnett WS. Services à la petite enfance et impacts sur ceux de deux à cinq ans. Commentaires sur les articles de McCartney, Peisner-Feinberg, et Anher et Lamb. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BarnettFRxp.pdf>. Page consultée le 8 juillet 2004.
9. NICHD. Infant Child Care and Attachment Security: Results of the NICHD Study of Early Child Care. Communication présentée à: International conference of infant studies; 20 avril 1996; Providence, RI.
10. Marshall K. Benefiting from extended parental leave. *Perspectives on labour and income* 2003;15(2):15-21.
11. Andersson BE. Effects of day-care on cognitive and socioemotional competence of thirteen-year-old Swedish school children. *Child Development* 1992;63(1):20-36.
12. Lamb ME. Nonparental child care: Context, quality, correlates, and consequences. In: Sigel I, Renninger K, eds. *Child psychology in practice*. New York, NY: John Wiley & Sons Inc; 1998:73-134. Damon W, ed-en-chef. *Handbook of child psychology*; vol 4.
13. Goelman H, Doherty G, Lero DS, Lagrange A, Tougas J. You bet I care!: Caring and learning environments: Quality in child care centres across Canada. Guelph, Ontario: Centre for Families, Work and Well-being, University of Guelph; 2000. Disponible sur le site: <http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/RH34-10-2-2000E.pdf>. Page consultée le 8 juillet 2004.

Pour citer ce document :

Friendly M. Commentaires des milieux - Recherche sur le développement des jeunes enfants : implications sur les politiques en matière d'éducation précoce et de services à la petite enfance. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/FriendlyFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Les services à la petite enfance et les jeunes enfants : le point de vue d'une intervenante

**Pat Wege, directrice générale
Manitoba Child Care Association**

(Publication sur Internet le 27 juillet 2004)

Perspective service

Des recherche du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE)¹⁻⁸ confirment que la demande des services de garde continue à s'accroître pour tous les groupes d'âge. De plus en plus de mères se retrouvent sur le marché du travail à un point toujours plus hâtif dans la vie de leurs enfants. Pourtant, l'offre de services de garde réglementés est loin de répondre à la demande. La création de nouvelles places en service de garde se fait à pas de tortue, de manière irrégulière et inéquitable partout au Canada. Par exemple, le gouvernement du Québec a pris les devants en augmentant considérablement le nombre de places dans le but d'offrir un accès universel à tous les enfants peu importe les raisons pour lesquelles les parents ont besoin d'un service de garde pour leurs petits. Le Manitoba a mis au point un plan quinquennal pour les services de garde (2002) dans le but d'améliorer trois grands éléments, soit la qualité, l'accessibilité et les coûts. Le sujet de la garde à l'enfance reprend l'avant-scène encore une fois en Ontario. Au début de 2004, le gouvernement ontarien a annoncé qu'il dépenserait 9,6 millions de dollars versés par le gouvernement fédéral pour la garde à l'enfance afin d'aider les services de garde en manque de fonds à améliorer la santé et la sécurité. Mais certaines provinces, comme la Colombie-Britannique, ont sérieusement comprimé les dépenses gouvernementales à ce chapitre à un moment où les besoins sont plus pressants que jamais et où la garde à l'enfance suscite beaucoup d'intérêt.

Nous sommes bien loin de l'accès universel, et l'écart semble particulièrement grand si nous tenons compte de la gamme toujours croissante de services nécessaires : soins aux enfants ayant un handicap, soins à temps partiel, en soirée, la fin de semaine ou selon les saisons; programmes dans les réserves et pour les familles de militaires envoyés en mission pendant des mois, et programmes pour les collectivités éloignées. Les parents d'enfants ayant un handicap continuent d'avoir besoin d'un service de garde longtemps après qu'ils aient atteint l'âge de 12 ans. Les services de garde subissent des pressions pour allonger leurs heures, augmenter le nombre de places et être davantage souples. Toutefois, tout cela ne se fait pas facilement, à bon compte ni rapidement, surtout quand l'argent se fait rare, que la main-d'œuvre est affaiblie et que les politiques de financement gouvernemental semblent vouloir entraîner des pertes de revenus pour les garderies ou les services en milieu familial qui offrent une certaine souplesse.

L'importance que revêt la *qualité* des soins pour assurer un sain développement des enfants est un thème fort qui revient continuellement dans les articles du CEDJE.¹⁻⁸ Tout le monde s'entend pour dire que la qualité des soins et les expériences positives en service de garde contribuent à améliorer le développement de l'enfant. Malgré cela, des recherches montrent que la qualité se fait rare et ne se retrouve que dans 10 à 15 % des services de garde offerts aux États-Unis.² Le Canada ne fait guère mieux. Selon l'étude *Oui, ça me touche! Des milieux accueillants où l'on apprend : La qualité dans les garderies au Canada* : « Une majorité de garderies au Canada fournissent des services dont la qualité n'est que minimale ou médiocre. Moins de la moitié des groupes d'âge préscolaire (43 %) et un peu plus du quart des groupes poupons-bambins (28,7 %) procurent aussi aux enfants des activités et du matériel éducatifs qui favorisent et stimulent leur développement. »⁹ Steven Barnett mentionne que « les lacunes au niveau de la qualité s'expliquent principalement par les coûts élevés qu'elle entraîne. »⁸ Ceci est tout à fait vrai. Trop de programmes réglementés se démènent pour s'en sortir avec du financement inadéquat et instable qui ne suffit jamais pour offrir des salaires et des avantages sociaux convenables, pour retenir des éducatrices expérimentées et pleines de ressources ainsi que pour offrir un programme favorisant le développement et un espace adapté à l'éducation et aux soins de la petite enfance. À mon avis, la qualité ne s'améliorera pas jusqu'à ce que nous trouvions une solution aux problèmes sous-jacents d'où la difficulté d'attirer et de retenir des intervenantes qualifiées, y compris celles qui travaillent en milieu familial.

Il y a bien des lacunes au niveau de la recherche, de la pratique et des politiques qui, si elles étaient comblées, favoriseraient de meilleurs services à la petite enfance. Plusieurs articles du CEDJE mentionnent le manque de données longitudinales sur le sort des enfants^{2,4,7} et sur le besoin de définir clairement ce qu'est la qualité² et d'en informer le grand public. Tout cela est bien vrai, mais nous n'avons pas non plus de données à jour sur le système de garde actuel en tant que service ou profession. Nous tentons de créer un système universel, accessible et de qualité, de fixer des priorités et de formuler des recommandations, mais nous devons trop souvent y aller à tâtons parce que nous ne disposons pas de l'information nécessaire. Par exemple, nous savons qu'il nous faut davantage de services de garde, mais « combien » de plus au juste? Quels secteurs sont les plus mal desservis? Que signifient des services de garde « abordables »? L'*Étude nationale canadienne sur la garde des enfants* a sondé un échantillon d'environ un ménage canadien sur 90 ayant des enfants de moins de 13 ans.¹⁰ Cette étude, menée il y a plus d'une dizaine d'années, est inutile pour planifier un système de garde au niveau millénaire. Les études exhaustives *Oui, ça me touche!* (1991 et 1998) sur la qualité, les salaires, les conditions de travail et les pratiques dans les garderies et les services de garde en milieu familial sont aussi désuètes aujourd'hui.⁹ La plupart des recherches canadiennes sont de courte durée, financées à la pièce et trop sporadiques pour tracer un véritable portrait du contexte canadien et pour offrir de l'information que les porte-parole et les parties intéressées peuvent utiliser dans leur travail quotidien.

Les programmes de la petite enfance sont très souvent soumis à l'arbitraire de la volonté politique. Les défenseurs des services de garde, concentrés surtout dans le secteur réglementé, exercent depuis des décennies des pressions auprès des gouvernements

provinciaux et fédéraux pour qu'ils assurent une direction et offrent du financement et une infrastructure qui fera en sorte que la pratique et les politiques peuvent refléter les recherches actuelles. Même le moindre petit changement positif est habituellement précédé d'interminables heures de réunion et de pressions politiques, de plusieurs manifestations, de montagnes de lettres et de pétitions, et de vastes campagnes. Nous exerçons des pressions pour que des règlements soient établis et améliorés de façon permanente afin de refléter les derniers renseignements sur les meilleures pratiques et méthodes. Nous exerçons des pressions au nom des familles pour créer de nouvelles places, pour améliorer les avantages sociaux, les salaires et les conditions de travail et pour que les travailleuses aient accès à de la formation. Ensuite, nous exerçons des pressions pour que soient créés des programmes d'études supérieures et des programmes de bourse.

La plupart des organisations et associations de garde à l'enfance sont petites, comptent sur les cotisations ou un financement par projet ce qui leur laisse des budgets restreints, et sont dirigées surtout par des bénévoles. Elles tentent d'obtenir et de maintenir du financement, de mieux faire connaître les indicateurs de qualité, de garder leurs membres informés des dernières recherches et des tendances, d'initier le grand public, de produire des ressources documentaires, et d'offrir des occasions de formation (officielles ou non) grâce à des ateliers, à des congrès et à des séances d'études intensives. Non seulement est-il plus ardu de trouver des bénévoles pour défendre cette cause, il est encore plus difficile, en raison des règlements sur les impôts (organismes de bienfaisance enregistrés) de s'engager à fond dans des actions revendicatrices. Afin que les services à la petite enfance soient inscrits à l'ordre du jour des politiques et qu'ils y restent, il faut recruter des porte-parole persuasifs et nouveaux des secteurs universitaire, de la recherche et des affaires pour qu'ils agissent comme partenaires continus.

Il est plus que temps d'enchâsser dans l'infrastructure de notre pays le principe intégré des soins et de l'éducation pour les enfants de 0 à 12 ans. Allons de l'avant pour mettre en œuvre des lignes directrices nationales visant la prestation de services, pour concevoir un programme national d'agrément des établissements de formation et des services de garde, pour établir une reconnaissance professionnelle des administratrices et des intervenantes en services de garde, et pour établir un financement véritable d'un système universel grâce auquel *tous* les enfants reçoivent des soins et une éducation de la plus haute qualité.

RÉFÉRENCES

1. Belsky J. Les services à la petite enfance et leurs impacts sur les jeunes enfants (0-2 ans). Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-7. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BelskyFRxp_rev-Services.pdf. Page consultée le 29 février 2008.
2. Howes C. L'impact des services à la petite enfance sur les jeunes enfants (0-2 ans). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/HowesFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
3. Owen MT. Les services à la petite enfance et le développement des jeunes enfants (0-2 ans). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/OwenFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
4. Andersson B-E. Les services à la petite enfance et leurs impacts sur les enfants de 0 à 2 ans. Commentaires sur les articles de Belsky1, Howes, et Owen. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/AnderssonFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
5. Ahnert L, Lamb ME. Services à la petite enfance et impacts sur les jeunes enfants (2-5 ans). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Ahnert-LambFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
6. McCartney K. Recherches actuelles sur les effets des services à la petite enfance. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/McCartneyFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
7. Peisner-Feinberg ES. Services à la petite enfance et impacts sur le développement des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Peisner-FeinbergFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.

8. Barnett WS. Services à la petite enfance et impacts sur ceux de deux à cinq ans. Commentaires sur les articles de McCartney, Peisner-Feinberg, et Ahnert et Lamb. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BarnettFRxp.pdf>. Page consultée le 19 juillet 2004.
9. Doherty G, Lero DS, Goelman H, LaGrange A, Tougas J. *You Bet I Care! Caring and Learning Environments: Quality in Child Care Centres Across Canada* Guelph, Ontario: Centre for Families Work and Well-Being; 1999.
10. Lero DS, Goelman H, Pence AR, Brockman LM, Nuttall S. *Parental work patterns and child care needs. Canadian National Child Care Study*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada and Health and Welfare Canada; 1992.

Pour citer ce document :

Wege P. Commentaires des milieux - Les services à la petite enfance et les jeunes enfants : le point de vue d'une intervenante. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/WegeFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Services de garde et apprentissage des jeunes enfants : Adopter une formule intégrée

Robin McMillan, consultante principale
Fédération canadienne des services de garde à l'enfance, Canada

(Publication sur Internet le 8 avril 2010)

Perspective service

Pourquoi intégrer les services de garde pour les enfants d'âge préscolaire à l'école? La réponse est claire. Le rapport de l'OCDE *Petite enfance, grands défis II : éducation et structures d'accueil*¹ suggère aux gouvernements d'offrir aux parents qui travaillent un système de services à la petite enfance plus cohérent. Cette recommandation découle de recherches révélant que les pays qui confient à un seul et même ministère ou organisme les dossiers de la garde et de l'apprentissage des jeunes enfants offrent en général des services de qualité supérieure, mieux coordonnés et davantage axés sur des buts pour les petits de 0 à 6 ans. De nombreuses conclusions d'études longitudinales et d'expériences de moindre envergure ayant fait l'objet de suivis à long terme² prouvent les effets positifs immédiats et durables de la prestation de tels services sur l'acquisition du langage, le développement cognitif et le rendement scolaire.

Pourquoi alors les services à la petite enfance sont-ils gérés séparément au Canada, comme dans beaucoup d'autres pays d'économie libérale?

Cette façon de procéder tient au fait, qu'historiquement, les pays anglo-américains ont établi deux systèmes différents pour la « garde » et l'« éducation ». Au XVIII^e siècle sont apparus des établissements de soins pour les enfants abandonnés ou maltraités comme mesure de protection sociale. Au siècle suivant, des « écoles enfantines ou maternelles » ont été fondées pour répondre au besoin des familles aisées qui souhaitaient offrir une éducation préscolaire à leurs enfants en dehors du milieu familial.³

Lorsque les femmes sont entrées en grand nombre sur le marché du travail pendant et après la Seconde Guerre mondiale, la demande de services de garde s'est accrue. Les enfants des mères au travail n'étaient ni abandonnés, ni maltraités, mais avaient besoin de soins de qualité. Les parents souhaitent maintenant combiner la « garde » et l'« éducation » de leurs enfants. Les gouvernements des pays scandinaves ont adapté les services à la petite enfance à ces nouveaux besoins, mais de nombreux autres pays développés ont conservé la distinction entre ces deux éléments. Au lieu de suivre l'exemple scandinave et d'établir un organe central pour gérer à la fois les services de garde et l'éducation des jeunes enfants, ces derniers ont confié le dossier de la « garde » à

leur ministère de la Santé ou des Services sociaux et celui de l'« éducation » à leur ministère de l'Éducation.

Alors que l'Europe a adopté un nouveau système intégré, le Canada, quant à lui, est en retard dans ce domaine. S'il en est ainsi, c'est notamment parce que le gouvernement considère l'éducation et la garde des jeunes enfants comme une responsabilité privée qui revient aux parents. Incombe-t-il à l'État d'assurer l'éducation préscolaire ou appartient-il aux parents de le faire? La réponse du gouvernement à cette question a déterminé la manière dont chaque pays a décidé de gérer la garde et l'apprentissage de ses jeunes citoyens⁴. Tandis que de nombreux pays jouissent d'un système intégré qui favorise davantage l'apprentissage continu, le Canada n'a guère progressé à cet égard. Le manque de leadership national tient en grande partie au fait que la garde et l'éducation des jeunes enfants relèvent des autorités provinciales. Le résultat du manque de cohérence et de la fragmentation des services pour les enfants et les familles apparaît clairement dans l'approche hétérogène du Canada à l'égard de l'éducation des jeunes enfants.

Quelques systèmes intégrés émergent actuellement un peu partout au pays, notamment en Ontario, où un nouveau programme intitulé *L'apprentissage à temps plein des jeunes enfants âgés de 4 et 5 ans* sera lancé d'ici 2015. Ce modèle intégré amènera les éducateurs de la petite enfance à collaborer avec les enseignants de la maternelle pour assurer la garde et l'éducation d'un groupe d'enfants.

En Ontario, alors que les conseils scolaires anglophones s'apprêtent à mettre en œuvre ce modèle, on note que tous les conseils scolaires de langue française offrent déjà des programmes éducatifs à temps plein aux jeunes enfants. Cette formule intégrée d'apprentissage à temps plein pour les enfants de 4 et de 5 ans repose sur la conviction que plus les enfants sont exposés jeunes au français, meilleures sont leurs chances d'acquérir et de développer des habiletés langagières solides. Font partie intégrante de cette approche l'établissement et le maintien de liens étroits entre les garderies et les écoles de langue française. Améliorer la prestation des programmes à temps plein d'éducation des jeunes enfants et répondre au besoin de matériel et de ressources d'excellente qualité pour appuyer l'apprentissage constituent les interventions clés de l'*aménagement linguistique* pour les jeunes enfants.⁴

Des projets pilotes réalisés en Ontario pour vérifier cette formule se sont avérés concluants. Parmi eux figure le Toronto First Duty (TFD), un programme modèle lancé en 2001 qui poursuit de vastes objectifs en matière de soutien aux parents et au développement de l'enfant et vise à offrir des services à la petite enfance intégrés et accessibles à tous. En ce qui a trait aux réalisations, des comparaisons effectuées pendant le déroulement du projet entre les collectivités qui ont mis le TFD à l'essai et les autres ont révélé que chacun des cinq centres où le modèle était implanté ont accompli des progrès sur le plan de l'intégration des services et de la qualité des programmes. La formule a également eu des effets positifs sur le développement socio-affectif des enfants et sur l'engagement des parents à l'égard de l'école et de l'apprentissage.⁵

Il existe également à l'Île-du-Prince-Édouard un programme à temps plein intégrant la garde et l'apprentissage des jeunes enfants dans le système d'éducation. En 2010, la province offrira des classes de maternelle à temps plein en milieu scolaire. Une équipe composée de représentants du ministère de l'Éducation, des conseils scolaires, du secteur de la petite enfance et des organismes partenaires travaille actuellement à transférer le programme de la communauté au système scolaire.

Au Québec, le gouvernement fournit un grand soutien à l'éducation des jeunes enfants, notamment en subventionnant les centres de la petite enfance sur tout le territoire de la province et en abaissant à 7 \$ les frais de garde quotidiens exigés des parents. Il n'a cependant pas encore manifesté son appui à l'intégration du secteur de la petite enfance et du système scolaire. Les enfants québécois ne sont pas tenus d'aller à l'école avant d'avoir six ans. Avant l'âge scolaire, la plupart fréquentent des centres de la petite enfance ou des garderies.

Pour que soient réalisés des progrès considérables en vue de l'implantation d'un système intégré, les hauts dirigeants doivent intervenir et ce, à tous les paliers de gouvernement. Les défenseurs des droits de l'enfant au Canada ont réclamé la nomination d'un commissaire national à l'enfance. C'est également l'une des recommandations qui figuraient dans le rapport de l'étude sur les droits de l'enfant au Canada intitulé *Les enfants : des citoyens sans voix*⁶ déposé en 2007 par un comité du Sénat. En plus de se pencher sur des questions telles que les droits de l'enfant, le commissaire pourrait aider à former un cadre de référence national pour ouvrir la voie à l'intégration des services de garde et d'apprentissage des jeunes enfants au système d'éducation.

Combien de temps faudra-t-il à des pays comme le Canada pour adopter un système entièrement intégré? Voilà une question à laquelle il est difficile de répondre. Entre-temps, des étapes importantes sont franchies qui permettront d'obtenir pour le Canada des données et des résultats d'études sur les raisons pour lesquelles une telle formule devrait être adoptée.

RÉFÉRENCES

1. OCDE. *Petite enfance, grands défis II : Éducation et structures d'accueil*. Paris, France : OCDE; 2006.
2. Barnett WS. Services à la petite enfance et impacts sur ceux de deux à cinq ans. Commentaires sur les articles de McCartney, Peisner-Feinberg, et Ahnert et Lamb. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BarnettFRxp.pdf>. Page consultée le 15 mars 2010.
3. Bennett J. Les systèmes éducatifs et de garde de la petite enfance dans les pays de l'OCDE : une question de tradition et de gouvernance. In: Tremblay RE, Barr RG,

- Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2009:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BennettFRxp.pdf>. Page consultée le 15 mars 2010.
4. Gouvernement de l'Ontario. Ministère de l'éducation. *Politique d'aménagement linguistique de l'Ontario : Pour l'éducation en langue française*. Toronto, ON : Ministère de l'éducation. Gouvernement de l'Ontario. Disponible sur le site : <http://www.edu.gov.on.ca/fre/document/policy/linguistique/linguistique.pdf>. Page consultée le 15 mars 2010.
 5. Corter C, Bertrand J, Griffin T, Endler M, Pelletier J, McKay D. *Toronto First Duty Starting Gate Report: Implementing integrated foundations for early childhood*. Toronto, ON: Toronto First Duty Project; 2002. Available at: http://www.toronto.ca/firstduty/sg_report.pdf. Accessed March 11, 2010.
 6. Parlement du Canada. Comité sénatorial permanent des droits de la personne. *Les enfants : Des citoyens sans voix. Mise en œuvre efficace des obligations internationales du Canada relatives aux droits des enfants : Rapport final*. Ottawa, ON : Comité sénatorial permanent des droits de la personne. Parlement du Canada; 2007. Disponible sur le site : <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/huma-f/rep-f/rep10apr07-f.pdf>. Page consultée le 6 avril 2010.

Pour citer ce document :

McMillan R. Commentaires des milieux - Services de garde et apprentissage des jeunes enfants : Adopter une formule intégrée. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2010:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/McMillanFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2010

Ce « Commentaires des milieux » est financé par le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) et le Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants (RSC-DJE).



RÉSEAU STRATÉGIQUE
DE CONNAISSANCES
SUR LE DÉVELOPPEMENT DES

jeunes enfants



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Problèmes de comportement de sommeil des nourrissons et des enfants : Une perspective pratique

**Wendy Hall, professeure associée
University of British Columbia School of Nursing**

(Publication sur Internet le 30 juillet 2004)

Perspective service

Les articles résumant la recherche de l'encyclopédie du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) publiée sur Internet soulignent l'importance des modèles de sommeil et du sommeil nocturne consolidé pour le développement optimal des jeunes enfants.¹⁻⁹ Par exemple, Thoman³ indique que la désorganisation du sommeil peut placer les enfants à risque de graves conséquences développementales émotives, sociales et cognitives. Sadeh¹ quant à lui suggère qu'un sommeil de faible qualité peut conduire à des effets négatifs chroniques sur le développement psychosocial. Les commentaires des auteurs soulignent l'importance de la pratique pour aider les parents qui ont des bébés et des jeunes enfants à résoudre les problèmes de comportement du sommeil. Cependant, la documentation de recherche sur ces problèmes de sommeil comporte des lacunes.

Plusieurs articles questionnent la cohérence des définitions des problèmes de sommeil chez les bébés et pendant l'enfance, la relation entre le sommeil nocturne et le comportement diurne des nourrissons et des enfants, les implications à long terme des modèles de sommeil sur le développement et les types de traitements qui devraient être employés dans divers contextes familiaux. Ainsi, les preuves des implications à long terme des modèles de sommeil sur le développement, l'incidence des problèmes de comportement de sommeil et les sortes de traitement sont soit manquantes, soit contestées.

La nature des preuves a des implications pour la pratique clinique. Wiggs a avancé que les parents seraient plus favorables à des interventions qui améliorent le développement social ou émotif de l'enfant.⁷ Cependant, les intervenants ont de la difficulté à trouver des preuves solides pour soutenir de telles affirmations. Les parents ont raison d'être sceptiques sur l'utilité de telles interventions en l'absence de preuves, particulièrement lorsque la documentation non spécialisée fournit des points de vues contradictoires sur les problèmes de comportement de sommeil et sur les solutions optimales. Davantage d'études longitudinales sont nécessaires afin d'appuyer les relations causales entre les problèmes précoces de sommeil et les difficultés sociales et comportementales à plus long terme.

Les intervenants cliniques travaillent souvent avec des parents qui rapportent des privations de sommeil à long terme (qui durent des mois ou des années), des difficultés à penser, des relations discordantes avec les partenaires et avec les enfants, et enfin, des humeurs dépressives. L'accent mis par les articles du CEDJE sur les effets négatifs des problèmes de comportement de sommeil des bébés et des enfants sur les familles me reconforte, surtout lorsqu'il s'agit de fonctionnement parental au travail, d'interactions parents-enfants, d'harmonie familiale et maritale, d'humeur parentale et de parentage.¹⁻⁹ Les affirmations de ces auteurs correspondent à plusieurs de mes expériences de travail avec des familles qui ont des problèmes de sommeil. Cependant, la question qui est constamment soulevée dans la documentation, à savoir « les problèmes de sommeil sont-ils des problèmes de nourrissons ou de parents? » est décourageante. Bien que les parents aient souvent besoin d'aide en ce qui concerne les attentes réalistes, selon moi, un problème de comportement de sommeil est un problème familial qui ne devrait pas être assigné à un membre de la famille isolément des autres. Les enfants se développent dans des familles, chaque membre est affecté par les autres. Il est difficile d'imaginer un enfant dont le développement optimal ne serait pas affecté par des parents bouleversés et fatigués, même si cet enfant pouvait compenser les déficits de sommeils nocturnes pendant la journée. D'après mon expérience, beaucoup de parents rapportent que les jeunes enfants qui ont de la difficulté à dormir la nuit ont aussi de la difficulté à faire des siestes et qu'ils sommeillent ou dorment souvent pendant 20 à 30 minutes.

La documentation sur la persistance des problèmes de sommeil est incohérente. Alors que certains auteurs soutiennent que les problèmes de sommeil de la prime enfance persistent s'ils ne sont pas traités, d'autres avancent qu'ils sont passagers et limités par nature. Étant donné la documentation contradictoire, les intervenants ont de la difficulté à répondre honnêtement aux questions des parents à savoir si le problème de leur enfant passera avec le temps en l'absence d'intervention et ils doivent préciser qu'il n'y a pas de réponse définitive.

Les questions soulevées par les chercheurs sur les sortes de traitements à employer et à quel moment le faire sont importantes. Selon moi, les travaux récents qui catégorisent des approches particulières comme bien établies, probablement efficaces ou prometteuses ne sont pas utiles pour la pratique. Dans un des articles, l'extinction standard non modifiée et l'éducation parentale ont été catégorisées comme étant bien établies, l'extinction graduelle comme probablement efficace et les routines au moment du coucher comme prometteuses. Le programme de recherche insiste sur l'évaluation d'une approche particulière et présente les approches « mixtes » comme problématiques. Dans la pratique, un portrait global qui comprend des siestes, de l'alimentation, des modèles de jeu et de sommeil, des routines au moment du coucher et des approches pour le réveil nocturne indique qu'un ensemble d'interventions contribue aux efforts des parents pour résoudre les problèmes de comportement de sommeil.

Bien qu'il ne fasse aucun doute qu'en matière de recherche, les mesures objectives et le manque de confiance envers les rapports maternels soient importants, dans la pratique, les rapports parentaux constituent les rétroactions principales de l'efficacité des stratégies. Étant donné qu'un certain nombre d'auteurs¹⁻⁹ du CEDJE affirment que des preuves

irréfutables soutiennent l'efficacité des traitements non pharmacologiques particuliers pour les problèmes de réveils nocturnes et de sommeil au moment du coucher et que les parents qui définissent les problèmes de comportements de sommeil acceptent généralement ces traitements, les intervenants devraient soulever les questions suivantes. **Quand les chercheurs vont-ils s'abstenir de demander davantage de tests empiriques et accepter certaines interventions comme empiriquement valables? Quand les programmes politiques vont-ils commencer à implanter des interventions empiriquement solides dans divers milieux de pratique?**

Dans d'autres pays occidentaux (par exemple l'Australie et l'Angleterre), des cliniques du sommeil ont été mises sur pied, souvent par des infirmières en santé infantile, et les bébés et les jeunes enfants de toute la communauté sont soumis à des interventions systématiques pour résoudre les problèmes de comportement de sommeil. Au Canada, bien que plusieurs auteurs¹⁻⁹ du CEDJE affirment que les problèmes de comportement de sommeil constituent un problème important de santé publique et que l'hygiène de sommeil précoce est absolument nécessaire, il y a peu de preuves indiquant que le sommeil du bébé ou de l'enfant en bonne santé a été incorporé aux programmes politiques et aucune preuve d'intervention systématique pour aider les parents qui ont des enfants avec des problèmes de comportement de sommeil. Selon moi, on devrait entreprendre un dépistage et généraliser l'implantation d'interventions efficaces qui comprendraient des composantes évaluatives reposant sur des bases empiriques. Je suis d'accord avec plusieurs auteurs qui soutiennent que les professionnels de la santé ont besoin de plus de formation sur le sommeil, cependant, les discussions des auteurs du CEDJE à propos des professionnels de la santé qui bénéficieraient d'une formation complémentaire sur le sommeil négligent les infirmières en santé communautaire, qui sont souvent consultées par les parents.¹⁻⁹ France et Blampied soulignent également le manque de recherche sur les services offrant des traitements de qualité⁹ aux enfants qui ont des besoins spéciaux ou qui sont handicapés. Les programmes de recherche doivent détecter les effets des problèmes de comportement de sommeil sur le développement social, cognitif et émotif des enfants à long terme, y compris ceux des enfants handicapés.

RÉFÉRENCES

1. Sadeh A. Développement du système veille-sommeil et relation avec le développement psychosocial de l'enfant. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-11. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/SadehFRxp.pdf>. Page consultée le 14 juillet 2004.
2. Holditch-Davis D. Profils de sommeil des bébés prématurés et impacts sur le développement psychosocial de l'enfant. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-9. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Holditch-DavisFRxp.pdf>. Page consultée le 31 octobre 2007.
3. Thoman EB. Profils de sommeil et impacts sur le développement psychosocial de l'enfant. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-7. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ThomanFRxp_rev.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
4. Anders TF. Organisation et problèmes du rythme veille-sommeil et développement psychosocial de l'enfant. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/AndersFRxp.pdf>. Page consultée le 14 juillet 2004.
5. Salzarulo P. Comportement de sommeil et impact sur le développement psychosocial de l'enfant. Commentaires sur Holditch-Davis, Thoman, Anders, et Sadeh. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-7. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/SalzaruloFRxp_rev.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
6. Challamel M-J. États de vigilance et développement psychosocial et émotionnel. Commentaires sur les textes de Anders, de Thoman et de Holditch-Davis. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-6. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ChallamelFRxp_rev.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
7. Wiggs L. Services et programmes efficaces pour gérer les troubles du sommeil chez l'enfant et chez le nourrisson ainsi que leur impact sur le développement social et émotif des jeunes enfants (0-5 ans). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants;

- 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/WiggsFRxp.pdf>. Page consultée le 14 juillet 2004.
8. Owens J. Services et programmes efficaces pour gérer les troubles du sommeil des enfants et des nourrissons ainsi que leurs impacts sur le développement social et émotif des jeunes enfants (0-5 ans). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-9. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/OwensJFRxp.pdf>. Page consultée le 14 juillet 2004.
9. France KG, Blampied NM. Gestion des troubles et des perturbations pédiatriques du sommeil : services et programmes efficaces et impacts sur le développement social et émotif des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/France-BlampiedFRxp.pdf>. Page consultée le 14 juillet 2004.

Pour citer ce document :

Hall W. Commentaires des milieux - Problèmes de comportement de sommeil des nourrissons et des enfants : Une perspective pratique. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/HallFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Arrêt tabagique chez les femmes enceintes

**Colleen Kearns, infirmière en santé publique
Programme de renoncement au tabac pour les femmes enceintes**

(Publication sur Internet le 23 juillet 2004)

Perspective service

Le recrutement constitue le défi le plus important lorsque l'on travaille avec des femmes enceintes. Je suis d'accord avec Melvin sur le fait que le taux de déclarations inexactes est très élevé dans les cas de tabagisme autodéclaré pendant la grossesse.⁵ Comment pouvons-nous aider les femmes enceintes à se sentir à l'aise de parler de leur consommation de tabac?

Nous avons décidé de recruter des femmes pour notre programme en nous associant avec notre ligne d'information sur la santé publique. Lorsqu'une femme enceinte appelle pour s'inscrire aux cours prénataux (avant sa 20^e semaine de grossesse), on lui demande si elle fume. Si oui, on lui demande si elle souhaite parler de sa consommation de tabac avec une infirmière en santé publique. On précise bien que la femme ne subira aucune pression lors de cette conversation. Selon mon expérience, les femmes qui fument pendant la grossesse se sentent souvent très coupables. Tous les efforts doivent être entrepris pour mettre la femme à l'aise lorsqu'on commence à lui fournir des conseils pratiques au téléphone. Nous offrons une formation pratique en résolution de problèmes (voir Melvin⁵) à toutes les femmes, par exemple comment prévoir le déclenchement de l'envie de fumer et comment se comporter à l'égard des autres fumeurs dans la maison. Nous offrons aussi à toutes les clientes qui reçoivent des conseils de leur poster un programme d'aide contenant des informations spécifiques aux femmes enceintes qui souhaitent arrêter de fumer.⁵

Beaucoup de femmes pensent qu'elles ont besoin d'une visite à domicile pour une séance individuelle afin de cesser de fumer. Pendant ces visites qui durent généralement une heure, je remets des incitatifs comme des gommes sans sucre, des bouteilles d'eau ou des brosses à dents et du dentifrice pour aider les femmes à cesser de fumer.⁸ Toutes les clientes bénéficient d'un suivi un mois après le premier appel ou après la première visite à domicile.

Je conseille les femmes au téléphone ou à domicile et j'organise aussi des groupes d'arrêt tabagique. On offre un aller-retour en autobus à toutes les clientes qui souhaitent assister à une séance de groupe. On leur offre aussi une thérapie de substitution à la nicotine sous forme de gomme ou de timbre (avec une ordonnance médicale) si elles sont incapables d'arrêter d'elles-mêmes (Ontario Medical Association 1998).

L'expérience a montré que souvent, une femme qui ne manifeste aucun signe de vouloir arrêter de fumer souhaite au moins réduire sa consommation de cigarettes.⁸ Elle peut aussi vouloir faire de sa maison et de sa voiture un environnement sans fumée. C'est un pas important vers la diminution des dommages et nous encourageons toujours la personne en lui disant que ses efforts sont très importants et qu'un jour elle réussira peut-être à arrêter de fumer.⁸

Je suis d'accord avec Hennrikus et Lando sur le fait que la grossesse est l'occasion pour la mère de prolonger l'arrêt tabagique pour le bébé en une cessation à vie.⁸ Cependant, je ne suis pas d'accord avec les auteurs en ce qui concerne le manque d'outils en matière de prévention de la rechute. Toutes nos clientes qui cessent de fumer reçoivent une copie de *Cesser de fumer une fois pour toute*, un guide de prévention de la rechute pour les femmes qui ont cessé de fumer pendant la grossesse. Leurs conjoints reçoivent une ressource différente sur la façon de soutenir les efforts de cessation de leur partenaire. Toutes les clientes sont encouragées à allaiter aussi longtemps que possible puisqu'on a découvert un lien entre l'arrêt de l'allaitement et la rechute.

Selon moi, le principal écart entre la recherche et la pratique touche la consommation du tabac pendant la grossesse et son impact sur le développement de l'enfant. Le domaine d'étude que je n'intègre pas dans mon travail concerne le lien entre les femmes qui fument pendant la grossesse et les problèmes potentiels de développement psychosocial de leurs enfants. Fried déclare qu'il est important que les prestataires de services soient conscients des problèmes à long terme associés à la consommation de tabac pendant la grossesse.³ Il serait intéressant de savoir comment nous pouvons fournir des conseils efficaces aux femmes enceintes pour qu'elles cessent de fumer. Il serait également intéressant de discuter des problèmes potentiels de comportement de leurs futurs enfants comme l'agressivité, les troubles de la conduite, l'hyperactivité et le crime.³ Pour ce qui est de la planification des futurs programmes, je pense qu'il serait idéal de partager ces informations avec les femmes en âge de procréer avant même qu'elles ne soient enceintes, plutôt que pendant la grossesse. Ceci dit, je prévois utiliser cette information quand je planifierai de nouvelles présentations destinées aux écoles secondaires sur la santé préconceptionnelle.

RÉFÉRENCES

1. Brennan P. Incidences du tabagisme pendant la grossesse sur le développement psychosocial des enfants. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-6. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BrennanFRxp_rev.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
2. Fergusson, David. L'impact du tabagisme pendant la grossesse sur le développement de l'enfant. In : Tremblay RE, Barr RG, Peters RdeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2002 :1-6. Disponible sur le site : <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/FergussonFRxp.pdf>. Page consultée le 14 juillet 2004.
3. Fried PA. Incidences de l'usage du tabac pendant la grossesse sur le développement de l'enfant. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2002:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/FriedFRxp.pdf>. Page consultée le 14 juillet 2004.
4. Cornelius MD. L'impact du tabagisme pendant la grossesse sur le développement de l'enfant : commentaires sur les textes de Brennan, Fergusson et Fried. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-11. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/CorneliusFRxp.pdf>. Page consultée le 14 juillet 2004.
5. Wakschlag LS. La consommation du tabac pendant la grossesse et son impact sur le développement de l'enfant: commentaires sur Fergusson et Fried. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, QC: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003 :1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/WakschlagFRxp.pdf>. Page consultée le 14 juillet 2004.
6. Melvin CL. Le traitement du tabagisme chez les femmes enceintes et les parents. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/MelvinFRxp.pdf>. Page consultée le 14 juillet 2004.
7. McBride C. Programmes d'arrêt tabagique destinés aux femmes enceintes et aux mères de jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-8.

- Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/McBrideFRxp.pdf>. Page consultée le 14 juillet 2004.
8. QuinnVP. Programmes d'arrêt tabagique pour les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants. Commentaires sur les articles de McBride et de Melvin. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/QuinnFRxp.pdf>. Page consultée le 14 juillet 2004.
 9. Hennrikus DJ, Lando HA. Interventions visant l'arrêt tabagique chez les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants. Commentaires sur les articles de McBride et Melvin. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Hennrikus-LandoFRxp.pdf>. Page consultée le 14 juillet 2004.

Pour citer ce document :

Kearns C. Commentaires des milieux - Arrêt tabagique chez les femmes enceintes. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KearnsFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Perspective d'une clinique de conseils en fertilité

**Patricia A. Gervaize, directrice des services de conseils en fertilité,
Centre de fertilité, Université d'Ottawa**

(Publication sur Internet le 26 juillet 2004)

Perspective service

Les recensions effectuées par Golombok,¹ Sutcliffe,² et McMahon³ sont saluées par ceux d'entre nous qui conseillent des individus non fertiles. Dans une large mesure, c'est dû au réconfort procuré par les études préliminaires contrôlées, et particulièrement au fait que les travaux longitudinaux qui apparaissent et qui portent sur l'adaptation psychosociale des enfants singletons et jumeaux, nés grâce à ces technologies, ne montrent pas de différences importantes entre eux et les enfants conçus par des méthodes plus traditionnelles. Chaque auteur nous avertit que la question des naissances multiples de premier ordre est un souci majeur. Toutefois, cette préoccupation se reflète aussi dans la science et dans les pratiques sur l'infertilité où l'on consacre désormais beaucoup d'énergie à tenter de limiter l'occurrence de triplets ou davantage. Ceux d'entre nous qui conseillent les personnes infertiles peuvent se détendre, ou presque.

Ce qui est également évident dans ces recensions,¹⁻³ c'est que les questions clés concernant les aspects fondamentaux des technologies n'ont pas encore reçu de réponses. On pense en premier lieu à la conséquence du don de gamètes (ovocyte et sperme) et d'embryons sur le bien-être psychosocial des enfants qui deviendront un jour des adultes et qui auront leur propre famille. Nous ne savons pas, sur le plan empirique, s'il vaut mieux révéler la vérité aux enfants nés grâce à des dons de gamètes et d'embryons et quelle quantité d'information révéler. Nous ne savons pas comment ces enfants, nés de donneurs d'embryons, considéreront la probabilité d'avoir été des embryons congelés, conservés et donnés à d'autres personnes infertiles par des parents génétiques qui ne pouvaient ni les détruire ni les élever. Nous ne savons pas comment le fait de libérer les parents des limites biologiques comme la ménopause affectera les enfants nés de femmes d'âge maternel avancé et de leur partenaire aussi âgé grâce à des dons de gamètes ou d'embryons. Nous ne savons pas comment les enfants vont considérer ce que McMahon³ décrit comme la possibilité technologique de faire des « bébés sur mesure » avant qu'ils n'atteignent l'âge adulte et qu'ils nous disent si leur sélection, en vertu de leur « bonne qualité d'embryon » grâce au diagnostic génétique préimplantatoire ou au choix du donneur, a fait une différence pour eux en matière d'attente parentale et de performance.

Le Canada a récemment adopté une loi réglementant les technologies de reproduction et qui aborde l'équilibre délicat entre les besoins des personnes infertiles, le bien-être des enfants et la sensibilité canadienne face à ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas en

matière de science et de pratique de technologies de reproduction. On espère que cette loi créera un climat favorable à une interaction élevée entre les cliniques de fertilité et les spécialistes du développement de l'enfant, soutiendra les études longitudinales sur les enfants nés grâce aux technologies de reproduction et évoluera en même temps que nos connaissances sur les conséquences sur les enfants augmentent. Comme l'écrit si judicieusement McMahon³ : « Les praticiens, les décideurs politiques et les chercheurs doivent garder présent à l'esprit le fait que la naissance d'un enfant issu des technologies de reproduction ne peut être que le début d'une histoire complexe et évolutive au fur et à mesure que les implications du processus de FIV... s'étendent dans le temps. »

Ceux d'entre nous qui sont sur le terrain doivent équilibrer les besoins de nos patients infertiles, les conséquences possibles sur les enfants et les possibilités de la science. Les recensions de Golombok,¹ Sutcliffe,² et McMahon³ sont rassurantes dans le sens où il semble que les styles de parentage et le développement de l'enfant soient similaires peu importe le mode de conception, tout du moins dans les premières années. Nous pouvons dire aux futurs parents que les compositions qui consistent à assembler des spermatozoïdes et des ovocytes pour les personnes qui ne peuvent pas concevoir sans une telle intervention ne modifient pas le développement familial normal. La documentation n'indique pas si l'expérience de l'infertilité parentale ou la technologie en soi rend les enfants ainsi conçus différents des autres pour une raison ou une autre.

Ce que nous ne pouvons pas savoir, c'est comment la grande cohorte d'enfants conçus grâce aux technologies considérera nos efforts dans trente ans. Il est évident que nous devons continuer à être attentifs et procéder avec prudence à l'aide d'études rigoureuses sur les impacts à long terme des diverses permutations d'une technologie qui peut faire en sorte que les enfants reconstituent une toute nouvelle histoire de leurs origines. Pendant un certain temps, il a été possible qu'un enfant naisse de parents avec lesquels il n'avait aucune relation génétique, d'une femme dont le seul objectif était de garder en gestation un fœtus avec lequel elle n'avait aucune relation génétique, ou d'avoir un « parent » génétique qui est de la même fratrie ou encore un ami proche du parent qui enfante et qui garde une relation avec l'enfant à partir de cette perspective. Notre seul choix est d'attendre que ces enfants nous disent si les chercheurs, les décideurs politiques, les praticiens et les gardiens de l'éthique se sont posé les bonnes questions, ont financé les bonnes recherches et ont établi les bonnes politiques en anticipant ce que seraient leurs expériences.

RÉFÉRENCES

1. Golombok SE. Les technologies de reproduction et leurs impacts sur le développement psychosocial et émotif de l'enfant. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/GolombokFRxp.pdf>. Page consultée le 23 juillet 2004.
2. Sutcliffe AG. Technologies de reproduction et impact sur le développement psychosocial des enfants. Ed Rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-6. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/SutcliffeFRxp_rev.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
3. McMahan C. Les technologies de reproduction et leur impact sur le développement psychosocial et émotif de l'enfant. Commentaires sur les articles de Golombok et de Sutcliffe. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/McMahonFRxp.pdf>. Page consultée le 23 juillet 2004.

Pour citer ce document :

Gervaise PA. Commentaires des milieux - Perspective d'une clinique de conseils en fertilité. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-3. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/GervaiseFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Transition vers la maternelle : bâtir en se basant sur l'expérience antérieure

Gillian Doherty, Ph. D., professeure adjointe
University of Guelph

(Publication sur Internet le 19 janvier 2005)

Perspective service

Introduction

Les résultats empiriques du *Pathways Project* rapportés par Gary Ladd¹ démontrent de façon irrévocable que les caractéristiques que les enfants possèdent quand ils entrent en maternelle, surtout leurs dispositions comportementales, leurs habiletés à établir des relations, et leurs capacités d'autorégulation et de communication, sont des déterminants importants de leur ajustement scolaire. Dès la maternelle, la nature des relations que les enfants établissent avec leurs camarades de classe et leurs enseignants, les attitudes qu'ils développent envers l'école et leur volonté de participer aux activités de la classe influencent fortement leur développement social et psychologique ainsi que leur niveau de réussite scolaire.

Les questions pertinentes sur la transition vers la maternelle portent sur les antécédents et les déterminants des connaissances et des habiletés qui favorisent l'adaptation positive à l'école. Le développement précoce des enfants est fortement influencé par : le niveau de sensibilité des parents envers leurs besoins et leurs désirs; les différentes formes de communication et de stimulations adaptées au développement à la maison; le degré de sécurité physique et affective de la communauté; et pour plusieurs enfants, l'importance des expériences en centre de la petite enfance, qui soutiennent et favorisent leur bien-être et leur développement.

Les enfants prospèrent dans des environnements préscolaires, que ce soit en milieu familial ou dans des centres, où les adultes interagissent avec eux de façon chaleureuse, sensible, réceptive, où l'environnement est sécuritaire et riche en matière de langage, et où des activités favorisent l'interaction prosociale, la créativité, l'exploration et la résolution de problèmes. Les enfants qui bénéficient de ce type de service de haute qualité sont socialement plus compétents avec leurs pairs et les adultes, ont des niveaux d'habileté de langage plus élevés et obtiennent de meilleurs résultats aux tests d'habileté cognitive.^{3,4,5,6} Ces découvertes s'avèrent encore vraies même après des ajustement visant à tenir compte des facteurs connus pour influencer le développement des enfants, comme par exemple, le niveau d'éducation de la mère, les pratiques d'éducation des parents, le statut socio-économique et les niveaux de stimulation linguistique et cognitive à la maison. L'impact positif des services préscolaires de haute qualité sur le développement

social, linguistique et cognitif des enfants persiste jusqu'à l'école élémentaire, établissant ainsi une trajectoire associée à la réussite scolaire.^{7,8,9}

Un récent article tiré de l'étude *NICHD Study of Early Child Care*,¹⁰ cité par Rimm-Kaufman,¹¹ a soulevé des questions en rapportant que plus les enfants passaient de temps dans des milieux autres que maternels au cours de leurs quatre premières années et demie de vie, plus ils manifestaient de problèmes d'externalisation et de conflits avec les adultes à la maternelle. Les chercheurs ont nuancé ces résultats en soulignant que les effets du temps passé en centre de la petite enfance étaient modestes et plus faibles que ceux de la sensibilité maternelle et que les indicateurs de statut socio-économique familial. De plus, ils ont fait remarquer que la direction des effets n'était pas claire. Il est possible que les enfants plus agressifs et plus difficiles soient placés en centre de la petite enfance plus jeunes et pendant de plus longues périodes de temps.

Implications : que nous apprend la recherche sur les services préscolaires et la petite enfance?

Cinq conclusions émergent de la recherche :

- Les effets des services préscolaires sur le bien-être de l'enfant et sur son développement ainsi que sur sa transition vers l'école varient principalement en fonction de la qualité des expériences qu'il y a vécues.^{5,6,12}
- Tous les enfants profitent des services préscolaires de haute qualité et leur développement est compromis dans les services préscolaires de faible qualité. Provenir d'une famille favorisée ne suffit pas à protéger les enfants des effets négatifs des services préscolaires de mauvaise qualité.^{13,4}
- On dispose d'une solide connaissance des variables structurelles, comme le ratio enfant-adulte et la formation des adultes, requises pour offrir des services de qualité, que ce soit dans des centres ou en milieu familial.^{14,15,16} On comprend aussi de mieux en mieux le rôle des variables non structurelles comme les niveaux de rémunération, le climat organisationnel positif dans le centre ou en milieu familial et l'ampleur du financement gouvernemental.^{17,18}
- Les attributs les plus pertinents du succès des enfants à la maternelle sont la conscience et les habiletés sociales comme la capacité à établir des amitiés, à résoudre des conflits avec les autres enfants de façon constructive, l'autorégulation, la capacité à communiquer verbalement les désirs et les pensées et une approche enthousiaste envers les activités.^{1,11}
- La coordination entre les services préscolaires et la maternelle réduit la discontinuité entre les deux environnements et aide les enfants à effectuer la transition vers l'école.¹⁹

Implications pour les gouvernements

Nous savons que tous les enfants, qu'ils proviennent de familles favorisées ou défavorisées, tirent des bienfaits des services préscolaires de qualité et nous savons aussi ce qui contribue à développer et à maintenir des programmes de qualité destinés à la petite enfance. Le défi pour les gouvernements consiste à utiliser l'information fournie par les recherches et à mettre en place des pratiques gouvernementales et des politiques publiques cohérentes avec ces connaissances. Les services préscolaires de qualité

nécessitent : 1) un financement suffisant, stable et prévisible pour permettre aux programmes de maintenir un environnement physique de qualité afin d'attirer et de retenir les intervenants en petite enfance pour qu'ils puissent mettre en place des activités favorisant la sécurité physique et affective des enfants, ainsi que leur développement; 2) des règlements, comme les exigences en matière de formation et les normes de ratio adulte-enfants, en se basant sur la recherche la plus récente sur les conditions requises pour des services préscolaires de haute qualité et la mise en vigueur des règlements; et 3) une infrastructure qui inclut une formation accessible et des occasions de développement professionnel dans tout le pays, d'autres types de soutiens associés à la qualité élevée, comme des programmes de ressources familiales en petite enfance, des mécanismes de collecte de données fiables et comparables pour aider à évaluer et à planifier les services préscolaires, et des fonds pour la recherche visant à répondre à des questions particulières touchant la prestation des programmes.

Comme tous les enfants profitent des services préscolaires de bonne qualité, indépendamment de leurs origines familiales, il est plus approprié de rendre l'accès universel que de cibler des enfants à risque. L'universalité de l'accès nécessite qu'il y ait des places abordables dans des services préscolaires de haute qualité, dans toutes les communautés, destinées à tous les parents qui souhaitent les utiliser. Pour que ces services soient abordables, on doit reconnaître la réalité suivante : offrir un programme de qualité coûte cher et la plupart des parents ne peuvent se permettre les tarifs que les programmes doivent facturer pour fournir des services de haute qualité.

La recherche sur la transition vers l'école a permis d'identifier les aspects les plus pertinents du succès : de bonnes habiletés sociales, une compétence linguistique et un état d'esprit qui réagit de façon enthousiaste aux nouvelles expériences et aux occasions d'apprentissage. Les politiques et les pratiques gouvernementales devraient s'orienter vers l'amélioration des expériences en service préscolaire qui s'appuient sur les aspects empiriquement validés des besoins de l'enfant pour effectuer la transition vers l'école et réussir la transition vers la maternelle. Les services préscolaires représentent une occasion unique pour les enfants d'interagir sous les conseils d'adultes cultivés capables de les aider à apprendre les règles de l'interaction sociale, de mettre en place des activités basées sur le jeu et qui soutiennent l'exploration dirigée par l'enfant ainsi que l'apprentissage par expérience pratique. On doit résister à la pression qui consiste à imposer le programme d'études de la maternelle aux services préscolaires et à demander aux enfants d'entreprendre des activités « scolaires ».

La transition des enfants vers la maternelle s'effectue plus en douceur quand le service préscolaire que fréquente l'enfant et la maternelle qui va l'accueillir communiquent entre eux et se coordonnent. Dans toutes les juridictions canadiennes, à l'exception d'une, et dans plusieurs états américains, ce n'est pas le même service gouvernemental qui assume les responsabilités des services préscolaires pour les moins de six ans et ceux de l'école élémentaire. Ceci explique peut-être en partie la tendance qu'ont les programmes de services à la petite enfance et de maternelle des deux pays à agir comme s'ils se trouvaient dans deux silos différents sans moyen de communication. Il est urgent de permettre et d'encourager la collaboration entre les services préscolaires et la maternelle

lorsque l'on planifie la transition des enfants et pendant leur première période en maternelle, un moment où plusieurs d'entre eux continuent aussi à fréquenter les services préscolaires.^{1,2} Les gouvernements sont à l'affût d'informations touchant les programmes qui fonctionnent et ceux qui n'ont pas de succès par le biais du projet *Toronto First Duty*. Cette étude pilote de trois ans (2002-2005) se déroule sur cinq sites dans différentes parties de la ville où les services préscolaires, la maternelle et les programmes de soutien parental se sont réunis pour former un programme unique homogène.²⁰ Les chercheurs du département du développement humain et de la psychologie appliquée du Ontario Institute for Studies in Education, de l'University of Toronto évaluent ce projet.

Implications pour les services de garde

Un climat organisationnel positif et un directeur qui encourage la collégialité entre les membres de son personnel et qui leur donne le sentiment d'être appréciés sont des composantes clés non structurelles de la qualité.²¹ Les propriétaires ou le conseil d'administration d'un centre de la petite enfance ou d'une organisation préscolaire en milieu familial devrait garder ce fait important à l'esprit lorsqu'ils embauchent des directeurs.

Plusieurs programmes de services préscolaires subissent une pression parentale et/ou gouvernementale pour s'assurer que les enfants possèdent des habiletés « préscolaires » comme par exemple réciter l'alphabet, compter au moins jusqu'à 10 et écrire leur nom, avant qu'ils n'entrent en maternelle. Cependant, la conceptualisation actuelle des balbutiements de l'alphabétisation et du calcul renforce la valeur de l'exposition des enfants au langage et aux histoires et aux occasions d'explorer et de participer à des activités qui favorisent la compréhension des nombres et des symboles. Si nécessaire, les programmes de services préscolaires doivent démontrer aux parents l'importance, pour entrer en maternelle, de la connaissance et des habiletés sociales, des habiletés de communication et de la volonté de prendre des risques et d'explorer, et les assurer que les enfants apprennent réellement quand ils participent à des activités qui favorisent ces attributs.

RÉFÉRENCES

1. Ladd GW. Transition entre la maison (ou la garderie) à la maternelle/aptitudes nécessaires à l'entrée à l'école : une conséquence du développement précoce de l'enfant. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-10. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/LaddFRxp-Original.pdf>. Page consultée le 10 mars 2008.
2. Blair C. Transition vers l'école : Commentaires sur Ladd et Stipek. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BlairFRxp.pdf>. Page consultée le 17 janvier 2005.
3. NICHD Early Child Care Research Network. Does quality of child care affect child outcomes at age 4 ½? *Developmental Psychology* 2003;39(3):451-469.
4. Peisner-Feinberg ES, Burchinal MR. Relations between preschool children's child-care experiences and concurrent development: The cost, quality, and outcomes study. *Merrill-Palmer Quarterly* 1997;43(3):451-477.
5. Peisner-Feinberg ES. Services à la petite enfance et impacts sur le développement des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Peisner-FeinbergFRxp.pdf>. Page consultée le 17 janvier 2005.
6. McCartney K. Recherches actuelles sur les effets des services à la petite enfance. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004: 1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/McCartneyFRxp.pdf>. Page consultée le 17 janvier 2005.
7. Broberg AG, Wessels H, Lamb ME, Hwang CP. Effects of day care on the development of cognitive abilities in 8-year-olds: A longitudinal study. *Developmental Psychology* 1997;33(1):62-69.
8. Peisner-Feinberg ES, Burchinal MR, Clifford RM, Culkin ML, Howes C, Kagen SL, Yazejian N. The relation of preschool child-care quality to children's cognitive and social developmental trajectories through second grade. *Child Development* 2001;72(5):1534-1553.
9. Kohen D, Hunter T, Pence A, Goelman H. The Victoria Day Care Research Project: Overview of a longitudinal study of child care and human development in Canada. *Canadian Journal of Research in Early Childhood Education* 2000;8(2):49-54.
10. NICHD Early Child Care Research Network. Does amount of time spent in child care predict socioemotional adjustment during the transition to kindergarten? *Child Development* 2003;74(4):976-1005

11. Rimm-Kaufman S. Transition vers l'école et aptitudes nécessaires à l'entrée à l'école : une conséquence du développement du jeune enfant. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Rimm-KaufmanFRxp.pdf>. Page consultée le 17 janvier 2005.
12. Shonkoff JP, Phillips DA. *From neurons to neighbourhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
13. Howes C. Can the age of entry into child-care and the quality of child-care predict adjustment in kindergarten? *Developmental Psychology* 1990;26(2):292-303.
14. Burchinal M, Howes C, Kontos S. Structural predictors of child care quality in child care homes. *Early Childhood Research Quarterly* 2002;17(1):87-105.
15. NICHD Early Child Care Research Network. Child-care structure → process → outcome: Direct and indirect effects of child-care quality on young children's development. *Psychological Science* 2002;13(3):199-206.
16. Phillipsen LC, Burchinal MR, Howes C, Cryer D. The prediction of process quality from the structural features of child care. *Early Childhood Research Quarterly* 1997;12(3):281-303.
17. Doherty G, Lero DS, Goelman H, Tougas J, LaGrange A. *Caring and learning environments: Quality in regulated family child care across Canada. You bet I care!* Guelph, Ontario: Centre for Families, Work and Well-Being, University of Guelph; 2000. ERIC Reproduction Services No. ED 453 903.
18. Goelman H, Doherty G, Lero DS, LaGrange A, Tougas J. *Caring and learning environments: Quality in child care centres across Canada. You bet I care!* Guelph, Ontario: Centre for Families, Work and Well-Being, University of Guelph; 2000. ERIC Document Reproduction Service No. ED 453 904.
19. Early D. Services et programmes qui influencent les transitions des jeunes enfants vers l'école. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/EarlyFRxp.pdf>. Page consultée le 17 janvier 2005.
20. Toronto First Duty Project. Disponible sur le site: <http://www.toronto.ca/firstduty/>. Page consultée le 17 janvier 2005.
21. Jorde-Bloom P. *A great place to work: Improving conditions for staff in young children's programs*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children; 1988.

Pour citer ce document :

Doherty G. Commentaires des milieux - Transition vers la maternelle : bâtir en se basant sur l'expérience antérieure. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DohertyFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Pratiques de transition vers l'école : le besoin de preuves

Magdalena Janus, Ph. D., professeure adjointe
Offord Centre for Child Studies, McMaster University

(Publication sur Internet le 31 janvier 2005)

Perspective politique

Ce que nous ne savons pas sur la transition vers l'école pourrait remplir des volumes. Ce que nous en savons est habilement résumé par Early,¹ et provient en grande partie d'une série d'articles qu'elle a rédigés avec Pianta et ses collègues à la suite d'une importante enquête effectuée aux États-Unis auprès d'enseignants de maternelle au milieu des années 1990.^{2,3,4} Love et Raikes⁵ insistent sur le fait que les transitions commencent tôt et nous rappellent les études longitudinales démontrant les résultats durables des interventions préscolaires (par exemple le *Carolina Abecedarian* ou l'*Infant Health and Development Program*) centrées sur les habiletés cognitives et les capacités de parentage des familles d'enfants défavorisés au plan économique ou développemental.

Les conclusions des deux recensions sont directes et intuitives : améliorer la transition pour les enfants et les familles avant le début de l'année scolaire, individualiser les pratiques lorsque nécessaire et mettre en place des programmes préscolaires de haute qualité pour améliorer les résultats développementaux des enfants quand ils commencent l'école. Ces recommandations sont basées sur le point de vue des enseignants et sur des liens bien documentés entre l'expérience des enfants au préscolaire et de meilleurs résultats scolaires.

Malgré ce qui précède, les connaissances actuelles de la recherche sur la transition vers l'école comportent de nombreuses lacunes, ce qui empêche de s'assurer de l'exactitude des recommandations politiques. Je vais traiter de trois d'entre elles ci-dessous.

La première, et la plus évidente dans le contexte politique canadien, est que toute la recherche provient des États-Unis. Bien que plusieurs des travaux universitaires soient directement applicables au contexte canadien, les pratiques particulières, la planification des politiques — incluant l'inventaire des niveaux de financement, la formation des enseignants, les options de la communauté et la structure de la population, pour ne nommer que quelques facteurs — doivent être pertinentes. Les normes canadiennes dans le domaine, qui varient non seulement selon les provinces, mais aussi d'une commission scolaire à l'autre, consistent le plus souvent en une séance d'une demi-journée en juin avant l'entrée à la maternelle. Cette demi-journée donne à un petit groupe d'enfants et de parents l'occasion de visiter l'école et de rencontrer le directeur et l'enseignant. Dans plusieurs écoles, les groupes sont assez petits pour permettre une rencontre individuelle.

Il s'ensuit souvent une autre occasion de visiter informellement l'école en août. Enfin, plusieurs commissions scolaires pratiquent la rentrée dite « échelonnée » en maternelle. Ceci signifie qu'avant de commencer avec la classe au complet, chaque enfant peut aller une fois dans sa classe de maternelle avec quatre ou cinq autres élèves, et une autre fois avec la moitié de la classe. De tels débuts en petits groupes donnent aussi l'occasion à l'enseignant d'identifier ceux qui pourraient avoir plus de problèmes d'adaptation. Cependant, on ne sait pas si ces pratiques, assez communes dans les écoles canadiennes, réussissent vraiment à améliorer les transitions.

Deuxièmement, seul un suivi systématique de l'histoire préscolaire, des procédures de transitions à l'école et des résultats individuels de la transition en ce qui a trait à l'adaptation pendant la première année scolaire, peut fournir une base solide pour la pratique. Alors qu'il est évident, d'après l'enquête effectuée par Pianta, Early et leurs collègues aux États-Unis, que les pratiques optimales sont celles qui prennent en considération les besoins individuels des élèves, l'équilibre optimal entre une approche individuelle et de groupe est difficile à établir sans davantage de recherches détaillées. De plus, seule de l'information systématique et standardisée sur l'expérience préscolaire des enfants, recueillie plusieurs mois avant l'entrée à l'école, peut faciliter la personnalisation des pratiques de transition selon les besoins individuels de chacun.

Troisièmement, le processus de transition est stressant et il représente, dans une certaine mesure, un défi pour tous les enfants. Par conséquent, les pratiques de transitions devraient être conçues comme un processus préventif pouvant améliorer les résultats. En tenant compte de ces deux principes, la pensée politique pourrait suivre le modèle proposé par Offord et ses collègues,⁶ en préconisant un équilibre entre des approches d'intervention universelles, ciblées et cliniques en fonction de la santé mentale des enfants, selon les besoins de ces derniers, de leur famille et de leur communauté.

Des données anecdotiques suggèrent que peu importe l'expérience préscolaire de l'enfant (et de la famille), la transition vers l'école est un processus stressant. Dans la plupart des cas, l'environnement est nouveau, les enfants doivent souvent faire un trajet en autobus pour la première fois de leur vie, ils ont un nouvel enseignant et ils doivent se faire de nouveaux amis, suivre de nouvelles routines et jouer sur un nouveau terrain plein d'autres enfants. Les enfants canadiens qui commencent un programme d'immersion linguistique doivent aussi apprendre une nouvelle langue.

Tous les enfants doivent être préparés à cette transition et prendre part à des procédures de transition de base. En créant une occasion d'observer les enfants et en parlant aux parents plusieurs mois avant l'entrée à l'école, on détermine la proportion d'enfants ayant besoin d'une approche plus intensive, d'une « dose » plus élevée de préparation. Probablement très peu d'entre eux auront besoin de plus d'aide, tout comme d'une participation étroite de la part de la famille. Un tel modèle, accompagné d'un suivi systématique de l'adaptation des enfants à la maternelle en plus des rapports des instituteurs sur leur expérience d'enseignement, fournirait les connaissances les plus fiables permettant des recommandations fondées sur des preuves.

Nous savons déjà qu'il y a un groupe d'enfants — et de familles — qui a besoin d'une aide intensifiée afin d'effectuer la transition. Il s'agit des enfants ayant des besoins spéciaux. Il existe très peu de documentation sur les expériences de transition de ces enfants, et elle provient en totalité des États-Unis.^{7,8} Bien que les problèmes soient assez évidents, et que la plupart des commissions scolaires canadiennes, sinon toutes, aient des politiques établies pour s'assurer que l'on évalue les besoins éducatifs de ces enfants, le processus de transition et d'adaptation est souvent négligé. Étant donné que la plupart des enfants du primaire aux prises avec des besoins spéciaux fréquentent en réalité des classes conventionnelles, il est regrettable qu'ils soient victimes d'un manque de considération adéquat de leur adaptation à un tel environnement avant leur entrée à l'école.

Le défi final en ce qui concerne de meilleures pratiques de transition dépasse le manque de connaissances de base. Comme beaucoup de questions qui relèvent de plusieurs domaines, la transition n'est pas un processus naturel appartenant à qui que ce soit. Ce n'est plus la responsabilité du préscolaire et pas encore vraiment celle des écoles. Néanmoins, il semble que les écoles aient le plus à gagner, puisque leur fonctionnement peut être grandement amélioré par les résultats les plus rapides et les plus positifs du processus. Les enfants bien adaptés à la transition vers l'école apprennent mieux et plus vite⁹ et, espère-t-on, sont moins perturbateurs, ce qui facilite le travail de l'enseignant. Cependant, les écoles sont au maximum de leurs capacités et il est difficile d'obtenir des ressources supplémentaires sans justificatif approprié.

Si nous ne sommes pas capables d'établir un lien entre des pratiques spécifiques de transition et l'adaptation de toute la famille à l'environnement scolaire, tout ce que nous pourrons faire sera de formuler des suppositions érudites en ce qui a trait aux recommandations politiques. En fin de compte, jusqu'à ce que la recherche puisse démontrer clairement qu'une préparation précoce et planifiée de la transition procure de meilleurs résultats scolaires, il est peu vraisemblable que de l'argent sera versé pour financer les pratiques de transition.

RÉFÉRENCES

1. Early D. Services et programmes qui influencent les transitions des jeunes enfants vers l'école. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/EarlyFRxp.pdf>. Page consultée le 31 janvier 2005.
2. Early DM, Pianta RC, Cox MJ. Kindergarten teachers and classrooms: A transition context. *Early Education and Development* 1999;10(1):25-46.
3. Early DM, Pianta RC, Taylor LC, Cox MJ. Transition practices: Findings from a national survey of kindergarten teachers. *Early Childhood Education Journal* 2001;28(3):199-206.
4. Pianta RC, Cox MJ, Taylor L, Early D. Kindergarten teachers' practices related to the transition to school: Results of a national survey. *Elementary School Journal* 1999;100(1):71-86.
5. Love JM, Raikes HH. Les transitions commencent tôt. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Love-RaikesFRxp.pdf>. Page consultée le 31 janvier 2005.
6. Offord DR, Kraemer HC, Kazdin AE, Jensen PS, Harrington R. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37(7):686-694.
7. Wolery M. Children with disabilities in early elementary school. In: Pianta RC, Cox MJ, eds. *The transition to kindergarten*. Baltimore, Md: Paul H. Brookes Pub; 1999:253-280.
8. Fowler SA, Schwartz I, Atwater J. Perspectives on the transition from preschool to kindergarten for children with disabilities and their families. *Exceptional Children* 1991;58(2):136-145.
9. Pianta RC, Steinberg MS, Rollins KB. The first two years of school: Teacher-child relationships and deflections in children's classroom adjustment. *Development and Psychopathology* 1995;7(2):295-312.

Pour citer ce document :

Janus M. Commentaires des milieux - Pratiques de transition vers l'école : le besoin de preuves. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-4. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/JanusFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005



COMMENTAIRES DES MILIEUX -

Recherche sur les visites à domicile : implications pour les politiques sur le développement des jeunes enfants (DJE) et la pratique au Canada

Rob Santos, Conseiller principal du Bureau d'Enfants en santé Manitoba, Comité du Cabinet sur les Enfants en santé du Manitoba, gouvernement du Manitoba, doctorant au département de psychologie, University of Manitoba

(Publication sur Internet le 20 avril 2005)

Perspective politique

Désormais, pratiquement tous les territoires de compétence du Canada disposent de programmes de visites à domicile.¹ Comme aux États-Unis, plusieurs programmes ont vu le jour à cause de la nécessité politique urgente de prévenir la maltraitance envers les enfants. Les décideurs politiques sont continuellement confrontés au défi de prendre des décisions basées sur des données limitées, souvent confrontés en l'absence de données rigoureuses. Par exemple, le gouvernement de l'État de Hawaï s'est contenté des résultats d'une évaluation primaire du programme *Hawaii Healthy Start* pour implanter le programme dans tout l'État, malgré l'absence de groupe de comparaison dans l'évaluation.^{2,3,4} Ce modèle de détermination de politiques, qui est courant dans l'histoire des visites à domicile, reflète la tension continue entre la défense d'une cause et la science.^{5,6}

Il existe désormais des données considérables sur l'effet des visites à domicile étudiées dans des conditions de recherche optimales (c'est-à-dire de l'efficacité),^{7,8,9,10} y compris les essais aléatoires et les études longitudinales de suivi effectuées par Olds, Kitzman et leurs collègues.^{11,12,13,14} Plus important encore pour les politiques, il y a aussi de nouvelles données sur les effets des visites à domicile étudiées dans des conditions réelles de prestation de services (c'est-à-dire l'efficacité), notamment les essais aléatoires de *Early Head Start*¹⁵ et *Hawaii Healthy Start*.^{3,16}

L'Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants contient des résumés de recherches de Kitzman,¹⁷ Olds,¹⁸ et de Zercher et Spiker,¹⁹ ainsi qu'un commentaire de Daro.²⁰ Ces quatre articles rédigés par des pionniers du domaine présentent un bon aperçu de la recherche récente sur les visites à domicile et sur leurs implications pour les politiques et la pratique. Cet article se base sur ce qui précède et traite : a) des écarts actuels en ce qui a trait à la recherche sur les visites à domicile; b) des défis actuels de ces visites au Canada; et c) des perspectives pour les visites à domicile au Canada, et des recommandations pour les futures recherches et évaluations afin d'améliorer les politiques et la pratique, et finalement l'efficacité réelle de ces visites au Canada.

Ce qu'il faut savoir : écarts actuels dans la recherche sur les visites à domicile

Efficacité des visites à domicile : de récentes méta-analyses d'études portant sur l'efficacité fournissent des informations importantes pour les décideurs politiques, à savoir ce qu'on peut attendre de ces programmes, de la longueur^{7,8,10} et de la durabilité⁹ de leurs effets. Cependant, on en sait beaucoup moins sur l'efficacité des visites à domicile dans le monde réel des services dans différents territoires de compétence, tel que le mentionnent les résumés de Kitzman, Olds, Zercher et Spiker, et Daro.^{17,18,19,20}

Éléments efficaces des visites à domicile : étant donné les données considérables sur l'efficacité des visites à domicile, on constate un consensus croissant sur le fait que les personnes qui œuvrent dans ce domaine doivent cesser de se demander si les interventions visant les jeunes enfants fonctionnent, et commencer à se préoccuper de savoir comment elles fonctionnent.^{21,22,23,24,25,26} Tel que mentionné par Kitzman¹⁷ et Zercher et Spiker,¹⁹ nous devons déterminer quels sont les éléments efficaces ou « actifs » des visites à domicile. Une des orientations de recherche les plus prometteuses focalise sur la relation ou l'alliance entre le parent et le visiteur à domicile,^{21,23,24,27} tel que mentionné par Kitzman.¹⁷

Rentabilité des visites à domicile : la rentabilité relative des visites à domicile étudiées dans des conditions de recherche optimales (c'est-à-dire les études de rentabilité) suggère qu'en général, les avantages des visites à domicile sont supérieurs à leur coût.²⁸ Il est important d'informer les décideurs politiques sur la rentabilité relative de ces visites étudiées dans des conditions réelles de prestations de services (c'est-à-dire, des études sur l'efficacité), surtout compte tenu des préoccupations croissantes du public sur la reddition de compte du gouvernement et la rentabilité de l'investissement public. Des questions de base comme « combien » et « pendant combien de temps » figurent au premier plan pour les décideurs politiques quand ils allouent des ressources afin de réaliser des objectifs politiques, surtout lorsqu'il s'agit d'objectifs aussi complexes que celui de faciliter le développement sain des jeunes enfants. Comme le remarquent Zercher et Spiker,¹⁹ les visites à domicile n'ont pas répondu aux attentes antérieures dans le sens où elles n'ont pas constitué une solution peu coûteuse à des problèmes sociétaux urgents. Néanmoins, les investissements publics actuels dans les visites à domicile et les autres programmes de développement des jeunes enfants sont relativement mineurs comparés aux coûts des problèmes sociétaux importants comme la violence envers les enfants, qui coûte au Canada environ 15 milliards par an.²⁹

Ce qui nous attend : les défis auxquels sont confrontés les visites à domicile au Canada

Le défi des ressources humaines : Le débat sur l'efficacité et l'efficacité relatives des approches paraprofessionnelles comparées aux approches professionnelles des visites à domicile continue (ce débat a été brièvement couvert dans le résumé de Olds).¹⁸ En même temps, les décideurs politiques sont confrontés au défi perpétuel de l'offre et de la demande, des besoins humains par rapport aux ressources humaines.³⁰ Prenons par exemple l'objectif politique de la prévention de la maltraitance envers les enfants. Les chercheurs ont critiqué le Canada pour son échec à mettre en place des programmes destinés aux enfants basés sur des données.³¹ Qu'en serait-il si les décideurs politiques

choisissaient d'implanter un programme de visites à domicile effectuées par des infirmières au Canada? D'après les études récentes sur la prévalence des diverses formes de maltraitance envers les enfants (âgés de moins de six ans), on estime le besoin ou la demande d'infirmières entre 45 et 860 pour 100 000 enfants, et il s'agit ici d'estimations conservatrices.^{32,33,34} En revanche, pour ce qui est de l'offre en ressources humaines, il n'y a que 754 infirmières pour 100 000 enfants.³⁵ Les infirmières en santé communautaire – peut-être le sous-groupe d'infirmières le plus apte à effectuer les visites à domicile – représentent un faible 68 pour 100 000.³⁵ Étant donné l'ampleur des besoins, il n'y aura tout simplement jamais assez d'infirmières pour répondre à la demande, même si toutes celles qui pratiquent en services cliniques (par exemple soins d'urgence, soins de longue durée) étaient réorientées vers cet effort de prévention.

Ce défi de ressources humaines ne concerne pas uniquement les visites à domicile. Il touche plus largement tous les services à la personne, surtout ceux où la demande est très largement supérieure à l'offre (par exemple, la santé mentale). Ce déséquilibre entre l'offre et la demande met en lumière l'impératif politique de réduire la taille de la population nécessitant des services cliniques grâce à des programmes universels, ciblés et efficaces.³⁶ Pendant que continue le débat entre les approches universelles et ciblées,³⁷ la réalité est que la plupart des programmes de visites à domicile sont ciblés.¹⁰ Pourtant, la plupart des programmes ne peuvent pas cibler efficacement les familles à risque de maltraitance envers les enfants.^{38,39} Les investissements dans des programmes universels efficaces constituent donc une priorité politique absolue.³⁹

Le défi de l'effet négatif: la question des effets négatifs est peu abordée dans la documentation sur l'intervention auprès des jeunes enfants (pour les exceptions, voir les références 40 et 41). Par exemple, dans les essais aléatoires sur l'efficacité de *Early Head Start*¹⁵ et de *Hawaii Healthy Start*,¹⁷ les effets non intentionnels et défavorables des visites à domicile pour les participants les plus à risque contrastent vivement avec les résultats des essais aléatoires sur l'efficacité effectués par Olds et ses collègues. Selon ces derniers, les participants les plus à risque semblaient être ceux qui tiraient le plus de profit des visites à domicile.⁴² Les résultats de Olds sont similaires à ceux d'autres essais aléatoires bien connus sur l'efficacité, y compris le *Abecedarian Program*⁴³ et *High/Scope Perry Preschool Program*,⁴⁴ centrés sur des échantillons d'enfants et de familles à très haut risque. Le Canada a besoin de plus de données pour savoir si les programmes destinés au développement des jeunes enfants et disponibles dans le monde réel font plus de bien que de mal.

Que pouvons-nous faire : perspectives pour les visites à domicile au Canada

Apprendre ce qui fonctionne dans le monde réel: pendant que les territoires de compétence au Canada continuent à implanter et à fournir des programmes de visites à domicile, financés en partie par l'accord intergouvernemental historique sur le DJE, nous avons une occasion sans précédent d'apprendre ce qui fonctionne dans le monde réel à l'échelle nationale. Pour ce faire, il faut parvenir à surmonter l'éternel défi qui consiste à allouer assez de ressources publiques pour effectuer une évaluation communautaire rigoureuse.

Étant donné que la plupart des programmes de visites à domicile au Canada sont ciblés, et que plusieurs utilisent des évaluations quantitatives du risque pour déterminer les familles admissibles à l'intervention, il est possible d'effectuer une évaluation rigoureuse en utilisant par exemple le plan expérimental de discontinuité de la régression (PEDR).⁴⁵⁻⁵⁴ Dans ce plan, les participants sont assignés soit au groupe d'intervention, soit au groupe témoin, uniquement sur la base d'une note-seuil à une mesure de prétest. Le PEDR est l'une des deux « quasi-expériences convaincantes »⁴⁸ qui se démarquent en raison de la qualité élevée de leur inférence causale. Le PEDR fournit un estimé non biaisé des effets du traitement, exactement comme l'essai aléatoire.^{47,49,53} Il « peut être utilisé quand les politiques dictent que l'accès aux services particuliers doit découler d'un besoin ou d'un mérite spécial qui constitue un pré-requis, et que l'efficacité de ces services va être évaluée. »⁴⁷ C'est donc un devis d'évaluation optimal pour les programmes qui ciblent les familles les plus nécessiteuses, y compris les visites à domicile.

La question plus large pour les politiques et la pratique porte sur l'adéquation du rôle des visites à domicile au sein d'un système plus étendu de programmes et de services destinés au développement des jeunes enfants (DJE), tel que brièvement mentionné dans les articles de Kitzman et Daro. Le besoin d'un système complet de DJE fait de plus en plus consensus au Canada, tel que discuté lors d'une conférence du CEDJE en mai 2004.* Les territoires de compétence du Canada ont urgemment besoin d'évaluer politiquement ce système, et de considérer l'efficacité des visites à domicile dans le contexte d'autres programmes de DJE ainsi que leurs diverses combinaisons et séquences au cours des premières années de la vie. Afin d'aborder cette question fondamentale, ces territoires, qui font partie d'un système complet de DJE, ont besoin d'un réseau de ressources nationales pour contribuer à des évaluations longitudinales rigoureuses de leurs investissements en DJE. Les ressources d'évaluation en DJE incluent les connaissances, les compétences, l'expertise et l'assistance technique. Elles ne sont pas réparties également au Canada. Certaines provinces, mais pas toutes, ont des accès locaux à des capacités d'évaluation de DJE de niveau international. Une question importante pour les centres d'excellence scientifiques ayant des mandats nationaux, comme le CEDJE, et le RCRLA (Réseau canadien de recherche sur le langage et l'alphabétisation), concerne leur rôle futur dans un réseau national de ressources d'évaluation du DJE. Cette question s'applique bien sûr à ceux qui financent ces centres, comme les décideurs politiques gouvernementaux.

Les gouvernements ont besoin d'être bien informés pour prendre les bonnes décisions. En fin de compte, les gouvernements réussiront ou échoueront selon leur capacité à répondre aux besoins de leurs électeurs, et la question revient à son point de départ pour tous les Canadiens. Pour véritablement améliorer le bien-être de nos enfants et de nos familles, en tant que citoyens, nous devons exiger que nos gouvernements investissent nos ressources publiques dans un système de DJE efficace et complet pour tous les Canadiens.

* *Bâtissons un système de services intégrés pour la petite enfance.* Les présentations PowerPoint de cette conférence sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.excellence-jeunesenfants.ca/colloques.asp?lang=FR&docID=5>.

RÉFÉRENCES

1. Government of Canada. *Early childhood development activities and expenditures: Government of Canada report 2002-2003*. Ottawa, Ontario: Human Resources Development Canada, Health Canada, and Indian and Northern Affairs Canada; 2003. Cat. No. H21-183/2003. Disponible sur le site: <http://socialunion.gc.ca/ecd/2003/RH64-20-2003-AE.pdf>. Page consultée le 19 avril 2005.
2. Alper J. The nurse home visitation program. In: Isaacs SL, Knickman JR, eds. *To improve health and health care*. vol. 5. San Francisco, Calif: Jossey-Bass; 2002. Disponible sur le site: http://www.rwjf.org/files/publications/books/2002/chapter_01.html. Page consultée le 19 avril 2005.
3. Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, Rosenberg LA, Buchbinder SB, Sia CCJ. Evaluation of Hawaii's Healthy Start program. *Future of Children* 1999;9(1):66-90.
4. Gomby DS. Understanding evaluations of home visiting programs. *Future of Children* 1999;9(1):27-43.
5. Chaffin M. Is it time to rethink healthy start/healthy families? *Child Abuse and Neglect* 2004;28(6):589-595.
6. Olds DL, O'Brien RA, Racine D, Glazner J, Kitzman H. Increasing the policy and program relevance of results from randomized trials of home visitation. *Journal of Community Psychology* 1998;26(1):85-100.
7. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
8. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect* 2000;24(9):1127-1149.
9. Nelson G, Westhues A, MacLeod J. A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. *Prevention & Treatment* 2003;6:Art. 31. Disponible sur le site: <http://journals.apa.org/prevention/volume6/pre0060031a.html>. Page consultée le 19 avril 2005.
10. Sweet MA, Appelbaum ML. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development* 2004;75(5):1435-1456.
11. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
12. Olds DL, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.

13. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR Jr, Hanks C, Cole R, Tatelbaum R, McConnochie KM, Sidora K, Luckey DW, Shaver D, Engelhardt K, James D, Barnard K. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):644-652.
14. Kitzman H, Olds DL, Sidora K, Henderson CR Jr, Hanks C, Cole R, Luckey DW, Bondy J, Cole K, Glazner J. Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2000;283(15):1983-1989.
15. Love JM, Ross CM, Schochet PZ, Brooks-Gunn J, Paulsell D, Boller K, Constantine J, Vogel C, Fuglini AS, Brady-Smith C. *Making a difference in the lives of infants and toddlers and their families: The impacts of Early Head Start. Vol. I: Final technical report.* Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2002. Disponible sur le site: <http://www.mathematica-mpr.com/publications/pdfs/ehsfinalvol1.pdf>. Page consultée le 19 avril 2005.
16. Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, Windham A, Sia C. Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect* 2004;28(6):597-622.
17. Kitzman HJ. Programmes efficaces pour le développement des jeunes enfants de familles à faibles revenus : interventions lors de visites à domicile pendant la grossesse et la prime enfance. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KitzmanFRxp-Visites.pdf>. Page consultée le 19 avril 2005.
18. Olds D. Programmes de visites pré et post natales à domicile et impact sur le développement social et affectif des jeunes enfants (0-5 ans). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/OldsFRxp.pdf>. Page consultée le 19 avril 2005.
19. Zercher C, Spiker D. Programmes de visites à domicile et leur impact sur les jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-9. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Zercher-SpikerFRxp.pdf>. Page consultée le 19 avril 2005.
20. Daro D. Programmes de visites pré et post natales à domicile et leur impact sur le développement psychosocial des jeunes enfants (0-5 ans) : Commentaires sur Olds, Kitzman, Zercher et Spiker. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DaroFRxp.pdf>. Page consultée le 19 avril 2005.

- encyclopedie.com/documents/DaroFRxp_rev.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
21. Berlin LJ, O'Neal CR, Brooks-Gunn J. What makes early intervention programs work? The program, its participants, and their interaction. *Zero to Three* 1998;18(4):4-15.
 22. Brooks-Gunn J, Berlin LJ, Fuligni AS. Early childhood intervention programs: What about the family? In: Shonkoff JP, Meisels SJ, eds. *Handbook of early childhood intervention*. 2nd ed. New York, NY: Cambridge University Press; 2000:549-588.
 23. Korfmacher J. *Harder than you think: Determining what works, for whom, and why in early childhood interventions*. Occasional paper prepared for the Herr Research Center, Erikson Institute, Chicago, Ill; July 2001. Disponible sur le site: http://www.erikson.edu/files/nonimages/Korfmacher_paper.pdf. Page consultée le 19 avril 2005.
 24. Korfmacher J. Early childhood interventions: Now what? In: Fitzgerald HE, Karraker KH, Luster T, eds. *Infant development: Ecological perspectives*. New York, NY: RoutledgeFalmer; 2002:273-294.
 25. Shonkoff JP. Science, policy, and practice: three cultures in search of a shared mission. *Child Development* 2000;71(1):181-187.
 26. Shonkoff JP. Still waiting for the right questions. *American Journal of Preventive Medicine* 2003;24(3 Suppl.):4-5.
 27. Emde RN, Korfmacher J, Kubicek LF. Toward a theory of early relationship-based intervention. In: Osofsky JD, Fitzgerald HE, eds. *Early intervention, evaluation, and assessment*. New York, NY: John Wiley & Sons; 2000:1-32. *WAIMH handbook of infant mental health*; vol. 2.
 28. Aos S, Lieb R, Mayfield J, Miller M, Pennucci A. *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Olympia, Wash: Washington State Institute for Public Policy; 2004. Disponible sur le site: <http://www.wsipp.wa.gov/rptfiles/04-07-3901.pdf>. Page consultée le 19 avril 2005.
 29. Bowlus A, McKenna K, Day T, Wright D. *The economic costs and consequences of child abuse in Canada: Report to the Law Commission of Canada*. Ottawa, Ontario: Law Commission of Canada; 2003. Disponible sur le site: <http://www.lcc.gc.ca/en/themes/mr/ica/mckenna/mckenna.pdf>. Page consultée le 19 avril 2005.
 30. Albee GW. *Mental health manpower trends*. New York, NY: Basic Books; 1959.
 31. McLennan JD, MacMillan HL, Jamieson E. Canada's programs to prevent mental health problems in children: the research-practice gap. *CMAJ - Canadian Medical Association Journal* 2004;171(9):1069-1071.
 32. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: A statistical profile 2001*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2001. Cat. No. 85-225-XIE. Disponible sur le site: <http://www.statcan.ca/english/freepub/85-224-XIE/0100085-224-XIE.pdf>. Page consultée le 19 avril 2005.
 33. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: A statistical profile 2002*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2002. Cat. No. 85-225-XIE.

34. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, Mayer M, Wright J, Barter K, Burford G, Hornick J, Sullivan R, McKenzie B. *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: Final report*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2001. Cat. No. H49-151/2000E. Disponible sur le site: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cisfr-ecirf/pdf/cis_e.pdf. Page consultée le 19 avril 2005.
35. Canadian Institute for Health Information. *Canada's health care providers*. Ottawa, Ontario: Canadian Institute for Health Information; 2001. Disponible sur le site: http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_35_E. Page consultée le 19 avril 2005.
36. Offord DR, Kraemer HC, Kazdin AE, Jensen PS, Harrington R. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37(7):686-694.
37. Guterman NB. Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "Universal versus targeted" debate: A meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse and Neglect* 1999;23(9):863-890.
38. Emery RE, Laumann-Billings L. Child abuse. In: Rutter M, Taylor E, eds. *Child and adolescent psychiatry*. 4th ed. Oxford, United Kingdom: Blackwell Science; 2002:325-339.
39. Offord DR, Bennett KJ. Prevention. In: Rutter M, Taylor E, eds. *Child and adolescent psychiatry*. 4th ed. Oxford, United Kingdom: Blackwell Science; 2002:881-899.
40. Caplan G, Caplan RB. The future of primary prevention. *Journal of Primary Prevention* 2000;21(2):131-136.
41. Shonkoff JP. Evaluating early childhood services: What's really behind the curtain. *The Evaluation Exchange* 2004;10(2):3-4. Disponible sur le site: <http://www.gse.harvard.edu/hfrp/eval/issue26/theory.html>. Page consultée le 19 avril 2005.
42. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science* 2002;3(3):153-172.
43. Campbell FA, Ramey CT, Pungello E, Sparling J, Miller-Johnson S. Early childhood education: Young adult outcomes from the Abecedarian Project. *Applied Developmental Science* 2002;6(1):42-57.
44. Schweinhart LJ, Montie J, Xiang Z, Barnett WS, Belfield CR, Nores M. *Lifetime effects: The High/Scope Perry Preschool study through age 40*. Ypsilanti, Mich: High/Scope Press; 2004.
45. Campbell DT, Stanley JC. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago, Ill: Rand McNally; 1966.
46. Cook TD, Campbell DT. *Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings*. Chicago, Ill: Rand McNally; 1979.
47. Cook TD, Shadish WR. Social experiments: Some developments over the past fifteen years. *Annual Review of Psychology* 1994;45:545-580.

48. Marcantonio RJ, Cook TD. Convincing quasi-experiments: The interrupted time series and regression-discontinuity designs. In: Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE, eds. *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass; 1994:133-154.
49. Mohr LB. *Impact analysis for program evaluation*. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995.
50. Reichardt CS, Bormann CA. Using regression models to estimate program effects. In: Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE, eds. *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass; 1994:417-455.
51. Trochim WMK. *Research design for program evaluation: the regression-discontinuity approach*. Beverly Hills, Calif: Sage Publications; 1984.
52. Trochim WMK. The regression-discontinuity design. In: Sechrest L, Perrin E, Bunker J, eds. *Research methodology: Strengthening causal interpretations of nonexperimental data: conference proceedings*. Rockville, Md: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1990:119-139.
53. Trochim WMK. *The research methods knowledge base*. 2nd ed. Disponible sur le site: <http://www.socialresearchmethods.net/kb/>. Page consultée le 19 avril 2005.
54. Cappelleri JC, Trochim WMK. Cutoff designs. In: Chow SC, ed. *Encyclopedia of biopharmaceutical statistics*. 2nd ed. New York, NY: Marcel Dekker; 2003:263-269.

Pour citer ce document :

Santos R. Commentaires des milieux - Recherche sur les visites à domicile : implications pour les politiques sur le développement des jeunes enfants (DJE) et la pratique au Canada. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-10. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.c/documents/SantosFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Visites prénatales et postnatales à domicile

Karen Wade, infirmière clinique spécialisée, et Jan Fordham, responsable de la planification et des politiques - Healthy Families and Communities, santé publique de Toronto

(Publication sur Internet le 18 novembre 2005)

Perspective service

Historiquement, les visites à domicile auprès de familles ayant de jeunes enfants ont marqué la pratique des soins infirmiers en santé publique destinés à améliorer la santé maternelle et infantile. Au cours des 20 dernières années, il y a eu de nombreuses recherches sur l'efficacité des programmes de visites à domicile fournis par divers professionnels, paraprofessionnels et autres conseillers non professionnels de la santé visant divers problèmes de santé maternelle et infantile. Plus récemment, les chercheurs ont résumé les résultats de ces recherches afin d'orienter les politiques, la pratique et la recherche future.

Comme chaque article¹⁻⁴ du CEDJE le souligne, les programmes de visites à domicile varient : leurs objectifs principaux, les bases théoriques, les populations desservies, le contexte, la formation et la supervision des intervenants, la durée et l'intensité des interventions sont différents. La plupart des programmes de visites à domicile tentent d'améliorer la santé et le développement des enfants ou de réduire la violence et la négligence envers les enfants en modifiant les comportements maternels reliés à la santé ou les interactions parent-enfant. Certains programmes sont universels, cependant, comme le souligne Kitzman,² la plupart s'adressent aux familles dont les enfants sont à risque d'être en mauvaise santé ou d'avoir des problèmes de développement.

Selon les articles du CEDJE,¹⁻⁴ les programmes de visites à domicile ont des effets inégaux sur les problèmes des mères et des enfants. Cependant, la recherche permet de tirer plusieurs leçons qui peuvent éclairer les prestataires de services et les décideurs politiques.

Les programmes ayant entraîné le plus de bienfaits pour la santé des enfants et pour leur développement ont certaines caractéristiques communes. Ils s'adressent aux familles et aux enfants à risque (c'est-à-dire aux adolescents, aux mères socialement défavorisées ayant un premier enfant, aux enfants à risque au plan médical ou développemental, aux familles qui courent des risques de violence ou de négligence). Ces programmes se fondent sur des théories sur la modification du développement et du comportement et utilisent un programme d'étude. Les programmes de visites à domicile qui emploient des intervenants très formés ont davantage d'impact sur les résultats et certaines preuves

indiquent que les infirmières ont un impact particulièrement efficace sur la santé des enfants et des mères, comme le développement social et affectif des enfants, les soins maternels, la violence et la négligence, la fréquence des grossesses subséquentes ainsi que l'emploi futur et la dépendance envers l'aide sociale.

Selon la recherche, les programmes de visites à domicile ne devraient constituer qu'une des composantes d'un système de services coordonnés destinés aux familles ayant de jeunes enfants. Par exemple, Zercher et Spiker³ déclarent que certaines sous-populations d'enfants, surtout ceux qui vivent dans les familles les plus pauvres ou qui sont prématurés et qui ont un faible poids à la naissance, tirent profit des programmes complets d'intervention précoce qui combinent les visites à domicile avec des interventions centrées directement sur l'enfant en centres ou en cliniques. Ces programmes ont apporté des bienfaits à court et à long terme, comme de meilleures interactions parent-enfant, un meilleur développement cognitif et comportemental, une meilleure diplomation ainsi qu'une diminution des arrestations juvéniles. Bien que les services de visites à domicile et les programmes complets d'intervention précoce ne soient pas spécifiquement identifiés dans les articles du CEDJE,¹⁻⁴ ils doivent être enchâssés dans des politiques publiques saines qui traitent les causes systémiques de la pauvreté et le statut des familles défavorisées.

Les enfants de 0 à 6 ans composent 8,3 % de la population de Toronto (205 200 enfants).⁵ Une des fonctions du département de la planification et des politiques de la santé publique torontoise consiste à contribuer à l'élaboration de programmes fondés sur des preuves.

En Ontario, la programmation de la santé publique relève d'un mandat provincial. Certains programmes de santé publique sont entièrement financés par la province alors que pour d'autres, les coûts sont partagés entre la province et la municipalité. Le programme *Bébés en santé, enfants en santé* (BSES) relève entièrement d'un mandat et d'un financement provincial. C'est un programme de prévention et d'intervention précoce destiné à aider les familles à promouvoir un développement physique, cognitif, communicationnel et psychosocial optimal chez les enfants; et à aider ces derniers à atteindre leur plein potentiel. Les objectifs spécifiques sont : améliorer le soutien parental, promouvoir des interactions efficaces entre parent et enfant, augmenter la confiance, les connaissances et les compétences des parents et améliorer la santé et le développement de l'enfant.⁶ Le programme ne s'occupe pas spécifiquement des répercussions à long terme relatives à la trajectoire de vie des mères et au développement de l'enfant, comme la fréquence des grossesses subséquentes, l'emploi maternel futur, la dépendance de la mère envers l'aide sociale, la criminalité et le comportement antisocial des adolescents. Les chercheurs ont démontré que le programme *Nurse-Family Partnership*^{7,8} avait un impact positif sur ces répercussions à plus long terme.

Le programme BSES fournit un modèle fusionné de visites à domicile pour les familles à risque élevé, effectuées par des infirmières de santé publique, des pairs ou des non professionnels formés et supervisés. Ce visiteur non-spécialiste représente le contact principal avec la famille, et la province a stipulé que le ratio des visites professionnelles

et non professionnelles devait se situer entre 3:1 et 6:1, avec un ratio minimal de trois visites de non-spécialistes pour une de personnel professionnel.⁹ BSES n'utilise pas de programme normalisé et n'identifie pas d'interventions particulières. La fréquence et la durée des visites sont basées sur les besoins des familles. Les contraintes de financement excluent la densité ou la durée de l'intervention que l'on trouve dans les programmes de visites à domicile mis en lumière dans les articles du CEDJE.¹⁻⁴

La province a financé une évaluation de ce programme pendant les deux premières années de sa mise en place. Elle a découvert que les enfants qui se trouvaient dans des situations à risque élevé et qui recevaient ces services avaient obtenu de meilleurs résultats sur la plupart des mesures de développement des nourrissons, comme l'aide personnelle, les habiletés motrices brutes et fines et le développement du langage, que les enfants dans des situations similaires qui ne bénéficiaient pas de ces services.⁹ Cependant, l'impact à long terme et la rentabilité du programme n'ont pas encore été déterminés.

L'implantation du programme BSES a défini un certain nombre de questions qui doivent être traitées grâce à la recherche fondamentale. Plusieurs d'entre elles sont documentées, par exemple :

- Quel type d'intervenant est le plus approprié aux différents besoins et situations du client?
- Quelles sont la durée et l'intensité optimales requises pour que l'intervention atteigne les résultats escomptés?
- Quelles familles sont les plus susceptibles de profiter du programme?
- Comment amener les clients les plus à risque à participer au programme et à continuer à y participer?
- Quel est l'impact de la qualité de la relation entre l'intervenant et la famille sur la rétention au sein du programme et sur les répercussions sur le client?
- Les interventions doivent-elles être adaptées quand elles s'adressent à des populations de cultures différentes?

Comme il a été souligné antérieurement, d'après la recherche, les programmes de visites à domicile ne sont qu'une composante du système de services coordonnés destinés aux familles ayant de jeunes enfants. Le programme BSES sert de catalyseur à des services et du soutien coordonnés, efficaces et intégrés, visant le développement sain des enfants et le bien-être familial.⁹ La *Table ronde du maire sur les enfants, les jeunes et l'éducation* élabore une structure de planification et de prestation de services intégrés à Toronto. La santé publique torontoise continue à travailler avec d'autres acteurs, grâce à un réseau et à des alliances communautaires, afin d'améliorer le système ainsi que la coordination en ce qui a trait à la famille. Une des initiatives comprend un projet pilote portant sur la coordination des services pour les jeunes femmes enceintes vulnérables et sans domicile ou mal logées. Une autre initiative a consisté à élaborer un modèle de coordination de services pour les familles et à former les infirmières en santé publique et le personnel des organismes communautaires.

Zercher et Spiker³ précisent que certains enfants, particulièrement ceux qui vivent dans des familles économiquement défavorisées ou ceux qui sont nés prématurés et qui avaient

un faible poids à la naissance, tirent profit de programmes d'intervention précoce complets qui combinent des visites à domicile avec des interventions dans des centres ou des cliniques, interventions qui sont centrées directement sur l'enfant.

Les engagements du gouvernement fédéral d'investir 700 millions de dollars lors de la prochaine année fiscale, et jusqu'à cinq milliards au cours des cinq prochaines années pour des programmes universels d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, attribués à l'Ontario dans le cadre de la stratégie *Meilleur départ*, est encourageant. Cependant, d'après la recherche, les programmes prévus ne suffiront pas à promouvoir le développement optimal des enfants le plus à risque. Il faut entreprendre des recherches canadiennes dans des environnements urbains à forte densité comme Toronto pour évaluer l'efficacité des programmes complets d'intervention précoces similaires à ceux que décrivent Zercher et Spiker.³

Ces programmes comportent plusieurs facettes et comprennent souvent une formation parentale, des visites à domicile, des conseils, des services de santé et de nutrition, et des orientations vers les organismes communautaires et de services sociaux, des services d'éducation précoce et des soins dans des centres. En plus d'être directement centrés sur l'enfant, les programmes s'adressent aux parents ou aux principaux donneurs de soins de l'enfant et à la famille en tant qu'unité, promeuvent la capacité à obtenir des revenus, l'éducation des adultes, la formation au travail, des conditions de logement sécuritaires, les capacités de gestion familiale et un style de vie sain.

Certaines preuves indiquent que les enfants canadiens qui vivent dans des familles à faibles revenus ou dans des quartiers défavorisés sont plus susceptibles : d'avoir un faible poids à la naissance, des maladies chroniques, des difficultés de vision, d'ouïe, de parole, de mobilité, de dextérité, de cognition, des problèmes émotifs, de souffrir de douleur et d'inconfort, et que leur taux de blessures et de mortalité est plus élevé.^{10,11,12,13} En 2000, presque trois enfants sur dix (29 %) vivant à Toronto, âgés de 0 à 5 ans (51 000 enfants) vivaient dans des foyers à faibles revenus (c'est-à-dire dont le revenu annuel du ménage était inférieur au seuil de faibles revenus avant taxes selon Statistique Canada).⁵

La Ville de Toronto reconnaît que la pauvreté est un déterminant clé de la santé des enfants; un comité interdépartemental comprenant des représentants de la santé publique a été constitué pour améliorer le bien-être des enfants vivant dans la pauvreté. La santé publique de Toronto élabore une déclaration de principes qui permettra de documenter l'impact de la pauvreté et des inconvénients associés sur la santé des enfants, ainsi que leurs répercussions sur leur santé à l'âge adulte. Cette déclaration de principes servira à documenter un plan d'action sur la pauvreté des enfants.

Les chercheurs ont découvert plusieurs caractéristiques sur les programmes de visites à domicile efficaces. Cependant, les orientations politiques actuelles constituent des défis à l'intégration de ces découvertes à la prestation de services. Il doit y avoir un dialogue entre les chercheurs, les décideurs politiques et les administrateurs afin de s'assurer que les programmes de visites à domicile et les autres programmes d'intervention précoce intègrent les meilleures pratiques.

VISITES À DOMICILE (PRÉNATALES ET POSTNATALES)

Il est nécessaire d'allouer du financement pour que les recherches effectuées aux États-Unis sur les programmes exemplaires probants puissent être adaptées au contexte canadien.

Enfin, il est primordial de continuer à défendre les politiques de santé publique visant à soutenir les familles ayant de jeunes enfants. Sans ces politiques, tous les enfants canadiens n'auront pas l'occasion d'atteindre une santé optimale et un développement normal.

RÉFÉRENCES

1. Olds D. Programmes de visites pré et post natales à domicile et impact sur le développement social et affectif des jeunes enfants (0-5 ans). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/OldsFRxp.pdf>. Page consultée le 17 novembre 2005.
2. Kitzman HJ. Programmes efficaces pour le développement des jeunes enfants de familles à faibles revenus : interventions lors de visites à domicile pendant la grossesse et la prime enfance. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KitzmanFRxp-Visites.pdf>. Page consultée le 17 novembre 2005.
3. Zercher C, Spiker D. Programmes de visites à domicile et leur impact sur les jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-9. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Zercher-SpikerFRxp.pdf>. Page consultée le 17 novembre 2005.
4. Daro D. Programmes de visites pré et post natales à domicile et leur impact sur le développement psychosocial des jeunes enfants (0-5 ans) : Commentaires sur Olds, Kitzman, Zercher et Spiker. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-6. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DaroFRxp_rev.pdf. Page consultée le 31 octobre 2007.
5. Statistics Canada. *Census 2001*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2002. [Custom tabulations].
6. Applied Research Consultants. *Project report. Evaluation of the Healthy Babies, Healthy Children Program. The Healthy Babies, Healthy Children Program in the Toronto Public Health Department*. Toronto, Ontario: Integrated Services for Children Division, Ontario Ministry of Community and Social Services, Ontario Ministry of Health and Long Term Care; 2001.
7. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
8. Olds DL, Henderson CR, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey DH, Pettitt LM, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized

- controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.
9. Early Years and Healthy Child Development Branch. *Healthy babies, healthy children consolidated guidelines*. Toronto, Ontario: Early Years and Healthy Child Development Branch, Integrated Services for Children Division, Ministry of Health and Long-Term Care, Ministry of Community, Family and Children's Services; 2003. Disponible sur le site: [http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/0/5476CB1C34C3E93B85256B19004E01AA/\\$file/HBHC%20CG%20final%20eng.pdf?openelement](http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/0/5476CB1C34C3E93B85256B19004E01AA/$file/HBHC%20CG%20final%20eng.pdf?openelement). Page consultée le 17 novembre 2005.
 10. Brownell M. Health status: injuries. In: Brownell M, Martens P, Kozyrskyj A, Fergusson P, Lurfald J, Mayer T, Derksen S, Friesen D. *Assessing the health of children in Manitoba: A population-based study*. Winnipeg, Manitoba: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, University of Manitoba; 2001:101-119.
 11. Ross DP, Roberts P. *Income and child well-being: A new perspective on the poverty debate*. Ottawa, Ontario: Canadian Council on Social Development; 1999.
 12. Wilkins R, Houle C, Berthelot J-M, Ross N. The changing health status of Canada's children. *ISUMA* 2000;1(2):57-63. Disponible sur le site: http://www.isuma.net/v01n02/wilkins/wilkins_e.pdf. Page consultée le 17 novembre 2005.
 13. Willms JD. Socioeconomic gradients for childhood vulnerability. In: Willms JD, eds. *Vulnerable children: Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Edmonton, Alberta: University of Alberta Press; 2002:71-102.

Pour citer ce document :

Wade K, Fordham J. Commentaires des milieux - Visites prénatales et postnatales à domicile. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Wade-FordhamFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005