Cadre pour les déterminants sociaux du développement des jeunes enfants

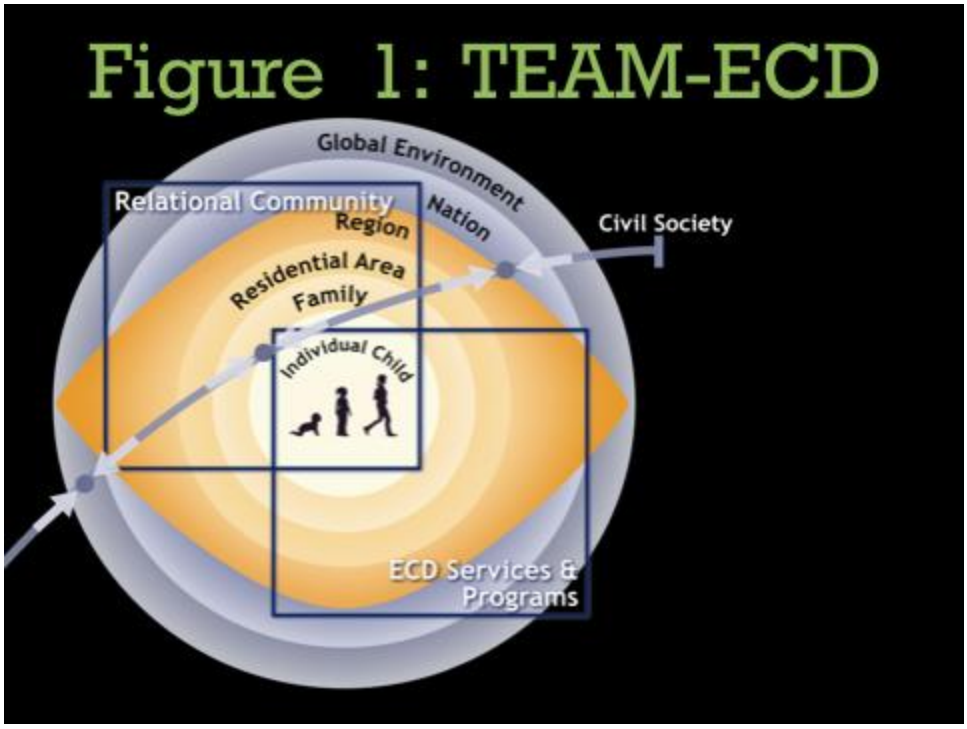
Clyde Hertzman, M.D.

University of British Columbia, Canada

Décembre 2010

Le Total Environnement Assessment Model of Early Child Development (voir Figure 1 – TEAM-ECD) a été créé pour la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, afin de mettre en évidence les environnements et les expériences qui influencent le développement des jeunes enfants (DJE).[1] TEAM-ECD mise sur le modèle bioécologique,[2] la psychologie développementale,[3] le concept de « conditionnement biologique»,[4] les déterminants sociaux de la santé,[5,6] la recherche sur les relations sociales dans la société humaine[7] ainsi que sur l'économie politique.[8] Ce modèle caractérise les sphères d'influence interactives et interdépendantes qui sont utiles dans le DJE : l'individu, la famille et le domicile, les communautés résidentielles et relationnelles, les programmes et services, les environnements régionaux, nationaux et mondiaux, de même que la société civile.

Figure 1. Total Environnement Assessment Model of Early Child Development (TEAM-ECD)



L'enfant

En bas âge, des périodes sensibles se manifestent dans le cerveau lorsque l'enfant est sensible de manière disproportionnée aux influences de l'environnement externe.[2,9,10] L'interaction du développement du cerveau et de l'environnement constitue l'élément moteur du développement. Le processus de l'expérience précoce qui modèle le développement cervical et biologique de façon à influencer le développement pendant le cycle de la vie, est connu sous le terme de « conditionnement biologique ».[4] La croissance optimale et le développement des jeunes enfants exigent une alimentation appropriée, commençant in utero, avec des mères qui sont bien nourries. Au cours des premiers mois de la vie, l'allaitement maternel joue un rôle essentiel, en fournissant aux enfants les éléments nutritifs nécessaires, mais la qualité des relations est également très importante dès le début. Les enfants sont des acteurs sociaux formés par leur environnement[11,12,13,14] qui, par la suite, jouent un rôle primordial dans la formation de cet environnement. Les jeunes enfants se développent mieux dans des environnements chaleureux et réceptifs qui les protègent de désapprobations et de punitions inappropriées, et dans des environnements dans lesquels ils ont l'occasion d'explorer leur monde, de jouer et d'apprendre à parler avec les autres et de les écouter.[15] La stimulation a un effet propre sur les résultats du développement perceptivo-moteur des enfants présentant un arrêt de croissance prématuré,

effet qui agit au-delà de ce que font les suppléments nutritifs.[16]

La famille

La famille (définie ici comme un groupe de personnes habitant et mangeant ensemble, et participant à des activités familiales quotidiennes) est la principale influence environnementale sur le développement de l'enfant.[17,18] Tous les problèmes familiaux chroniques, particulièrement chez la mère ou chez le principal fournisseur de soins, tels que la violence conjugale[19,20] ou une maladie chronique, peuvent avoir un effet délétère sur le développement de l'enfant. Les membres de la famille fournissent une grande partie des stimuli aux enfants, et les familles contrôlent en grande partie leur contact avec leur environnement plus vaste.[21] Les éléments les plus importants de la famille sont ses ressources sociales et économiques. Les ressources sociales comprennent les compétences parentales et l'éducation, les pratiques culturelles et les approches, les relations intra-familiales ainsi que l'état de santé des membres de la famille. Les ressources économiques comprennent les richesses, la situation professionnelle et les conditions résidentielles. L'influence des ressources familiales (c'est-à-dire le statut socioéconomique ou SSE) est expliqué par l'accès aux ressources sociétales, qui permettent aux familles d'effectuer des choix et de prendre des décisions au mieux des intérêts de leurs enfants, comprenant des services tels que le soutien aux fournisseurs de soins et à celui qui joue le rôle parental,[21] un service de garde de qualité,[22,23,24,25] des soins de santé primaires et l'éducation.

Dans presque toutes les sociétés, à mesure que le SSE de la famille s'améliore, plus le développement de l'enfant en moyenne s'améliore. C'est ce qu'on appelle l' « effet de gradient », qui constitue la principale source d'inégalités modifiables dans le DJE.[26] Le SSE de la famille a une influence diversifiée sur le développement comme l'insuffisance de poids à la naissance, le risque de caries dentaires, les résultats de tests cognitifs, les difficultés de comportement et de socialisation, et le risque de désengagement de l'école.[3] Les enfants issus d'une famille à faible SSE sont plus susceptibles d'être exposés et touchés par des conditions qui nuisent à leur développement, telles que le sans-abrisme, la suroccupation du logement, les conditions de vie dans des logements insalubres ou les voisinages non-sécuritaires.[27,28] Les faibles niveaux d'éducation et d'alphabétisation parentaux ont des répercussions sur les connaissances et sur les compétences de base des parents. Les habitudes alimentaires et d'allaitement maternel varient en fonction du SSE, tout comme le stress que vivent les parents. Les parents dont le SSE est faible sont plus à risque de souffrir de diverses formes de détresse psychologique, y compris une estime de soi négative et la dépression. La gravité et la chronicité de la dépression maternelle

permettent de prédire des perturbations dans le développement de l'enfant.[24,29] Les gradients du SSE dans le développement cognitif et langagier sont fortement influencés par la richesse de l'environnement langagier à la maison.[30] Le SSE de la famille est également associé à la capacité d'avoir accès à d'autres ressources, telles que les soins de santé et un service de garde de qualité supérieure.[31]

Communautés résidentielles et relationnelles

Les caractéristiques socioéconomiques, physiques et du service ainsi que le capital social des communautés résidentielles influencent le DJE.[32] Les inégalités socioéconomiques au sein des communautés résidentielles sont associées à des inégalités dans le développement des enfants, mais il y a d'importantes réserves sur ce point. Par exemple, les enfants provenant de familles à faible SSE vivant dans des environnements composés de différents SSE réussissent souvent mieux dans leur développement que les enfants de familles à faible SSE dans les environnements pauvres.[33] On constate une association inverse entre le statut socioéconomique d'une communauté et les chances que ses résidents soient exposés à des produits toxiques ou dangereux, tels que les déchets, les polluants atmosphériques, une piètre qualité de l'eau, des bruits excessifs, une surpopulation ou une piètre qualité du logement.[34] Les espaces physiques accessibles aux enfants créent des occasions et des contraintes en ce qui concerne l'apprentissage orienté vers le jeu et l'exploration, qui sont tous les deux essentiels au développement moteur, social/affectif et cognitif.[12,35] L'accès à des services de qualité supérieure varie souvent en fonction du SSE de la communauté : l'apprentissage et les loisirs, les services de garde, les services médicaux, le transport, les marchés d'alimentation et les possibilités d'emploi.[36] Le développement de l'enfant est également influencé par la qualité du capital social de la communauté – un terme global qui inclut des concepts tels que le contrôle social informel (p. ex., je peux laisser ma porte déverrouillée, parce que les adolescents du quartier respectent les citoyens ici), les normes de réciprocité (p. ex., je crois que si l'on nous promet quelque chose, cette promesse sera tenue parce que les standards de notre communauté sont ainsi), l'engagement social, la participation, la cohésion et la confiance.[37,38,39]

La communauté relationnelle est le groupe qui attribue aux enfants et aux familles leur identité et souvent, la manière dont les personnes de l'extérieur les identifient. C'est une source primaire d'inclusion ou d'exclusion sociale, de sens de l'estime de soi, de sa propre valeur et de socialisation des sexes. Les communautés relationnelles transmettent de l'information sur les pratiques relatives à l'éducation des enfants et sur les normes sur le développement de l'enfant.

La mesure par laquelle les adultes et les enfants dans les communautés sont liés les uns aux autres, qu'il y ait ou non échange réciproque (d'informations, de services partagés et autres formes de soutien) et qu'il y ait ou non un contrôle social informel et un soutien mutuel est, en partie, une fonction de la communauté relationnelle. Certains aspects du capital social font ressortir le chevauchement des influences des communautés relationnelles et résidentielles.[7,40,41,42]

Programmes et services offerts pour le DJE

Investir dans la petite enfance est une stratégie économique efficace, avec des retours tout au long du cycle de vie qui représentent plusieurs fois la taille de l'investissement initial. Les programmes offerts dans le cadre du DJE font la promotion de la qualité du capital humain, ce qui signifie que les compétences et les connaissances des individus leur permettent de participer à la société et à la main-d'oeuvre.[43] Les compétences et les habiletés encouragées au moyen des programmes offerts pour le DJE ne sont pas limitées aux gains cognitifs, mais elles comprennent également des gains affectifs, sociaux et physiques – qui sont tous des déterminants de la santé tout au long du cycle de vie.[44] Ainsi, les programmes offerts pour le DJE, qui incorporent et font le lien entre les mesures de promotion de la santé (par exemple, la bonne alimentation et l'immunisation), la tendance à la sympathie, la participation, les soins, la stimulation et la protection fournissent la possibilité d'apporter constamment des améliorations au développement physique, social, affectif, cognitif et langagier.

L'environnement régional

Les aspects interreliés des régions qui ont de l'importance pour le DJE comprennent les facteurs physiques (p. ex., le degré d'urbanisation et l'organisation physique des villes) et les facteurs sociaux, politiques et économiques. Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, les inégalités par rapport à la santé des enfants – par exemple, les taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans – varient en fonction de la géographie, selon qu'il s'agit d'une zone urbaine ou d'une zone rurale, souvent en raison d'une allocation inégale des ressources.[45] Mais les inégalités régionales dans le DJE se rencontrent également dans les pays riches en ressources.[46] Au niveau infra-national, les communautés relationnelles et régionales peuvent se recouper de façon à créer des conditions de soutien systématiquement différentes du reste du pays. Par exemple, dans certaines régions du sud de l'Inde, contrairement à celles situées au nord de l'Inde, les normes prévoient, pour les femmes, une plus grande exposition au monde extérieur, l'occasion de s'exprimer davantage au sein de la famille et plus de liberté de mouvement que ne

l'autorisent les systèmes sociaux du nord.[47] L'autonomie des femmes est elle-même grandement déterminée par leur éducation, qui est beaucoup plus accessible dans les régions du sud de l'Inde, comme dans l'État de Tamil Nadu.[47,48] En retour, l'autonomie des femmes influence, d'une manière qui peut se démontrer, les possibilités de réussites dans le DJE.[49]

L'environnement national

La politique nationale et les facteurs économiques sont importants pour le DJE. Même si le développement de l'enfant tend à mieux réussir dans les pays riches que dans les pays pauvres, la priorité accordée aux enfants dans la politique sociale peut vaincre la pauvreté nationale en ce qui concerne les résultats obtenus dans le développement des jeunes enfants. La synthèse de Kamerman[50] sur les politiques sur la protection de l'enfance à l'échelle internationale a permis de détecter cinq domaines qui font une différence : le transfert de revenus (argent comptant et avantages fiscaux); les politiques d'emploi; les congés parentaux et autres politiques pour appuyer l'emploi maternel; les services d'éducation et de soins des jeunes enfants; la prévention et autres interventions liées aux grossesses précoces. La transformation des « économies des tigres » de l'Asie du Sud-Est pour que les sociétés pauvres en ressources et à courte espérance de vie deviennent des sociétés riches en ressources et à longue espérance de vie a été réalisée principalement en investissant dans les enfants de la conception jusqu'à la fin des études.[51]

L'environnement mondial

L'environnement mondial influence le DJE par le biais de ses effets sur les conditions économiques et sociales au sein des nations. La recherche de Heymann[52] sur les enfants et les familles dans les pays à faibles ressources démontre l'importance pour les enfants de l'accès à des soins de qualité pour les familles partout dans le monde. Compte tenu de la participation accrue des femmes à la main-d'œuvre à l'échelle mondiale, des millions d'enfants partout dans le monde sont seuls à la maison, se font garder de façon informelle (souvent par d'autres enfants) ou sont amenés au travail où ils sont exposés à des conditions de travail non-sécuritaires. Cet environnement mondial est également caractérisé par les traités internationaux qui confirment les droits de l'enfant[53] et de la femme,[54] dont l'objectif est d'améliorer le bien-être des enfants. En particulier, le Commentaire général n° 7 : La mise en œuvre des droits du jeune enfant[55] crée l'opportunité de tenir les pays signataires responsables du développement physique, social/affectif, langagier et cognitif des jeunes enfants.

La société civile

Les organismes internationaux non gouvernementaux et la société civile ont un rôle à jouer pour ce qui est de tenir les pays responsables de l'adoption de politiques qui ont une influence positive sur le bien-être des enfants. Dans de nombreux pays, des groupes de la société civile posent des gestes concrets ou stimulent l'action des gouvernements et des communautés par rapport aux déterminants sociaux sur le DJE. Ils ont été déterminants en planifiant des stratégies au niveau local, afin de fournir aux familles de manière efficace les services nécessaires au DJE; pour améliorer la sécurité, la cohésion et l'efficacité des environnements résidentiels; pour augmenter la capacité des communautés relationnelles et locales à améliorer la vie des enfants.

Références

1. Siddiqi A, Irwin L, Hertzman C. *Total environment assessment model for early child development: Evidence report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health*. Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership (HELP); 2007.
2. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
3. Brooks-Gunn J, Duncan GJ, Maritato N. Poor families, poor outcomes: The well-being of children and youth. In: Duncan GJ, Brooks-Gun J, eds. *Consequences of growing up poor*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1997.
4. Hertzman C. The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2000;896:85-95.
5. Dahlgren GW, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Institute of Futures Studies; 1991.
6. Heymann J, Hertzman C, Barer ML, Evans RJ, eds. *Healthier societies from analysis to action*. New York, NY: Oxford University Press; 2006.
7. Putnam R. *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York, NY: Simon & Schuster; 2000.
8. Siddiqi A, Hertzman C. Towards an epidemiological understanding of the effects of long-term institutional changes on population health: a case study of Canada versus the United States. *Social Sciences & Medicine* 2007;64(3):589-603.
9. Barker DIP. *Mothers, babies and disease later in life*. London, UK: BMJ Publishing Group; 1994.
10. Wadsworth MEJ. Health inequalities in the life course perspective. *Social Science & Medicine* 1997;44(6):859-869.
11. Boyden J, Levison D. *Children as economic and social actors in the development process*. Stockholm, Sweden: Expert Group on Development Issues; 2000. Working paper 1.
12. Irwin LG. The potential contribution of emancipatory research methodologies to the field of child health. *Nursing Inquiry* 2006;13(2):94-102.
13. Irwin LG, Johnson JL. Interviewing young children: explicating our practices and dilemmas. *Qualitative Health Research* 2005;15(6):821-831.
14. Mayall B. *Children's childhoods: Observed and experienced*. London, UK: Farmer Press; 1994.

15. Ramey CT, Ramey SL. Prevention of intellectual disabilities: early interventions to improve cognitive development. *Preventive Medicine* 1998;27(2):224-232.

16. Grantham-McGregor SM, Walker SP, Chang SM, Powell CA. Effects of early childhood supplementation with and without stimulation on later development in stunted Jamaican children. *American Journal of Clinical Nutrition* 1997;66(2):247-253.

17. United Nations Children's Fund (UNICEF). *State of the world's children 2007: Women and children: The double dividend of gender equality*. New York, NY; United Nations Children's Fund (UNICEF); 2006.

18. Shonkoff J, Philips D, eds. *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

19. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield CH, Perry BD, Dube SR, Giles WH. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2006;256(3):174-86.

20. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;14(4):245-58.

21. Richter L. *The importance of caregiver child interactions for the survival and healthy development of young children: A review*. Geneva, Switzerland: Department of Child and Adolescent Health and Development. World Health Organization; 2004.

22. Goelman H. Early childhood education. In: Reynolds WM, Miller GE, eds. *Educational psychology*. Hoboken, NJ: Wiley; 2003:285-332. *Handbook of psychology*; vol 7.

23. Lamb ME, Anhert L. Non-parental child care: context, quality, correlates and consequences. In: Sigel IE, Renninger KA, eds. *Child psychology in practice*. 5th Ed. New York, NY: Wiley; 1998: 73-133. Dam W, ed. *Handbook of child psychology*; vol 4.

24. NICHD Early Child Care Network. Early child care and children's development prior to school entry: results from the NICHD study of early child care. *American Educational Research Journal* 2002;39:133-164.

25. Vandell D, White B. *Child care quality: does it matter?* Madison, WI: University of Wisconsin Institute for Research of Poverty; 2000.

26. Houweling TA, Caspar AE, Looman WN, Mackenbach JP. Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: a cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology* 2005;34(6):1257-1265.

27. Dunn JR, Hayes MV. Social inequality, population health, and housing: a study of two Vancouver neighbourhoods. *Social Science & Medicine* 2000;51:563-587.

28. DiPietro JA. Baby and the brain: advances in child development. *Annual Review of Public Health* 2000;21:455-471.

29. Patel V, DeSouza N, Rodrigues M. Post-natal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Archives of Disease in Childhood* 2003;88:34–37.

30. Hart B, Risley TR. *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore, MD: Brookes; 1995.

31. Hertzman C, Wiens M. Child development and long-term outcomes: a population health perspective and summary of successful interventions. *Social Science & Medicine* 1996;43(7):1083-1095.

32. Kawachi I, Berkman LF, eds. *Neighborhoods and health*. New York, NY: Oxford University Press; 2003.

33. Kohen DE, Brooks-Gunn J, Leventhal T, Hertzman C. Neighbourhood income and physical and social disorder in Canada: associations with young children's competencies. *Child Development* 2002;73:1844-1860.

34. Evans GW, Katrowitz E. Socioeconomic status and health: the potential role of environmental risk exposure. *Annual Review of Public Health* 2002;23:303-331.

35. James A. *Childhood identities: self and social relationships in the experience of the child*. Edinburgh, UK: Edinburgh University Press; 1993.

36. Leventhal T, Brooks-Gunn J. The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin* 2000;126(2):309-337.

37. Carpiano RM. Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bourdieu and sociology help? *Social Science & Medicine* 2006;62:165-175.

38. Drukker M, Kaplan C, Schneiders J, Feron FJM, van Os J. The wider social environment and changes in self-reported quality of life in the transition from late childhood to early adolescence: A cohort study. *BMC Public Health* 2006;6(133):1-11.

39. Putnam RD. Foreword. In: Saegert S, Thompson JP, Warren MR, eds. *Social capital and poor communities*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 2001: xv–xvi.

40. Samspon RJ, Morenoff JD, Earls F. Beyond social capital: spatial dynamics of collective efficacy for children. *American Sociological Review* 1999;64(5):633-660.

41. Carter MR, Maluccio JA. Social capital and coping with economic shocks: an analysis of stunting of South African children. *World Development* 2003;31(7):1147-1163.

42. Jencks C, Mayer SE. The social consequences of growing up in a poor neighborhood. In: Lynn LE Jr, McGeary MGH. eds. *Inner-city poverty in the United States*. Washington, CD: National Academy Press; 1990.

43. Knudsen EI, Heckman JJ, Cameron J, Shonkoff JP. Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2006;103(27):10155-10162.

44. Carneiro PM, Heckman JJ. *Human capital policy*. Bonn, Germany: Institute for the Study of Labor; 2003. IZA discussion paper No. 821.

45. Houweling TAJ, Kunst AE, Borsboom G, Mackenbach JP. Mortality inequalities in times of economic growth: time trends in socioeconomic and regional inequalities in under 5 mortality in Indonesia, 1982-1997. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;60:62-68.

46. Kershaw P, Irwin L, Trafford K, Hertzman C. *The British Columbia atlas of child development*. Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership. Western Geographical Press; 2006. Canadian western geographical series 1203-1178; vol 40.

47. Jejeebhoy SJ, Sathar ZA. Women's autonomy in India and Pakistan: the influence of religion and region. *Population and Development Review* 2001;27(4):687-712.

48. Jejeebhoy SJ. *Women's education, autonomy, and reproductive behaviour: Experience from developing countries*. Oxford, UK: Clarendon Press; 1995.

49. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *EFA Global Monitoring Report: Strong foundations: Early childhood care and education*. Paris, France: UNESCO; 2006.

50. Kamerman SB, Neuman M, Waldfogel J, Brooks-Gunn J. *Social policies, family types, and child outcomes in selected OECD countries*. Paris, France: OECD; 2003. OECD Social, Employment, and Migration Working Papers 6.

51. Siddiqi A, Hertzman C. Economic growth, income equality and population health among the Asian Tigers. *International Journal of Health Services* 2001;31:323-34.

52. Heymann J. *Forgotten families: ending the growing confrontation children and working parents in the global economy*. New York, NY: Oxford University Press; 2006.

53. United Nations. Office of the United Nations High Commission for Human Rights (CRC). *Convention on the Rights of the Child*. Geneva, Switzerland: United Nations. Available at: http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm. Accessed October 6, 2010.

54. United Nations. Office of the United Nations High Commission for Human Rights (CRC). *Convention on the elimination of all forms of discrimination against women (CEDAW)*. Geneva, Switzerland: United Nations. Available at: http://www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm. Accessed October 6, 2010.

55. United Nations. Office of the United Nations High Commission for Human Rights Committee on the Rights of the Child (CRC). *General Comment No. 7: Implementing Child Rights in early childhood*. Geneva, Switzerland: United Nations; 2005.