

Petite Enfance

**Volet 1 : Comprendre
pour mieux intervenir**

**Pour des tout-petits jamésiens
qui naissent et se développent en santé**



Recherche, analyse et rédaction

Moussa Diop, Ph. D., agent de planification, de programmation et de recherche
Direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James

Responsable de la coordination du projet

Manon Laporte, directrice adjointe de santé publique
Direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James

Collaboration

Jean Gervais, Ph. D. - Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant, Université de Montréal
Nathalie Truchon, agente de planification, de programmation et de recherche – CRSSS de la Baie-James
Alexandra Simard, candidate Ph. D. psychologie - Université Laval
Maire-Ève Barbeau, conseillère aux opérations régionales et affaires autochtones – Direction régionale du Nord-du-Québec, ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire
Marie-Isabelle Lefrançois, candidate Ph. D. psychologie - Université Laval
Blandine Piquet-Gauthier, directrice de santé publique – CRSSS de la Baie-James
Maximilien Iloko Fundi, agent de planification, de programmation et de recherche – CRSSS de la Baie-James
Éric Eloko Botuna, médecin-conseil – CRSSS de la Baie-James
Partenaires de la petite enfance de la région du Nord-du-Québec

Secrétariat et mise en page

Céline Fournier, adjointe à la direction
Direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James

Référence suggérée

DIOP, Moussa. *Pour des tout-petits jamésiens qui naissent et se développent en santé. Volet 1 : Comprendre pour mieux intervenir*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2016, 46 p.

Ce projet de recherche a été réalisé grâce à une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James dans le cadre du *Programme de subventions en santé publique*

Vous pouvez vous procurer un exemplaire du document auprès du Centre de documentation. Il est également disponible en version électronique sur notre site Internet www.crssbaiejames.gouv.qc.ca, rubrique *Publications*.

CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

312, 3^e Rue
Chibougamau (Québec) G8P 1N5
Téléphone : 418 748-3575

Cette publication a été déposée dans la banque SANTÉCOM (<http://www.santecom.qc.ca>)

Dépôt légal :

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016
ISBN : 978-2-924364-20-8 (version imprimée)
978-2-924364-21-5 (version en ligne)

Remerciements

La réussite de ce projet de recherche est liée à la collaboration efficace de nombreuses personnes.

Depuis nos premiers questionnements jusqu'à la version finale de ce travail, nombreux ont été ceux et celles qui, à travers nos discussions et entretiens, nous ont permis, par leur regard, de repreciser constamment notre problématique de recherche. Qu'ils soient professionnels, chercheurs, gestionnaires, intervenants, etc., nous tenons à les remercier et, tout particulièrement, Julie Poissant (Ph. D., Institut national de santé publique du Québec), Ginette Lafontaine (M. Sc., Direction de santé publique de la Montérégie) et George M. Tarabulsy (Ph. D., Université Laval) pour leurs commentaires constructifs.

Des dizaines de personnes des secteurs de la santé, petite enfance, communautaire, scolaire, sport et loisirs, etc. et dans les localités de Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quevillon, Matagami et Radisson ont accepté de consacrer de leur temps pour répondre à nos questions.

Nous tenons à remercier chacune d'elle et leur dire ô combien leurs propos ont été précieux.

Table des matières

Sommaire exécutif	5
Introduction	7
Description du problème de recherche.....	10
Objectifs et méthodologie	13
Objectif de recherche	13
Considérations méthodologiques	13
Facteurs influençant le développement des enfants	16
Tempérament	18
Fonctionnement cognitif et sociocognitif des jeunes	19
Caractéristiques sociales, éducationnelles et familiales	19
Portrait du développement des tout-petits jamésiens	21
Région du Nord-du-Québec	21
Évolution démographique des 0-5 ans.....	21
Inégalités sociales de santé	22
Défavorisation sociale.....	23
Défavorisation matérielle	24
Défavorisation des écoles	25
Environnement social et physique des tout-petits jamésiens.....	26
Résultats de l' <i>Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle</i> pour la région du Nord-du-Québec	26
Qualité des logements et santé des tout-petits	27
Services de garde éducatifs	28
Santé des mères et des tout-petits jamésiens	29
Action favorisant l'état de santé des enfants : l'allaitement maternel	30
Identification des priorités d'intervention	30
Vision négociée et partagée	31
Sept recommandations pour l'action	32
1) Positionner le développement global de l'enfant comme une priorité dans les plans d'action des partenaires locaux à la petite enfance	32
2) Soutenir les pratiques parentales dès la grossesse en tenant compte des besoins spécifiques de certaines clientèles	32
3) Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel	33
4) Soutenir la création d'environnements favorables au développement du langage et de la littératie chez les tout-petits	34
5) Valoriser le jeu... surtout actif	35
6) Favoriser une offre de service continue et complémentaire de la période prénatale à la période scolaire	36
7) Soutenir le développement des compétences surtout des acteurs de première ligne	37
Conclusion	38

Annexes

Annexe 1 : Canevas d'entretien	39
Annexe 2 : Projection du documentaire	
« Aux origines de l'agression : la violence de l'agneau »	40

Bibliographie	41
----------------------------	-----------

Liste des tableaux

Tableau 1	Les cinq domaines de développement mesurés par l' <i>Instrument de mesure du développement de la petite enfance</i> (IMDPE)	12
Tableau 2	Exemples de vulnérabilité selon les cinq domaines de l' <i>Instrument de mesure du développement de la petite enfance</i> (IMDPE)	12
Tableau 3	Principaux facteurs ayant une influence sur le développement des tout-petits	17
Tableau 4	Répartition de la population jamésienne selon l'âge	21
Tableau 5	Structure des familles et présence d'enfants de moins de 0-5 ans dans les familles, Nord-du-Québec, 2011	23
Tableau 6	Indices de défavorisation par école primaire, 2014-2015	26
Tableau 7	Caractéristiques démographiques et problèmes liés à la santé des nouveau-nés et nourrissons, Nord-du-Québec, 1982-1986 à 2007-2011	29
Tableau 8	Objectifs et taux d'allaitement, région sociosanitaire du Nord-du-Québec et Le Québec, 2012-2013	30

Liste des graphiques

Graphique 1	Évolution de la population 0-5 ans, région sociosanitaire du Nord-du-Québec, 1982-1985 à 2031-2035	22
Graphique 2	Proportion des enfants de la maternelle âgés de 5 ans vulnérables par domaine de développement, EQDEM 2012, région sociosanitaires du Nord-du-Québec	27
Graphique 3	Développement global des tout petits	31

Liste des acronymes et sigles

AE : Avenir d'enfants

CRSSS de la Baie-James : Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

ECBE : Enquête canadienne sur le bien-être économique

ÉLDEQ : Étude longitudinale du développement des enfants du Québec

ÉLEM : Étude longitudinale et expérimentale de Montréal

EQDEM : Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle

ICIDJE : Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants

IMDPE : Instrument de mesure du développement de la petite enfance

IMSE : Indice de milieu socio-économique

ISQ : Institut de la statistique du Québec

MEES : Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

MFA : Ministère de la Famille et des Aînés

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OCF : Organisme communautaire – Famille

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PAR : Plan d'action régional

PSSP : Programme de subventions en santé publique

RCUI : Retard de croissance intra-utérine

SAF : Syndrome d'alcoolisme fœtal

SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

SFR : Seuil de faible revenu

UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture



***On ne peut donner que deux choses à ses
enfants : des racines et des ailes.***

Proverbe



Sommaire exécutif

Exposé de la situation

L'intention à la base du choix de ce projet relève d'un souci d'application pratique. Le point de départ est les inquiétudes nourries d'acteurs et de secteurs qui agissent auprès des tout-petits dans la région :

- présence de plus en plus marquée de comportements antisociaux dans certains milieux de vie des enfants;
- constat que de plus en plus d'enfants commencent l'école avec des déficits sur le plan psychomoteur, cognitif, langagier ou encore socioaffectif, ce qui constitue un risque pour leur réussite éducative.

Ces préoccupations ont été à la base d'une série de rencontres avec l'ensemble des acteurs et des secteurs de la petite enfance à Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon et Matagami afin de mieux documenter ces observations et constats. Il en est ressorti que ces comportements antisociaux étaient bien une réalité dans la région et pourraient s'apparenter comme le descripteur d'une problématique en émergence.

Description du projet

Une fois que le consensus s'est dégagé sur l'importance et la nécessité d'intervenir auprès de la petite enfance, nous avons procédé à la définition du problème (ampleur, nature, causes, etc.) en s'appuyant sur les informations objectives, parfois subjectives disponibles, provenant essentiellement de deux sources : les analyses documentaires et les enquêtes de terrain. Une démarche qui a permis de mieux comprendre les facteurs de risque et de protection qui rendent les enfants vulnérables ou résilients aux difficultés comportementales et relationnelles en tenant compte des caractéristiques individuelles des enfants, mais aussi de leur environnement (familial, éducationnel, social, etc.).

Les connaissances issues de ces différents travaux ont légitimé la priorisation des pistes d'intervention et ont permis d'aboutir à l'élaboration d'un plan d'action régional (PAR) afin de promouvoir le développement global des tout-petits jamésiens.

Objectif

Soutenir le développement global des tout-petits jamésiens en :

- fournissant aux partenaires les informations pertinentes afin de favoriser une compréhension commune des enjeux de la petite enfance et une mobilisation par la création d'une table petite enfance dans la région;
- soutenant la table petite enfance dans son exercice de développement d'une offre de service pour les tout-petits qui s'actualise en partenariat avec les autres acteurs et organismes de la petite enfance;
- promouvant la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être des tout-petits jamésiens en collaboration avec les partenaires de la communauté;

- favorisant, par la formation, l'information et la sensibilisation des pratiques parentales positives dès la grossesse, le développement des compétences des professionnels, mais aussi personnelles et sociales des enfants.

RECOMMANDATIONS

Les résultats ont montré des disparités dans l'exposition aux facteurs explicatifs de la santé et du bien-être des tout-petits jamésiens. Ces écarts qui résultent d'une distribution, somme toute, inégale des déterminants sociaux de la santé (scolarité, revenu, conditions de logement, habitudes de vie, etc.) renforcent les inégalités sociales de santé et se jouent à différents niveaux : individuel, milieux de vie et environnement global.

Pour combler ces écarts, la principale recommandation de cette étude est d'agir sur un certain nombre de ces déterminants de la santé des tout-petits jamésiens en privilégiant des actions dont les modalités et l'intensité varient selon les besoins des différents groupes.

Introduction

La période allant de la conception jusqu'à l'entrée à l'école constitue la phase du développement humain la plus marquée¹. Des recherches récentes ont montré que plusieurs défis sanitaires des sociétés modernes, notamment les maladies chroniques, s'enracinent pendant la petite enfance. Ce qui se passe pendant les premières années de la vie – et même avant la naissance – et l'environnement dans lequel les enfants évoluent durant cette période joue un rôle vital pour déterminer la santé, l'acquisition de compétences personnelles et l'intégration sociale².

LE SAVIEZ-VOUS?

Le développement global de l'enfant se définit comme le développement simultané, intégré, graduel et continu de toutes les dimensions qui le composent (physique, neurobiologique, moteur et psychomoteur, affectif, social, cognitif et langagier), dans ses différents milieux de vie³. Par conséquent, les enfants devraient être physiquement en santé, mentalement alertes, émotionnellement en sécurité, socialement compétents et prêts à apprendre ajoute le rapport « A world fit for children ».

(UNICEF, 2002, p. 2)

Il convient d'insister sur l'importance des premières années de vie, car comme pour toute construction, les fondations sont primordiales; si elles ne sont pas solides, c'est toute la construction ultérieure qui est menacée, qui peut se lézarder voire s'écrouler⁴. Consciente de cet état de fait et soucieuse d'introduire de l'équité dès le départ, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère le développement du jeune enfant comme la première cible d'action à considérer et justifie ainsi sa position : « les investissements dans le développement du jeune enfant sont les investissements les plus efficaces que les pays peuvent faire en termes de réduction du fardeau des maladies chroniques chez les adultes, de réduction des coûts des systèmes judiciaires et carcéraux et afin de permettre à un plus grand nombre d'enfants de grandir et de devenir des adultes en bonne santé, pouvant apporter une contribution positive à la société, socialement et économiquement »⁵.

Au Québec, tout comme au Canada, l'importance de la période de la petite enfance comme fondement de l'éducation tout au long de la vie est de plus en plus reconnue. Et, selon l'avis du Conseil supérieur de l'éducation (2012), les jeunes enfants se développent et apprennent dès la naissance et c'est dans le socle de ces apprentissages précoces qu'ils ancreront graduellement de nouvelles habiletés, de nouvelles compétences ainsi que le goût de continuer à apprendre⁶.

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, Direction des communications du MSSS, 2015, p. 15.

² FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE, *Développement du jeune enfant : les iniquités. Ce que révèlent les données*, New York, UNICEF, 2012, p. 2.

³ Sylvie MORENCY « Le bien-être et le développement des enfants : la nécessité d'une approche globale et intégrée dans la théorie comme dans la pratique », *Investir pour l'avenir : Bulletin national d'information*, vol. 6, n° 1, février 2014, p. 4.

⁴ Marie-Paule DURIEUX, *Développement et troubles de l'enfant 0-12 mois*, Bruxelles, Éditions Yapaka, 2013, p. 11.

⁵ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Comblant le fossé en une génération, instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la commission des Déterminants Sociaux de la Santé*, Genève, OMS, 2009, p. 51.

⁶ Marie MOISAN et Niambi MAYASI BATIOTILA, *Mieux accueillir et éduquer les enfants d'âge préscolaire, une triple question d'accès, de qualité et de continuité des services*, Québec, Commission de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire, 2012, p. 1.

Cependant, bien qu'il existe un consensus sur l'importance d'agir tôt, il faut reconnaître, à la suite de Donald Wood Winnicott, qu'« un bébé, ça n'existe pas »⁷ : il est impossible de décrire le développement affectif primaire du nourrisson sans recourir à l'environnement dans la mesure où l'enfant est dans un état de totale dépendance à son environnement. En effet, les qualités stimulantes et de soutien physique et affectif des milieux où les enfants grandissent, vivent et apprennent — parents, fournisseurs de soins, famille et communauté — sont celles qui ont le plus de répercussions sur leur développement⁸.

À la lumière de ce qui précède, pour un développement optimal des tout-petits et leur bien-être, on en conviendra avec Christa Japel (2008) que deux conditions s'avèrent essentielles : l'établissement de relations stables et affectueuses qui répondent aux besoins de l'enfant et des environnements stimulants et sécuritaires qui leur procurent une variété d'expériences favorisant leur développement.

Il existe aujourd'hui un large consensus sur l'importance d'agir en amont des problèmes que peuvent vivre les enfants de manière à développer et mettre à profit le plein potentiel de chacun. Ainsi, selon le *Programme national de santé publique 2015-2025*, en agissant tôt dans le parcours de vie des personnes, on parvient à influencer différents aspects de la santé et réduire les écarts liés aux inégalités sociales de santé⁹. Néanmoins, comme tout être en devenir, l'enfant passe inéluctablement par des étapes de développement indispensables dont l'agressivité fait partie.

LE SAVIEZ-VOUS?

Le développement des enfants n'est pas linéaire; il se fait par étapes, par petites crises et épreuves à surmonter, avec des avancées et des régressions. Il est normal que tous les enfants présentent à certains moments de leurs parcours de légers « symptômes » témoignant de ces moments de passage et d'ajustement plus difficiles.

(Marie-Paule DURIEUX, 2013, p. 6)

Chez les tout-petits, les comportements agressifs ne sont ni une manifestation de méchanceté ni une preuve qu'on élève mal nos enfants, mais comme tout autre comportement, ils sont des moyens d'expression et d'action dont disposent les enfants pour construire, faire évoluer, maîtriser les relations qu'ils entretiennent avec leur environnement ou tout simplement pour obtenir ce qu'ils veulent. Les comportements agressifs font partie du répertoire normal des enfants en bas âge et, ce ne sont pas tous les enfants dont les comportements sont antisociaux qui ont une forme persistante de comportements dysfonctionnels. Mais, à défaut de montrer à l'enfant par l'apprentissage social que l'agression n'est pas un instrument efficace pour parvenir à ses fins, l'enfant continuera à l'employer, surtout si cette stratégie

⁷ Nicole GARRET-GLOANEC et Anne-Sophie PERNEL, « Un soin psychique au bébé, ça n'existe pas ? Et pourquoi pas ! », *L'information psychiatrique*, vol. 86, n° 10, décembre 2010, p. 814.

⁸ Lori G. IRWIN, Arjumand SIDDIQI et Clyde HERTZMAN, *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur : rapport final*, Genève, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, 2007, p. 3.

⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, Direction des communications du MSSS, 2015, p. 40.

lui donne des résultats¹⁰. Ces comportements antisociaux et d'agression des enfants ne deviennent problématiques que lorsqu'ils se transforment en un mode de communication exclusif et répétitif.

CETTE RECHERCHE EST DIVISÉE EN DEUX VOLETS :

En ayant recours à l'approche systémique, l'objet du **volet 1** est d'établir un diagnostic de la situation en documentant la problématique en question (causes, ampleur, nature du problème de recherche). Ce volet s'adresse en priorité au *Groupe de travail petite enfance* qui doit s'appuyer sur ces résultats pour alimenter le second volet.

Le **volet 2** vise à élaborer un plan d'action et soutenir les interventions à mener dans les différents milieux.

Parallèlement, ce document s'adresse aux partenaires des services de garde éducatifs à l'enfance, aux partenaires de la communauté ainsi qu'au réseau de l'éducation qui agissent auprès des jeunes enfants.

¹⁰ *L'agressivité des jeunes enfants : Le guide interactif pour observer, comprendre et intervenir*, réalisateur : Jean-Pierre MAHER, Montréal, Office national du film du Canada, 2010, DVD, 180 à 240 min.

Description du problème de recherche

« La solution à un problème découle, généralement, de la compréhension de ce dernier », (Donald Long, 2004). Une compréhension qui passe inéluctablement, peut-on ajouter, par un état des connaissances actuelles sur les origines des comportements antisociaux chez les tout-petits.

Deux perspectives, présentées comme contradictoires, sont généralement avancées pour expliquer les comportements antisociaux. Cette confrontation de perspectives n'est pas sans (re)poser le vieux débat entre nature et culture, l'inné et l'acquis. Richard E. Tremblay (2012) résume très bien la situation. D'une part, il y a cette perspective qui défend l'idée que les enfants naissent bons et sont ensuite corrompus par leur environnement. D'autre part, une perspective qui perçoit les jeunes enfants comme étant dirigés davantage par leurs instincts que par la raison et ayant besoin d'éducation très tôt dans la vie¹¹.

Pour les tenants de la première perspective, les comportements antisociaux précoces s'expliquent par l'influence de l'environnement social. Ils seraient le résultat d'un apprentissage social. Les enfants apprendraient à agresser lorsqu'ils sont exposés à des modèles violents ou à des influences négatives comme la violence télévisuelle qui influe ultérieurement sur les comportements agressifs. Aussi, lorsqu'ils sont tout-petits, soumis à des relations particulièrement défectueuses, cela peut entraîner chez ces enfants des carences relationnelles précoces. Une pathologie carencielle qui peut être poussée jusqu'aux violences précoces. Une explication que réfutent les tenants de la deuxième perspective, celle des bases biologiques du comportement antisocial.

Pour ces derniers, les comportements agressifs chez les tout-petits sont innés. Les enfants n'ont pas besoin d'observer des modèles pour commencer à manifester des comportements agressifs. Ils recourent spontanément, comme des machines égoïstes constamment à la recherche du plaisir et du pouvoir, à l'agression physique lorsqu'ils cherchent à atteindre leurs buts. Les tout-petits sont plus guidés par leurs instincts que par la raison, c'est pourquoi ils ont besoin d'éducation pour socialiser leur caractère instinctif.

Ces deux perspectives explicatives des comportements antisociaux chez les enfants, loin d'être contradictoires, sont plutôt en interaction : l'environnement social influencerait l'évolution biologique. Les comportements violents précoces chez les enfants ne relèvent ni uniquement de leurs gènes, censés définir leur nature, ni de leur seul environnement, mais des deux à la fois. Tout individu naît avec une certaine prédisposition à adopter des comportements antisociaux, avec des tendances préexistantes qui vont se développer ou pas en fonction des expériences vécues.

Ces deux perspectives ont le mérite de faire ressortir un point très important : « un comportement antisocial n'apparaît pas soudainement à l'adolescence (...). Il peut émerger durant la petite enfance et

¹¹ TREMBLAY, Richard E. « Les origines développementales des problèmes de comportement perturbateur et leurs conséquences en matière de prévention », dans *Développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent : Applications pratiques et cliniques*. Tome 2, Québec, Presse de l'Université du Québec, 2012, p. 351.

influencer la trajectoire sociale, économique et sanitaire des individus »¹². D'où la nécessité d'agir tôt, car les cinq premières années de la vie forment une période pendant laquelle émergent des déficits pouvant être critiques dans l'établissement d'un comportement antisocial persistant ou chronique.

Au Québec, l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ) et l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* (EQDEM) sont deux enquêtes majeures qui permettent de comprendre, connaître et cartographier le développement des enfants en les évaluant dans les cinq domaines du développement de la petite enfance mesurés par l'*Instrument de mesure du développement de la petite enfance* (IMDPE) : santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier, habiletés de communication et connaissances générales.

L'EQDEM fournit des données sur le degré de développement des tout-petits avant leur entrée en première année du primaire. Les actions qui seront mises en place pourront certainement contribuer à l'amélioration des conditions de vie des enfants et de leur famille, par conséquent, à soutenir leur développement.






Le développement global des tout-petits constitue une priorité de l'action gouvernementale et constitue l'axe d'intervention 1 du *Programme national de santé publique 2015-2025*. D'ailleurs, à l'horizon 2025, le ministère de la Santé et des Services sociaux se donne pour objectif de prévenir l'apparition des problèmes d'adaptation sociale et leurs conséquences en promouvant par des approches intégrées, la création de milieux de vie stimulants et bienveillants pour les enfants¹³. Pour suivre le développement des enfants, tout comme dans d'autres provinces du Canada¹⁴, le Québec s'appuie sur l'*Instrument de mesure du développement de la petite enfance* qui évalue les principales dimensions du développement de l'enfant (cognitif, affectif, social et psychomoteur).

¹² *Aux origines de l'agression : La violence de l'agneau*, réalisateur Jean- Pierre MAHER, Montréal, Office national du film du Canada, 2005, DVD, 50 min. 24 sec.

¹³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, Direction des communications du MSSS, 2015, p. 41.

¹⁴ L'IMDPE a été utilisé dans des provinces comme la Colombie-Britannique, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick, l'Alberta, le Yukon et l'Île-du-Prince-Édouard dont certaines ont évalué le développement des enfants à la maternelle à l'échelle provinciale.

Tableau 1 : Les cinq domaines de développement mesurés par l'*Instrument de mesure du développement de la petite enfance* (IMDPE)

Domaines	Aspect évalués
 Santé physique et bien-être	Développement physique général, motricité, alimentation et habillement, propreté, ponctualité, état d'éveil.
 Compétences sociales	Habiletés sociales, confiance en soi, sens des responsabilités, respect des pairs, des adultes, des règles et des routines, habitudes de travail et autonomie, curiosité.
 Maturité affective	Comportement prosocial et entraide, crainte et anxiété, comportement agressif, hyperactivité et inattention, expression des émotions.
 Développement cognitif et langagier	Intérêt et habiletés en lecture, en écriture et en mathématiques, utilisation adéquate du langage.
 Habiletés de communication et connaissances générales	Capacité à communiquer de façon à être compris, capacité à comprendre les autres, articulation claire, connaissances générales.

SOURCE : Micha SIMARD et autres, *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012 : Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2013, p. 24.

LE SAVIEZ-VOUS?

Dans l'EQDEM, un enfant est considéré comme vulnérable lorsque son score pour un domaine de développement est égal ou inférieur au score correspondant au 10^e centile de la distribution de l'ensemble des enfants à la maternelle pour ce domaine. Les enfants vulnérables sont plus susceptibles de présenter des difficultés liées à l'apprentissage scolaire que les autres - comme travailler de façon autonome, faire preuve de coordination, être capable d'attendre son tour dans le jeu, manifester de l'intérêt pour les livres ou encore participer à un jeu faisant appel à l'imagination, etc. Cependant, cela ne signifie aucunement qu'ils sont voués à l'échec scolaire ou que leur avenir est compromis, car de nombreux facteurs peuvent venir modifier le parcours des jeunes et influencer leur développement global et leur réussite scolaire.

(Micha SIMARD, 2013, p. 43)

Tableau 2 : Exemples de vulnérabilité selon les cinq domaines de l'*Instrument de mesure du développement de la petite enfance* (IMDPE)

Santé physique et bien-être	Il s'agit d'enfants qui présentent des lacunes au point de vue de leur bien-être, de leur développement physique et de leurs habiletés motrices. Par exemple, ils peuvent arriver à l'école trop fatigués, manquer de coordination ou avoir de la difficulté à tenir un crayon.
Compétences sociales	Il s'agit d'enfants qui présentent de faibles habiletés sociales et des difficultés à s'entendre avec leurs pairs. Ils éprouvent parfois des difficultés à observer les règles et les routines scolaires, et à respecter les adultes, les enfants et la propriété des autres. Ces enfants manquent parfois de confiance, d'autonomie et s'ajustent difficilement aux changements
Maturité affective	Il s'agit d'enfants qui démontrent de façon régulière ou occasionnelle des problèmes de comportement ou des difficultés dans l'expression des émotions. Par exemple, ils peuvent être désobéissants, agressifs, impulsifs, facilement distraits ou manifester souvent de la peur ou de l'anxiété.
Développement cognitif et langagier	Il s'agit d'enfants qui peuvent avoir des difficultés dans l'acquisition des préalables à la lecture, à l'écriture et aux mathématiques. Par exemple, ils manifestent peu d'intérêt envers les livres, sont incapables d'associer des sons à des lettres et ne comprennent pas toujours les notions de temps.
Habiletés de communication et connaissances générales	Il s'agit d'enfants qui éprouvent parfois des difficultés à maîtriser la langue d'enseignement, à comprendre et à se faire comprendre des enfants comme des adultes. Certains ont peu de connaissances générales.

SOURCE : « En route pour l'école ! », dans AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais*, Montréal, Direction de santé publique de l'Agence, 2008, p. 31.

Objectifs et méthodologie

Objectif de recherche

L'objectif général de cette recherche est de soutenir, par des actions dont les modalités et l'intensité varieront selon l'ampleur des besoins, le développement global des tout-petits jamésiens.

Cet objectif général se décline en quatre objectifs opérationnels :

- 1) Fournir aux partenaires les informations pertinentes afin de favoriser une compréhension commune des enjeux de la petite enfance et une mobilisation par la création d'une table petite enfance dans la région.
- 2) Soutenir la table dans son exercice de développement d'une offre de service pour les tout-petits qui s'actualise en partenariat avec les autres acteurs et organismes de la petite enfance.
- 3) Promouvoir la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être des tout-petits jamésiens en collaboration avec les partenaires de la communauté.
- 4) Favoriser, par la formation, l'information et la sensibilisation, l'essor de pratiques parentales positives dès la grossesse, le développement des compétences des professionnels ainsi que les aptitudes personnelles et sociales des tout-petits jamésiens.

Considérations méthodologiques

Dans le cadre du *Programme de subventions en santé publique* (PSSP) pour projets d'étude et d'évaluation, géré conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les centres intégrés de santé et de services sociaux, la Direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James a entrepris, depuis 2012, une recherche-action sur le développement global des tout-petits jamésiens.

L'intention à la base du choix de ce projet relève d'un souci d'application pratique. Le point de départ est les inquiétudes nourries de secteurs et d'acteurs qui agissent auprès des tout-petits dans la région :

- sur la présence de plus en plus marquée de comportements antisociaux dans certains milieux de vie des enfants;
- le constat selon lequel de plus en plus d'enfants commencent l'école avec des déficits sur le plan psychomoteur, cognitif, langagier ou encore socioaffectif.

Ces déclarations et observations corrélationnelles d'intervenants, d'éducateurs et de personnel de divers secteurs agissant auprès des tout-petits dans la région font état d'un nombre de plus en plus élevé d'enfants qui n'arrivent pas à l'école avec tout le bagage attendu pour leur âge, constituant ainsi un risque pour le succès futur de leur scolarité. Ces réalités perçues par des intervenants du milieu de la santé, des éducateurs et aussi des enseignants du milieu scolaire ont servi de fil conducteur pour permettre à cette

recherche de débiter et de se structurer avec cohérence. Pour savoir si c'était une problématique en émergence dans la région, le travail exploratoire a débuté et s'est déroulé en deux phases.

Dans la première phase, le visionnement du documentaire « Aux origines de l'agression : la violence de l'agneau » produit par Jean Gervais, Ph. D. et Richard E. Tremblay, Ph. D. avec l'ensemble des acteurs et secteurs de la petite enfance a eu un double objectif : d'une part, une synthèse des connaissances sur l'évolution des comportements d'agression à la petite enfance et le partage d'expériences et, d'autre part, il a servi de déclencheur pour une large consultation dans certaines localités de la région : Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon et Matagami :

- Une première projection du documentaire a eu lieu au centre administratif du CRSSS de la Baie-James, le 30 octobre 2013, animée par M. Jean Gervais, l'un des producteurs du documentaire. Cette projection a été suivie d'échanges avec les 32 participants présents de tous les milieux.
- Le 28 janvier 2013, une deuxième projection a été organisée à la demande de certains partenaires qui a eu lieu au centre administratif du CRSSS de la Baie-James et, a regroupé 39 participants principalement du milieu de la petite enfance, du milieu scolaire, etc.
- Le 10 mars 2014, une projection du documentaire est organisée au Centre communautaire de Lebel-sur-Quévillon. Lors de cette présentation, ce sont 13 participants du Centre de santé Lebel, des organismes communautaires comme l'Ilot d'espoir, Les Animations Pace-Âge, etc., qui se sont réunis.
- Le 11 mars 2014, une projection est organisée au Centre de santé Isle-Dieu à laquelle 8 personnes ont assisté, principalement du centre de santé et du réseau de services de garde en milieu familial.

LE SAVIEZ-VOUS?

Un centre de la petite enfance (CPE) est un établissement qui fournit des services de garde éducatifs à contribution réduite dans une installation et il assure la santé, la sécurité et le bien-être des enfants qu'il reçoit. Les services offerts s'adressent principalement aux enfants de la naissance à la fréquentation de la maternelle. Le CPE est administré par un conseil d'administration dont au moins les deux tiers sont composés de parents-usagers du service. Une installation CPE peut accueillir au plus 80 enfants.

(Nathalie BIGRAS, 2004, p. 35)

À la fin de la tournée régionale, une synthèse des échanges sur la complexité des facteurs (biologique, social et psychologique) qui contribuent à la socialisation des comportements agressifs chez les humains a été réalisée et restituée à certaines catégories d'acteurs pour une rétroaction constructive. L'objectif était d'arriver à des recommandations pour prévenir les comportements antisociaux.

Dans la deuxième phase du travail exploratoire, des opérations de lecture ont été réalisées pour s'informer des recherches déjà menées sur le thème de l'agressivité et des comportements antisociaux afin de voir comment situer notre contribution par rapport à ces recherches. Une certaine qualité d'information sur l'objet étudié et de trouver les meilleures manières de l'aborder était espérée avec ces lectures préparatoires. En complément à ces lectures, des entretiens exploratoires ont aussi été menés comme

objectif de prendre conscience des aspects de notre problématique auxquels notre seule expérience et nos propres lectures n'auraient pu nous rendre sensibles.

Au terme de cette deuxième phase du travail exploratoire, nous avons été amenés à reformuler notre problématique d'une manière qui tient compte des enseignements de notre travail exploratoire. En effet, durant cette phase, la prise de connaissance des résultats de l'EQDEM (2012), surtout pour la région sociosanitaire du Nord-du-Québec, a constitué un tournant dans la reformulation de notre problématique. D'une part, les résultats de cette enquête ont permis de comprendre que les comportements d'agressivité n'étaient liés qu'à une seule dimension du développement des enfants, celle de la maturité affective. D'autre part, que les tout-petits jamésiens n'étaient pas aussi vulnérables sur le plan de la maturité affective telle que la perception de certains acteurs locaux pouvait le laisser entrevoir. Partant de ces différentes constations, issues des résultats de l'EQDEM, notre thème de recherche a évolué de l'agressivité physique et des comportements antisociaux vers le développement global des jeunes enfants.

À la suite de ce travail exploratoire, deux études sur l'analyse des besoins de l'ensemble des acteurs (intervenants, éducateurs, etc.) et des secteurs de la petite enfance (centres de santé, garderies, etc.) ont été réalisées¹⁵ à l'été 2013 et au printemps 2014. Les municipalités de Chapais, Chibougamau, les localités de Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson ont été ciblées. La même démarche a été appliquée dans chacune des localités. Dans un premier temps, les chefs des programmes responsables de la petite enfance ont été approchés afin de les informer de la recherche et de ses objectifs pour permettre d'identifier la ou les personnes-ressources à contacter dans leurs services respectifs. Dans un deuxième temps, la personne-ressource identifiée a activement collaboré à l'identification des intervenants concernés par le développement global des enfants. Chacun des intervenants a été contacté afin de recueillir les informations nécessaires à l'analyse qui ont été amassées avec l'appui du canevas d'entretien (annexe I).

Articulées aux données de surveillance, les connaissances issues de ces différentes démarches, ont permis de mieux appréhender la nature et l'étendue de la problématique dans la région, mais aussi des besoins liés au développement global des tout-petits jamésiens.

Dans le cadre de cette recherche, la Direction de santé publique a innové en optant pour une démarche d'expérimentation collective. Cette démarche engage, par le biais de la négociation, l'ensemble des secteurs et acteurs qui interviennent ou en lien avec la petite enfance. Elle implique trois choses : une conception négociée du projet, un suivi partagé susceptible de générer de nouvelles pratiques évolutives des actions et enfin, un nouveau type de comportement¹⁶ entre partenaires basé sur le respect mutuel et le sens de la juste mesure. En pratique, face à la problématique du développement global des enfants, l'expérimentation collective insiste sur notre capacité à fabriquer collectivement et à bricoler ensemble des dispositifs et des réponses.

¹⁵ Voir les études de Marie-Ève Barbeau et Marie-Isabelle Lefrançois citées en bibliographie.

¹⁶ BARBIER, Rémi. *L'implantation conflictuelle des équipements collectifs. Réflexions à partir de la gestion des déchets*, [s.l.], [s.n.], 2005, p. 6.

Facteurs influençant le développement des enfants

Plusieurs facteurs, de nature distale ou proximale, sont reconnus pour avoir une influence positive (facteurs de protection) ou négative (facteurs de risque) sur le développement des tout-petits. Cependant, il faut se garder à l'esprit que l'effet d'un facteur de risque, pris isolément, était insuffisant pour expliquer le développement problématique d'un enfant. Ce dernier s'expliquerait plutôt par un « effet cumulatif qui s'accroît en fonction du nombre de facteurs en présence (...) ». Et face à quatre facteurs de risque ou plus, on atteint un seuil critique à partir duquel le développement peut être compromis : on parle alors d'enfants ou de familles vulnérables ». Aussi, ces différents facteurs qui influencent le développement global des enfants se jouent à différents niveaux : micro-sociaux, méso-sociaux et macro-sociaux.

LE SAVIEZ-VOUS?

Un facteur de risque est perçu comme toute condition, circonstance ou particularité chez les enfants ou dans leur environnement dont la présence accroît la possibilité qu'un enfant ait des difficultés d'adaptation et d'apprentissage. À l'inverse, les facteurs de protection sont définis comme des caractéristiques des enfants et de l'environnement susceptibles de contrer ou de limiter les effets des facteurs de risque.

(Bernard TERRISSE, 2001, p. 4)

Des données longitudinales, mais aussi l'*Étude longitudinale et expérimentale de Montréal* (ÉLEM) montrent que les comportements perturbateurs manifestés au cours de la petite enfance prédisent la fréquence, la gravité et la durée des comportements agressifs et antisociaux à l'adolescence et à l'âge adulte. Les enfants agressifs sont très tôt rejetés par leurs camarades non agressifs, ont tendance à s'associer avec des camarades perturbateurs et à s'agglutiner à des gangs, ce qui peut contribuer à aggraver l'intensité et la chronicité des comportements violents. Pour prévoir et prévenir ces comportements antisociaux, il est nécessaire d'en connaître les causes c'est-à-dire les facteurs qui exposent les tout-petits à un risque accru d'adopter de tels comportements.

Une revue de la littérature grise sur le sujet permet de montrer que plusieurs facteurs de risque, principalement de nature individuelle, familiale et sociale, sont à considérer en ce qui a trait à l'apparition des comportements antisociaux et peuvent varier selon l'âge et le genre. Les comportements antisociaux ne résultent pas d'un facteur unique ou exclusif, mais plutôt de l'interaction dynamique de plusieurs facteurs : biologiques, cognitifs, émotionnels, familial, pairs, garderie, pauvreté, etc. Par exemple, la vulnérabilité génétique peut être accrue par la présence de conflits dans la famille, les risques périnataux, un attachement « insécure », des habiletés parentales inadéquates, etc.

Tableau 3 : Principaux facteurs ayant une influence sur le développement des tout-petits

Pendant la grossesse	De la naissance à 5 ans	Famille	Collectivité	Société
Santé physique et mentale de la mère enceinte	Poids à la naissance	Pratiques et habiletés parentales pour soutenir le développement de l'enfant	Politique familiale et du logement	Normes, valeurs et croyances sociales en faveur du développement de la petite enfance
Habitudes de vie de la mère enceinte (nutrition, tabagisme, alcool, drogue, activité physique)	Santé physique et buccodentaire de l'enfant	Qualité des soins donnés à l'enfant (climat familial, investissement parental, etc.)	Soutien social offert aux familles par la communauté	Politiques publiques favorisant le développement optimal des tout-petits
Conditions de vie Exposition maternelle à la fumée secondaire	Allaitement, nutrition	Connaissances et croyances parentales sur le développement et l'éducation de l'enfant	Sécurité et environnement physique du quartier	Programmes et services universels pour les familles (congrès parentaux)
Niveau de stress pendant la grossesse (exposition intra-utérine à des toxines)	Niveau de stress vécu par l'enfant	Perception d'efficacité parentale Faible estime de soi des parents Antécédents d'échec et de difficulté	Services de garde éducatifs accessibles et de qualité	Programmes et services spécifiques pour les familles vulnérables (soutien financier, SIPPE)
Prise d'acide folique	Vaccination	Santé et habitudes de vie des parents (toxicomanie, violence familiale, problèmes de santé physique ou mentale des parents) Santé physique et mentale des parents	Milieu scolaire ancré dans sa communauté (collaboration famille-école-communauté, programme Passe-Partout, maternelle 4 ans)	Organisation des services
Cours prénataux	Attachement (affect négatif envers l'enfant, contact visuel déficient avec l'enfant, insensibilité aux pleurs et signaux de l'enfant, etc.)	Sécurité et salubrité du domicile (logement inadéquat ou déménagements fréquents)	Mobilisation de la communauté en faveur du développement de l'enfant (regroupements intersectoriels)	
Accouchement	Qualité des stimuli reçus (faible stimulation langagière)	Statut socio-économique (faible revenu familial, non-emploi)	Accessibilité aux services sociaux et soins de santé	
Exposition <i>in utero</i> à des toxines	Occasion de jeux (libres et structurés)	Utilisation par les parents des ressources existantes dans la collectivité	Aires de jeux et espaces verts sécuritaires	
Absence de préparation pendant la grossesse	Problèmes de santé durant la première année	Pratiques éducatives coercitives, imprévisibles ou laxistes, etc.	Activités parents-enfants variés	
Retard de croissance intra-utérine (RCIU)	Tempérament	Âge de la mère Parentalité précoce	Prêt de jouets	
Exposition prénatale à l'alcool	Prématurité	Soutien social de la famille et de l'entourage	Cuisines collectives	
Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)	Déficits sensoriels, moteurs ou intellectuels	Niveau de stress vécu par les parents	Soutien à l'allaitement	
	Troubles d'alimentation ou du sommeil	Utilisation par les parents des ressources et services de la communauté (bibliothèque, parc, organisme communautaire)	Activité de loisirs abordable et accessible pour familles et enfants	
	Comportement perturbateur ou inhibé	Faible scolarité de la mère Habiletés intellectuelles limitées Faible estime de soi	Bibliothèque avec activité d'Éveil à lecture	
	Capacité d'attention et de concentration limitée	Monoparentalité Isolement social Expérience du système de placement en foyer nourricier		
		Difficulté consécutive à des abus ou des pertes remontant à l'enfance		

Les résultats de différentes études¹⁷ portant sur le développement des problèmes de comportement ont relevé différents ensembles de facteurs de risque. Certains sont liés aux caractéristiques personnelles de l'enfant comme ses prédispositions neurobiologiques, son fonctionnement cognitif et sociocognitif, etc. D'autres, par contre, sont liés à son environnement comme la famille, la garderie, la communauté, etc.

LE SAVIEZ-VOUS?

Les pratiques parentales positives, qui fixent des limites au jeune enfant et corrigent les écarts de conduite tout en encourageant, en même temps, les comportements souhaités, sont des compétences acquises.

(UNICEF, 2012, p. 7)

Tempérament

Le tempérament réfère aux caractéristiques individuelles, que l'on suppose être d'origine biologique ou génétique, qui déterminent les réactions affectives, attentionnelles et motrices dans différentes situations et qui jouent un rôle lors des interactions sociales et du fonctionnement social ultérieur. Deux caractéristiques tempéramentales, définies dès la naissance et qui sont souvent à l'origine de comportements précoces comme l'irritabilité, l'activité, la fréquence des sourires et la réaction aux situations nouvelles, peuvent être distinguées chez les enfants :

- **La réactivité** : c'est-à-dire la façon de réagir de l'enfant face aux situations. Par exemple, il est souvent dit des bébés facilement irritables et qui pleurent souvent qu'ils ont un « tempérament difficile ». Pour Coie et Dodge (1997), les enfants agressifs sont souvent caractérisés par un niveau élevé d'activité motrice et d'irritabilité, un manque de tolérance à la frustration et des difficultés de modulation et d'expression de leurs émotions.
- **L'autorégulation** : c'est-à-dire la capacité d'exercer un certain contrôle sur leurs actions ou sur leurs émotions. Cette seconde composante fondamentale qui définit le tempérament apparaît vers la fin de la première année de vie et continue son développement tout au long de la petite enfance.

Ainsi, il existerait des corrélations entre un tempérament difficile à la très petite enfance (bébé facilement irrité, d'humeur inégale ou négative, difficulté à faire manger et à faire dormir, etc.) et des comportements perturbateurs à 8 ans (Gagnon et Vitaro, 2003) ou du trouble des conduites à l'adolescence (Maziade et alii, 1990). Cependant, si le tempérament des enfants dépend en grande partie de facteurs génétiques, la façon dont il se manifeste provient aussi du milieu auquel ils sont exposés ainsi que de la façon dont ils sont éduqués et disciplinés. Ainsi, les expériences vécues au cours de la petite enfance sont donc très importantes pour la formation du tempérament¹⁸. Par conséquent, les traits de personnalité de l'enfant qui influenceront la trajectoire de sa vie plus tard résultent de l'interaction entre les dispositions tempéramentales et les contraintes cognitives et sociales, d'où l'importance d'adapter constamment les stratégies parentale et éducative au tempérament individuel de l'enfant en misant sur ses forces et en atténuant ses faiblesses.

¹⁷ Les études suivantes : Christa JAPEL (2008); ASPC (2008); Luce BORDELAU (2013); Julie POISSANT (2014), ont également servi à produire le tableau 3.

¹⁸ Alison PALKHIVALA, « Séquence développementale du tempérament à la petite enfance et les sources des différences individuelles », *Bulletin sur le tempérament*, vol. 4, n° 2, mai 2009, p. 5.

Fonctionnement cognitif et sociocognitif des jeunes

Le fonctionnement cognitif et sociocognitif des jeunes est lié à leur tempérament. Selon la revue sur les études portant sur les déficits neuropsychologiques réalisées par Moffit (1993), les insuffisances en habiletés langagières et dans les fonctions exécutives (concentration, raisonnement, anticipation et planification du comportement) sont des prédicteurs du trouble de comportement. Ainsi, il a été noté chez les enfants agressifs, une tendance à réagir sans réfléchir, sans anticiper les conséquences de leur action et sans utiliser toute l'information disponible pour porter un jugement sur une situation donnée (Dodge, 1993). De même, en considérant les solutions agressives plus efficaces pour atteindre leurs buts, ils ont cette propension à les utiliser en ne s'attendant pas à des réprimandes dans la mesure où ils perçoivent l'agressivité comme une solution positive acceptable. Ces lacunes aux plans cognitif et sociocognitif pourraient entraîner, à moyen ou à long terme, des conséquences comme le rejet social ou encore des problèmes d'adaptation à la base de l'échec scolaire ou d'insertion professionnelle.

La régulation des émotions étant étroitement liée au processus sociocognitif et exposée à plusieurs facteurs de risque dès leur jeune âge, les enfants agressifs éprouvent plus de difficultés à réguler leurs émotions surtout devant des situations qui provoquent colère et frustration. Ce qui contribue à altérer leur choix de réactions face à ces situations frustrantes en favorisant celles plutôt agressives.

Caractéristiques sociales, éducationnelles et familiales

La grossesse ainsi que les premières années de vie sont fondamentales pour le développement des enfants. De nombreuses études ont montré que l'environnement précoce de l'enfant comporte des marqueurs importants permettant de prédire divers aspects de son développement.

D'autres facteurs de risque, en lien avec les difficultés d'adaptation des parents, comme la gestion du stress, la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances toxiques ou encore la présence de psychopathologie chez le parent (ex. : dépression), un faible revenu familial, le peu de scolarité, la monoparentalité, le dysfonctionnement et les conflits familiaux ainsi que la parentalité à l'adolescence sont parmi les facteurs qui sont associés aux difficultés du développement de l'enfant. Par exemple, la séparation des parents et un contexte économique défavorable sont significativement associés à des trajectoires d'agression qui demeurent élevées au cours de l'enfance. Aussi, le faible poids à la naissance est modérément ou fortement associé entre autres, au jeune âge de la mère ou aux habitudes de vie (tabagisme, consommation de drogue et d'alcool, alimentation).

Ces facteurs de risque qui relèvent de l'écologie familiale distale (caractéristiques sociales, éducationnelles, familiales) peuvent être à l'origine de déficits au plan sociocognitif, d'habiletés de communication, de l'entraide, de la collaboration et coopération, etc., réduisant ainsi la capacité des enfants à répondre adéquatement aux demandes sociales, à opter pour des réponses pacifiques face à des situations de provocation, etc. Ils pourront par ailleurs entraver la création et le maintien de comportements prosociaux et de relations positives et entraîner une exclusion des enfants présentant ces déficits, des sources de socialisation positives. Cela réduirait ainsi la chance de ces enfants de développer des habiletés prosociales en les confinant dans un cercle négatif qui les amènera vers l'affiliation à des pairs déviants ou au rejet social.

Portrait du développement des tout-petits jamésiens

Le développement global des tout-petits jamésiens dépend d'une interaction complexe entre facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques. Pour orienter les actions à mettre en œuvre, il importe de mieux comprendre les particularités qui caractérisent les enfants de la région et comment se déroule leur développement.

Région du Nord-du-Québec

La région sociosanitaire du Nord-du-Québec est un vaste territoire qui s'étend du 49° au 55° parallèle et couvre une superficie de 350 000 km². Avec 14 232 habitants en 2011, la région sociosanitaire du Nord-du-Québec s'avère la moins peuplée du Québec; sa population ne représente que 0,2 % de la population québécoise.

Cinq municipalités composent la région sociosanitaire : Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon, Matagami et la municipalité de Baie-James. Cette dernière regroupe les localités de Valcanton, Villebois et Radisson ainsi que les hameaux de Desmaraisville et Miquelon.

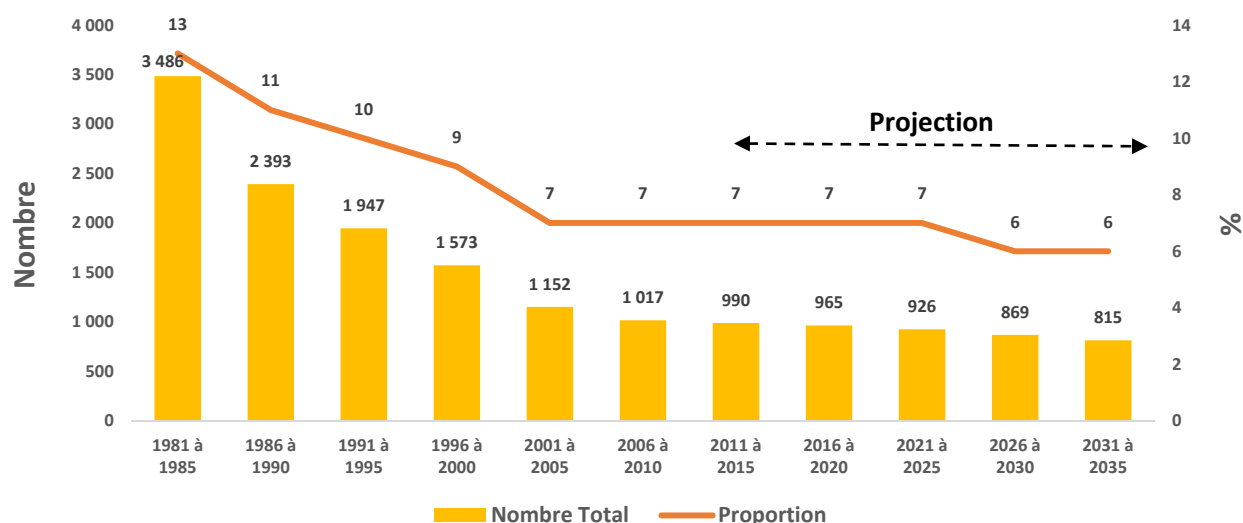
Tableau 4 : Répartition de la population jamésienne selon l'âge

Âge	Pourcentage
0-5 ans	7 %
6-17 ans	14 %
18-64 ans	67 %
65 ans et plus	12 %

Évolution démographique des 0-5 ans

Pour la période 2011 à 2015, la région sociosanitaire du Nord-du-Québec compte près de 990 enfants âgés de 0 à 5 ans, dont la majorité (63 %) vit dans les localités de Chapais et Chibougamau, 16 % à Lebel-sur-Quévillon, 12 % à Matagami et 9 % dans la municipalité de Baie-James. Par contre, depuis la période 1985-1990, le nombre d'enfants de 0 à 5 ans dans la région diminue et d'après les projections, ce mouvement qui tend vers le bas devrait se poursuivre à l'horizon 2035 si la tendance actuelle se maintient, mais de manière moins prononcée.

Graphique 1 : Évolution de la population 0-5 ans, région sociosanitaire du Nord-du-Québec, 1982-1985 à 2031-2035



Note : Les données à partir de 2011 sont des projections; l'interprétation des résultats est à effectuer avec prudence.

Sources :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Estimations et projections démographiques*, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014) selon le découpage géographique en vigueur en avril 2014.

Rapport de l'onglet Plan national de surveillance, Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique, mise à jour de l'indicateur le 28 janvier 2015.

Inégalités sociales de santé

Plusieurs recherches ont mis en évidence que les conditions de vie dans l'enfance (appartenance à une famille monoparentale, famille vivant sous le seuil de faible revenu, qualité du logement, lien parents-enfants, etc.) influencent l'état de santé à l'âge adulte. R. Wilkinson et M. Marmot (2004) diront d'ailleurs, et à juste titre, que c'est au cours des premières années que s'acquiert le capital biologique et humain qui détermine la santé de l'individu pendant toute sa vie¹⁹. Par conséquent, la prise en compte des inégalités sociales de santé dès la petite enfance demeure un enjeu majeur pour lutter contre la production ou la reproduction des inégalités sociales de santé.

LE SAVIEZ-VOUS?

Les inégalités sociales de santé se définissent par des « différences dans l'état de santé qui existent de façon systématique entre les groupes socioéconomiques ». En d'autres mots, outre les facteurs qui influencent la santé comme l'âge, le genre, la génétique ou l'exposition à un risque infectieux, il existe des déterminants de santé qui sont systématiques, produits socialement et évitables (Whitehead et Dahlgren, 2006). L'expression « inégalité sociale de santé » (ISS) réfère à ces écarts de santé systématiques et socialement construits.

(Marie-France LE BLANC, 2012, p. 7)

¹⁹ *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. 2^e édition, Copenhague, Organisation mondiale de la santé, 2004, p. 15.

Défavorisation sociale

On compte, en 2011, 4 250 familles dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec, soit une diminution de 5 % par rapport à 2006. Un peu plus de la moitié est composée de familles avec enfants. Près de 9 familles jamésiennes sur 10 sont des familles avec conjoints. On a dénombré, en 2011, quelque 505 familles monoparentales dans la région.

Les tout-petits jamésiens âgés de moins de 6 ans représentent 25 % des enfants dans les familles jamésiennes avec enfants, soit près de 990 enfants.

Depuis le recensement de 1996, on observe dans la région une augmentation de couples en union libre avec enfants, une tendance à la baisse de couples mariés avec enfants et une hausse des divorces. Par conséquent, la monoparentalité va de pair avec certains événements déstabilisateurs comme l'accroissement des ruptures de couples et pose avec acuité, certains défis comme l'augmentation et l'adaptation en famille monoparentale, le stress économique, l'isolement social, la conciliation famille-travail ou encore le décrochage associé à la monoparentalité, etc.

Entre 2006 et 2011, la proportion de familles monoparentales parmi les familles avec enfants passe de 19 % à 23 % et continue d'augmenter de la même façon que dans les périodes antérieures.

Toujours est-il qu'en 2011, les familles monoparentales représentent 12 % des familles jamésiennes. Leur nombre a diminué entre 2006 et 2011 (-6 %), passant de 535 à 505 familles monoparentales. Une diminution plus marquée chez les familles monoparentales dirigées par un parent de sexe féminin. Dans la région, ce sont principalement des mères qui ont la charge principale de leurs enfants après la rupture du couple. Par conséquent, et cela est vrai pour toutes les municipalités de la région, la monoparentalité touche davantage les femmes que les hommes. En effet, près de 7 familles monoparentales sur 10 ont un parent de sexe féminin, représentant 8 % de toutes les familles tandis que les familles monoparentales composées de parents de sexe masculin en représentaient 4 %. Cette situation persiste depuis 10 ans dans la région.

Tableau 5 : Structure des familles et présence d'enfants de moins de 0-5 ans dans les familles, Nord-du-Québec, 2011

	Total des familles	Total des familles avec enfants	Total des familles avec conjoint	Nombre d'enfants dans les familles		Nombre de familles monoparentales		
				Nombre d'enfants 0-5 ans	Total des enfants	Dirigées par une femme	Dirigées par un homme	Total
Chapais	495	270	425	110	475	40	25	65
Chibougamau	2 230	1 230	1 940	525	2 170	215	80	295
Lebel-sur-Quévillon	685	310	635	135	540	30	20	50
Matagami	460	245	420	125	450	30	10	40
Municipalité de Baie-James	380	185	345	90	330	35	20	55
Nord-du-Québec	4 250	2 240	3765	985	3 965	350	155	505

Source : STATISTIQUE CANADA. Recensement de la population de 2011, [En ligne], 2016, <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F> (consulté le 1^{er} février 2016).

LE SAVIEZ-VOUS?

La défavorisation sert à mesurer l'état de développement socio-économique des communautés locales. Elle correspond à « un état observable et démontrable de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille et le groupe ». Ce désavantage peut prendre deux formes, l'une matérielle, l'autre sociale. Alors que la forme matérielle reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante, la forme sociale renvoie à la fragilité du réseau social, et ce, du noyau familial jusqu'à la communauté.

L'indice de défavorisation comporte deux dimensions : matérielle et sociale. La dimension matérielle reflète principalement le faible niveau d'emploi, de scolarité et de revenu alors que la dimension sociale traduit davantage l'état matrimonial (être veuf, séparé ou divorcé) et la structure familiale (vivre seul ou en famille monoparentale).

(Robert PAMPALON, 2014, p. 7 et Michel PILON, 2007, p. 81)

Défavorisation matérielle

Les conditions économiques des familles influencent grandement le parcours préscolaire des enfants qui, à son tour, a un impact sur leur développement²⁰. Positivement associé à un état de santé plutôt défavorable, le faible revenu touche davantage les familles monoparentales dans la région, surtout celles dont le soutien principal est une femme.

En 2012, même si la région figurait parmi les régions où le taux de faible revenu est le plus bas au Québec (4 %), il n'en demeure pas moins que le taux de faible revenu était de 19 % chez les familles monoparentales comparativement à 2 % chez les couples. Or, selon les résultats de l'*Enquête canadienne sur le bien-être économique* (ECBE), les familles monoparentales font partie des ménages à risque de privation matérielle. De même, les besoins non satisfaits sont plus fréquents dans les ménages à faible revenu. Et pour suppléer aux besoins non satisfaits ou à la privation matérielle, le moyen le plus utilisé est l'aide financière offerte par des amis ou des membres de la famille. Elle est suivie de l'endettement ou de la vente de biens, et enfin, du recours à un organisme de bienfaisance. L'utilisation d'au moins un de ces moyens est corrélée au fait que le soutien principal du ménage soit une femme, que son niveau de scolarité soit inférieur au niveau universitaire, qu'il soit âgé de moins de 30 ans et que le ménage soit formé d'une famille monoparentale²¹. Qui plus est, la présence d'enfants à charge de moins de 5 ans (incluant les cas de grossesse) demeure la principale contrainte temporaire à l'emploi invoquée par la majorité des chefs de familles monoparentales au *Programme d'aide sociale*²².

La région affiche une croissance du revenu d'emploi médian largement supérieure à la moyenne québécoise. En 2012, il était de 46 182 \$ comparativement à 39 250 \$ pour le Québec. Ce qui classe la

²⁰ Danielle GUAY et autres, *Portrait du parcours préscolaire des enfants Montréalais. Résultats de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP, 2012)*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, fascicule 1, mars 2015, p. 17.

²¹ Stéphane CRESPO, « Que font les ménages en manque d'argent ? », *Données sociodémographiques en bref*, vol. 20, n° 1, octobre 2015, p. 18.

²² MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE, *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale*, [En ligne], Québec, Direction de la statistique, de l'information de gestion et du suivi de la performance – Statistique, octobre 2014.

région parmi le peloton de tête des régions du Québec où le revenu d'emploi médian des travailleurs est le plus élevé. Des revenus élevés attribuables aux investissements dans le secteur minier et par les salaires élevés versés dans ce secteur.

Aussi, le faible niveau de scolarité (aucun diplôme secondaire) de la mère est associé à des risques plus élevés de naissances prématurées, de faible poids à la naissance, etc. Pour la période 2006-2008, la région a présenté une proportion nettement plus élevée que le Québec (16 % c. 7 %) de nouveau-nés dont la mère a moins de 11 années de scolarité (aucun diplôme d'études secondaires). Or, de nombreuses études soulignent que les femmes enceintes moins scolarisées sont plus susceptibles d'avoir des résultats de grossesse défavorable.

Défavorisation des écoles

Le secteur de l'éducation utilise aussi l'indice de défavorisation des écoles primaires et secondaires afin d'adapter un ensemble de mesures ayant trait à la réussite éducative, notamment en milieu défavorisé. Annuellement, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur produit deux indices de défavorisation pour les écoles du réseau public : l'indice du seuil de faible revenu (SFR) et l'indice de milieu socio-économique (IMSE) basé sur la sous-scolarisation de la mère (aucun diplôme, certificat ou grade) et l'inactivité des parents. Ces indices sont calculés à partir de la situation socio-économique des milieux de provenance des élèves fréquentant les écoles publiques. Comme les seuils de faible revenu variaient selon la densité de la population posant, du coup, des limites dans son utilisation, la classification des écoles basée sur l'indice de milieu socio-économique a été retenue puisqu'elle est particulièrement utilisée dans le cadre de la mise en place de programmes du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport destinés aux écoles défavorisées. L'indice de milieu socio-économique sert aussi à certains organismes afin d'orienter l'offre des services complémentaires vers les élèves défavorisés.

Les écoles des rangs 8, 9 et 10 sont spécifiquement visées par la stratégie d'intervention *Agir autrement*. Par conséquent, dans le cadre de cette analyse, l'indice est présenté en deux catégories. Les écoles où se trouvent les plus fortes proportions d'élèves issus d'un milieu défavorisé (rangs 8, 9 et 10) sont regroupées, tandis que les autres écoles sont considérées comme étant non défavorisées (les écoles privées sont toutes incluses dans cette catégorie).

Dans la région, en 2014-2015, 2 écoles sur 7 peuvent être considérées comme défavorisées selon le SFR et l'IMSE et, 4 écoles sur 7 peuvent être considérées comme défavorisées si on prend uniquement en compte l'IMSE. Cette catégorisation a permis de cibler les programmes à implanter dans les écoles, mais aussi, pour certains organismes, par exemple, de choisir les écoles dans lesquelles ils doivent intervenir. Cependant, cette catégorisation comporte une limite : celle de se concentrer uniquement sur les écoles défavorisées au détriment d'une certaine équité qui impose une juste solution à l'égard des inégalités, pas seulement pour les écoles les plus défavorisées, mais pour toutes les écoles et à tous les niveaux. Marmot (2009) dira très justement à ce sujet que « si [par nos interventions] nous ciblons seulement les 10 % les plus pauvres, nous passons à côté de l'essence du problème que sont les inégalités sociales de santé ».

Tableau 6 : Indices de défavorisation par école primaire, 2014-2015

École	Municipalité	Rang décile Indice du seuil de faible revenu (SFR)	Rang décile Indice de milieu socio- économique (IMSE)	Nombre d'élèves
École Notre-Dame-du-Rosaire	Chibougamau	2	6	169
École Bon-Pasteur	Chibougamau	1	7	130
École Vatican II	Chibougamau	1	8	192
Saint-Dominique-Savio	Chapais	4	10	102
École Galinée	Matagami	8	10	125
École Boréale	Lebel-sur-Quévillon	2	7	158
École Beauvalois	Baie-James	8	10	59

Note :

- Les écoles sont classées sur une échelle allant de 1 à 10; le rang 1 étant considéré comme le moins défavorisé et le rang 10 comme le plus défavorisé.
- Les écoles institutionnelles avec entente MEESR-MSSS ne sont pas diffusées de même que les écoles avec moins de 30 élèves présents au 30 septembre.

Source : MEESR, SPSP, DSID, compilation spéciale des données du recensement canadien de 2006 (production mars 2015).

Environnement social et physique des tout-petits jamésiens

Résultats de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle pour la région du Nord-du-Québec

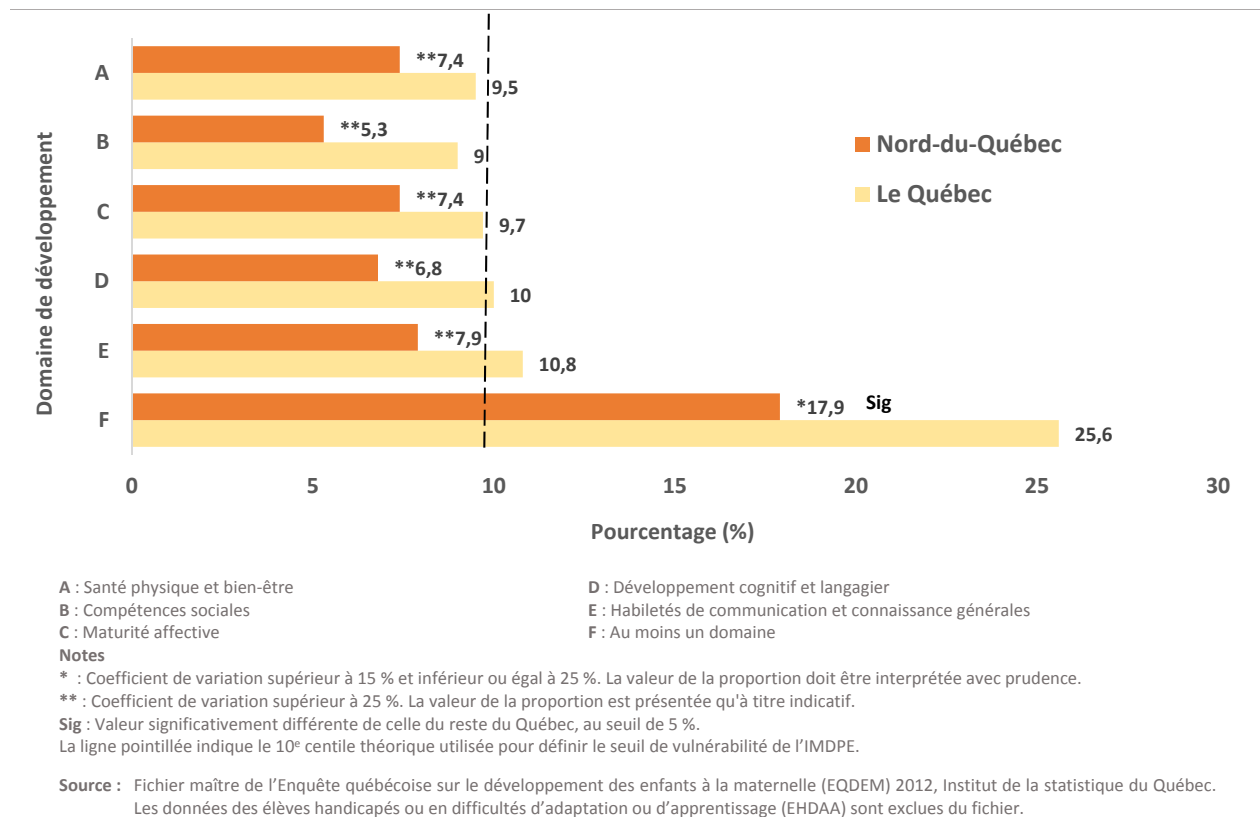
L'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) de 2012 fournit des données sur le degré de développement des tout-petits de la province avant leur entrée en première année. Au moment de leur entrée à l'école, un tout-petit jamésien sur six contre un enfant québécois sur quatre présente une vulnérabilité dans au moins un des cinq domaines de développement (santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier, habiletés de communication et connaissances générales). Ainsi, d'après les informations fournies par les enseignants dans le cadre de l'EQDEM (2012), la région sociosanitaire du Nord-du-Québec fait partie des régions qui se distinguent par une plus faible proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine comparativement au Québec (18 % c. 26 %) ce qui représente à peu près 30 tout-petits jamésiens.

Une classification selon le sexe montre que les garçons (26 %) de la région sont proportionnellement plus nombreux que les filles (8 %) à être vulnérables dans au moins un domaine de développement.

Tout comme pour le Québec, à la maternelle, les tout-petits jamésiens sont plus vulnérables dans le domaine des « habiletés de communication et connaissances générales » qui recouvre les capacités à communiquer de façon à être compris, la capacité à comprendre les autres, une articulation claire et des connaissances générales. À l'inverse, les enfants de la région sont moins vulnérables dans le domaine des « compétences sociales » au moment de leur entrée à l'école. Mais compte tenu de l'interdépendance de certains domaines, les domaines du « développement cognitif et langagier » et des « habiletés de communication et connaissances générales » sont fréquemment associés puisqu'ils ont en commun le langage.

Aussi, si le développement du langage chez les enfants se traduit souvent par la capacité à bien s'exprimer et à bien communiquer, toute action d'intervention dans le domaine des « habiletés de communication et connaissances générales » des enfants doit entraîner *de facto* une intervention sur le « développement cognitif et langagier ».

Graphique 2 : Proportion des enfants de la maternelle âgés de 5 ans vulnérables par domaine de développement, EQDEM 2012, région sociosanitaire du Nord-du-Québec



Qualité des logements et santé des tout-petits

Il existe des liens importants entre la qualité du logement et la santé socio-émotionnelle des enfants mesurés sur le plan de problèmes de comportement. Certains résultats d'études, mis en évidence par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), ont démontré que les problèmes de comportements des enfants peuvent être liés à la détérioration matérielle des logements et des voisinages des enfants. Des conclusions certes préliminaires, mais qui donnent du poids à l'hypothèse selon laquelle l'environnement matériel des enfants produit un effet unique (mais malheureux) sur leur santé mentale s'il est inférieur aux normes.

En 2011, environ les trois quarts du total des logements privés dénombrés dans la région étaient occupés par des propriétaires rendant ainsi l'offre locative plutôt limitée. En plus du reflux de l'offre locative, la région doit faire face à l'état de ses logements. En effet, parmi l'ensemble des logements privés occupés dans la région, 11 % nécessitaient des réparations majeures (contre 7,7 % pour le Québec) et 58,2 % un

entretien régulier eu égard à l'état de vieillesse des logements. Dans la région, plus de 8 logements sur 10 étaient construits avant 1986.

Services de garde éducatifs

La période de la petite enfance est cruciale pour le développement des enfants. Les soins, l'attention et surtout l'éducation qu'ils reçoivent s'avèrent déterminants sur leur avenir. En permettant aux tout-petits de s'épanouir dans toutes leurs dimensions (affectif, social, cognitif et langagier, physique et moteur, etc.), les services de garde éducatifs à l'enfance ont aussi pour mission de favoriser leur développement global.

LE SAVIEZ-VOUS?

Au Québec, les services de garde éducatifs à l'enfance peuvent être subventionnés ou non subventionnés par le gouvernement. Dans les deux cas, ils doivent obtenir un permis du ministère de la Famille ou une reconnaissance d'un bureau coordonnateur de la garde en milieu familial (bureau coordonnateur) s'ils accueillent plus de six enfants.

Les **services de garde éducatifs** ont six objectifs : accueillir les enfants et répondre à leurs besoins, assurer leur santé, leur sécurité et leur bien-être, favoriser l'égalité des chances, contribuer à leur socialisation, apporter un appui à leurs parents et, enfin, faciliter leur entrée à l'école (2007).

Un **centre de la petite enfance, ou CPE**, est un organisme à but non lucratif ou une coopérative qui offre dans ses installations des places subventionnées. Il est dirigé par un conseil d'administration composé d'au moins sept membres, dont au moins les deux tiers sont des parents usagers ou futurs usagers du CPE.

Le service de garde en milieu familial est tenu par une personne dans une résidence privée. Si cette personne n'est pas reconnue par un bureau coordonnateur, elle ne peut pas recevoir plus de six enfants.

(Ministère de la Famille, 2016, p. 3)

Les résultats de l'EQDEM s'inscrivent dans cette perspective. Ils montrent que l'utilisation d'un service de garde de qualité a des effets positifs sur le développement de tous les enfants, surtout ceux de familles à faible revenu. Dans la région, ils sont 75,2 % à avoir fréquenté régulièrement un service de garde avant d'entrer à la maternelle 5 ans contre 80,9 % pour le Québec. Une proportion qui pourrait être augmentée afin de constituer un important facteur de protection pour le développement et la réussite des tout-petits jamésiens.

LE SAVIEZ-VOUS?

Un **service de garde de qualité** est un service qui est capable de reconnaître les besoins des enfants et d'y répondre. C'est également un service qui intervient auprès des enfants en tenant compte de leur niveau de développement. C'est aussi un ou des adultes qui font équipe avec les parents des enfants qui le fréquentent. Il y a **quatre** principales dimensions d'un service de garde de qualité :

- la qualité des interactions entre le personnel éducateur ou les RSG et les enfants;
- la qualité des interactions entre le personnel éducateur ou les RSG et les parents;
- la structuration et l'aménagement des lieux;
- la structuration et la diversité des activités offertes aux enfants.

(Véronique FOREST, 2007, p. 7)

Santé des mères et des tout-petits jamésiens

Dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec, pour la période de 2007 à 2011 :

- On compte 7,8 % de naissances avant terme (prématurées), c'est-à-dire de moins de 37 semaines entières de gestation.
- Les nouveau-nés de faible poids (moins de 2 500 grammes) représentent 5,4 % des naissances.
- Les naissances de nouveau-nés présentant un retard de croissance intra-utérine, c'est-à-dire de poids insuffisant compte tenu de l'âge gestationnel, sont de 8,8 %.

Tableau 7 : Caractéristiques démographiques et problèmes liés à la santé des nouveau-nés et nourrissons, Nord-du-Québec, 1982-1986 à 2007-2011

Période	Nombre annuel moyen de naissances vivantes	Naissances vivantes prématurées (%) (moins de 37 semaines de gestation)	Naissances vivantes de faible poids (%) (< 2500 grammes)	Naissances vivantes ayant un retard de croissance intra-utérine (%)	Taux de natalité
1982 à 1986	492	5,4	6,9	18,8 (+)	19,3 (+)
1987 à 1991	360	6,7	5,3	13,2	16,9 (+)
1992 à 1996	285	6,8	6,2	11,5	14,7 (+)
1997 à 2001	218	7,9	7,1	11,5 (+)	12,4 (+)
2002 à 2006	179	7,7	5,8	8,9	11,4 (+)
2007 à 2011	164	7,8	5,4	8,8	11,2

Sources :

MSSS, Fichier des naissances (produit électronique).

MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015).

Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 7 janvier 2016, mise à jour de l'indicateur le 1^{er} octobre 2015.

Dès la grossesse, les habitudes de vie de la future mère ont une incidence sur le développement de l'embryon et sur la santé du bébé à plus long terme. Par exemple, le facteur de risque le plus important du retard de croissance intra-utérine (RCUI) est le tabagisme de la mère. Selon les données de *l'Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006*, la proportion d'enfants dans la région dont la mère a fumé la cigarette pendant la grossesse est significativement supérieure à la moyenne québécoise (30 % c. 18 %). Et puisqu'on n'a pu établir de niveau sécuritaire de consommation d'alcool pendant la grossesse, on recommande aux femmes enceintes ou souhaitant le devenir d'éviter l'alcool. Dans la région, ils sont 28 % dont la mère a consommé de l'alcool pendant leur grossesse.

Aussi, la mauvaise alimentation de la mère durant la grossesse est également associée au RCUI qui est lié à une plus grande morbidité et mortalité foeto-infantile ainsi qu'à d'autres problèmes comme les difficultés d'apprentissage (fiche indicateur santé).

Durant la période 2007-2009, en moyenne chaque année, on enregistrait 16 grossesses chez les adolescentes de 14-19 ans dans la région pour un taux de 27,3 pour 1 000 (26,3 pour 1 000 pour le Québec). Par contre, le taux de grossesse à l'adolescence est beaucoup plus élevé dans le groupe d'âge de 18-19 ans (62 pour 1 000) que dans le groupe de 14-17 ans (11,8 pour 1 000). Cependant, tout comme pour le Québec, le taux de grossesse chez les adolescentes jamésiennes a diminué de façon globale depuis la période 1998-2000.

Action favorisant l'état de santé des enfants : l'allaitement maternel

Pour lutter contre l'excès de morbidité lié au non-allaitement chez les jeunes enfants de 0 à 5 ans, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), tout comme Santé Canada, recommandent l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant et sa poursuite avec l'ajout d'aliments complémentaires, jusqu'à deux ans et au-delà. Les bienfaits de l'allaitement seraient ainsi liés à sa durée et à son exclusivité.

Dans la région, le pourcentage de mères qui allaitent décroît de façon continue et prononcée depuis le premier contact (61 %) pour atteindre 2 % au 6^e mois, c'est-à-dire loin des cibles ministérielles. En effet, plus des trois quarts des mères jamésiennes qui avaient entrepris l'allaitement au premier contact cessent d'allaiter leur bébé au 6^e mois en 2012-2013. Au Québec, le manque de lait maternel est la principale raison invoquée par les mères pour justifier leur décision de cesser d'allaiter leur enfant²³. Et parmi celles qui ont arrêté d'allaiter avant l'âge d'un mois, les inconvénients engendrés par l'allaitement et/ou les difficultés à appliquer les méthodes d'allaitement arrivent en tête des raisons explicatives.

Tableau 8 : Objectifs et taux d'allaitement, région sociosanitaire du Nord-du-Québec et Le Québec, 2012-2013

	Objectifs MSSS		Nord-du-Québec		Le Québec	
	Allaitement total (%)	Exclusif (%)	Allaitement total (%)	Exclusif (%)	Allaitement total (%)	Exclusif (%)
1^{er} contact	75	n. d.	75	61	81	65
2 mois	70	40	65	47	62	47
4 mois	60	30	56	27	52	34
6 mois	50	10	42	2	43	4
1 an	20	n. d.	18	n. d.	17	n. d.

Source : Maximilien ILOKO FUNDI, *État des lieux en allaitement maternel : données sur l'alimentation de l'enfant 2012-2013*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2014, p. 12-14.

Identification des priorités d'intervention

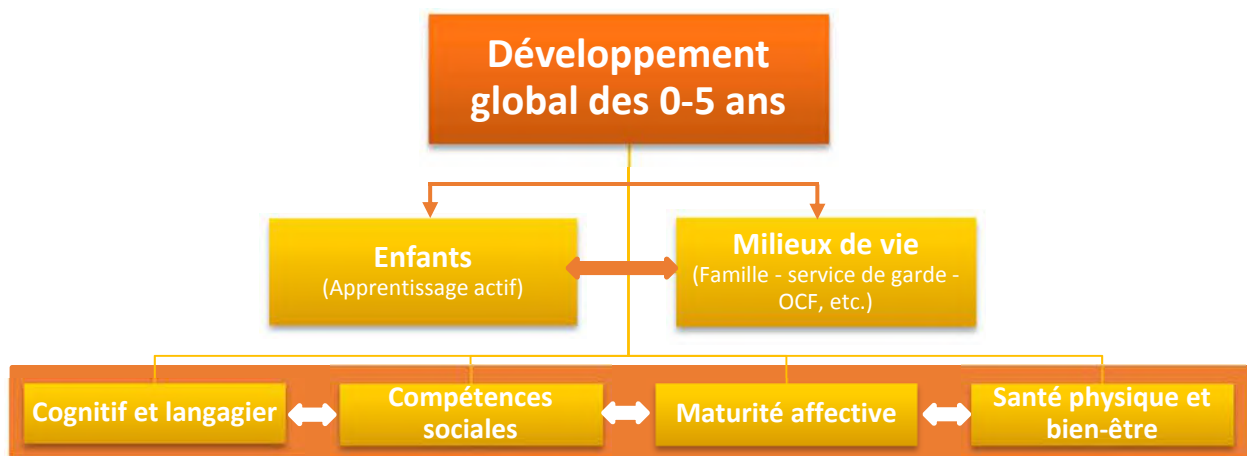
Dans le développement global des enfants, différents domaines développementaux (santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier, habiletés de communication et connaissances générales) et secteurs inter-rétroagissent. Ce jeu infini d'interactions et de rétroactions entre les domaines développementaux et les secteurs est susceptible de générer de la complexité, mais aussi de l'incertitude. Et c'est précisément pour intégrer celles-ci dans le choix des actions à mettre en œuvre qu'une vision s'avère nécessaire, voire essentielle et cette dernière fera l'objet du premier point avant de terminer par les recommandations.

²³ Amélie LAVOIE et Valeriu DUMITRU, « L'allaitement maternel : une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada – Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », *Zoom santé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, n° 28, octobre 2011, p. 5.

Vision négociée et partagée

Notre perspective s'inscrit dans des actions déjà existantes comme l'*Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants* (ICIDJE) avec pour but de soutenir le développement des enfants de 0 à 5 ans et mieux les préparer à leur entrée à l'école. Une telle initiative s'appuie sur un partenariat intersectoriel entre les ministères de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur (MEES), de la Famille et des Aînés (MFA) et des organismes comme Avenir d'enfants (AE) et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Ces différents acteurs se sont dotés d'une vision négociée et partagée dont l'importance, surtout dans ce contexte d'incertitudes, est qu'elle permet d'orienter les efforts et les ressources vers un objectif commun : le développement global des tout-petits.

Graphique 3 : Développement global des tout-petits



Selon cette vision commune, le développement physique et moteur, affectif, social, cognitif et langagier des tout-petits résulterait des interactions dynamiques et rétroactives entre l'enfant, à travers ses différents apprentissages et les différents milieux qu'il est appelé à fréquenter. Ces milieux, sans être exhaustif, sont les services de garde, les classes préscolaires, les haltes-garderies, les services de santé et sociaux, les organismes communautaires « famille », les services communautaires et de loisirs, les services de garde (milieu familial, scolaire), etc.

Sept recommandations pour l'action

Tout comme pour la présentation des facteurs influençant le développement des tout-petits jamésiens, les recommandations vont être présentées en adoptant une approche écosystémique. À partir de l'articulation de la description du problème de recherche, des facteurs influençant le développement des enfants et le portrait des tout-petits jamésiens, nous avons retenu les priorités d'action suivantes qui s'apparentent à des recommandations.

1) Positionner le développement global de l'enfant comme une priorité dans les plans d'action des partenaires locaux à la petite enfance

Cette première recommandation constitue le substrat à partir duquel toutes les autres recommandations pourront se développer.

Aujourd'hui, même si l'importance du développement des jeunes enfants est de plus en plus reconnue aussi bien par les acteurs institutionnels que non institutionnels, le fossé persiste cependant entre cette reconnaissance et son inscription comme priorité d'action. En effet, beaucoup d'acteurs de la petite enfance et de la famille définissent encore leur priorité au gré des occasions de financement du moment ou bien de l'actualité d'un thème. Une telle manière de procéder conduit le plus souvent à sacrifier l'essentiel au détriment de l'urgence. Or, la gouvernance par l'urgence ne devrait pas faire oublier l'urgence de l'essentiel qui est et doit demeurer le développement global des enfants. Cela devrait passer nécessairement par un travail constant de mobilisation et de plaidoyer auprès des acteurs de la petite enfance et de la famille, qu'ils soient individuels et collectifs. Ce travail doit être assuré par une table de la petite enfance à mettre sur pied en insistant constamment sur la nécessité absolue, comme le titre Jack P. Shonkoff (2010) dans l'un de ses articles qui est « d'investir dans le développement des jeunes enfants pour établir les bases d'une société propre et durable ».

2) Soutenir les pratiques parentales dès la grossesse et en tenant compte des besoins spécifiques de certaines clientèles

Il existe un consensus solide sur le fait que les parents sont importants pour le développement et le fonctionnement des enfants et leurs pratiques sont un des plus puissants facteurs d'influence du développement de l'enfant sur lequel il est possible d'agir.

En complément à ses capacités innées, le développement d'un enfant dépend de la qualité de la relation qu'il entretient avec ses parents ou des personnes qui prennent habituellement soin de lui. En effet, il est démontré que la qualité des pratiques parentales reçues pendant la petite enfance affecte trois déterminants clés du succès ultérieur à l'école : le potentiel cognitif, les habiletés sociales et le fonctionnement comportemental. Par conséquent, certaines pratiques qu'adoptent les parents peuvent favoriser le développement de l'enfant, d'autres, par contre, peuvent l'entraver. Aussi, faut-il souligner certaines pratiques parentales qui peuvent s'améliorer ou se détériorer dans le temps ce qui montre leur caractère circonstanciel et évolutif.

Nous recommandons, compte tenu de ces constats, le renforcement du pouvoir d’agir des parents et des futurs parents par de l’information, du soutien et des outils mis à leur disposition afin de les aider à mieux exercer leur rôle. Le soutien peut être :

- **Affectif ou émotionnel** : manifester de l’affection et de l’estime, écouter, réconforter, etc. `
- **Informatif** : comme recevoir de l’information sur le développement de leur enfant.
- **Matériel** : les aider à avoir accès à des ressources ou les référer vers les ressources appropriées selon leurs besoins, etc.

En effet, puisque les parents sont les premiers responsables du développement de leur enfant, les interventions à mettre en œuvre doivent viser à donner aux parents les connaissances et les habiletés dont ils ont besoin pour s’acquitter efficacement de leur responsabilité tout en s’ajustant à leurs besoins sans usurper leur responsabilité parentale²⁴.

LE SAVIEZ-VOUS?

De la naissance à la période de la petite enfance, des pratiques parentales sensibles et réceptives sont reconnues pour promouvoir la sécurité de l’attachement et, les relations parent-enfant mutuellement positives, favorisent la coopération de l’enfant, l’obéissance et le développement de la conscience.

(Jay BELSKY, 2014, p. 1)

3) Protéger, promouvoir et soutenir l’allaitement maternel

L’allaitement maternel joue un rôle déterminant pour ce qui est de fournir aux enfants les nutriments nécessaires surtout durant les premiers mois de vie. Utilisé de façon exclusive, l’allaitement maternel réduit les risques d’arrêt de croissance précoce après la naissance et assure un double rôle en offrant une alimentation adéquate et en favorisant le développement sain du bébé grâce à la stimulation et au lien affectif qu’il procure²⁵. Parmi les avantages de l’allaitement maternel, il y a la réduction de l’incidence et la gravité de nombreuses maladies infectieuses ou chroniques, par conséquent à la mortalité qui leur est associée.

Aussi, l’allaitement maternel peut procurer de multiples stimuli sensoriels, car au cours de l’allaitement, la mère et son bébé vivent des interactions privilégiées, susceptibles de faciliter et de renforcer leur lien d’attachement. De ce fait, plus la durée de l’allaitement sera longue, plus l’enfant se nourrira exclusivement de lait maternel au cours des premiers mois et plus il en retirera des bénéfices²⁶. Cependant, il serait aussi intéressant, de profiter de la mise en place de cette recommandation pour que les intervenantes (infirmières en santé parentale et infantile par exemple) puissent aider les mères, surtout celles vulnérables, à interagir avec leur enfant durant ce moment

²⁴ Daniel BEAUREGARD, *Les services intégrés en périnatalité et petite enfance favoriser le développement des enfants âgés de 1 à 5 ans. Guide d’intervention pour soutenir les pratiques parentales*. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2009, p. 11.

²⁵ Lori G. IRWIN, Arjumand SIDDIQI et Clyde HERTZMAN, *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur : rapport final*, Genève, Commission des déterminants sociaux de la santé de l’Organisation mondiale de la santé, 2007, p. 21.

²⁶ Luce BORDELAU, *Rapport de la directrice de santé publique 2013 : Donner des ailes à leur réussite pour assurer aux tout-petits un bon départ*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 2013, p. 28.

privilegié afin qu'elles apprennent davantage le rôle de l'interaction précoce dans le développement du cerveau.

LE SAVIEZ-VOUS?

« Au moment où bébé prend le sein ou reçoit le biberon, il perçoit non seulement l'apaisement de sa faim, mais aussi le plaisir d'avoir le mamelon ou la tétine en bouche et la sensation tactile des lèvres que cela lui procure. Il sent le lait chaud qui le pénètre, accroche son regard à celui de sa mère et y lit tout l'amour et l'admiration qu'elle lui porte. Il perçoit son odeur, entend le rythme de son cœur et sa voix qu'il connaît ».

(Annette WATILLON-NAVEAU, 2015, p. 18)

4) Soutenir la création d'environnements favorables au développement du langage et de la littératie chez les tout-petits

Les habiletés langagières des jeunes enfants, leur capacité à lire et à écrire, sont importantes pour leur réussite interpersonnelle et scolaire, car une relation est établie entre les premières capacités langagières et la maîtrise ultérieure de la lecture. En effet, quand les enfants éprouvent des difficultés à comprendre les autres et à s'exprimer, il n'est pas surprenant qu'ils rencontrent des problèmes d'adaptation psychosociale et affective. Consciente de cet état de fait, l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) a proclamé 2003-2012, la décennie de la littératie pour insister sur le fait que chacun a besoin de développer la capacité d'accéder à l'information, l'évaluer et l'utiliser de diverses manières.

En écho aux résultats de l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle*, pour la région, nous recommandons d'agir de façon concomitante et coordonnée sur les systèmes :

- **Enfant** : Par un accès facile et continu, familiariser les tout-petits jamésiens aux livres dans les milieux de garde, à la bibliothèque municipale, aux ateliers de stimulation, dans les organismes communautaires famille, etc. En effet, nous espérons, en multipliant les occasions d'interactions conversationnelles favoriser l'acquisition du langage chez nos tout-petits jamésiens.
- **Famille** : Dans le cadre des activités de soutien aux pratiques parentales, fournir aux parents des outils pour développer, par le jeu et la découverte, l'éveil à la lecture et à l'écriture de leur enfant.
- **Communauté** : Augmenter l'accessibilité à l'écrit et à la lecture en aménageant la majorité des endroits publics fréquentés par les enfants et leur famille (salle d'attente, salle de jeu, centre de petite enfance, halte-garderie, organismes communautaires « famille », etc.).

LE SAVIEZ-VOUS?

Selon la définition la plus fréquemment utilisée au Canada, la littératie en santé est « la capacité d'avoir accès à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie ». Selon l'approche intersectorielle pour améliorer la littératie en santé des Canadiens et Canadiennes, un personne ayant un bon niveau de littératie en santé doit être en mesure de :

- 1) comprendre et exécuter des directives en matière d'autosoins, notamment l'administration de traitements curatifs médicaux quotidiens complexes;
- 2) planifier son mode de vie et y apporter les modifications nécessaires pour améliorer sa santé;
- 3) prendre des décisions adéquates et éclairées en matière de santé;
- 4) savoir comment et quand avoir accès à des soins de santé au besoin;
- 5) partager avec d'autres des activités favorisant la santé;
- 6) faire face aux problèmes de santé dans son milieu et la société en général.

(ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE, 2014, p. 6)

5) Valoriser le jeu... surtout actif

Le jeu ne devient un impératif que lorsque la sécurité affective et la confiance s'installent dans les relations parent-enfant. En jouant, l'enfant construit sa santé relationnelle et affective. En dépit du plaisir qu'il éprouve en jouant, l'enfant fait aussi d'importants apprentissages (distinguer les formes, les couleurs, contrôler ses mouvements, expérimenter diverses solutions, etc.). Il explore, découvre son environnement, accroît ses connaissances et améliore son vocabulaire.

En plus d'avoir le mérite de rendre les enfants actifs physiquement, le jeu a une fonction de socialisation importante puisque les enfants apprennent à négocier leur identité et découvrent les subtilités sociales des relations²⁷. En interaction avec d'autres enfants par le jeu, il apprend la collaboration, la patience ou encore la négociation. Il acquiert les stratégies nécessaires pour gérer ses comportements, pour établir des relations interpersonnelles et surmonter les défis quotidiens. Il est vrai que l'enfant peut jouer seul, chez lui, avec son jeu de cuisine et sa poupée. Cependant, à la garderie, il doit attendre son tour et partager les jouets, l'espace, les jeux de rôle et même l'attention de l'éducatrice. Il apprend ainsi à partager, à négocier et même à perdre avec calme. En situation de groupe, le jeu, sous toutes ses formes, facilite l'acquisition de l'autorégulation et est la voie d'apprentissage privilégiée pour les enfants.

Parmi tous les types de jeux, il est particulièrement important d'encourager le jeu actif, perçu comme toute forme d'activité ludique qui entraîne un mouvement chez l'enfant. Le jeu actif est essentiel entre 0 et 5 ans, car c'est à cette période que se forge l'acquisition des habiletés de motricité globale, c'est-à-dire les habiletés fondamentales du mouvement (lancer, attraper, frapper du pied, etc.) et celles de la locomotion (ramper, marcher, courir, etc.).

²⁷ Lori G. IRWIN, Arjumand SIDDIQI et Clyde HERTZMAN. *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur : rapport final*, Genève, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, 2007, p. 23.

Pour que les tout-petits puissent développer pleinement leur potentiel, nous recommandons de leur offrir de multiples occasions, aussi enrichissantes que diversifiées, d'explorer, d'apprendre, car les premières années de vie sont déterminantes. Les familles, les services de garde, les écoles et les communautés doivent offrir aux enfants et à leurs pairs des espaces de jeu sécuritaires où les activités ne sont pas structurées pour leur permettre de créer et d'organiser leurs propres activités physiques afin de stimuler l'imagination et de favoriser l'interaction sociale et la capacité d'acquérir et de perfectionner les habiletés de façon autonome.

LE SAVIEZ-VOUS?

« De caractère spontané, le jeu se caractérise avant tout par le plaisir qu'il procure, et c'est pourquoi l'enfant s'y investit avec beaucoup d'intérêt et y consacre beaucoup de temps. C'est son mode d'exploration du monde. Quel que soit son type ou sa forme, le jeu présente des défis à relever, des problèmes à résoudre et des règles à respecter. C'est parce qu'il s'y investit à fond que l'enfant fait, par l'intermédiaire du jeu, des apprentissages qui touchent toutes les facettes de son développement ».

(Véronique FOREST, 2007, p. 46)

6) Favoriser une offre de service continue et complémentaire de la période prénatale à la période scolaire

Le portrait régional du mode de vie physiquement actif des enfants de 0 à 5 ans dans la région montre que l'offre en matière de services et d'infrastructures pour faire bouger les tout-petits, même si elle est inégalement répartie selon les localités, est bien réelle dans la région. Cependant, la majorité des services et des infrastructures destinés aux enfants et à leurs familles est fragmentées, compartimentées favorisant un émiettement et n'offrant que peu de continuité aussi bien dans les services et les interventions que dans l'utilisation des infrastructures destinées aux tout-petits et cela, pour deux raisons principalement. D'une part, des interventions auprès des jeunes enfants jamésiens et de leurs familles qui se font encore, pour une large partie en silo; et d'autre part, une absence de vulgarisation de l'information sur les services et les infrastructures ce qui fait que ces derniers ne sont jamais utilisés à leur plein potentiel. Une situation qui pose comme principale difficulté l'intégration des services pour le développement global des jeunes enfants.

Pour la réussite de cette intégration, nous recommandons à tous les acteurs, individuels et collectifs, à tous les partenaires qui œuvrent auprès des tout-petits jamésiens de s'entendre sur un cadre commun de collaboration pour éviter le dédoublement des ressources et assurer une certaine cohérence et qualité dans les actions. Pour y parvenir, il revient au groupe de travail « petit enfance » de promouvoir une approche globale du développement de la petite enfance, conditionnée par l'environnement et où tous les domaines physique, socioaffectif, cognitif, langagier, culturel et identitaire se développent conjointement et de façon interreliée. Cette recommandation serait un appel à une substitution de l'approche fragmentée dans le développement des tout-petits par celle plus globale, plus cohérente et allant des périodes prénatale à scolaire avec la mise en place de processus favorisant la mutualisation et la production d'une expertise intégrée.

7) Soutenir le développement des compétences surtout des acteurs de première ligne

Tout comme les parents, les éducateurs, les intervenants, les infirmières, etc. ont un rôle fondamental à jouer pour le développement des enfants en accompagnant les parents, mais aussi en donnant aux enfants des outils pour qu'ils deviennent les architectes de leur propre vie²⁸. Pour assurer pleinement ce rôle, les intervenants doivent se prévaloir des compétences nécessaires et c'est précisément dans le développement des compétences que les services de première ligne ont le plus de difficultés dans nos réseaux.

C'est pourquoi nous recommandons un développement continu des compétences et une optimisation des connaissances des éducateurs, intervenants, infirmières, etc. tout au long de leur vie professionnelle. Il s'agirait, par exemple, de définir, dans le cadre d'orientations régionales pour l'augmentation de la capacité continue d'agir en petite enfance, des moyens d'action qui seront soutenus par l'ensemble des acteurs et secteurs d'activités de la petite enfance. Sans être exhaustifs, ces moyens peuvent être des formations liées à des compétences innovantes et transversales, séminaires, activités structurées de transfert des apprentissages, « coaching », communautés de pratique, etc. Ils peuvent être mis en place pour soutenir le développement continu des compétences.

²⁸ FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE, *Développement du jeune enfant : les iniquités. Ce que révèlent les données : Faits mis en évidence pour les enquêtes en grappes à indicateurs multiples*, New York, UNICEF, 2012, p. 4.

Conclusion

L'idée à la base de cette recherche était de répondre aux préoccupations croissantes de certains professionnels concernés par la petite enfance sur une présence, de plus en plus marquée, de comportements antisociaux dans certains milieux de vie des enfants; d'une hausse supposée du nombre d'enfants qui commencent l'école avec des déficits, constituant ainsi de réels facteurs de risque à la réussite éducative des enfants.

Pour que la recherche puisse répondre aux inquiétudes nourries des professionnels, mais aussi des praticiens et des décideurs, nous avons adopté une double perspective : déductive et confirmatoire d'une part, et inductive, d'autre part. À partir de données empiriques comme des observations ou l'analyse de situations particulières vécues par certains professionnels, nous avons cherché à comprendre les processus en jeu à travers les différentes significations données aux événements vécus par les acteurs.

Ces différentes démarches ont permis de cerner les différents facteurs de risque et de protection, par ailleurs, bien documentés par la littérature, et de prioriser les pistes d'intervention centrées sur des facteurs de risque proximaux et distaux : les caractéristiques et les conditions de vie de la famille, les milieux de vie des enfants (garderies, écoles, etc.) et l'accès à des services et à des ressources de qualité, etc.

Les résultats de cette recherche-action ont montré des disparités dans l'exposition aux facteurs explicatifs de la santé et du bien-être des tout-petits jamésiens. Ces écarts qui résultent d'une distribution, somme toute, inégale des déterminants sociaux de la santé, renforcent les inégalités sociales de santé et se jouent à divers niveaux : individuel, milieux de vie et environnement global des enfants.

Pour combler ces écarts, la principale recommandation de cette recherche est d'agir sur un certain nombre de ces déterminants de la santé des tout-petits jamésiens en privilégiant des actions dont les modalités et l'intensité varieront selon les besoins des différents groupes. Et pour agir efficacement sur ces déterminants, il importerait de tenir en compte une double contrainte : le contexte de raréfaction des ressources auquel tous les acteurs institutionnels et non-institutionnels font face et la complexification, sans cesse croissante, des problématiques de la petite enfance où les échelles d'interventions s'entrecroisent, les acteurs et secteurs d'activités impliqués se multiplient. Pour faire face à cette double contrainte, les approches collaboratives, comme stratégie transversale, doivent s'ériger comme un principe directeur dans la promotion du développement global des tout-petits jamésiens.

De plus, en favorisant des partenariats solides et une étroite collaboration intersectorielle pour la petite enfance, cela réduirait considérablement les doublons dans les offres de service, les chevauchements de compétences et de rôles entre secteurs d'activités ou acteurs de la petite enfance, à la fragmentation du soutien dont ont besoin les familles, surtout celles vulnérables tout en rendant les services plus accessibles et, par ricochet, donner naissance, dans certains cas, à des projets collectifs intéressants.

Annexe 1 : Canevas d'entretien

1. Description du projet de recherche

- 1.1. Contexte
- 1.2. Description du projet
- 1.3. Objectifs de l'entretien

2. Types d'interventions

2.1. Dans votre travail, êtes-vous confrontés à des situations où des enfants de 0-5 ans vivent des problèmes d'agressivité ou des difficultés relationnelles ? Dans quel contexte ?

2.2. Quelles sont les activités que vous avez mises en place pour prévenir l'agressivité ou les difficultés relationnelles chez les enfants ?

- a)auprès des enfants
- b)auprès des éducatrices
- c)auprès des parents

- Nature des activités
- Fréquence
- Objectifs recherchés
- Difficultés, contraintes, obstacles limitant les résultats
- Effets
- Méthode d'évaluation
- Améliorations possibles

2.3. Comment les intervenants agissent-ils lorsqu'ils sont témoins d'un comportement agressif ou de difficultés relationnelles chez les enfants ?

- a)auprès des enfants
- b)auprès des parents

- Nature des activités
- Fréquence
- Objectifs recherchés
- Difficultés, contraintes, obstacles limitant les résultats
- Effets
- Méthode d'évaluation
- Améliorations possibles

2.4. Quelles sont les activités mises en place pour faire le suivi d'un enfant démontrant de l'agressivité ou des difficultés relationnelles ?

- a)auprès des enfants
- b)auprès des parents

- Nature des activités
- Fréquence
- Objectifs recherchés
- Difficultés, contraintes, obstacles limitant les résultats
- Effets
- Méthode d'évaluation
- Améliorations possibles

3. Besoins des intervenants

3.1. Quelles sont les ressources qui vous aident à intervenir auprès des enfants, des intervenants et des parents (spécialistes, programmes, sites web, organisations, etc.) ?

3.2. Vivez-vous d'autres difficultés en lien avec la prévention ou la réduction de l'agressivité et des problèmes relationnels des enfants ?

3.3. Quels sont vos besoins pour mieux intervenir auprès des enfants, des intervenants ou des parents ?

- a) Formation (savoir, savoir-faire, savoir-être)
- b) Ressources humaines
- c) Soutien/expertise
- d) Ressources financières
- e) Outils pédagogiques

3.4. Avez-vous des pistes de solution ou des idées de projets pour mieux prévenir l'agressivité et les difficultés relationnelles à la petite enfance ?

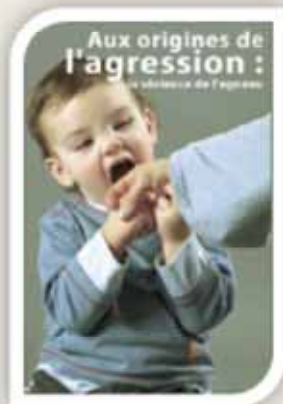
3.5. Aimeriez-vous assister à la rencontre des partenaires le 30 octobre et participer au projet de recherche ?

- a) Qui sera présent avec vous ?

Annexe 2 : Projection du documentaire « Aux origines de l'agression : la violence de l'agneau »

INVITATION

Projection du documentaire « Aux origines de l'agression : la violence de l'agneau »



La Direction de santé publique du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James vous invite à la présentation du documentaire « Aux origines de l'agression : la violence de l'agneau » à la salle 122 du centre administratif du CRSSS de la Baie-James le mercredi, 30 octobre 2013 à 13 h.

Ce documentaire constitue une synthèse des connaissances sur l'évolution des comportements d'agression à la petite enfance et sur les origines de la violence à l'âge adulte. Tout en examinant la complexité des facteurs (biologique, social et psychologique) qui contribuent à la socialisation des comportements agressifs chez les humains, ce film propose des recommandations pour prévenir la violence.

Après le visionnement, le professeur Jean Gervais du département de psychoéducation à l'Université du Québec en Outaouais, scénariste et producteur, participera à une discussion avec l'auditoire en vue de l'implantation de diverses actions de prévention de la violence dès la petite enfance, partagées et négociées avec tous les partenaires de la région.

Objectifs spécifiques de cette journée :

- » Échanger et partager nos expériences pour mieux observer, comprendre les manifestations de l'agressivité chez nos tout-petits jamésiens;
- » Élaborer, avec les participants, d'éventuelles pistes d'intervention;
- » Évaluer la faisabilité de telles interventions dans les différents milieux de vie de nos jeunes enfants.

Pour confirmer votre présence, communiquez avec Céline Fournier au 418 748-3575, poste 5129 ou par courriel : celine_fournier@ssss.gouv.qc.ca

Office national du film du Canada
Produit par Jean Gervais, Ph.D. & Richard E. Tremblay, Ph.D.

L'agressivité humaine est-elle innée ou prend-elle sa source dans l'éducation? Des interviews avec des chercheurs de différents domaines (dont un Prix Nobel) font la lumière sur cette question.

Avec des images étonnantes d'enfants donnant libre cours à leurs impulsions violentes, ce documentaire fascinant examine la complexité des facteurs qui contribuent à la socialisation des comportements agressifs chez les humains.

Le documentaire aborde les aspects biologique, social et psychologique de la question et propose des recommandations pour prévenir la violence humaine.

Bibliographie

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, Ottawa, l'Agence, 2008, xvii, 336 p. Accessible en ligne : <http://www.violapolomeno.com/cphr-rspc08-fra.pdf>
- AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais*, Montréal, Direction de santé publique de l'Agence, 2008, 133 p. Accessible en ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-630-5.pdf
- ALLARD, Geneviève. *Projet TONUS : Un programme universel et ciblé visant à prévenir l'aggravation des conduites agressives auprès d'élèves de 5^e année*, Montréal, Université de Montréal, 2009, 62 p. Accessible en ligne : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3848/2009_allard_genevieve.PDF?sequence=1&isAllowed=y
- ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Exemples de mise en application de la littératie en santé*, Ottawa, l'Association, 2014, 25 p. Accessible en ligne : http://www.cpha.ca/uploads/progs/literacy/examples_f.pdf
- Aux origines de l'agression : La violence de l'agneau*, réalisateur Jean- Pierre MAHER, Montréal, Office national du film du Canada, 2005, DVD, 50 min. 24 sec.
- BARBEAU, Marie-Ève. *Regard sur la violence de nos tout-petits Jamésiens : Acteurs, programmes de prévention et enjeux*, Chibougamau, Centre régional de santé et services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2013, 63 p. [Document de travail sur Chapais et Chibougamau]
- BARBIER, Rémi. *L'implantation conflictuelle des équipements collectifs. Réflexions à partir de la gestion des déchets*, [s.l.], [s.n.], 2005, 15 p.
- BEAUREGARD, Daniel et autres. *Les services intégrés en périnatalité et petite enfance favoriser le développement des enfants âgés de 1 à 5 ans. Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales*. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications, 2009, iii, 275 p. Accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-836-01.pdf>
- BELLEAU, Paule et Véronique MARTIN. *Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec : une vision partagée pour des interventions concertées*, [Québec], Ministère de la Famille, 2014, 29 p. Accessible en ligne : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Favoriser-le-developpement-global-des-jeunes-enfants-au-quebec.pdf>
- BELSKY, Jay. « Déterminants sociocontextuels des pratiques parentales », Dans Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants : Habiletés parentales, Montréal, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 2014, 6 p. Accessible en ligne : <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/textes-experts/fr/85/determinants-sociocontextuels-des-pratiques-parentales.pdf>
- BIGRAS, Nathalie et autres. *Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs : grandir en qualité 2003*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2004, 597 p. Accessible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/education/milieu-garde/qualite-services-educatifs.pdf>
- BORDELAU, Luce. *Rapport de la directrice de santé publique 2013 : Donner des ailes à leur réussite pour assurer aux tout-petits un bon départ*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 2013, 59 p. Accessible en ligne : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3566/Rapport-Colibri.pdf>
- Bulletin statistique de l'éducation*, Montréal, Ministère de l'éducation, du loisir et du sport, n° 26, mars 2003, 9 p. Accessible en ligne : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnelle/bulletin_26.pdf
- Bulletin sur le tempérament*, Montréal, Centre du savoir sur l'apprentissage chez les jeunes enfants, vol. 4, n° 2, mai 2009, 6 p. Accessible en ligne : <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/docs/bulletins-thematiques/le-temperament-canalise-le-developpement.pdf>

- CALKINS, Susan D. *Le tempérament et son impact sur le développement de l'enfant : commentaires sur Rothbart, Kagan, Eisenberg et Schermerhorn et Bate*, Dans Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants : Tempérament, Québec, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants, 2012, 5 p.
- COMEAU, Liane, Nicole DESJARDINS et Julie POISSANT. *Avis scientifique sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés, 2013, iv, 107 p. Accessible en ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1617_AvisScientProgFormationHabiletésParentGroupe.pdf
- COMITÉ DE NUTRITION ET DE GASTROENTÉROLOGIE, SECTION DE LA PÉDIATRIE HOSPITALIÈRE, SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. *l'Initiative Amis des bébés : protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement*, Ottawa, Société canadienne de pédiatrie, 2015, 8 p.
- CÔTÉ, Sylvana, Richard E. TREMBLAY et Frank VITARO. « Le développement de l'agression physique au cours de l'enfance : différences entre les sexes et facteurs de risques familiaux », *Sociologie et sociétés*, vol. 35, n° 1, 2003, p. 215.
- COURTEAU, Jean-Pierre. *Rapport de la directrice de santé publique : Portrait de santé de la population de l'Outaouais 2011*, Gatineau, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de santé publique, 2011, 206 p. Accessible en ligne : <http://santeoutaouais.qc.ca/fileadmin/documents/portrait110721.pdf>
- CYR, Chantal et DUBOIS-COMTOIS, K. *Coup d'œil sur l'attachement - Le développement et la promotion de l'attachement sécurisant chez l'enfant : Un passeport pour la vie*, [En ligne], 2014 [http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d%27oeil_sur_l%27attachement.aspx/] (Consulté en 2016)
- DESROCHERS, Sylvie Louise. *Normes sociales et allaitement maternel : évolution du discours d'un quotidien francophone au Québec*. Montréal, Université du Québec à Montréal, 2012, 109 p.
- DESROSIERS, Hélène, Karine TÉTREAULT et Michel BOIVIN. « Caractéristiques démographiques, socioéconomiques et résidentielles des enfants vulnérables à l'entrée à l'école », *Portraits & trajectoires*, n° 14, mai 2012, 12 p. Accessible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/portrait-201205.pdf>
- DODGE, David. *Capital humain, développement des jeunes enfants et croissance économique*, Dans Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants : Importance du développement des jeunes enfants, Québec, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants, 2007, 2 p. Accessible en ligne : <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/textes-experts/fr/75/capital-humain-developpement-des-jeunes-enfants-et-croissance-economique.pdf>
- Données sociodémographiques en bref*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 20, n° 1, octobre 2015. Accessible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol20-no1.pdf>
- DUGUAY, Rose-Marie et autres. *Découvrir, apprendre et créer à quatre ans : Guide pédagogique pour accompagner le développement holistique, dynamique et harmonieux de l'enfant*. Nouveau-Brunswick, Ministère du développement social, Groupe de recherche en petite enfance francophone, 2010, 82 p. Accessible en ligne : http://www8.umoncton.ca/umcm-grpe/wp-content/uploads/2012/02/Decouvrir_apprendre.pdf
- DURIEUX, Marie-Paule. *Développement et troubles de l'enfant 0-12 mois*, Bruxelles, Éditions Yapaka, 2013, 62 p. Accessible en ligne : <http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-70-bebes012mois-durieux-web.pdf>
- FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE. *A World Fit For Children*, New York, UNICEF, 2002, 23 p. Accessible en ligne : http://www.unicef.org/specialsession/docs_new/documents/A-RES-S27-2E.pdf
- FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE. *Développement du jeune enfant : les iniquités. Ce que révèlent les données*, New York, UNICEF, 2012, 16 p. Accessible en ligne : http://www.unicef.org/french/publications/files/Inequities_in_Early_Childhood_Development_FR_03232012.pdf

- FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE. *Développement du jeune enfant : les iniquités. Ce que révèlent les données : Faits mis en évidence pour les enquêtes en grappes à indicateurs multiples*, New York, UNICEF, 2012, 16 p. Accessible en ligne : http://www.unicef.org/french/publications/files/Inequities_in_Early_Childhood_Development_FR_03232012.pdf
- FOREST, Véronique et autres. *Accueillir la petite enfance. Programme éducatif des services de garde du Québec (mis à jour)*, Québec, Ministère de la famille et des aînés, Direction des relations publiques et des communications, 2007 94 p. Accessible en ligne : https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/documents/programme_educatif.pdf
- GARRET-GLOANEC, Nicole et Anne-Sophie PERNEL, « Un soin psychique au bébé, ça n'existe pas ? Et pourquoi pas ! », *L'information psychiatrique*, vol. 86, n° 10, décembre 2010, p. 813-823.
- GIFFORD, Robert. « La qualité du logement et la santé socioémotionnelle des enfants » *Le Point en recherche*, Décembre 2003, 5 p. Accessible en ligne : <http://cmhc-schl.gc.ca/publications/fr/rh-pr/socio/socio03-021-f.pdf>
- GOLDBERG, Marcel et autres. « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, 2002, p. 75-128.
- GUAY, Danielle et autres. *Portrait du parcours préscolaire des enfants Montréalais - Résultats de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP, 2012)*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, fascicule 1, Mars 2015, 19 p. Accessible en ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-473-3_01.pdf
- HENRY, Justine. *Portrait régional du mode de vie physiquement actif des enfants de 0 à 5 ans*, Chibougamau, Comité québécois de promotion des saines habitudes de vie, 2013, 70 p. [Document de travail]
- ILOKO FUNDI, Maximilien. *État des lieux en allaitement maternel : données sur l'alimentation de l'enfant 2012-2013*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2014, 17 p.
- Investir pour l'avenir : bulletin national d'information*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, vol. 6, n° 1, février 2014, p. 4-5. Accessible en ligne : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/bulletinPag/13-289-12_vol6_no1.pdf
- IRWIN, Lori G., Arjumand SIDDIQI et Clyde HERTZMAN. *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur : rapport final*, Genève, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, 2007, 76 p. Accessible en ligne : http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/early_child_dev_ecdkn_fr.pdf
- JAPPEL, Christa. *Choix IRPP*, Montréal, Institut de recherche en politiques publiques, vol. 14, n° 8, juillet 2008, p. 5. Accessible en ligne : <http://irpp.org/wp-content/uploads/2008/11/vol14no8.pdf>
- KARLI, Pierre. *L'homme agressif*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1987, 474 p.
- L'agressivité des jeunes enfants : Le guide interactif pour observer, comprendre et intervenir*, réalisateur : Jean-Pierre MAHER, Montréal, Office national du film du Canada, 2010, DVD, 180 à 240 min.
- LANDY, Sarah et Kwok Kwan TAM. *Comprendre l'incidence de facteurs de risques multiples sur le développement de l'enfant à divers âges W-98-22F*, Hull, Direction générale de la recherche appliquée, 1998, 36 p. Accessible en ligne : <http://bibvir1.uqac.ca/archivage/000871771.pdf>
- LAURIN, Isabelle et autres. *Quel est l'effet de la fréquentation d'un service éducatif sur le développement de l'enfant à la maternelle selon le statut socioéconomique ? Résultats de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP, 2012)*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, fascicule 2, mars 2015, 11 p. Accessible en ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-475-7_01.pdf
- LAVOIE, Amélie et Valeriu DUMITRU. « L'allaitement maternel : une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada - Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ». *Zoom santé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, n° 28, octobre 2011, 7 p. Accessible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201109-28.pdf>

- LE BLANC, Marie-France, Marie-France RAYNAULT et Richard LESSARD. *Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2012, 144 p. Accessible en ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-133-6.pdf
- LEFRANÇOIS, Marie-Isabelle. *Regard sur la violence de nos tout-petits des régions de Lebel-sur-Quévillon, de Matagami et Radisson : Intervenants, programmes de prévention et enjeux*, Chibougamau, Centre régional de santé et services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2014, 29 p. [Document de travail]
- LEON-CAVA, Natalia et autres. *Quantifying the Benefits of Breastfeeding: A Summary of the Evidence*. Washington, Pan American Health Organization, 2002, vii, 4 p. Accessible en ligne : <http://database.enonline.net/pool/files/ife/bobcontents-and-introduction-summary.pdf>
- Les déterminants sociaux de la santé : les faits*, 2^e édition, Copenhague, Organisation mondiale de la Santé, 2004, 40 p. Accessible en ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf
- LONG, Donald. *Définir une problématique de recherche. La solution à un problème découle de la compréhension de ce dernier*, [s.l.], [s.n.], 2004, 34 p. Accessible en ligne : <http://web.umoncton.ca/umcm-longd02/TheorixDownload/probleme.pdf>
- MAHAMANE, Ibrahima. *Comparaison entre l'indice de défavorisation des écoles du CGTSM et ceux du MELS*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2014, 9 p. Accessible en ligne : http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Outil/Atlas/carte_pdf/carac_pop/D%C3%A9favorisation_scolaire/2013-2014/Defavo_2014_Comparaison_Indices.pdf
- MARMOT, Michael. *Closing the Gap in a Generation : Global Health Equity and the Commission on Social Determinants of Health*. [En ligne], Conférence donnée à Montréal le 5 février 2009. [http://www.centrelearoback.org/assets/html/clr_player_marmot_video.html] (Consulté en novembre 2016).
- MARTIN, Véronique et autres. *Gazelle et potiron. Cadre de référence pour créer des environnements favorables à la saine alimentation, au jeu actif et au développement moteur en services de garde éducatifs à l'enfance*, Québec, Ministère de la Famille, Direction du développement des enfants, 2014, v, 116 p. Accessible en ligne : https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/documents/guide_gazelle_potiron.pdf
- McNICOLL, Marie-Claude. *Chiffres clés : situation des familles et des personnes âgées en 2011*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux, Direction de santé publique, 2013, 2 p.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale*, [En ligne], Québec, Direction de la statistique, de l'information de gestion et du suivi de la performance – Statistique, octobre 2014. [www.mtess.gouv.qc.ca/statistiques]
- MINISTÈRE DE LA FAMILLE. *Les services de garde éducatifs à l'enfance du Québec : Des règles du jeu claires*. Québec, Montréal, le Ministère, 2016, 6 p. Accessible en ligne : <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/documents/regles-jeu-claires-legal.pdf>
- Ministère DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, Direction des communications du MSSS, 2015, 85 p. Accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
- MOFFITT, Terrie E. « Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior : A Developmental Taxonomy », *Psychological Review*, Vol. 100, n° 4, 1993, p. 674-701. Accessible en ligne : http://www.colorado.edu/ibs/jessor/psych7536-805/readings/moffitt-1993_674-701.pdf
- MOISAN, Marie et Niambi MAYASI BATIOTILA. *Mieux accueillir et éduquer les enfants d'âge préscolaire, une triple question d'accès, de qualité et de continuité des services*, Québec, Commission de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire, 2012, 141 p. Accessible en ligne : <https://www.cse.gouv.qc.ca/fichiers/documents/publications/Avis/50-0477.pdf>

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Combler le fossé en une génération, instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la commission des Déterminants Sociaux de la Santé*, Genève, OMS, 2009, 246 p. Accessible en ligne : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (WHA54.2)*, Genève, OMS, 2001, 5 p. Accessible en ligne : http://www.who.int/nutrition/topics/WHA54.2_iycn_fr.pdf
- PAMPALON, Robert, Mathieu PHILIBERT et Denis HAMEL. *Développement d'un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles de CLSC*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction planification, recherche et innovation, 2004, vii, 38 p. Accessible en ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/279_DefavorisationClientelesCLSC.pdf
- PILON, Michel. *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - Riches de tous nos enfants : la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications, 2007, 162 p. Accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-228-05.pdf>
- POISSANT, Julie. *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants. États des connaissances*, Québec, Institut national de santé publique, Développement des individus et des communautés, 2014, vii, 34 p. Accessible en ligne https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1771_CondSucActDeveEnf_EtatConn.pdf
- POUND M. Catherine et Sharon L. UNGER. « L'initiative Amis des bébés : protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement », *Paediatr Child Health*, vol. 17, n° 6, juin/juillet 2012, p. 322-327. Accessible en ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3380750/pdf/pch17322.pdf>
- Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents : Tome II Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, xiv, 616 p.
- Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I, Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, xiii, 535 p.
- QUIVY, Raymond et Luc Van CAMPENHOUDT. *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995, 287 p.
- RVACHEW, Susan. *Le développement du langage et alphabétisation*, Québec, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique sur le développement des jeunes enfants, 2010, 80 p. Accessible en ligne : <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/dossiers-complets/fr/developpement-du-langage-et-alphabetisation.pdf>
- SANTÉ CANADA. « Durée de l'allaitement maternel exclusif – Recommandation de Santé Canada, 2004 », *L'Explorateur*, Ottawa, Santé Canada, 2008, p. 34-39. Accessible en ligne : <http://www.ohdq.com/Ressources/Documents/Allaitement%20exclusif.pdf>
- SHONKOFF, Jack P. *Investir dans le développement des jeunes enfants pour établir les bases d'une société prospère et durable*, Dans Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants : Importance du développement des jeunes enfants, Québec, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants, 2010, 4 p. Accessible en ligne <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/textes-experts/fr/75/investir-dans-le-developpement-des-jeunes-enfants-pour-etablir-les-bases-dune-societe-prospere-et-durable.pdf>
- SIMARD, Micha et autres. *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012 : Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2013, 104 p. Accessible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/developpement-enfants-maternelle-2012.pdf>
- STATISTIQUE CANADA. *Recensement de la population de 2011*, [En ligne] 2016, [<http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>] (Consulté le 1^{er} février 2016)
- TERRISSE, Bernard et François LAROSE. *La résilience : facteurs de risque et facteurs de protection dans l'environnement social et scolaire du jeune enfant*, Dans *Cahiers du Centre de recherche sur les formes d'éducatons et d'enseignement*, numéro

thématique, *École/Famille : Quelle médiation ?* 2001, 40 p. Accessible en ligne : <https://unites.uqam.ca/terrisse/pdf/A11.pdf>

TISSERON, Serge. *Le jeu de rôle à l'école maternelle : une prévention de la violence par un accompagnement aux images*, Paris, Université de Paris X, 2008, 77 p. Accessible en ligne : http://www.violence-ecole.ulaval.ca/fichiers/site_chaire_cbeaumont/modules/document_section_fichier/fichier__d592f9c5214d__09_Jeu_de_role_Tisseron.pdf

TREMBLAY, Richard E. « Les origines développementales des problèmes de comportement perturbateur et leurs conséquences en matière de prévention », Dans *Développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent : Applications pratiques et cliniques*. Tome 2, Québec, Presse de l'Université du Québec, 2012, xv, 460 p.

TREMBLAY, Richard E. *Développement de l'agressivité physique*, Dans Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants : Agressivité - Aggression, Québec, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants, 2012, 4 p. Accessible en ligne : <http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/TremblayFRxp3.pdf>

TREMBLAY, Richard E. *Habiletés parentales*, Dans Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, Québec, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique sur le développement des jeunes enfants, 2015, 106 p. Accessible en ligne : <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/dossiers-complets/fr/habiletés-parentales.pdf>

TREMBLAY, Richard E., Jean GERVAIS et Amélie PETITCLERC. *Prévenir la violence par l'apprentissage à la petite enfance*, Montréal, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 2008, 28 p. Accessible en ligne : http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/Tremblay_RapportAgression_FR.pdf

UNESCO. *Éducation pour tous. L'alphabétisation un enjeu vital. Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous*, Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2006, 464 p. Accessible en ligne : <http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/gmr06-fr.pdf>

WATILLON-NAVEAU, Annette. *La nécessité de parler aux bébés*, Bruxelles, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2015, 59 p. Accessible en ligne : <http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-81-watillon-parlerbebe-web.pdf>

WHITEHEAD, Margaret et Göran DAHLGREN. *Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling Up Part 1*, Copenhagen, World Health Organization, 2006, ix, 34 p. Accessible en ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

