

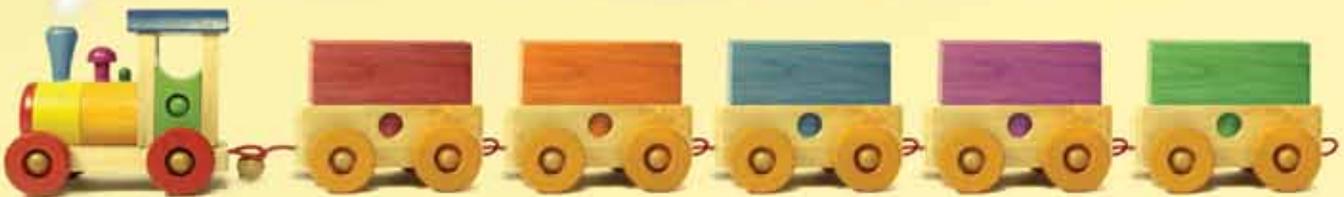


Sur la bonne voie

Favoriser le développement
sain de l'enfant et le
dépistage précoce pendant
la petite enfance



Un guide de référence pour les professionnels de l'Ontario



best start
meilleur départ

by/par health **nexus** santé

Table des matières

Section 1 Le guide Sur la bonne voie	1
À propos de ce Guide	1
L'importance des premières années	7
Section 2 Santé développementale	14
Cadres	14
Facteurs influant sur le développement de l'enfant	17
Soutenir le développement	27
Section 3 Développement de l'enfant	33
L'enfant dans sa globalité (de 0 à 6 ans)	33
Bébés (de 0 à 12 mois)	59
Les tout-petits (de 13 à 36 mois ou trois ans)	75
Enfants d'âge préscolaire (de 3 à 6 ans)	86
Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant	95
Importance du jeu	95
Maturité scolaire	99
Préparer l'enfant à l'école en s'amusant	113
Section 5 Sécurité et bien-être	116
Prévention des blessures	116
Maltraitance	124
Section 6 Foire aux questions	144
Soutenir le développement de tous les enfants	144
Dépister de façon précoce	151
Intervention précoce	154
Section 7 Information locale	161
Comment utiliser cette section	161
Modèles	162
Personnes-ressources et services locaux	164
Section 8 Outils de dépistage	165
Outils de dépistage et programmes offerts en Ontario	165
Section 9 Références et sites Web	171
Références	171
Sites Web supplémentaires	193
Sites Web pour les parents	199
Section 10 Nous joindre	200

Section 1 Le guide Sur la bonne voie

À propos de ce guide

Contexte

Le guide Sur la bonne voie a pour prémisse que tous les enfants :

- ◆ Se développent à leur propre rythme;
- ◆ Se développent dans le cadre de leur famille et de leur collectivité.

Le guide mise sur une approche holistique axée sur les forces. C'est un outil qui vise à favoriser :

- ◆ Le développement sain de tous les enfants, et ce, en respectant leur propre rythme et le cadre de leur famille et de leur collectivité;
- ◆ Le dépistage précoce des indicateurs pouvant mettre un enfant à risque;
- ◆ L'adoption de stratégies permettant d'appuyer les enfants, les personnes qui travaillent auprès d'eux et celles qui en prennent soin à mesure que ces enfants ont accès à des services supplémentaires et bénéficient d'interventions et d'évaluations plus approfondies.

Pourquoi utiliser le guide Sur la bonne voie?

Le guide vise à fournir aux professionnels qui travaillent auprès de jeunes enfants et de leur famille des indicateurs sur le développement sain de la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans. Ces indicateurs portent sur cinq sphères : sociale, affective, physique, langagière et cognitive, ainsi que sur d'autres aspects du développement. Si un enfant ne franchit pas les étapes de développement au moment prévu pour sa tranche d'âge, il faut déterminer pourquoi, notamment en le dirigeant vers le spécialiste ou le programme qui peut l'aider. Par le passé, on adoptait souvent une approche « attentiste » parce que le développement comporte une vaste part d'individualité. On a malheureusement ainsi repéré les problèmes de développement plus tard, et perdu un temps précieux à une période où il est possible d'influencer positivement et considérablement le développement du cerveau.



Section 1 Le guide Sur la bonne voie

On ne doit **pas** utiliser le guide pour évaluer ou étiqueter les enfants, ou poser un diagnostic. Toutefois, une recommandation précoce vers le professionnel approprié peut mener à un dépistage et à une intervention précoce. À son tour, l'intervention précoce mène à des résultats plus positifs pour les enfants (moins de services d'éducation spécialisée, meilleur rendement scolaire, moins de redoublements d'années scolaires, meilleur taux d'obtention de diplôme, etc.). Dans tous les cas, l'approche attentiste n'est pas une option acceptable, car si on retarde le soutien, on risque de retarder encore plus profondément le développement d'un enfant.

A quoi s'attendre de trouver dans le guide Sur la bonne voie?

Le guide vise à créer une culture axée sur l'amélioration et le soutien du développement sain des enfants. Il contient des renseignements et des outils qui peuvent aider chaque professionnel lorsqu'il observe les enfants. Il encourage les professionnels à diriger les enfants et leur famille vers les ressources communautaires et, au besoin, vers les services appropriés. Le guide aide les professionnels à veiller à ce que les enfants continuent de se développer normalement, même lorsque des facteurs de risque sont présents.

Le guide Sur la bonne voie offre :

- ◆ Des renseignements sur les facteurs qui influencent le développement d'un enfant
- ◆ Toutes les étapes de développement sain d'un enfant divisées par sphères et tranches d'âge
- ◆ La liste des indices d'un développement atypique
- ◆ Des renseignements sur le jeu, qui est la principale façon dont un enfant apprend et renforce ses aptitudes
- ◆ Des renseignements sur la sécurité et le bien-être des enfants, y compris des conseils pour reconnaître les signes de maltraitance et de négligence
- ◆ Des questions et réponses de professionnels, ainsi que des ressources pour aider les personnes qui prennent soin d'enfants
- ◆ La liste des services locaux et leurs coordonnées

Remerciements

Le guide Sur la bonne voie est conçu pour aider les professionnels à favoriser le développement sain de tous les enfants en adoptant une approche basée sur les forces. L'élaboration de ce guide de référence détaillé a nécessité le dévouement et le soutien de bon nombre de spécialistes qui travaillent auprès d'enfants et de leur famille. Nous tenons à remercier le Comité consultatif et les auteurs des guides de références Red Flags (en anglais seulement) pour leur travail impressionnant.

Section 1 Le guide Sur la bonne voie

Membres de l'équipe responsable du projet et du comité consultatif

Équipe responsable du projet	
D ^{re} Aimee Wolanski	Conseillère pour le projet et réviseure, guide Sur la bonne voie
Hiltrud Dawson	Directrice du projet, conseillère en promotion de la santé, Centre de ressources Meilleur départ, Nexus Santé
Comité consultatif	
D ^r Tony Barozzino	Chef de la Pédiatrie, Hôpital St. Michaels, Toronto; professeur adjoint, Université de Toronto
D ^{re} Jean Clinton	Pédopsychiatre, Université McMaster, Hamilton; membre du programme de santé mentale infantile; présidente, mise en œuvre de Meilleur départ, Hamilton
Karen Cobb	Coordonnatrice et animatrice, Children's Community Planning Table (mise en œuvre de Meilleur départ, district de North Bay)
Donna Cutler	Directrice, promotion de la santé, Northwestern Health Unit
Ruth Doherty	Coordonnatrice, soutien à l'intégration, Affiliated Services for Children and Youth, Hamilton
D ^{re} Elizabeth Lee Ford-Jones	Professeure de pédiatrie, Université de Toronto; chef de la Pédiatrie sociale, The Hospital for Sick Children, Toronto
Beth Fraser	Gestionnaire, santé de l'enfant, Bureau de santé publique de Toronto
Wendy Goulden	Conseillère, petite enfance, services d'apprentissage, conseil scolaire de district, région de Waterloo
Shauna Grant	Conseillère, promotion de la santé, programme de dépistage précoce, Bureau de santé publique de Toronto
Marlene Green	Orthophoniste, éducatrice communautaire, programme d'orthophonie préscolaire, région de York
Paul Leishman	Thérapeute principal, services de thérapie pour enfants, animateur, équipe locale, Children's Treatment Network Simcoe-York
Maureen McDonald	Directrice, programmes de développement de la petite enfance, Mothercraft

Section 1 Le guide Sur la bonne voie

Comité consultatif

Cathy Millard	Coordonnatrice, programme Bébés en santé, enfants en santé, bureau de santé publique des districts de Leeds, Grenville et Lanark
D ^{re} Pat Mousmanis	Médecin de famille, région de York et de Toronto, coordonnatrice, programme de développement sain de l'enfant, Collège des médecins de famille de l'Ontario
Fabienne Nackers	Infirmière praticienne, Centre de santé communautaire du Témiscamingue
Sandy Oliver	Analyste principale de politique, Division des politiques et de la planification stratégique, Direction de l'apprentissage et du développement des jeunes enfants, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse
Aldona Ollen	Infirmière en santé publique, santé de l'enfant, dépistage précoce, région de York, services communautaires et de santé
Kiran Pothula	Enseignante, conseil scolaire, district de Peel
Manoj Saluja	Infirmière en santé publique, Bureau de santé publique de Toronto
D ^{re} Diann Superina	Pédiatre du développement, Hôpital St. Michael's, Toronto; professeure adjointe, Université de Toronto
Adam Wilton	Étudiant diplômé, Ontario Institute for Studies in Education, Université de Toronto

Le guide Sur la bonne voie a également été révisé en partie et en entier par des praticiens et des spécialistes du sujet. Ils ont fourni des renseignements précieux sur l'exactitude du contenu et la convivialité de la version définitive. Nous remercions les réviseurs de leurs judicieuses et rapides contributions.

Spécialistes réviseurs

Jane Bertrand	Professeure, Faculté du développement de la petite enfance, Collège George Brown
D ^{re} Theresa Carter	Professeure agrégée, Division de la pédiatrie du développement, Département de pédiatrie, Université McMaster
Martha Cole	Programme de dépistage néonatal des troubles auditifs et d'intervention précoce, Bureau de santé publique de Toronto
Margaret Good	Conseillère provinciale, Écoles saines, OPHEA
Marie Goulet	Programme de développement de la petite enfance, Collège George Brown
D ^{re} Joeline Huber	Boursière, développement de l'enfant, Division de la pédiatrie du développement, Département de pédiatrie, Université de Toronto
D ^r Gajanan Kulkarni	Professeur agrégé, Dentisterie pédiatrique et Dentisterie préventive, Université de Toronto

Section 1 Le guide Sur la bonne voie

Spécialistes réviseurs

D ^{re} Brenda Smith-Chant	Professeure agrégée, Département de psychologie, Université Trent
D ^{re} Sarah Naomi Shaw	Médecin de famille, Équipe de santé familiale, Taddle Creek
Martha Svacina	Gestionnaire, programme Bébé en santé, enfants en santé, services de santé publique et communautaire, région de Waterloo
Mary Turfryer	Diététiste en santé publique, services de nutrition, département des services communautaires et de santé, direction de la santé publique, région de York
Richard Ward	Conseiller, éducation et activité physique au quotidien, OPHEA

Nous souhaitons également remercier les professionnels œuvrant auprès des jeunes qui nous ont fourni leur rétroaction en remplissant des sondages et en mettant du matériel à l'essai pendant la planification et la mise en œuvre du guide.

Avis de non-responsabilité

Sur la bonne voie - Favoriser le développement sain de l'enfant et le dépistage précoce pendant la petite enfance : Un guide de référence pour les professionnels de l'Ontario - Une ressource conçue pour appuyer les professionnels qui travaillent auprès des jeunes enfants.

Afin d'être inclusif, la formulation au masculin et au féminin a été utilisée de manière interchangeable.

L'objectif du guide est de soutenir les professionnels en leur donnant des stratégies et des renseignements précis pour :

- ♦ Favoriser et promouvoir le développement sain de tous les enfants
- ♦ Savoir quand un enfant pourrait bénéficier de soutien ou de services supplémentaires
- ♦ Diriger les enfants et ses parents vers les services à l'enfance appropriés (conseils, dépistage, évaluation et traitement)

Le guide n'est pas un outil de dépistage ou de diagnostic formel pour les enfants, les familles et les professionnels. Il ne doit pas servir à diagnostiquer ou à étiqueter un enfant. Il est conçu pour soutenir les professionnels qui travaillent auprès des enfants âgés de zéro à six ans.

Le guide ne remplace pas les conseils et les traitements des professionnels formés pour évaluer correctement le développement et les progrès de jeunes enfants. Même s'il peut aider à déterminer s'il faut demander l'aide d'un professionnel, les renseignements qu'il contient ne doivent pas être utilisés pour diagnostiquer ou traiter des limitations dans le développement ou autres problèmes de santé que l'on pourrait percevoir.

Section 1 Le guide Sur la bonne voie

Le personnel du Centre de ressources Meilleur départ vous remercie de votre intérêt et de votre soutien envers son travail. Le Centre de ressource Meilleur départ permet la reproduction et la distribution en tout ou en partie du présent document à des fins non commerciales pour autant que la source soit mentionnée dans son intégralité. Comme nos ressources sont conçues pour soutenir les initiatives de promotion de la santé locales, nous aimerions savoir comment vous avez utilisé ou intégré le présent document dans votre travail (meilleurdepart@nexussante.ca).

Septembre 2015

Ce document a été préparé grâce à des fonds fournis par le gouvernement de l'Ontario. Le contenu reflète les points de vue des auteurs, mais pas nécessairement ceux du gouvernement de l'Ontario. Les ressources et les programmes cités dans le présent guide ne sont pas nécessairement approuvés par le Centre de ressources Meilleur départ ni par le gouvernement de l'Ontario. Bien que la participation du comité consultatif se soit révélée essentielle à l'élaboration de cette ressource de Meilleur départ, les décisions finales du contenu ont été prises par le Centre de ressources Meilleur départ.

Section 1 Le guide Sur la bonne voie

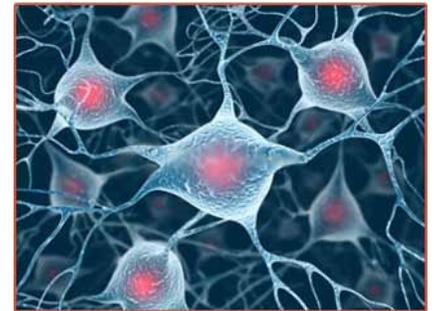
L'importance des premières années

Le développement pendant la petite enfance établit les bases de l'apprentissage, du comportement et de la santé pour le reste de la vie. Les expériences que nous avons pendant cette période façonnent le cerveau et notre capacité d'apprendre, de s'entendre avec les autres et de composer avec le stress et les défis quotidiens.

Développement du cerveau

Voici quelques notions importantes qui aident à comprendre le développement du cerveau pendant la petite enfance :

- ◆ Pendant le dernier trimestre de la grossesse, le cerveau développe un réseau de voies cérébrales en créant de nouvelles connexions. Cette croissance s'intensifie après la naissance et suit une séquence prévisible (McCain, Mustard et Shanker, 2007; National Scientific Council on the Developing Child, 2007).
- ◆ À la naissance, les nouveau-nés ont tous un cerveau et des structures cérébrales très semblables.
- ◆ Il y a des « périodes critiques » pendant le développement d'un enfant au cours desquelles le cerveau crée des connexions pour des aptitudes bien précises (Couperus et Nelson, 2006).
- ◆ Les expériences adaptées, valorisantes et stimulantes permettent la création de connexions dans le cerveau. Les enfants qui sont bien soutenus et valorisés sur le plan physique, affectif, social et intellectuel établiront une multitude de connexions neuronales qui leur serviront tout au long de leur vie.
- ◆ L'intérêt et la curiosité de l'enfant sont les vecteurs qui favorisent la création de nouvelles connexions qui leur permettent d'acquérir de nouvelles aptitudes. C'est à l'aide des aptitudes déjà acquises que l'enfant peut en acquérir de nouvelles (Blair et Diamond, 2008; Miller et Keating, 1999; Posner et Rothbart, 2006; Shanker, 2008). L'environnement de l'enfant peut nourrir et stimuler son intérêt et sa curiosité.
- ◆ Le développement du cerveau pendant la petite enfance détermine les compétences sociales et physiques, les aptitudes cognitives, le bien-être affectif et les aptitudes pour la langue, l'écriture et la lecture, en plus d'être un marqueur du bien-être à l'école et de la résilience dans la vie (Blair, 2002; Posner et Rothbart, 2006; Shanker et Greenspan, 2009).



Rendez-vous à l'adresse www.BebeEnSanteCerveauEnSante.ca pour visionner des vidéos conçues pour aider les parents à favoriser le développement du cerveau de leur bébé.

Section 1 Le guide Sur la bonne voie

Autorégulation

- ♦ L'autorégulation est l'élément clé des différentes sphères sociale, affective, langagière, cognitive et physique du développement qui sont par ailleurs étroitement liées.
- ♦ Nos premières expériences orientent le développement du cerveau pendant la petite enfance et permettent d'acquérir des aptitudes pour se maîtriser.
- ♦ L'autorégulation est la capacité grandissante de maîtriser ses émotions, son comportement et son attention. C'est ce qui caractérise le cheminement du nouveau-né impuissant vers l'enfant compétent. À l'âge de 4 ou 5 ans, un enfant a établi un système de contrôle de base pour adapter ses émotions, son comportement et son attention selon la situation.
- ♦ Il a besoin de cette aptitude pour parvenir à : planifier et à résoudre des problèmes, comprendre les intentions, les émotions, les désirs ou les croyances des autres, interpréter les comportements et à contrôler ses interactions sociales. Le contrôle de l'attention joue un rôle essentiel pour déterminer la disposition à apprendre et les habitudes d'apprentissage d'un enfant, telles que la persévérance, la curiosité et la confiance (Shanker, 2010).
- ♦ L'environnement et les interactions d'un enfant peuvent favoriser ou entraver l'activité cérébrale dans les régions responsables de l'autorégulation. Les adultes peuvent chercher des occasions d'améliorer les forces d'un enfant et l'aider à utiliser des stratégies pour surmonter les obstacles.

Pour en savoir plus sur les mécanismes d'autorégulation, visionnez la série de quatre courtes vidéos intitulée *Calme et alerte pour apprendre - Comment aider son jeune enfant à développer l'autorégulation* à l'adresse www.beststart.org/cgi-bin/commerce.cgi?preadd=action&key=K37-F

Résilience

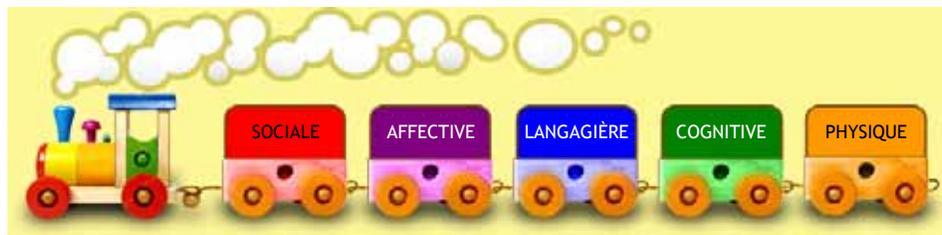
- ♦ La résilience, c'est de pouvoir affronter et surmonter une situation difficile, puis s'épanouir.
- ♦ La capacité de résilience se développe tout au long de la vie. Les parents jouent un rôle déterminant pour aider leurs enfants à bâtir leur résilience.
- ♦ Les facteurs suivants favorisent le renforcement de la résilience :
 - Un lien sécuritaire avec un adulte bienveillant
 - Des relations avec des modèles positifs
 - Des possibilités d'apprendre de nouvelles aptitudes
 - Des occasions de participer à des activités constructives
- ♦ Les personnes résilientes sont en meilleure santé et vivent plus longtemps; elles sont plus heureuses dans leur relations; elles réussissent mieux à l'école et au travail et elles sont moins susceptibles de souffrir de dépression.

Pour en savoir plus sur la résilience chez les enfants, consultez le dépliant intitulé *Bâtir la résilience chez les jeunes enfants : Pour les parents de jeunes enfants, de la naissance à l'âge de six ans* à l'adresse www.meilleurdepart.org/resources/develop_enfants/pdf/BSRC_Resilience_French_fnl.pdf

Section 1 Le guide Sur la bonne voie

Sphères de développement

Le développement de l'être humain est complexe et tous ses aspects sont interreliés. Pourtant, dans la plupart des ouvrages, le développement de l'humain pendant la petite enfance est artificiellement divisé en différentes sphères. Cette classification peut aider les professionnels à veiller à ce que tous les aspects du développement de l'enfant soient observés et appuyés afin de renforcer son développement dans sa globalité. Les professionnels ne doivent toutefois pas oublier que tous ces aspects sont interreliés. Par exemple, l'apprentissage de la parole est habituellement classé dans la sphère « aptitudes langagières », même s'il est indissociable du développement physique, social, affectif et cognitif. Dans le présent document, nous avons classé le développement de l'enfant selon les sphères suivantes :



Section 1 Le guide Sur la bonne voie

Éducation préscolaire

Au cours de la dernière décennie, il y a eu beaucoup plus d'intérêt et d'investissement dans la petite enfance tant au Canada qu'à l'étranger. En appuyant les jeunes enfants et leur famille maintenant, la société en bénéficiera plus tard, car elle sera composée « d'adultes sains, éduqués, sûrs d'eux-mêmes et productifs » (traduction libre) (panel d'experts sur le bilan de santé à 18 mois, p. 2). Le rapport du Dr Charles Pascal, intitulé *Dans l'optique de notre meilleur avenir* (2009), fournit au gouvernement de l'Ontario un plan d'action pour concrétiser une vision globale et investir dans la petite enfance. Son rapport est disponible à l'adresse : www.ontario.ca/fr/initiatives/early_learning/ONT06_018885.html.

Le soutien à l'apprentissage chez les jeunes enfants s'appuie sur les faits et prémisses qui suivent :

- ◆ On prend soin des enfants de diverses façons. Leur famille les nourrit, leur donne un toit, les éduque, les stimule et les protège. Les soins et l'attention reçus de la famille et du monde extérieur permettent aux enfants d'apprendre et de se développer à leur plein potentiel.
- ◆ Les parents veulent comprendre comment leur enfant se développe et apprend. On peut avoir recours aux programmes d'accueil, aux cours prénataux, aux cours sur les habiletés parentales, aux visites à domicile et à bien d'autres activités pour soutenir les parents de culture différente, de statut socio-économique différent, de provenance géographique différente et de scolarité différente.
- ◆ Les services de garde et les programmes d'enseignement préscolaire de grande qualité améliorent les résultats des enfants en matière de développement. Dans le cadre de deux études longitudinales (High/Scope Perry Preschool et Carolina Abecedarian), on a comparé des enfants qui suivaient des programmes de grande qualité pendant la petite enfance à des enfants qui n'en suivaient pas. On a constaté des différences après plusieurs décennies. Les enfants qui ont suivi des programmes de grande qualité ont obtenu de meilleurs résultats aux évaluations de leurs compétences pour le langage, l'écriture, la lecture et le calcul tout au long de leurs études; leur niveau de scolarité est plus élevé et ils ont mieux réussi sur le marché du travail (Campbell et Pungello, 2000; Schweinhart, 2004). Au Québec (Canada), il existe un programme d'enseignement adapté du programme High/Scope qui favorise le développement complet et holistique de l'enfant grâce à un programme d'enseignement basé sur des données



Section 1 Le guide Sur la bonne voie

probantes. Il a d'ailleurs donné des résultats positifs (Gouvernement du Québec, 1998). D'autres études ont également montré que la participation à des programmes d'enseignement et de garde de qualité pendant la petite enfance est liée à de meilleurs résultats pour l'enfant, notamment à un meilleur développement des compétences pour le langage, la lecture, l'écriture et le calcul; à une plus grande maturité au moment d'entrer à l'école et à de meilleures compétences sociales (Barnett, 1995, 2004; Barnett, Lamy et Jung, 2005; Berlinski, Galiani et Gertler, 2006; Boethel, 2004; Magnusen et autres, 2004; McCall, Larsen et Ingram, 2003; Shonkoff et Phillips, 2000; Ziegler et Styfco, 2003).

- ◆ La participation des parents dans les centres d'enseignement et de garde de la petite enfance renforce non seulement le développement de l'enfant (Greenspan et Shanker, 2004; Mustard 2006), mais aussi les aptitudes des familles et des parents parce qu'ils communiquent et échangent avec d'autres familles et d'autres parents (Gordon, 2005; Wilson, 2006). C'est lorsqu'on planifie la participation des parents et des familles dans ces centres de la petite enfance et que les relations entre les professionnels et les familles sont basées sur la confiance et le respect qu'il est possible de tirer le plus d'avantages (Bernhard, Freire et Mulligan, 2004; Gonzalez-Mena, 2005). De toute évidence, avoir accès à un environnement et à des expériences de qualité en bas âge peut favoriser une trajectoire positive plus tard dans la vie.

Approche holistique du développement sain de l'enfant



De nombreux facteurs interreliés influencent le développement sain et global de l'enfant. La scolarité, la santé, le statut social, l'accès à des services de santé et sociaux de qualité, le logement, l'accès à des environnements d'apprentissage stimulants en bas âge, la nutrition équilibrée, la salubrité de l'eau et une relation parent-enfant sécurisante et valorisante sont des facteurs qui jouent tous un rôle (se reporter à la Section 2 - Santé développementale). Compte tenu de l'importance des premières années pour orienter le développement de son cerveau, chaque enfant a le droit de vivre dans un environnement enrichissant et favorable pour développer et atteindre son plein potentiel.

Pour répondre aux besoins des enfants et de leur famille, il est essentiel d'adopter une approche intégrée et holistique de la prestation des services.

Section 1 Le guide Sur la bonne voie

Les familles qui ont de jeunes enfants doivent avoir accès à des soins de santé, à des services de garde de qualité et abordables, à du soutien parental et à des programmes d'enseignement dans leur collectivité. Le concept de « carrefour communautaire » n'est pas nouveau. Il y a plus d'une décennie, McCain et Mustard (1999) ont réclamé des centres qui utilisaient un modèle « en étoile » (traduction libre) (p. 17) pour offrir « aux familles dans le besoin un soutien continu et un accès permanent à des interventions précoces » (traduction libre) (p. 17). Dans quelques collectivités, cette approche holistique axée sur la continuité a d'ailleurs porté fruit (p. ex. sites de Toronto First Duty, sites intégrés de Meilleur départ). Toutefois, l'objectif d'offrir « un continuum intégré de centres de développement de la petite enfance et des aptitudes parentales à tous les enfants et parents ontariens » (McCain et Mustard, 1999) n'est toujours pas atteint.

Pour abonder dans le même sens, il faut prendre soin de répondre aux besoins globaux de l'enfant. Selon une approche holistique du développement sain de l'enfant, il faut porter attention aux sphères sociale, affective, physique, cognitive et langagière de chaque enfant. Les professionnels doivent s'en servir comme guide pour veiller à observer toutes les sphères de développement des enfants. Le présent document contient également des renseignements sur le développement sensoriel, esthétique et éthique ou moral de l'enfant.

Bien que le développement de l'enfant suive une certaine séquence, on observe beaucoup de variations dans le continuum d'apprentissage. Les enfants acquièrent des aptitudes à des âges et à des étapes semblables, mais ils ont également beaucoup de poussées de croissance. C'est un peu comme des montagnes russes. Certains enfants atteignent donc des étapes clés de développement plus tôt que d'autres. Chaque enfant est différent et unique. L'environnement dans lequel il évolue est aussi différent et unique. Par une observation consciencieuse et régulière, les professionnels qui travaillent auprès des jeunes enfants peuvent surveiller leur développement au fil du temps.



Importance de l'observation

Comme le développement de l'enfant se produit selon un continuum, la façon la plus efficace et exhaustive de l'évaluer est de l'observer. L'observation est le « processus par lequel on recueille des données sur le développement général, les styles d'apprentissage, les intérêts, les attitudes et les comportements de l'enfant » (traduction libre) (Vaclavik, Wolanski et Wannamaker, 2001, p. 10). Son utilisation est approuvée par le ministère de l'Éducation de l'Ontario (2006). Jablon, Dombro et Dichtelmiller (2007) la décrivent comme « un cycle continu de questions, d'observation, d'écoute et de notes, de réflexions et de réponses » (traduction libre) (p. 93).

Section 1 Le guide Sur la bonne voie

C'est par l'observation consciencieuse que l'on peut repérer des modèles de développement atypiques. En utilisant les renseignements présentés dans le guide, les professionnels pourront repérer certains retards dans le développement d'un enfant et offrir un soutien supplémentaire à l'enfant et à sa famille. Ils devraient ensuite les diriger vers les ressources appropriées, ce qui peut mener au dépistage précoce d'une difficulté précise et permettre une intervention rapide. Il est possible d'accéder à certaines ressources sans recommandation; pour d'autres, il faut la recommandation du médecin de famille de l'enfant. Dans certains cas, le professionnel peut vouloir consulter un spécialiste en particulier (p. ex. un physiothérapeute, un orthophoniste, un psychologue, un pédopsychiatre, un pédiatre, un ergothérapeute ou un intervenant des services de protection de l'enfance) pour obtenir plus de renseignements ou une recommandation.



La recommandation est la première étape - et la plus importante - pour soutenir l'enfant et sa famille lorsque surviennent des difficultés ou inquiétudes. En tant que professionnel, votre rôle peut être :

- ♦ D'écrire une recommandation ou d'assurer un acheminement
- ♦ D'encourager les parents à obtenir les services du spécialiste ou du programme appropriés
- ♦ De soutenir les parents tout au long du processus et de la prise en charge

L'engagement des parents est un élément important pour appuyer le développement sain de l'enfant. Il est d'ailleurs lié à de meilleurs résultats. À tous les échelons, les professionnels qui travaillent auprès de jeunes enfants doivent également travailler avec leurs parents. C'est particulièrement important lorsqu'il s'agit de soutenir une famille pendant le dépistage d'un modèle de développement atypique et le processus d'obtention d'un service, d'une prise en charge et d'une recommandation. La Foire aux questions, à la section 6, a pour but d'aider les parents et les professionnels.

Section 2 Santé développementale

Cadres

Introduction à la santé développementale

La santé développementale regroupe la santé physique et mentale, le bien-être, la capacité de s'adapter et la compétence de l'être humain (Keating, 1999). C'est la combinaison des résultats en matière de santé et de développement. Beaucoup de facteurs différents peuvent influencer positivement ou négativement la santé développementale. Si nous voulons avoir une incidence sur le développement d'un enfant et ultimement sur sa trajectoire dans la vie, nous devons comprendre les principaux facteurs de risque et de protection qui orientent grandement la santé et le bien-être futurs de l'enfant.



Parmi les facteurs qui influencent la santé développementale de l'enfant, on compte le revenu, l'éducation, la santé, la culture, le parentage, le quartier et le statut social. Présenter cette toile complexe de facteurs représente un défi, car la plupart sont interreliés. Par exemple, le revenu est un indicateur important qui peut influencer sur le niveau d'éducation, l'accès aux services de santé et de garde, le choix du quartier de résidence, le niveau de stress, le moyen de transport et le statut social.

Le développement de l'enfant est cumulatif de nature. Un environnement valorisant et stimulant favorisera les aptitudes pour l'apprentissage qui, à leur tour, permettront à la curiosité et à la créativité de foisonner et même « d'ouvrir les possibilités futures en dépit des interventions biologiques » (Shanker, 2008). Par contre, adopter une approche « attentiste » lorsqu'un enfant montre un développement atypique ou un retard dans un domaine peut avoir un impact négatif sur bien des sphères de son développement au fil du temps (OCFP, 2005).

Au cours des années, on a proposé un certain nombre de modèles différents pour expliquer l'interaction entre les facteurs qui influencent le développement de l'enfant. Jusqu'à ce jour, le modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner (1979) est le plus largement utilisé tant en santé publique qu'en développement de l'enfant. Il a évolué pour représenter l'interconnexion entre les environnements biologiques et sociaux.

Modèle écologique de Bronfenbrenner

Le modèle original de Bronfenbrenner (1979) énumère quatre différents niveaux qui interagissent entre eux : le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème. La Figure 1 montre une représentation visuelle de ce modèle.

Section 2 Santé développementale

Bronfenbrenner (1979) a également défini chaque système en détail.

- ◆ **Microsystème** : « Modèle d'activités, de rôles et de relations interpersonnelles expérimenté par un sujet au cours de son évolution, dans un milieu donné, avec des caractéristiques physiques et matérielles spécifiques » (p. 22). Le milieu peut inclure la maison, l'école et le service de garde. Tudge et coll. (2000) notent qu'il y a « une tendance à mettre l'accent sur le développement dans un seul microsystème - sur le développement dans la famille, l'école ou le groupe d'amis » (p. 2).
- ◆ **Mésosystème** : « Comprend les relations mutuelles existant entre deux ou plusieurs milieux dans lesquels la personne en développement évolue activement » (p. 25) (exemple pour un enfant : les relations entre la famille, l'école et les amis du même quartier; exemple pour un adulte : les relations entre la famille, le travail et la vie sociale).
- ◆ **Exosystème** : « Un ou plusieurs milieux dans lesquels la personne en développement n'est pas un participant actif, mais où des événements surviennent qui influencent (ou sont influencés par) ce qui se passe dans le milieu dont fait partie la personne en développement » (p. 25) (exemples : lieu de travail d'un parent, cours suivi par un frère plus âgé ou une sœur plus âgée, réseau d'amis des parents).
- ◆ **Macrosystème** : « Fait référence aux cohérences [...] sur le plan de la sous-culture ou de la culture globale et à tout système de croyances ou d'idéologies sous-jacent » (p. 26) (exemples : différences de terrains de jeux, d'écoles ou de cafés entre différents pays).

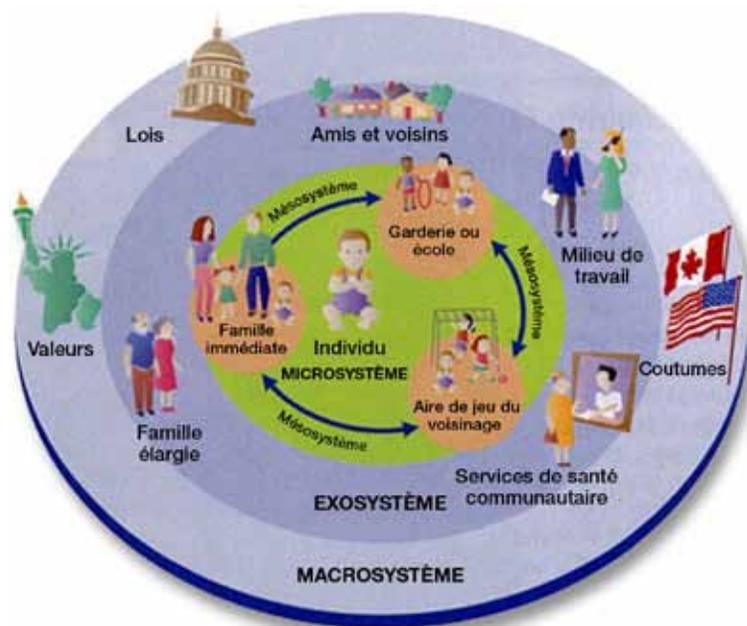


Figure 1. Théorie des systèmes écologiques de Bronfenbrenner (dans Berk et Roberts, 2009, p. 28)

Section 2 Santé développementale

Déterminants de problèmes chroniques et de besoins particuliers en matière de santé chez les enfants

Un modèle similaire, souvent utilisé en pédiatrie sociale, montre les déterminants de problèmes chroniques et de besoins particuliers en matière de santé chez les enfants (se reporter à la Figure 2). Comme dans le cas du modèle de Bronfenbrenner, chaque niveau est niché au sein d'un autre système et intègre des facteurs qui influent sur l'enfant, la famille, la collectivité et la société.

Les deux modèles ont également un point en commun : l'enfant est placé au centre et demeure le point central d'attention. Ce deuxième modèle (se reporter à Newacheck et coll., 2008) montre un vaste éventail de déterminants qui sont essentiellement basés sur les déterminants de la santé (Santé Canada, 2001; OMS, 2003). Ces facteurs physiques et sociaux ont une influence sur la santé et le bien-être d'une personne, mais ils ont en plus une influence considérable sur la trajectoire de développement d'un enfant.

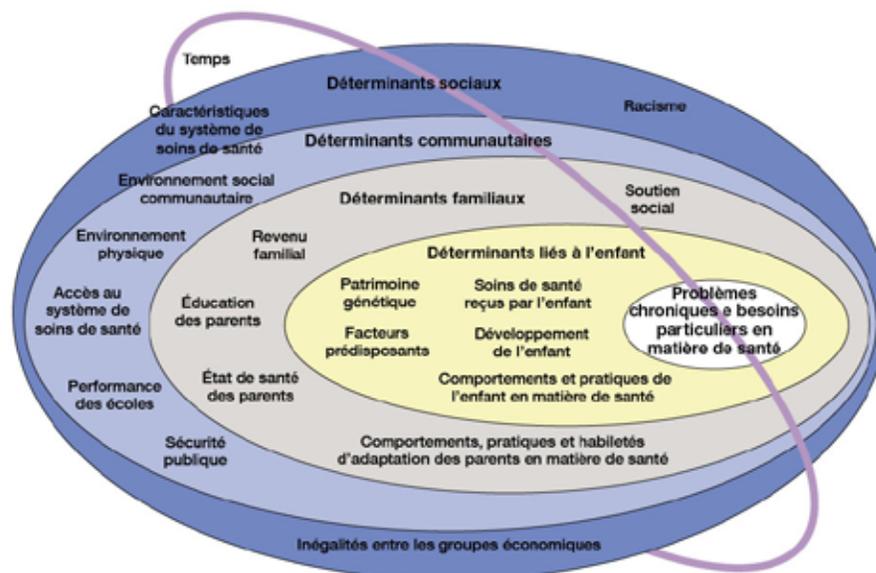


Figure 2. Déterminants de problèmes chroniques et de besoins particuliers en matière de santé chez les enfants (Newacheck, Rising et Kim, 2006, dans Newacheck et coll., 2008, p. 348.)

Section 2 Santé développementale

Déterminants de la santé

Ces dernières années, nous avons assisté à une transition. Auparavant, on s'intéressait davantage à la santé des individus alors que maintenant, on s'attarde plus à la santé des populations et aux déterminants de la santé (Ford-Jones, Williams et Bertrand, 2008; Hertzman et Irwin, 2007). Les enfants ont besoin du soutien de leurs parents et de leur collectivité et sont en conséquence plus touchés par les déterminants de la santé. Les six premières années de vie « jettent les bases de l'apprentissage, des comportements et de la santé pour le reste de la vie » (traduction libre) (McCain et Mustard, 1999, p. 2). De plus, il est maintenant bien établi que tant la nature (p. ex. la génétique) que la culture (p. ex. l'environnement) interagissent et orientent les résultats en matière de développement tout au long de la vie (Ford-Jones, Williams et Bertrand, 2008; Mustard, 2008; Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2008a).

Principaux déterminants de la santé selon Santé Canada (2001) :

- ♦ Revenu et situation sociale
- ♦ Emploi
- ♦ Niveau de scolarité
- ♦ Environnements sociaux
- ♦ Environnements physiques
- ♦ Développement sain pendant l'enfance
- ♦ Habitudes en matière de santé et capacité d'adaptation
- ♦ Services de santé
- ♦ Réseaux de soutien social
- ♦ Patrimoine biologique et génétique
- ♦ Sexe
- ♦ Culture

Section 2 Santé développementale

Facteurs influant sur le développement de l'enfant

Facteurs influant sur le développement de l'enfant

Une analyse de l'environnement réalisée par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2008b) a évalué les difficultés éprouvées par les professionnels du soutien au développement de la petite enfance. Les thèmes suivants sont ressortis d'un bout à l'autre du Canada.

- ◆ Le développement dans la petite enfance doit être une priorité en matière de politiques et de pratiques.
- ◆ La pauvreté est le facteur qui crée le plus de stress au sein d'une famille. Il compromet le développement sain de l'enfant.
- ◆ Certains groupes de la population sont incapables d'accéder à des services à cause :
 - De barrières linguistiques
 - De problèmes de transport
 - Du manque de programmes et de services
 - De la stigmatisation
 - Du coût
- ◆ Les services manquent de coordination.
- ◆ Il n'y a pas suffisamment de ressources humaines allouées aux programmes et aux services sur le développement de la petite enfance.
- ◆ Les programmes de visites à domicile ont donné de bons résultats, mais nous disposons de peu de preuves scientifiques.
- ◆ Les enfants n'ont pas tous la même maturité au moment d'entrer à l'école.



Il faut garder ces thèmes présents à l'esprit pendant l'évaluation des facteurs qui influent sur le développement de l'enfant.

Pour aider les professionnels à évaluer ces facteurs, nous les avons regroupés dans quatre catégories :

- ◆ Facteurs environnementaux
- ◆ Facteurs biologiques
- ◆ Relations interpersonnelles
- ◆ Environnements et expériences dans la petite enfance (Shanker, 2008; Blair et Diamond, 2008)

Nous avons également inclus des exemples pour illustrer chaque catégorie.

Section 2 Santé développementale

Facteurs environnementaux

Facteur	Déterminants relatifs à l'enfant	Déterminants relatifs à la famille	Déterminants relatifs à la collectivité	Déterminants relatifs à la société
Logement	L'enfant a-t-il de l'espace pour jouer et explorer?	Le logement est-il surpeuplé?	Y a-t-il des espaces verts comme un parc où l'enfant peut jouer?	Montre-t-on une conscience communautaire au moment de planifier de nouveaux quartiers?
	L'enfant est-il à l'abri de blessures ou de contaminants comme le plomb?	Existe-t-il des facteurs de morbidité, p. ex. de l'humidité ou des moisissures?	Quel est le degré d'insécurité et de pollution environnementale?	Existe-t-il une aide au logement pour les familles à faible revenu?
Revenu	L'enfant a-t-il des vêtements adéquats, p. ex. un habit de neige et des bottes l'hiver?	Est-ce que la famille a des problèmes financiers ou un endettement élevé?	Existe-t-il des programmes communautaires abordables pour les enfants et les familles?	Y a-t-il des programmes et des allocations d'aide sociale disponibles et accessibles pour les personnes qui en ont besoin?
	L'enfant est-il bien nourri? Les fruits et les légumes frais sont plus chers dans les collectivités nordiques.	S'agit-il d'une famille monoparentale ou la famille dispose-t-elle d'un seul revenu?	Existe-t-il dans la collectivité un accès possible à de la nourriture comme une banque alimentaire?	Existe-t-il un programme d'allocation alimentaire?
Emploi	L'enfant fréquente-t-il un service de garde de qualité pendant que ses parents travaillent?	Les services de garde sont-ils une source de stress pour la famille, surtout si elle est monoparentale?	Le taux de chômage est-il élevé dans la collectivité?	Y a-t-il des inégalités de revenus?
		Les membres de la famille ont-ils un emploi stable et approprié?	Les familles ont-elles de la difficulté à trouver un emploi stable et approprié?	

Section 2 Santé développementale

Facteurs environnementaux

Facteur	Déterminants relatifs à l'enfant	Déterminants relatifs à la famille	Déterminants relatifs à la collectivité	Déterminants relatifs à la société
Scolarité	Est-ce qu'une personne lit et joue avec l'enfant?	Quel est le niveau de scolarité des membres de la famille?	Encourage-t-on dans la collectivité la participation des parents à l'éducation des tout-petits?	Existe-t-il des programmes visant à lutter contre le décrochage des adolescents et à améliorer leur éducation?
	L'enfant a-t-il accès à des livres et à des jouets qui favorisent l'acquisition d'aptitudes pour l'écriture et la lecture?	Les membres de la famille ont-ils des pratiques et des croyances qui encouragent l'acquisition d'aptitudes pour l'écriture et la lecture?	Les adultes et les membres de la famille ont-ils accès à des possibilités de formation, p. ex. des cours de français langue seconde?	
	L'enfant suit-il des programmes d'éducation de la petite enfance de qualité?	La famille a-t-elle accès à des programmes d'éducation de la petite enfance de qualité?		Existe-t-il des politiques et des pratiques qui valorisent et appuient l'éducation de la petite enfance?

Le climat politique constitue également un important facteur environnemental influençant le développement de l'enfant. Les documents d'orientation ci-dessous ont par ailleurs certainement une influence sur le développement des enfants de l'Ontario :

Cadre stratégique de l'Ontario sur la petite enfance, 2013
www.edu.gov.on.ca/gardedenfants/OntarioEarlyYearFR.pdf

Best Start Child and Family Centres - Building on Experience for Future Success: A report to the Ministry of Education from the Ontario Early Years Centre Provincial Network, 2013
www.eyeonkids.ca/docs/files/Building_on_Experience_Report_2013.pdf (en anglais seulement)

Section 2 Santé développementale

Facteurs biologiques

Facteur	Déterminants relatifs à l'enfant	Déterminants relatifs à la famille	Déterminants relatifs à la collectivité	Déterminants relatifs à la société
Sexe	Est-ce un garçon ou une fille? Les garçons et les filles ont tendance à se développer et à apprendre différemment (p. ex. actuellement les garçons sont moins matures que les filles à l'entrée à l'école).	Existe-t-il des stéréotypes fondés sur le sexe ou des preuves d'agression sexuelle dans la famille?	Existe-t-il des femmes et des hommes de cultures et de parcours divers parmi les dirigeants de la collectivité?	Protège-t-on les droits des femmes (p. ex. le droit à l'égalité) et des enfants?
Santé générale	L'enfant avait-il un poids-santé à la naissance? Un poids insuffisant ou excessif à la naissance est lié à l'obésité et aux maladies chroniques.	Quel était l'état de santé de la mère avant la conception et pendant la grossesse? Commencer à prendre de l'acide folique trois mois avant de concevoir un enfant réduit considérablement le risque d'anomalie du tube neural.	A-t-on accès aux services de santé dans la collectivité (p. ex. personnel médical et dentaire, spécialistes de la vision ou de l'ouïe ou orthophonistes)?	Existe-t-il un système d'accès universel à des services de santé et à des services spécialisés de qualité pour les enfants?
	L'enfant a-t-il un problème de santé?	Les membres de la famille ont-ils une maladie chronique? Les parents ayant une incapacité ou une maladie chronique peuvent avoir besoin de plus de soutien.	Existe-t-il des services de soutien dans la collectivité pour les personnes ayant une incapacité?	Les personnes ayant une incapacité ont-elles accès à de l'aide financière et à des programmes subventionnés ?

Section 2 Santé développementale

Facteurs biologiques

Facteur	Déterminants relatifs à l'enfant	Déterminants relatifs à la famille	Déterminants relatifs à la collectivité	Déterminants relatifs à la société
Santé mentale	L'enfant vit-il dans un environnement chaleureux et valorisant?	Quel était l'état de santé mentale de la mère durant la période périnatale? Une femme sur cinq souffre de dépression, d'anxiété ou d'un autre trouble de l'humeur pendant la grossesse ou la première année suivant la naissance.	Existe-t-il des programmes visant à soutenir la santé mentale des mères pendant la grossesse et après la naissance?	Existe-t-il du soutien pour réduire la stigmatisation sociale associée à la maladie mentale et offrir des services périnataux de santé mentale?
	Les personnes qui prennent soin de l'enfant sont-elles cohérentes et réceptives?	Des membres de la famille ont-ils vécu un traumatisme, une agression ou des problèmes de santé mentale?	Trouve-t-on du soutien dans la collectivité, p. ex. des refuges, des services de répit, des programmes et des services qui favorisent l'adaptation?	Existe-t-il du soutien pour réduire la stigmatisation sociale associée à l'agression, offrir des services aux victimes de traumatismes et d'agression et aux personnes qui ont une maladie mentale?
Habitudes en matière de santé	L'enfant a-t-il une routine quant à son alimentation, à ses heures de sommeil et à ses habitudes de jeu?	La famille fait-elle attention à la nutrition? Consacre-t-elle suffisamment d'heures au sommeil? Joue-t-elle à des jeux?	Donne-t-on des cours sur le parentage qui comprennent des renseignements sur la nutrition, le sommeil et l'activité?	

Section 2 Santé développementale

Facteurs biologiques

Facteur	Déterminants relatifs à l'enfant	Déterminants relatifs à la famille	Déterminants relatifs à la collectivité	Déterminants relatifs à la société
	L'enfant est-il allaité ou lui donne-t-on du lait maternel?	La famille a-t-elle des renseignements et du soutien pour prendre une décision éclairée en ce qui concerne l'allaitement?	La collectivité, les pairs ou les professionnels fournissent-ils du soutien aux mères qui allaitent?	Encourage-t-on et accepte-t-on la pratique de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, complété par des aliments divers par la suite?
	Est-ce que l'enfant accumule au moins 180 minutes d'activité physique, peu importe l'intensité, tout au long de la journée?	Encourage-t-on la pratique d'activités physiques dans la famille?	Existe-t-il des programmes et des installations communautaires qui encouragent la pratique d'activités physiques tout au long de l'année?	Les programmes préscolaires et des jardins d'enfants encouragent-ils le jeu actif libre et l'activité physique?
	Essaie-t-on de lui donner des habitudes en ce qui concerne l'hygiène buccale? L'enfant est-il sensibilisé à avoir une bonne hygiène buccale?	Encourage-t-on une bonne hygiène buccale et dentaire?	Existe-t-il des programmes de soins dentaires à faible coût?	

Section 2 Santé développementale

Relations interpersonnelles



Les relations interpersonnelles sont particulièrement importantes pour les enfants, car ils apprennent principalement en interagissant avec les autres. Le contact visuel, les sourires et l'imitation permettent ensuite d'avoir une communication et des échanges plus soutenus, d'approfondir les liens avec les parents et les autres personnes qui sont responsables des enfants et d'établir un réseau de relations (Field, 2007; Gerhardt, 2004; Greenspan et Shanker, 2004; Shanker, 2008).

Section 2 Santé développementale

Relations interpersonnelles

Facteur	Déterminants relatifs à l'enfant	Déterminants relatifs à la famille	Déterminants relatifs à la collectivité	Déterminants relatifs à la société
Attachement	Est-ce que l'enfant montre un modèle d'attachement sécurisant envers la personne qui en prend soin?	Est-ce que la personne qui prend soin de l'enfant est disponible et réceptive à ses signes afin de l'aider à développer un lien d'attachement sécurisant?	Existe-t-il des programmes favorisant la création de liens entre l'enfant et les parents?	Est-ce que les personnes qui prennent soin de l'enfant reçoivent un soutien financier et des outils pour établir un attachement sécurisant avec leurs enfants (p. ex. les mères travailleuses autonomes n'ont pas droit aux prestations de maternité)?
Parentage	L'enfant reçoit-il des messages cohérents de ses parents?	Les parents font-ils preuve de constance dans leur style parental (p. ex. autoritaire, permissif ou désintéressé)?	Existe-t-il des programmes sur le parentage? Les parents prennent leurs propres parents comme modèles, mais ne veulent pas répéter les mêmes erreurs qu'eux.	Reconnait-on les droits et les responsabilités des parents dans le milieu de travail et dans les politiques en place?
Réseaux sociaux	L'enfant a-t-il des contacts avec d'autres adultes et d'autres enfants?	La famille est-elle nombreuse ou appartient-elle à des réseaux sociaux?	Existe-t-il des groupes d'intérêt qui s'adressent à toute la famille? à toute la famille (p. ex. des groupes religieux, culturels ou sportifs)?	La société soutient-elle la création de divers groupes d'intérêt qui s'adressent à toute la famille?
	L'enfant a-t-il des amis? Est-il accepté par ses pairs?	La famille est-elle acceptée dans la collectivité ou les réseaux sociaux?	La collectivité favorise-t-elle le développement d'un sentiment d'appartenance chez toutes les familles, peu importe leurs choix culturels, sexuels ou religieux?	Soutient-on les droits de la personne? Dénonce-t-on la discrimination?

Section 2 Santé développementale

Expériences pendant la petite enfance

Pendant la petite enfance, l'expérience la plus importante est celle créée par la personne qui prend soin de l'enfant. La façon dont elle réagit aux expressions de l'enfant oriente le développement des connexions cérébrales et jette les fondements de son apprentissage futur. Les premières expériences incluent tous les sens :

- ◆ Toucher - p. ex. contact peau à peau
- ◆ Odorat - p. ex. odeur de la peau et du lait de la mère
- ◆ Goût - p. ex. goût du lait maternel
- ◆ Vue - p. ex. contact visuel, contempler le visage
- ◆ Ouïe - p. ex. entendre une voix familière

Un enfant a besoin de ce type d'expériences pour développer ses aptitudes sociales, affectives, langagières, cognitives et physiques (Greenspan et Shanker, 2004; McCain, Mustard et Shanker, 2007; Shanker 2010). Ces expériences se complexifient au fil des années jusqu'à ce qu'il acquière des aptitudes pour la pensée symbolique et la capacité de faire des liens entre des idées, d'associer des sentiments aux expériences et de comprendre comment le monde fonctionne. C'est en interagissant avec les adultes et les pairs que ce processus s'enclenche (Greenspan et Shanker, 2004; Mandler, 2004).

Section 2 Santé développementale

Soutenir le développement

Soutenir le développement des enfants autochtones

« Les peuples autochtones croient que les enfants ne nous appartiennent pas. Ils sont des cadeaux envoyés par le Créateur. C'est notre travail de les éduquer et de les guider tout au long de leur enfance afin qu'ils grandissent et accomplissent leur destinée sur la Terre. Parce qu'ils sont si sacrés, c'est la responsabilité de tous les membres de la communauté de les éduquer, d'assurer leur sécurité et de leur donner un amour inconditionnel et de l'attention afin qu'ils sachent qu'ils sont désirés et qu'ils occupent une place spéciale dans le cercle. Chaque enfant, peu importe son âge ou ses capacités, possède des dons et nous enseigne une leçon. Ils sont tous uniques et méritent notre respect. » [traduction libre] (Centre de ressources Meilleur départ, 2006, p. 19). L'approche autochtone en matière de développement de l'enfant pendant la petite enfance est holistique et englobe toutes les sphères de développement de l'enfant représentées dans la roue de la médecine. Les quatre quartiers du cercle représentent les sphères de développement suivantes :



par Melanie Ferris/Huntinghawk

- ◆ Physique : Développement des aptitudes motrices, sommeil, poids, nutrition, soins médicaux et environnement physique
- ◆ Mentale : Développement cognitif et du langage
- ◆ Affective : Développement social et affectif, y compris la confiance en soi et le sentiment d'appartenance
- ◆ Spirituelle : Relation de l'enfant par rapport à lui-même, à la famille, à la nation, à la terre, aux animaux et au monde spirituel (Centre de ressources Meilleur départ, 2006)

Bien que de nombreux facteurs entravent la santé et le développement sain de certains enfants autochtones, ces enfants n'y sont pas tous confrontés. Lorsqu'un enfant autochtone a l'occasion d'apprendre sa langue, ses coutumes et ses traditions dans un environnement respectueux et valorisant, il est plus susceptible d'acquérir de la résilience (Centre de ressources Meilleur départ, 2006). Les parents autochtones ont besoin de soutien pour récupérer leurs aptitudes parentales et leurs traditions. Les programmes qui s'adressent aux jeunes enfants non autochtones nécessitent du personnel et des programmes éducatifs qui intègrent les cultures autochtones d'une façon respectueuse et évidente dans la pratique (Ball, 2008; OCDE, 2004). Ils devraient inclure les enseignements des aînés, les traditions, les cérémonies et les familles (Ball, 2008; Centre de ressources Meilleur départ, 2006; CCA, 2007).



Section 2 Santé développementale

Soutenir les familles LGBTQ

Les familles LGBTQ au Canada bénéficient aujourd'hui d'une reconnaissance sociale et juridique sans précédent. Cette situation est toutefois relativement récente. Malgré les progrès réalisés, les personnes LGBTQ font encore trop souvent l'objet de discrimination. Par conséquent, elles hésitent souvent à demander l'accès à des services et programmes, ne sachant pas comment elles seront traitées, etc. Elles ont peur de déclarer leur orientation sexuelle, leur identité sexuelle ou leur structure familiale.

L'inclusion des personnes et des familles LGBTQ dans les programmes et services est à la fois simple et compliqué. Pour assurer le respect de ces personnes et familles, les programmes et services devraient, entre autres, présenter les caractéristiques suivantes :

- ◆ Des politiques et des procédures qui favorisent explicitement l'inclusion des personnes et des familles LGBTQ.
- ◆ Des formulaires d'inscription qui tiennent compte des différentes structures familiales.
- ◆ Un environnement physique qui reflète les différentes structures familiales à l'aide d'affiches, de revues et de livres représentatifs de la diversité sexuelle, familiale et de genre.
- ◆ Des fournisseurs de services qui font preuve d'ouverture d'esprit et qui tiennent à connaître les personnes et les familles qu'ils servent.
- ◆ Des fournisseurs de services qui reconnaissent les partenaires et les proches comme étant des coparents ou des membres de la famille.
- ◆ Des fournisseurs de services qui utilisent un langage impartial et inclusif et qui posent des questions ouvertes pour créer un climat sécuritaire.
- ◆ Des fournisseurs de services qui respectent les principes de la Commission ontarienne des droits de la personne (www.ohrc.on.ca/fr) et qui aident les autres à se rappeler qu'indépendamment de nos croyances personnelles, les programmes financés par des fonds publics sont offerts à toutes les personnes peu importe la race, l'ascendance, le lieu d'origine, la couleur, l'origine ethnique, la citoyenneté, la croyance, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, l'expression de l'identité sexuelle, l'âge, l'état matrimonial, l'état familial ou le handicap.

Pour en savoir plus sur le soutien à apporter aux personnes et familles LGBTQ, parcourez la ressource *Welcoming and Celebrating Sexual Orientation and Gender Diversity in Families: From Preconception to Preschool* www.beststart.org/resources/howto/pdf/LGBTQ_Resource_fnl_online.pdf (en anglais seulement)

Section 2 Santé développementale

Considérations culturelles

Facteurs de stress pour les nouveaux arrivants

Les gens émigrent au Canada pour des raisons différentes. Certains cherchent un meilleur avenir pour leur famille. D'autres quittent leur pays natal pour fuir une persécution ou une guerre. Il peut être très stressant de quitter sa patrie pour s'établir dans un nouveau pays où, bien souvent, on parle une langue différente et suit des coutumes différentes. Même si cette transition majeure peut au départ être stimulante, toutes les familles de nouveaux arrivants vivent un « stress acculturatif » (traduction libre) (Neufeld et coll., 2002, p. 752).

Les nouveaux arrivants sont aux prises avec de multiples facteurs de stress qui ont une incidence sur le développement de leurs enfants, qu'ils soient nés avant ou après leur arrivée au Canada. Voici des exemples.

- ◆ Chômage et sous-emploi
- ◆ Pauvreté
- ◆ Exclusion sociale, isolement
- ◆ Racisme, discrimination
- ◆ Défis liés à la langue et à la scolarité, p. ex. attendre pour suivre des cours de français, devoir se recycler ou refaire sa formation
- ◆ Défis liés à l'accès aux services à cause de la langue, des coûts, du mode de transport, de la stigmatisation sociale, des croyances, du manque de connaissances sur les services et de ce qui est offert
- ◆ Manque de services adaptés à leur culture
- ◆ Attentes altérées à l'égard des femmes, p. ex. devoir perpétuer le rôle traditionnel, tenir de nouveaux rôles et prendre soin de la famille sans l'aide de la famille élargie

(Berry, 2001; Cheong et coll., 2007; Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2008a; Neufeld et coll., 2002; Oliver et coll., 2007; Phinney et coll., 2001; Thomas, 1995)

Les familles constituent le premier véhicule de transmission de la culture. Elles sont même

Comprendre les différences culturelles

Dans toutes les cultures, l'éducation des enfants vise les objectifs généraux suivants :

- ◆ Favoriser le bien-être physique de l'enfant
- ◆ Favoriser le bien-être psychosocial de l'enfant
- ◆ Lui donner les compétences dont il a besoin pour assurer sa survie économique à l'âge adulte
- ◆ Lui transmettre les valeurs de sa culture



Section 2 Santé développementale

le plus important. Les caractéristiques de la culture et de la famille influencent à la fois la résilience et la vulnérabilité du développement sain des jeunes enfants (Melendez, 2005). L'éducation des enfants est imbriquée dans la culture. Elle détermine les comportements et les attentes pendant l'enfance et l'adolescence et les aptitudes parentales à l'âge adulte (Small, 1998).

Le manque de compréhension entre les diverses façons d'éduquer les enfants peut créer des tensions entre la culture dominante, souvent représentée par des professionnels, et les pratiques d'une famille. La façon dont les familles ou les personnes responsables des enfants les élèvent varie d'une culture à l'autre. Par exemple, dans les sociétés occidentales, on donne de l'importance au développement de l'autonomie. On privilégie donc les aptitudes pour la résolution de problèmes de façon autonome, l'affirmation de soi et la curiosité par exemple. Au contraire, dans beaucoup de sociétés non occidentales, on valorise l'interdépendance. On privilégie alors la collaboration, le respect de l'autorité et le partage. Dans certaines cultures, un seul parent éduque les enfants - en général la mère, tandis que dans d'autres, un enfant peut être sous la responsabilité de plusieurs personnes et être éduqué par l'une ou l'autre d'entre elles.

On remarque plus particulièrement des différences dans les pratiques suivantes :

- ◆ Alimentation
- ◆ Sommeil
- ◆ Interactions verbales
- ◆ Contact visuel
- ◆ Interactions entre les enfants et les adultes

Au bout du compte, tous les parents veulent un enfant en santé et épanoui. Comme le mentionne Small (1998), « aucun style parental n'est complètement bien ou complètement mal. Il est approprié ou inapproprié seulement en fonction de sa culture » (traduction libre) (p. 108).

Gérer les différences culturelles

La première étape est de prendre conscience des différences culturelles particulières entre les styles parentaux ou les soins aux enfants. Par exemple, les professionnels doivent « reconnaître qu'il est acceptable de laisser l'enfant dormir dans le lit des parents dans la plupart des pays du monde » (traduction libre) (Gonzalez-Mena et Bhavnagri, 2001, p. 92). Ils doivent également reconnaître que, pour certaines personnes, les pratiques nord-américaines peuvent paraître à l'extrême opposé du bon sens en matière d'éducation des enfants » (traduction libre) (Gonzalez-Mena Bhavnagri, 2001, p. 92).

Il n'est toutefois pas simple d'explorer ces différences culturelles. Il faut également faire preuve de beaucoup de sensibilité. Les professionnels qui œuvrent auprès des jeunes enfants

Section 2 Santé développementale

doivent établir une communication ouverte avec les parents pour parvenir à nouer des relations solides basées sur la confiance (Okagaki et Diamond, 2000). Les parents doivent sentir qu'on a entendu et compris leurs points de vue. Dodge, Colker et Heroman (2002) suggèrent ce qui suit pour gérer de façon constructive ces différences dans le domaine de l'éducation de la petite enfance :

- ◆ Cherchez à comprendre la position des membres de la famille. Posez des questions ouvertes pour découvrir quelles sont les préoccupations des parents.
- ◆ Validez les préoccupations et les souhaits des membres de la famille. Répétez ce qu'ils vous ont dit pour être certain d'avoir compris et leur montrer que vous les avez écoutés.
- ◆ Expliquez-leur de quelle façon votre programme prévoit répondre à leurs préoccupations. Reconnaissez que l'on peut avoir des points de vue différents sur n'importe quel sujet. Si possible, parlez-leur de la recherche sur les sujets qui préoccupent les parents et les facteurs de risque prouvés et associés au comportement qui vous préoccupe.
- ◆ Prévoyez une autre rencontre pour évaluer les progrès.

Nous invitons les fournisseurs de services qui souhaitent envisager d'autres stratégies pour aider les familles nouvellement arrivées à consulter le manuel *Growing up in a New Land: Strategies for Working with Newcomer Families* à l'adresse www.beststart.org/resources/hlthy_chld_dev/growin_up/growing_up_new_land_June2013.pdf (en anglais seulement).

Le guide *Grandir dans un nouveau pays : Un guide pour les parents nouveaux arrivants* est également mis à la disposition des parents nouveaux arrivants ayant des enfants âgés de 0 à 6 ans. Il contient de l'information sur les organismes d'aide communautaires et gouvernementaux ainsi que des ressources et des conseils pour les aider à s'adapter à leur nouvelle vie tout en honorant leur propre culture : www.meilleurdepart.org/resources/develop_enfants/pdf/Growing_up_PARENTS_FR_online_Final.pdf.



Enfin, les nouveaux arrivants au Canada comptent bien souvent à la fois sur les réseaux sociaux formels (p. ex. les professionnels) et informels (p. ex. la parenté et les amis) pour accéder aux services de soutien (Neufeld et coll., 2002). Comme on peut s'y attendre, ils ont tendance à utiliser d'abord les réseaux informels. En général, la parenté ou un ami du même groupe ethnique sont capables de faire des liens entre la famille et les services dont elle a besoin. Dans certains cas, les nouveaux arrivants n'ont

Section 2 Santé développementale

pas de réseaux sociaux informels. Dans tous les cas toutefois, les professionnels doivent chercher à assurer plus de services dans la collectivité. Les organismes doivent offrir l'accès à des services de traduction et d'interprétation adéquats et offrir des services adaptés à la culture. Les professionnels doivent s'assurer que les familles arrivant au Canada reçoivent l'aide dont elles ont besoin et, ainsi, veiller à ce que tous les enfants puissent s'épanouir dans la collectivité.

Pour en apprendre davantage sur les considérations culturelles, veuillez consulter la Section 6 : Foire aux questions.

Section 3 Développement de l'enfant

L'enfant se développe selon un continuum influencé par divers facteurs. Par exemple, on a observé certaines différences dans le développement physique de l'enfant en fonction du sexe, de l'emplacement géographique et des premières expériences (Berk, 2008). Les pratiques culturelles peuvent aussi influencer sur le développement du langage, du caractère, du concept de soi et du dessin (Berk, 2008). Le fait de comprendre le continuum du développement aidera les professionnels à favoriser le développement individuel de chaque enfant et à noter tout retard.

On sait que les enfants se développent dans leur globalité, mais on catégorise souvent le processus de développement par sphère. Dans la présente ressource, le développement et les habiletés développementales s'articulent autour de cinq sphères afin de permettre aux professionnels de comprendre les indicateurs spécifiques de chacune. La présente section fournit des renseignements utiles quant aux aspects du développement suivants :

- ◆ Croissance
- ◆ Nutrition
- ◆ Habileté à se nourrir
- ◆ Santé dentaire
- ◆ Sommeil
- ◆ Perception
- ◆ Caractère
- ◆ Esthétisme

Il importe d'interpréter chacun des aspects du développement énumérés dans la présente ressource pour un âge ou une sphère donnés, en fonction du continuum propre à chaque enfant. Même si la plupart des enfants auront acquis les habiletés prévues pour leur tranche d'âge, quelques-uns auront parfois de bonnes raisons de ne pas avoir acquis une habileté précise. Par exemple, chez certains peuples des Premières Nations, on pratique la « cérémonie de la sortie », selon laquelle les pieds du bébé ne toucheront le sol qu'une fois qu'il aura atteint l'âge d'un an. Une telle pratique peut nuire de façon temporaire aux stades où l'enfant apprend à ramper et à marcher. Il importera donc de noter cet aspect en suivant le développement de l'enfant.

Les professionnels doivent garder ces considérations en tête lorsqu'ils ont recours et font référence à la présente ressource. S'ils remarquent un retard important ou plus d'un retard par rapport à l'une des sphères de développement, ils devraient inciter les familles à demander à un médecin, à un spécialiste ou aux services à l'enfance de les acheminer vers les services appropriés (voir la Section 7 - Information locale).

Section 3 Développement de l'enfant

Ils peuvent également consulter d'autres ressources très pertinentes, par exemple :

- ◆ Le document *L'apprentissage des jeunes enfants à la portée de tous dès aujourd'hui* explique le continuum de développement et donne des exemples sur la manière d'évaluer la progression des habiletés de l'enfant.
- ◆ *Les questionnaires de dépistage Nipissing District Developmental Screen* constituent en fait 13 listes de contrôle des habiletés pour chacun des 13 principaux stades de développement. Les parents ou les personnes prenant soin d'enfants peuvent remplir le questionnaire spécifique à un stade de développement de l'enfant, depuis la naissance jusqu'à l'âge de six ans. Il ne s'agit pas d'un outil de diagnostic, mais plutôt d'une façon pour les parents et les professionnels des services de garde d'enfants et de soins de santé des enfants de suivre les progrès des bébés et des enfants. Les utilisateurs de l'Ontario ont accès gratuitement aux listes et peuvent les commander en ligne à l'adresse www.ndds.ca/order-on-fr/register-on-fr.

De même, le présent guide *Sur la bonne voie* se veut un outil de référence destiné aux professionnels pour faciliter leur suivi du développement de tous les enfants.



Croissance

La croissance physique constitue l'un des indicateurs les plus utilisés pour évaluer le sain développement de l'enfant, qui se développe à un rythme phénoménal. Dès l'âge de deux ans, un enfant aura plus que triplé son poids à la naissance et aura atteint près de la moitié de sa taille adulte. Ses os, plus ou moins souples à la naissance, se solidifient et peuvent ainsi supporter son poids. Les os du crâne durcissent aussi et fusionnent. Les espaces membraneux de son crâne sont comblés à l'âge de 18 mois.

Section 3 Développement de l'enfant

Chaque enfant suivra une trajectoire, ou une « courbe » de croissance, qui lui est propre. Cette courbe de croissance dépend d'une combinaison de facteurs, notamment les suivants :

- ◆ Milieu culturel
- ◆ Potentiel génétique
- ◆ Habitudes observées dans son milieu, notamment par rapport à la nutrition, à l'exercice et à la stimulation sociale.

Le point exact sur un graphique de croissance importe moins que la tendance observée dans le temps.

La croissance d'un enfant se mesure à l'aide de trois paramètres, soit :

- ◆ Son poids
- ◆ Sa taille
- ◆ La circonférence de sa tête

Poids

Un bébé grossit rapidement, et une partie du poids acquis se transforme en tissu adipeux, ce qui lui donne son apparence potelée habituelle. À mesure qu'il continue de grandir et d'améliorer ses habiletés motrices, la proportion du tissu adipeux diminue alors que sa masse musculaire s'accroît (Oswalt, 2007). Durant les quatre premiers mois, un bébé grossit d'environ 20 à 30 grammes (de 2/3 à 1 oz) par jour, pour un total de 3,6 kg (8 lb) chez les garçons et 3,15 kg (7 lb) chez les filles. Par la suite, la rapidité à laquelle il prend du poids ralentit un peu.

Taille

La taille augmente rapidement elle aussi. Durant les quatre premiers mois, un bébé grandit d'environ 14 cm (6 po). Cette croissance ralentit un peu par la suite. À deux ans, un enfant aura atteint environ la moitié de sa taille adulte.

Circonférence de la tête

À la naissance, la tête du bébé constitue la majeure partie de la masse corporelle. Puis, au cours des deux premières années, le corps se rattrape et croît de manière à donner à l'enfant des proportions ressemblant davantage à celles d'un adulte. Sa tête continue aussi à grossir. On évalue sa croissance en mesurant la circonférence.

Graphiques de croissance

Ces trois paramètres sont illustrés sur un graphique de croissance. Il peut y avoir des fluctuations au cours des 18 premiers mois. Cela dit, à partir de deux ans, un enfant suit

Section 3 Développement de l'enfant

habituellement la même courbe que celle du graphique de croissance. Les garçons et les filles ont des trajectoires de croissance différentes. C'est pourquoi il existe un graphique de croissance pour chaque sexe. Par exemple, si un garçon suit le 50e centile en ce qui concerne la taille, cela veut dire que 50 pour cent des garçons du même âge seront plus grands et 50 pour cent seront plus petits que lui. Si une fille suit le 60e centile en ce qui concerne le poids, cela veut dire que 40 pour cent des filles du même âge pèseront plus et 60 pour cent pèseront moins qu'elle.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a élaboré les plus récentes normes en matière de croissance à partir d'une importante cohorte d'enfants allaités de six pays et de quatre continents différents. La Société canadienne de pédiatrie a adopté les courbes de croissance de l'OMS et les rend disponibles en ligne à l'adresse www.cps.ca/fr/tools-outils/courbes-de-croissance-de-loms.



En plus des courbes de croissance, on peut utiliser, sous la supervision d'un médecin, l'indice de masse corporelle (IMC) comme outil pour évaluer le poids et la taille d'un enfant par rapport aux autres enfants du même âge et du même sexe. Cet outil permet de déterminer son risque d'avoir un poids insuffisant, de faire de l'embonpoint ou d'avoir un problème d'obésité. L'IMC pour les enfants âgés de 2 à 20 ans est présenté sous forme de percentile. On estime qu'un enfant a une insuffisance pondérale si son IMC est inférieur au 5e percentile; accuse un surpoids si son IMC se situe entre le 85e et le 95e percentile; est obèse si son IMC est supérieur au 95e percentile. Vous trouverez le calculateur et les tableaux de l'IMC dans le site Web des Diététistes du Canada à l'adresse www.dietitians.ca/secondary-pages/public/who-growth-charts.aspx.

Section 3 Développement de l'enfant

Activité physique

L'activité physique est un important facteur pour la croissance et le développement d'un enfant. Elle contribue non seulement à améliorer les habiletés motrices, la composition corporelle et certains aspects de la santé métabolique et du développement social (SCPE), mais favorise également les saines habitudes de vie qui devraient être adoptées dès la tendre enfance pour se poursuivre jusqu'à un âge avancé.

En mars 2012, la Société canadienne de physiologie de l'exercice et ParticipACTION ont publié les premières *Directives en matière d'activité physique et de sédentarité pour la petite enfance*. Leur message clé est que les enfants de quatre ans et moins devraient bouger plus, demeurer moins souvent en position assise et éviter de passer du temps devant un écran.

Pour favoriser une croissance et un développement sains, les *Directives canadiennes en matière d'activité physique pour la petite enfance* recommande ce qui suit :

- ◆ Les enfants de moins d'un an devraient être actifs physiquement plusieurs fois par jour - particulièrement par l'entremise de jeux interactifs au sol, en passant du temps sur le ventre, en essayant d'atteindre ou de saisir un objet et en rampant.
- ◆ Les enfants âgés d'un à quatre ans devraient accumuler au moins 180 minutes d'exercice physique par jour, peu importe l'intensité, réparties au cours de la journée. Comme activité physique, ils peuvent ramper, marcher, courir, danser, sauter, grimper et explorer.
- ◆ Les enfants de cinq ans et plus devraient faire quotidiennement au moins 60 minutes d'activités énergiques, comme sautiller, sauter à la corde et faire du vélo.

Remarque : Les activités devraient se dérouler dans des endroits sécuritaires, appropriés à l'âge de l'enfant, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Les activités devraient aussi être surveillées.

Il est tout aussi important de minimiser le temps qu'un enfant consacre à des activités sédentaires, c'est-à-dire des activités qui exigent très peu de mouvement physique et d'énergie (comme être en position assise ou couchée).

Section 3 Développement de l'enfant

Pour favoriser une croissance et un développement sains, on recommande dans les *Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire* ce qui suit :

- ◆ Les personnes qui prennent soin des enfants devraient limiter le temps que les enfants passent en position assise à moins d'une heure à la fois.
- ◆ L'exposition à des écrans n'est pas recommandée pour les enfants de moins de deux ans.
- ◆ L'exposition à des écrans pour les enfants âgés de deux à quatre ans devrait être limitée à moins d'une heure par jour.

Pour consulter les *Directives canadiennes en matière d'activité physique pour la petite enfance*, rendez-vous à l'adresse www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_early-years_fr.pdf.

Pour consulter les *Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire pour la petite enfance*, rendez-vous à l'adresse www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_SBGuidelines_early-years_fr.pdf.

Nutrition

Les trois premières années de la vie d'un enfant se révèlent les plus cruciales pour son développement, puisque l'enfant grandit rapidement durant cette période (OMS, 2003). Non seulement une saine alimentation favorise la croissance, mais elle s'avère encore plus vitale au développement du cerveau. On l'associe au niveau de préparation à l'apprentissage et à l'école. Une pauvre alimentation au début de la vie peut entraîner une série de problèmes chez l'enfant, entre autres :

- ◆ Retard dans le développement moteur et cognitif
- ◆ Problèmes affectifs et de socialisation
- ◆ Troubles de l'attention
- ◆ Piètre rendement scolaire (OMS, 2003)

En mai 2012, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a rassemblé un groupe de spécialistes pour former un Comité d'experts pour la santé des enfants. Ce panel était chargé de formuler au gouvernement des recommandations sur la façon de réduire l'obésité infantile. En 2013, le panel a publié ses recommandations dans le rapport *L'urgence d'agir : Stratégie pour des enfants en santé* en les classant en trois grands volets :

- ◆ Un début en santé : favoriser une grossesse et une petite enfance saines, pour jeter les bases d'une enfance et d'une adolescence en santé.
- ◆ Une alimentation saine : appuyer les initiatives qui favorisent une alimentation saine, l'atteinte d'un poids santé et le développement sain de l'enfant.
- ◆ Des collectivités saines et actives : construire des environnements sains pour les enfants dans leur collectivité.

Section 3 Développement de l'enfant

Selon le rapport *L'urgence d'agir* publié en 2013 « la prévalence d'embonpoint et d'obésité chez les enfants de l'Ontario a augmenté de 70 % entre 1978-1979 et 2004. » Aujourd'hui, presque un enfant sur trois en Ontario fait de l'embonpoint ou est obèse. « Bien que la proportion des enfants âgés de deux à cinq ans qui souffrent d'embonpoint ou d'obésité n'ait pas beaucoup changé, la proportion des jeunes âgés de 12 à 17 ans qui accusent un surpoids est passée de 14 % à 29 %, et de ce nombre la proportion des enfants qui sont obèses a triplé » (M. Shields et M.S. Tremblay).

Les données montrent que les enfants qui accusent un surpoids ou qui sont obèses sont plus susceptibles de faire de l'embonpoint ou de l'obésité à l'âge adulte. Ces enfants sont donc plus à risque de souffrir de diabète, d'accidents vasculaires cérébraux, de maladies cardiovasculaires, d'hypertension et de certains cancers au cours de leur vie. Toutes ces maladies ont un lien avec l'obésité (Leitch, 2007).

On encourage les lecteurs à consulter les ressources riches en information sur la nutrition et qui sont disponibles en Ontario, notamment les sites Web suivants :

- ◆ Centre Meilleur départ sur l'allaitement et la nutrition des bébés
www.meilleurdepart.org/resources/allaitement/index.html
www.meilleurdepart.org/resources/nutrition/index.html
- ◆ Société canadienne de pédiatrie (SCP)
www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/healthybodies-index
- ◆ Saine alimentation Ontario
www.eatrightontario.ca/fr/default.aspx
- ◆ *Guide alimentaire canadien* de Santé Canada
www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php
- ◆ Directives sur la nutrition du nourrisson de Santé Canada
www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/index-fra.php
- ◆ Centre de ressources en nutrition
www.nutritionrc.ca (en anglais seulement)

Section 3 Développement de l'enfant

Pour offrir aux jeunes enfants un apport nutritionnel optimal, les spécialistes en nutrition ont formulé les principales recommandations qui suivent :

- ◆ Allaitement exclusif pendant les six (6) premiers mois en le complétant ensuite avec des solides, jusqu'à l'âge de deux (2) ans et plus.
- ◆ Donner tous les jours aux enfants qui sont exclusivement allaités un supplément de vitamine D jusqu'à la fin de la première année.
- ◆ Préparer et entreposer les préparations pour nourrissons en suivant les instructions.
- ◆ Entreposer le lait maternel exprimé en suivant les instructions :
 - Ne pas réchauffer au four à micro-ondes ni le lait maternel exprimé ni les préparations pour nourrissons.
 - Ne pas ajouter de substances solides ou sucrées dans le biberon du bébé (p. ex., des céréales ou du sirop de maïs).
- ◆ Ne pas donner de l'eau ou d'autres liquides aux bébés de moins de six mois.
- ◆ Commencer à introduire les autres aliments quand le bébé atteint l'âge de six mois, en particulier les aliments riches en fer (p. ex., les céréales enrichies de fer, la viande, le poisson, les jaunes d'œufs cuits, les légumes bien cuits ou le tofu), une fois que sont introduits les aliments solides.
- ◆ Donner aux bébés de plus de six mois de la nourriture variée et appropriée pour leur âge.
- ◆ Éviter de donner ou ne donner que rarement du poisson à forte teneur en mercure.
- ◆ Ne donner aucun lait de vache (3, 25 % M.G.) avant l'âge de neuf mois.
- ◆ Ne donner aucune boisson de soya enrichie avant l'âge de 24 mois.
- ◆ Ne donner aucune autre boisson de nature végétarienne (p.ex., boisson de riz) comme substitut au lait de vache.
- ◆ Ne pas donner plus de quatre onces de jus de fruit par jour à un enfant de moins de 18 mois, puis pas plus de 6 onces de 18 mois à 6 ans.
- ◆ Ne donner aucune boisson sucrée, gazéifiée ou contenant de la caféine.
- ◆ Donner à un enfant de 16 à 24 onces de lait par jour une fois qu'il a été sevré.
- ◆ Donner à un enfant du lait de vache complet (3, 25 % M.G.) jusqu'à l'âge de deux ans, puis du lait faible en gras (p. ex., 1 % ou 2 % M.G.).
- ◆ Pour étancher sa soif, offrir à l'enfant de l'eau au besoin entre les repas et les collations.

Section 3 Développement de l'enfant

- ◆ Offrir tous les jours à l'enfant des aliments de tous les groupes alimentaires.
- ◆ Laisser l'enfant décider de la quantité d'aliments qu'il veut manger (c.-à-d., ne pas le forcer).
- ◆ Prévoir pour l'enfant un horaire incluant tous les jours trois repas et deux ou trois collations saines, de manière à espacer les repas et les collations de deux ou trois heures.
- ◆ Éviter le plus possible l'ingestion de gras trans et d'autres graisses saturées.
- ◆ Servir les repas et les collations à la table, sans distractions (p. ex., ne pas les servir devant la télévision).
- ◆ Prévoir pour l'enfant de fréquents repas en famille.

Habilité à se nourrir

L'enfant vient au monde avec la capacité de téter. S'il vient au monde à terme, il est aussi habituellement capable de coordonner la tétée, la déglutition et la respiration. Son habileté à se nourrir dépend de son développement par rapport à ce qui suit :

- ◆ Motricité globale (p. ex., la capacité de s'asseoir)
- ◆ Motricité fine (p. ex., la capacité de ramasser de petits objets)
- ◆ Capacité de voir (p. ex., la coordination du mouvement entre la main et la bouche)
- ◆ Développement dentaire et buccal (p. ex., la capacité à mastiquer et à croquer)

La question de l'habileté à se nourrir est abordée dans la présente section pour les raisons suivantes :

- ◆ Elle fait souvent partie du processus d'évaluation de l'enfant
- ◆ Elle constitue un indicateur à savoir si l'enfant est prêt pour l'école

Remarque : La manière de nourrir un enfant peut dépendre des pratiques culturelles (p. ex., nourrir un enfant soi-même jusqu'à ce qu'il fasse son entrée à l'école, l'utilisation des ustensiles, l'ajout de suppléments alimentaires traditionnels). Les professionnels devraient s'informer des coutumes et en appuyer l'usage, à moins que la santé de l'enfant ne soit menacée par une pratique quelconque.

Section 3 Développement de l'enfant

Santé dentaire

L'éruption de la dentition lactéale (les 20 dents de lait ou temporaires) se fait normalement avant l'âge de deux ou trois ans. Il arrive qu'elle soit retardée d'un an tout au plus. Soulignons que le moment où percent les dents importe moins que le schéma chronologique. Quant à la dentition permanente, elle commence à se développer dès la naissance (Alsada et coll., 2005), mais la première dent définitive ne fera éruption qu'autour de l'âge de six ans (Meadow et Newell, 2002).

Les dents de lait sont habituellement petites et courtes et ont la couleur blanche du lait, tandis les dents permanentes sont grosses et de couleur blanche, qui peut tendre vers le gris (Brown, 2007). On a observé certaines variations selon le sexe (c.-à-d., les dents percent habituellement quelques mois plus tôt chez les filles) (Meadow et Newell, 2002). Le tableau ci-dessous donne un aperçu de l'ordre chronologique suivant lequel fait éruption la dentition lactéale ou temporaire chez les enfants.

Dentition lactéale (temporaire ou dents de lait)	Éruption (âge en mois)
Incisives centrales - mâchoire inférieure	6 - 10
Incisives centrales - mâchoire supérieure	7 - 12
Incisives latérales - mâchoire supérieure	8 - 12
Incisives latérales - mâchoire supérieure	7 - 16
Canines	16 - 23
Premières molaires	12 - 19
Deuxièmes molaires	20 - 33

(Brown, 2007; Meadow et Newell, 2002)

La grande préoccupation qu'ont les professionnels des soins dentaires demeure le nombre de jeunes enfants souffrant de la carie de la petite enfance, que l'on appelle aussi la carie du biberon. Pourtant, il est très facile de prévenir ce problème de santé publique. Les bactéries dentaires sont souvent transmises par la personne prenant soin de l'enfant. Le problème surgit quand celle-ci utilise ses propres ustensiles pour nourrir l'enfant ou nettoie la suce avec sa propre salive (American Academy of Pediatric Dentistry [AAPD], 2004).

- ◆ La carie de la petite enfance peut nuire à :
 - La concentration
 - La capacité de manger et de dormir
 - L'apparence
 - La saine dentition permanente

Section 3 Développement de l'enfant

- La croissance
- La santé générale
(AAPD, 2008; Ontario Association of Public Health Dentistry [OAPHD], 2003)
- ◆ On associe la carie de la petite enfance à bon nombre de facteurs de risque, notamment les suivants :
 - Faible statut socio-économique
 - Peu de possibilités d'accès aux soins dentaires
 - Manque de sensibilisation à l'importance des soins dentaires
 - Faible niveau de scolarité des parents
 - Antécédents familiaux de caries dentaires
 - Alimentation riche en sucre
 - Aucun allaitement maternel
 - Allaitement sur demande sans hygiène buccale préalable
 - Aucune exposition des dents au fluorure
 - Exposition à la fumée secondaire et même tertiaire
(AAPD, 2003; Bogges et Edelstein, 2006; Dini et coll., 2000; Nurko et coll., 2003)

Un premier symptôme de la carie de l'enfance se manifeste quand des lésions blanchâtres apparaissent sur la surface de la dent (Nurko et coll., 2003), ce qui peut ensuite entraîner une décoloration brunâtre, confirmant ainsi la présence d'une carie (Yarnell, 2007).

- ◆ Les situations suivantes peuvent également nuire à la santé et au développement dentaires :
 - Blessures aux dents ou à la bouche survenues dans l'enfance
 - Habitude de continuer à sucer une fois que toutes les dents de lait ont percé

En Ontario, le régime d'assurance-maladie ne couvre pas l'hygiène dentaire ni les visites chez le dentiste. Toutefois, les enfants ne bénéficiant pas d'une couverture dentaire peuvent profiter du Programme de soins dentaires pour enfants (information disponible en ligne à l'adresse www.mhp.gov.on.ca/fr/healthy-communities/Default.asp).

Section 3 Développement de l'enfant

- ◆ De bonnes habitudes d'hygiène buccale favoriseront la santé et le développement dentaires. Les facteurs suivants aident à la bonne santé buccale et dentaire :
 - Grossesse en santé
 - Alimentation saine et nutritive
 - Bonne hygiène buccale
 - Utilisation prudente du fluorure
 - Visites périodiques chez le dentiste (Kulkarni, 2003)

Lien : Grossesse en santé - dentition en santé

- ◆ Les dents de lait du bébé commencent à se développer dans les trois premiers mois de grossesse. Les facteurs suivants établissent les bases d'une bonne santé et d'un bon développement dentaires :
 - Grossesse en santé
 - Alimentation nutritive
 - Bon apport en calcium
 - Aucune consommation de nicotine, d'alcool et de certains médicaments
- ◆ Alimentation saine et nutritive
 - On devrait offrir une alimentation saine et nutritive aux tout-petits et aux enfants en suivant le *Guide alimentaire canadien* (information disponible en ligne à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php)
 - Il ne faudrait ajouter aucun sucre (édulcorant) dans les boissons; le saccharose est celui qui est le plus susceptible d'entraîner la formation de la carie.
 - On devrait réserver les boissons et les aliments sucrés au moment des repas; rappelons que les collations sucrées et les féculents favorisent la formation de la carie.

Section 3 Développement de l'enfant

Avoir de bonnes habitudes d'hygiène buccale

Les bactéries dentaires sont souvent transmises par la personne prenant soin de l'enfant. Celle-ci peut transmettre des bactéries en jouant avec le bébé ou en l'embrassant ou, encore, en utilisant ses propres ustensiles pour nourrir l'enfant ou en nettoyant la suce avec sa propre salive. Le parent ou la personne qui prennent soin de l'enfant doivent avoir une bonne santé buccale pour que l'enfant ait lui aussi une bonne santé buccale.

- ◆ Habitudes à prendre pour favoriser une bonne santé buccale chez l'enfant :
 - Utiliser des sucettes et des jouets propres de même que des ustensiles nets pour nourrir le bébé.
 - Nettoyer les gencives du bébé de moins de 12 mois avec un linge humide après l'avoir nourri et avant de le mettre au lit.
 - Brosser les dents (une fois sorties) à l'aide d'une brosse à dents douce et appropriée à l'âge de l'enfant.
 - Brosser les dents de l'enfant deux fois par jour ou après l'avoir nourri, s'il y a présence de facteurs de risque.
 - S'assurer que le brossage des dents du tout-petit est supervisé ou fait par une personne adulte.
 - Ne pas mettre l'enfant au lit avec une bouteille contenant du lait, du jus ou toute autre boisson sucrée (seule l'eau est recommandée).
 - Connaître les stratégies de prévention des blessures.
 - Une fois toutes les dents de lait sorties, encourager l'enfant à perdre la mauvaise habitude de sucer, p. ex. : une suce ou un doigt.
- ◆ Utilisation prudente du fluorure
 - Dans les régions où l'eau du robinet contient du fluor, utiliser cette eau pour rincer la bouche du tout-petit peut lui donner une certaine protection.
 - Si l'eau du robinet ne contient pas de fluor, le dentiste peut recommander un traitement au fluorure une fois toutes les dents sorties.
 - Ne pas utiliser un dentifrice au fluor pour un enfant de moins de trois ans, ou avant que l'enfant ne soit capable de cracher adéquatement.
 - Une fois le brossage des dents commencé, utiliser seulement une toute petite quantité de dentifrice (la grosseur d'un pois).
 - Ne pas laisser un enfant avaler du dentifrice au fluor, car cela peut entraîner la décoloration des dents permanentes.

Section 3 Développement de l'enfant

◆ Visites périodiques chez le dentiste

- La première visite du bébé chez le dentiste devrait se faire dans les six mois suivant l'apparition de la première dent, ou au plus tard à 12 mois.
- S'assurer que l'enfant a des rendez-vous périodiques chez un professionnel des soins dentaires.
- Se rappeler qu'il est possible de prévenir la plupart des problèmes dentaires et qu'il en coûte passablement moins cher de prévenir que de devoir avoir recours à un traitement.
(AAP, 2003, 2008; AAPD, 2004; AAPD/AAP, 2008; Alsada et coll., 2005; Boggess et Edelstein, 2006; Dini et coll., 2000; Kulkarni, 2003; Nainar et Mohummed, 2004; OAPHD, 2003)

Pour en savoir plus, veuillez consulter le site Web de l'Ontario Association for Public Health Dentistry à l'adresse www.oaphd.on.ca (en anglais seulement).



Section 3 Développement de l'enfant

Sommeil

- ◆ Le sommeil est vital, mais trop souvent une fonction oubliée du développement de l'enfant. Un sommeil adéquat favorise :
 - L'autorégulation
 - La croissance
 - La santé physique
 - La mémoire
 - Le fonctionnement cognitif
- ◆ On associe par ailleurs le manque de sommeil avec :
 - La détresse familiale
 - Les problèmes d'attachement parent-enfant
 - La dépression parentale

Un bébé prend du temps à développer un cycle éveil-sommeil et un rythme circadien. Certains bébés prendront plus de temps que d'autres. L'heure, les facteurs biologiques et les facteurs environnementaux, comme le cadre familial et le tempérament du bébé, ont tous une incidence sur le cycle du sommeil (Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants [CEDJE], 2008).

À la naissance, le bébé a un cycle de sommeil très différent de celui des adultes. La moitié du sommeil du bébé est consacrée aux mouvements oculaires rapides (MOR) ou au sommeil paradoxal. Les mouvements oculaires rapides se reconnaissent par une respiration accélérée et irrégulière, de fréquents sursauts du corps, des bruits comme des grognements ou des pleurs et un mouvement rapide des yeux sous les paupières (Anders, 2003). C'est durant ce stade de sommeil rapide que le bébé transfère ses expériences dans sa mémoire. Il s'agit donc d'une partie cruciale de l'apprentissage.

L'autre moitié du sommeil est calme. Ce stade du sommeil se caractérise par un sommeil plus profond durant lequel la respiration est régulière et lente et le corps ne bouge pas. Il est plus difficile de réveiller le bébé durant cette période.

Le nouveau-né a un cycle du sommeil d'environ 50 à 60 minutes. Il passe environ 25 à 30 minutes dans un sommeil paradoxal puis environ le même temps dans le stade de sommeil calme. Il se réveillera ensuite, en passant de la somnolence à un état d'éveil calme, puis à un état d'éveil optimal. Ce n'est qu'à quatre ou six mois que le bébé aura appris suffisamment de comportements apaisants pour faire ses nuits.

Dès l'âge de trois ans, le sommeil ROM diminue à 30 pour cent, avec 70 pour cent du sommeil passé dans un sommeil calme. Les cycles du sommeil s'allongent progressivement.

Section 3 Développement de l'enfant

Puis à l'adolescence, l'enfant suivra les mêmes stades de sommeil que les adultes. Ainsi, il dormira 20 pour cent du temps dans un sommeil paradoxal et 80 pour cent du temps dans un sommeil calme, suivant des cycles de sommeil de 90 minutes.

La quantité de sommeil varie considérablement d'un enfant à l'autre. Un bébé de moins de six mois passe jusqu'à 16 heures par jour à dormir (SCP, 2007). Cela dit, on a rapporté aussi peu que 10 heures de sommeil chez certains bébés de cette tranche d'âge. Un bébé âgé de six mois à deux ans dort jusqu'à 14 heures par jour, un tout-petit dort entre 10 et 13 heures et un enfant d'âge préscolaire dort environ de 10 à 12 heures (SCP, 2007).

- ◆ On associe les troubles du sommeil chez le tout-petit et l'enfant d'âge préscolaire à certains problèmes, notamment :
 - La résistance à aller au lit ou à dormir dans son lit
 - La dépendance à la présence et à l'action apaisante de la personne qui en prend soin (p. ex. : maternage, bercer)
 - La peur et l'anxiété vécues en soirée
 - Le fonctionnement et l'obstruction des voies respiratoires, sous forme de respiration forte, de ronflement ou d'arrêts dans la respiration en raison d'amygdales pharyngiennes trop grosses ou d'une infection respiratoire (Anders, 2003)
- ◆ Parce que le sommeil joue un rôle important dans le sain développement des enfants, les personnes qui en prennent soin devraient prévoir des stratégies pour aider les enfants de plus de six mois à acquérir de bonnes habitudes au coucher. Voici quelques conseils à cet effet :
 - Le bébé a besoin de siestes, mais aussi de dormir le soir. Il importe d'établir une routine autour des siestes tout en respectant le rythme de l'enfant.
 - On peut mettre le bébé au lit pendant qu'il somnole, mais qu'il est encore réveillé. Ainsi, l'enfant pourra développer l'habitude de s'apaiser et de s'endormir lui-même.
 - Une bonne routine autour des siestes et du coucher et un endroit fixe où dormir peuvent aider l'enfant à se sentir en sécurité et lui permettre de s'endormir rapidement.
 - La suce peut aider un enfant à s'endormir une fois que l'allaitement est bien établi (dès l'âge de six (6) semaines).
 - Éviter de prendre le bébé dans ses bras dès qu'il émet un bruit. On risque moins de déranger son cycle de sommeil, car il peut se trouver en stade de sommeil paradoxal à ce moment-là (SCP, 2007).

Section 3 Développement de l'enfant

On peut trouver d'autres conseils sur le développement de bonnes habitudes de sommeil chez le bébé, le tout-petit et l'enfant d'âge préscolaire en ligne, aux adresses www.meilleurdepart.org/resources/develop_enfants/pdf/BSRC_Sleep_Well_resource_FR_LR.pdf et www.enfant-encyclopedie.com/sommeil

Perception (sensorielle)

- ◆ L'enfant apprend à connaître le monde qui l'entoure à l'aide de ses cinq sens :
 - Le toucher
 - Le goût
 - L'odorat
 - L'ouïe
 - La vue

Avant même que l'enfant ne vienne au monde, il aura développé partiellement ou entièrement certains de ses sens. C'est ainsi qu'il peut mieux établir un lien avec la personne qui en prend soin et donner un sens à ses expériences. Le développement perceptif est relié aux cinq sphères de développement de l'enfant. Par exemple, l'ouïe est étroitement liée au développement langagier, la vue au développement cognitif et le toucher au développement affectif. Les étapes clés du développement perceptif sont décrites dans la sous-section Développement du bébé par tranche d'âge de la présente section alors que celles liées à la vue et à l'ouïe sont énoncées dans la sous-section Développement du tout-petit par tranche d'âge. Chaque sens est abordé dans les cinq sphères de développement.

Remarque : Berk (2008) souligne le fait qu'il existe peu de recherches à l'heure actuelle dans les domaines du toucher, du goût et de l'odorat après la naissance.

Toucher

Le sens du toucher après et même avant la naissance favorise la croissance physique et s'avère crucial au bon développement affectif. Le toucher contribue à la sécurité et au réconfort. Il facilite aussi l'exploration, qui se fait d'abord par la peau et la bouche puis avec les mains et les doigts (Berk, 2008).

Goût et odorat

Dès la naissance, le bébé peut montrer qu'il aime ou qu'il n'aime pas certaines odeurs. Le liquide amniotique et le lait maternel ont un goût et une odeur différents suivant l'alimentation de la mère. Ainsi, le bébé vit déjà des expériences qui stimulent ses sens du goût et de l'odorat et qui influencent ses préférences (Berk, 2008).

Section 3 Développement de l'enfant

Ouïe

L'ouïe est parfaitement développée dès la naissance. C'est pourquoi on peut déterminer tout de suite s'il y a une déficience auditive. La perte auditive peut avoir des conséquences graves à long terme dans la vie. Selon sa gravité, cette atteinte peut expliquer un retard dans le développement psychologique, social et affectif, cognitif, scolaire et langagier (Puig et coll., 2005; Thompson et coll., 2001; Wada et coll., 2004). Le dépistage et un processus d'intervention précoces se révèlent indispensables au développement positif de la personne tout au long de sa vie.

- ◆ Parmi les outils d'intervention les plus souvent utilisés avec les enfants malentendants, mentionnons les suivants :
 - Aides techniques à l'audition (p. ex., appareil auditif, implant cochléaire)
 - Langage des signes
 - Communication totale
 - Programmes de thérapie auditive verbale
 - Orthophonie et audiologie
 - Soutien aux familles
(Puig et coll., 2005; Thompson et coll., 2001)
- ◆ On associe les facteurs de risque suivants à la déficience auditive chez l'enfant :
 - Antécédents familiaux de déficience auditive permanente dès l'enfance
 - Prématurité; plus de cinq jours à l'unité néonatale de soins intensifs; ventilation assistée
 - Infections in utero et post-partum
 - Faible poids à la naissance
 - Asphyxie périnatale (manque d'oxygène)
 - Jaunisse
 - Anomalies craniofaciales et de l'os temporal; traumatisme crânien (particulièrement les fractures)
 - Syndromes associés à la déficience auditive
 - Maladie neurodégénérative ou neuropathie sensori-motrice
 - Chimiothérapie
(Joint Committee on Infant Hearing, 2007; Puig, Municio et Medà, 2005)

Section 3 Développement de l'enfant

Depuis 2002 en Ontario, le Programme d'audition pour les enfants (Programme Ouïe des nourrissons) vise le dépistage universel de la surdité chez le nouveau-né (Groupe de travail canadien sur l'audition chez les enfants, 2005) et fonctionne très bien. Dans tous les hôpitaux de la province, on fait un test de dépistage après la naissance. Un suivi est offert dans toutes les collectivités. Vous trouverez davantage de renseignements sur le programme en visitant le site Web du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse à l'adresse www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/hearing/index.aspx.

Vue

La vue est le sens le moins développé à la naissance. Le processus de développement des yeux se termine vers l'âge de six mois. Le bébé arrive ensuite à développer sa capacité de coordination entre les deux yeux vers l'âge de 12 mois (Pantell et coll., 2009). « Le cerveau apprend comment interpréter les signaux visuels qui proviennent des yeux. Le développement de la vision se poursuit jusqu'à l'âge de 7 à 8 ans. Après cela, les voies optiques et les parties du cerveau liées à la vision se sont complètement formées et ne peuvent plus changer » (Kenny et Knott, 2012). La capacité visuelle de l'enfant joue un grand rôle dans l'apprentissage et le développement global, particulièrement dans les premières années, si cruciales, de la vie. Certains considèrent la vue comme le sens le plus important (traduction libre) (Rudolph et coll., 2003, p. 492), parce qu'elle influe sur l'apprentissage précoce grâce à « l'imitation, l'imitation principalement visuelle [...], la communication, l'attachement, le développement moteur, les concepts spatiaux, l'équilibre, la permanence des objets, le développement du langage et la socialisation » (traduction libre) (Rudolph et coll., 2003, p. 492). En fait, 80 pour cent des apprentissages d'un enfant sont liés à la vue. On estime que des fonctions visuelles déficientes nuisent au rendement scolaire de l'enfant et, plus tard, aux choix de carrière (SCP, 2009).

En raison de l'importance de la vue dans le développement de l'enfant, il est primordial de détecter les troubles de la vue et d'établir un processus d'intervention le plus rapidement possible. Grâce à un dépistage précoce, on peut traiter la plupart des troubles de la vue, ce qui favorisera le développement de l'enfant (Carreiro, 2003; SCP, 2009; Rudolph et coll., 2003). Le dépistage des troubles de la vue est gratuit en Ontario jusqu'à l'âge de 19 ans et devrait se faire à six mois, à trois ans et annuellement par la suite. L'optométriste ou le médecin de famille peuvent faire passer le test. Le Programme ontarien d'intervention précoce auprès des enfants aveugles ou ayant une basse vision vise à donner le meilleur départ possible dans la vie aux enfants nés aveugles ou ayant une faible vision. Le gouvernement provincial subventionne les services de soutien aux familles offerts aux enfants de la naissance jusqu'à la fréquentation scolaire. Vous trouverez davantage de renseignements dans le site Web du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse à l'adresse www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/blindnesslowvision/index.aspx.

Section 3 Développement de l'enfant

Une multitude de facteurs peuvent entraîner des troubles de la vue. Mentionnons par exemple la malnutrition, une mauvaise hygiène ou une carence vitaminique (Oyiborhoro, 2005). Ce genre de situation est rare au Canada, mais plus fréquente dans les pays en développement.

- ◆ Parmi les facteurs liés aux troubles de la vue, notons :
 - Facteurs périnataux (p. ex., consommation de drogues, infection, médicaments, ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, prématurité)
 - Facteurs héréditaires
 - Maladie rétinienne
 - Blessure à l'œil
 - Cataracte
 - Glaucome
 - Troubles médicaux comme un syndrome ou un problème neurologiques
 - Tumeur cérébrale
 - Diabète
(Carreiro, 2003; Olver et Cassidy, 2005; Oyiborhoro, 2005; Rudolph et coll., 2003)

Il arrive bien souvent qu'un enfant ayant un trouble de la vue ne présente aucun symptôme. Qui plus est, on peut par erreur diagnostiquer un déficit de l'attention ou une difficulté d'apprentissage. Parmi les indices pouvant laisser présager un problème, mentionnons les suivants :

- ◆ Clignement excessif
- ◆ Frottement fréquent des yeux
- ◆ Problème de coordination entre les yeux et la main
- ◆ Problème de perception de la profondeur
- ◆ Vision double
- ◆ Plissement des yeux
- ◆ Se rapprocher de la télévision ou d'un livre
- ◆ Se fermer ou se boucher un œil fréquemment
- ◆ Larmolement excessif dans un œil ou les deux yeux
- ◆ Trop grande sensibilité à la lumière
- ◆ Proéminence des yeux
- ◆ Loucher fréquemment ou constamment après l'âge de six mois
- ◆ Paupière tombante

Section 3 Développement de l'enfant

- ◆ Infection des yeux, démangeaisons, croûtes aux yeux, petite masse sur l'œil ou autour de la paupière
- ◆ Enflure de la paupière
- ◆ Absence de contact avec les yeux à l'âge de trois mois
- ◆ Aucune fixation visuelle ou aucun suivi des objets en mouvement à l'âge de trois mois
- ◆ Mauvaise coordination pour saisir les objets à l'âge de six mois
- ◆ Mouvements horizontaux et verticaux fréquents et brusques de l'œil
- ◆ Toute asymétrie dans la grosseur des pupilles
- ◆ Toute anomalie manifeste de la forme et de la structure des yeux
- ◆ Ombrage dans la pupille (p. ex. : apparence laiteuse de la cornée, point blanc dans la pupille)
(Ciner 1997; Tamplin, 1995 cité dans Rudolph et coll., 2003; Olver et Cassidy, 2005; Pantell et coll., 2009; Shelov et Hanneman, 1997)

Caractère

Dans la formation de son caractère, l'enfant fait l'acquisition des références suivantes :

1. Compréhension morale et comportement éthique, y compris un sens de la justice et de l'équité, du bien et du mal et des conséquences en découlant.
2. Empathie et comportement sociable, y compris être capable de comprendre l'état émotif de l'autre et de ressentir ce que ressent l'autre, et avoir un geste pour aider ou reconforter en portant attention à l'autre personne et non pas à soi.

Les fonctions sociales, affectives et cognitives jouent un rôle majeur dans la formation du caractère de l'enfant.

Compréhension morale et comportement éthique

Même si ce sont les adultes qui ont le plus d'influence dans sa compréhension morale et son comportement éthique, l'enfant développe ses propres références internes (Berk, 2008). Au terme de l'étape de la petite enfance, l'enfant aura intériorisé un bon nombre de normes et de comportements d'ordre moral (Berk, 2008) et peut faire la différence entre les impératifs moraux, les conventions sociales et les questions de choix personnel.

- ◆ Entre deux et cinq ans, l'enfant devrait normalement :
 - Adopter un comportement éthique (c.-à-d. ne pas endommager ce qui appartient à un autre enfant)
 - Réagir au fait d'avoir enfreint les règles en se sentant coupable (c.-à-d. comprendre que son geste blesse les sentiments de l'autre ou cause des dommages physiques)

Section 3 Développement de l'enfant

- Se reposer sur des faits et des conséquences observables pour fonder son jugement moral (c.-à-d. dommages physiques, punition ou le lien avec l'adulte)
- ◆ Après l'âge de six ans, l'enfant devrait normalement :
 - Former sa propre opinion sur la légitimité du symbole d'autorité
 - Faire la différence entre les impératifs moraux, les conventions sociales et les questions de choix personnel
 - Retarder le moment de la satisfaction (p. ex. : attendre le moment et l'endroit propices pour accomplir un acte égocentrique ou qui lui plaît)
 - Avoir un sens aigu de la justice et de l'équité qui sera fondé sur l'égalité (Berk et Roberts, 2009)

Niveaux de raisonnement relatifs à la justice positive

La perception de l'enfant relativement à la justice positive (ou comment devrait se faire, selon lui, la distribution équitable des biens) évolue avec l'âge. Avec le temps, l'enfant croit que l'égalité devrait servir au partage avec les autres. Damon (1980, cité dans Cole et Cole, 1993) a élaboré des niveaux de raisonnement de l'enfant jusqu'à l'âge de 10 ans, et plus. Voici un aperçu de ce que Damon entend par niveaux de raisonnement relatifs à la justice positive chez les enfants, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 7 ans :

- ◆ Niveau 0-A (4 ans et moins)
 - Les choix de justice positive naissent du désir que se réalise quelque chose. Seule la raison confirme le désir, sans même une tentative de justifier quoi que ce soit (« je devrais l'obtenir parce que je le veux »).
- ◆ Niveau 0-B (entre 4 et 5 ans)
 - Les choix reflètent encore les désirs, mais l'enfant les justifie en se basant sur des réalités externes observables comme la taille, le sexe ou une autre caractéristique physique (p. ex. : nous devrions en obtenir plus parce que nous sommes des filles). Toutefois, les justifications peuvent changer au besoin, voire après coup, et sont purement égocentriques.
- ◆ Niveau 1-A (entre 5 et 7 ans)
 - Les choix de justice positive sont fondés sur des notions de stricte égalité en toutes circonstances (p. ex. : tout le monde devrait obtenir la même chose). L'enfant considère maintenant l'égalité comme étant un moyen d'éviter les plaintes, les disputes ou les conflits sous toutes leurs formes.

Section 3 Développement de l'enfant

Empathie

L'empathie se définit par la capacité de comprendre les sentiments de l'autre et de ressentir ce que ressent l'autre. Cette capacité se manifeste souvent déjà dès l'âge de 18 mois (Berk, 2008). Avec l'enrichissement de son vocabulaire, l'enfant est capable d'exprimer plus clairement ses sentiments et ses émotions. Cela dit, l'expression de ses sentiments ne mène pas automatiquement à l'empathie. L'enfant doit apprendre à comprendre ce que ressent l'autre en décodant les signes émis par l'autre et en se projetant à la place de l'autre. L'empathie contribue au développement du comportement sociable (prosocial), c'est-à-dire des gestes qui font du bien à l'autre sans en attendre une récompense en retour (Eisenberg, Fabes et Spinrad, 2006, cités dans Berk, 2008).

Un programme très intéressant, Racines de l'empathie, vise les élèves depuis la maternelle jusqu'à la 8e année. Tout au long de l'année, les enfants reçoivent la visite d'un bébé accompagné de l'un de ses parents ou des deux. Les élèves interagissent avec le bébé et discutent de son développement et de ses sentiments. Leurs capacités affectives et d'empathie se trouvent ainsi rehaussées. En effet, les élèves participant à Racines de l'empathie présentent un comportement moins agressif. Le programme Semailles de l'empathie se veut le « petit frère » du premier et s'adresse aux enfants de trois à cinq ans. Vous trouverez plus de renseignements dans le site Web de ces programmes aux adresses ci-dessous.

Racines de l'empathie - www.rootsofempathy.org

Semailles de l'empathie - www.seedsofempathy.org

Comment favoriser la formation du caractère dans les premières années

Les conseils suivants aident à favoriser le développement du caractère chez le jeune enfant fréquentant un établissement de la petite enfance :

- ◆ Renforcer le sentiment d'appartenance communautaire de manière à ce que les enfants apprennent les uns des autres dans une atmosphère de respect et de confiance.
- ◆ Fournir aux enfants la chance de contribuer à l'établissement des règles et à décider des conséquences advenant un manquement à ces mêmes règles.
- ◆ Donner les raisons de ces conséquences, en soulignant, s'il y a lieu, les répercussions du comportement fautif sur le reste du groupe.
- ◆ Donner aux enfants l'occasion de collaborer avec leurs camarades.
- ◆ Lors des récits et des discussions entourant le vécu quotidien, aider les enfants à prendre en compte les sentiments des autres, authentiques ou non.

Section 3 Développement de l'enfant

- ◆ Utiliser les jeux de rôle à partir de situations de la vie quotidienne qui entraînent des déceptions, des tensions, des bagarres et des joies, afin de permettre aux enfants de voir les choses sous un autre angle que le leur.
- ◆ Discuter des notions d'équité et d'injustice.
- ◆ À l'aide des récits, de la littérature, de l'histoire, de l'actualité ou du cinéma, susciter une discussion menant à un raisonnement plus réfléchi.
- ◆ Agir comme modèle et nommer d'autres modèles au sein de la famille de chacun et de la collectivité (adaptationn de Duska et Whelan, 1975; Higgins, 1995, cité dans Berns, 2004).
- ◆ Promouvoir l'adoption des programmes Semailles de l'empathie et Racines de l'empathie dans le cadre scolaire ou de garde d'enfants.

Esthétisme et créativité (expression artistique)

À mesure que l'enfant apprend à mieux maîtriser sa motricité fine et ses habiletés cognitives, son expression créative comme ses dessins montre aussi une évolution. Un certain nombre de facteurs peuvent influencer sur le développement artistique de l'enfant, notamment :

- ◆ Sa capacité à tenir divers outils d'écriture
- ◆ Son exposition à diverses cultures et techniques artistiques (Berk, 2008)
- ◆ Les différences selon qu'il soit une fille ou un garçon

Même si le moment auquel l'enfant passe d'un stade du développement artistique au suivant peut varier, la séquence reste généralement la même.

Stades du développement artistique

Les divers stades se caractérisent par les différents éléments énumérés ci-dessous :

(Berk, 2008; Eden, 1983, Gaitskell, 1958, Kellogg, 1969, Lasky et Mukerji, 1980, cités dans Vaclavik, Wolanski et Wannamaker, 2001; Lowenfeld et Brittain, 1987)

1. Le stade du gribouillage (de 18 mois à trois ans environ) :
 - Points
 - Lignes
 - Zigzags
 - Spirales

Section 3 Développement de l'enfant

2. Le stade symbolique ou préschématique (de trois à six ans environ) :
 - Formes (p. ex. : cercles, triangles, carrés) et croix
 - Rayons
 - Mandalas
 - Soleils
 - Grosses têtes
 - Bonhomme simple (p. ex. : allumette, profil têtard)
3. Le stade du pictogramme ou schématique (de six à neuf ans) :
 - Des formes de la vie courante se retrouvent dans la représentation artistique de l'enfant, c.-à-d. animaux, arbres, fleurs, maisons, voitures et autres.

On sait que l'expression artistique, telle que les arts visuels, la musique et le théâtre, joue un grand rôle dans le développement de l'enfant. El Sistema, une méthode d'enseignement de la musique s'adressant aux enfants de 2 à 18 ans au Venezuela, en est un exemple. On a adapté la méthode dans une vingtaine de pays, dont le Canada, en raison de ses effets positifs sur les enfants (McCarthy, Hurst et McCarthy, 2009). On se rend compte ainsi que l'art participe activement à l'apprentissage en faisant intervenir toutes les sphères de développement et qu'il peut jouer un rôle marquant en précipitant la trajectoire d'un enfant.

Section 3 Développement de l'enfant

Bébés (de 0 à 12 mois)

Réflexes du nouveau-né

Les bébés ont besoin de présence et de soins constants depuis leur naissance jusqu'à ce qu'ils puissent bien se débrouiller dans notre monde complexe. Si un bébé est presque totalement vulnérable à la naissance, il possède néanmoins certaines habiletés et de bons réflexes qui l'aident à survivre. Bon nombre de ces réflexes disparaissent graduellement, mais les habiletés augmentent très vite dans les 12 premiers mois de la vie.

Le bébé naît avec toute une panoplie de réflexes essentiels à sa survie et à son développement (Berk, 2008). On définit le réflexe comme étant « une réaction innée et spontanée à une forme de stimulation donnée » (traduction libre) (Berk, 2008, p. 147). L'âge où disparaissent ces réflexes varie d'un enfant à l'autre. Cela dit, si les réflexes ne disparaissent pas à l'intérieur d'une certaine période de temps normal, l'enfant présente peut-être des troubles neurologiques (Comley et Mousmanis, 2007). La partie sur le Développement atypique dans la sous-section Développement du bébé par tranche d'âge et par sphère de développement contient plus de détails sur les circonstances qui peuvent laisser présager des problèmes plus graves dans le développement de l'enfant. Le tableau ci-dessous donne un aperçu des réflexes chez le nouveau-né.

(Knobloch et Pasamanick, 1974; Prechtl et Beintema, 1965; Thelen, Fisher et Ridley-Johnson, 1984, cités dans Berk, 2008)

Réflexe	Stimulation	Réaction	Moment de la disparition	Fonction
Clignement des yeux	Placer une lumière vive devant les yeux ou taper des mains près de la tête	Le bébé ferme tout de suite les paupières	Permanent	Protège le bébé contre les stimulations trop fortes
Points cardinaux	Effleurer la joue près du coin de la bouche du bébé	Le bébé tourne sa tête vers la source de la stimulation	Après trois semaines, le mouvement devient volontaire	Aide le bébé à trouver le sein
Succion	Placer le bout d'un doigt dans la bouche du bébé	Le bébé suce le doigt d'une façon rythmique	Après quatre mois, le mouvement de succion devient volontaire	Facilite l'allaitement
Natation	Placer le bébé sur le ventre dans un bassin d'eau (non recommandé)	Le bébé rame et donne des coups de pieds comme s'il nageait	Entre quatre et six mois	Aide le bébé à survivre s'il tombait à l'eau

Section 3 Développement de l'enfant

Réflexe	Stimulation	Réaction	Moment de la disparition	Fonction
Moro	Tenir le bébé sur le dos à l'horizontale et laisser la tête tomber doucement ou, encore, produire un bruit soudain et fort contre la surface où est placé l'enfant	Le bébé courbe son dos, étend ses jambes puis étend ses membres supérieurs en croix avant de les ramener sur son corps dans un mouvement d'étreinte	À six mois	Dans l'histoire de l'évolution humaine, peut avoir aidé le bébé à rester agrippé à sa mère
Préhension	Placer un doigt dans la main du bébé en appuyant contre sa paume	Le bébé agrippe spontanément le doigt	Entre 3 et 4 mois	Prépare le bébé au mouvement de préhension sans l'aide de quelqu'un
Phénomène de Magnus	Tourner la tête du bébé sur un côté pendant qu'il est réveillé et couché sur le dos	Le bébé est couché dans la position « d'escrime », un bras en extension devant les yeux du côté où est tournée la tête et l'autre bras est en flexion	À quatre mois	Peut préparer le bébé au mouvement d'atteindre et de pincer des objets tout seul
Marche automatique	Tenir le bébé par les aisselles et laisser ses pieds nus toucher une surface plane	Le bébé lève son pied puis l'autre comme s'il marchait	À deux mois chez les enfants qui prennent du poids rapidement; perdure chez les enfants plus maigres	Prépare le bébé à marcher seul
Babinski	Effleurer la plante des pieds du bébé dans le sens des orteils jusqu'au talon	Le bébé ouvre ses orteils en éventail puis les replie dans un mouvement d'adduction du pied	Entre huit et douze mois	Inconnue

Section 3 Développement de l'enfant

Développement du bébé par tranche d'âge et sphère de développement

Remarque : Toutes les sphères sont intimement liées. Par exemple, « reconnaître une voix douce et familière et se calmer en l'entendant » relève de la sphère cognitive, mais concerne également le développement social, langagier et auditif.

Remarque : Les habiletés sont énumérées à l'âge où la plupart des enfants devraient les avoir acquises à moins d'indication contraire. Si un enfant se trouve entre deux tranches d'âge, se référer au groupe d'âge le plus jeune (p. ex. : un bébé de trois mois devrait avoir acquis les habiletés mentionnées dans la tranche d'âge des moins de deux mois).

À l'âge de deux mois

L'enfant devrait avoir acquis les habiletés suivantes pour chacune des sphères de développement :

Sociale		Affective	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Regarder la personne qui en prend soin ♦ Étudier le visage de la personne qui en prend soin ♦ Sourire en réaction à la personne qui en prend soin ♦ Imiter certaines expressions faciales 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Se calmer lorsqu'il est apaisé par la personne qui en prend soin ♦ Aimer être touché et cajolé 		
Langagière		Cognitive	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Avoir différents pleurs (p. ex. : fatigue, faim) ♦ Avoir différents sons (p. ex. : roucoulement, gargouillement) ♦ Rire à gorge déployée 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Reconnaître une voix douce et familière et se calmer à son écoute ♦ Contempler longuement les visages 		
Motricité			
Globale		Fine	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Lever la tête quand il est sur le ventre ♦ Tenir la tête levée quand il est tenu à la hauteur d'épaule par la personne qui en prend soin ♦ Relever la tête quand il est sur le dos ♦ Rapprocher ses mains (au milieu du corps) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ouvrir et refermer les mains 		

Section 3 Développement de l'enfant

Perception (sensorielle)	
<p>Auditive</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Sursauter aux bruits forts et soudains ♦ Pouvoir se calmer à l'écoute d'une voix familière et amicale ♦ Préférer des sonorités complexes (p. ex. : bruits, voix) plutôt que des tonalités claires ♦ Faire la distinction entre certains types de sons ♦ Écouter plus longtemps les voix humaines que les autres bruits ♦ Tourner les yeux et la tête dans la direction du bruit 	<p>Visuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Suivre des yeux les objets qui ont un mouvement lent ♦ Bouger les yeux sans but et parfois loucher ♦ Préférer les gros objets blancs et noirs ou d'un contraste éclatant (p. ex. : carrés, rayures, cercles de grande taille) ♦ Préférer un visage humain à toute autre forme ♦ Préférer le visage de la personne qui en prend soin à un visage inconnu ♦ Bouger les yeux lentement et mal les orienter en direction des objets en mouvement ♦ Tourner les yeux et la tête pour regarder la source de lumière
<p>Toucher</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Réagir au toucher et à la douleur ♦ Distinguer la forme des objets placés dans sa paume ♦ Préférer les sensations de douceur à la rugosité ♦ Détester se faire malmener et brusquer ♦ Toucher, particulièrement peau contre peau, ce qui diminue les hormones de tension du bébé 	<p>Goût et odorat</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Reconnaître l'odeur du lait maternel de sa propre mère ♦ Préférer l'odeur du lait humain, même si c'est celui d'une mère différente ♦ Distinguer les odeurs et préférer celles des aliments sucrés ♦ Éviter les odeurs amères et acides ♦ Faire la distinction entre les goûts sucrés, acides et amers et préférer le sucré
Nutrition/alimentation	
<p>Nutrition</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Accepter le sein exclusivement ♦ Prendre 400 UI de vitamine D par jour ♦ Boire une préparation pour nourrissons riche en fer s'il ne prend pas le sein ♦ Ne consommer aucun autre liquide ou solide 	<p>Habilités à se nourrir</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Avoir une bonne succion (mamelon ou tétine du biberon) ♦ Appliquer une pression négative pour créer une meilleure étanchéité ♦ Tousser ou prendre une grande respiration si l'écoulement est trop rapide ♦ Avoir un intervalle de tétée rythmique, de 10 à 20 suctions ♦ Coordonner la tétée - intervalle entre avaler et respirer ♦ Demander le sein au moins huit fois par jour

Section 3 Développement de l'enfant

À l'âge de quatre mois

L'enfant devrait avoir acquis les habiletés suivantes pour chacune des sphères de développement :

Sociale	Affective
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sourire à la personne qui en prend soin et rire ◆ Réagir à la personne qui en prend soin en émettant des sons et en bougeant les bras et les jambes ◆ Aimer jouer avec les autres et peut-être pleurer quand le jeu s'arrête ◆ Imiter certaines expressions faciales 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Utiliser différents pleurs pour formuler différents besoins ◆ Faire voir son bien-être ou son malaise
Langagière	Cognitive
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Émettre des sons quand il regarde une personne ou des jouets ◆ Réagir à la personne qui en prend soin en émettant des sons ◆ Faire des bulles avec sa bouche ou postillonner bruyamment ◆ Faire de simples vocalises contenant essentiellement des voyelles, mais parfois quelques consonnes (stade du roucoulement) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Suivre des yeux un objet ou une personne en mouvement ◆ Porter son regard d'un objet à un autre ◆ Reconnaître des personnes et des objets familiers ◆ Commencer à comprendre que les objets existent même s'ils sont hors de sa vue

Section 3 Développement de l'enfant

Motricité	
Globale	Fine
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Réunir les mains sur son torse et tenir la tête au milieu quand il est sur le dos ◆ Lever la tête et le torse et se tenir sur ses avant-bras quand il est sur le ventre ◆ Soutenir sa nuque quand on le prend pour le placer en position assise ◆ Prendre appui sur ses jambes quand on le place sur ses pieds sur une surface ferme ◆ Se tenir la tête solidement quand on le tient par le torse ou par la taille en position assise ◆ Se rouler d'un côté puis de l'autre 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Jouer avec ses mains à hauteur de mi-corps ◆ Approcher sa main de la bouche (p. ex. : mettre un jouet ou ses doigts dans la bouche) ◆ Sucrer ses doigts ou son poing ◆ Essayer d'atteindre avec ses mains des objets qui pendent ◆ Agripper et secouer des jouets avec ses mains ◆ S'étirer pour essayer d'atteindre un objet quand on le tient en position assise ◆ Tenir brièvement un objet qu'on a placé dans sa main ◆ Avoir le réflexe cubito-pronateur quand il essaie d'atteindre un objet (c.-à-d. ses doigts se referment dans la paume de sa main)
Perception (sensorielle)	
Auditive	Visuelle
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Voir « À l'âge de deux mois » 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Voir « À l'âge de deux mois »
Nutrition/alimentation	
Nutrition	Habilités à se nourrir
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Voir « À l'âge de deux mois » 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Voir « À l'âge de deux mois » ◆ Avoir peut-être établi une « routine » pour les heures où il est nourri ◆ Se nourrir fréquemment tout autant le jour que la nuit (de 7 à 12 fois par jour)

Section 3 Développement de l'enfant

À l'âge de six mois

L'enfant devrait avoir acquis les habiletés suivantes pour chacune des sphères de développement :

Sociale	Affective
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sourire et gazouiller quand il reçoit de l'attention d'une personne adulte ♦ Aimer jouer avec d'autres ♦ S'intéresser aux reflets dans un miroir ♦ Imiter plus efficacement les expressions faciales puis répéter l'imitation après un laps de temps allant jusqu'à une journée ♦ Étudier le visage de la personne qui en prend soin 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Commencer à se sécuriser lui-même afin de maîtriser ses émotions (p. ex. : sucer ses doigts) ♦ Exprimer son plaisir et son mécontentement ♦ Reconnaître l'humeur selon le timbre de voix
Langagière	Cognitive
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Se tourner la tête et regarder dans la direction d'un bruit nouveau ♦ Réagir quand on prononce son nom ♦ Sembler répondre à certains mots (p. ex. : papa, bye-bye) ♦ Reconnaître et préférer la voix de la personne qui en prend soin ♦ Écouter et regarder la personne qui en prend soin quand elle lui parle ♦ Sourire et rire en réaction aux sourires et aux rires de la personne qui en prend soin ♦ Émettre des sons quand la personne qui en prend soin lui parle ♦ Exprimer, par des sons, son plaisir et son mécontentement (p. ex. : pousser des cris aigus d'excitation et grogner de colère) ♦ Imiter les toussotements et autres bruits (p. ex. : « ah, oh, ba ») ♦ Gazouiller à l'aide d'une multitude de sons ♦ Gazouiller en émettant une série de consonnes; émettre des sons comme « ga, gu, da, ba » (accoler des voyelles et des consonnes); répéter des syllabes 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Trouver des objets partiellement cachés ♦ Tendre le bras pour atteindre un objet dans son champ de vision ♦ Explorer avec ses mains et sa bouche ♦ Réagir au jeu du « coucou » ♦ Passer plus de temps à étudier les jouets et à essayer de comprendre quoi en faire

Section 3 Développement de l'enfant

Motricité	
Globale	Fine
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Passer du dos sur le côté ♦ Rester assis à l'aide d'un soutien (p. ex. : oreillers) ♦ Soutenir le poids de son corps sur ses jambes quand on le tient en position debout (il est important de toujours tenir l'enfant par les aisselles) ♦ Se redresser en appuyant sur ses mains quand il est sur le ventre 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Utiliser ses mains pour atteindre, agripper, taper et éclabousser ♦ Porter sa main ou un jouet à la bouche ♦ Secouer des objets ♦ Chercher à saisir un objet ou quelque chose d'une seule main ♦ Saisir les objets avec tous les doigts de la main (plutôt que d'utiliser seulement le pouce et l'index) ♦ Retenir les jouets ou les objets dans ses mains ♦ Flatter ou tirer les cheveux ou les lunettes ou flatter le visage ou tirer sur le visage d'une autre personne
Perception (sensorielle)	
Auditive	Visuelle
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Réagir aux paroles d'une personne en s'arrêtant de jouer et en restant silencieux ♦ Se tourner la tête d'un côté ou de l'autre pour trouver la source d'un bruit ♦ S'exciter quand il entend un bruit, particulièrement la voix d'une personne ♦ Faire la distinction entre les musiques jouées ♦ Déterminer plus efficacement la provenance d'un bruit ♦ Se rendre compte des séries de syllabes qu'il utilise dans son langage 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Se tourner la tête d'un côté à l'autre pour suivre un jouet ♦ Porter le regard d'un objet à un autre ♦ Préférer des motifs plus complexes (p. ex. : un échiquier) ♦ Développer une excellente perception des couleurs avant l'âge de quatre mois ♦ Avoir une vision 20/20 avant l'âge de six mois (capacité de voir les objets clairement) ♦ Suivre des yeux de plus en plus facilement les objets (dès l'âge de cinq mois, être capable de suivre facilement les objets en mouvement à des vitesses différentes ou avec une trajectoire compliquée)
Toucher	Goût et odorat
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Explorer presque tous les objets avec sa bouche ♦ Aimer se faire toucher (p. ex. : se faire prendre, se faire cajoler et se faire chatouiller) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Préférer un goût salé à l'eau plate ♦ Changer facilement ses goûts selon son expérimentation

Section 3 Développement de l'enfant

Nutrition/alimentation	
Nutrition	Habiletés à se nourrir
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Voir « À l'âge de deux mois » ♦ Commencer à manger des aliments riches en fer comme les céréales pour enfants ou la viande en purée qui sont enrichis 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Montrer des signes qu'il est prêt pour les aliments solides ♦ Se tenir la tête quand on le tient en position assise ♦ Perdre le réflexe de protrusion qui le pousse à recracher les aliments solides ♦ Montrer de l'intérêt dans les aliments que mangent les autres

À l'âge de neuf mois

L'enfant devrait avoir acquis les habiletés suivantes pour chacune des sphères de développement :

Sociale	Affective
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Avoir un sourire particulier pour ses proches ♦ S'agiter ou pleurer si la personne qui en prend soin semble différente ou se comporte différemment ♦ Se fâcher si la personne qui en prend soin s'éloigne ♦ Se tourner des étrangers en signe d'anxiété, de prudence, de gêne ou de peur (angoisse par rapport aux inconnus) ♦ Sourire devant son propre reflet dans un miroir 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Réagir aux expressions émotives des autres ♦ Tendre les bras pour se faire prendre
Langagière	Cognitive
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Se tourner pour trouver la source du bruit ♦ Réagir à la sonnerie du téléphone ou si quelqu'un frappe à la porte ♦ Comprendre de simples instructions (p. ex. : « fais bye-bye », « non », « ne touche pas ») ♦ Gazouiller en émettant une série de sons différents (p. ex. : « babababa », « gougougou ») ♦ Faire du bruit ou gesticuler pour obtenir de l'attention ou de l'aide ♦ Imiter les paroles des autres 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Chercher un jouet caché ♦ Se débattre pour atteindre un objet juste un peu en dehors de sa portée ♦ Laisser tomber un jouet et le regarder tomber ♦ Commencer à manipuler les jouets afin de leur faire faire quelque chose (p. ex. : frapper des blocs ensemble)

Section 3 Développement de l'enfant

Motricité	
Globale	Fine
<ul style="list-style-type: none"> ♦ S'asseoir pour quelques minutes sans l'aide d'un soutien ♦ Essayer de se mouvoir en rampant, en se remuant le « postérieur » ou en pivotant sur le ventre ♦ Se tenir debout à l'aide d'un soutien, quand on l'a aidé à se mettre debout ♦ Maîtriser le haut de son corps et ses bras ♦ Se précipiter vers l'avant pour agripper un jouet 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Faire passer un objet d'une main à l'autre ♦ Ramasser de petits objets à l'aide de son pouce et de son index (p. ex. : des miettes, des céréales, du riz) ♦ Entrechoquer deux objets ♦ Utiliser ses mains et sa bouche pour explorer un objet ♦ Lancer et laisser tomber des objets ♦ Se lancer sur un jouet en mouvement
Perception (sensorielle)	
Auditive	Visuelle
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Réagir au son doux de la voix et à d'autres sortes de sons ♦ S'arrêter temporairement en entendant le « non » ♦ Gazouiller en répétant toutes sortes de combinaisons voyelles-consonnes (p. ex. : « ba-ba », « ga-ga ») ♦ Émettre des sons de tonalités différentes, montantes et descendantes 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Remarquer des objets aussi petits que des miettes ♦ S'intéresser aux images dans les livres ♦ Reconnaître un objet partiellement caché ♦ Avoir développé la perception de la profondeur
Toucher	Goût et odorat
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Voir « À l'âge de six mois » 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Voir « À l'âge de six mois »
Nutrition/alimentation	
Nutrition	Habilités à se nourrir
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Continuer à être allaité fréquemment et sur demande ♦ Prendre un complément d'aliments riches en fer de deux à trois fois par jour ♦ Consommer des aliments en purée ou très mous (période charnière pour modifier la texture des solides) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Commencer à boire d'une tasse, d'un gobelet pour bébé ♦ Se montrer intéressé par les aliments, en ouvrant la bouche et même en se penchant vers l'avant quand on lui offre des solides ♦ Se montrer désintéressé par la nourriture en gardant la bouche fermée et même en se penchant vers l'arrière ou en se retournant ♦ Avaler les aliments en purée qui contiennent de petits morceaux ♦ Mouvoir sa langue de haut en bas, non pas de côté

Section 3 Développement de l'enfant

À l'âge de douze mois

L'enfant devrait avoir acquis les habiletés suivantes pour chacune des sphères de développement :

Sociale	Affective
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Se montrer gêné ou anxieux en présence d'inconnus ♦ Pleurer quand la personne qui en prend soin s'éloigne; angoisse de séparation ♦ Avoir peur parfois dans certaines situations ♦ Jouer à imiter les autres ♦ Montrer sa préférence particulière pour certaines personnes et certains jouets ♦ Préférer sa mère ou la personne qui en prend normalement soin à toute autre personne ♦ Étendre les bras ou les jambes pour aider quand on l'habille ♦ Tester la réaction parentale à ses gestes pendant qu'on le nourrit ou pendant le jeu ♦ Répéter des sons ou des gestes pour capter l'attention ♦ Jouer à des jeux avec la personne qui en prend soin (p. ex. : « coucou », « dodo, l'enfant do ») ♦ Montrer ses jouets à la personne qui en prend soin 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Employer des expressions faciales, des gestes et une multitude de sons ou de mots pour faire connaître ses besoins ou pour protester ♦ Montrer un bon nombre de sentiments, comme l'affection, la colère, la joie et la peur ♦ Maîtriser ses sentiments en s'éloignant (p. ex. : en rampant) de certaines situations ♦ Rechercher le réconfort (p. ex. : en tendant les bras pour se faire prendre quand il est bouleversé ou fâché)

Section 3 Développement de l'enfant

Langagière		Cognitive	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Porter de plus en plus d'attention aux paroles ♦ Regarder la personne qui l'appelle par son nom ♦ Comprendre de simples demandes ou questions (p. ex. : « où est le ballon? », « va chercher tes souliers ») ♦ Utiliser de petits gestes, comme faire « non » de la tête et faire signe de la main pour dire « bye-bye » ♦ Combiner certains sons comme pour dire quelque chose (p. ex. : « ba-da-ga-bu-bi ») ♦ Attendre son tour pour faire des sons avec quelqu'un d'autre ♦ Utiliser des exclamations comme « oh-oh » ♦ Employer plus de trois mots dont « papa » et « maman », même si la prononciation n'est pas tout à fait juste ♦ S'intéresser à de petits livres d'images 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Utiliser divers moyens pour découvrir les objets (p. ex. : les secouer, les entrechoquer, les lancer, les laisser tomber) ♦ Réagir à la musique ♦ Regarder la bonne image quand on nomme ce que représente une image ♦ Imiter des gestes ♦ Commencer à utiliser les objets correctement (p. ex. : boire d'une tasse, se brosser les cheveux avec une brosse, composer un numéro sur le téléphone, écouter au récepteur) ♦ Commencer à explorer la notion de cause à effet 		
Motricité			
Globale		Fine	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Se mouvoir tout seul de la position couchée à la position assise ♦ Ramper ou se traîner sur les fesses plus facilement ♦ Ramper sur ses mains et genoux en soutenant son corps ♦ Se mouvoir de la position assise à la position pour ramper ou à la position couchée (sur le ventre) ♦ S'agripper à un meuble pour se lever ♦ Marcher en tenant les mains d'une personne ou un meuble ♦ Se tenir debout tout seul quelques instants ♦ Faire deux ou trois pas tout seul ♦ Commencer à monter les escaliers ou sur les meubles 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Placer des objets dans un contenant ♦ Sortir des objets d'un contenant (p. ex. : des blocs) ♦ Délaisser des objets de son propre chef ♦ Ramasser des objets en utilisant le bout de son pouce et de son index ♦ Pousser les jouets ♦ Enlever ses chaussettes 		

Section 3 Développement de l'enfant

Perception (sensorielle)	
<p>Auditive</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Reconnaître la mélodie même si la tonalité est différente ◆ Se tourner et trouver la source du bruit ◆ « Filtrer » les sons qui ne sont pas employés dans sa langue maternelle ◆ Reconnaître les segments de phrase nécessaires pour comprendre la signification, y compris certains mots et sons qui lui sont familiers dans la séquence des sons et des mots 	<p>Visuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Préférer les motifs et les motifs en mouvement ◆ Reconnaître un objet familier même si on lui montre un dessin incomplet de l'objet ◆ Regarder par la fenêtre et reconnaître les gens ◆ Reconnaître les images ou les personnes apparaissant sur une photographie ◆ Jouer à cache-cache
<p>Toucher</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Explorer diverses textures avec ses mains et parfois avec sa bouche 	<p>Goût et odorat</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Vouloir essayer diverses saveurs ◆ Montrer s'il aime ou n'aime pas certaines saveurs et odeurs
Nutrition/alimentation	
<p>Nutrition</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consommer un complément d'aliments riches en fer ◆ Prendre des morceaux de la nourriture de table, en petites bouchées ◆ Peut boire du lait à 3,25 % M. G. 	<p>Habiletés à se nourrir</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Manger à des heures fixes ◆ Manger environ trois repas et deux collations ◆ Se nourrir seul à l'aide de ses doigts pour manger certains aliments ◆ Tenir, croquer et mâcher un biscuit dur ◆ Mouvoir sa langue d'un côté à l'autre aussi bien que de haut en bas

Sources des événements marquants : Berk, 2008; Berk et Roberts, 2009; Curtis et Schuler, 2005; Ertem et coll., 2008; Grenier et Leduc, 2008; Kent, 2005; Nipissing District Developmental Screen; Rourke, Leduc et Rourke, 2006; Sears et Sears, 2003; Shelov et Hannemann, 2004.

Sources additionnelles

(Santé Canada 2004; SCP, Les diététistes du Canada et Santé Canada, 2005; Watson Genna, 2008)

Section 3 Développement de l'enfant

Développement atypique - Bébés

Chaque enfant se développe à son propre rythme. Cela dit, certains détails peuvent laisser présager des problèmes potentiellement graves dans le développement de l'enfant. Si on remarque certains des signes de développement atypique suivants chez un enfant, on devrait en discuter avec le professionnel en soins primaires de cet enfant (First et Palfrey, 1994; Shelov et Hannemann, 2004). Il sera peut-être ensuite nécessaire d'obtenir une consultation ou un acheminement vers un professionnel d'un champ de spécialisation particulier.

- ◆ Âge : de deux à quatre semaines
 - Ne tète pas de façon efficace et se nourrit lentement
 - Ne cligne pas des yeux devant une lumière vive
 - Ne se concentre pas sur un objet qui bouge lentement de gauche à droite devant lui
 - Ne bouge que rarement les bras et les jambes (raideur)
 - Semble avoir les membres excessivement mous
 - Sa mâchoire tremble constamment, même quand il ne pleure pas et qu'il n'est pas excité
 - Ne réagit pas aux bruits forts
- ◆ Âge : d'un à quatre mois
 - Ne semble pas réagir aux bruits forts
 - Ne remarque pas encore ses mains - 2 mois
 - Ne sourit pas encore au son de la voix de sa mère - 2 mois
 - Ne suit pas encore des yeux un objet en mouvement - de 2 à 3 mois
 - N'agrippe pas encore ni ne peut encore tenir un objet dans ses mains - 3 mois
 - Ne sourit pas encore aux personnes - 3 mois
 - Ne peut pas encore bien soutenir sa tête - 3 mois
 - Ne peut pas encore s'étirer pour atteindre et agripper un jouet - 4 mois
 - Ne peut pas encore gazouiller - 4 mois
 - Ne peut pas encore porter un objet à sa bouche - 4 mois
 - A commencé à gazouiller, mais n'essaie pas encore d'imiter des sons - 4 mois
 - Ne pousse pas encore sur ses jambes quand on place ses pieds sur une surface ferme - 4 mois
 - A de la difficulté à bouger un œil ou les deux yeux dans une direction ou une autre

Section 3 Développement de l'enfant

- Louche presque tout le temps (soulignons que loucher de temps en temps est normal durant les premiers mois)
- Ne porte pas attention aux nouveaux visages ou semble avoir très peur des nouveaux visages et des nouveaux décors
- À l'âge de trois mois, ne s'anime pas encore à la vue de sa mère
- Présente encore le réflexe tonique asymétrique de la nuque (aussi appelé phénomène de Magnus) - 4 mois
- Ne tourne pas encore la tête pour chercher la source d'un bruit - 4 mois
- ◆ Âge : de cinq à huit mois
 - Présente encore le réflexe de Moro après l'âge de six mois (c.-à-d. réflexe des bras en croix qui consiste pour le nouveau-né à ouvrir ses bras en croix puis à les refermer dans un mouvement d'étreinte)
 - Semble très rigide, les muscles raides
 - Semble très mou, telle une poupée de chiffon
 - Penche encore la tête vers l'arrière quand on le prend par le corps pour l'asseoir
 - S'étire pour essayer d'atteindre un objet, mais avec une main seulement
 - Refuse de se faire cajoler
 - Ne montre aucun signe d'affection pour la personne qui en prend soin
 - Ne semble pas apprécier la présence d'autrui
 - Il louche d'un œil ou des deux yeux
 - Ses yeux larmoient beaucoup ou, au contraire, le liquide s'écoule mal ou, encore, ils sont très sensibles à la lumière
 - Ne réagit pas aux bruits autour de lui
 - A de la difficulté à porter un objet à sa bouche
 - Semble inconsolable le soir, même après l'âge de cinq mois
 - Ne sourit pas encore spontanément - 5 mois
 - Ne peut pas encore s'asseoir, même avec de l'aide - 6 mois
 - Ne rit pas encore ou n'émet pas encore de cris aigus - 6 mois
 - Ne roule dans aucune direction (de l'avant vers l'arrière ou de l'arrière vers l'avant) - 6 mois
 - Ne s'étire pas encore spontanément pour atteindre un objet - 7 mois
 - Ne suit pas encore des yeux un objet se trouvant dans un rayon près de lui (25 cm) ou loin de lui (1,5 m) - 7 mois

Section 3 Développement de l'enfant

- N'arrive pas encore à supporter le poids de son corps sur ses jambes - 7 mois
- N'essaie pas encore de capter l'attention de quelque manière que ce soit - 7 mois
- Est encore incapable de tenir son hochet dans ses mains - 7 mois
- Est encore incapable de chercher un objet qu'il a fait tomber - 7 mois
- Est encore incapable de tenir un objet dans une main ou dans l'autre - 7 mois
- Ne gazouille pas encore - 8 mois
- Ne s'intéresse pas encore au jeu du « coucou » - 8 mois
- ◆ Âge : de neuf à douze mois
 - Ne rampe pas
 - Traîne constamment un côté du corps en rampant
 - N'arrive pas à se tenir debout même à l'aide d'un soutien
 - Ne cherche pas un objet que l'on cache pendant qu'il regarde
 - Ne prononce aucun mot (p. ex. : « maman » ou « papa »)
 - N'utilise aucune gestuelle, comme saluer de la main ou secouer la tête
 - Ne pointe pas du doigt les objets ou les images
 - N'a pas encore recours à la prise pince (pouce-index) - 12 mois
 - Ne se laisse pas consoler facilement, se raidit quand on l'approche

Si vous vous inquiétez au sujet du développement d'un enfant, consultez la section 7 « Information locale ».

Section 3 Développement de l'enfant

Tout-petits (de 13 à 36 mois ou trois ans)

Développement du tout-petit par tranche d'âge et par sphère de développement

Remarque : Toutes les sphères sont intimement liées. Par exemple, « reconnaître une voix douce et familière et se calmer en l'entendant » relève de la sphère cognitive mais concerne également le développement social, langagier et auditif.

Remarque : Les habiletés sont énumérées à l'âge où la plupart des enfants devraient les avoir acquises à moins d'indication contraire. Si un enfant se trouve entre deux tranches d'âge, se référer au groupe d'âge le plus jeune (p. ex.: un enfant de 21 mois devrait avoir acquis les habiletés mentionnées dans la tranche d'âge de 18 mois).

À l'âge de 15 mois

L'enfant devrait avoir acquis les habiletés suivantes pour chacune des sphères de développement :

Sociale	Affective
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Réagir quand on prononce son nom ♦ Répéter un geste qui a fait rire la personne qui en prend soin ♦ S'arrêter quand il entend « non » ♦ Imiter les autres pendant le jeu 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Regarder la personne qui en prend soin pour voir sa réaction (p. ex., après être tombé, quand un inconnu entre dans la pièce) ♦ Se montrer timide ou craintif devant les étrangers
Langagière	Cognitive
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Regarder la personne qui lui parle ♦ Regarder la bonne image quand on nomme ce que c'est ♦ Comprendre une cinquantaine de mots ♦ Essayer d'obtenir un objet en émettant un son, tout en s'étirant pour essayer de l'agripper ou en le pointant du doigt ♦ Imiter certains sons d'animaux ♦ Relier des sons comme pour raconter une petite histoire 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Commencer à reconnaître certaines parties de son corps ou celles d'une poupée ♦ Utiliser divers moyens pour explorer les objets (p. ex., les secouer, les entrechoquer, les lancer, les laisser tomber) ♦ Chercher dans plusieurs endroits des objets cachés ♦ Reconnaître son propre reflet dans un miroir

Section 3 Développement de l'enfant

Motricité	
Globale	Fine
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Monter les escaliers ♦ Marcher de côté en s'agrippant aux meubles ♦ Essayer de s'accroupir pour ramasser un jouet sur le plancher ♦ Se mouvoir de la position assise à la position pour ramper ou pour se coucher sur le ventre ♦ Se tenir debout tout seul facilement ♦ Marcher en tenant la main d'un adulte et même peut-être faire quelques pas tout seul 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Utiliser les deux mains pour manipuler un jouet ♦ Essayer d'enlever ses chaussures et d'enlever ses chaussettes ♦ Mettre deux blocs un par-dessus l'autre ♦ Toucher des objets avec l'index ♦ Gribouiller avec un crayon ♦ Pousser un jouet
Perception (sensorielle)	
Auditive	Visuelle
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Voir « À l'âge de 12 mois » 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Voir « À l'âge de 12 mois »
Nutrition/Alimentation	
Nutrition	Habilités à se nourrir
<ul style="list-style-type: none"> ♦ S'adapter facilement à la nourriture familiale ♦ Continuer de prendre trois ou quatre repas et une ou deux collations par jour ♦ Continuer l'allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Tenir une tasse des deux mains pour boire

Section 3 Développement de l'enfant

À l'âge de 18 mois

L'enfant devrait avoir acquis les habiletés suivantes pour chacune des sphères de développement :

Sociale	Affective
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Se joindre aux jeux des adultes qu'il connaît, de ses frères et sœurs et de ses amis ♦ Se reconnaître dans le miroir ♦ Regarder la personne qui parle ou avec qui il joue ♦ Pointer un objet du doigt pour le montrer à la personne qui en prend soin ♦ Suivre des directives simples ♦ Utiliser des gestes familiers (p. ex., saluer avec la main) ♦ Jouer à des jeux symboliques (p. ex., faire semblant de donner à boire à son toutou, utiliser un bol en guise de chapeau) ♦ Commencer à choisir des jouets destinés à son sexe 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Montrer de l'affection envers les personnes, les animaux et les jouets ♦ Commencer à se rendre compte que les réactions émotives peuvent différer d'une personne à l'autre; montrer les premiers signes d'empathie ♦ Se laisser reconforter quand il est bouleversé
Langagière	Cognitive
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ajouter constamment des mots à son vocabulaire ♦ Prononcer au moins 20 mots, plus ou moins clairement ♦ Aimer se faire lire une histoire et regarder un livre simple avec la personne qui en prend soin ♦ Pointer du doigt les objets familiers lorsqu'on lui demande ♦ Suivre les directives quand on dit « sur », « dessous » (p. ex., « mets la tasse sur la table ») ♦ Utiliser divers gestes familiers (p. ex., saluer avec la main, pousser et donner un objet, s'étirer vers le haut) ♦ Faire au moins quatre sons de consonnes différentes (p. ex., b, n, d, h, g, w) ♦ Pointer du doigt au moins trois parties du corps quand on lui demande (p. ex., « Où est ton nez? ») ♦ Essayer d'attirer l'attention de la personne qui en prend soin pour voir quelque chose qui l'intéresse 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Utiliser les objets comme outils ♦ Imiter les gestes dans des milieux différents (p. ex. répéter à la maison un comportement qu'il a appris à la garderie ou à la télévision) ♦ Montrer qu'il se rappelle des gens, des lieux, des objets et des gestes ♦ Répartir les objets en catégories (p. ex., les mêmes couleurs ou les mêmes formes) ♦ Pouvoir identifier une photo dans un livre (p. ex., « Montre-moi le bébé ».) ♦ Jouer à des jeux symboliques (p. ex., nourrir un toutou) ♦ Toujours choisir la plus grosse pile (entre deux) de ses aliments favoris (p. ex., la plus grosse pile de raisins ou de morceaux de fruits)

Section 3 Développement de l'enfant

Motricité	
Globale	Fine
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Monter quelques marches en tenant la main de la personne qui en prend soin ♦ Marcher seul ♦ Trotter, se pavaner ♦ S'accroupir pour ramasser un jouet et se relever sans tomber ♦ Pousser ou tirer un jouet ou un objet tout en avançant ♦ Grimper sur les meubles, essayer de sortir de son lit d'enfant ♦ Marcher quelques pas de reculons sans aide ♦ Donner un coup de pied à un ballon 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Manipuler les petits objets avec une meilleure coordination ♦ Empiler deux ou trois blocs ♦ Tourner les pages d'un livre, une à la fois ♦ Faire des traits verticaux avec un crayon ♦ Retourner un contenant pour en vider le contenu ♦ Retirer quelques pièces de vêtement seul ♦ Ouvrir les tiroirs
Perception (sensorielle)	
Auditive	Visuelle
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Réagir à la musique en essayant de danser, de se balancer, de taper des mains ou d'émettre des sons ♦ Chercher la source du bruit dans toutes les directions 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Tenir les objets près de ses yeux pour les inspecter ♦ Suivre des yeux les objets qui se déplacent, d'au-dessus de la tête jusqu'aux pieds ♦ Pointer vers les objets ou les gens en utilisant un mot qui signifie « regarde » ou « vois »
Nutrition/Alimentation	
Nutrition	Habilités à se nourrir
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Effectuer facilement la transition vers les aliments et les repas de la famille ♦ Continuer à être allaité ou boire du lait entier aux repas ou à l'heure du coucher ♦ Continuer à consommer de trois à quatre repas ainsi qu'une ou deux collations par jour 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Tenir, mordre et mâcher des craquelins ou d'autres aliments croquants ♦ Bien utiliser une cuillère; se nourrir à l'aide d'une cuillère en renversant peu de nourriture ♦ Avaler sans que de la nourriture ou de la salive tombe de la bouche; l'enfant en perdra peut-être lors de la mastication

Section 3 Développement de l'enfant

À l'âge de 24 mois

L'enfant devrait avoir acquis les habiletés suivantes pour chacune des sphères de développement :

Sociale	Affective
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Imiter le comportement des autres, particulièrement celui des adultes et des enfants plus âgés ♦ Prendre de plus en plus conscience de son caractère unique; l'étape de la reconnaissance de soi est presque complète; se reconnaître dans les photographies ♦ Aimer de plus en plus la compagnie des autres enfants ♦ Demander verbalement de l'aide ♦ Dire « non » et aimer faire certaines choses tout seul ♦ Commencer à utiliser des mots pour influencer le comportement d'un compagnon de jeu ♦ Faire des choix stéréotypés par rapport à ses jouets ♦ Aimer regarder d'autres enfants jouer et aimer jouer près des autres enfants 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Commencer à tolérer plus facilement les absences de la personne importante dans sa vie; atténuation de l'anxiété de séparation ♦ Acquérir un vocabulaire émotif pour pouvoir parler de ses sentiments, y compris les sentiments négatifs, ce qui lui permet de maîtriser ses sentiments ♦ Commencer à montrer son embarras (p. ex. : la honte, la gêne, la culpabilité et la fierté)
Langagière	Cognitive
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Pointer vers l'objet ou l'image que l'on nomme devant lui ♦ Reconnaître le nom des personnes, des parties du corps et des objets qui lui sont familiers ♦ Utiliser deux mots en même temps (p. ex. : « veux biscuit », « aller auto », « mon chapeau ») ♦ Suivre de simples instructions et des indications en deux temps (p. ex. : « trouve ton ourson et donne-le à grand-maman ») ♦ Fredonner et chanter 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Trouver des objets même s'ils sont cachés sous deux ou trois couvertures ♦ Classer des objets en deux catégories (p. ex. : toutes les autos et toutes les poupées) ♦ Montrer qu'il comprend qu'on peut compter les objets et qu'on utilise pour ce faire des mots précis (p. ex. : « un », « deux », « trois ») ♦ Imiter les gestes de camarades et d'adultes même après que plusieurs mois se sont écoulés

Section 3 Développement de l'enfant

- ♦ Apprendre et utiliser au moins un mot par semaine (même si ce mot n'est compris que par les proches)
- ♦ Demander verbalement de l'aide
- ♦ Utiliser de 10 à 20 consonnes et avoir suffisamment de capacité phonétique pour apprendre un grand nombre de nouveaux mots
- ♦ Employer deux pronoms (p. ex. : « toi », « moi », « à moi »)
- ♦ Tenir un livre dans le bon sens et tourner les pages
- ♦ Faire semblant de lire à ses animaux en peluche ou à ses jouets
- ♦ Jouer à faire semblant, à l'aide de gestes simples
- ♦ Résoudre des problèmes simples en une seule tentative (au lieu de par essai et erreur)
- ♦ Utiliser les habiletés déjà acquises et en développer de nouvelles (c.-à-d. aucune perte d'habiletés)
- ♦ Copier les gestes d'autrui (p. ex. : si une personne tape des mains, il fait de même)
- ♦ Réussir un casse-tête composé de formes à associer
- ♦ Comprendre et se rappeler une directive simple en deux temps

Motricité

Globale

- ♦ Transporter dans ses bras un gros jouet ou plusieurs jouets tout en marchant
- ♦ Essayer de courir
- ♦ Jouer en position accroupie
- ♦ Marcher à reculons ou de côté en tirant sur un jouet
- ♦ Sautiller sur place
- ♦ Marcher sur la pointe des pieds
- ♦ Lancer un ballon
- ♦ Grimper sur un meuble et en descendre tout seul
- ♦ Monter et descendre les escaliers une marche à la fois à l'aide d'un soutien (main ou rampe)
- ♦ Pousser un jouet sur roues avec les pieds
- ♦ Ouvrir les portes

Fine

- ♦ Faire des gribouillis et des points sur un papier ou dans le sable
- ♦ Gribouiller des motifs circulaires
- ♦ Dessiner des lignes horizontales avec un crayon
- ♦ Retourner un contenant pour en vider le contenu
- ♦ Construire une tour à l'aide d'au moins quatre blocs
- ♦ Utiliser peut-être une main plus souvent qu'une autre
- ♦ Montrer une bonne coordination dans la manipulation des petits objets
- ♦ Mettre des objets dans un petit contenant
- ♦ Tourner facilement les pages d'un livre plastifié, une à la fois
- ♦ Enlever tout seul ses souliers, ses chaussettes et son chapeau

Section 3 Développement de l'enfant

Perception (sensorielle)	
Auditive	Visuelle
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Voir « À l'âge de 18 mois » 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Regarder quand il essaie d'atteindre ou qu'il agrippe un objet qui se trouve dans son champ visuel ♦ Regarder où il va quand il marche, grimpe ou court ♦ Chercher et pointer du doigt certaines images dans les livres
Nutrition/Alimentation	
Nutrition	Habiletés à se nourrir
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Voir « À l'âge de 18 mois » ♦ Consommer le nombre de portions recommandées dans le <i>Guide alimentaire canadien</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Manger la plupart des aliments sans tousser ni s'étouffer ♦ Réussir à manger tout seul la plupart des aliments à l'aide de sa cuillère, de sa fourchette ou de ses doigts ♦ Utiliser sa langue pour enlever la nourriture de ses lèvres et de ses dents supérieures et inférieures

Sources des événements marquants : Berk, 2008; Berk et Roberts, 2009; Davies, 2004; Grenier et Leduc, 2008; Kent, 2005; Nipissing District Developmental Screen; Rourke, Leduc et Rourke, 2006; Sears et Sears, 2003; Shelov et Hannemann, 2004.

Section 3 Développement de l'enfant

À l'âge de trois ans

L'enfant devrait avoir acquis les habiletés suivantes pour chacun des sphères de développement :

Sociale	Affective
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Imiter les adultes et ses compagnons de jeu ♦ Accueillir ses amis et les adultes qui lui sont familiers quand on le lui rappelle ♦ Presque toujours accepter d'attendre son tour en jouant ♦ Comprendre la notion du « tien ou à toi » et du « mien ou à moi » ♦ Accepter de partager de temps en temps (p. ex., jouets, livres) ♦ Jouer aisément avec les autres ♦ Acquiescer de manière générale à la demande de ses parents ♦ Ranger ses jouets ♦ Demander de l'aide ♦ Se montrer possiblement agressif : comportement instrumental (p. ex., veut quelque chose et l'arrache ou crie à la personne qui en a la possession ou, encore, pousse cette personne) ou hostile (p. ex., veut quelque chose et fait délibérément mal à la personne qui en a la possession) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Montrer de l'affection spontanément à ses compagnons de jeu habituels ♦ Montrer de l'affection à l'aide de mots et de gestes ♦ Accepter parfois d'attendre avant de voir ses besoins satisfaits ♦ S'opposer à des changements majeurs dans sa routine ♦ Exprimer une grande variété de sentiments ♦ Avoir conscience de ses propres sentiments et de ceux des autres ♦ Commencer à montrer qu'il comprend les sentiments des autres ♦ Commencer à se décrire comme « bon » ou « mauvais » (ce qui laisse présager que l'enfant commence à développer l'estime de soi; chez l'enfant d'âge préscolaire, l'estime de soi est intimement liée aux commentaires de la personne qui en prend soin)

Section 3 Développement de l'enfant

Langagière	Cognitive
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Comprendre des directives en deux ou trois temps (p. ex., « ramasse ton chapeau et tes souliers puis range-les dans le garde-robe ») ♦ Comprendre et employer certains mots descriptifs comme gros, sale, mouillé et chaud ♦ Comprendre les questions commençant par « qui », « pourquoi », « quoi » et « quand » ♦ Comprendre les rapports physiques (p. ex., sur, dans et en dessous) ♦ Reconnaître et nommer presque tous les objets et presque toutes les images qui lui sont familiers ♦ Formuler des phrases d'au moins cinq mots (p. ex., « moi veux aller à maison jouer ») ♦ Réussir à dire son nom, son âge et son sexe ♦ Utiliser des pronoms (p. ex., je, tu, moi, nous, ils) et certains adjectifs au féminin (p. ex., belle, bonne, grande) ♦ Parler assez clairement pour se faire comprendre de ses proches la plupart du temps ♦ Nommer les parties du corps ♦ Parler d'activités ayant eu lieu dans le passé (p. ex., une visite chez les grands-parents) ♦ Écouter de la musique ou des comptines pendant cinq à dix minutes avec la personne qui en prend soin ♦ Tourner une à une les pages d'un livre ♦ Prendre conscience de la fonction des écrits (p. ex., listes, carte au restaurant, signalisation) ♦ Commencer à faire des erreurs d'accord (p. ex., « j'ai courir à la maison », « une belle crayon »); ce type d'erreurs se poursuit jusqu'à la phase intermédiaire de l'enfance 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Faire fonctionner un jouet mécanique ♦ Relier un objet dans sa main ou dans la pièce à une image dans un livre ♦ Jouer à faire semblant en employant des mots et des gestes (p. ex., « faire semblant de faire chauffer un repas, de réparer une voiture ») ♦ Classer les objets en deux catégories en fonction de leur forme et de leur couleur (p. ex., tous les cercles bleus et tous les triangles jaunes) ♦ Réussir un casse-tête de trois ou quatre morceaux ♦ Utiliser adéquatement les chiffres pour donner des quantités d'au moins trois objets ♦ Poser beaucoup de questions

Section 3 Développement de l'enfant

Motricité	
Globale	Fine
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Grimper efficacement ♦ Monter l'escalier en tenant la rampe ♦ Courir facilement ♦ Se pencher facilement sans tomber ♦ Se tenir brièvement sur un pied ♦ Lancer un ballon par en avant sur au moins un mètre (c.-à-d., trois pieds) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Dessiner des traits verticaux, horizontaux et circulaires avec un crayon ♦ Réussir à copier un cercle ou une croix avec un crayon ♦ Tenir un crayon en position pour écrire ♦ Tourner une à une les pages d'un livre ♦ Faire glisser des perles sur un fil ♦ Construire une tour de six blocs ♦ Dévisser le couvercle d'un pot ou tourner une poignée de porte ♦ Manipuler les serrures et les crochets ♦ S'habiller et se déshabiller tout seul
Nutrition/Alimentation	
Nutrition	Habiletés à se nourrir
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Avoir meilleur appétit et s'intéresser davantage à la nourriture ♦ Se laisser influencer par les réclames publicitaires télévisées ♦ Faire son difficile pendant un certain temps (p. ex., refuser de manger un ou deux de ses mets favoris pendant une période de temps prolongée) ♦ Manger une variété d'aliments conformément au <i>Guide alimentaire canadien</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Soulever sa tasse et l'approcher de sa bouche pour boire, puis la reposer sur la table ♦ Tenir la tasse par l'anse ♦ Insister pour le faire « tout seul » (peut dépendre de la culture)

Sources des événements marquants : Berk, 2008; Berk et Roberts, 2009; Davies, 2004; Grenier et Leduc, 2008; Kent, 2005; Nipissing District Developmental Screen; Rourke, Leduc et Rourke, 2006; Sears et Sears, 2003; Shelov et Hannemann, 2004.

Section 3 Développement de l'enfant

Développement atypique - Tout-petits

Chaque enfant se développe à son propre rythme. Cela dit, certains détails peuvent laisser présager des problèmes de développement potentiellement graves chez l'enfant. Si on remarque certains des signes de développement atypique suivants chez un enfant, on devrait en discuter avec le professionnel en soins primaires de cet enfant. Il sera peut-être ensuite nécessaire d'obtenir un acheminement vers un professionnel d'un champ de spécialisation particulier (First et Palfrey, 1994; Shelov et Hannemann, 2004).

◆ Âge : deux ans

- Ne semble pas encore connaître le fonctionnement d'objets courants dans la maison (p. ex. : une brosse, le téléphone, la sonnette, une fourchette, une cuillère) - 15 mois
- Ne peut pas encore marcher - 18 mois
- N'arrive pas encore à marcher suivant une séquence normale talon-orteils après avoir appris à marcher depuis plusieurs mois ou, encore, marche seulement sur la pointe des pieds
- Ne s'intéresse pas encore aux jeux de cause à effet - 18 mois
- Ne prononce pas au moins une quinzaine de mots - 18 mois
- N'arrive pas encore à enlever ses chaussettes ou ses mitaines tout seul - 20 mois
- N'utilise pas encore des phrases de deux mots - 2 ans
- Ne cherche pas encore à imiter des gestes ou à répéter des mots - 2 ans
- Est encore incapable de suivre de simples instructions - 2 ans
- Est encore incapable de pousser un jouet sur roues - 2 ans

Si vous vous inquiétez au sujet du développement d'un enfant, consultez la section 7 « Information locale ».

Section 3 Développement de l'enfant

Enfants d'âge préscolaire (de 3 à 6 ans)

Développement de l'enfant d'âge préscolaire par tranche d'âge et par sphère de développement

Remarque : Toutes les sphères sont intimement liées. Par exemple, « reconnaître une voix douce et familière et se calmer en l'entendant » relève de la sphère cognitive mais concerne également le développement social, langagier et auditif.

Remarque : Les habiletés sont énumérées à l'âge où la plupart des enfants devraient les avoir acquises à moins d'indication contraire. Si un enfant se trouve entre deux tranches d'âge, se référer au groupe d'âge le plus jeune (p. ex. : un enfant de quatre ans et demi devrait avoir acquis les habiletés mentionnées dans la tranche d'âge de quatre ans).

Section 3 Développement de l'enfant

À l'âge de quatre ans

L'enfant devrait avoir acquis les habiletés suivantes pour chacune des sphères de développement :

Sociale	Affective
<ul style="list-style-type: none"> ♦ S'intéresser aux nouvelles expériences ♦ Attendre son tour et partager avec les autres enfants lors d'activités en petit groupe ♦ Jouer près d'autres enfants et leur parler tout en continuant de jouer ♦ Jouer à « maman » ou à « papa » ♦ Faire preuve d'une créativité de plus en plus inventive dans ses jeux ♦ Chercher l'approbation des adultes (p. ex. : « regarde-moi », « regarde ce que j'ai fait ») ♦ Se montrer plus indépendant ♦ Former ses premières amitiés ♦ Se percevoir comme une personne à part entière avec un corps, un esprit et des sentiments ♦ Négocier une solution à un conflit 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Essayer de consoler une personne qui est bouleversée ou fâchée ♦ Utiliser des mots pour communiquer des sentiments d'empathie ♦ Persévérer plus longtemps dans le but d'accomplir une tâche difficile ♦ Montrer une amélioration dans la maîtrise de ses sentiments (p. ex. : maîtriser l'expression de ses sentiments); diminution des explosions émotives
Langagière	Cognitive
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Comprendre la notion de « pareil » et « différent » ♦ Bien maîtriser certaines règles grammaticales de base ♦ Relier certaines lettres à leur son (p. ex. : la lettre T fait « te ») ♦ Parler en faisant des phrases de cinq à six mots ♦ Parler assez clairement pour se faire comprendre, sans répéter certains sons ou mots ou sans bégayer ♦ Parler assez clairement pour se faire comprendre des étrangers ♦ Faire des rimes (p. ex. : « chat-bas-tas ») ou chanter des chansons pour enfants 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Nommer correctement certaines couleurs et dire correctement certains chiffres ♦ Reconnaître les chiffres de 0 à 9 ♦ Compter correctement afin de déterminer une quantité de plus de 10 ♦ Comprendre les indications contenant plus de trois parties et les phrases plus longues (p. ex. : « range tes jouets et va te laver les mains avant le dîner ») ♦ Examiner un problème sous un seul angle ♦ S'imaginer que les formes qui ne lui sont pas familières peuvent être des « monstres »; avoir souvent de la difficulté à faire la distinction entre la réalité et la fiction

Section 3 Développement de l'enfant

- ♦ Poser beaucoup de questions et répondre aussi beaucoup (p. ex. : « pourquoi? », « qu'est-ce que tu fais? »)
- ♦ Raconter en utilisant adéquatement un début, un milieu et une fin
- ♦ Reconnaître certains signes usuels
- ♦ Faire la distinction entre ce qui est de l'écriture et ce qui ne l'est pas
- ♦ Se rappeler certaines parties d'une comptine
- ♦ Comprendre la notion de « pareil » et « différent »
- ♦ Connaître son adresse

Motricité

Globale

- ♦ Se tenir debout sur un pied jusqu'à cinq secondes
- ♦ Monter et descendre les escaliers en alternant un pied et l'autre (p. ex. : en mettant un seul pied sur chacune des marches)
- ♦ Donner un coup de pied sur un ballon
- ♦ Lancer le ballon avec la main au-dessus de l'épaule
- ♦ Attraper un gros ballon en allongeant les bras
- ♦ Se déplacer vers l'avant et l'arrière avec agilité
- ♦ Utiliser la toilette ou son petit pot pendant la journée (c.-à-d. être propre)

Fine

- ♦ Tenir un crayon correctement
- ♦ Dessiner une personne en représentant au moins trois parties du corps
- ♦ Couper du papier avec des ciseaux
- ♦ Dessiner des cercles, des carrés et des croix
- ♦ Commencer à copier certaines lettres majuscules
- ♦ Réussir à défaire boutons et fermetures éclair
- ♦ S'habiller et se déshabiller tout en ayant peut-être besoin d'aide pour les boutons, les fermetures éclair
- ♦ Se tourner les pouces
- ♦ Construire une tour de neuf blocs
- ♦ Manipuler et façonner la pâte à modeler

Nutrition/alimentation

Nutrition

- ♦ Demander son aliment préféré
- ♦ Probablement vouloir son aliment préféré à la plupart des repas
- ♦ Manger une variété d'aliments conformément au *Guide alimentaire canadien*
- ♦ Préférer les aliments simples qui ne sont pas mélangés à d'autres

Habilités à se nourrir

- ♦ Utiliser une fourchette à l'heure des repas (l'emploi des ustensiles varie d'une culture à l'autre)
- ♦ Manger seul en utilisant ses doigts, une cuillère ou une fourchette
- ♦ Terminer son assiette la plupart du temps

Section 3 Développement de l'enfant

À l'âge de cinq ans

L'enfant devrait avoir acquis les habiletés suivantes pour chacune des sphères de développement :

Sociale	Affective
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Répondre verbalement à « bonjour » et à « comment ça va? » ♦ Montrer davantage d'indépendance et peut-être même se rendre tout seul chez un voisin ♦ Vouloir être comme ses amis ♦ Dire avoir un meilleur ami ♦ En général, bien jouer en groupe ♦ Jouer à faire semblant avec d'autres ♦ Partager volontairement avec les autres ♦ Accepter plus facilement les règles ♦ Aimer chanter, danser et faire l'acteur ♦ Prendre conscience de la sexualité ♦ Acquiescer la plupart du temps aux demandes des adultes ♦ S'occuper tout seul à une activité pendant 20 à 30 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Se séparer facilement de la personne qui en prend soin, de la personne importante dans sa vie ♦ Vouloir faire plaisir à ses amis ♦ Reconnaître le besoin d'aide de l'autre et offrir son aide ♦ Reconnaître ses sentiments relativement à une situation et en parler
Langagière	Cognitive
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Comprendre les consignes avec des énoncés comme « si... alors » (p. ex. : « si tu portes tes chaussures de course, alors place-toi en file pour le gymnase ») ♦ Employer le temps de verbe au futur ♦ Se rappeler une partie d'un récit ♦ Décrire les temps de verbe du passé, du présent et du futur ♦ Raconter de longs récits sur ses expériences passées ♦ Dire son nom et son adresse ♦ Parler clairement avec des phrases ressemblant la plupart du temps à celles d'un adulte 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Compter à voix haute ou sur ses doigts pour répondre à la question « Combien y en a-t-il? » ♦ Résoudre efficacement certaines additions, jusqu'à $5 + 5$, soit de mémoire ou en comptant sur ses doigts ♦ Connaître les formes courantes et la plupart des lettres de l'alphabet ♦ Montrer encore plus d'habileté à faire la distinction entre la réalité et la fiction ♦ Comprendre l'heure de la journée et les jours de la semaine ♦ Expérimenter avec certaines stratégies pour résoudre des problèmes arithmétiques simples

Section 3 Développement de l'enfant

- ♦ Employer presque tous les sons de son répertoire avec peu ou pas d'erreur
- ♦ Comprendre que les lettres et les sons sont liés de manière systématique
- ♦ Reconnaître que certaines choses sont utilisées quotidiennement dans la maison (p. ex. : l'argent, la nourriture, les appareils électriques)
- ♦ Commencer à comprendre que les autres ont des pensées (p. ex. : « maman pense que je me cache dans la chambre »)

Motricité

Globale

- ♦ Se tenir debout sur un pied pendant au moins dix secondes
- ♦ Sautiller sur un seul pied plusieurs fois d'affilée
- ♦ Faire une culbute
- ♦ Se balancer, grimper
- ♦ Marcher sur une ligne droite, en manquant seulement une ou deux fois
- ♦ S'arrêter, repartir et changer de direction aisément quand il court
- ♦ Réussir à lancer et à attraper un ballon presque tout le temps
- ♦ Grimper sans difficulté sur le matériel du terrain de jeu
- ♦ Se rendre compte de son besoin d'aller aux toilettes
- ♦ Marcher en reculant, en partant des orteils pour finir sur les talons

Fine

- ♦ Dessiner des lignes, des formes simples et certaines lettres
- ♦ Dessiner une personne en traçant un corps
- ♦ Employer les ciseaux pour couper une ligne grasse tracée sur une feuille de papier
- ♦ S'habiller et se déshabiller presque tout seul

Nutrition/alimentation

Nutrition

- ♦ Voir l'alimentation comme constituant un moment important de socialisation
- ♦ Préférer une nourriture simple tout en acceptant d'essayer certains mélanges
- ♦ Consommer une variété d'aliments conformément au *Guide alimentaire canadien*

Habiletés à se nourrir

- ♦ Utiliser une fourchette, une cuillère et (parfois) un couteau (l'utilisation des ustensiles varie d'une culture à une autre)
- ♦ Réussir à ouvrir la plupart des contenants pour nourriture

Section 3 Développement de l'enfant

À l'âge de six ans

L'enfant devrait avoir acquis les habiletés suivantes pour chacune des sphères de développement :

Sociale	Affective
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Jouer une vingtaine de minutes en collaboration avec deux ou trois autres enfants ♦ S'excuser par rapport à des comportements non intentionnels de sa part ♦ Écouter pendant qu'une autre personne parle; en groupe, porter attention et suivre les instructions ♦ Venir en aide aux autres ♦ Expliquer aux autres les règles d'un jeu ou d'une activité ♦ Montrer plus d'efficacité dans la résolution de problèmes rattachés à sa socialisation 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Réussir à maîtriser ses sentiments la plupart du temps ♦ Montrer de l'empathie dans la plupart des circonstances ou quand on le sensibilise aux sentiments d'une autre personne ♦ Attendre patiemment son tour ou qu'on réponde à ses besoins ♦ Réussir à terminer la plupart des tâches avec peu de rappels
Langagière	Cognitive
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Comprendre certains mots liés au temps et à la chronologie (p. ex. : matin, après-midi, hier, prochain, dernier) ♦ Prononcer correctement presque tous les sons des mots ♦ Réussir à déterminer le son avec lequel débutent certains mots (p. ex. : « quel son se trouve au début du mot pop? » : « pe ») ♦ Reconnaître la graphie de certains mots qui lui sont familiers (p. ex. : son nom, certaines enseignes de commerces) ♦ Reconnaître les mots courts utilisés fréquemment dans un texte (p. ex. : le, la, les, dans, sur) ♦ Parler de ses propres expériences et s'enquérir de celles des autres 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Copier des formes (p. ex. : un cercle, un carré, un triangle) ♦ Résoudre de simples additions et soustractions soit de mémoire, soit en comptant sur ses doigts ou en utilisant un dessin ♦ Connaître les chiffres jusqu'au-delà de 50 ♦ Utiliser des jetons pour résoudre de simples problèmes de la réalité (p. ex. : « si nous avons six biscuits et trois enfants, combien de biscuits aura chacun des enfants, si ceux-ci partagent également? ») ♦ Apprendre des jeux plus complexes et jouer presque toujours en respectant les règles ♦ Faire la distinction entre les côtés gauche et droit de son corps ♦ Réussir à faire la distinction entre la réalité et la fiction

Section 3 Développement de l'enfant

- ♦ Parler assez clairement pour se faire comprendre de tous
- ♦ En groupe, porter attention et suivre les instructions
- ♦ Avoir un vocabulaire d'environ 10 000 mots
- ♦ Montrer une certaine compréhension de ce qui est bien ou mal
- ♦ Faire preuve d'une compréhension plus réaliste des notions d'espace, de taille des objets et de distance dans ses dessins
- ♦ Saisir de manière plus réaliste qui il est dans l'évaluation de ses forces et de ses faiblesses (p. ex. : « je suis un bon coureur, mais j'ai de la difficulté à monter à vélo »)

Motricité

Globale

- ♦ Sautiller d'un côté à l'autre d'une pièce
- ♦ Marcher sur une poutre sans tomber (p. ex. : sur une bordure de trottoir)
- ♦ Sauter sur un pied sur une distance de trois mètres (10 pieds)
- ♦ Courir légèrement sur les orteils
- ♦ Sauter à la corde
- ♦ Monter à bicyclette avec ou sans roues stabilisatrices

Fine

- ♦ Attraper une petite balle
- ♦ Découper des formes simples en suivant les contours (p. ex. : un cercle, un carré)
- ♦ Attacher ses chaussures
- ♦ Aller à la toilette seul
- ♦ Patiner
- ♦ Écrire des mots et des chiffres
- ♦ Colorier à l'intérieur des contours
- ♦ Tenir son crayon comme un adulte
- ♦ Se servir de la colle adéquatement

Nutrition/alimentation

Nutrition

- ♦ Manger une variété d'aliments conformément au *Guide alimentaire canadien*

Habilités à se nourrir

- ♦ Se familiariser avec l'utilisation de baguettes (l'emploi des ustensiles varie d'une culture à l'autre)
- ♦ Réussir à ouvrir et à fermer la plupart des contenants de nourriture

Sources des événements marquants : Berk, 2008; Davies, 2004; DePoy et Gilson, 2007; Grenier et Leduc, 2008; Santé Canada, 2007a; Santé Canada, 2007b; Kent, 2005; Nipissing District Developmental Screen; Ollendick et Schroeder, 2003; Pelletier et Astington, 2004; Rourke, Leduc et Rourke, 2006; Scannapieco et Connell-Carrick, 2005; Simmons, 1987, cité dans Wachtel, 2004; Shelov et Hannemann, 2004.

Section 3 Développement de l'enfant

Développement atypique - Enfants d'âge préscolaire

Chaque enfant se développe à son propre rythme. Cela dit, certains détails peuvent laisser présager des problèmes potentiellement graves dans le développement de l'enfant. Si on remarque certains des signes de développement atypique suivants chez un enfant, on devrait en discuter avec le professionnel en soins primaires de cet enfant. Il sera peut-être ensuite nécessaire d'obtenir une consultation auprès d'un professionnel spécialisé (First et Palfrey, 1994; Shelov et Hannemann, 2004).

- ◆ Âge : de trois à quatre ans
 - Est incapable de lancer un ballon par-dessus son épaule
 - Est incapable de sautiller sur place
 - Est incapable de monter sur un tricycle
 - Est incapable de tenir un crayon entre son pouce et ses doigts
 - A de la difficulté à gribouiller
 - S'accroche ou pleure encore quand la personne qui en prend soin s'éloigne de lui
 - Ne montre aucun intérêt pour les jeux sociaux
 - Ne tient aucun compte des autres enfants
 - Ne réagit pas aux personnes autres que les membres de sa famille
 - Ne s'intéresse pas aux jeux de fiction
 - Résiste quand vient le temps de s'habiller, de dormir, d'utiliser la toilette
 - Crie de manière incontrôlée quand il est en colère ou irrité
 - N'utilise pas de phrases de plus de trois mots
 - N'utilise pas adéquatement le « moi » et le « toi »
 - N'est pas encore capable de tracer une ligne droite à l'âge de trois ans
 - Moins de la moitié de ses paroles sont compréhensibles à l'âge de trois ans et demi
- ◆ Âge : de quatre à cinq ans
 - Montre de la peur ou de la timidité excessives
 - Se conduit de manière excessivement agressive
 - Est incapable de se séparer de la personne qui en prend soin sans protester fortement
 - Se laisse facilement distraire et est incapable de se concentrer sur une seule activité pendant plus de cinq minutes
 - Se montre très peu intéressé par le jeu avec d'autres enfants
 - Refuse en général de répondre aux autres ou ne leur répond que du bout des lèvres
 - A très peu recours à la fiction ou à l'imitation dans ses jeux

Section 3 Développement de l'enfant

- Semble très souvent malheureux ou triste
- Ne s'adonne pas à une foule d'activités
- Évite les autres enfants et adultes ou semble indifférent en leur présence
- N'exprime que très peu de sentiments
- A de la difficulté à manger, à dormir et à aller à la toilette
- Semble exceptionnellement passif
- Est incapable de comprendre les consignes, les demandes en deux temps dans lesquelles on utilise les prépositions (p. ex. : « mets la tasse sur la table »; « va chercher la balle sous le canapé »)
- Ne réussit pas à dire son prénom ni son nom adéquatement
- N'emploie pas la forme du pluriel ni le passé comme temps de verbe lorsqu'il parle
- Ne parle pas de ses activités ou de ses expériences de la journée
- Ne réussit pas à construire une tour de six à huit blocs
- Ne semble pas être à l'aise de tenir un crayon
- A de la difficulté à se déshabiller
- Est incapable de se brosser les dents adéquatement
- Est incapable de se laver et de s'essuyer les mains
- Ne comprend pas encore les prépositions - 4 ans
- Ne peut pas encore sautiller sur un pied - 4 ans
- Ne peut pas encore copier un carré - 4 ½ ans
- Ne peut pas encore compter dans l'ordre - 4 ½ ans
- N'utilise pas encore la bonne syntaxe dans de courtes phrases - 5 ans
- Ne connaît pas encore ses couleurs ni aucune lettre de l'alphabet - 5 ans
- N'est pas encore capable de marcher sur une ligne droite en avançant ou en reculant et de se tenir en équilibre sur un pied pendant cinq à dix secondes - 5 ans
- Est encore incapable de copier une croix - 5 ans
- Ne connaît pas encore la date de son anniversaire ou son adresse - 5 ½ ans
- Bouge continuellement
- S'oppose constamment à la discipline
- Ne joue pas avec les autres enfants

Si vous vous inquiétez au sujet du développement d'un enfant, consultez la section 7 « Information locale ».

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Importance du jeu

Le jeu spontané est naturel et sain pour les enfants. C'est d'ailleurs ainsi qu'ils apprennent le mieux. Il est possible d'améliorer toutes les sphères du développement de l'enfant par le jeu. Le jeu favorise le développement social, affectif, physique et cognitif et l'acquisition d'aptitudes pour le langage, l'écriture et la lecture. Il est essentiel au développement sain de l'enfant globalement (Ginsburg, 2007; Packer Isenberg et Quisenberry, 2002), en plus de renforcer son autorégulation. La Société canadienne de pédiatrie (Grenier et Leduc, 2008) recommande que les enfants fassent des activités physiques et des jeux actifs chaque jour pour optimiser leur développement. Le droit des enfants de jouer est également reconnu dans la *Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies* (1989). Hirsh-Pasek et ses collègues (2009) déclarent que le « jeu approprié au stade de développement offre un moyen important pour appuyer l'apprentissage global de l'enfant » (traduction libre) (p. 23). Le jeu est donc important pour préparer l'enfant à l'école.



Étapes du jeu

Depuis les années 1800, le jeu chez les enfants a fait l'objet de nombreuses études. On a notamment beaucoup observé et enregistré soit un aspect du jeu, soit les diverses étapes du jeu ou la façon dont les jeux se transforment au fur et à mesure que les enfants grandissent. Mildred Parten (1932; 1933) s'est intéressée aux étapes du jeu chez les enfants d'âge préscolaire.

Dans sa célèbre étude, Parten (1932) a établi six catégories de participation sociale chez les enfants d'âge préscolaire. Ces catégories sont toujours activement utilisées par les éducateurs de nos jours :

1. Comportement passif - l'enfant ne fait aucune activité
2. Jeu solitaire - l'enfant joue seul (il n'y a aucun autre enfant dans un rayon d'un mètre (trois pieds))
3. Comportement observateur - l'enfant observe les autres jouer, mais ne va pas jouer avec eux
4. Jeu parallèle - les enfants jouent les uns près des autres, mais ne se parlent pas
5. Jeu associatif - les enfants se parlent en jouant, mais ils essaient peu d'organiser le jeu
6. Jeu coopératif ou plus organisé - chaque enfant assume un rôle actif pour planifier et structurer le jeu en collaborant avec l'autre

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

D'après les conclusions de Mildred Parten, l'enfant a tendance à participer à des formes plus sociales de jeux en grandissant. Le jeune enfant a davantage tendance à avoir un comportement passif et observateur et à faire des jeux solitaires. L'enfant d'âge préscolaire plus âgé opte plus souvent pour le jeu coopératif.

Sara Smilansky (1968) est renommée pour avoir défini quatre stades de jeu. Ces stades reflètent le développement cognitif des enfants. Ils consistent en ce qui suit :

1. Jeu fonctionnel (aussi appelé jeu pratique)
2. Jeu de construction - l'enfant crée ou assemble une structure ou un objet
3. Jeu de rôles ou symbolique
4. Jeu formel - avec des règles

Le jeu fonctionnel inclut la recherche des propriétés et des fonctions des objets par l'entremise d'une exploration sensori-motrice. Lorsque nous voyons des choses pour la première fois, par exemple de la pâte à modeler, nous pouvons la manipuler en la serrant dans la main, en faisant un trou dedans ou en l'étirant d'un côté et de l'autre. Si un enfant semble demeurer à l'étape du jeu fonctionnel et ne commence pas, avec le temps et l'expérience, à essayer de rouler la pâte à modeler et de faire des formes et, éventuellement, à créer des objets, il est peut-être temps d'intervenir.

On peut également associer le jeu à certaines sphères de développement, bien qu'il y ait toujours des recouvrements considérables. Le jeu peut aussi être catégorisé en caractéristiques qui correspondent à différents domaines du développement malgré de nombreux chevauchements :

- Jeu locomoteur - développement physique
- Jeu social- développement social et affectif
- Jeu de simulation - développement social et affectif
- Jeu d'objets - développement cognitif
- Jeu de langage - développement du langage, de l'écriture et de la lecture (Smith et Pellegrini, 2008)

On a découvert que l'enfant joue à des jeux de plus en plus complexes en grandissant. Rubin, Watson et Jambor (1978) ont constaté que :

- les nourrissons optent pour des jeux solitaires fonctionnels
- les bambins font des jeux parallèles fonctionnels
- les enfants d'âge préscolaire font des jeux associatifs, constructifs et de rôles
- les enfants de quatre et cinq ans choisissent des jeux coopératifs constructifs et des jeux de rôles, et commencent à faire des jeux formels
- les enfants en âge d'aller à la maternelle et à l'école élaborent des jeux coopératifs constructifs, de rôles et formels

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Certains enfants peuvent choisir des jeux solitaires. Un amateur du jeu de construction Lego pourra préférer être seul pour mieux se concentrer. Si l'enfant joue à des jeux solitaires jour après jour et semble « arrêté » à cette étape, les adultes devraient mieux l'observer pour déterminer si :

- l'enfant est mis à l'écart par ses pairs
- l'enfant commence à montrer de l'intérêt et des aptitudes sociales
- l'enfant choisit de jouer seul
- l'enfant a besoin d'aide pour aller au-delà de la présente étape de jeu

Bienfaits du jeu sur le développement de l'enfant

Des études montrent que le jeu a des retombées positives sur le développement général de l'enfant. C'est même une partie essentielle de l'enfance. Les bienfaits du jeu sur le développement social, affectif, physique et cognitif, ainsi que des aptitudes pour le langage, l'écriture et la lecture, sont d'ailleurs bien documentés (Ginsburg, 2007; Pronin Fromberg, 2002; Roskos et Christie, 2000; Zigler, Singer et Bishop-Josef, 2004).

◆ Quels sont ces bienfaits?

- Le jeu renforce la créativité et les aptitudes pour la résolution de problèmes (Smith et Simon, 1984).
- Le jeu aide à développer la capacité de s'autoréguler et d'acquérir des aptitudes sociales comme attendre son tour, collaborer, suivre des règles, avoir de l'empathie et trouver des sources de motivation (Bodrova et Leong, 2007; Krafft et Berk, 1998).
- Les enfants qui font des jeux de rôles comprennent mieux le point de vue des autres et sont considérés comme étant plus compétents sur le plan intellectuel et social par leurs enseignants (Connolly et Doyle, 1984; Sawyer, 2001).
- Le jeu à l'extérieur favorise le bien-être physique, l'attention, les aptitudes pour la résolution de conflits, la coordination, le développement des muscles et le maintien d'un poids santé (Clements et Jarrett, 2000; Council on Physical Education for Children, 2001; Fjortoft, 2001; National Association of Early Childhood Specialists in State Departments of Education, 2002).

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

- Ajouter du matériel qui stimule l'alphabétisation dans les jeux de rôles augmente les activités de lecture et d'écriture et l'utilisation d'un vocabulaire plus varié (Bagley et Klass, 1997; Neuman et Roskos, 1997; Stone et Christie, 1996).
- Les enfants qui interprètent les événements d'une histoire comprennent davantage les histoires et acquièrent une théorie de l'esprit plus solide, c'est-à-dire la compréhension que les autres ont des sentiments, des pensées, des points de vue et des croyances qui peuvent différer (Pellegrini et Galda, 1980).
- On a découvert des liens positifs entre le jeu de rôles chez l'enfant et les aptitudes précoces pour la lecture (Pellegrini, 1980).

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Maturité scolaire

Qu'est-ce que la maturité scolaire?

Ces dernières années, on a accordé beaucoup d'attention à des aspects comme la maturité scolaire et la transition vers l'école. La terminologie n'est toutefois pas décrite de façon uniforme. En général, les professionnels utilisent les expressions suivantes en Ontario :

- ◆ **Programmes de transition vers l'école** : Programmes (trois types) visant à préparer les enfants à intégrer un milieu plus formel. Ils sont en général destinés aux enfants de 3 à 5 ans.
- ◆ **Programme préscolaire** : Programme axé sur le jeu qui stimule l'apprentissage des enfants de 2 à 5 ans. Il peut être formel ou informel. Il est offert par divers organismes publics et privés. Il n'est pas obligatoire et les organismes peuvent facturer des frais.
- ◆ **Programme de prématernelle** : Programme habituellement - mais pas toujours - offert en milieu scolaire visant à appuyer le début de l'apprentissage d'un programme d'enseignement. Les enfants ont habituellement de 3 à 4 ans à leur entrée et de 4 à 5 ans à leur sortie du programme. Il est financé par le gouvernement, mais n'est pas obligatoire. Il peut se donner sur une demi-journée ou une journée complète.
- ◆ **Programme de maternelle** : Programme offert en milieu scolaire dans toutes les écoles de l'Ontario. Il est financé par le gouvernement et vise à faciliter la transition vers l'école des enfants de 4 à 5 ans (au début de l'année scolaire). La participation au programme de maternelle est maintenant obligatoire en Ontario.
- ◆ **Maternelle d'une journée complète** : Ce programme a été instauré dans certaines écoles de l'Ontario en 2010. Les programmes de prématernelle et de maternelle sont maintenant offerts à temps plein partout en Ontario.
- ◆ **Maturité scolaire ou être prêt à commencer l'école** : Expression utilisée pour indiquer qu'un enfant est prêt pour entamer sa première année scolaire. Les enfants qui commencent leur première année ont en général 5 ou 6 ans en Ontario.



Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

- ◆ Dans son rapport intitulé *Dans l'optique de notre meilleur avenir : Mise en œuvre de l'apprentissage des jeunes enfants en Ontario* (2009a, p. 5), Charles Pascal fixe les objectifs que devraient atteindre les enfants avant d'entamer leur première année. Selon lui, les enfants devraient être :
 - « En santé et en sécurité
 - Affectivement et socialement compétents
 - Des apprenants avides, confiants et obtenant de bons résultats
 - Respectueux de la diversité chez leurs pairs »

La capacité d'apprendre d'un enfant varie en fonction de la mesure dans laquelle il a appris à s'autoréguler. Posner et Rothbart (2006) montrent qu'il y a une période de développement pendant laquelle il est possible de renforcer davantage la capacité de l'enfant à s'autoréguler. Cette période se situe entre 3 et 5 ans. La partie du cerveau qui appuie le développement de la capacité à s'autoréguler connaît une poussée de croissance majeure pendant cette période. L'enfant continue de développer cette capacité par la suite, mais il aura une trajectoire d'apprentissage plus positive s'il a acquis cette capacité à l'âge approprié au moment de commencer l'école. Pouvoir suivre des directives, rester concentré sur une tâche et gérer ses émotions et les situations sociales sont des aptitudes qui, une fois maîtrisées, permettent à l'enfant de se concentrer sur ses activités scolaires. Un enfant parvient à bien acquérir cette capacité dans un environnement qui lui offre :

- ◆ Des occasions d'apprendre avec des jeux qui stimulent son imagination et sa curiosité;
- ◆ Des éducateurs qui réagissent aux signaux de l'enfant d'une façon chaleureuse, sensible et cohérente.

L'enfant qui vit dans un milieu ne favorisant pas son développement sain et l'utilisation de jeux adaptés bénéficiera grandement d'une intervention précoce, c'est-à-dire avant que les processus cérébraux ne soient permanents (Tierney et Nelson, 2009). Il est plus difficile de créer les connexions neuronales fondamentales au développement de l'autorégulation après l'âge de 6 ans. Il faut donc jeter les fondements pendant la petite enfance (Shonkoff et Philips, 2009).

Facteurs influant sur la maturité scolaire

- ◆ Trois sphères déterminent la maturité de l'enfant :
 - Sa maturité par rapport à l'école
 - La capacité d'accueil et d'adaptation de l'école à recevoir les enfants
 - La capacité de sa famille et de sa collectivité à favoriser son développement sain (High, 2008)

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Les professionnels peuvent aider à améliorer la maturité de l'enfant dans ces trois sphères. Deux grands facteurs favorisent la maturité de l'enfant au moment d'entrer à l'école.

- ◆ La participation à des programmes d'enseignement et de garde de qualité pendant la petite enfance est un facteur important pour favoriser la maturité (Boethel, 2004; Zigler et Styfco, 2003). Elle est d'ailleurs associée à des améliorations sur différents plans :
 - Développement du langage et aptitudes pour l'écriture, la lecture et le calcul pendant la petite enfance (Barnett, Lamy et Jung, 2005; Berlinski, Galiani et Gertler, 2006; Magnuson et coll., 2004; Shonkoff et Phillips, 2000);
 - Estime de soi, comportement et attention (Barnett, 1995, 2004; Berlinski, Galiani et Gertler, 2006; McCall, Larsen et Ingram, 2003);
 - Les programmes de bonne qualité sont particulièrement efficaces chez les enfants issus de famille à faible revenu et à risque élevé (Barnett, 2008; Magnuson et coll., 2004; Ramey et Ramey, 2004; Shonkoff et Phillips, 2000). Ils favorisent l'apprentissage par le jeu adapté à l'âge.

Selon le rapport de recherche *Commencer tôt : l'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation* publié en 2013 par l'Office de la qualité et de la responsabilité en éducation (OQRE), « les élèves qui ont obtenu des scores faibles à l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE), c'est-à-dire les élèves dans les groupes vulnérables et à risque - sont beaucoup moins susceptibles d'atteindre la norme provinciale en lecture, écriture et mathématiques au test de l'OQRE de 3e année que les élèves qui ont obtenu des scores élevés à l'IMDPE, c'est-à-dire ceux désignés comme prêts ou très prêts au jardin d'enfants. » (Calman et Crawford, 2013) (L'IMDPE est un questionnaire qui a été élaboré au Offord Centre for Child Studies de l'Université McMaster. Il permet d'évaluer cinq domaines clés du développement de la petite enfance qui constituent un bon indicateur des résultats de nature éducative, sociale et de santé à l'âge adulte.) Or, parmi les élèves que l'on avait évalué comme étant vulnérables dans les domaines des habiletés linguistiques et cognitives au jardin d'enfants, 30 % ont néanmoins atteint la norme provinciale en 3e année en lecture, et 44 % en écriture. Les résultats pour les élèves estimés à risque étaient encore plus élevés, c'est-à-dire que 49 % et 60 % ont atteint la norme provinciale en 3e année en lecture et en écriture respectivement. Ces données suggèrent que l'évaluation, le soutien et l'intervention précoces se révèlent essentiels à la réussite scolaire d'un enfant. Vous pouvez consulter le rapport à l'adresse www.eqao.com/fr/research_data/Research_Reports/docs-gestion-analyse-donnees/commencer-tot.pdf#search=starting%20early%20

- ◆ L'engagement direct des parents (ou des personnes qui prennent soin d'un enfant) dans l'apprentissage et le développement de l'enfant augmente aussi la maturité. La recherche montre que les enfants dont les parents participent activement aux programmes préscolaires ont plus de succès à l'école (Jordan et Rodriguez, 2004). Les enfants de familles à faible revenu, il n'est pas surprenant de le constater, bénéficient de façon importante de cet engagement (Shonkoff et Phillips, 2000).

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Malheureusement, les enfants qui entrent à l'école n'ont pas tous vécu les mêmes expériences positives pendant la petite enfance. Un certain nombre de facteurs, dont les suivants, contribuent d'ailleurs au manque de maturité d'un enfant au moment d'entrer à l'école et il peut être nécessaire d'en tenir compte.

- ◆ Facteurs liés aux programmes préscolaires : pas assez nombreux, coût trop élevé, listes d'attente, etc.
- ◆ Facteurs liés au revenu : pauvreté, surpeuplement à la maison, manque d'éducation des parents, incapacité d'offrir des ressources favorisant la transition vers l'école, etc.
- ◆ Facteurs liés aux parents : stratégies d'adaptation, problèmes de santé mentale, manque de compréhension de l'importance des programmes favorisant la transition vers l'école, etc.
- ◆ Facteurs liés à l'enfant : manque d'aptitudes sociales, inactivité physique, impact de la surutilisation des médias (p. ex. télévision, Internet), etc.
- ◆ Manque d'accès à des espaces où les enfants peuvent jouer en sécurité ou manque de structures ou d'équipements de jeu.
- ◆ Méconnaissance de l'importance du jeu chez l'enfant ou manque de ressources pour encourager le jeu.
- ◆ Pas de consensus sur la définition de la maturité scolaire entre les différentes disciplines mobilisées (p. ex. santé, éducation, services sociaux).
- ◆ Manque de services de soutien, p. ex. de programmes d'alphabétisation conçus pour les nouveaux arrivants.
(Jeunes en forme Canada, 2009; Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2008)

Il est essentiel de soutenir toutes les sphères de développement de l'enfant par l'apprentissage basé sur le jeu afin d'augmenter sa maturité scolaire. Et comme les indicateurs de cette maturité sont tous interreliés, le soutien accordé à une sphère peut avoir des répercussions positives sur les autres. Vous trouverez plus de renseignements sur la façon d'améliorer les résultats d'un enfant dans la sous-section Favoriser la maturité scolaire par le jeu (quelques pages plus loin) et dans la section Soutien pour tous les enfants. Il faut considérer tous les aspects du développement de l'enfant (physique, social, affectif, aptitudes pour le langage, l'écriture et la lecture, le développement cognitif et les méthodes d'apprentissage) lorsqu'on évalue la capacité d'adaptation de l'enfant à l'école (High, 2009).

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

- ◆ Lorsqu'un enfant fait des jeux avec les personnes qui en prennent soin et d'autres adultes dans un cadre chaleureux et réceptif, il acquiert des aptitudes qui l'aideront à réussir à l'école :
 - Solides aptitudes pour la communication orale
 - Confiance
 - Capacité de se faire des amis
 - Persévérance et créativité pour résoudre des problèmes
 - Persévérance pour finir ce qu'il commence
 - Curiosité
 - Soif d'apprentissage
- ◆ Lorsqu'un enfant peut explorer et apprendre dans un cadre sécuritaire à la maison et dans les milieux d'accueil des jeunes enfants, il apprend un certain nombre de choses qui favorisent sa capacité d'apprentissage :
 - Plus grande capacité de reconnaître et de moduler ses émotions
 - Capacité de se concentrer et de déplacer son attention
 - Capacité de contrôler ses impulsions, de tolérer des frustrations et de retarder des gratifications
 - Capacité d'établir des rapports avec les autres

Chaque enfant est unique et possède des forces qui lui servent de base pour affronter les défis qui se présentent à mesure qu'il grandit et se développe. Les aptitudes et les expériences énumérées dans le présent guide varient en fonction des différences individuelles, des diverses expériences d'apprentissage et du contexte qui prévaut pendant l'acquisition des aptitudes. La liste qui suit doit donc servir de toile de fond pour évaluer la maturité scolaire et non d'inventaire exhaustif applicable de la même façon à tous les enfants. Pour en savoir plus sur l'évaluation du développement unique de chaque enfant qui se prépare à entrer à la prématernelle ou à la maternelle, vous pouvez consulter la sous-section Enfants d'âge préscolaire (de 2½ à 6 ans) de la Section 3.

Santé et développement physique

De nombreux indicateurs importants déterminent la santé et le développement de l'enfant dans le contexte de la maturité scolaire. D'abord et avant tout, il faut satisfaire ses besoins fondamentaux comme manger des aliments sains et avoir un sommeil adéquat. Les enfants sont incapables de tirer pleinement profit des expériences d'apprentissage dans un cadre éducatif s'ils ont constamment faim ou sont toujours fatigués. Le développement de la motricité fine et globale influence également le niveau de maturité à l'entrée à l'école. Par exemple, si un enfant a de la difficulté à tenir correctement un crayon, cela aura une incidence sur ses aptitudes pour l'écriture plus tard.

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Santé et développement physique	Où trouver des renseignements	Aptitudes développementales et habitudes saines qui augmentent la capacité d'apprentissage
Alimentation saine et adéquate	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Respecter le <i>Guide alimentaire canadien</i> (<i>Bien manger avec le Guide alimentaire canadien</i>). ◆ Déjeuner avant d'aller à l'école.
Sommeil adéquat	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Établir une routine pour l'heure du réveil et du coucher. ◆ Faire une sieste ou passer un moment tranquille à lire ou à jouer avec des jouets silencieux le jour.
Activité physique et jeu actif	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Être actif physiquement pendant au moins 60 minutes par jour. ◆ Faire des jeux actifs à l'intérieur et à l'extérieur. ◆ Passer moins de deux heures par jour devant l'écran de télévision ou d'ordinateur. Idées et stratégies : www.avousdejouerensemble.ca
Ouïe	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Faire passer un examen de dépistage peu de temps après la naissance. ◆ Faire examiner les oreilles s'il survient des problèmes (p. ex. otites, prématurité, prise d'antibiotiques ou difficulté de langage). ◆ Apprécier et utiliser la musique, les comptines et la répétition.
Vue	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Faire passer à chaque enfant un test de dépistage avant l'âge d'un an même s'il ne semble présenter aucun problème.
Santé dentaire	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se brosser les dents et passer la soie dentaire chaque jour sous la supervision d'un adulte. ◆ Aller chez le dentiste régulièrement.
Santé physique	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Être vacciné selon le calendrier de vaccinations. ◆ Passer un bilan de santé chez le médecin de famille avant le début de l'école.

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Santé et développement physique	Où trouver des renseignements	Aptitudes développementales et habitudes saines qui augmentent la capacité d'apprentissage
Santé mentale	Section 2	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Passer du temps dans un environnement adapté sans stress exagéré. ♦ Créer un attachement sécurisant avec les adultes qui s'occupent de l'enfant. ♦ Avoir accès à des facteurs qui favorisent la résilience.
	Section 5	
Aptitudes motrices	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Développer la motricité fine et globale établie pour son âge. ♦ Avoir l'occasion d'utiliser la motricité fine et globale dans toute une variété de situations de jeux.

Autonomie

L'autonomie est importante pour la maturité scolaire, car l'enfant fait un grand pas en avant vers son indépendance future.

Autonomie et sécurité	Où trouver des renseignements	Aptitudes développementales et habitudes saines qui augmentent la capacité d'apprentissage
S'habiller	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ♦ S'habiller et se déshabiller seul selon son âge. ♦ Être capable d'attacher la plupart des boutons et de fermer les fermetures éclair. ♦ Mettre ses chaussures même s'il n'est peut-être pas capable d'attacher les lacets. ♦ S'entraîner à s'habiller avec une variété de vêtements.
Alimentation	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Être capable d'ouvrir sa boîte à lunch. ♦ Manger seul et finir la plupart de ses repas.
Aller aux toilettes	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Être capable de dire à un adulte qu'il a besoin d'aller aux toilettes. ♦ Aller aux toilettes seul. ♦ Se laver et se rincer les mains seul correctement.
Demander de l'aide	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Demander de l'aide. ♦ Parler à un adulte s'il est bouleversé ou malade.
Sécurité	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Connaître son prénom et son nom de famille. ♦ Connaître son adresse et son numéro de téléphone (plus probable s'il a au moins 5 ans).
	Section 5	

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Autonomie et sécurité	Où trouver des renseignements	Aptitudes développementales et habitudes saines qui augmentent la capacité d'apprentissage
Sécurité en général	Section 3 Section 5	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Savoir comment suivre des directives et des routines. ◆ Être attentif aux consignes.
Jeu sécuritaire	Section 5	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Prendre les précautions appropriées pour jouer en toute sécurité (p. ex. mettre un casque avant d'aller à vélo ou utiliser des ciseaux à pointes arrondies).
Aller-retour à l'école en sécurité - en autobus	Section 5	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Connaître les règles de sécurité en autobus. ◆ Se pratiquer une fois avant si possible.
Aller-retour à l'école en sécurité - à pied	Section 5	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Marcher avec un adulte, une sœur plus âgée ou un frère plus âgé. ◆ Savoir qu'il ne faut pas parler aux étrangers ni monter dans leur voiture et savoir où obtenir de l'aide si un inconnu l'approche. ◆ Se pratiquer avant si possible.
Aller-retour à l'école en sécurité - en voiture	Section 5	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Respecter les règles de sécurité entre la voiture et l'école. ◆ Traverser la rue avec un adulte, une sœur plus âgée ou un frère plus âgé.

- ◆ Cliquez ici pour accéder à la ressource intitulée *L'apprentissage des jeunes enfants à la portée de tous dès aujourd'hui : Un cadre d'apprentissage pour les milieux de la petite enfance de l'Ontario* (Groupe d'étude sur le programme d'apprentissage de la petite enfance, Meilleur départ, 2006).
- ◆ Cliquez ici pour accéder à la ressource *Jardin d'enfants - Révisé* (ministère de l'Éducation, 2006).

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Développement social et affectif

Lorsqu'un enfant est compétent sur le plan social et sain sur le plan affectif, il fonctionne bien dans le cadre des paramètres sociaux d'une salle de classe. Il interagit facilement avec les autres enfants, partage le matériel, exprime ses sentiments, travaille bien en groupe et noue des relations positives avec ses pairs et les adultes. Un sentiment de bien-être positif favorise grandement la maturité à l'entrée à l'école (National School Readiness Indicators Initiative, 2005). Le jeu réciproque et coopératif renforce le développement social et affectif (p. ex. attendre son tour, partager, jeu de rôles, jeu avec des règles).

Développement social	Où trouver des renseignements	Aptitudes développementales et habitudes saines qui augmentent la capacité d'apprentissage
Jouer avec d'autres enfants	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Attendre son tour et partager. ◆ Jouer à côté et en coopération avec d'autres enfants.
Résoudre des conflits et des problèmes	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Exprimer ses sentiments, ses désirs et ses besoins. ◆ Utiliser des stratégies aidant à se maîtriser pour gérer des situations très émotives. ◆ Commencer à comprendre les conséquences.
Aider les autres	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Suivre une routine (p. ex. installer les napperons avant la collation, mettre ses chaussures de sport et se placer dans la file). ◆ Utiliser quelques comportements à caractère social.
Faire preuve d'empathie	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Commencer à envisager les choses d'un autre point de vue. ◆ Être capable de décrire ce qu'une autre personne pourrait ressentir.
Interagir avec les adultes	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Être capable d'être attentif. ◆ Maintenir un contact visuel pendant une discussion.

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Le jeu social, la lecture et la discussion sur les histoires lues permettent de renforcer le développement affectif. Le jeu actif et l'activité physique améliorent également l'estime de soi, la confiance en soi et l'image de soi.

Développement affectif	Où trouver des renseignements	Aptitudes développementales et habitudes saines qui augmentent la capacité d'apprentissage
Image de soi	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Être responsable d'une partie de la routine personnelle, familiale et de groupe (p.ex. nourrir un animal de compagnie ou mettre la table). ◆ Utiliser des comparaisons sociales et des traits de personnalité positifs pour se décrire (p. ex. je suis fort ou je grimpe mieux que ma sœur).
Conscience de soi	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Commencer à comprendre qu'il est séparé des autres et que les autres vivent et pensent différemment.
Estime de soi	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comprendre qu'il possède des forces dans certains domaines. ◆ Accomplir des tâches avec fierté.
Expression de soi	Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Posséder de plus en plus de vocabulaire pour exprimer ses émotions. ◆ Commencer à comprendre qu'il peut parfois ressentir plusieurs émotions.
Autorégulation	Section 1 Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Utiliser la réflexion et d'autres stratégies pour maîtriser ses émotions. ◆ Comprendre une logique inductive de la notion de justice (rendre un enfant conscient des sentiments ou du mal que cause son mauvais comportement) en adoptant des comportements à caractère social.
Attitude positive envers l'apprentissage	Section 4	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cliquez ici pour vous rendre à la sous-section Méthodes d'apprentissage.

- ◆ Cliquez ici pour accéder à la ressource intitulée *L'apprentissage des jeunes enfants à la portée de tous dès aujourd'hui : Un cadre d'apprentissage pour les milieux de la petite enfance de l'Ontario* (Groupe d'étude sur le programme d'apprentissage de la petite enfance, Meilleur départ, 2006).
- ◆ Cliquez ici pour accéder à la ressource *Jardin d'enfants - Révisé* (ministère de l'Éducation, 2006).

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Langue et alphabétisation précoce

Le développement des aptitudes pour le langage, l'écriture et la lecture commence à la naissance et varie en fonction de nombreux facteurs, notamment du vocabulaire utilisé à la maison, des lectures faites pendant la petite enfance et des occasions de jouer.

L'expression orale jette les fondements des aptitudes à acquérir pour l'alphabétisation. Un vocabulaire diversifié et de solides aptitudes en expression orale sont essentiels pour l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Tout retard de développement dans l'acquisition du langage doit faire rapidement l'objet d'un acheminement par les éducateurs ou les professionnels.

L'âge auquel les enfants apprennent à lire varie grandement. Certains commencent à lire à quatre ans; d'autres, pas avant six ans, voire même plus tard. L'acquisition des aptitudes pour la lecture, l'écriture et l'orthographe s'effectue en plusieurs étapes au sein du continuum de développement. Pour obtenir plus de renseignements sur ces étapes, vous pouvez consulter les ressources suivantes :

- ◆ Centre Hanen (www.hanen.org) : Renseignements et programmes de soutien en matière de retards de langage (en anglais seulement)
- ◆ Principales étapes du développement de la parole et du langage www.speechdelay.com (en anglais seulement)

Les aptitudes pour le langage, la lecture et l'écriture pendant la petite enfance comportent quatre niveaux : l'attention; le langage dans son versant réceptif; la préparole et le langage dans son versant expressif; ainsi que la prélecture. Ils sont toutefois tous étroitement liés au développement auditif, social, affectif et physique. Pour en savoir plus sur les étapes du développement de ces aptitudes, consultez la sous-section Soutien au développement des enfants d'âge préscolaire.

Continuum d'attentes en lecture et en écriture

En mai 1998, la National Association for the Education of Young Children (NAEYC) et l'International Reading Association (IRA) ont présenté une déclaration commune sur les objectifs de lecture et d'écriture des jeunes enfants. Elles vont de la période préscolaire à la 3e année. Voici les deux premières phases (NAEYC, 1998, p. 15) (traduction libre).

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Phase 1 : Éveil et exploration (objectifs pour la période préscolaire)

- ♦ Avant l'entrée à la maternelle, l'enfant devrait posséder les aptitudes suivantes :

L'enfant explore son environnement et jette les bases de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

L'enfant d'âge préscolaire est capable :

- ♦ D'apprécier une histoire lue par un tiers et d'en discuter.
- ♦ De comprendre que les écrits transmettent un message.
- ♦ D'essayer de lire et d'écrire.
- ♦ De nommer des étiquettes et des affiches dans son environnement.
- ♦ De participer à des jeux de rimes.
- ♦ D'identifier certaines lettres et d'y associer le son approprié.
- ♦ D'utiliser les lettres connues ou des approximations de lettres pour produire un message écrit.

Phase 2 : Stade expérimental de lecture et d'écriture (objectifs pour la maternelle)

- ♦ Avant l'entrée en 1re année, l'enfant devrait posséder les aptitudes suivantes :

L'enfant acquiert les concepts de base de l'écrit et commence à essayer de lire et écrire.

L'élève de maternelle est capable :

- ♦ D'apprécier une histoire racontée ou un texte informatif simple et de les répéter.
- ♦ D'utiliser des mots descriptifs pour expliquer et explorer.
- ♦ De reconnaître des lettres et d'y associer le son approprié.
- ♦ De jouer facilement avec les rimes et de reconnaître des sons identiques au début des mots.
- ♦ De comprendre le principe de lecture de gauche à droite et de haut en bas et de saisir des concepts relatifs à l'écrit.
- ♦ D'associer des mots entendus à des mots écrits.
- ♦ D'écrire des lettres de l'alphabet et des mots usuels.

- ◆ Consultez la section 3, intitulée Développement de l'enfant (Développement du bébé par tranche d'âge et sphère de développement) pour obtenir de l'information sur le développement du langage et sur l'alphabétisation précoce.
- ◆ Consultez la ressource intitulée *L'apprentissage des jeunes enfants à la portée de tous dès aujourd'hui : Un cadre d'apprentissage pour les milieux de la petite enfance de l'Ontario* (Groupe d'étude sur le programme d'apprentissage de la petite enfance, Meilleur départ, 2006).
- ◆ Consultez la ressource intitulée *Jardin d'enfants - Révisé* (ministère de l'Éducation, 2006).
- ◆ Pour télécharger la ressource intitulée *Pour un enseignement efficace de la lecture et de l'écriture : une trousse d'intervention appuyée par la recherche*, cliquez sur le lien suivant : www.treaqfp.qc.ca/106/PDF/TROUSSE_Reseau_de_chercheurs.pdf

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Développement cognitif et connaissances générales

Au fur et à mesure que l'enfant vit de nouvelles expériences et fait de nouveaux apprentissages, il enrichit sa compréhension du monde qui l'entoure. Un environnement riche et stimulant lui permettra d'apprendre davantage et l'incitera à continuer d'apprendre. Le développement cognitif englobe plusieurs aspects comme « le langage, l'écriture et la lecture, les mathématiques, le raisonnement scientifique, les arts, la musique et d'autres véhicules d'acquisition du savoir, d'expression créative, de raisonnement et de résolution de problèmes » (traduction libre) (National School Readiness Indicators Initiative, 2005, p. 68).

Développement cognitif	Où trouver des renseignements	Aptitudes développementales et saines habitudes de vie qui favorisent l'apprentissage
Aptitudes cognitives générales	Section 3	Atteindre les étapes de développement cognitif établies pour son âge. Commencer à posséder les aptitudes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ♦ Questionnement ♦ Pensée critique ♦ Résolution de problèmes ♦ Aptitudes spatiales ♦ Observation ♦ Catégorisation ♦ Communication de découvertes
Notions de calcul	Section 3	Acquérir les aptitudes établies pour son âge.
Attention	Section 3	Être capable de se concentrer sur une tâche ou une situation pendant plusieurs minutes. Être capable de porter son attention sur une nouvelle situation. Reporter son attention sur une tâche ou une situation après une brève distraction.
Mémoire et mémorisation	Section 3	Utiliser de plus en plus de mots descriptifs pour évoquer des activités ou des expériences passées. Se servir de sa mémoire des expériences passées pour faire ou planifier de nouvelles expériences.
Mémoire à court terme	Section 1	Utiliser de plus en plus sa mémoire à court terme pour garder des renseignements à l'esprit pendant qu'il s'adapte à des changements dans des situations fictives (jeux) ou réelles. Utiliser sa mémoire à court terme pour résoudre des problèmes et faire des expériences scientifiques simples.

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Méthodes d'apprentissage

- ◆ Les éducateurs de jeunes enfants peuvent les aider à adopter des méthodes d'apprentissage et à acquérir des aptitudes qui les aideront à réussir à l'école. Les enfants ont besoin :
 - De routines
 - D'un endroit calme pour lire et faire les devoirs
 - De livres et d'outils comme du papier, des crayons et des stylos qui favorisent la prélecture
 - D'espaces et d'accessoires qui stimulent le jeu
 - De jeux réciproques avec des adultes qui les valorisent
- ◆ Si un enfant démontre les aptitudes suivantes pendant le jeu, il faut l'encourager parce qu'elles lui serviront plus tard en milieu scolaire :
 - Curiosité
 - Engagement
 - Enthousiasme
 - Attention
 - Persévérance
 - Résolution de problèmes
 - Terminer ce qu'il entreprend
 - Fiabilité
 - Organisation et planification
 - Gestion du temps
 - Prendre des précautions pour assurer sa sécurité avant de prendre un risque (p. ex. essayer de nager sans veste de flottaison pendant qu'un adulte est assez près pour le rejoindre s'il a des problèmes)
 - Autodétermination et initiative
 - Autonomie
 - Travail en équipe

(National Education Goals Panel, 1998)
- ◆ Consultez la section 3, intitulée Développement de l'enfant (Développement du bébé par tranche d'âge et sphère de développement) pour obtenir de l'information sur le développement cognitif.
- ◆ Consultez la ressource intitulée *L'apprentissage des jeunes enfants à la portée de tous dès aujourd'hui : Un cadre d'apprentissage pour les milieux de la petite enfance de l'Ontario* (Groupe d'étude sur le programme d'apprentissage de la petite enfance, Meilleur départ, 2006).
- ◆ Consultez la ressource intitulée *Jardin d'enfants - Révisé* (ministère de l'Éducation, 2006).

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

Favoriser la maturité scolaire par le jeu

La maturité scolaire est tributaire de nombreux facteurs à la fois différents et indissociables les uns des autres. Nous pouvons favoriser cette maturité en encourageant l'enfant à explorer le monde qui l'entoure par le jeu. Nous pouvons également appuyer l'adoption de politiques publiques qui assurent que l'école est adaptée aux enfants et que les collectivités soutiennent le développement sain des enfants. Les politiques publiques devraient avoir les objectifs suivants :



- ◆ Pendant la petite enfance, permettre à tous les enfants d'avoir accès à des programmes d'enseignement et de services de garde de grande qualité offerts par des professionnels qualifiés.
- ◆ Permettre à toutes les familles d'avoir accès, dans leur collectivité, à un vaste éventail de services de soutien social, par exemple des soins dentaires et médicaux et des programmes pour les enfants et les familles. Cela est particulièrement important lorsqu'il s'agit de familles vivant dans la pauvreté ou n'ayant pas accès aux ressources existantes.
- ◆ Encourager les professionnels qui travaillent auprès d'enfants âgés de 0 à 6 ans à continuer de réclamer des programmes, des ressources ou des services gratuits ou subventionnés pour soutenir les enfants et les familles dans le besoin.
- ◆ Faire en sorte que les écoles fassent partie du carrefour communautaire qui appuie le développement sain de l'enfant et la transition vers l'école.
- ◆ Veiller à ce que les écoles soient prêtes à accueillir tous les enfants et continuent de soutenir le développement sain de l'enfant dans son ensemble.

Voici des stratégies que les professionnels peuvent mettre à profit pour soutenir et favoriser la maturité scolaire :

- ◆ Établir des liens solides avec les personnes qui prennent soin des enfants.
- ◆ Favoriser des interactions et des liens positifs entre les enfants et les adultes.
- ◆ Promouvoir la création d'environnements d'apprentissage valorisants, riches et stimulants pendant la petite enfance.
- ◆ Planifier des activités régulières qui permettent aux éducateurs de participer à l'apprentissage et au développement des enfants.

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

- ◆ Prêter des jouets, des livres et des vidéos aux familles; inciter les bibliothèques de quartier à prêter des jouets.
- ◆ Continuer de diffuser de l'information dans la collectivité, en particulier aux familles difficiles à rejoindre; soutenir les familles et les diriger vers des programmes de visites à domicile comme le programme Bébés en santé, enfants en santé.
- ◆ Encourager les parents (ou les éducateurs) à faire la lecture à leur enfant tous les jours; les encourager à écouter leur enfant leur faire la lecture tous les jours (même s'ils font semblant de lire).
- ◆ Encourager les parents (ou les éducateurs) à regrouper du matériel (divers types de jeux) favorisant la maturité scolaire dans une pièce de la maison.
- ◆ Donner des renseignements sur les éléments suivants et encourager les personnes concernées à y participer :
 - Programmes d'enseignement et de garde de qualité pendant la petite enfance
 - Programmes sur l'art d'être parent
 - Programmes dans les bibliothèques publiques
 - Réseaux et programmes de soutien parental
 - Programmes d'alphabétisation pour adultes
 - Programmes de soins prénataux
 - Réseaux et groupes de jeux informels et formels
- ◆ Continuer de favoriser l'apprentissage de la lecture et de l'écriture des adultes et des familles, ainsi que l'apprentissage du français auprès des nouveaux arrivants (p. ex. les cours de langue pour les immigrants au Canada).
- ◆ S'inscrire au programme Welcome to Kindergarten (www.fr.thelearningpartnership.ca/ Partenariat en éducation; onglet Programs; en anglais seulement), qui offre aux parents des ressources et des ateliers favorisant l'apprentissage de la lecture et de l'écriture pour les aider à renforcer la maturité de leur enfant à l'entrée à l'école.
- ◆ Créer des partenariats avec des écoles, des centres de la petite enfance, la collectivité, des organismes du secteur de la santé et des centres locaux pour aider à offrir du soutien et des ressources en ce qui concerne :
 - Les soins prénataux
 - La santé mentale
 - L'alimentation et les banques alimentaires
 - Les soins visuels, dentaires et médicaux
 - La santé et la vaccination

Section 4 Préparer l'enfant à l'école en s'amusant

- Les préoccupations sur le plan affectif ou comportemental
 - Les refuges
 - Le logement subventionné
 - L'intervention précoce
 - L'emploi ou la formation pour adultes
- ◆ Planifier des forums sur les ressources familiales ou participer à des forums semblables.
 - ◆ Promouvoir des programmes qui offrent le dépistage universel, notamment pour les problèmes auditifs et visuels.
 - ◆ Veiller à ce que les ressources offertes aux familles soient adaptées sur le plan culturel et, dans la mesure du possible, les traduire ou offrir un service de traduction aux familles.
 - ◆ Aider les familles à obtenir une recommandation vers des services supplémentaires si elles ont besoin d'aide.
 - ◆ Promouvoir la disponibilité des ateliers et des programmes de formation dans la collectivité pour les parents et les fournisseurs de services.
 - ◆ Rester en contact avec les parents ou les éducateurs (discussions, bulletins, dépliants, courriels, etc.) pour les tenir informés.
 - ◆ Si aucuns fonds ne sont disponibles, demander des dons ou des commandites pour aider à financer certaines initiatives dans la collectivité (p. ex. des déjeuners gratuits).
 - ◆ Encourager le jeu à la maison, dans les centres de la petite enfance et les milieux de garde de la collectivité.
 - ◆ Veiller à ce que la collectivité offre des espaces et des occasions de jeu sécuritaires. (Florida Head Start State Collaboration Office, 2002; Maryland State Department of Education, 2002; Office of Educational Research and Improvement, 2002).

Les professionnels peuvent encourager les familles à promouvoir le développement sain de leur enfant de manière à renforcer sa capacité d'apprentissage dès la naissance en utilisant non pas la lecture, l'écriture et l'arithmétique, mais plutôt les techniques suivantes:

- ◆ Lire ensemble.
- ◆ Faire des rimes, jouer, chanter et avoir des contacts physiques.
- ◆ Établir des routines et des heures régulières pour les repas, le jeu et le sommeil.
- ◆ Féliciter l'enfant lorsqu'il réussit.
- ◆ Nouer une relation réciproque et valorisante (High, 2008).

Section 5 Sécurité et bien-être

Prévention des blessures

Blessures accidentelles

Pour promouvoir le développement sain des enfants, il faut notamment encourager leur curiosité naturelle et leurs compétences émergentes. Lorsque l'enfant explore son environnement et essaie de faire de nouvelles choses, il ne peut pas reconnaître tous les dangers ou les éléments qui peuvent compromettre sa sécurité et son bien-être. Il n'a pas non plus la capacité ou l'autonomie d'éliminer les dangers de son environnement. Il revient aux responsables de l'enfant et aux éducateurs d'assurer sa sécurité. Cela peut être aussi simple que de surveiller les enfants au parc ou de renseigner les parents sur la façon la plus sécuritaire de coucher un nourrisson. Parfois, il faut aussi avoir recours aux services de protection de l'enfance lorsque les responsables d'un enfant ne le protègent pas et compromettent sa sécurité et son bien-être.

On peut assurer la sécurité et le bien-être de l'enfant de différentes façons :

- ◆ Prévention des blessures accidentelles
- ◆ Prévention et reconnaissance de la maltraitance
- ◆ Signalement de la maltraitance



Prévenir les blessures

La blessure accidentelle est la cause de décès la plus fréquente chez les enfants de plus d'un an. Les accidents de la route causent la plupart des décès, mais l'incendie, la noyade, l'étouffement, l'asphyxie et l'empoisonnement fauchent également des vies (Farchi et coll., 2006; Grenier et Leduc, 2008). Une blessure accidentelle peut entraîner, entre autres, des bosses, des ecchymoses, des brûlures, des fractures et des traumatismes crâniens.

- ◆ Un enfant est plus susceptible de se blesser lorsque :
 - **Les adultes sont :**
 - Distracts
 - Très occupés
 - Temporairement absents
 - Dans une situation qui cause une certaine confusion ou des changements imprévus dans la routine
 - **Les enfants sont :**
 - Affamés
 - Fatigués
 - Distracts
 - Excités
 - Sortis de leur routine quotidienne

Section 5 Sécurité et bien-être

- ◆ Il faut donc prévenir les blessures de façon systématique en veillant à :
 - Procurer un environnement sécuritaire
 - Surveiller les enfants
 - Mettre en place des politiques et des directives adéquates
 - Imposer des règles de sécurité aux enfants
 - Maintenir un dialogue avec la famille

Environnement sécuritaire



Les endroits où les enfants vivent, jouent et apprennent doivent être adaptés à leur âge. Ils ont besoin d'espace pour pouvoir bouger, mais aussi se reposer. Il est également important de faire attention aux dangers, de regrouper les enfants au même endroit et de vérifier que les surfaces, les meubles, l'équipement de jeu et les jouets sont en bon état. Il faut aussi tenir compte de l'étape de développement des enfants, ce qui peut poser quelques défis si nous avons des enfants d'âges différents ou si un petit service de garde à domicile accueille des enfants d'âges différents. Très rapidement, les enfants deviennent trop grands pour utiliser des objets comme une balançoire pour bébé ou un centre d'activités stationnaire. Respectez toujours les recommandations concernant le poids et la taille, ainsi que les directives d'utilisation. Faites de même avec les lits d'enfants, les berceaux, les parcs et les moisés. Il est aussi important de consulter régulièrement le site Web de Santé Canada (www.hc-sc.gc.ca) pour savoir si certains produits posent des risques pour la sécurité ou font l'objet d'un rappel (Grenier et Leduc, 2008).

- ◆ Pour procurer un environnement sécuritaire, il faut examiner :
 - L'environnement physique
 - Les produits utilisés
 - Le lieu où sont conservés l'équipement, les aliments et les boissons et la façon dont ils sont manipulés
 - L'étape de développement, les capacités et le tempérament de chaque enfant

Section 5 Sécurité et bien-être

- ◆ Pour rendre l'environnement physique plus sécuritaire, examinez :
 - L'espace
 - La surface de jeu
 - Les meubles ou l'équipement dans l'espace

Les professionnels doivent se placer au niveau de l'enfant et vérifier s'il y a des dangers dans son environnement. Ils doivent également encourager les parents à faire de même à la maison et ne pas hésiter à leur proposer des ressources pour les aider à y parvenir.

Surveillance

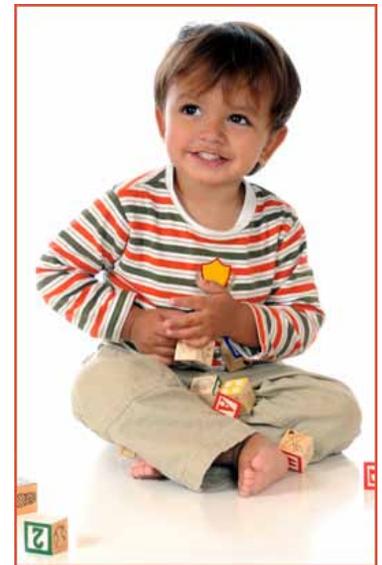
Tout endroit, même le plus sécuritaire, ne remplace jamais la supervision adéquate d'un adulte. Il faut demeurer vigilant et prévoir les besoins et les gestes de l'enfant en fonction de son niveau de développement. Pour assurer une bonne surveillance, un adulte doit rester près de l'enfant, surtout s'il explore de nouvelles structures de jeux ou applique de nouvelles compétences. L'adulte devrait vérifier l'environnement pour repérer les dangers potentiels et les éliminer, dans la mesure du possible. Il doit s'assurer que l'enfant ne compromet pas sa propre sécurité ou celle d'autres enfants.

Politiques et procédures

Les centres de la petite enfance et les services de garde des jeunes enfants doivent suivre des règlements stricts en matière de sécurité. Les politiques et les lignes directrices établies par les gouvernements, notamment dans la Loi sur les garderies, la Fédération canadienne des services de garde à l'enfance et d'autres organismes assurent un encadrement cohérent pour tous les employés et les enfants. La plupart de ces organismes ont adopté des politiques et des procédures que chaque professionnel devrait connaître et respecter. Vous pouvez également promouvoir ou créer des politiques et des procédures qui vont assurer la sécurité des enfants dans votre propre milieu.

Règles de sécurité

Dès qu'un enfant reconnaît son nom et commence à être plus mobile, il peut apprendre des règles de sécurité de base. Grenier et Leduc (2008) énumèrent les principaux éléments des règles de sécurité efficaces dans le livre intitulé *Well-Beings: A Guide to Health in Childcare*.



Section 5 Sécurité et bien-être

- ◆ « Une bonne règle de sécurité...
 - est simple, claire et adaptée à l'âge de l'enfant
 - est cohérente
 - est raisonnable
 - est renforcée
 - est transmise à tous les responsables de l'enfant
 - est positive
 - ne fait pas peur
 - a des conséquences. » [traduction libre] (p. 65)

Communication avec la famille

Les enfants passent la majeure partie de leur temps à la maison, sous la garde ou en présence de leur famille. Il est donc impératif de maintenir un dialogue avec la famille et de fournir les bonnes ressources aux principaux responsables des enfants.

- ◆ Ceux-ci ont besoin de renseignements sur les pratiques sécuritaires, par exemple dans les domaines suivants :
 - L'environnement de sommeil de l'enfant
 - Le véhicule et la circulation
 - L'eau
 - Le soleil
 - L'équipement de jeu et les jouets
 - Le domicile et les produits ménagers
 - Les aliments et les boissons



Section 5 Sécurité et bien-être

Pratiques sécuritaires

Il est prouvé que les pratiques suivantes améliorent la sécurité des enfants.

Pratiques sécuritaires	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Chutes et coupures 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ne pas laisser un nourrisson ou un enfant seul sur une surface élevée (p. ex. une table à langer ou un portique d'escalade). ♦ Installer une barrière de sécurité aux extrémités des escaliers, y compris sur le patio. ♦ Ne pas utiliser une marchette, un exerciceur pour bébé ou de l'équipement semblable sur roulettes. ♦ Bien fixer l'exerciseur suspendu au cadre d'une porte et toujours surveiller le bébé lorsqu'il est dedans. ♦ Toujours garder sous surveillance l'enfant qui est sur un balcon, un escalier ou un terrain de jeux, ou proche de ces endroits. ♦ Installer des barres de protection sur le lit de l'enfant. ♦ Ne pas coucher un enfant de moins de 6 ans sur la partie supérieure d'un lit superposé. ♦ Installer un revêtement absorbant dans les endroits où il joue pour amortir les chutes. ♦ Lui faire porter un casque avant d'aller à vélo, en patins ou en planche à roulettes ou de pratiquer des activités semblables. ♦ Installer un dispositif de sécurité sur les fenêtres et les portes donnant sur un patio ou un balcon. ♦ Ne pas ranger d'instruments pointus (p. ex. des ciseaux et des couteaux) à portée de main de l'enfant.
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Véhicule à moteur et accident de la route 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Installer et utiliser le siège et le rehausseur d'auto correctement en fonction de l'âge, de la taille et du poids de l'enfant. ♦ Permettre à l'enfant de jouer dans des endroits sécuritaires loin des stationnements et des rues. ♦ Apprendre à l'enfant à « arrêter, regarder et écouter ».
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Noyade 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Clôturer la piscine ou le spa et mettre une serrure ou un cadenas sur la porte. ♦ Veiller à ce qu'il y ait un adulte près de l'enfant s'il se trouve près d'un point d'eau de 5 cm (2 pouces) de profondeur ou plus (p. ex. une piscine, un spa ou un étang). ♦ Ne pas utiliser un siège ou un anneau de bain pour bébé.

Section 5 Sécurité et bien-être

Pratiques sécuritaires	
Brûlures	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Régler la température de l'eau chaude à 49 degrés Celsius ou moins à la maison. ♦ Vérifier la température de l'eau du bain avant d'y mettre l'enfant (elle devrait être de 49 degrés Celsius ou moins). ♦ Ouvrir le robinet d'eau froide avant le robinet d'eau chaude lorsqu'on lave les mains de l'enfant. ♦ Tenir les liquides et les aliments chauds loin de l'enfant, surtout pendant qu'on le tient dans nos bras. ♦ Tourner la poignée des casseroles vers le centre de la cuisinière; la soupe chaude est l'une des principales causes de brûlure chez les enfants aux États-Unis (OMS, 2008). ♦ Installer un détecteur de fumée et de gaz carbonique dans la maison ou l'appartement. ♦ Garder un extincteur dans la cuisine et apprendre à l'utiliser. ♦ Mettre une barrière autour du foyer et du poêle. ♦ Ranger les allumettes et les briquets hors de la portée de l'enfant.
Coups de soleil	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Mettre des vêtements protecteurs comme un chapeau à large rebord à l'enfant avant de l'amener à l'extérieur. ♦ Ne pas le laisser jouer au soleil lorsque ses rayons sont les plus intenses (entre 10 h et 14 h). ♦ Appliquer de la crème solaire à l'enfant de plus de six mois 30 minutes avant de l'amener au soleil et lui en remettre aux deux à trois heures. ♦ Créer des zones ombragées avec des objets dans les aires de jeux de l'enfant.
Étouffement, asphyxie et étranglement	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ne pas donner des petits objets comme des aliments (p. ex. petits bonbons durs, noix, maïs soufflé, raisins, morceau de saucisse hot dog), des billes, de la monnaie et de petites pièces de jouets aux nourrissons et aux enfants de moins de trois ans. ♦ Placer le lit de l'enfant loin des fenêtres, des stores, des cordons de rideaux, des courroies, des lampes, des prises électriques et des rallonges. ♦ Ne pas mettre une suce, des bijoux, une corde, une ficelle ou une corde à sauter autour du cou de l'enfant. ♦ Ne pas habiller l'enfant avec un foulard ou des vêtements qui ont des cordons s'il va jouer dans un terrain de jeux.

Section 5 Sécurité et bien-être

Pratiques sécuritaires	
Empoisonnement et électrocution	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Acheter des médicaments et des produits d'entretien munis d'un bouchon ou d'un emballage à l'épreuve des enfants et les ranger hors de leur portée. ♦ Mettre un dispositif à l'épreuve des enfants sur les poignées des armoires contenant des produits dangereux comme les produits d'entretien, les médicaments et les pesticides. ♦ Ne pas placer de plantes toxiques à la portée de l'enfant dans la maison ou à l'extérieur jusqu'à ce qu'il puisse comprendre qu'elles présentent un danger. ♦ Mettre un capuchon de sécurité sur les prises électriques.
Syndrome de mort subite du nourrisson et mort soudaine inexplicquée du jeune enfant (s'applique aux bébés de la naissance à l'âge de 12 mois)	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Coucher l'enfant sur le dos la nuit et pendant les siestes. ♦ Envelopper l'enfant dans un seul drap et le couvrir d'une légère couverture ou le mettre dans un sac de couchage pour bébé avant de le placer dans son lit. ♦ Ne pas le coucher sur un lit d'eau, un futon, un divan, une causeuse, une chaise, un siège d'auto, un lit improvisé ni un lit d'adulte. ♦ Faire dormir l'enfant dans la chambre des parents les six premiers mois. ♦ Ne pas tenir l'enfant trop au chaud. ♦ Ne pas placer de tour de lit, de duvet, d'oreiller, de grosses couvertures et de jouets mous dans son lit. ♦ Maintenir un environnement sans fumée autour du bébé. ♦ Ne pas le faire dormir dans le même lit que d'autres enfants.
Sécurité du lit et de l'équipement	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ne pas utiliser les lits d'enfant faits avant septembre 1986 parce qu'ils ne respectent pas les normes canadiennes en matière de sécurité. ♦ Ne pas modifier le lit d'enfant. ♦ Faire dormir l'enfant de moins de deux ans dans un lit d'enfant. ♦ Utiliser l'équipement de la façon indiquée dans les directives du fabricant. ♦ Utiliser de l'équipement adapté à l'âge de l'enfant. ♦ Vérifier si l'équipement fait l'objet d'un rappel.
Pratiques sécuritaires	
Toxines et polluants environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Maintenir un environnement libre de fumée secondaire et tertiaire autour de l'enfant (les produits chimiques toxiques libérés dans la fumée s'incrusteront dans les cheveux, la peau, les tissus, les tapis, les meubles et les jouets). ♦ Donner à l'enfant des jouets de qualité et exempts de plomb. ♦ Utiliser de la peinture sans plomb à la maison.

Section 5 Sécurité et bien-être

	Pratiques sécuritaires
Toxines et polluants environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Garder la maison propre (dans les vieilles maisons, la poussière peut contenir du plomb) et exempte d'allergènes et de moisissures. ♦ Ne pas utiliser un thermomètre au mercure. ♦ Ne pas faire chauffer le lait maternel, la préparation pour nourrissons ou les aliments dans des bouteilles ou des contenants en plastique qui libèrent du bisphénol A. ♦ Utiliser l'eau froide du robinet pour donner de l'eau au bébé ou faire une préparation pour nourrisson (l'eau chaude du robinet contient plus de plomb). ♦ Dans les maisons construites avant 1990, laisser l'eau couler deux minutes chaque matin avant de l'utiliser pour faire une préparation, une boisson ou des aliments pour bébé. ♦ Ne pas donner de jouets en vinyle à un jeune enfant (il peut absorber des produits chimiques en les mâchant et en les suçant). ♦ Acheter du matériel d'art pour enfant (p. ex. des marqueurs et de la peinture) non toxique. ♦ Enlever les chaussures et les bottes utilisées à l'extérieur en entrant dans la maison (elles peuvent transporter des métaux, des pesticides et des déjections d'animaux). ♦ Utiliser des tables de pique-nique et de l'équipement de terrains de jeux faits de cèdre, de séquoia ou de métal et non de bois traité (qui peut contenir de l'arsenic). ♦ Ne pas amener un enfant dans un endroit où il y a de la peinture, de la colle, de nouveaux tapis et d'autres objets qui peuvent libérer des gaz chimiques. ♦ Ne pas utiliser de pesticides ni de produits chimiques puissants près d'un enfant. ♦ Garder l'enfant à l'intérieur les jours où la qualité de l'air est mauvaise.

Pour obtenir de l'information additionnelle, rendez-vous aux adresses suivantes :

www1.toronto.ca/wps/portal/contentonly?vnextoid=06a0ebfc2bb31410VgnVCM10000071d60f89RCRD (en anglais seulement)

www.meilleurdepart.org/resources/environ/pdf/BSMAppendixB.pdf

(Bridgman-Acker, 2009; Société canadienne de pédiatrie, 2004; Grenier et Leduc, 2008; Santé Canada, 2008; Hunt et Hauck, 2006; Nansel et coll., 2008; Parachute, non daté; Schnitzer, 2006; OMS, 2008)

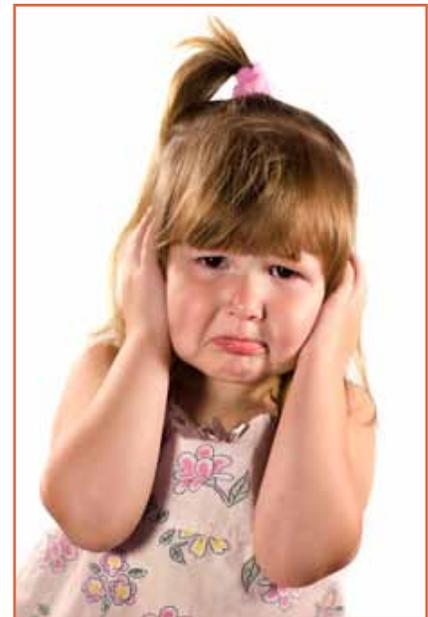
Section 5 Sécurité et bien-être

Maltraitance

Maltraitance des enfants

La maltraitance des enfants est un problème complexe et répandu qui touche des enfants un peu partout sur la planète. Elle provoque des dommages évidents selon la forme qu'elle peut prendre - abus et négligence, violence ou traitements coercitifs dans son entourage et blessures accidentelles (Schnitzer et Ewigman, 2008). Les dommages affectifs, psychologiques ou physiques graves qui en résultent peuvent avoir des répercussions négatives sur le cheminement de l'enfant plus tard dans la vie. Les cicatrices laissées par la maltraitance sont parfois permanentes.

Un adulte qui fait intentionnellement du mal à un enfant commet un abus. Malheureusement, plus de 80 % de tous les gestes abusifs sont commis par un parent et 7 % de ces gestes sont posés par un membre de la famille (Berk et Roberts, 2009). Même si la négligence est souvent considérée comme une forme d'abus, elle diffère des autres types d'abus. Dans un cas d'abus, il y a présence de gestes dommageables envers un enfant (p. ex. une blessure ou un viol). Dans un cas de négligence, il y a plutôt absence d'un ensemble de conditions qui devraient être présentes pour permettre à l'enfant de se développer sainement (English et coll., 2005).



Tous les cas d'abus sont inacceptables, mais bon nombre d'entre eux ne sont pas dénoncés. Le taux réel de maltraitance envers les enfants est donc beaucoup plus élevé que nous le croyons (Berk et Roberts, 2009; Lambie, 2005). On estime que 100 enfants meurent chaque année au Canada à la suite de maltraitance (Berk et Roberts, 2009). De plus, la plupart des formes de maltraitance sont interreliées. Un enfant qui subit une certaine forme de maltraitance va donc probablement en subir d'autres types (Berk et Roberts, 2009). On retrouve ainsi beaucoup d'indicateurs semblables dans les quatre principales catégories d'abus et de négligence. Les données ventilées selon le sexe montrent que les garçons et les filles subissent la même violence physique, mais que les filles subissent quatre fois plus d'agressions sexuelles que les garçons (Lambie, 2005). Étant donné que les jeunes enfants ont souvent de la difficulté à dénoncer un abus (Brilleslijper-Kater et coll., 2004), il est essentiel que les professionnels sachent reconnaître les signes de maltraitance d'enfants et qu'ils communiquent avec les services de protection de l'enfance de leur région s'ils soupçonnent un cas d'abus ou de négligence.

Définition de la négligence et de l'abus

Cunningham et Baker (2007) ont décrit les différents types d'abus, y compris ceux subis à la maison. Voici les indicateurs que nous allons utiliser dans la présente section pour définir la négligence et l'abus.

Section 5 Sécurité et bien-être

- ◆ **La négligence** est la forme de maltraitance la plus souvent dénoncée (Berk et Roberts, 2009). Elle est pourtant celle qui reçoit le moins d'attention (English et coll., 2005; Lewin et Herron, 2007). Elle est souvent divisée en sous-types :
 - Défaut de répondre aux besoins essentiels d'un enfant (p. ex. donner à manger, des vêtements, un abri, une éducation, des soins médicaux, une supervision ou assurer sa sécurité)
 - Abandon
 - Défaut de veiller au bien-être affectif de l'enfant
 - Défaut de suivi médical ou de faire une intervention recommandée
- ◆ **La violence psychologique** comprend les gestes qui peuvent causer des troubles de santé mentale ou de comportement graves, y compris l'isolement social, faire des demandes déraisonnables répétées, tourner en ridicule, humilier, intimider ou terroriser. On inclut souvent l'exposition à de la violence familiale dans une catégorie distincte (Trocmé et coll., 2003), bien qu'elle soit généralement considérée comme une forme de violence psychologique.
- ◆ **La violence physique** consiste à poser des gestes qui causent des blessures physiques, comme donner des coups de pieds ou de poings, mordre, secouer, battre, lancer par terre, étrangler, brûler ou poignarder.
- ◆ **L'agression sexuelle** prend les formes suivantes : caresser une partie intime, avoir un rapport sexuel, insérer un doigt ou un objet dans le vagin ou l'anus, avoir une conversation à caractère sexuel, faire de l'exhibitionnisme, exploiter à des fins commerciales (p. ex. prostitution, production de pornographie et autres formes d'exploitation sexuelle) et avoir des pratiques sexuelles contre nature (Berk et Roberts, 2009; Justice Canada, 2005; English et coll., 2005; Lambie, 2005; Trocmé et coll., 2005).

Répercussions de la maltraitance des enfants

Les répercussions à court et à long terme de la maltraitance d'enfants varient considérablement - le décès pendant l'enfance étant la plus grave. La maltraitance peut se répercuter sur toutes les sphères de développement d'un enfant. Voici une liste non exhaustive de ces répercussions.

- ◆ Incapacité permanente
- ◆ Dommages au cerveau
- ◆ Retards de développement

Section 5 Sécurité et bien-être

- ◆ Problèmes de comportement; agression; problèmes psychiatriques; symptômes de stress post-traumatique; risque accru de suicide
- ◆ Piètre rendement scolaire; troubles d'apprentissage; problèmes d'attention
- ◆ Difficulté à avoir des relations sociales
- ◆ Problèmes de santé au niveau du système reproducteur; infections transmissibles sexuellement, y compris VIH/sida
- ◆ Anxiété, dépression; faible estime de soi
- ◆ Colère, hostilité, méfiance généralisée à l'égard des adultes
- ◆ Retards de croissance
- ◆ Faible poids à la naissance
- ◆ Toxicomanie
- ◆ Grossesse à l'adolescence
- ◆ Revictimisation sexuelle
- ◆ Actes criminels, y compris un crime violent
- ◆ Absentéisme scolaire



(Cicchetti et Toth, 2006; Shonk et Cicchetti, 2001, Wolfe et coll., 2001, tel que cité dans Berk et Roberts, 2009; Dubowitz et coll., 2005; English et coll., 2005; Fusco et Fantuzzo, 2009; McGowan et coll., 2009; Prevent Child Abuse America, 2003; Sechrist, 2000, tel que cité dans Lambie, 2005)

Savoir la reconnaître

La maltraitance a non seulement des effets profonds et dévastateurs, mais elle provoque également un cycle de transmission générationnelle d'abus, de violence et de négligence. En prévenant la maltraitance, les professionnels interviennent de manière cruciale dans le cycle d'agression et de blessures. Pour cela, il est essentiel de connaître les facteurs de risque.

Facteurs de risque

Le tableau qui suit présente tout l'éventail de facteurs de risque pouvant contribuer à la maltraitance d'enfants, y compris les facteurs relatifs à la famille, la collectivité et la culture.

Section 5 Sécurité et bien-être

Facteurs de risque	
Parents et responsables de l'enfant	Problèmes psychologiques; déficience cognitive; problèmes de santé physique ou mentale; alcoolisme et autres toxicomanies; antécédents de maltraitance dans l'enfance; croire aux bienfaits d'une discipline sévère et physique; désir de satisfaire ses propres besoins non comblés à travers l'enfant; attentes déraisonnables envers le comportement de l'enfant; jeune âge (souvent moins de 30 ans); faible niveau de scolarité
Enfant	Prématuré ou très malade; tempérament difficile; inattention et hyperactivité; problèmes de développement
Famille	Faible revenu; pauvreté; itinérance; instabilité conjugale; isolement social ou manque de soutien social; violence familiale; déménagements fréquents; famille nombreuse avec grossesses rapprochées; surpeuplement du logement; ménage désorganisé; absence d'emploi stable; autres signes de stress élevé; activités criminelles
Collectivité	Taux élevé de violence et d'isolement social; peu de parcs, de lieux de garde, de programmes préscolaires ou de centres récréatifs, religieux ou culturels où trouver un soutien familial
Culture	Approbation de l'utilisation de la force physique et de la violence pour résoudre des problèmes

(Lambie, 2005; Trocmé et coll., 2005; Wekerle et Wolfe, 2003; Whipple, 2006, tel que cité dans Berk et Roberts, 2009)

- ◆ Les professionnels ont un rôle important à jouer dans l'arrêt du cycle de la maltraitance. Ils peuvent :
 - Veiller à ce que les enfants, les adolescents et les adultes reçoivent les traitements appropriés s'ils ont une maladie physique ou mentale
 - Repérer et aborder de façon précoce les troubles de développement
 - Encourager les personnes, les familles et les collectivités à développer de solides réseaux de soutien social
 - Veiller à ce que du matériel éducatif sur le parentage et la discipline positive soit accessible de façon universelle
 - Réclamer la mise en place de programmes d'alphabétisation conçus pour les adultes
 - Réclamer et appuyer des initiatives visant à réduire la pauvreté
 - Promouvoir les programmes de traitement et d'arrêt des toxicomanies
 - Promouvoir les programmes de soutien familial adapté à la culture et y recourir au besoin

Section 5 Sécurité et bien-être

Négligence

Indicateurs potentiels de négligence

INDICATEURS PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT

- ♦ Mauvaise hygiène; apparence négligée; évidence que l'enfant est sale et n'a pas été lavé; odeurs corporelles; caries; vêtements sales
- ♦ Problèmes physiques ou besoins médicaux négligés; manque de routine pour les soins médicaux ou dentaires
- ♦ Abandon temporaire (p. ex. laissé seul dans un siège d'auto)
- ♦ Manque flagrant de surveillance
- ♦ A toujours faim; estomac distendu
- ♦ Vêtements inadéquats, notamment pour la saison
- ♦ Érythème fessier chronique; plaies infectées ou problèmes de peau négligés
- ♦ Nourrisson ou jeune enfant qui affiche un schéma de croissance anormal; retards de croissance; membres maigres ou perte de poids; joues creuses; déshydratation; pâleur; léthargie; peu d'appétit; ne répond pas aux stimulations
- ♦ Retards de développement (p. ex. des aptitudes motrices, langagières ou sociales); ne franchit pas les étapes de développement au moment prévu pour son groupe d'âge; retard staturo-pondéral; maladresse

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT

- ♦ Peu d'aptitudes sociales et de relations avec ses pairs
- ♦ S'endort souvent en dehors des heures de siestes; semble régulièrement fatigué
- ♦ Absentéisme fréquent
- ♦ Quémante ou vole de la nourriture; fouille et accumule de la nourriture; « oublie » souvent un lunch
- ♦ Comportements autodestructeurs
- ♦ Comportements délinquants
- ♦ Problèmes d'attention
- ♦ Image négative de soi et des autres
- ♦ Pleure peu ou sans discernement
- ♦ Demande énormément d'attention ou montre beaucoup trop d'affection
- ♦ Anxiété, dépression
- ♦ Manque d'énergie
- ♦ Se tient en retrait; difficulté à interpréter les émotions des autres
- ♦ Manque de persistance, de persévérance et d'enthousiasme
- ♦ Manque d'attachement envers les personnes qui en sont responsables; attachement sans discernement envers d'autres adultes

Section 5 Sécurité et bien-être

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT

- ♦ A peu peur des étrangers
- ♦ Est très autonome pour son âge; a beaucoup de responsabilités à la maison; doit prendre soin d'autres enfants; assume un rôle parental
- ♦ Manque d'imagination lorsque vient le temps de jouer
- ♦ Montre de la négligence

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ADULTE QUI NÉGLIGE UN ENFANT OU INDICATEURS DANS L'ENVIRONNEMENT À LA MAISON

- ♦ Ne répond pas aux besoins essentiels de l'enfant (p. ex. nourrir, donner un toit, éduquer, vêtir)
- ♦ Ne veille pas à ce que l'enfant reçoive un traitement médical s'il se blesse ou est malade ou reçoive les soins de santé de base
- ♦ Utilise la punition de façon excessive
- ♦ Indique que l'enfant n'était pas désiré; indique que l'enfant n'est toujours pas désiré
- ♦ Parle souvent négativement de l'enfant; est très critique envers l'enfant
- ♦ A des attentes irréalistes envers l'enfant
- ♦ Se préoccupe d'abord de ses propres besoins
- ♦ Antécédents familiaux de négligence et de mauvais parentage
- ♦ Est submergé par ses problèmes et besoins personnels; indique avoir de la difficulté à prendre soin de l'enfant ou à le nourrir; indique que l'enfant lui demande beaucoup d'énergie
- ♦ A une vie chaotique et peu de routines régulières (p. ex. amène toujours l'enfant très tôt et vient le chercher très tard)
- ♦ Participe peu à la vie de l'enfant : semble indifférent par rapport aux activités quotidiennes de l'enfant; manque les rendez-vous de l'enfant; n'utilise pas les services offerts; ne réagit pas lorsqu'on fait part de préoccupations
- ♦ Ne s'occupe pas de l'enfant ou le rejette
- ♦ Consomme de l'alcool ou des drogues en présence de l'enfant ou pendant une grossesse
- ♦ Subit de la violence familiale
- ♦ A des problèmes de santé mentale graves
- ♦ Manque de réseaux de soutien
- ♦ N'assure pas la sécurité de l'enfant; environnement non sécuritaire; présence d'excréments d'humains ou d'animaux; peu de nourriture disponible
- ♦ N'assure pas une supervision adéquate : souvent, ne sait pas où est l'enfant ou ne s'en préoccupe pas; laisse l'enfant seul sans surveillance dans un endroit dangereux ou sous la responsabilité de personnes incapables à assurer sa sécurité.

(La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa, 2005; English et coll., 2005; Grenier et Leduc, 2008; Lambie, 2005; Lewin et Herron, 2007; Powell, 2003; Rimer et Prager, 1998; Scannapieco et Connell-Carrick, 2005; Stocker et Dehner, 2001; Trocmé et coll., 2005)

Section 5 Sécurité et bien-être

Violence psychologique

Indicateurs potentiels de violence psychologique

Bien qu'ils ne soient ni concluants ni exhaustifs, les indicateurs suivants devraient alerter les professionnels parce qu'il est possible qu'il s'agisse de violence psychologique. Il ne faut toutefois pas envisager ces facteurs hors de leur contexte ni les utiliser individuellement pour faire des généralisations non fondées. Il faut prêter une attention particulière à la durée, à la cohérence et à l'omniprésence de chaque indicateur. Si vous n'êtes pas certain qu'un comportement constitue un cas de violence psychologique, consultez un professionnel de la protection de l'enfance.

INDICATEURS PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT

- ♦ L'enfant ne se développe pas comme prévu; troubles de la parole; retard de développement physique ou affectif
- ♦ Se plaint souvent de nausées, de maux de tête ou de maux de ventre sans raison évidente
- ♦ Souffre d'asthme ou d'allergies graves
- ♦ Accuse un retard staturo-pondéral
- ♦ Mouille ou salit sa culotte sans explication médicale
- ♦ A un comportement immature ou trop mature
- ♦ A une apparence « inhabituelle » (p. ex. coupe de cheveux, vêtements et bijoux bizarres)
- ♦ Est habillé différemment des autres enfants de la famille

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT

- ♦ Est extrêmement passif ou demande très peu d'attention; reste toujours en retrait; anxiété; tristesse; trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité; stress
- ♦ Cherche énormément à obtenir l'attention d'autrui; demande énormément d'attention, agressivité, colère
- ♦ A une faible estime de soi; dépression grave; comportements autodestructeurs (p. ex. menaces ou tentatives de suicide, toxicomanie); comportements antisociaux ou destructeurs
- ♦ A des habitudes ou des comportements régressifs (p. ex. problèmes de propreté, sucer son pouce, se bercer, mordre, se frapper la tête)
- ♦ Souffre de troubles du sommeil
- ♦ Montre une docilité excessive; de trop bonnes manières; trop soigné et propre
- ♦ Est trop critique envers lui-même; hautes attentes envers lui-même qui provoquent sa frustration et des échecs ou l'évitement d'activités par peur de l'échec
- ♦ A des objectifs irréalistes afin d'obtenir l'approbation d'un adulte
- ♦ A peur de retourner à la maison ou de rester seul
- ♦ Manque de confiance en soi

Section 5 Sécurité et bien-être

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT

- ♦ Affiche un piètre rendement scolaire
- ♦ N'est pas toujours présent à l'école ou aux activités
- ♦ Démontre une inhibition extrême lors des jeux
- ♦ Fait des fugues
- ♦ A beaucoup de responsabilités d'adultes
- ♦ Affiche de piètres relations avec ses pairs; manque de liens affectifs avec les autres
- ♦ Montre une cruauté envers les animaux
- ♦ Avoue être victime de violence psychologique

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ADULTE QUI NÉGLIGE UN ENFANT

- ♦ Dégrade, critique, insulte, ridiculise, intimide, humilie ou déprécie constamment l'enfant; verbalise des sentiments négatifs envers l'enfant à l'enfant lui-même et à son entourage
- ♦ Compare l'enfant à une personne haïe
- ♦ Terrorise l'enfant (p. ex. menace l'enfant de lui faire du mal physiquement ou de le tuer, menace une personne ou une chose que l'enfant aime; force l'enfant à regarder une personne qu'il aime se faire blesser)
- ♦ Isole l'enfant; ne lui permet pas d'avoir des contacts avec les autres, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille (p. ex. enferme l'enfant sous clé dans un placard ou une pièce)
- ♦ Rejette constamment l'enfant ou ne s'en occupe pas; refuse d'aider l'enfant ou de reconnaître ses demandes, ses besoins ou ses intérêts
- ♦ Blâme l'enfant pour ses problèmes, ses difficultés et ses déceptions
- ♦ Affiche des comportements violents; crie constamment; profère des jurons
- ♦ Est inflexible et dur; démontre un comportement incohérent
- ♦ Traite l'enfant comme s'il était différent des autres enfants et de ses frères et sœurs ou le décrit comme tel (p. ex. ne lui donne pas de nourriture, de vêtements ou de soins de la même façon qu'aux autres enfants de la famille)
- ♦ Corrompt l'enfant en lui enseignant ou en renforçant des comportements criminels; est un modèle antisocial; exploite l'enfant pour son propre profit
- ♦ Ne donne pas d'affection physique ou verbale à l'enfant; ne lui donne pas d'amour, de soutien et de conseils
- ♦ Fait des demandes excessives à l'enfant; a des attentes irréalistes envers lui
- ♦ Expose l'enfant au sexe ou à la violence (p. ex à la télévision ou en DVD)
- ♦ Répète à l'enfant qu'il ne vaut rien, que ses besoins ne comptent pas et que personne ne l'aime
- ♦ Est toxicomane

(Case, 2007; La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa, 2005; Christensen, 1999; Lambie, 2005; McKibbin et Walton, 2008; Muscari, 2004; Palmatier, 1997; Powell, 2003; Reardon et Noblet, 2008; Rimer et Prager, 1998; Trocmé et coll., 2005)

Section 5 Sécurité et bien-être

Ces dernières années, le nombre de cas d'exposition à de la violence familiale a augmenté considérablement au Canada (Trocmé et coll., 2005). Bien que la violence familiale puisse avoir lieu pendant des explosions de colère et de violence, c'est, en définitive, une question de « contrôle et non de colère » (traduction libre) [Nies et McEwen, 2001, p. 604]. La violence familiale a un impact négatif sur le bien-être et le développement de l'enfant. Les enfants exposés à de la violence familiale souffrent de beaucoup plus de problèmes sociaux, affectifs et cognitifs que leurs pairs (Fusco et Fantuzzo, 2009). Des études montrent que « près de 75 % de tous les enfants exposés à de la violence familiale font également preuve de violence » (traduction libre) [Fusco et Fantuzzo, 2009, p. 254]. Les garçons exposés à de la violence contre leur mère sont plus susceptibles d'agresser leur partenaire à l'âge adulte. Les filles qui grandissent dans un tel milieu sont plus susceptibles d'accepter des relations abusives à l'âge adulte (Grenier et Leduc, 2008).



L'exposition à des comportements de maltraitance à la maison doit toujours être prise au sérieux. Les enfants peuvent être touchés de différentes façons, mais ceux qui vivent entourés de conflits et d'abus peuvent se sentir coupables, s'inquiètent des conséquences, essaient de trouver des solutions et essaient de se protéger et de protéger leurs frères et leurs sœurs ainsi que la personne qui s'occupe d'eux (Cunningham et Baker, 2007).

On retrouve souvent les mêmes types d'indicateurs physiques et comportementaux chez les enfants témoins de traitements abusifs et coercitifs à la maison et chez les enfants qui subissent de la violence psychologique (consultez la sous-section Indicateurs potentiels de violence psychologique qui se trouve dans les pages précédentes). De plus, les enfants peuvent être gravement blessés par accident pendant les explosions de violence à la maison, soit parce qu'ils essaient de protéger un membre de la famille, soit parce que la personne violente lance des objets. Des enfants présentent même des symptômes de stress post-traumatique après avoir été témoins de violence familiale (Fusco et Fantuzzo, 2009).

Les adultes pris dans le cercle de la violence familiale affichent également le même type de comportements que les adultes qui abusent psychologiquement d'un enfant (consultez la sous-section Indicateurs potentiels de violence psychologique qui se trouve dans les pages précédentes). Ils peuvent notamment ridiculiser, intimider, humilier, dégrader, insulter, critiquer verbalement ou blâmer l'enfant; être violents; faire des menaces; terroriser les membres de la famille; isoler des membres de la famille et être jaloux et possessifs (Jenkins et Davidson, 2001). Ils peuvent aussi contrôler les activités de leur partenaire (Reyes, Rudman et Hewitt, 2002). La pauvreté, la toxicomanie et la famille monoparentale dirigée par une femme sont des facteurs de risque élevé de vivre de la violence familiale (Fusco et Fantuzzo, 2009).

Section 5 Sécurité et bien-être



La victime de violence familiale est souvent la principale responsable de l'enfant - en général la mère. Et elle se sent souvent incapable de changer les comportements de son partenaire qui tente de la contrôler sur le plan affectif, physique et financier. Les professionnels peuvent aider les victimes en reconnaissant les gestes agressifs et en leur offrant la possibilité de les dénoncer et d'avoir recours à des services d'intervention. Les professionnels doivent donc surveiller tout un éventail d'indicateurs comportementaux que les victimes peuvent présenter, notamment les suivants :

- Blessures qui ne semblent pas accidentelles
 - Explications très vagues de la cause de la blessure ou qui n'ont aucun rapport avec la blessure
 - Embarras, honte, tentative de cacher les blessures
 - Être réservées, tranquilles ou effrayées en présence de l'agresseur
 - Être tendues, nerveuses, éviter le contact visuel et laisser son partenaire répondre aux questions
 - Se plaindre d'avoir les « nerfs fragiles » ou des troubles du sommeil ou de l'appétit
 - Référer au tempérament du partenaire; vouloir éviter les problèmes
 - Manquer des rendez-vous; ne pas prendre ses médicaments ou suivre les ordonnances établies
 - Antécédents de blessures à répétition
 - Aller souvent à l'urgence ou dans une clinique de santé mentale
 - Antécédents de dépression, d'anxiété ou de tentatives de suicide
 - Multiples blessures à différents stades de guérison
 - Peur ou nervosité apparentes; augmentation des réactions de sursaut
 - Être isolées et avoir peu d'argent, de ressources, d'amis, de famille et d'accès à l'emploi et aux modes de transport
 - Consommation d'alcool ou de drogues
- (Jenkins et Davidson, 2001; Reyes, Rudman et Hewitt, 2002)

Section 5 Sécurité et bien-être

Violence physique

Indicateurs potentiels de violence physique

Bien qu'ils ne soient ni concluants ni exhaustifs, les indicateurs suivants devraient alerter les professionnels parce qu'il est possible qu'il s'agisse de violence physique. Il ne faut toutefois pas envisager ces facteurs hors de leur contexte ni les utiliser individuellement pour faire des généralisations non fondées. Il faut prêter une attention particulière à la durée, à la cohérence et à l'omniprésence de chaque indicateur. Si vous n'êtes pas certain qu'un comportement constitue de la violence physique, consultez un professionnel de la protection de l'enfance.

INDICATEURS PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT

- ◆ Présence de plusieurs blessures à répétition; blessures non expliquées présentant divers stades de guérison
- ◆ Fractures, dislocations, fractures multiples en même temps ou sur une période de temps; douleur dans les membres, particulièrement lors de mouvements; sensibilité
- ◆ Visage déformé par de l'œdème, des plaies ou des ecchymoses
- ◆ Boiterie ou démarche anormale sans explication raisonnable (p. ex. amplitude de mouvement d'un membre limitée)
- ◆ Fracture de côtes : respiration difficile; difficulté à lever les bras
- ◆ Signes de blessures possibles à la tête (y compris de fracture du crâne) : œdème et douleur; nausées ou vomissements; poignées de cheveux arrachées; irritabilité; léthargie; crises d'épilepsie; boiterie; difficulté à respirer; pleurs incessants; étourdissements; pupilles de tailles différentes; plaies qui saignent sur le cuir chevelu ou saignement de nez
- ◆ Les fractures chez les bébés de moins de 12 mois sont causées par un abus dans 40 à 56 % des cas
- ◆ Blessures au visage chez les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire
- ◆ Coupures, égratignures et marques de coups qui ne peuvent pas être faites en jouant habituellement (p. ex. ecchymoses sur les joues, le cou, le dos des mains ou les cuisses); blessures qui ne cadrent pas avec l'âge et l'étape de développement de l'enfant
- ◆ Fréquentes visites à l'hôpital

Section 5 Sécurité et bien-être

INDICATEURS PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT

- ♦ Blessures inexplicables à des endroits suspects (p. ex. sur le ventre, les fesses, les oreilles, le derrière de la tête, le haut du dos ou la région du pubis); les ecchymoses sur les bébés de moins de 9 mois sont considérées comme suspectes
- ♦ Ecchymoses dans la même région, marques de coups ou ecchymoses présentant une forme particulière (p. ex. ceinture, cuillère en bois, main ou doigts)
- ♦ Brûlures de cigarette; brûlures présentant une forme particulière (p. ex. fer à repasser ou brûleur électrique); brûlures indiquant qu'on a utilisé quelque chose pour restreindre l'enfant (p. ex. brûlures par une corde sur les poignets, les chevilles ou le cou); brûlures par liquide bouillant
- ♦ Marques de morsures humaines
- ♦ Marques de mutilation récente des parties génitales féminines (p. ex. difficulté à uriner, infections chroniques, se dandiner)
- ♦ Blessures internes
- ♦ Dent cassée ou manquante au milieu de la bouche

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT

- ♦ Les explications ne concordent pas avec la blessure; refuse ou a peur de parler de la blessure; nie la blessure; ne peut pas se rappeler comment il s'est blessé ou décrire la blessure
- ♦ Perturbateur; destructeur; nerveux ou hyperactif; violent envers les autres
- ♦ Dépression ou anxiété
- ♦ Affiche des comportements extrêmes : extrêmement agressif ou passif, malheureux ou en retrait; extrêmement docile ou disposé à plaire ou extrêmement indocile
- ♦ Essaie de se blesser (p. ex. automutilation)
- ♦ Affiche peu ou pas d'émotions lorsqu'il se blesse
- ♦ Prudence ou crainte envers les adultes en général ou plus particulièrement envers un sexe ou une personne
- ♦ Ne veut pas être touché; peut reculer ou sursauter si une personne le touche
- ♦ Survigilance, expression figée de guet ou regard vague
- ♦ Problèmes de rendement scolaire ou de comportement
- ♦ Peur de rentrer à la maison; fugues
- ♦ Absences fréquentes sans justification ou présente des blessures en voie de guérison à son retour
- ♦ Essaie de prendre soin de la personne qui en est responsable
- ♦ Est vêtu de façon inappropriée pour cacher des blessures
- ♦ Piètres relations avec ses pairs
- ♦ Retards de développement, plus particulièrement des aptitudes langagières et motrices

Section 5 Sécurité et bien-être

COMPORTEMENTS OBSERVÉS CHEZ L'AGRESSEUR

- ♦ Explications des blessures incohérentes
- ♦ Tarde à faire soigner les blessures ou les maladies de l'enfant par un professionnel
- ♦ Donne des punitions dures, impulsives ou inhabituelles
- ♦ Manque de maîtrise de soi et peu de tolérance aux frustrations; peut entrer dans un état de colère extrême; impatience
- ♦ Isolement social; reçoit peu de soutien ou d'assistance aux parents
- ♦ Peu de connaissances sur le développement de l'enfant ou attentes irréalistes envers l'enfant
- ♦ Avoue avoir de la difficulté à prendre l'enfant en charge ou fait des remarques désobligeantes; trouve que l'enfant est différent, mauvais ou la cause de difficultés
- ♦ Montre peu ou pas de véritable affection, physiquement ou psychologiquement, envers l'enfant
- ♦ Trouve que l'enfant est maladroit
- ♦ Ne s'inquiète pas de l'enfant et de ses blessures ou y est indifférent ou hostile

(La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa, 2005; Grenier et Leduc, 2008; Lambie, 2005; Powell, 2003; Rimer et Prager, 1998; Trocmé et coll., 2005; Ziegler, Sammut et Piper, 2005)

Le syndrome du bébé secoué, appelé maintenant traumatisme crânien résultant d'actes de violence, constitue une autre forme de violence corporelle. Ces expressions désignent un vaste éventail de blessures par :

- Le fait d'être secoué
- Un impact brusque
- La combinaison d'un impact brusque et d'être secoué (Christian et Block, 2009).

Le syndrome du bébé secoué peut survenir lorsqu'on secoue violemment un nourrisson ou un jeune enfant (Reynolds, 2008). On parle plutôt de traumatisme crânien lorsqu'on secoue un enfant ou qu'on le frappe violemment avec la main ou un objet ou, encore, qu'on frappe sa tête contre une surface dure. Ce sont souvent les pleurs continus d'un nourrisson qui amènent un adulte à le secouer. Comme sa tête est large et que les muscles de son cou sont très faibles, le secouer violemment, même seulement cinq secondes, peut causer des blessures. Il est toutefois difficile de diagnostiquer un traumatisme crânien parce qu'il y a peu de signes externes (Mraz, 2009). Il survient le plus fréquemment chez des nourrissons de moins de six mois, mais des cas ont été signalés chez des enfants ayant jusqu'à cinq ans (Reynolds, 2008; Smith, 2003). Malheureusement, environ un tiers des enfants victimes de traumatisme crânien résultant d'actes de violence décèdent (OMS, 2002). Moins d'un

Section 5 Sécurité et bien-être

tiers des enfants qui y survivent se développent normalement (Reynolds, 2008). Un tel traumatisme peut avoir diverses conséquences, notamment les suivantes :

- Déficit visuel permanent
- Crises d'épilepsie
- Dommages permanents au cerveau
- Retards de développement
- Troubles d'apprentissage
- Dysfonction motrice grave
- Paralysie
- Épilepsie

Les hommes commettent ce type de maltraitance deux fois plus souvent que les femmes (Reynolds, 2008). Comme pour toute forme d'abus présumé contre les enfants, il peut être justifié de poser plus de questions et de consulter un organisme de protection de l'enfance.

Le tableau suivant présente une liste d'indicateurs de traumatisme crânien résultant d'actes de violence. Si on remarque plusieurs de ces indicateurs chez un enfant, il importe de consulter immédiatement un service de soins de santé primaires ou un médecin de l'urgence.

Indicateurs de traumatisme crânien résultant d'une maltraitance (syndrome du bébé secoué)

- | | |
|---|---|
| ♦ Faible alimentation | ♦ Incapacité de fixer son regard ou de suivre des objets avec les yeux |
| ♦ Vomissements | ♦ Lésion du squelette - on retrouve souvent des fractures anciennes et récentes concomitantes |
| ♦ Léthargie ou irritabilité | ♦ Hémorragie intracrânienne massive - plus courante cause de décès chez les enfants secoués |
| ♦ Hypothermie | ♦ Bombement de la fontanelle (espace mou) |
| ♦ Retard staturo-pondéral | ♦ Coma |
| ♦ Sommeil accru ou difficulté à rester éveillé | ♦ Bradycardie (ralentissement du rythme cardiaque) |
| ♦ Incapacité de soulever la tête | ♦ Défaillance cardiovasculaire grave |
| ♦ Incapacité de téter, d'avalier, de sourire ou de babiller | ♦ Ecchymoses en forme de main sur le tronc ou les extrémités de l'enfant |
| ♦ Crises d'épilepsie | |
| ♦ Difficulté à respirer | |
| ♦ Hémorragie rétinienne - survient dans 50 à 100 % des cas | |
| ♦ Yeux globuleux | |
| ♦ Peau bleue | |
| ♦ Légère anémie | |

(Reynolds, 2008; Smith, 2003)

Section 5 Sécurité et bien-être

Agression sexuelle

Le comportement sexuel de l'enfant au fil des étapes du développement

Pour déterminer avec certitude si un enfant est agressé sexuellement, il est utile de bien comprendre les comportements sexuels qu'il peut adopter au cours de son développement normal. Étonnamment, il y a peu de recherches sur le développement sexuel normal de l'enfant (Schoentjes, Deboutte et Friedrich, 1999). Et le peu de recherches disponibles datent de plusieurs années (Volbert, 2001). Décrire le développement sexuel normal n'est pas une chose facile, car un certain nombre de facteurs entrent en jeu, dont les suivants :

- ◆ L'âge de l'enfant
- ◆ Le niveau d'éducation de la mère
- ◆ L'attitude de la famille par rapport à la nudité
- ◆ L'attitude de la famille par rapport à la sexualité (Schoentjes, Deboutte et Friedrich, 1999)
- ◆ La culture (Volbert, 2001)

Le tableau suivant montre les comportements sexuels appropriés au stade de développement qui ont été observés chez de jeunes enfants.

Comportements sexuels appropriés au stade de développement des enfants de moins de six ans

- | | |
|--|---|
| ◆ Poser des questions sur la sexualité | ◆ Être curieux de savoir comment naissent les enfants |
| ◆ Jouer au médecin | ◆ S'asseoir avec les parties génitales ou les sous-vêtements exposés |
| ◆ Toucher les seins de sa mère | ◆ Se déshabiller en public |
| ◆ Aimer être nu | ◆ Embrasser des adultes qui ne font pas partie de la famille |
| ◆ Aimer marcher en sous-vêtements | ◆ Embrasser des enfants qui ne font pas partie de la famille |
| ◆ Avoir une érection | ◆ Montrer volontairement ses parties génitales à des pairs (en général jusqu'à l'âge de 4 ans) |
| ◆ Toucher ses parties génitales; se masturber | ◆ Être fasciné par ses excréments; montrer de la curiosité pour ce qui se passe dans une salle de bains |
| ◆ Connaître les différences entre les parties génitales des hommes et des femmes | ◆ À partir de 4 ans, montrer un besoin accru d'intimité, en particulier dans la salle de bains |
| ◆ Connaître le nom des composantes des parties génitales; utiliser souvent des termes non techniques pour les décrire | |
| ◆ Se gratter les parties génitales | |
| ◆ Regarder des gens qui sont nus | |
| ◆ Recevoir et donner des câlins | |
| ◆ Les enfants de 2 à 7 ans n'associent généralement pas les organes sexuels à la sexualité, mais plutôt à la grossesse et à la naissance | |

(Brilleslijper-Keter, Friedrich et Corwin, 2004; Brittain, 2005; Schoentjes, Deboutte et Friedrich, 1999; Stoudemire, 1998; Volbert, 2001)

Section 5 Sécurité et bien-être

Bien qu'ils ne soient ni concluants ni exhaustifs, les indicateurs suivants devraient alerter les professionnels parce qu'il est possible qu'il s'agisse d'une agression sexuelle. Il ne faut toutefois pas envisager ces facteurs hors de leur contexte ni les utiliser individuellement pour faire des généralisations non fondées. Il faut prêter une attention particulière à la durée, à la cohérence et à l'omniprésence de chaque indicateur. Si vous n'êtes pas certain qu'un comportement corresponde à une agression sexuelle, consultez un professionnel de la protection de l'enfance.

INDICATEURS PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT

- ♦ Démangeaisons inhabituelles ou excessives ou douleurs dans la gorge ou les parties génitale et anale
- ♦ Pertes vaginales; odeur provenant des parties génitales
- ♦ Sous-vêtements déchirés ou tachés par du sang ou autre chose, p. ex. du sperme
- ♦ Douleur lors de la miction ou de l'élimination; douleur au moment de s'asseoir, de marcher ou d'avaler
- ♦ Sang dans l'urine ou les selles
- ♦ Blessures sur les seins ou les parties génitale ou anale : rougeurs, ecchymoses, lacérations, déchirures, œdème, saignements, infections
- ♦ Mauvaise hygiène personnelle ou se laver excessivement
- ♦ Douleur au ventre
- ♦ Constipation
- ♦ Infections transmissibles sexuellement
- ♦ Infections urinaires ou vaginites fréquentes
- ♦ Objets étrangers dans le vagin ou le rectum

(Berk et Roberts, 2009; Brilleslijper-Kater et coll., 2004; Brittain, 2005; Brown, Brack et Mullis, 2008; La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa, 2005; Justice Canada, 2005; Felman et Nikitas, 1995; Glick, 2006)

Section 5 Sécurité et bien-être

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX CHEZ L'ENFANT

- ♦ Affiche trop de comportements ou de connaissances de nature sexuelle pour son âge et son étape de développement
- ♦ Comprend en détail les comportements sexuels; fait des dessins ou des descriptions inappropriées pour son âge
- ♦ Comportements de nature sexuelle inappropriés pour son âge avec les poupées, les jouets, sa propre personne, les animaux ou d'autres personnes; comportements provocateurs envers des adultes; comportements intrusifs de nature sexuelle envers des enfants de son âge; essaie d'agresser sexuellement de jeunes enfants; tient des propos à caractère sexuel de façon compulsive; masturbation excessive
- ♦ Comportements de jeux atypiques (p. ex. reproduction répétitive du traumatisme, joue de façon agressive, jeux à caractère sexuel)
- ♦ Demande souvent d'aller à la salle de bains; plaintes de malaises physiques répétées sans manifestation physique
- ♦ Cauchemars, terreurs nocturnes et troubles du sommeil
- ♦ Perte d'appétit; soudain changement de poids (perte ou gain)
- ♦ Se colle ou demande beaucoup d'affection ou d'attention; a peur d'être abandonné si la personne qui en prend soin s'absente momentanément
- ♦ Réticence, peur ou refus d'aller vers un parent, un membre de la famille ou un ami sans raison apparente; se méfie des autres; craintes excessives
- ♦ Hyperactivité ou anxiété; semble préoccupé; s'inquiète excessivement de ses frères et sœurs; pleurs excessifs
- ♦ Piètre estime de soi; dépression; comportement de retrait; fort sentiment de honte ou de culpabilité
- ♦ Soudains changements de comportements ou de développement (p. ex. un enfant extraverti se tient en retrait)
- ♦ Comportements régressifs (p. ex. recommence à mouiller son lit ou à sucer son pouce, perte de la parole)
- ♦ Ne se laisse pas déshabiller ou montre de l'appréhension ou de la peur lorsqu'on le déshabille
- ♦ A peur d'aller à la maison; fugues
- ♦ Mauvaises relations avec ses pairs; isolement social
- ♦ Comportements agressifs; automutilation
- ♦ Retards de développement
- ♦ Met sa bouche sur les parties sexuelles d'autres enfants ou d'adultes; met la langue dans la bouche de la personne qu'il embrasse
- ♦ Met des objets dans le vagin ou l'anus
- ♦ Joue ou s'enduit d'excréments répétitivement; urine volontairement dans des endroits inappropriés (p. ex. sur des meubles)
- ♦ Touche aux parties génitales des animaux
- ♦ Avoue être victime d'agression sexuelle

Section 5 Sécurité et bien-être

COMPORTEMENTS OBSERVÉS CHEZ L'AGRESSEUR

- ♦ Relation inappropriée, sexualisée ou de nature conjugale avec l'enfant
- ♦ Indique que l'enfant a des comportements sexuels ou provocateurs
- ♦ A des contacts physiques ou une affection envers l'enfant qui semble de nature sexuelle
- ♦ Permet à l'enfant d'avoir des comportements sexuels ou l'encourage à le faire
- ♦ Est souvent seul avec l'enfant et est isolé sur le plan social
- ♦ Est jaloux des relations de l'enfant avec des pairs ou d'autres adultes
- ♦ Décourage ou ne permet pas à l'enfant d'avoir des contacts non supervisés avec des pairs
- ♦ Utilise des substances pour réduire les inhibitions envers des comportements sexuellement abusifs
- ♦ Dépendance à des drogues, à l'alcool ou à d'autres substances
- ♦ Traite un enfant différemment des autres enfants de la famille
- ♦ Est exceptionnellement surprotecteur ou trop investi dans la vie de l'enfant (p. ex. se colle sur l'enfant pour obtenir du réconfort)
- ♦ L'agresseur est habituellement un homme qui connaît l'enfant (p. ex. le père, le beau-père ou le conjoint)
- ♦ L'agresseur peut utiliser Internet ou un téléphone cellulaire pour montrer de la pornographie à l'enfant

(Lambie, 2005; Paradise, 2002; Powell, 2003; Reece, 2000; Rimer et Prager, 1998; Scannapieco et Connell-Carrick, 2005; Schoentjes, Deboutte et Friedrich, 1999; Trocmé et coll., 2005; MSO, 2002)

Signaler et soutenir

Signaler un cas de maltraitance

Les professionnels qui travaillent directement auprès des jeunes enfants et de leur famille peuvent soupçonner qu'un enfant est victime d'abus ou de négligence dans certaines situations. Aux termes de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille (1990), les professionnels qui travaillent auprès d'enfants et ont des motifs raisonnables de soupçonner qu'on a fait ou pourrait faire du mal à un enfant doivent faire part de leurs soupçons immédiatement à un organisme de protection de l'enfance. Selon la Convention des droits de l'enfant (1989) des Nations Unies, un enfant est un être humain de moins de 18 ans.

Pour favoriser le bien-être des enfants, les professionnels qui soupçonnent un cas de maltraitance ont l'obligation légale et éthique de consulter un service d'aide à l'enfance ou de signaler le cas. Les soupçons peuvent entre autres provenir d'indicateurs de négligence, d'agression sexuelle ou de violence physique ou psychologique, y compris l'exposition

Section 5 Sécurité et bien-être

à de la violence familiale (MCYS, 2005). Si les signes d'abus ne sont pas explicites ou si certaines pratiques culturelles enfreignent les lois canadiennes (p. ex. la mutilation des parties génitales des filles), il est recommandé de consulter un organisme de protection de l'enfance. Ce type d'organisme offre des services d'urgence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

L'obligation de signaler tout cas de maltraitance est également un élément important à considérer pour les professionnels. Même si le cas a déjà été signalé à un organisme de protection de l'enfance, il faut faire un nouveau signalement si d'autres motifs raisonnables alimentent nos soupçons.

Signalez la maltraitance et la négligence : c'est votre devoir!

Soutenir l'enfant victime ou potentiellement victime de maltraitance

Les professionnels peuvent soutenir un enfant maltraité de différentes façons. En surveillant étroitement ses progrès, sa santé et son bien-être dans l'ensemble, ils peuvent souvent repérer des changements inhabituels dans les comportements ou le développement de l'enfant. Un programme de visites à domicile comme Bébés en santé, enfants en santé peut aussi faire ce type de surveillance, notamment pour des familles à risque qui ont des enfants de six ans ou moins. Si un doute important existe, les professionnels peuvent également aider à diriger l'enfant vers les services appropriés.

Si l'enfant a déjà souffert des effets dévastateurs de la maltraitance, il pourra avoir besoin de thérapie par le jeu ou d'un service de garde thérapeutique (OMS, 2002). Rimer et Prager (1998) font remarquer que l'enfant maltraité a besoin d'un environnement stable, favorable et réconfortant et d'adultes qui ne sont pas imprévisibles. Pour favoriser le processus de guérison, ils suggèrent également de l'aider à acquérir :

- ◆ Une image de soi positive et un amour-propre
- ◆ De la confiance
- ◆ La capacité d'identifier et d'exprimer des émotions
- ◆ Des aptitudes pour la communication
- ◆ Des aptitudes pour repérer et régler des problèmes
- ◆ Des aptitudes pour la résolution de conflits
- ◆ La capacité de combler ses retards de développement

Soutenir l'adulte qui maltraite ou pourrait maltraiter un enfant

Il est important que tous les professionnels qui travaillent auprès d'enfants et de leur famille suivent au moins une formation pour les aider à repérer les signes de maltraitance. Cette formation devrait également leur fournir des outils pour renseigner efficacement les gens sur la prévention de la maltraitance (Brown, Brack et Mullis, 2008). Il existe aussi un certain nombre de programmes et de services de soutien pour les éducateurs ou les adultes qui maltraitent ou pourraient maltraiter un enfant. Voici quelques-unes des options possibles :

Section 5 Sécurité et bien-être

- ◆ Thérapie à long terme
- ◆ Groupe ou réseau de soutien parental (p. ex. Parents Anonymes)
- ◆ Programmes d'éducation parentale - souvent offerts dans des centres; ils peuvent améliorer les aptitudes parentales, aider à comprendre le développement de l'enfant et proposer des stratégies de discipline positives
- ◆ Programmes de soutien pour les nouveaux parents (incluant des renseignements sur les soins prénataux, les stratégies efficaces pour la discipline, les besoins de l'enfant en matière de développement, des techniques de gestion du stress)
- ◆ Programmes de visites à domicile - des éducateurs se rendent à la maison pour offrir du soutien, donner des renseignements et orienter les gens vers les services communautaires appropriés pour prévenir la maltraitance
- ◆ Programmes thérapeutiques de jour pour les adultes maltraités dans leur enfance
- ◆ Programmes de formation sur la prévention des abus (p. ex. des agressions sexuelles)
- ◆ Programmes sociaux pour soutenir les familles
- ◆ Formation sur la planification financière et les qualifications professionnelles
- ◆ Campagnes médiatiques pour sensibiliser les personnes responsables d'enfants
- ◆ Interventions comportant de nombreux volets (p. ex. soins à l'enfant, formation sur le parentage, soutien familial)

(Berk et Roberts, 2009; Lambie, 2005; Mikton et Butchart, 2009; OMS, 2002)

Section 6 Foire aux questions

Soutenir le développement de tous les enfants

Voici des réponses aux questions souvent posées par des professionnels, ainsi que des ressources supplémentaires pour les professionnels et les parents. Il ne faut pas sous-estimer la grande influence des parents et du cadre familial sur l'enfant sous notre responsabilité. Pour améliorer la courbe de développement d'un enfant, nous devons mobiliser les parents et les appuyer. La Section 6 contient des outils et des ressources pour vous aider à soutenir les parents ce qui, tout compte fait, bénéficie à l'enfant lui-même.

Favoriser l'autorégulation



Pourquoi l'autorégulation est-elle si importante?

L'autorégulation est un processus appris qui se manifeste dans toutes les sphères du développement. Lorsqu'il est question d'autorégulation, nous avons tendance à penser à la régulation émotionnelle ou cognitive. Mais en voici un autre exemple :

- ◆ Un enfant apprend à contrôler sa vessie et à décider quand il a besoin d'aller aux toilettes au fur et à mesure qu'il se développe. Et bien que la maturité physique soit le principal facteur qui lui permette d'acquérir cette capacité, les aptitudes sociales, affectives, cognitives et langagières jouent également un rôle pour l'aider à reconnaître son besoin et à demander à aller aux toilettes, même dans un environnement inconnu.
- ◆ Blair et Diamond (2008) décrivent bien l'autorégulation dans un article : « c'est d'abord et avant tout une fonction située dans le cortex préfrontal du cerveau - là où les fonctions exécutives (p. ex. la prise de décisions ou la résolution de problèmes) sont prises » (traduction libre). L'autorégulation possède plusieurs fonctions :
 - Contrôle des inhibitions
 - Mémoire à court terme
 - Souplesse mentale
- ◆ Le contrôle inhibiteur est la capacité de résister à des tentations ou à des habitudes, de supprimer des émotions perturbatrices et de contrôler les distractions. L'enfant peut ainsi prêter attention, contrôler des comportements et avoir des émotions positives et des aptitudes cognitives comme la motivation, la curiosité et l'intérêt de s'épanouir.
- ◆ La mémoire de travail permet à l'enfant de garder des renseignements présents à l'esprit pendant qu'il fait une chose qui nécessite ces renseignements. Cette aptitude ressort clairement pendant les jeux de rôles, c'est-à-dire lorsque l'enfant doit jouer un personnage et réagir aux changements dans le scénario.

Section 6 Foire aux questions

- ◆ La souplesse cognitive est la capacité de s'adapter aux changements.
- ◆ Il est prouvé qu'il est essentiel d'acquérir ces aptitudes pour apprendre et réussir à l'école. Un enfant ne réussit pas à l'école seulement en mémorisant le contenu des programmes. Il doit aussi :
 - Faire preuve de persévérance.
 - Être capable de se concentrer et de maintenir son attention.
 - Être capable de garder des renseignements présents à l'esprit et de relier une idée à une autre.
 - Être motivé à apprendre et à explorer.
 - Avoir une bonne estime de soi.



L'enfant qui démontre une bonne autorégulation est davantage félicité, aime plus l'école et déploie plus d'efforts pour réaliser ses travaux scolaires. L'enfant qui a une moins bonne autorégulation a plus de difficulté à se concentrer à l'école et à répondre aux demandes et aux attentes, moins de plaisir à l'école et déploie moins d'efforts pour réaliser ses travaux scolaires. Au fil du temps, les enseignants s'attendent à ce qu'il se contrôle toujours moins que les autres et ait de piètres habitudes de travail. L'enfant finit par se considérer comme un mauvais étudiant, a une image négative de lui-même et moins de confiance en soi et

d'estime de soi. Un tel enfant peut afficher des petites différences en matière de maturité pour l'apprentissage dans la petite enfance, mais s'il est pris dans une boucle de rétroaction positive ou négative, l'écart s'élargit et on peut s'attendre à ce qu'il s'éloigne de la bonne voie un peu plus chaque année (Blair et Diamond, 2008; Thompson, 2009).

Q

Comment puis-je aider les familles à favoriser l'autorégulation?

Un enfant se développe d'abord et avant tout grâce aux échanges mutuels avec un adulte en qui il a confiance. Habituellement, les parents jettent les bases qui lui permettent d'apprendre à s'autoréguler en lui procurant un environnement chaleureux, valorisant et propice à l'établissement de liens de confiance. Les parents et, plus tard, les éducateurs, servent de modèles à ce chapitre. Ils peuvent discuter de cette aptitude et fournir à l'enfant des occasions de la mettre en pratique. Les facteurs de stress comme la pauvreté, une piètre santé mentale ou physique ou la maltraitance perturbent la relation entre l'enfant et les parents, et ont des effets négatifs sur la capacité de l'enfant à apprendre à s'autoréguler.

Section 6 Foire aux questions

- ◆ Pour favoriser l'autorégulation d'un enfant, les professionnels peuvent :
 - Faciliter l'accès aux programmes et aux services qui appuient les parents et les personnes responsables des enfants aux prises avec de la pauvreté, une maladie physique ou mentale, un divorce, une séparation ou un abus.
 - Promouvoir des programmes, des ressources ou des stratégies sur le parentage qui sont fondés sur des données probantes (p. ex. Watch, Wait and Wonder à l'adresse www.watchwaitandwonder.com - en anglais seulement) et qui visent à promouvoir l'attachement, les échanges parents-enfants et le développement sain des enfants dans leur collectivité.
 - Encourager les programmes préscolaires qui préconisent l'apprentissage par des jeux amusants et adaptés à l'âge des enfants.
 - Promouvoir l'utilisation de ressources et de stratégies (p. ex. Tools of the Mind à l'adresse www.toolsofthemind.org - en anglais seulement) qui visent à favoriser l'acquisition de l'autorégulation dans le cadre des programmes préscolaires et de maternelles.
 - Répondre rapidement aux préoccupations et aux observations des parents qui permettent de croire que l'enfant tarde à apprendre à s'autoréguler à mesure qu'il grandit.

Sensibilité aux autres cultures

Q

Comment puis-je mieux comprendre l'enfant?

Les nouveaux arrivants au Canada peuvent vivre un stress énorme et se sentir isolés lorsqu'ils essaient de s'adapter à une nouvelle culture, à une nouvelle langue et à un nouveau milieu. La National Association for the Education of Young Children recommande que les professionnels s'efforcent de « reconnaître le sentiment de solitude, de peur et d'abandon qu'un enfant peut ressentir lorsqu'il est placé dans des cadres qui l'isolent de la collectivité et de la langue dans lesquelles il a grandi » (traduction libre) (1995, p. 2). Des problèmes comme le chômage, le sous-emploi, la barrière de la langue ou le manque de réseaux de soutien social peuvent façonner la réalité des familles nouvellement arrivées.



Section 6 Foire aux questions

- ◆ En premier lieu, pour être plus sensible aux autres cultures, il faut être capable de prendre du recul et d'examiner ses propres valeurs, croyances et perceptions culturelles (Quappe et Cantatore, 2005). Il faut également :
 - Valoriser et reconnaître l'importance de sa propre culture.
 - Valoriser la diversité.
 - Vouloir apprendre les traditions et les caractéristiques des autres cultures (Stafford et coll., tel que cité dans Mavropoulos, 2008).

Voici quelques stratégies qui vous aideront à mieux comprendre la famille et l'enfant, en plus de soutenir les efforts que vous déployez pour favoriser le développement de l'enfant.

- ◆ Établissez des liens solides avec la famille dès le début pour qu'un bon niveau de confiance puisse s'installer entre vous.
- ◆ Invitez tous les membres d'une famille élargie à participer à la vie scolaire de l'enfant, y compris les grands-parents, les oncles, les tantes, etc.
- ◆ Respectez toujours la culture de la famille. Le personnel des garderies ou des maternelles peut afficher des photos ou des objets qui représentent différentes cultures. Les familles d'autres cultures se sentiront ainsi mieux accueillies.
- ◆ Ayez recours à un interprète ou à un employé multilingue lors des réunions ou des conférences avec la famille. Si c'est possible, faites traduire les ressources importantes dans la langue de la famille.
- ◆ Apprenez quelques mots de la langue parlée par la famille pour établir plus facilement des liens avec elle. Si vous travaillez dans un centre de la petite enfance ou une maternelle, enseignez aux enfants de la classe quelques mots dans la langue de la famille.
- ◆ Si c'est possible, demandez aux parents d'expliquer les pratiques culturelles qui pourraient être mal comprises.
- ◆ Respectez les différences dans les relations interpersonnelles et le langage corporel (p. ex. dans certaines cultures, il est impoli de regarder quelqu'un dans les yeux).
- ◆ Si c'est possible, réclamez des séances d'information sur la sensibilité aux autres cultures pour vos collègues.

Section 6 Foire aux questions

Q

Comment devrais-je m’y prendre pour discuter de préoccupations de nature culturelle avec la famille?

Le rôle parental, l’alimentation, les habitudes de sommeil et les attitudes par rapport à l’éducation, au jeu ou au travail peuvent différer des normes acceptées au Canada ou de vos propres croyances. Certaines pratiques culturelles peuvent même parfois enfreindre les lois canadiennes (p. ex. la mutilation des parties génitales des filles) et peuvent, à ce titre, vous obliger à consulter directement un service de protection de l’enfance (voir la Section 5 sur la maltraitance). Bon nombre de pratiques sont toutefois tout à fait inoffensives et peuvent en fait être salutaires pour l’enfant.

Voici quelques stratégies pour vous aider à aborder les pratiques culturelles

- ♦ Posez des questions qui ne véhiculent aucun jugement pour essayer de mieux comprendre la pratique culturelle dans son contexte.
- ♦ Examinez vos propres croyances et pratiques et demandez-vous si la pratique en question les contredit.
- ♦ Posez-vous les questions suivantes :
 - Est-ce que la pratique respecte ou contredit les données probantes actuelles?
 - Est-ce que la pratique favorise le bien-être de l’enfant?
 - Est-ce que la pratique met l’enfant à risque?
 - Pouvez-vous donner des renseignements fondés sur des données probantes à la famille pour soutenir votre point de vue?
- ♦ Appuyez toujours les pratiques culturelles qui ne mettent pas l’enfant à risque et faites la promotion des pratiques fondées sur des données probantes sans porter de jugement.

Observation, dépistage et évaluation

Q

De quelle façon puis-je en savoir plus sur le développement d’un enfant?

De tous les outils disponibles pour en apprendre plus sur un enfant, l’observation est l’outil le plus efficace sur le plan développemental lorsqu’il s’agit d’un jeune enfant. Les professionnels peuvent observer l’enfant pendant de courtes périodes de temps seulement, ce qui permet d’obtenir une quantité limitée de renseignements. Les renseignements donnés par les personnes qui en sont responsables peuvent donc vous permettre de dresser un tableau beaucoup plus complet. Observer l’enfant pendant qu’il joue au fil du temps peut également se révéler très utile. C’est l’approche la plus souvent utilisée par le personnel des centres de la petite enfance, des garderies et des maternelles.

Section 6 Foire aux questions

Avantages de l'observation de l'enfant pendant le jeu

- ◆ On peut évaluer toutes les sphères de développement de l'enfant pendant le jeu, car il donne un aperçu unique de ses capacités de développement.
- ◆ Lorsqu'il joue dans un environnement naturel, comme une salle de classe ou un terrain de jeux, l'enfant est détendu et spontané. On peut observer ses comportements et ses aptitudes jour après jour sans qu'il sache qu'il est évalué.
- ◆ L'observation peut permettre aux professionnels qui travaillent auprès de jeunes enfants et aux parents de ces derniers de recueillir des renseignements précis et complets, car les habitudes ou les tendances se manifestent au fil du temps.
- ◆ L'observation est une façon inclusive d'évaluer tous les enfants.

À l'heure actuelle, un des outils d'évaluation le plus largement utilisé est le Transdisciplinary Play-Based Assessment (décrit dans un livre disponible en anglais seulement), qui a été révisé en 2008 par Toni Linder. Il est particulièrement utile lorsqu'une équipe de professionnels se mobilise pour aider un enfant. Il comprend des conseils et des lignes directrices sur la façon d'observer un enfant jouer avec un parent. Il permet d'évaluer quatre sphères de développement : aptitudes neuromotrices; sociales et affectives; cognitives et langagières et de communication. Si les séances de jeux sont filmées, les parents et l'équipe de professionnels peuvent ensuite les analyser. Cette équipe peut notamment inclure un ergothérapeute ou un physiothérapeute, un orthophoniste, un éducateur, un travailleur social, un psychologue ou un psychiatre et un ophtalmologiste. L'équipe peut ensuite formuler des suggestions et des recommandations basées sur les comportements de l'enfant pendant les jeux et même créer un plan pour déterminer les prochaines étapes à suivre.



Q

Qu'est-ce que le dépistage?

Le dépistage est habituellement une procédure non invasive faite auprès de groupes de gens ou d'une population. C'est le processus par lequel on repère des caractéristiques associées aux populations ou groupes d'âge. Chez les enfants de zéro à six ans, le dépistage vise à identifier les enfants qui pourraient avoir besoin de plus de soutien ou d'une évaluation

Section 6 Foire aux questions

pour déceler la présence de risques pour leur développement ou leur santé. Si on dépiste un risque chez un enfant, il est alors important de veiller à ce que sa famille et lui bénéficient d'un suivi et d'évaluations plus approfondies pour confirmer ou infirmer la présence du retard ou du problème dépistés. Ces évaluations permettront également de remonter aux sources du problème et de choisir les mesures de soutien et l'intervention les plus appropriées selon la situation (Snow et Van Hemel, 2008).

La Section 8 présente un certain nombre d'outils de dépistage utilisés dans l'ensemble de l'Ontario ou dans certains secteurs seulement. L'outil le plus souvent utilisé est le questionnaire de dépistage Nipissing District Developmental Screen (NDDS); il peut être utile aux parents et aux professionnels qui travaillent auprès des enfants. Lorsque c'est indiqué, il faut orienter l'enfant vers les professionnels et les programmes appropriés pour qu'il puisse passer d'autres examens de dépistage et des évaluations.

Q

Qu'est-ce qui se passe après le dépistage?

Le dépistage est seulement la première étape. Il vise à lever le « drapeau rouge » et à nous indiquer s'il est conseillé de recommander une évaluation plus poussée. Le dépistage aide à veiller à ce que les enfants et les familles qui peuvent bénéficier d'une évaluation approfondie reçoivent cette évaluation et, au besoin, soient dirigés vers les professionnels davantage en mesure de les aider. Vous trouverez la liste des ressources pour chaque sphère de développement dans la Section 7.

Le dépistage, peu importe son résultat, vise aussi à aider les enfants et les familles à accéder aux services de soutien, aux ressources et aux services éducatifs dont ils ont besoin dans la collectivité.

Q

Quels outils de dépistage utilise-t-on en Ontario?

On utilise un certain nombre d'outils de dépistage en Ontario. Certains sont destinés aux parents, d'autres, aux professionnels. Certains sont utilisés de façon universelle, d'autres, seulement dans des cas bien précis. Les outils de dépistage sont conçus pour nous aider à repérer un problème de façon précoce, mais ils ne remplacent pas l'évaluation approfondie d'un professionnel qualifié. Vous trouverez la liste des outils de dépistage couramment utilisés en Ontario dans la Section 8.

Section 6 Foire aux questions

Dépister de façon précoce

Communiquer des renseignements délicats

Q

Comment puis-je partager des renseignements délicats avec des parents?

Il est essentiel que les professionnels qui travaillent auprès des enfants de zéro à six ans communiquent efficacement avec les familles. Si un enfant ne parvient jamais à franchir des étapes de développement précises, s'il ne suit pas les étapes de développement prévues ou si on remarque d'autres indicateurs de risque pour son développement, il faut en informer les parents afin qu'il soit possible de prendre des mesures positives pour l'enfant. C'est toutefois bien souvent difficile de transmettre ce type de préoccupations aux parents. Voici quelques conseils qui vous aideront à parler des retards de développement avec les parents.



- ◆ Montrez que vous vous souciez sincèrement de l'enfant et faites preuve de compassion lorsque vous communiquez avec les parents. Ce que vous allez leur dire pourra provoquer de l'anxiété et de la peur.
- ◆ Rappelez-leur que ce sont eux qui connaissent le mieux leur enfant et qu'ils sont les principaux et les plus importants éducateurs de leur enfant.
- ◆ Invitez-les à parler de tout problème qui les préoccupe dans le développement de leur enfant.
- ◆ Commencez par parler des forces et des comportements positifs de l'enfant.
- ◆ Faites part de vos préoccupations avec professionnalisme.
- ◆ Expliquez aux parents qu'en observant leur enfant, vous avez remarqué certains schémas de développement qui pourraient nécessiter une évaluation plus approfondie. Donnez-leur des exemples précis.
- ◆ Expliquez les étapes de développement associées au groupe d'âge de l'enfant afin qu'ils puissent faire des comparaisons. Il peut être utile de leur remettre une copie papier des sous-sections sur le développement de l'enfant par tranche d'âge (bébés, tout-petits et enfants d'âge préscolaire) du présent guide, ou encore une copie papier du NDDS ou d'autres ressources pertinentes.

Section 6 Foire aux questions

- ◆ Expliquez l'éventail des possibilités qui s'offrent à vous pour aider l'enfant (p. ex. orientation vers un professionnel qualifié, évaluation, traitement) et de quelle façon chaque mesure positive peut aider l'enfant.
- ◆ Expliquez les conséquences de l'inaction et pourquoi une approche « attentiste » peut aggraver la situation.
- ◆ Assurez-vous d'avoir le soutien des parents pour établir un plan d'action pour leur enfant et des étapes concrètes à suivre. Rappelez-leur que la décision leur appartient, et que c'est votre rôle de donner des renseignements, du soutien et des conseils.
- ◆ Donnez aux parents l'occasion de parler de ce qu'ils pensent et ressentent, s'ils sont prêts à le faire. Écoutez-les avec patience et compréhension.
- ◆ Remerciez-les de leur soutien et rassurez-les sur le fait que d'autres employés ou vous-même êtes disponibles s'ils ont besoin d'une aide supplémentaire.
- ◆ Remettez aux parents les ressources, les dépliants, les adresses de sites Web ou les coordonnées de personnes-ressources disponibles afin qu'ils puissent se renseigner par eux-mêmes (TeKolste, 2009; First Signs, 2009).



Comment puis-je prendre en charge et soutenir des parents difficiles, en colère ou bouleversés?

Tout d'abord, il est important de transmettre des renseignements délicats dans un endroit privé et sans se précipiter. Les parents doivent avoir l'occasion de poser des questions et de parler de ce qu'ils ressentent. Voici quelques conseils pour aider à désamorcer une situation difficile.

- ◆ Allez dans un endroit privé.
- ◆ Restez calme.
- ◆ Concentrez-vous sur les aspects positifs.
- ◆ Reconnaissez que les parents sont bouleversés ou en colère.
- ◆ Demandez-leur ce qu'ils ressentent et s'ils ont des questions.
- ◆ Écoutez activement ce qu'ils ont à dire.
- ◆ Offrez de les rencontrer une autre fois pour leur permettre de se calmer et de réfléchir à ce que vous avez dit.
- ◆ Aidez les parents à se sentir investis dans la recherche de solutions au problème.

Section 6 Foire aux questions

Q

Que puis-je faire si les parents ne veulent pas donner suite à mes recommandations?

Les parents peuvent refuser de donner suite à vos recommandations pour plusieurs raisons. Ils n'ont peut-être pas confiance en la pertinence de vos conseils ou manquent simplement de moyens de transport, de temps ou d'argent pour les suivre. Ne le prenez pas personnellement. Explorez plutôt la situation. Dans la mesure du possible, donnez aux parents plus d'une option. Si l'enfant montre du retard dans plusieurs sphères de développement ou si vous pensez qu'il bénéficierait de multiples interventions, demandez aux parents quelles sont les interventions les plus urgentes à leur avis. Les parents peuvent se sentir submergés s'ils reçoivent de nombreuses recommandations.

- ◆ Voici quelques conseils pour vous aider à mobiliser les parents.
 - Expliquez la situation.
 - Expliquez pourquoi une intervention peut être nécessaire.
 - Expliquez quels services sont disponibles.
 - Demandez aux parents comment ils envisagent la situation et ce qu'ils sont en mesure de faire.
 - Établissez un plan d'action avec eux ou remettez-leur un document écrit qui présente leurs options.
 - Offrez-leur de les rencontrer de nouveau pour évaluer les progrès.

Soupçonner de la maltraitance

Q

Quand dois-je appeler les services de protection de l'enfance?



Les professionnels qui travaillent auprès d'enfants et de leur famille ont la responsabilité légale et l'obligation de signaler un cas s'ils ont des « motifs raisonnables de soupçonner » un type de maltraitance chez un enfant. Cela inclut la violence physique, la négligence, la violence affective et l'exploitation ou l'agression sexuelle, y compris la pornographie (Loi sur les services à l'enfance et à la famille, 1990). Veuillez appeler immédiatement les services de protection de l'enfance de votre région si vous avez des inquiétudes et avez besoin de conseils ou de renseignements. Pour obtenir les coordonnées des services de votre région, consultez le site Web de l'Ontario Association

of Children's Aid Societies à l'adresse www.oacas.org (en anglais seulement). Les services de protection de l'enfance feront ensuite une évaluation des risques pendant que les autres professionnels concernés continueront de soutenir l'enfant et la famille.

Section 6 Foire aux questions

Intervention précoce

Programmes et services destinés aux enfants



Où puis-je diriger cet enfant pour une stimulation et une évaluation plus approfondies?

Les professionnels qui travaillent auprès des enfants devraient renseigner les familles de ces derniers sur le vaste éventail de programmes universels et ciblés à leur disposition. Les programmes universels acceptent toutes les familles en Ontario et peuvent stimuler le développement de tous les enfants. Les programmes ciblés sont conçus pour les familles ayant un enfant à risque ou qui a des besoins particuliers.



- ◆ Exemples de programmes et de services universels :
 - Maternelles
 - Garderies agréées
 - Groupes de jeux
 - Programmes prénataux ou sur l'art d'être parent
 - Programme Bébés en santé, enfants en santé
 - Centres de la petite enfance de l'Ontario
 - Centres de ressources familiales
- ◆ Exemples de programmes et de services ciblés :
 - Services de pédiatrie
 - Centres de traitement des enfants
 - Centres de santé mentale pour enfants
 - Programmes préscolaires d'orthophonie
 - Programmes de dépistage des troubles auditifs chez les nourrissons
 - Programme d'intervention précoce auprès des enfants aveugles ou ayant une basse vision
 - Programmes de nutrition
 - Consultants en ressources
 - Programmes axés sur le développement de l'enfant (Panel d'experts sur le bilan de santé à 18 mois, 2005)

Section 6 Foire aux questions

Enfants ayant des besoins particuliers



Comment puis-je encourager et inclure un enfant qui a des besoins particuliers?

Voici des stratégies efficaces pour intégrer les enfants qui ont des besoins particuliers.

- ◆ Adaptez l'environnement ou l'horaire pour répondre aux besoins de l'enfant. Vous pouvez ainsi utiliser des symboles ou des indices pour l'orienter; avoir des centres d'activités assez grands pour pouvoir y jouer en fauteuil roulant ou avec tout autre accessoire dont il a besoin; placer le matériel sur des étagères basses pour qu'il soit facilement accessible, etc.
- ◆ Intégrez diverses techniques fonctionnelles pour favoriser les jeux chez l'enfant (p. ex., montrez-lui comment utiliser le matériel de jeux; fournissez une aide physique, notamment en stabilisant la main de l'enfant lorsqu'il utilise un jouet; recourez au soutien de pairs, etc.).
- ◆ Enseignez aux autres enfants quelques signes de la langue des signes afin que l'enfant ayant des troubles auditifs puisse jouer avec eux.
- ◆ Parlez à d'autres professionnels (p. ex. à un physiothérapeute, à un ergothérapeute ou à un orthophoniste) qui peuvent aider à planifier l'environnement de jeux et les activités des enfants ayant des besoins particuliers ou à renseigner les parents à ce chapitre.
- ◆ Il existe un vaste éventail d'outils qui peuvent les aider à jouer. Voici des exemples.
 - Balles de thérapie.
 - Matériel de jeux ayant des poignées texturées ou des surfaces antidérapantes pour que l'enfant ait une meilleure prise.
 - Balles sonores (bip ou sonnerie).
 - Jouet fait de grosses pièces ou ayant des poignées pour faciliter la prise.
 - Matériel fait de différentes textures ou qui comporte des lumières, des sons ou des vibrations (stimulations sensorielles).
 - Bicyclette ou balançoire adaptées pour favoriser le jeu à l'extérieur.
 - Plateaux de jeux ou livres ayant des surfaces surélevées et texturées.
 - Technologies et appareils d'aide.
 - Boutons et commandes que l'on peut bouger avec la tête, la main ou les sourcils et... bien plus!

Section 6 Foire aux questions

En intégrant certaines de ces suggestions, les professionnels qui travaillent avec la petite enfance peuvent veiller à ce que les enfants de tous les âges, peu importe leurs capacités, puissent faire des jeux et d'autres activités qui favorisent l'apprentissage et le développement.



Comment puis-je soutenir un enfant avec des problèmes de santé émotionnelle ou mentale?

L'enfant qui a des problèmes affectifs et de santé mentale bénéficiera grandement d'une intervention précoce. Il existe de nombreux programmes qui favorisent le développement affectif de façon saine et permettent de régler rapidement certains problèmes. Ils mobilisent en général un professionnel, les parents et l'enfant en tête-à-tête ou en groupe.

- ◆ Parmi les programmes visant à renforcer les aptitudes parentales qui ont donné de bons résultats, on trouve les suivants
 - Bébés en santé, enfants en santé
www.children.gov.on.ca/htdocs/french/topics/earlychildhood/health/index.aspx
 - Make the Connection
www.firstthreeyears.org (en anglais seulement)
 - Watch, Wait and Wonder
www.watchwaitandwonder.com (en anglais seulement)
 - For Goodness Sake
www.ascy.ca/en/goodness-sake (en anglais seulement)
 - Triple P Positive Parenting Program
www.triplepontario.ca/fr/home.aspx
- ◆ Parmi les programmes qui bonifient le curriculum préscolaire ou scolaire, on trouve les suivants :
 - Semilles de l'empathie
www.seedsofempathy.org (en anglais seulement)
 - Racines de l'empathie
www.racinesdelempathie.org
 - Tools of the Mind
www.toolsofthemind.org (en anglais seulement)

De nombreuses collectivités de l'Ontario ont un centre de santé mentale pour enfants. L'organisme Santé mentale pour enfants Ontario s'est d'ailleurs donné la mission d'améliorer la santé mentale et le bien-être des enfants, des jeunes et de leur famille en Ontario. Pour trouver le centre le plus près de chez vous, rendez-vous à l'adresse www.kidsmentalhealth.ca (en anglais seulement). Pour accéder à certains programmes, vous avez besoin de la recommandation d'un médecin. D'autres sont accessibles directement.

Section 6 Foire aux questions

L'enfant qui a vécu un traumatisme (p. ex. un décès, un divorce, de la violence familiale, un abus ou la guerre) peut bénéficier des programmes et des camps de Rainbows Canada www.rainbows.ca (en anglais seulement).

L'enfant qui montre de la difficulté à s'adapter pourra quant à lui bénéficier d'une thérapie par le jeu. Pour en savoir plus à ce sujet, rendez-vous à l'adresse www.cacpt.com (en anglais seulement). La thérapie par le jeu s'effectue dans un environnement sécuritaire pour l'enfant et lui permet d'exprimer ses sentiments et de résoudre ses problèmes. Le thérapeute et l'enfant ont recours à du matériel de jeux divers : blocs, pâte à modeler, figurines, sable, tableaux de jeu, poupées et marionnettes. Au fil du temps, le thérapeute travaille avec l'enfant pour résoudre ses problèmes par ce processus naturel de guérison.



Comment puis-je favoriser une transition harmonieuse vers l'école chez l'enfant qui a des besoins particuliers ou des difficultés?

Si on a diagnostiqué un retard ou une incapacité chez un enfant, il est utile, si c'est possible, d'en informer l'école avant que l'enfant entre en maternelle ou en première année. L'école a la responsabilité de s'adapter aux besoins de l'enfant et de fournir les ressources nécessaires pour l'aider à s'adapter à l'école et à apprendre avec ses pairs.

- ◆ Lorsqu'il se prépare à inscrire son enfant à l'école, le parent ou le principal responsable de l'enfant devrait :
 - Rassembler tous les renseignements sur l'enfant, y compris les rapports et les évaluations des professionnels et des responsables de services de garde et d'apprentissage pendant la petite enfance;
 - En fournir des copies à l'école lors de l'inscription.

L'école a besoin du diagnostic écrit et de la recommandation d'un médecin, d'un thérapeute agréé ou d'un psychologue pour allouer les ressources nécessaires. Dans le cas d'une incapacité physique, l'école devra peut-être adapter l'environnement physique de la salle de classe. S'il s'agit plutôt d'un trouble d'apprentissage, elle donnera à l'enseignant des stratégies pour aider l'enfant à apprendre avec son incapacité. L'enseignant pourra aussi avoir besoin d'un assistant pour aider l'enfant.

- ◆ L'école devrait :
 - Suivre les procédures du conseil scolaire pour évaluer le soutien dont a besoin l'enfant.
 - Faire une étude de cas en groupe avant que l'enfant ne commence l'école. L'étude de cas pourrait aussi être organisée par le service qui offre le programme préscolaire à l'enfant.
 - L'étude de cas devrait inclure :
 - Les parents ou les principaux responsables de l'enfant
 - L'enseignant de l'enfant

Section 6 Foire aux questions

- Le principal fournisseur de soins de santé de l'enfant, par exemple son médecin
- Le service qui offre le programme préscolaire ou de garde
- ◆ Il est essentiel d'établir un plan pour faciliter la transition que vivra l'enfant. Il devrait d'ailleurs comprendre :
 - Une visite de l'école et de la salle de classe
 - Une rencontre avec les autres organismes et parents et avec le personnel du conseil scolaire
 - La rédaction d'un livret qui décrit l'enfant et présente les renseignements utiles à son sujet (qui pourrait par exemple s'intituler « Tout ce qu'il faut savoir sur moi ») que les parents pourraient remettre à l'enseignant
 - Des renseignements sur l'école destinés à l'enfant pour qu'il puisse en prendre connaissance à la maison afin de le préparer à son premier jour de classe

Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario fournit des renseignements sur les services et le soutien offerts aux enfants qui ont des besoins spéciaux ou des difficultés. Vous pouvez consulter son site Web à l'adresse suivante : www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/specialneeds/index.aspx

Soutenir la famille pendant l'attente

Q

Comment puis-je soutenir la famille pendant que l'enfant attend son évaluation et son traitement?

Malheureusement, les listes d'attente semblent faire partie du quotidien dans bien des collectivités. Les parents peuvent donc avoir besoin de conseils sur les façons d'améliorer des sphères de développement précises de leur enfant. Il existe plusieurs façons de stimuler le développement général de l'enfant ou de certaines sphères. La plupart des collectivités ont mis en place des initiatives pour aider les enfants et leurs parents :

- ◆ Programmes d'intervention auprès de la petite enfance et des enfants dans les services de garde.
- ◆ Programme Bébés en santé, enfants en santé, un programme universel en Ontario qui peut fournir une intervention ou diriger les familles vers les services appropriés de façon précoce.
- ◆ Bibliothèques offrant des programmes et des livres pour enfants.



Section 6 Foire aux questions

- ◆ Bibliothèques prêtant des jouets.
- ◆ Parcs et espaces verts.
- ◆ Groupes de jeux.
- ◆ Programmes informels « haltes-accueils ».
- ◆ Centres de la petite enfance de l'Ontario.
- ◆ Centres d'aide aux parents et d'alphabétisation familiale.
- ◆ Carrefours de Meilleur départ.
- ◆ Centres communautaires locaux - piscines publiques, sports d'équipes, clubs, artisanat, activités spéciales, programmes communautaires subventionnés pour les familles à faible revenu.
- ◆ Camps - certains sont subventionnés.
- ◆ Centres de ressources familiales.
- ◆ Programmes de musique, d'art ou de théâtre.

Dans le NDDS, on propose aussi aux parents un certain nombre d'activités à faire avec leur enfant. Vous trouverez également bon nombre de sites Web tout au long du guide qui présentent des conseils et suggèrent des activités aux parents.



Où puis-je trouver des renseignements fiables sur les retards ou les problèmes de développement?

Il y a une véritable mine de renseignements dans Internet pour les professionnels qui travaillent auprès de la petite enfance. Les sources de renseignements peuvent toutefois parfois dater de plusieurs années ou être incomplètes ou erronées. Il faut donc jeter un regard critique sur chaque source de renseignements pour obtenir les renseignements les plus exacts sur un sujet en particulier. Il faut faire preuve de vigilance en parcourant les sites Web indiqués dans le guide ou tout autre site Web. Voici des éléments qui peuvent vous aider à évaluer des renseignements en ligne.

Les questions suivantes ont été adaptées d'articles par Greenwood et Steyn (2009) et par la bibliothèque de l'Université de Californie à Berkeley (2009). Elles soulèvent d'importants facteurs à prendre en considération lors de l'évaluation critique de ressources en ligne.

1. Auteur et source

- ◆ Est-ce que vous pouvez savoir qui est l'auteur du contenu?
 - Lorsque le nom de l'auteur est clairement visible, cela signifie que le responsable du contenu affiche un certain degré de responsabilité à l'égard du contenu. Vous pouvez aussi avoir une idée des références de l'auteur (p. ex. universitaires ou professionnelles).

Section 6 Foire aux questions

- ◆ Quelle est la source des renseignements?
 - Est-ce que le site est maintenu par un organisme, un établissement scolaire ou un gouvernement? Les renseignements fournis par des sources semblables sont en général plus soigneusement surveillés et vous pouvez retourner au site principal. **CONSEIL** : Vérifiez s'il y a une section « À propos de nous » ou « Historique ». C'est utile pour établir l'autorité et la crédibilité de la source.
- 2. Contenu exact et à jour
 - ◆ Les faits indiqués dans le site sont-ils mentionnés dans d'autres sources?
 - Les renseignements sont-ils évalués par des pairs? En vérifiant que les renseignements sont aussi indiqués dans d'autres sites Web, vous augmentez la probabilité qu'ils soient exacts.
 - ◆ Les renseignements sont-ils à jour?
 - On indique souvent la date de mise à jour dans les sites Web, en plus de la date de création. Vérifiez les liens dans le site Web - les sites qui dirigent directement l'utilisateur vers d'autres sites à jour ont tendance à être à jour aussi.
- 3. Objectivité
 - ◆ Le site Web semble-t-il accentuer un point de vue en particulier ou avoir un parti pris?
 - Cela peut-être difficile à repérer à première vue, mais si vous voyez des propos provocateurs ou incendiaires ou davantage d'opinions que de faits, posez-vous la question.

Section 7 Information locale

Comment utiliser la présente section

Les professionnels peuvent mieux soutenir le développement sain des enfants en ayant recours aux services locaux. Bon nombre de ces services sont universels, ce qui garantit l'accès aux parents ou aux personnes responsables d'un enfant. La plupart sont offerts dans un milieu d'apprentissage préscolaire amusant et stimulant. Soulignons que certains services ne sont disponibles que sur la recommandation d'un professionnel (voir la Section 1 du guide Sur la bonne voie). Il est donc important que ce dernier dirige les parents vers ces services dès qu'il soupçonne un retard ou un risque probable. Comme nous l'avons mentionné dans la Section 1, simplement attendre ne constitue pas une option acceptable, car si on retarde le soutien, on risque de retarder encore plus profondément le développement d'un enfant. Le dépistage et l'intervention précoces mènent à des résultats plus positifs pour l'enfant, soit moins de services d'éducation spécialisée, un meilleur rendement scolaire, moins de redoublements d'années scolaires et un meilleur taux d'obtention de diplôme.



La présente section comprend des liens vers les personnes-ressources et les services locaux. Il nous est impossible de garantir l'exactitude de tous les renseignements en raison des modifications qu'apportent les organismes à leurs coordonnées de temps en temps. Nous nous efforçons toutefois de tenir l'information à jour. Si vous tentez d'assurer un acheminement vers un service donné et que le lien n'est plus fonctionnel, veuillez communiquer avec votre service de santé publique local.



Pour obtenir les coordonnées de votre service de santé publique local, rendez-vous à l'adresse www.health.gov.on.ca/fr/common/system/services/phu/locations.aspx. Si vous êtes au courant de modifications apportées à certaines des coordonnées, nous vous saurions gré de nous en faire part.

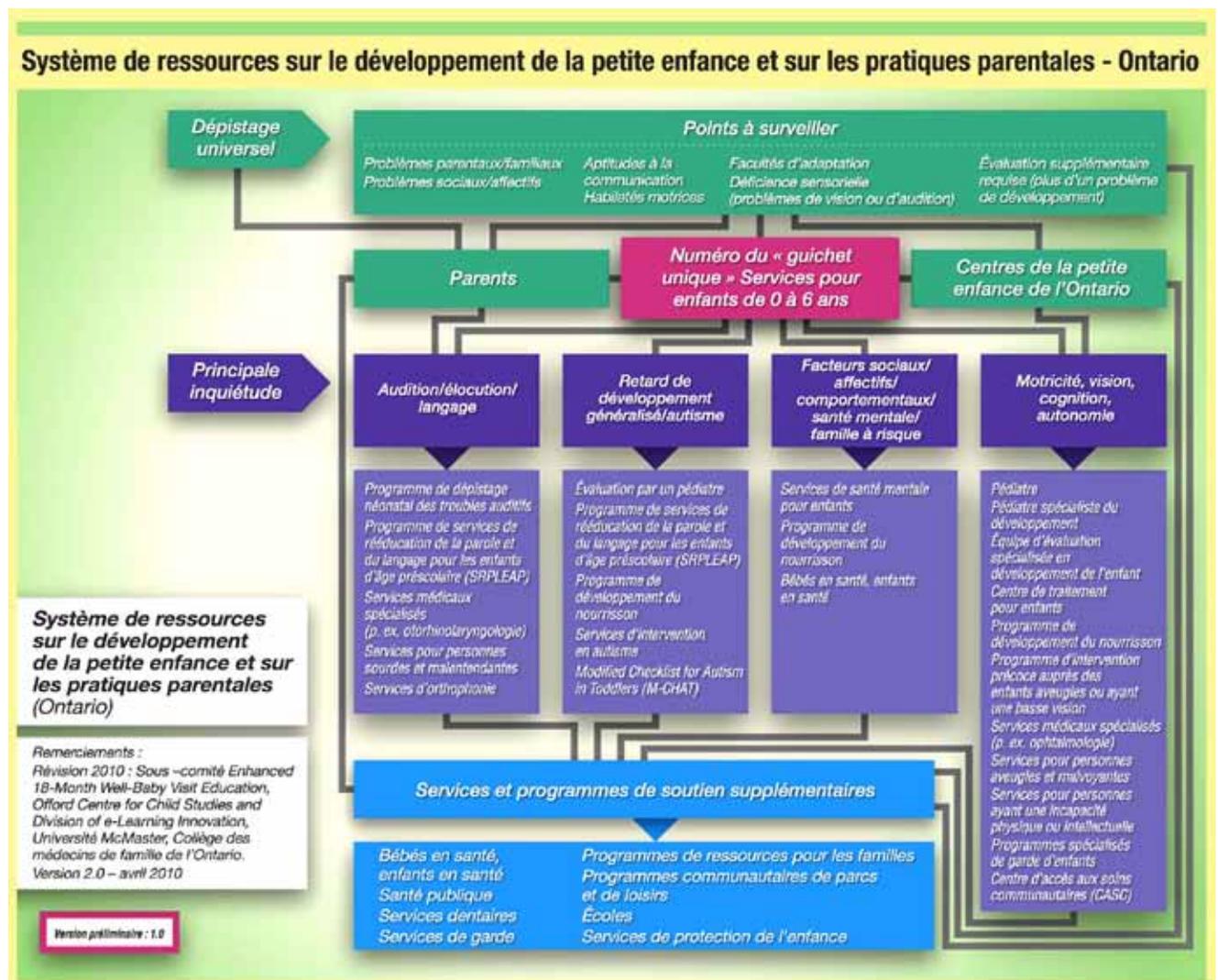
Section 7 Information locale

Modèles

Modèle pour les contacts locaux

Le modèle comprend la liste des organismes qui offrent des services universels ou spécialisés aux enfants. Vous pouvez insérer vos coordonnées dans l'espace prévu à cette fin avant d'imprimer la grille.

Graphique d'acheminement du bilan de santé amélioré à 18 mois



Certaines collectivités de l'Ontario offrent un lien virtuel aux personnes-ressources et services locaux, alors que d'autres ne le font pas. Si votre collectivité ne dispose pas d'un graphique d'acheminement du bilan de santé amélioré à 18 mois, utilisez le modèle ci-dessus pour en créer un.

Section 7 Information locale

Formulaire de recommandation

Certaines collectivités de l'Ontario ont élaboré un formulaire de recommandation pour aider les professionnels à diriger les enfants vers les services appropriés.

- ◆ Les objectifs sont les suivants :
 - Aider les professionnels à décider vers quel service diriger l'enfant et la famille;
 - Aider les organismes à collaborer entre eux;
 - Aider l'organisme qui fait la recommandation à entrer en contact avec l'organisme qui reçoit la demande.

Chaque collectivité peut adapter le formulaire en ajoutant les coordonnées de la personne- ressource et du service local approprié. Vous pouvez ensuite imprimer le formulaire.

Pour accéder au formulaire de recommandation consultez :
www.beststart.org/OnTrack_English/ReferralForm.pdf (en anglais seulement)

Section 7 Information locale

Personnes-ressources et services locaux

Vous pouvez accéder à la plupart des services offerts aux enfants par l'entremise d'un lien à un site Web local ou à un document PDF comprenant l'information locale. Certaines collectivités affichent l'information clé sur la personne-ressource dans une page Web puis les renseignements supplémentaires dans un autre lien. Vous pouvez également obtenir de l'information sur les services offerts localement à l'adresse www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/index.aspx.

Pour obtenir la liste des services de santé locaux, consultez la page Web suivante : www.beststart.org/OnTrack_English/fr-7-ressourceslocaux.html.

Section 8 Outils de dépistage

Outils de dépistage et programmes offerts en Ontario

À considérer avant de procéder à l'examen de dépistage

Avant d'utiliser un outil de dépistage, tous les professionnels devraient répondre aux questions suivantes :

- ◆ Êtes-vous qualifié pour procéder à un tel examen?
- ◆ Savez-vous comment faire le suivi après l'examen si vous avez décelé un problème?
- ◆ Quel niveau de confidentialité respecterez-vous par rapport à l'examen? Comment assurerez-vous ce niveau de confidentialité?
- ◆ Où et quand aura lieu l'examen?
- ◆ Devez-vous tenir compte de l'aspect culturel lorsque vous faites l'examen? Voir à ce sujet la Section 2 et la Section 6 du présent guide.
- ◆ Savez-vous comment discuter avec la famille des questions délicates relatives à l'utilisation de l'outil de dépistage et à la communication des résultats de l'examen? Voir la Section 6 du Guide.
- ◆ L'outil de dépistage est-il fiable, exact et valide?
- ◆ Est-il impartial et non discriminatoire?
- ◆ Est-il facile à utiliser?
- ◆ Est-il économique?



Quel que ce soit le résultat de l'examen de dépistage, il importe d'aider les enfants et leur famille à obtenir le soutien, les ressources et les renseignements communautaires appropriés.

Veuillez prendre note que certains des outils dans la liste ci-dessous sont réservés à l'usage exclusif des professionnels ayant les qualifications et la formation appropriées.

Section 8 Outils de dépistage

Outils de dépistage offerts en Ontario

Outil	Objectif	Tranche d'âge	Description générale
AIMS - Alberta Infant Motor Scale En anglais seulement. www.albertainfantmotorscale.com	Développement moteur	Bébés - de 0 à 18 mois	Détermination des retards de motricité dans quatre positions : couchée, ventrale, assise et debout.
ASQ-3 Questionnaire - âge et étape® Disponible en français, en anglais et en espagnol. www.agesandstages.com	Communication Motricité globale Motricité fine Résolution de problèmes Aptitudes individuelles ou sociales	De 1 à 66 mois	Le formulaire peut servir à remplir deux objectifs : <ul style="list-style-type: none"> ♦ cibler les nourrissons qui pourraient avoir besoin d'une évaluation plus approfondie; ♦ surveiller le développement des enfants à risque de souffrir d'une déficience ou d'un retard sur le plan développemental.
Dépistage dentaire	Santé buccale et dentaire	De 6 mois à 18 ans	Évaluation visuelle faite par une hygiéniste dentaire pour repérer un problème flagrant et pour cibler les enfants à risque d'avoir des caries dentaires en bas âge.
E.R.I.K. - Early Referral Identification Kit En anglais seulement. http://childdevelopmentprograms.ca/resource_category/referral-forms/	Parole, langage et alphabétisme chez les jeunes enfants (centre moteur de la parole, articulation, bégaiement et troubles de la voix ou de la parole) Motricité globale et fine Aptitudes cognitives Aptitudes sociales Habilité à manger Développement sensoriel	De 6 mois à 4 ans	Outil de dépistage développemental créé par le Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire de la région de York pour cibler le plus rapidement possible les enfants à risque de retards de développement. Si on identifie un enfant à risque, on doit assurer un acheminement vers le service d'intervention précoce pour les troubles de la parole et du langage chez les enfants d'âge préscolaire et vers d'autres services au besoin.

Section 8 Outils de dépistage

Outil	Objectif	Tranche d'âge	Description générale
Échelle de dépression post-partum d'Edimbourg	Troubles de l'humeur post-partum ou Dépression pendant la grossesse	Mères avant et après la naissance, pères, parents adoptifs et parents de tout-petits.	Échelle largement utilisée pour repérer les femmes qui ont besoin d'une évaluation plus approfondie de la dépression post-partum ou de la dépression durant la grossesse.
Liste de contrôle des aptitudes liées à la communication Disponible en français, en anglais et en d'autres langues.	Langage et communication	De 6 mois à 4 ans	Liste de contrôle élaborée par le Toronto Public Health Speech and Language Services (services d'orthophonie pour les enfants d'âge préscolaire de la ville de Toronto). Cette liste aide les parents et les personnes chargées de subvenir aux besoins d'un enfant à évaluer si ce dernier a besoin de services d'orthophonie.
www1.toronto.ca/wps/portal/contentonly?vnextoid=7c4c45d26137a410VgnVCM10000071d60f89RCRD			
(LUI) TM - Language Use Inventory En anglais seulement.	Expression orale du langage et aptitudes en communication	De 18 à 47 mois	Questionnaire validé de façon empirique à remplir par les parents pour repérer les enfants qui souffrent d'un retard considérable ou d'une déficience sur le plan de l'utilisation sociopragmatique du langage dans des situations quotidiennes. Génération automatique des résultats et d'un rapport, tant pour la version en ligne que pour la version papier.
www.languageuseinventory.com			
M-CHAT-R - Liste de contrôle modifiée liée à la détection de l'autisme chez les tout-petits Disponible en anglais, en français et en d'autres langues.	Troubles du spectre autistique	De 16 à 30 mois	Liste de vérification à remplir par une personne responsable de l'enfant pour repérer les tout-petits qui pourraient bénéficier d'une évaluation plus poussée du développement et de l'autisme.
www.mchatscreen.com			

Section 8 Outils de dépistage

Outil	Objectif	Tranche d'âge	Description générale
<p>NutriSTEP^{MD} - Outil de dépistage de problèmes de nutrition chez les enfants d'âge préscolaire</p> <p>Disponible en français, en anglais et en d'autres langues.</p> <p>NutriSTEP^{MD} pour les tout-petits</p> <p>Disponible en anglais, en français et en espagnol.</p> <p>www.nutristep.ca</p>	<p>Nutrition, alimentation et déglutition</p>	<p>De 3 à 5 ans</p> <p>18 - 35 mois</p>	<p>Questionnaire rempli par les parents servant à dépister les enfants d'âge préscolaire qui courent le risque d'avoir des problèmes d'alimentation. On traite, entre autres, de l'apport alimentaire et des nutriments; de la croissance physique; des capacités développementales et physiques; de la sécurité alimentaire et de l'influence du milieu dans lequel on nourrit les bébés. On recommande aux parents d'enfants à risque de consulter une diététiste ou leur médecin de famille.</p>
<p>Outil de dépistage dentaire</p> <p>En anglais seulement.</p>	<p>Santé buccale et dentaire</p>	<p>De 18 à 36 mois</p>	<p>Repérage précoce des enfants à risque d'avoir des caries dentaires en bas âge. Permet de surveiller la dentition des enfants. Offre également des conseils sur l'hygiène et les soins dentaires.</p>
<p>Questionnaire de dépistage Nipissing (NDDS)</p> <p>Disponible en français, en anglais et en d'autres langues.</p>	<p>Aptitudes affectives Motricité fine Motricité globale Aptitudes sociales Autonomie Communication Apprentissage et réflexion Vision et ouïe</p>	<p>D'un mois à six ans</p>	<p>Liste de contrôle universelle destinée aux parents pour dépister les problèmes de vision, d'ouïe, de communication, de motricité globale et fine, d'aptitudes cognitives, sociales et affectives et d'autonomie. L'outil fournit aux parents et aux professionnels de la santé et de puériculture un moyen pratique et convivial de suivre le progrès des bébés et des enfants d'un groupe d'âge donné.</p> <p>Le dépistage correspond au calendrier d'immunisation et aux étapes clés du développement jusqu'à l'âge de six ans. Il s'agit de l'outil le plus utilisé lors de la visite liée au bilan de santé amélioré à 18 mois.</p> <p>Le questionnaire est assorti d'activités appropriées à l'âge qui favorisent le développement global.</p> <p>www.ndds.ca/language-fr.php</p>

Section 8 Outils de dépistage

Outil	Objectif	Tranche d'âge	Description générale
Programme de dépistage néonatal des troubles auditifs et d'intervention précoce	Ouïe Émissions oto-acoustiques automatisées (EOA) Potentiel évoqué auditif automatisé du tronc cérébral (PEAATC)	De la naissance à 4 mois	Déceler un problème d'ouïe important chez les nouveau-nés et les nourrissons. Lors du deuxième dépistage, si les résultats s'inscrivent dans la colonne « acheminement », on doit soumettre le cas du bébé (sans frais) au service d'audiologie pour obtenir un diagnostic. Les enfants chez qui l'on décèle des facteurs de risque pour la perte auditive sont suivis jusqu'à l'âge de 30 mois.
www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/hearing/index.aspx			
Programme de dépistage néonatal de l'Ontario Feuillets de renseignements disponibles en français, en anglais et en d'autres langues.	Santé, avec l'utilisation de l'outil de dépistage néonatal	De 1 à 7 jours	Le Programme de dépistage néonatal de l'Ontario (PDNO) offre le meilleur outil de dépistage de maladies graves traitable chez tous les bébés nés en Ontario. Un dépistage précoce de ces maladies permet de traiter le bébé pour éviter des problèmes de croissance et de santé, le retard mental et le syndrome de la mort subite du nourrisson. À l'heure actuelle, cet outil permet de détecter 29 maladies. Consultez le site Web pour obtenir de plus amples informations.
www.newbornscreening.on.ca			
Programme d'intervention précoce auprès des enfants aveugles ou ayant une basse vision	Vision	De la naissance à la grade 1	Son objectif est d'informer et de soutenir les parents d'enfants nés aveugles ou avec une basse vision. Le programme offre du soutien aux familles, des interventions et des services de consultation.
www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/blindnesslowvision/index.aspx			
REEL-3 - Receptive, Expressive, Emergent Language Test En anglais seulement.	Langage	De la naissance à trois ans	Dépistage des différences entre le langage réceptif (la compréhension de l'enfant) et du langage expressif (la communication verbale de l'enfant).

Section 8 Outils de dépistage

Outil	Objectif	Tranche d'âge	Description générale
Relevé postnatal Rourke Disponible en français et en anglais.	Santé et développement	De la naissance à 5 ans	Outil de dépistage utilisé par les médecins de famille et les pédiatres pour évaluer le développement de l'enfant. Créé en 1979, cet outil a fait l'objet d'une révision en 2014. Il contient des données probantes liées aux paramètres de croissance et de développement. Il favorise l'éducation des parents (ou de la personne prenant soin de l'enfant) par le médecin.
www.cps.ca/fr/tools-outils//releve-postnatal-rourke			

Section 9 Références et sites Web

Références

Références - Section 1

Barnett, S. (1995)

Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. *The Future of Children*, 5(3), 25-50.

Barnett, S. Lamy, C. et Jung, K. (2005)

The effects of state prekindergarten programs on young children's school readiness in five states. Consulté le 6 mars 2009 sur le site Web du National Institute for Early Education Research. <http://nieer.org/resources/research/multistate/fullreport.pdf>

Berlinski, S. Galiani, S. et Gertler, P. (2006, February)

The effect of pre-primary education on primary school performance. London: Institute for Fiscal Studies.

Blair, C. (2002)

School Readiness: Integrating cognition and emotion in a neurobiological conceptualization of children's functioning at school entry. *American Psychologist*. 57(2), 111-127.

Blair, C. et Diamond, A. (2008)

Biological processes in prevention and intervention: The promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and Psychopathology*. 20, 899-911.

Boethel, M. (2004)

Annual synthesis. Readiness: School, family, & community connections. Consulté le 6 mars 2009 sur : <http://www.sedl.org/connections/resources/readiness-synthesis.pdf>

Campbell, F. et Pungello, E. (2000)

High quality child care has long-term educational benefits for poor children. Paper presented at the Head Start National Research Conference, Washington, DC.

Couperus, J. et Nelson, C. (2006)

Early brain development and plasticity. Dans K. McCartney. & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early child development* (pp. 85 - 105). Oxford, UK: Blackwell Publishing.

Expert Panel on the 18-Month Well Baby Visit. (2005)

Getting it right at 18 months ... Making it right for a lifetime. Consulté le 6 mars 2009 sur : <http://www.ocfp.on.ca/local/files/CME/Research/FinalRpt-18MonthPrjct-ENG.pdf>

Gonzalez-Mena, J. (2005)

Diversity in early care and education: Honouring differences. Toronto, ON: McGraw-Hill.

Gordon, M. (2005)

Roots of Empathy. Toronto, ON: Thomas Allen Publisher.

Greenspan, S. et Shanker, S. (2004)

The first idea: How symbols, language and intelligence evolved from our primate ancestors to modern humans. Cambridge, MA: Da Capo Press.

Gouvernement du Québec, Ministère de la Famille et de l'Enfance. (1998)

Educational program for child care centres. Quebec City, QC: author.

Jablon, J. Dombro, A., et Dichtelmiller, M. (2007)

The power of observation for birth through eight (2nd ed.). Washington, DC: Teaching Strategies, Inc.

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 1

Keating, D. et Miller, F. K. (1999)

Individual pathways in competence and coping: From regulatory systems to habits of mind. Dans D. Keating & C. Hertzman (Eds.), *Developmental health and the wealth of nations: Social, biological, and educational dynamics* (pp. 220-233). New York: Guilford.

Magnuson, K. Meyers, M. Huhm, C. et Waldfogel, J. (2004)

Inequality in preschool education and school readiness. *American Educational Research Journal*, 41(1), 115-157.

McCain, M. N. et Mustard, J. F. (1999)

Early years study: Reversing the real brain drain. Toronto, ON: The Founders' Network of the Canadian Institute for Advanced Research.

McCain, M. N. Mustard, J. F. et Shanker, S. (2007)

Early years study 2: Putting science into action. Toronto, ON: The Council for Early Child Development.

McCall, R. Larsen, L. et Ingram, A. (2003)

The science and policies of early childhood education and family services. Dans A. Reynolds, M. Wang, & H. Walberg (Eds.), *Early childhood programs for a new century*, (pp. 255-298). Washington, DC: Child Welfare League of America, Inc.

Mustard, J. F. (2006)

Early child development and experience-based brain development: The scientific underpinnings of the importance of early child development in a globalized world. Consulté le 6 mars 2009 sur le site Web de la Brookings Institution. [wwwFOUNDERS.NET/fn/news.nsf/0/8ce0c5f5f9ab85758525710e00706362/\\$FILE/Brookings%20-%20Mustard.pdf](http://wwwFOUNDERS.NET/fn/news.nsf/0/8ce0c5f5f9ab85758525710e00706362/$FILE/Brookings%20-%20Mustard.pdf)

Mustard, J. F. (2008)

Free market capitalism, social accountability and equity in early human (child) development. *Paediatrics & Child Health*, 13(10), 839-842.

National Scientific Council on the Developing Child. (2005)

Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain. Consulté le 16 octobre 2009 sur : <http://developingchild.harvard.edu/index.php?CID=153>

Ontario Ministry of Education. (2006)

Planning entry to school: A resource guide. Consulté le 6 mars 2009 sur : www.EDU.GOV.ON.CA/eng/parents/planningentry.html

Pascal, C. E. (2009)

With our best future in mind: Implementing early learning in Ontario, report to the Premier by the special advisory on early learning. Consulté le 16 octobre 2009 sur : www.ONTARIO.CA/en/initiatives/early_learning/ONT06_018865

Posner, M. et Rothbart, M. (2006)

Educating the Human Brain. Washington, DC: American Psychological Association.

Schweinhart, L. (2004)

The High/Scope Perry Preschool Study through age 40: Summary, conclusions, and frequently asked questions. Consulté le 6 mars 2009 sur : www.PEEEARLYYEARS.COM/pdf/Research/INTERNATIONAL%20Early%20Years/Perry%20Project.pdf

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 1

Shanker, S. (2008)

In search of the pathways that lead to mentally healthy children. *Journal of Developmental Processes*, 3(1), 22-23.

Shanker, S. (sous presse, 2010)

Calm, alert and learning. Education Canada

Shonkoff, J. et Phillips, D. (Eds.) (2000)

From neurons to neighbourhoods: The science of early childhood development. Washington, DC: National Academy.

York Region Early Identification Planning Coalition. (2004)

Early identification in York region: Red flags - A quick reference guide for early years professionals. Consulté le 6 mars 2009 sur : www.york.ca/RedFlags.htm?ODA=1

Toronto Public Health. (2008)

Early identification in Toronto - Toronto red flags guide: A reference guide for working with young children. Consulté le 6 mars 2009 sur : www.toronto.ca/health/earlychilddevelopment/pdf/redflagsguide.pdf

Vaclavik, M. Wolanski, A. et Wannamaker, N. (2001)

Observation: A focus on evaluation, planning and growth for the kindergarten learner. Toronto, ON: Elementary Teachers' Federation of Ontario.

Wilson, L. (2005)

Partnerships: Families and communities in early childhood development (3rd Ed). Toronto, ON: Nelson Thomson.

Zigler, E. et Styfco, S. (2003)

The federal commitment to preschool education: Lessons from and for Head Start. Dans A. Reynolds, M. Wang, & H. Walberg (Eds.), *Early childhood programs for a new century* (pp. 3-33). Washington, DC: Child Welfare League of America, Inc.

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 2

Ball, J. (2008)

Promoting equity and dignity for Aboriginal children in Canada IRPP Choices, 14(7), 1-30

Berk, L. et Roberts, W. (2009)

Child development (3rd Canadian ed.). Toronto, ON: Pearson, Allyn et Bacon.

Berry, J. W. (2001)

A psychology of immigration. *Journal of Social Issues*, 57(3), 615-631.

Best Start Resource Centre (2006)

A Sense of Belonging: Supporting Healthy Child Development in Aboriginal Families. Consulté le 15 août 2009 sur : http://beststart.org/resources/hlthy_chld_dev/pdf/aboriginal_manual.pdf

Blair, C. et Diamond, A. (2008)

Biological processes in prevention and intervention: The promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and Psychopathology*. 20:899-911

Bronfenbrenner, U. (1979)

The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University.

Canadian Council on Learning. (2007)

Redefining How Success is Measured in First Nations, Inuit and Métis Learning. Ottawa, ON: author

Cheong, P. Edwards, R. Goulbourne, H. et Solomos, J. (2007)

Immigration, social cohesion and social capital: A critical review. *Critical Social Policy*, 27(1), 24-49

Trister Dodge, D. Colker, L. et Heroman, C. (2002)

The creative curriculum for preschool (4th ed.) Washington, DC: Teaching Strategies

Field, T. (2007)

The amazing infant. Oxford: Wiley-Blackwell

Ford-Jones, E. L. Williams, R. et Bertrand, J. (2008)

Social paediatrics and early child development: Part 1. *Paediatric Child Health*, 13(9), 755-758

Gerhardt, S. (2004)

Why love matters: How Affection shapes a baby's brain. London, UK: Brunner-Routledge

Gonzalez-Mena, J. et Bhavnagri, N. P. (2001)

Cultural differences in sleeping practices. *Child Care Information Exchange*, 138, 91-93

Greenspan, S. et Shanker, S. (2004)

The first idea: How symbols, language and intelligence evolved from our primate ancestors to modern humans. Cambridge, MA: Da Capo

Haynes, J. (2005)

How culture shock affects newcomers. Consulté le 18 mars 2009 sur : www.everythingsl.net/in-services/cultureshock.php

Health Canada (2001)

What determines health? Consulté le 18 mars 2009 sur : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 2

Hertzman, C. et Irwin, L. (2007)

It takes a child to raise a community: 'Population-based' measurement of early child development (Research Brief No. 1). Consulté le 18 mars 2009 sur : www.seatoskychildrenfirst.ca/readingroomdocuments/It Takes a Child HELP Brief July 2007.pdf.

Keating, D. (1999)

Developmental Health and the Wealth of Nations. New York, NY: Guilford

McCain, M. N. et Mustard, J. F. (1999)

Early years study: Reversing the real brain drain. Toronto, ON: The Founders' Network of the Canadian Institute for Advanced Research

McCain, M. N. Mustard, J. F. et Shanker, S. (2007)

Early years study 2: Putting science into action. Toronto, ON: The Council for Early Child Development.

Mandler, J.M. (2004)

The Foundations of the mind: Origins of conceptual thought. New York, NY: Oxford University

Melendez, L. (2005)

Parental beliefs and practices around early self-regulation: The impact of culture and immigration. *Infants and Young Children*, 18(2), 136-146

Mustard, F. (2008)

Free market capitalism, social accountability and equity in early human (child) development. *Pediatrics & Child Health*, 13(10), 839-842

National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2008a)

Child and family issues: Influence of socio-economic status and ethno-racial status on the health of young children and their families. Antigonish, NS: author

National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2008b)

Early child development environmental scan report. Antigonish, NS: author

Neufeld, A. Harrison, M., Stewart, M. Hughes, K. et Spitzer, D. (2002)

Immigrant women: Making connections to community resources for support in family caregiving. *Qualitative Health Research*, 12(6), 751-768

Newacheck, P. Kim, S. Blumberg, S. Rising, J. (2008)

Who is at risk for special health care needs: Findings from the National Survey of Children's Health. *Pediatrics*, 122(2), 347-359.

Okagaki, L. et Diamond, K. (2000)

Responding to cultural and linguistic differences in the beliefs and practices of families with young children. *Young Children*, 55(3), 74-80

Oliver, L. Dunn, J. Kohen, D. et Hertzman, C. (2007)

Do neighbourhoods influence the readiness to learn of kindergarten children in Vancouver? A multilevel analysis of neighbourhood effects. *Environment and Planning A*, 39(4), 848-868

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 2

Ontario College of Family Physicians. (2005)

Getting it right at 18 months ... Making it right for a lifetime. Report from the Expert Panel on the 18-Month Well Baby Visit. Consulté le 18 mars 2009 sur : www.ocfp.on.ca/local/files/CME/Research/FinalRpt-18MonthPrjct-ENG.pdf

Organization for Economic Co-Operation and Development Directorate for Education. (2004)

Early Childhood Care and Education Policy: Canada Country Note. Paris: OECD Secretariat. Consulté le 18 mars 2009 sur : www.oecd.org/dataoecd/42/34/33850725.pdf

Phinney, J. Horenczyk, G. Liebkind, K. et Vedder, P. (2001)

Ethnic identity, immigration, and well-being: An interactional perspective. *Journal of Social Issues*, 57(3), 493-510.

Shanker, S. (2008)

In search of the pathways that lead to mentally healthy children. *Journal of Developmental Processes*, 3(1), 22-23.

Shanker, S. (sous presse)

Calm, alert and learning. Education Canada

Small, M. (1998)

Our babies, ourselves: How biology and culture shape the way we parent. New York: Doubleday.

Thomas, T. (1995)

Acculturative stress in the adjustment of immigrant families. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 4(2), 131-142.

Tudge, J. Hayes, S. Doucet, F. Odera, D. Kulakova, N. Tammeveski, P. Meltsas, M. et Lee, S. (2000)

Parents' participation in cultural practices with their preschoolers. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 1-11.

World Health Organization. (2003)

Social determinants of health: The solid facts (2nd ed.). Copenhagen, Denmark: author.

World Health Organization. (2008)

Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland: author.

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 3

- Alsada, L. Sigal, M. Limeback, H. Fiege, J. et Kulkarni, G. (2005)**
Development and testing of an audio-visual aid for improving infant oral health through primary caregiver information. *Journal of the Canadian Dental Association*, 71(4), 241-248. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). (2004) Guideline on infant oral care. Consulté le 30 avril 2009 sur : www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_InfantOralHealthCare.pdf
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). (2008)**
Policy on early childhood caries (ECC): Unique challenges and treatment options. Consulté le 30 avril 2009 sur : www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_ECCUniqueChallenges.pdf
- American Academy of Pediatric Dentistry/American Academy of Pediatrics (AAPD/AAP). (2008)**
Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. Consulté le 30 avril 2009 sur : www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/PECC_Classifications.pdf
- American Academy of Pediatrics (AAP) (Pediatric Dentistry). (2003)**
Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics*, 111(5), 1113-1116.
- Anders, T.F. (2003)**
Sleep-wake states and problems and child psychosocial development. Dans: R.E. Tremblay, R.G. Barr, R. DeV. Peters. (Eds.) *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2003: (pp 1-6). Consulté le 15 septembre 2009 sur : www.child-encyclopedia.com/documents/AndersANGxp.pdf.
- Berk, L. (2008)**
Infants and children: Prenatal through middle childhood (6th ed.). Boston, MA: Pearson, Allyn et Bacon.
- Berk, L. et Roberts, W. (2009)**
Child development (3rd Canadian ed.). Toronto, ON: Pearson, Allyn et Bacon.
- Berns, R. (2004)**
Child, family, school, community: Socialization and support (6th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning Inc.
- Best Start Expert Panel on Early Learning (2006, December)**
Early learning for every child today: A framework for Ontario early childhood settings. Consulté le 30 avril 2009 sur : www.gov.on.ca/children/graphics/stel02_183342.pdf
- Brown, L. (2007)**
Dental disorders. Dans J. Baren, S. Rothrock, J. Brennan, & L. Brown (Eds.), *Pediatric emergency medicine* (pp. 422-426). Philadelphia, PA: Saunders.
- Boggess, K. et Edelstein, B. (2006)**
Oral health in women during preconception and pregnancy: Implications for birth outcomes and infant oral health. *Maternal Child Health Journal*, 10, 169-174.
- Canadian Association of Speech-Language Pathology and Audiology (CASLPA)/Canadian Academy of Audiology (CAA). (1999)**
Position paper on universal newborn infant hearing screening in Canada. Consulté le 30 avril 2009 sur : www.caslpa.ca/PDF/position_papers/newborn_infant_hearing_screening_for_pdf.pdf

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 3

Canadian Pediatric Society (CPS). (2007)

Healthy sleep for your baby and child. Consulté le 27 novembre 2009 sur : www.caringforkids.cps.ca/healthybodies/HealthySleep.htm.

Canadian Paediatric Society (CPS). (2009)

Vision screening in infants, children and youth. *Paediatric Child Health*, 14(4), 246 - 248. Consulté le 30 avril 2009 sur : www.cps.ca/english/statements/CP/cp09-02.htm

Canadian Paediatric Society, Dietitians of Canada and Health Canada. (2005)

Nutrition for Healthy Term Infants. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services.

Carreiro, J. (2003)

An osteopathic approach to children. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Centre of Excellence for Early Childhood Development (CEECD). (2008)

Synthesis on sleeping behaviour. Encyclopedia on Early Child Development [online]. Consulté le 27 novembre 2009 sur : www.child-encyclopedia.com/en-ca/child-sleeping-behaviour/how-important-is-it.html.

Cole, M. et Cole, S. (1993)

The development of children (2nd ed.). New York: Scientific American Books.

Comley, L. et Mousmanis, P. (2007)

Improving the odds: Healthy child development. Toronto, ON: Ontario College of Family Physicians.

Curtis, G. et Schuler, J. (2005)

Your baby's first year week by week (2nd ed.). Cambridge, MA: Da Capo Press.

Davies, D. (2004)

Child development: A practitioner's guide (2nd ed.). New York: Guilford Press. De Onis, M., Garza, C., Onyango, A.W., & Borghi, E. (2007). Comparison of the WHO child growth standards and the CDC 2000 Growth Charts. *Journal of Nutrition*. 137, 144-148.

DePoy, E. et Gilson, S.F. (2007)

The human experience: Description, explanation, and judgment. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

Dini, E. Holt, R. et Bedi, R. (2000)

Caries and its association with infant feeding and oral health-related behaviours in 3-4-year-old Brazilian children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28, 241-248.

Ertem, I. Dogan, D. Gok, C. Kizilates, S. Caliskan, A. Atay, G. Vatandas, N. Karaaslan, T. Baskan, S. et Cicchetti, D. (2008)

A guide for monitoring child development in low-and middle-income countries. *Pediatrics*, 121(3), 581-589.

First, L. et Palfrey, J. (1994)

The infant or young child with developmental delay. *The New England Journal of Medicine*, 330, 478-483.

Gale, C.R. O'Callaghan, F.J. Bredow, M. et Martyn, C.N. (2006)

The influence of head growth in fetal life, infancy, and childhood on intelligence at the ages of 4 and 8 years. *Pediatrics*, Vol. 118 (4), 1486 - 1492.

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 3

Grenier, D. et Leduc, D. (Eds.) (2008)

Well beings: A guide to health in child care (3rd ed.). Ottawa, ON: Canadian Paediatric Society.

Health Canada (2004)

Revised recommendations for breastfed infants. Ottawa, ON: Her Majesty the Queen in Right of Canada. Consulté le 30 avril 2009 sur : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/child_enfant/infant_nourisson/breastfed_nourissons_rec_eng.php

Health Canada (2005)

Nutrition for Healthy Term Infants - Statements of the Joint Working Group: Canadian Paediatric Society, Dietitians of Canada and Health Canada; Consulté le 15 septembre 2009 sur : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/infant-nourisson/nut_infant_nourisson_term-eng.php

Health Canada (2007a)

Eating well with Canada's food guide. Consulté le 15 septembre 2009 sur : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food_guide_aliment/order_commander/index_eng.php#1

Health Canada (2007b)

Eating well with Canada's Food Guide: A resource for educators and communicators. Ottawa, ON: Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Health Canada.

Joint Committee on Infant Hearing. (2007)

Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*, 120, 898-921.

Kent, R. (2005)

Speech development. Dans B. Hopkins (Ed.), *The Cambridge encyclopedia of child development* (pp. 249-256). New York, NY: Cambridge University.

Kulkarni, G. (2003)

Online video: Baby oral health: Pregnancy through childhood. Toronto, ON: University of Toronto, Faculty of Dentistry. Consulté le 24 septembre 2010 sur: www.utoronto.ca/dentistry/newsresources/kids/index.html.

Leitch, K. (2007)

Reaching for the top: A report by the advisor on healthy children & youth. Consulté le 30 avril 2009 sur : www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/child_enfant/advisor_conseillere/index_eng.php

Levy, M. (2008)

Baby & toddler feeding and nutritional health: A complete practical guide. Georgetown, ON: White Knight.

Lowenfeld, V. et Brittain, W.L. (1987)

Creative and mental growth (8th ed.). New York, NY: Macmillan.

McCarthy, P., Hurst, M. et McCathy, K. (2009)

Introduction to El Sistema, the Venezuelan musical miracle: Teachers guide to the concerts and school visits. Power Corporation of Canada: Toronto, ON; Consulté le 12 janvier 2010 sur : www.glenngould.ca/SiteResources/data/MediaArchive/pdfs/study_guide/sim%3%B3n_bol%3%ADvar_study_guide_final.pdf

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 3

- Meadow, S. et Newell, S. (2002)**
Lecture notes on paediatrics. (7th ed). London: Blackwell Science Ltd.
- Mehl, A. et Thomson, V. (2002)**
The Colorado Newborn Hearing Screening Project, 1992-1999: On the threshold of effective population-based universal newborn hearing screening. *Pediatrics*, 109(1), e7.
- Nainar, S. et Mohummed S. (2004)**
Role of infant feeding practices on the dental health of children. *Clinical Pediatrics*, 43, 129-133.
- Nipissing District Developmental Screen Intellectual Property Association (2007)**
Nipissing District Developmental Screen™. North Bay, ON: author
- Nurko, C. Skur, P. et Brown, J. (2003)**
Caries prevalence of children in an infant oral health educational program at a WIC clinic. *Journal of Dentistry for Children*, 70(3), 231-234.
- Ollendick, T. et Schroeder, C. (Eds.) (2003)**
Encyclopedia of clinical child and pediatric psychology. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Olver, J. et Cassidy, O. (2005)**
Ophthalmology at a glance. Massachusetts: Blackwell Science Ltd.
- Ontario Association of Public Health Dentistry (OAPHD). (2003, May)**
Position statement on infant feeding and oral health. Consulté le 30 avril 2009 sur : www.opha.on.ca/resources/docs/OAPHD-PositionStmt-OralHealth.pdf
- Oyiborhoro, J. (2005)**
Aural rehabilitation for people with disabilities. Burlington, MA: Elsevier Academic.
- Oswalt, A. (2007)**
Infant physical development: Average growth. Consulté le 10 novembre 2009 sur : www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=10111&cn=461
- Pantell, R. Fries, J. et Vickery, D. (2009)**
Taking care of your child (8th ed.). Philadelphia, PA: Da Capo.
- Pelletier, J. et Astington, J. W. (2004)**
Action, consciousness and theory of mind: Children's ability to coordinate story characters' actions and thoughts. *Early Education & Development*, 15(1), 5-22.
- Puig, M. Municio, A. et Medà, M. (2005)**
Universal neonatal hearing screening versus selective screening as part of the management of childhood deafness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1- 10.
- Rourke, L. Leduc, D. et Rourke, J. (2006, May)**
The Rourke baby record. Consulté le 30 avril 2009 sur : www.cps.ca/english/statements/cp/rourke/RBRNational.pdf
- Rudolph, C. Rudolph, A. Hostetter, M. Lister, G. et Siegel, N. (2003)**
Rudolph's pediatrics (21st ed.). New York, NY: The McGraw-Hill Companies, Inc.

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 3

- Scannapieco, M. et Connell-Carrick, K. (2005)**
Understanding child maltreatment: An ecological and developmental perspective. New York: Oxford University.
- Sears, W. et Sears, M. (2003)**
The baby book: Everything you need to know about your baby from birth to age two (2nd ed.). New York: Little, Brown and Company.
- Shelov, S. et Hannemann, R. (Eds.) (2004)**
Caring for your baby and young child: Birth to age 5 (4th ed.). New York, NY: Bantam.
- Thompson, D. McPhillips, H. Davis, R. Lieu, T. Homer, C. et Helfand, M. (2001)**
Universal newborn hearing screening: Summary of evidence. Journal of the American Medical Association, 286(16), 2000-2009.
- Vaclavik, M. Wolanski, A. et Wannamaker, N. (2001)**
Observation: A focus on evaluation, planning and growth for the kindergarten learner. Toronto, ON: Elementary Teachers' Federation of Ontario.
- Wachtel, E. (2004)**
Treating troubled children and their families. New York, NY: Guilford.
- Wada, T. Kubo, T. Aiba, T. et Yamane, H. (2004)**
Further examination of infants referred from newborn hearing screening. Acta Otolaryngol, 554, 17-25.
- Watson Genna, C. (2008)**
Supporting sucking skills in breastfeeding infants. Mississauga, ON: Jones and Bartlett Publishers Inc.
- World Health Organization (WHO). (2003)**
Feeding and nutrition of infants and young children. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No. 87. Consulté le 30 avril 2009 sur : www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9289013540/en/index.html
- World Health Organization (WHO) (2006)**
Breastfeeding in the WHO multicentre growth reference study. Acta Paediatrica, 2006; Suppl450: 16-26
- Yarnell, J. (2007)**
Epidemiology and prevention: A system-based approach. New York, NY: Oxford University.

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 4

Active Healthy Kids Canada (2009)

The active healthy kids Canada report card on physical activity for children and youth. Toronto, ON: author. Consulté le 20 janvier 2010 sur : www.activehealthykids.ca/ReportCard/2009ReportCardOverview.aspx.

Bagley, D. et Klass, P. (1997)

Comparison of the quality of preschoolers' play in housekeeping and thematic sociodramatic play centers. *Journal of Research in Childhood Education*, 12(1), 71-77.

Barnett, S. (1995)

Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. *The Future of Children*, 5(3), 25-50.

Barnett, S. (2004)

Does Head Start have lasting cognitive effects? The myth of fade-out. Dans E. Zigler & S. Styfco (Eds.), *The Head Start debates* (pp. 221-249). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

Barnett, S. (2008)

Preschool education and its lasting effects: Research and policy implications. Boulder and Tempe: Education and the Public Interest Center & Education Policy Research Unit. Consulté le 5 juin 2009 sur : <http://epicpolicy.org/publication/preschool-education>.

Barnett, S. Lamy, C. et Jung, K. (2005, December)

The effects of state prekindergarten programs on young children's school readiness in five states. Rutgers University: National Institute for Early Education Research.

Berlinski, S. Galiani, S. et Gertler, P. (2006, February)

The effect of pre-primary education on primary school performance. Institute for Fiscal Studies: IFS Working Papers W06/04.

Best Start Expert Panel on Early Learning (2006, December)

Early learning for every child today: A framework for Ontario early childhood settings. Consulté le 5 juin 2009 sur : www.gov.on.ca/children/graphics/stel02_183342.pdf.

Bodrova, E. et Leong, D. (2007)

Play and early literacy: A Vygotskian approach. Dans K.A. Roskos & J. F. Christie (Eds.), *Play and literacy in early childhood* (2nd ed). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Boethel, M. (2004)

Annual synthesis. readiness: School, family, & community connections. Austin, TX: Southwest Educational Development Laboratory.

Christakis, D. (2009)

The effects of infant media usage: What do we know and what should we learn? *Acta Paediatrica*, 98, 8-16.

Clements, R., et Jarrett, O. (2000)

Elementary school recess: Then and now. *Streamlined Seminar*, 18(4), 1-4.

Connolly, J. et Doyle, A. (1984)

Relation of social fantasy play to social competence in preschoolers. *Developmental Psychology*, 20, 797-806.

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 4

- Council on Physical Education for Children. (2001)**
 Recess in elementary schools. A position paper from the National Association for Sport and Physical Education. Consulté le 5 juin 2009 sur : www.aahperd.org/naspe/pdf_files/pos_papers/current_res.pdf
- Elementary Teachers' Federation of Ontario (ETFO). (2000)**
 Kindergarten years: Learning through play. Toronto, ON: author.
- Fjortoft, I. (2001)**
 The natural environment as playground for children: The impact of outdoor play activities in pre-primary school children. *Environmental Education*, 29(2), 111-117.
- Florida Head Start State Collaboration Office. (2002)**
 Solutions for enhancing school readiness: Summit proceedings, final report and recommendations. Tallahassee, FL: Florida Head Start Association.
- Ginsburg, K. (2007)**
 The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*, 119(1), 182-191.
- Grenier, D. et Leduc, D. (Eds.) (2008)**
 Well beings: A guide to health in child care (3rd ed.). Ottawa, ON: Canadian Paediatric Society.
- Hewes, J. (2006)**
 Let the children play: Nature's answer to early learning. Lessons in learning. Early Childhood Learning Knowledge Centre, Canadian Council on Learning. Consulté le 4 juin 2009 sur : www.cclcca.ca/CCL/Reports/LessonsInLearning/LinL20061010LearninPlay.htm.
- High, P.C. & the Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care and Council on School Health. (2008)**
 School readiness. *Pediatrics*; 121;e1008-e1015; DOI 10:1542/peds.2008-0079.
- Hirsh-Rasek, K. Michnick Golinkoff, R. Berk, L.E. et Singer, D.G. (2009)**
 A mandate for playful learning in preschool: Presenting the evidence. New York, NY: Oxford University.
- Krafft, K.C. et Berk, L. E. (1998)**
 Private speech in two preschools: Significance of open-ended activities and make-believe play for verbal self-regulation. *Early Childhood Research Quarterly*, 13(4), 637-658.
- Magnuson, K. Meyers, M. Ruhm, C. et Waldfogel, J. (2004)**
 Inequality in preschool education and school readiness. *American Educational Research Journal*, 41(1), 115-157.
- Maryland State Department of Education. (2002)**
 Achieving school readiness: A 5-year action agenda for Maryland. Baltimore, MD: Anne E. Casey Foundation.
- McCall, R. Larsen, L. et Ingram, A. (2003)**
 The science and policies of early childhood education and family services. Dans A. Reynolds, M. Wang, & H. Walberg (Eds.), *Early childhood programs for a new century*, (pp. 255-298). Washington, DC: Child Welfare League of America, Inc.

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 4

National Association for the Education of Young Children/International Reading Association (1998, May)

Learning to read and write: Developmentally appropriate practices for young children. A joint position statement of the National Association for the Education of Young Children and the International Reading Association. Consulté le 5 juin 2009 sur : www.naeyc.org/about/positions/pdf/PSREAD98.PDF.

National Association of Early Childhood Specialists in State Departments of Education (NAECS/SDE) (2002, July)

Recess and the importance of play: A position statement on young children and recess. Consulté le 5 juin 2009 sur : <http://naecs.crc.uiuc.edu/position/recessplay.html>.

National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2008)

Early child development environmental scan report. Antigonish, NS: author.

National Education Goals Panel. (1998, February)

Ready schools: A report of the Goal 1 Ready Schools Resource Group. Washington, DC: author.

National School Readiness Indicators Initiative. (2005)

Getting ready: Findings from the National School Readiness Indicators Initiative - A 17 state partnership. Consulté le 9 juin 2009 sur : www.gettingready.org/matriarch/d.asp?PageID=303&PageName2=pdfhold&p=&PageName=Getting Ready Full Report.pdf

Neuman, S.B. et Roskos, K.A. (1997)

Literacy knowledge in practice: Contexts of participation for young writers and readers. *Reading Research Quarterly*, 32, 10-32.

Office of Educational Research and Improvement. (2002)

Preschool: How best to achieve school success. WestEd Policy Brief. San Francisco, CA: WestEd.

Ontario Ministry of Education. (2006)

The kindergarten program - revised. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario. Consulté le 9 juin 2009 sur : www.edu.gov.on.ca/eng/curriculum/elementary/kindercurrb.pdf. Packer Isenberg, J. & Quisenberry, N. (2002) Play: Essential for all children. Position paper of the Association for Childhood Education International (ACEI).

Parten, M.B. (1932)

Social participation among preschool children. *Journal of Abnormal Psychology*, 27, 243-269.

Parten, M.B. (1933)

Social play among preschool children. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28, 136-147

Pascal, C.E., (2009a)

With our best future in mind: Implementing early learning in Ontario, Report to the Premier by the special advisory on early learning. Consulté le 17 septembre 2009 sur : www.ontario.ca/en/initiatives/early_learning/ONT06_018865.

Pellegrini, A.D. (1980)

The relationship between kindergartners' play and achievement in prereading, language, and writing. *Psychology in the Schools*, 17, 530-535.

Pronin Fromberg, D. (2002)

Play and meaning in early childhood education. Boston, MA: Allyn & Bacon.

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 4

- Ramey, C.T. et Ramey, S. (2004)**
Early educational interventions and intelligence: Implications for Head Start. Dans E. Zigler & S. Styfco (Eds.), *The Head Start debates* (pp. 3-17). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Posner, M. et Rothbart, M. (2006)**
Educating the Human Brain. Washington, DC: American Psychological Association.
- Roskos, K.A. et Christie, J.F. (Eds.) (2000)**
Play and literacy in early childhood: Research from multiple perspectives. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Rubin, K.H. (1982)**
Nonsocial play in preschoolers: Necessarily evil? *Child Development*, 53, 651-657.
- Rubin, K.H. (1988)**
Some “Good news” and some “Not-so-good news” about dramatic play. Dans D. Bergen (Ed.), *Play as a medium for learning and development: A handbook of theory and practice* (pp. 67-71). Portsmouth, NH: Heinemann Educational Books, Inc.
- Rubin, K.H. Watson, K. et Jambor, T. (1978)**
Free-play behaviors in preschool and kindergarten children. *Child Development*, 49, 534-536.
- Sawyer, R.K. (2001)**
Play as improvisational rehearsal: Multiple levels of analysis in children’s play. Dans A. Göncü & E. Klein (Eds.), *Children in play, story, and school* (pp. 19-38). New York, NY: Guilford.
- Smilansky, S. (1968)**
The effects of sociodramatic play on disadvantaged preschool children. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Smith, P.K. et Pellegrini, A. (2008)**
Learning through play. Dans: R.E. Trembley, R.G. Barr, R.DeV. Peters, M. Boivin; (Eds). *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Montreal, QC: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Consulté le 12 octobre 2009 sur : www.child-encyclopedia.com/documents/Smith-PellegriniANGxp.pdf.
- Smith, P.K. et Simon, T. (1984)**
Object play, problem-solving and creativity in children. Dans P.K. Smith (Ed.), *Play in animals and humans* (pp. 199-216). Oxford, England: Basil Blackwell, Inc.
- Shonkoff, J. et Phillips, D. (Eds.). (2000)**
From neurons to neighbourhoods: The science of early childhood development. Washington, DC: National Academy.
- Stone, S. et Christie, J. (1996)**
Collaborative literacy learning during sociodramatic play in a multi-age (K-2) primary classroom. *Journal of Research in Childhood Education*, 10(2), 123-133.
- Tierney, A.L. et Nelson III, C.A., (2009)**
Brain development and the role of experience in the early years. *Zero to Three*, Nov. 9-13

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 4

Zigler, E.F. et Bishop-Josef, S.J. (2004)

Play under siege: A historical overview. Dans E.F. Zigler, D.G. Singer, & S.J. Bishop-Josef (Eds.), *Children's play: The roots of reading* (pp. 1-14). Washington, DC: Zero to Three.

Zigler, E. et Styfco, S. (2003)

The federal commitment to preschool education: Lessons from and for Head Start. Dans A. Reynolds, M. Wang, & H. Walberg (Eds.), *Early childhood programs for a new century* (pp. 3-33). Washington, DC: Child Welfare League of America, Inc.

Zimmerman, F. Christakis, D. et Meltzoff, A. (2007a)

Associations between media viewing and language development in children under age 2 years. *The Journal of Pediatrics*, 151, 364-368.

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 5

Berk, L. et Roberts, W. (2009)

Child development (3rd Canadian ed.). Toronto, ON: Pearson, Allyn et Bacon.

Bridgman-Acker, K. (2009)

Sudden Unexpected Deaths in Infancy (SUDI). Can child welfare make a difference? OACAS Journal; Fall 2009, Volume 54, Number 4. Consulté le 22 janvier 2010 sur : www.oacas.org/pubs/oacas/journal/2009Fall/cw.html

Brilleslijper-Kater, S. Friedrich, W. et Corwin, D. (2004)

Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: Theory and research challenges. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1007-1017.

Brittain, C. (Ed.) (2005)

Understanding the medical diagnosis of child maltreatment: A guide for nonmedical professionals (3rd ed). New York, NY: Oxford University.

Brown, S. Brack, G. et Mullis, F. (2008)

Traumatic symptoms in sexually abused children: Implications for school counsellors. *Professional School Counseling*, 11(6), 368-379.

Canadian Paediatric Society (2004)

Recommendations for safe sleeping environments for infants and children. [Electronic version] *Paediatric Child Health*, 9(9), 659-663. Consulté le 10 janvier 2010 sur : www.cps.ca/English/statements/CP/cp04-02.htm

Case, P. (2007)

Compensating child abuse in England and Wales. New York, NY: Cambridge University.

Children's Aid Society of Ottawa. (2005)

Child abuse. Ottawa, ON. Consulté le 4 juillet 2009 sur : www.casott.on.ca/publications/43.pdf

Christensen, E. (1999)

The prevalence and nature of abuse and neglect in children under four: A national survey. *Child Abuse Review*, 8, 109-119.

Christian, C.W. Block, R. & the Committee on Child Abuse and Neglect. (2009)

Policy statement: Abusive Head Trauma in Infants and Children. *Pediatrics*, Vol. 123 No. 5 May, pp. 1409-1411/peds. 2009-0408.

Cunningham, A. Baker, L. and the Centre for Children and Families in the Justice System. (2007)

Little ears, little eyes: How violence against a mother shapes children as they grow. Public Health Agency of Canada, Ottawa, ON. Consulté le 30 avril 2010 sur : www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/pdfs/fem-2007-LELE_e.pdf

Department of Justice Canada. (2005)

Sexual abuse and exploitation of children and youth: A fact sheet from the Department of Justice Canada. Ottawa, ON. Consulté le 4 juillet 2009 sur : www.justice.gc.ca/eng/pi/fv-vf/facts-info/sex_abu.html

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 5

- Dubowitz, H. Newton, R. Litrownik, A. Lewis, T. Briggs, E. Thompson, R. English, D. Lee, L. & Feerick, M. (2005)**
Examination of a conceptual model of child neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 173-189.
- English, D. Thompson, R. Graham, J. et Briggs, E. (2005)**
Toward a definition of neglect in young children. *Child Maltreatment*, 10(2), 190-206.
- Farchi, S. Rossi, P., Chini, F. Camlloni, L. Di Giorgio, M. Guasticchi, G. et Borgia, P. (2006)**
Unintentional home injuries reported by an emergency-based surveillance system: Incidence, hospitalisation rate and mortality. *Accident Analysis and Prevention*, 38, 843-853.
- Felman, Y. et Nikitas, J. (1995)**
Sexually transmitted diseases and child sexual abuse. Dans B. Finkelstein (Ed.), *Child abuse: A multidisciplinary survey* (pp. 53-59). New York: Taylor & Francis.
- Fusco, R. et Fantuzzo, J. (2009)**
Domestic violence crimes and children: A population-based investigation of direct sensory exposure and the nature of involvement. *Children and Youth Services Review*, 31, 249-256.
- Glicken, M. (2006)**
Social work in the 21st century. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Grenier, D. et Leduc, D. (Eds.) (2008)**
Well beings: A guide to health in child care (3rd ed.). Ottawa, ON: Canadian Paediatric Society.
- Health Canada. (2008)**
Safe sleep practices for infants. Consulté le 3 juillet 2009 sur : www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/advisories-avis/aw-am/sleep-sommeil-eng.php
- Hunt, C. et Hauck, F. (2006)**
Sudden infant death syndrome. *Canadian Medical Association Journal*, 174(13), 1861-1869.
- Jenkins, P. et Davidson, B. (2001)**
Stopping domestic violence: How a community can prevent spousal abuse. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Lambie, G. (2005)**
Child abuse and neglect: A practical guide for professional school counsellors. *Professional School Counselling*, 8(3), 249-258.
- Lewin, D. et Herron, H. (2007)**
Signs, symptoms and risk factors: Health visitors' perspectives of child neglect. *Child Abuse Review*, 16, 93-107.
- McGowan, P. Sasaki, A. D'Alessio, A. Dymov, S. Labonte, B. Szyf, M. Turecki, G. et Meaney, M. (2009)**
Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 12, 342-348.
- McKibbin, J. et Walton, A. (2008)**
Leadership & management in health and social care for NVQ/SVQ level 4. Harlow, Essex: Heinemann.

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 5

Mikton, C. et Butchart, A. (2009)

Child maltreatment prevention: A systematic review of reviews. *Bulletin World Health Organization*, 87, 353-361.

Ministry of Children and Youth Services. (2005)

Reporting child abuse & neglect: It's your duty. Your responsibilities under the Child and Family Services Act. Consulté le 3 juillet 2009 sur : www.gov.on.ca/children/graphics/stel02_179889.pdf

Mraz, M. (2009)

The physical manifestations of shaken baby syndrome. *Journal of Forensic Nursing*, 5, 26-30.

Muscari, M. (2004)

Pediatric nursing (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Nansel, T. Weaver, N. Jacobsen, H. Glasheen, C. et Kreuter, M. (2008)

Preventing unintentional pediatric injuries: A tailored intervention for parents and providers. *Health Education Research*, 23(4), 656-669.

Nies, M. et McEwen, M. (2001)

Community health nursing: Promoting the health of populations (3rd ed.). Philadelphia, PA: A Saunders Title.

Palmatier, L. (Ed.). (1997)

Crisis counselling for a quality school community. New York, NY: Routledge.

Paradise, J. (2002)

Vaginal discharge. Dans G. Fleisher & S. Ludwig (Eds.), *Synopsis of pediatric emergency medicine (4th ed.)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Powell, C. (2003)

Early indicators of child abuse and neglect: A multi-professional Delphi study. *Child Abuse Review*, 12, 25-40.

Reardon, K. et Noblet, C. (2008)

Childhood denied: Ending the nightmare of child abuse and neglect. Los Angeles, CA: Sage Publications.

Reece, R. (2000)

Treatment of child abuse. Baltimore, MD: John Hopkins University.

Reyes, C. Rudman, W. et Hewitt, C. (Eds.) (2002)

Domestic violence and health care: Policies and prevention. New York, NY: Haworth Medical.

Reynolds, A. (2008)

Shaken baby syndrome: Diagnosis and treatment. *Radiologic Technology*, 80(2), 151-170.

Rimer, P. et Prager, B. (1998)

Reaching out: Working together to identify and respond to child victims of abuse. Scarborough, ON: ITP Nelson.

Safe Kids Canada (sans date)

Children's safety. Consulté le 12 janvier 2010 sur : www.safekid.org/

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 5

- Scannapieco, M. et Connell-Carrick, K. (2005)**
Understanding child maltreatment: An ecological and developmental perspective. New York, NY: Oxford University.
- Schoentjes, E. Deboutte, D. et Friedrich, W. (1999)**
Child sexual behavior inventory: A Dutch-speaking normative sample. *Pediatrics*, 104, 885-893.
- Schnitzer, P. (2006)**
Prevention of unintentional childhood injuries. *American Family Physician*, 74(11), 1864-1869.
- Smith, J. (2003)**
Shaken baby syndrome. *Orthopaedic Nursing*, 22(3), 196-203.
- Stocker, J.T. et Dehner, L. (2001)**
Pediatric pathology (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stoudemire, A. (1998)**
Human behavior: An introduction for medical students (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Trocmé, N. Fallon, B. MacLaurin, B. Daciuk, J. Felstiner, C. Black, T. et coll. (2005)**
Canadian incidence study of reported child abuse and neglect - 2003: Major findings. Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Volbert, R. (2001)**
Sexual knowledge of preschool children. Dans T. Sandfort & J. Rademakers (Eds.), *Childhood sexuality: Normal sexual behavior and development* (pp. 5-26). New York, NY: Haworth.
- World Health Organization. (2002)**
World report on violence and health. Geneva, Switzerland: author. Retrieved July 6, 2009 from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf
- World Health Organization. (2008)**
World report on child injury prevention. Geneva, Switzerland: author.
- Ziegler, D. Sammut, J. et Piper, J. (2005)**
Assessment and follow-up of suspected child abuse in preschool children with fractures seen in a general hospital emergency department. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 41, 251-255.

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 6

Blair, C. et Diamond, A. (2008)

Biological processes in prevention and intervention: The promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and Psychopathology*. 20, 899-911.

Child and Family Services Act (1990)

Duty to report a child in need of protection. Government of Canada e-laws. Consulté le 4 novembre 2009 sur : www.elaws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90c11_e.htm#BK113.

Expert Panel on the 18-Month Well Baby Visit (2005, September)

Getting it right at 18 months ... Making it right for a lifetime. Consulté le 26 mars 2009 sur : www.ocfp.on.ca/local/files/CME/Research/FinalRpt-18MonthPrjct-ENG.pdf.

First Signs (2009)

Sharing concerns, physician to parent. Online. Consulté le 16 mars 2009 sur : www.ecdgroup.com/issues_15_childrearing_practices.asp

Greenwood, A. et Steyn, D. (2009, February 16)

UBC Library - Criteria for Evaluating Online Resources. Consulté le 18 juillet 2009 sur : www.library.ubc.ca/home/evaluating/.

Linder, T. (2008)

Transdisciplinary play-based assessment. (Ed. 2)(TPBA 2). Baltimore, MD: Brookes Publishers.

Mavropoulos, Y. (2000)

Welcome to our slideshow on families and cultural sensitivity. University of Vermont, Para-educators Resource and Learning Centre (PRLC). Consulté le 7 juillet 2009 sur : www.uvm.edu/~cdci/prlc/unit5_slide/tsld001.htm

National Association for the Education of Young Children (1995, November)

Responding to linguistic and cultural diversity: Recommendations for effective early childhood education. A position statement of the National Association for the Education of Young Children. Consulté le 26 mars 2009 sur : www.naeyc.org/about/positions/pdf/PSDIV98.PDF.

Quappe, S. et Cantatore, G. (2005)

What is cultural awareness, anyway? How do I build it? Online. Consulté le 17 juillet 2008 sur : www.culturocity.com/articles/wahtisculturalawareness.htm.

Snow, C.E. et Van Hemel, S.B. (2008)

Early childhood assessment: Why, what, and how? Washington, DC: National Academic

TeKolste, K. (2009)

Sharing sensitive news, communicating sensitive subjects to parents and children. Online publication. Consulté le 11 mars 2009 sur : www.medicalhome.org/physicians/share_badnews.cfm.

Thompson, R.A. (2009)

Doing what doesn't come naturally: The development of self regulation. *Zero to Three*; November, 33-36.

UC Berkeley Library (2009, May 16)

Evaluating Web Pages: Techniques to Apply and Questions to Ask. Consulté le 18 juillet 2009 sur : www.lib.berkeley.edu/TeachingLib/Guides/Internet/Evaluate.html.

Section 9 Références et sites Web

Références - Section 8

Abbott, A. et Bartlett, D. (2000)

Infant motor development and equipment use in the home. *Child: Care, Health and Development* 27(3), 295-306.

Bricker, D. et Squires, J. (1999)

Early childhood measurement and Evaluation Resource Centre tool review: Ages and stages questionnaire (ASQ): A parent-completed, child-monitoring system (2nd Ed.). Baltimore, MD: Brooks Publishing.

Dahinten, V.S. et Ford, L. (2004)

Validation of the Nipissing District Developmental Screen for the use with infants and toddlers: Working paper. University of British Columbia, Vancouver, BC.

Early Years and Healthy Child Development Branch, Integrated Services for Children Division, Ministry of Health and Long-term Care & Ministry of Community, Family and Children's Services (2003)

Healthy Babies Healthy Children: Complete guide to screening and assessment. Author: Toronto, ON.

Infant Hearing Program (2002)

Screening training manual. (Rev.Ed.). Toronto, ON: Ministry of Health and Long-term Care.

Middlesex London Health Unit (2000)

Task force of the effects of women abuse - final report. London, ON: author.

Piper, M.C. et Darrah, J. (1994)

Motor assessment of the developing infant. Philadelphia: Saunders

Prakash, P. Jokovic, A. et Locker, D. (2006)

Development and validation of a pediatric dental screening instrument. Community Dental Health Services Research Unit. Health Measurement and Epidemiology. Report No. 22. Dundee, UK: Dundee University.

Randall Simpson, J.A. Keller, H.H. Rysdale, L.A. et Beyers, J.E. (2007)

Nutrition Screening Tool for Every Preschooler (NutriSTEP): Validation and test-retest reliability of a parent administered questionnaire assessing nutrition risk of preschoolers. *European Journal of Clinical Nutrition*. 1-11. Consulté le 6 août 2009 sur : www.nature.com/ejcn/journal/v62/n6/abs/1602780a.html.

Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) (2005)

Nursing best practice guidelines: Woman abuse: Screening, identification and initial response. Toronto, ON: author.

Rourke, L. Leduc, D. Rourke, J. et Constantin, E. (2006)

Health supervision from 0 - 5 years the Rourke Baby Record 2006. *Canadian Family Physician*; [online] Consulté le 21 janvier 2010 sur : www.cfpc.ca/cfp/2006/oct/vol52-oct-fpwatch-rourke.asp.

Sudbury and District Health Unit, Simpson, J.S. Keller, H. & the Nutrition Resource Centre. (2009)

NutriStep: Nutrition for every preschooler. Guelph, ON: University of Guelph Business Development Office. Consulté le 21 janvier 2010 sur : www.nutristep.ca/.

Tse, L. et coll. (2008)

Concurrent validity of the Harris Infant Neuromotor Test and the Alberta Infant Motor Scale. *Journal of Pediatric Nursing* 23 (1), 28-36.

Section 9 Références et sites Web

Sites Web supplémentaires

(Certains sites sont disponibles seulement en anglais, même si l'organisme s'est doté d'un nom dans les deux langues officielles.)

- ♦ **Académie canadienne d'audiologie (en anglais seulement)**
www.canadianaudiology.ca
- ♦ **Agence de la santé publique du Canada**
 - Initiative sur la violence familiale - Centre national d'information sur la violence dans la famille**
www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/index-fra.php
 - Division de l'enfance et de l'adolescence**
www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/index-fra.php
 - Déterminants sociaux de la santé**
www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php
- ♦ **Association canadienne des centres de santé pédiatriques (en anglais seulement)**
www.caphc.org
- ♦ **Association canadienne des programmes de ressources pour la famille**
www.frp.ca/index.cfm?nodeId=3
- ♦ **Association of Early Childhood Educators Ontario (AECEO) (en anglais seulement)**
www.aeceo.ca
- ♦ **Baby's Breath (en anglais seulement)**
www.babysbreathcanada.ca
- ♦ **Baby-Friendly Initiative Ontario (en anglais seulement)**
www.bfontario.ca
- ♦ **Bébés et enfants autochtones en santé (en anglais seulement)**
www.mcsc.gov.on.ca/fr/mcsc/programs/community/programsforaboriginalpeople.aspx/programs/ahbhc/ahbhc_top.html
- ♦ **Bureaux de santé - Ligne INFO**
www.health.gov.on.ca/french/publicf/contactf/phuf/phu_mnf.html
- ♦ **Center on the Developing Child - Harvard University (en anglais seulement)**
www.developingchild.harvard.edu/
- ♦ **Centre anti-poison de l'Ontario**
www.ontariopoisoncentre.com/poisoncentre/
- ♦ **Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé**
www.nccdh.ca/fr

Section 9 Références et sites Web

- ♦ **Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales**
www.clipp.ca
- ♦ **Centre de ressources en nutrition (en anglais seulement)**
www.nutritionrc.ca
- ♦ **Centre de ressources Meilleur départ**
www.meilleurdepart.org/resources/index.html
- ♦ **Centre de toxicomanie et de santé mentale**
www.camh.net/fr/index.html
- ♦ **Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents**
www.excellencepourenfantsados.ca/
- ♦ **Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants**
www.excellence-earlychildhood.ca/home.asp?lang=FR
- ♦ **Child Resource and Research Unit (en anglais seulement)**
www.childcarecanada.org
- ♦ **Child Trauma Academy (en anglais seulement)**
www.ChildTrauma.org
- ♦ **Children's Health & Safety Association (en anglais seulement)**
www.safekid.org/
- ♦ **College of Dental Hygienists of Ontario (en anglais seulement)**
www.cdho.org
- ♦ **Comité canadien pour l'allaitement**
www.breastfeedingcanada.ca
- ♦ **Community Living Toronto - Connectability (en anglais seulement)**
www.connectability.ca
- ♦ **Education Resources Information Centre (ERIC database) (en anglais seulement)**
www.eric.ed.gov
- ♦ **Enfants et adolescents autochtones**
www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/aboriginal/index.aspx
- ♦ **Fédération canadienne des services de garde à l'enfance**
www.cccf-fcsge.ca/fr/
- ♦ **Food Allergy Research & Education (FARE) (en anglais seulement)**
www.foodallergy.org
- ♦ **Hincks-Dellcrest Centre (en anglais seulement)**
www.hincksdellcrest.org

Section 9 Références et sites Web

- ◆ **Infant Mental Health Promotion (en anglais seulement)**
www.imhpromotion.ca/
- ◆ **Institut canadien de la santé infantile**
www.cich.ca
- ◆ **Institut national canadien des aveugles**
www.inca.ca/fr/
- ◆ **International Literacy Association (en anglais seulement)**
www.literacyworldwide.org/
- ◆ **La Société canadienne de l'ouïe**
www.chs.ca/fr/
- ◆ **L'Association dentaire canadienne**
www.cda-adc.ca
- ◆ **Les diététistes du Canada**
www.dietitians.ca
- ◆ **Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada**
www.cwlc.ca/fr/home
- ◆ **L'Institut Vanier de la famille**
www.vanierinstitute.ca
- ◆ **Loi sur les services à l'enfance et à la famille (1990; mise à jour : 2014)**
www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90c11_f.htm
- ◆ **Ministère de la Justice Canada**
www.justice.gc.ca
- ◆ **Ministère de la Santé et des Soins de longue durée - santé dentaire:
Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE)**
www.mhp.gov.on.ca/fr/healthy-communities/dental/default.asp
- ◆ **Ministère de l'Éducation de l'Ontario Centres de la petite enfance**
www.ontario.ca/petiteenfance
 - Garde d'enfants**
www.edu.gov.on.ca/gardedenfants/professionals.html
 - Programme du jardin d'enfants**
www.edu.gov.on.ca/fre/curriculum/elementary/kindercurrb.pdf
 - Planification de l'entrée à l'école**
www.edu.gov.on.ca/fre/parents/planningentryf.html

Section 9 Références et sites Web

- ♦ **Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario**
 - Centres de la petite enfance**
www.oeyc.edu.gov.on.ca/French/
 - Enfants autochtones**
www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/aboriginal/index.aspx
 - Bébés et enfants en santé**
www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/health/index.aspx
 - Enfants aveugles ou ayant une basse vision**
www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/blindnesslowvision/index.aspx
 - Ouïe des enfants**
www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/hearing/index.aspx
 - Parole et langage à l'âge préscolaire**
www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/earlychildhood/speechlanguage/index.aspx
 - Besoins particuliers**
www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/specialneeds/index.aspx
- ♦ **Motherisk (en anglais seulement)**
www.motherisk.org
- ♦ **Naissances multiples Canada (en anglais seulement)**
www.multiplebirthscanada.org
- ♦ **National Association for the Education of Young Children (en anglais seulement)**
www.naeyc.org
- ♦ **National Center on Shaken Baby Syndrome (en anglais seulement)**
www.dontshake.org
- ♦ **Ontario Association of Children's Aid Societies (en anglais seulement)**
www.oacas.org
- ♦ **Ontario Federation of Indigenous Friendship Centres (en anglais seulement)**
www.ofifc.org
- ♦ **Ontario Injury Prevention Resource Centre (en anglais seulement)**
www.oninjuryresources.ca/home
- ♦ **Orthophonie et Audiologie Canada**
www.oac-sac.ca/

Section 9 Références et sites Web

- ◆ **OPHEA**
www.ophea.net/node/8?language=fr
- ◆ **Parents Anonymous (en anglais seulement)**
www.parentsanonymous.org
- ◆ **Playing for Keeps (en anglais seulement)**
www.playingforkeeps.ca/
- ◆ **Rainbows Canada - Rainbows Peer Support Program (en anglais seulement)**
www.rainbows.ca
- ◆ **Reading is Fundamental (en anglais seulement)**
www.rif.org
- ◆ **Reading Rockets (en anglais seulement)**
www.readingrockets.org
- ◆ **Ressource sur les routes sécuritaires de l'Ontario**
www.ontarioroadsafety.ca
- ◆ **Right to Play (anciennement appelé Olympic Aid) (en plusieurs langues)**
www.righttoplay.com
- ◆ **Saine alimentation Ontario**
www.ontario.ca/sainealimentation
- ◆ **Santé Canada**
www.hc-sc.gc.ca
 - Bien manger avec le Guide alimentaire canadien**
www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/order-commander/index-fra.php
 - Ressources sur la sécurité des enfants**
www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/pubs/cons/index-fra.php
 - La nutrition du nourrisson né à terme et en santé**
www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/recom/index-fra.php
- ◆ **Santé mentale pour enfants Ontario (en anglais seulement)**
www.kidsmentalhealth.ca
- ◆ **School Readiness to Learn (SRL) project (en anglais seulement)**
www.offordcentre.com/readiness/index.html
- ◆ **SEDL (en anglais seulement)**
www.sedl.org/reading

Section 9 Références et sites Web

- ♦ **Société canadienne de pédiatrie**
www.cps.ca/fr/
- ♦ **Société de sauvetage**
www.lifesaving.ca/?lang=fr
- ♦ **Speech Delay (en anglais seulement)**
www.speechdelay.com
- ♦ **The Association for the Study of Play (TASP) (en anglais seulement)**
www.tasplay.org
- ♦ **The Hanen Centre (en anglais seulement)**
www.hanen.org

Section 9 Références et sites Web

Sites Web pour les parents

(Certains sites sont disponibles seulement en anglais, même si l'organisme s'est doté d'un nom dans les deux langues officielles.)

- ♦ **Association canadienne des programmes de ressources pour la famille (FRP Canada)**
www.frp.ca/index.cfm?nodeId=3
- ♦ ***Bien manger avec le Guide alimentaire canadien***
www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/order-commander/index-fra.php
- ♦ **Centres de la petite enfance**
www.ontario.ca/petiteenfance
- ♦ **Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses (CIMRI)**
www.phac-aspc.gc.ca/irid-diir/index-fra.php
- ♦ **Centre de ressources Meilleur départ**
www.fr.meilleurdepart.org/pour-les-parents
- ♦ **Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants**
www.enfant-encyclopedie.com/feuillet-d-information
- ♦ **Fédération canadienne des services de garde à l'enfance**
www.cccf-fcsge.ca/fr/
- ♦ **La Leche League Canada (en anglais seulement)**
www.lllc.ca
- ♦ **Ministère de l'Éducation de l'Ontario**
www.ontario.ca/education
- ♦ **Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario**
www.ontario.ca/enfants
- ♦ **Motherisk (en anglais seulement)**
www.motherisk.org
- ♦ **NutriSTEP^{MD} (en partie en français)**
www.nutristep.ca/en/french.aspx
- ♦ **Saine alimentation Ontario**
www.ontario.ca/sainealimentation
- ♦ **Société canadienne de pédiatrie**
<http://www.cps.ca/fr/>

Section 10 Nous joindre

Le Centre de ressources Meilleur départ est un programme clé de Nexus Santé (un organisme ontarien qui appuie les activités de promotion de la santé depuis de nombreuses années). Le Centre bénéficie du soutien financier du gouvernement de l'Ontario.

Le Centre aide les fournisseurs de soins à mettre en œuvre les stratégies de promotion de la santé destinées aux futurs et nouveaux parents, aux nouveau-nés et aux jeunes enfants en offrant des services de consultation, d'échange de connaissances, d'élaboration de ressources, de réseautage et de formation, en français et en anglais.

Pour en savoir plus sur le guide Sur la bonne voie, n'hésitez pas à communiquer avec le Centre de ressources Meilleur départ :



by/par health **nexus** santé

Centre des ressources Meilleur départ
a/s Nexus Santé
180, rue Dundas Ouest, bureau 301
Toronto (Ontario) M5G 1Z8
Téléphone : 1 800 397-9567 (sans frais) 416 408-2249
Télécopieur : 416 408-2122

meilleurdepart@nexussante.ca
www.meilleurdepart.org

Ce document a été préparé avec le soutien financier du gouvernement de l'Ontario. L'information présentée reflète l'opinion de ses auteurs et n'a pas été officiellement approuvée par le gouvernement de l'Ontario. Les ressources et les programmes cités dans ce guide ne sont pas nécessairement approuvés par le Centre de ressources Meilleur départ ou le gouvernement de l'Ontario. Bien que la participation du comité consultatif ait été essentielle à l'élaboration de cette ressource Meilleur départ, les décisions définitives relatives à son contenu ont été prises par le Centre de ressources Meilleur départ.