

**Mémoire déposé dans le cadre des
audiences d'experts de la Commission
sur l'éducation à la petite enfance**

AUTEURE

Julie Poissant, experte en périnatalité et petite enfance, chercheuse d'établissement
Direction du développement des individus et des communautés

MISE EN PAGE

Sophie Michel, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

L'auteure souhaite remercier ses collègues Julie Laforest, Léa Gamache, Geneviève Lapointe, Irène Langis et Yun Jen pour leurs précieux commentaires lors de la rédaction de ce mémoire.

NOTES

Les opinions exprimées dans ce mémoire n'engagent que l'auteure et ne représentent pas nécessairement celles de l'Institut national de santé publique du Québec.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 4 trimestre 2016
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-76892-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2016)

Avant-propos

La Commission sur l'éducation à la petite enfance invite au dialogue autour des services de garde éducatifs dans une perspective d'égalité des chances pour tous les enfants du Québec. La Commission est sous la responsabilité de l'Institut du Nouveau Monde et fait suite à une initiative de l'Association québécoise des centres de la petite enfance. L'exercice proposé par l'Institut du Nouveau Monde se veut indépendant, citoyen et non partisan.

La perspective de l'égalité des chances adoptée par la Commission fait écho à celle adoptée par les actions de santé publique. En effet, le Programme national de santé publique 2015-2025 (PNSP), qui constitue le principal cadre d'action pour agir sur les déterminants qui influencent la santé (MSSS, 2015), propose une action de santé publique forte, accessible, efficace et efficiente qui entraîne des gains de santé dans la population et particulièrement au sein des populations vulnérables. Le programme préconise l'adaptation des approches d'intervention et des pratiques pour tenir compte des inégalités sociales de santé en suivant le principe d'universalisme proportionné. On y reconnaît aussi l'importance du développement des enfants et des jeunes pour la santé en y consacrant l'un de ces axes d'interventions. À cet égard, deux des interventions mises de l'avant dans le PNSP sont particulièrement pertinentes pour ce mémoire : 1) collaborer avec les partenaires des services de garde éducatifs à l'enfant pour la planification et la mise en œuvre d'intervention de promotion et de prévention visant le développement des enfants et particulièrement de ceux vivant en contexte de vulnérabilité; 2) collaborer à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables au développement global des enfants liées notamment à l'accès aux services de garde éducatifs (MSSS, 2015, p. 42).

Ce mémoire s'inscrit dans la phase 1 de la consultation qui débute par des audiences publiques d'experts. L'auteure de ce mémoire a été invitée à participer au dialogue. Son expertise repose sur des travaux menés depuis 14 ans sur le développement des enfants, le soutien aux familles vivant en contexte de vulnérabilité ainsi que sur les inégalités sociales et de santé au sein de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)¹. Le présent mémoire reprend d'ailleurs certains contenus des publications de l'INSPQ dans ces dossiers.

¹ L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est un centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements de ce réseau dans l'exercice de leurs responsabilités. L'une des missions de l'INSPQ est d'apporter un éclairage scientifique sur les enjeux touchant la santé de la population en rendant disponible son expertise.

Table des matières

Faits saillants	1
1 Introduction	2
2 Viser l'égalité des chances, une perspective appuyée par des connaissances scientifiques	3
3 Dimensions de la consultation	5
3.1 L'universalité	5
3.2 L'accessibilité.....	6
3.3 La qualité.....	7
4 Conclusion	8
Références	9

Faits saillants

La qualité des expériences des enfants et la qualité des relations avec les personnes qui s'occupent d'eux dans les milieux où ils vivent, grandissent et apprennent influencent de manière déterminante leur développement. Ce développement est à son tour un déterminant de la santé, du bien-être et des capacités d'apprentissage pour le reste de la vie.

En 2013, une étude québécoise constatait des écarts importants dans le développement des enfants au moment de commencer l'école selon les caractéristiques socioéconomiques de leur milieu de vie. Ces écarts sont jugés injustes et évitables. Or, la mobilité vers le haut au sein des classes sociales plus tard dans la vie ne permet pas de compenser les effets précoces d'avoir grandi dans des conditions de vie difficiles. C'est plutôt la prévention et l'intervention précoces qui s'avèrent des stratégies efficaces pour faire face aux conséquences complexes des désavantages sociaux lors de la petite enfance. Les services de garde éducatifs font partie des mesures susceptibles d'agir sur ces écarts en protégeant les enfants des effets de l'adversité économique, mais à condition de fréquenter un centre de la petite enfance (CPE) tôt dans la vie.

De plus, pour que les actions de prévention ou d'intervention précoces agissent sur ces écarts, plusieurs prônent, depuis quelques années, l'approche de l'universalisme proportionné. L'universalisme proportionné consiste à offrir des interventions universelles à tous, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins. Son application aux services de garde éducatifs pourrait se traduire par : 1) le maintien de l'offre universelle à tous les enfants; 2) le soutien accru aux enfants présentant des vulnérabilités dans leur développement avec la collaboration du réseau de la santé et des services sociaux et 3) la mise en œuvre de mesures visant à réduire ou éliminer les barrières d'accès et particulièrement pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité.

L'accroissement du nombre de places réservées pour les enfants vivant en contexte de vulnérabilité, en augmentant le nombre de CPE et de CSSS signant un protocole d'entente, pourrait être une piste pour réduire la barrière liée au manque de places. Alors que l'exemption de la contribution parentale de base pour une fréquentation à temps plein plutôt qu'à temps partiel à tous les parents qui reçoivent une prestation en application du Programme d'aide sociale ou du Programme de solidarité sociale pourrait être une piste à explorer pour réduire la barrière d'accès liée aux coûts.

Enfin, pour tendre vers une plus grande uniformité dans la qualité entre les différents types de services, accroître les exigences de formation initiale et continue des responsables de service de garde en milieu familial devrait être une piste à prendre en considération.

Bref, une offre de services de garde éducatifs universelle, accessible, de qualité et proportionnée pour s'adapter aux besoins des enfants vulnérables dans leur développement est un outil essentiel pour assurer à tous les enfants du Québec un bon départ dans la vie.

1 Introduction

Les milieux dans lesquels vivent, grandissent et apprennent les enfants, ainsi que la qualité de leurs relations avec les adultes et les personnes qui s'occupent d'eux, influencent grandement leur développement. Les avancées dans les domaines de la neuroscience, de la biologie moléculaire et du génome révèlent que les expériences vécues lors des premières années de vie incluant la période utérine modifient la structure du cerveau et créent des mémoires biologiques qui influenceront l'individu tout au long de son existence (voir Boivin et collab., 2012; Center on the Developing Child at Harvard University, 2011). Par exemple, grâce aux études longitudinales qui suivent le développement des enfants de la naissance à l'âge adulte, il est maintenant reconnu que de nombreux défis de la société actuelle comme les problèmes de santé mentale, l'obésité, les maladies du cœur, la criminalité, mais aussi les compétences en littératie, en numératie trouvent racine dans ce qui s'est passé durant les premières années de vie (voir Irwin et collab., 2007). Bref, ce développement est à son tour un déterminant de la santé, du bien-être et des capacités d'apprentissages pour le reste de la vie (Irwin et collab., 2007), d'où l'importance de cette période dans le développement humain.

2 Viser l'égalité des chances, une perspective appuyée par des connaissances scientifiques

Cette section aborde la perspective de l'égalité des chances adoptée par la Commission.

Les enfants du Québec ont-ils des chances égales de se développer à leur plein potentiel?

Les données de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM)² révèlent que ce n'est pas le cas puisqu'il existe des écarts importants entre les enfants au moment de commencer l'école selon le degré de défavorisation de leur milieu de vie. De fait, une plus grande proportion d'enfants qualifiée de vulnérable dans au moins un domaine de développement³ se retrouve dans les milieux défavorisés⁴ que dans les milieux plus favorisés (31 % comparativement à 21 %) (Simard et collab., 2013). Ces écarts ne s'observent pas uniquement entre les enfants provenant de familles les plus défavorisées et les plus fortunées. Ils suivent une gradation ascendante en fonction de la situation socioéconomique de leur milieu de vie. On parle alors d'un gradient social en santé. En d'autres mots, les enfants des milieux socioéconomiques élevés ont une meilleure santé que ceux des milieux de classe moyenne et que ces derniers ont une meilleure santé que ceux des milieux défavorisés. Ces écarts systématiques entre les enfants selon leur milieu de vie s'expliquent par le fait qu'« à chaque position sociale correspond un niveau spécifique de ressources (matérielles, comportementales ou psychosociales) et une exposition à un certain nombre de facteurs de risque. La combinaison entre ces ressources et ces risques produit des différences sociales de santé » (p. 11 de Moleux et collab., 2011). Ces écarts de santé associés à des avantages ou des désavantages sociaux sont considérés comme injustes et évitables (CCNDS, 2015).

Plusieurs études montrent que ces écarts peuvent s'accroître avec le temps (Ramey et Ramey, 2004) et engendrer des séquelles à long terme sur la performance scolaire, la santé et l'adaptation psychosociale de l'enfant (Doherty, 2007; Japel, 2008; Ramey et Ramey, 2004). Par exemple, une étude longitudinale a observé que les enfants ayant un certain retard cognitif avant deux ans ont tendance à rattraper ce retard dans les années subséquentes lorsqu'ils proviennent de familles favorisées, alors que ce retard est beaucoup plus difficile à rattraper lorsque l'enfant provient d'une famille à faible revenu (Feinstein, 2003). De plus, selon une autre étude longitudinale britannique, les enfants qui vivaient en bas âge dans des milieux défavorisés étaient 2,3 fois plus susceptibles d'avoir des difficultés dans leur parcours scolaire à 15-16 ans que les enfants des milieux plus favorisés (Chittleborough et collab., 2014). Enfin, l'étude longitudinale d'envergure de Poulton (2002) révèle que les enfants de familles défavorisées ont une moins bonne santé physique, mentale et dentaire à 26 ans (Poulton, 2002), mais également que les conditions de vie durant la petite enfance ont une influence négative à long terme sur la santé de l'adulte indépendamment du niveau socioéconomique atteint à l'âge adulte. La mobilité vers le haut au sein des classes sociales ne permet donc pas de compenser les effets précoces d'avoir grandi dans des conditions de vie difficiles.

Heureusement, Pikhart et collab. (2014) suggère qu'une prévention et une intervention précoces sont des stratégies efficaces pour faire face aux conséquences complexes des désavantages sociaux lors de la petite enfance. Plusieurs études provenant de divers pays et du Québec démontrent que la fréquentation d'un service de garde de qualité permet de favoriser l'équité dès le départ (Conseil supérieur de l'éducation, 2012; Marmot Review Team, 2010, Doherty, 2007; Giguère et Desrosiers, 2010; Japel, 2008; Mitchell, Wylie et Carr, 2008; Duncan et Magnuson, 2013; Bigras, Lemay et Tremblay, 2012, Laurin & collab., 2015). Les effets bénéfiques de ces services pour les enfants provenant de milieux défavorisés peuvent même perdurer jusqu'à l'âge adulte (Schweinhart et collab., 2005).

² L'EQDEM est une enquête de type recensement qui fournit des informations sur l'état de développement des enfants à la maternelle d'après leurs enseignants.

³ Un enfant est considéré comme étant vulnérable lorsque son score pour un domaine est égal ou inférieur au score correspondant au 10^e centile de la distribution de l'ensemble des enfants à la maternelle pour ce domaine. À partir des résultats dans chacun des domaines, un indicateur du développement global a été calculé. Il permet de déterminer la vulnérabilité dans au moins un domaine.

⁴ La dimension matérielle de l'indice de Pampalon & Raymond comporte trois indicateurs : 1) la proportion de personnes sans diplôme secondaire, 2) le revenu individuel moyen et 3) le rapport emploi/population chez les 15 ans et plus (Simard et collab., 2013).

Au Québec, des données de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) permettent d'observer une association bénéfique entre le parcours préscolaire (d'après l'enseignante) et le développement. La proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine provenant des milieux les plus défavorisés (5^e quintile) est de 44,3 % pour les enfants n'ayant ni fréquenté un service de garde ni la maternelle 4 ans, alors qu'il est de 23 % pour ceux ayant fréquenté le service éducatif de garde et la maternelle à 4 ans (Simard et collab., 2013).

D'autres données provenant de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP)⁵ apportent des précisions sur l'effet du parcours préscolaire (d'après le parent) et le développement (Laurin et collab., 2015; Guay et collab., 2015). Parmi les familles défavorisées, les enfants qui fréquentent exclusivement un centre de la petite enfance (CPE) sont 3,3 fois moins susceptibles d'être vulnérables dans au moins un domaine que leurs pairs n'ayant pas fréquenté de service de garde éducatif. Toujours parmi les familles défavorisées, les enfants qui fréquentent exclusivement un CPE sont 2,5 fois moins susceptibles d'être vulnérables que leurs pairs qui présentent un autre profil de fréquentation de services de garde éducatifs (par exemple en milieu familial) (Laurin et collab., 2015).

Enfin, d'autres données provenant de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ)⁶ montrent que les services de garde éducatifs lors de la petite enfance peuvent réduire les inégalités sociales dans la performance académique à l'âge de 12 ans. Les enfants provenant des milieux défavorisés qui fréquentent un service de garde éducatif lors de la petite enfance (tous les types confondus) de manière intensive (plus de 35 heures par semaine) ont de meilleures performances en lecture, écriture et mathématique que les enfants y participant à faible intensité (moins de 10 heures par semaine). Les enfants de milieux défavorisés ayant fréquenté un CPE ont de meilleurs résultats dans les trois domaines étudiés que ceux qui n'y sont pas allés. Mais le fait de fréquenter un CPE tôt dans la vie (environ 5 mois) peut éliminer les écarts au niveau de la performance académique entre les familles des milieux défavorisés et ceux de classe moyenne. Les auteurs concluent que la fréquentation d'un service de garde éducatif, particulièrement la fréquentation tôt dans la vie d'un CPE, devrait être encouragée pour les enfants grandissant dans des familles défavorisées (Laurin, Geoffroy et collab., 2015).

⁵ L'EMEP, complémentaire à l'EQDEM, a comme objectif de documenter plusieurs aspects de l'expérience lors de la petite enfance. Elle a été réalisée auprès des parents d'un échantillon de 1184 enfants montréalais évalués dans le cadre de l'EQDEM en 2012.

⁶ L'ELDEQ permet d'identifier les facteurs qui, instaurés pendant la petite enfance, contribuent à l'adaptation sociale et à la réussite scolaire des jeunes Québécois. L'échantillon initial compte 2120 enfants nés de mères vivant au Québec en 1997-1998. Les enfants ont été suivis annuellement de l'âge de 5 mois jusqu'à l'âge de 17 ans, sauf à 9 ans, 11 ans, 14 ans et 16 ans.

3 Dimensions de la consultation

Cette section apporte des éléments de réponse à certaines questions soulevées par la Commission autour de l'universalité, de l'accessibilité et de la qualité.

3.1 L'universalité

Quelle est l'approche de planification à adopter pour favoriser l'égalité des chances en petite enfance entre l'approche universelle, l'universalisme proportionné et l'approche ciblée?

À la lumière des connaissances actuelles et des recommandations des organismes concernés par la réduction des inégalités sociales de santé, l'universalisme proportionné s'avère une stratégie de planification pertinente pour soutenir le développement des enfants (Marmot review team, 2010).

Un système public assurant l'universalité et l'équité des soins ou des services est une composante fondamentale d'un filet de sécurité sociale et économique visant à limiter les inégalités sociales de santé. Viser l'équité en santé « signifie que toutes les personnes de tous les groupes sociaux ont les mêmes possibilités d'atteindre un état de santé optimal sans être défavorisées en raison de leurs conditions sociales, économiques, environnementales et culturelle » (CCNDS, 2015, p. 2). Mais opter pour une approche universelle pour tous est rarement équitable dans la mesure où les groupes les plus fortunés sont souvent plus à même d'en tirer des bénéfices que les autres moins avantagés sur le plan socioéconomique (Mackenbach, 2012), d'où le risque d'engendrer des écarts plus importants entre les différents groupes (voir Boivin et collab., 2012; McCain et collab., 2007).

D'un autre côté, une approche ciblée auprès du groupe le plus désavantagé s'avère insuffisante pour réduire les écarts constatés entre tous les groupes socioéconomiques (voir Cowley, 2015). Par exemple, les résultats de l'EQDEM montrent que les enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement se retrouvent dans tous les groupes sociaux. Or, bien que la proportion d'enfants vulnérables soit nettement plus élevée dans les milieux socioéconomiques faibles, un plus grand nombre provient des niveaux socioéconomiques moyens et élevés (Poissant, 2014). Donc, il importe de soutenir le développement de tous les enfants du Québec.

Pour réduire l'effet du gradient social de la santé, plusieurs prônent depuis quelques années, l'approche de l'universalisme proportionné. L'universalisme proportionné consiste à offrir des interventions universelles à tous, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins (Marmot Team Review, 2010; Irwin et collab., 2007; Boivin et collab., 2012, CCNPPS, 2012; Human Early Learning Partnership, 2011). Cette approche repose sur le postulat qu'une même intervention pour tous soit rarement efficace ou équitable. Offrir les mêmes ressources peu importe le niveau de difficulté ne permet pas de traiter les personnes de manière équitable. L'égalité implique plutôt de traiter les gens différemment selon leurs besoins (Carey et collab, 2015). Cette approche inclut aussi la réduction ou le retrait des barrières qui limitent l'accès aux interventions universelles pour éviter d'accroître les écarts entre les groupes en privilégiant les plus fortunés (Human Early Learning Partnership, 2011).

L'application du principe de l'universalisme proportionné aux services de garde éducatifs pourrait se traduire par : 1) le maintien de l'offre universelle à tous les enfants; 2) le soutien accru aux enfants présentant des vulnérabilités dans leur développement (p. ex. orthophoniste, psychoéducateur, etc.) avec la collaboration du réseau de la santé et des services sociaux et 3) la mise en œuvre de mesures visant à réduire ou éliminer les barrières d'accès.

3.2 L'accessibilité

Peut-on accroître la proportion d'enfants vulnérables qui utilisent les services de garde éducatifs? Si oui, comment?

Des problèmes d'accès demeurent pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité malgré des progrès importants en ce qui a trait à l'établissement des protocoles d'entente ou à l'exemption du paiement de la contribution parentale (Conseil supérieur de l'éducation, 2012).

Si les bienfaits des services de garde éducatifs pour les enfants des milieux défavorisés sont largement reconnus, on constate que ces derniers sont cependant moins susceptibles de les fréquenter (Vandenbroeck et Lazzari, 2014; Bigras, Lemay et Tremblay, 2012; Giguère et Desrosiers, 2010; Guay et collab., 2015; Japel, Tremblay et Côté, 2005; Bigras 2011) en raison notamment du manque de places réservées et du coût associé à la fréquentation (voir Raynault & Côté, 2014).

L'une des pistes à explorer pour accroître le nombre de places réservées pour les enfants vivant en contexte de vulnérabilité pourrait être l'augmentation du nombre de CPE et des établissements de santé et de services sociaux signant un protocole d'entente.

En effet, depuis 2002, la collaboration entre les services de garde éducatifs et les établissements de santé et de services sociaux s'est concrétisée par la signature d'une entente-cadre qui définit l'offre de services de santé et de services sociaux de base aux enfants qui fréquentent les centres de la petite enfance et assure l'accessibilité aux enfants vivant en contexte de vulnérabilité. Des protocoles régionaux ou locaux ont fait suite à cette démarche. Ces protocoles garantissent aux établissements un certain nombre de places réservées pour des enfants jugés vulnérables en raison de leur situation familiale ou personnelle (ce sont 5 % des places). Un rapport d'évaluation des protocoles d'entente en fait un bilan positif et indique qu'ils représentent un outil précieux pour le suivi des enfants vivant en contexte de vulnérabilité. Malgré ce bilan positif, en 2008, année de la réalisation de l'évaluation, 43 % des CLSC sondés affirment que le nombre de places réservées est inférieur à leurs besoins et 60 % des CLSC disent que, parfois, ils ne peuvent obtenir la place réservée par manque de places, selon l'âge de l'enfant ou de la distance raisonnable du lieu de résidence. Seulement la moitié des CPE avait adhéré au protocole et deux tiers d'entre eux affirmaient ne pouvoir accepter tous les enfants faisant l'objet d'une recommandation (Saint-Pierre et Moisan, 2008).

L'exemption de la contribution parentale de base pour une fréquentation à temps plein plutôt qu'à temps partiel à tous les parents qui reçoivent une prestation en application du Programme d'aide sociale ou du Programme de solidarité sociale serait une autre piste à explorer pour réduire les barrières d'accès liée aux coûts.

Selon Pichette (2013), tiré de Raynault et Côté (2014), les services de garde, même à contribution minimale peuvent être difficilement abordables pour des familles à faible revenu. Actuellement, il est possible d'être exempté du paiement de la contribution de base pour les parents qui reçoivent une prestation en application du Programme d'aide sociale ou du Programme de solidarité sociale. Ces places sont offertes par les centres de la petite enfance qui ont conclu une entente avec le ministère de la Famille et en milieu familial, dans les services de garde coordonnés par les bureaux coordonnateurs. Il existe différentes possibilités d'exemption de cette contribution parentale pour les familles répondants aux critères. Elles peuvent être exemptées du paiement de la contribution de base jusqu'à un maximum hebdomadaire de cinq demi-journées par semaine ou de deux journées et demie de gardes par semaine⁷. Elles peuvent aussi obtenir une exemption de contribution pour une plus longue période, à condition qu'un intervenant d'un établissement de santé et des services sociaux fournisse une recommandation que l'enfant présente un problème psychosocial justifiant qu'il bénéficie de services de garde pour une plus longue période. Sans cette mesure, l'enfant pourrait être retiré de son milieu familial (voir le règlement sur la contribution réduite). Or, l'étude de Laurin, Geoffroy et

⁷ Voir le règlement : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-4.1.1,%20r.%201>.

collab. (2015) indique que la fréquentation à temps plein (plus de 35 heures par semaine) s'avère bénéfique pour les enfants des milieux défavorisés.

3.3 La qualité

Comment rehausser la qualité des services de garde éducatifs?

Compte tenu des responsabilités confiées au personnel œuvrant en petite enfance en ce qui concerne la réduction des inégalités sociales, leur profession requiert une formation adéquate et continue en petite enfance (Bigras et collab., 2012). Le personnel éducatif ayant une formation spécialisée est davantage en mesure d'offrir un environnement adapté et stimulant aux enfants (Saracho et Spodek, 2007). Des recherches réalisées au Québec vont dans le même sens et indiquent que le fait de posséder un diplôme d'études postsecondaires en services éducatifs (Bigras et collab., 2010; Japel et collab., 2005) ou de bénéficier de formation continue (Drouin et collab. 2004) contribue à la qualité du milieu.

De nombreux pays de l'OCDE travaillent actuellement à améliorer le niveau de qualification du personnel œuvrant en petite enfance, principalement en raison des connaissances nouvelles concernant l'impact des environnements favorables sur le développement du cerveau. Par exemple, l'Australie a établi des normes de formation professionnelle uniformes et cohérentes à l'échelle nationale. D'autres pays tentent de réglementer les services offerts (privés, familiaux) avec autant de rigueur que ceux du secteur public, dont l'Angleterre, la communauté française de Belgique, la Finlande et la Flandre (OCDE, 2012). Soulignons qu'en Suède, les éducatrices détiennent des diplômes universitaires (Raynault & Côté, 2014).

Actuellement, au Québec, les exigences de formation initiale et de formation continue varient selon le type de services de garde. Elles sont minimales pour les responsables de service de garde en milieu familial, alors que deux tiers du personnel des CPE possèdent un diplôme d'études collégiales en techniques d'éducation à l'enfance. Selon l'article 57 du règlement sur les services de garde⁸, la responsable du service de garde doit avoir réussi dans les trois ans précédant sa demande de reconnaissance, une formation d'au moins 45 heures. Ce programme doit porter sur le rôle d'une personne responsable d'un service de garde en milieu familial; le développement de l'enfant; la sécurité, la santé et l'alimentation ainsi que sur le programme éducatif. Au moins 30 de ces 45 heures doivent porter sur le développement de l'enfant et le programme éducatif. De plus, selon l'article 59 de ce même règlement, la responsable doit suivre annuellement six heures de perfectionnement sur les thèmes de l'article 57, dont la moitié sur le développement de l'enfant et le programme éducatif. Bigras et collaborateurs (2012 : 390) rapporte qu'« alors que les responsables de service de garde en milieu familial sont moins nombreuses que les éducatrices en installation à posséder une formation de niveau collégial spécifique en éducation à la petite enfance; celles-ci devraient donc être incitées en priorité à rafraîchir leur formation ».

Accroître les exigences de formation initiale et continue des responsables de service de garde en milieu familial afin de tendre vers une plus grande uniformité dans la qualité entre les différents types de services constitue une piste à prendre en considération.

⁸ <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-4.1.1%2c%20r.%202>

4 Conclusion

En conclusion, une offre de services de garde éducatifs universelle, accessible, de qualité et proportionnée pour s'adapter aux besoins des enfants vulnérables dans leur développement est un outil essentiel pour assurer à tous les enfants du Québec un bon départ dans la vie. Donner une chance pour un bon départ dans la vie à tous les enfants devrait être la plus haute priorité des autorités politiques qui veulent réduire les iniquités de santé (Marmot team review, 2010).

Références

- Bigras, N., Bouchard, C., Cantin, G., Brunson, L., Coutu, S., Lemay, L. et collab. (2010). « A comparative study of structural and process quality in center-based and family-based child care services ». *Child Youth Care Forum*, (39), 129-150.
- Bigras, N., Gingras, L. et D. Guay (2011). *Utilisation et préférences des familles quant à la garde régulière de leurs jeunes enfants selon l'indice de défavorisation*. Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 1-40.
- Bigras, N., L. Lemay et M. Tremblay (2012). *Petite enfance, services de garde éducatifs et développement des enfants. État des connaissances*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Boivin, M., Hertzman, C., Barr, R., Boyce, W. T., Fleming, A., MacMillan, H. et collab. (2012). *Early childhood development*. Ontario : The Royal Society of Canada & The Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel, 1-155.
- Carey, G., Crammond, B., et E. D. Leeuw, (2015). « Toward health equity : a framework for the application of proportionate universalism ». *International Journal for Equity in Health*, 14(1), p. 81.
- CCNDS (2015). *Glossaire français des principaux termes sur l'équité en santé*. Antigonish (N.-É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.
- Center on the developing child at Harvard University (2011). *The foundations of lifelong health*. InBrief, Harvard University
- Centre de collaboration national sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) (2012). *Les connaissances en santé développementale comme moteur de politiques familiales favorables à la santé au Canada*. Gouvernement du Québec.
- Chittleborough, C. R., M. N. Mittinty, D. A. Lawlor et J. W. Lynch (2014). « Effects of Simulated Interventions to Improve School Entry Academic Skills on Socioeconomic Inequalities in Educational Achievement », *Child Development*, [en ligne], vol. 85, n° 6, p. 2247-2262.
- Commission des déterminants sociaux de la santé (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 1-36.
- Conseil supérieur de l'éducation (2012). *Mieux accueillir et éduquer les enfants d'âge préscolaires, une triple question d'accès, de qualité et de continuité des services* Québec : gouvernement du Québec, 1-142.
- Cowley, S., Whittaker, M. M., Donetto, S., Grigulis, A., et J. Maben (2015). « Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service : A narrative review of the literature ». *International Journal of Nursing Studies*, 52(465), p. 480.
- Doherty, G. (2007). « Ensuring the best start in life. Targeting versus universality in early childhood development ». *Choices*. 13[8], 1-49.
- Drouin, C., Bigras, N., Fournier, C., Desrosiers, H. et S. Bernard (2004). *Grandir en qualité 2003. Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Duncan, G. J., et K. Magnuson (2013). « Investing in Preschool Programs », *The Journal of Economic Perspectives : a journal of the American Economic Association*, [en ligne], vol. 27, n° 2, p. 109-132.
- Feinsten (2003). « Inequality in the Early Cognitive Development of British Children in the 1970 Cohort », *Economica*, [en ligne], vol. 70, n° 277, p. 73-97.

- Guay, D., I. Laurin, N. Bigras, P. Toussaint et M. Fournier (2015). *Résultats de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP, 2012). Portrait du parcours préscolaire des enfants montréalais*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Giguère, C., et H. Desrosiers (2010). *Les milieux de garde de la naissance à 8 ans : utilisation et effets sur le développement des enfants. Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010) – De la naissance à 8 ans*. Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 5, fascicule 1.
- Human Early Learning Partnership (2011). *Universalisme proportionné, synthèse*.
- Irwin, L. G., Siddiqi, A. et C. Hertzman (2007). *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur. Rapport final*. Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Japel, C. (2008). « Risques, vulnérabilité et adaptation. Les enfants à risque au Québec », *Choix*, IRPP, vol. 14, p. 1-46.
- Japel, C., Tremblay, R. E. et S. M. Côté (2005). « La qualité, ça compte! Résultats de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec concernant la qualité des services de garde », *Choix*, IRPP, vol. 11, no 4.
- Laurin, I., Guay, D., Bigras, N. et M. Fournier (2015). Quel est l'effet de la fréquentation d'un service éducatif sur le développement de l'enfant à la maternelle selon le statut socioéconomique? Résultats de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP, 2012), Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Laurin, J.C; Geoffroy, M-C, Boivin, M.; Jape, C., Raynault, M-F, Tremblay, R.E. et S. Côté (2015). « Child care services, socioeconomic inequalities and academic performance ». *Pediatrics*, vol. 136, n° 6.
- Mackenbach, J. P. (2012). « The persistence of health inequalities in modern welfare states : the explanation of a paradox ». *Social Science & Medicine*, 75(4), p. 761-769.
- Marmot Review Team (2010). *Fair Society, Healthy Lives Marmot Review*.
- McCain, M. N., Mustard, J. F., et S. Shanker (2007). *Early Years Study 2 : Putting science into action* Toronto, Ontario : Council for Early Child Development.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*. Québec, gouvernement du Québec.
- Mitchell, L., Wylie, C. et M. Carr (2008). *Outcomes of Early Childhood Education : Literature Review*, New Zealand, Ministry of Education.
- Moleux, M; Schaetzel, F et C. Scotton (2011). *Les inégalités sociales en santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*. France : Inspection générale des affaires sociales.
- National Research Council and Institute of Medicine (2000). *From Neurons to Neighborhoods : The Science of Early Childhood Development*, Washington, D.C, National Academy Press.
- OCDE (2012). *Petite enfance, grands défis III : Boîte à outils pour une éducation et des structures d'accueil de qualité*. OCDE Éditions, 1-408.
- OECD (2012). *Education Today 2013 : The OECD Perspective*. OECD Publishing, 1-212.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*. Direction des communications du MSSS.

- Pikhart, H., Ruiz, M., Morrison, J, Goldblatt, P. et M. Marmot (2014). *Social inequalities in early childhood health and development, a European wide systematic review*. London. UCL.
- Poissant, J (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global. État des connaissances*. Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 34 p.
- Poulton, R. (2002). « Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health : a life-course study ». *Lancet*, 23(360), p. 1640-1645.
- Raynault, M.-F. et D. Côté (2014). *Services de garde et clientèles vulnérables. Synthèse des connaissances sur l'accessibilité et l'utilisation des services de garde : Leçons pour le Québec*. Centre Léa-Roback.
- Ramey, C. T. et Ramey, S. L. (2004). « Early learning and school readiness: can early intervention make a difference? ». *Merrill-Palmer Quarterly*, (50), 471-491.
- Saint-Pierre, M. H. et M. Moisan (2008). *Rapport d'évaluation de l'entente-cadre et des protocoles CLSC-CPE*. Ministère de la Famille et des Aînés.
- Saracho, O. N. et B. Spodek (2007). « Early childhood teachers' preparation and the quality of program outcomes ». *Early Child Development and Care*, (177), 71-91.
- Schweinhart, L. J., J. Montie, Z. Xiang, S. Barnett, C. R. Belfield et M. Nores (2005). *Lifetime Effects : The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40*. Ypsilanti, MI, High/Scope Press.
- Shonkoff, J., W. Boyce et B. Mcewen (2009). « Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities : building a new framework for health promotion and disease prevention ». *JAMA*, vol. 301, n° 21, p. 2252-2259.
- Simard, M., M.-È. Tremblay, A. Lavoie et N. Audet (2013). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*. Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Vandenbroeck, M., et A. Lazzari (2014). « Accessibility of early childhood education and care : a state of affairs », *European Early Childhood Education Research Journal*, [en ligne], vol. 22, n° 3, p. 327-335.

www.inspq.qc.ca