

**Journée
d'échanges
régionale**



#PetiteEnfance

DOSSIER DE CONNAISSANCE

Petite enfance (0-3 ans)

Novembre 2018

Réalisé par Emilie Bec (CREAI-ORS Occitanie)

DOSSIER DE CONNAISSANCE PETITE ENFANCE (0-3 ANS)

Novembre 2018

Réalisé par Emilie Bec, Documentaliste, CREAM-ORS Occitanie
Avec la participation de Marie Donius, Coordinatrice du DRAPPS, IREPS Occitanie

Avec la relecture critique (par ordre alphabétique) :

- Andrieu Christel, Secrétaire, CREAM-ORS Occitanie
- Casu Cathy, Documentaliste, CREAM-ORS Occitanie
- Docteur Alberge Corinne, Pédiatre, CHU Toulouse, coordinatrice médicale P'titMip
- Docteur Bouilhac Claire, Médecin départemental de la Protection Maternelle et Infantile, Conseil départemental de Haute-Garonne
- Docteur Carpentier Laurence, Pédopsychiatre - médecin chef de secteur, ARSEAA
- Docteur Herve Marie-Joelle, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Montpellier
- Docteur Lecetre Annick, Médecin départemental de la Protection Maternelle et Infantile, Conseil départemental de l'Hérault
- Jaumes Eve, Responsable prévention et promotion de la santé, Mutualité française
- Lagarde Stéphanie, Directrice de crèche, Mutualité française
- Maurice Virginie, CHU Montpellier
- Ramel Odette, Chargée de Programmes de Santé, ARS Occitanie
- Russet Frédéric, Psychologue CHU Montpellier, service de Médecine Psychologique Enfants et Adolescents
- Saulnier Marie Saulnier, Directrice de crèche, Mutualité française

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| 1. Méthodologie de la recherche documentaire | 1 |
| 1.1 Les principales bases de données et portails interrogés | 1 |
| 1.2 Les principaux sites consultés | 2 |
| 1.3 Les mots-clefs utilisés | 3 |
| 2. Introduction | 4 |
| 3. Le développement de l'enfant de 0 à 3 ans | 4 |
| 3.1 Le développement psychomoteur de l'enfant | 4 |
| Différentes sphères de développement | 5 |
| Des échelles développementales validées | 8 |
| 3.2 Psychologie et développement de l'enfant : les différentes écoles de pensée | 11 |
| L'orientation maturationaliste | 11 |
| L'orientation behavioriste | 12 |
| L'orientation psychanalytique | 12 |
| L'orientation éthologique | 13 |
| L'orientation cognitivo-constructiviste | 13 |
| L'orientation psychosociale | 14 |
| 3.3 Recherches récentes et neurosciences | 14 |
| L'apport des neurosciences | 14 |
| Neurosciences affectives chez l'enfant | 15 |
| Neurosciences et éducation | 16 |
| 4. Le rôle et la place de chacun dans la société | 17 |
| 4.1 La place du jeune enfant dans la société | 17 |
| Les droits de l'enfant | 17 |
| La protection de l'enfance | 18 |
| Les besoins fondamentaux de l'enfant | 18 |
| 4.2. L'influence du milieu familial | 19 |
| Origine développementale de la santé et des maladies et déterminants environnementaux | 20 |
| Évolution de la famille | 21 |
| 4.3. L'apport des ressources extérieures à la famille | 22 |
| Politique d'accueil du jeune enfant | 23 |
| Politique de soutien à la parentalité | 24 |
| Les lieux de soutien à la parentalité financés par les CAF | 24 |
| • Les lieux d'accueil enfants/parents (LAEP) | 24 |
| • Les associations, les centres sociaux et les Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP) | 25 |

| | |
|--|-----------|
| Les services de Protection maternelle et infantile (PMI) | 25 |
| Coordination et lisibilité des actions menées | 26 |
| 5. Données probantes et pratiques professionnelles exemplaires | 27 |
| 5.1 Les données probantes de la petite enfance | 27 |
| Données probantes internationales | 27 |
| Leur mise en œuvre en France | 30 |
| 5.2 Des pratiques professionnelles innovantes et des initiatives étonnantes | 32 |
| Promouvoir un environnement favorable à la santé | 33 |
| Soutenir la parentalité et réduire les inégalités sociales | 34 |
| Favoriser les compétences psychosociales | 36 |
| 6. Conclusion | 39 |
| 7. Bibliographie | 40 |

1. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

1.1. Les principales bases de données et portails interrogés

Banque de données en Santé Publique (BDSP)

<http://www.bdsp.ehesp.fr/>

Base de données bibliographiques – Base des outils pédagogiques en éducation et promotion pour la santé (Bib-Bop)

<http://www.bib-bop.org/>

Cismef

<http://www.chu-rouen.fr/cismef/>

Cairn.info

<http://www.cairn.info/>

Cochrane France

<https://france.cochrane.org/>

Edimark

<http://www.edimark.fr/>

EmConsult

<http://www.em-consulte.com/>

HAL. Archives ouvertes en sciences de l'homme et de la société

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/>

Medline (Pubmed)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Outil regional de recherche des acteurs et actions en promotion de la santé du Centre Val de Loire (ORRA)

<http://www.repertoiresante-orra.org/>

Oscars

<http://www.oscarsante.org/>

Papyrus

<https://papyrus.bib.umontreal.ca/fil>

Persée

<http://info.persee.fr/portail-persee/>

Rero doc

<http://doc.rero.ch/>

Sciencedirect

<https://www.sciencedirect.com/>

Sudoc

<http://www.sudoc.abes.fr/>

1.2 Les principaux sites consultés

3-6-9-12 : Apprivoiser les écrans et grandir

<https://www.3-6-9-12.org/>

Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur Sécurité (AIDES) (Canada)

<https://initiativeaides.ca/>

Agir pour la petite enfance

<https://agirpetiteenfance.org/>

Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)

<https://afpa.org/outil/test-de-developpement-de-denver/>

Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiants (ANPDE)

<https://www.anpde.asso.fr/>

Caisse nationale d'allocation familiale (CNAF)

<http://www.securite-sociale.fr/CNAF?type=presse>

Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active (CEMEA)

<http://www.cemea.asso.fr/spip.php?rubrique670>

Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (Canada)

<http://www.excellence-jeunesenfants.ca/home.asp>

Coop petite enfance

<https://coop-petite-enfance.fr/>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

Early intervention foundation (EIF)

<https://www.eif.org.uk/report/foundations-for-life-what-works-to-support-parent-child-interaction-in-the-early-years>

École des parents

<http://www.ecoledesparents.org/>

Ensemble pour l'éducation de la petite enfance

<https://eduensemble.org/pourquoi-investir-dans-la-petite-enfance/>

Fédération nationale de la médiation et des espaces familiaux (FENAMEF)

<http://www.fenamef.asso.fr>

Fondation pour l'enfance

<https://www.fondation-enfance.org/>

Gynger

<https://www.gynger.fr/a-propos/>

Haute autorité de santé (HAS)

<https://www.has-sante.fr/portail/>

Institut Français de l'Éducation (IFE)

<http://centre-alain-savary.ens-lyon.fr/CAS/le-centre/le-centre-alain-savary-1>

Instance Régionale d'Éducation pour la Santé d'Auvergne-Rhône-Alpes (IREPS ARA)

<http://ireps-ara.org/portail/portail.asp?recherche=Enfants%20/%20parentalit%E9>

Laboratoire de Psychologie du Développement et de l'Éducation de l'Enfant (LaPsyDE)

<https://www.lapsyde.com/>

L'enfant d'abord

<http://www.lenfantdabord.org/accueil/>

La maison bleue

<https://www.la-maison-bleue.fr/>

Le défenseur des droits

<https://www.defenseurdesdroits.fr/>

Le furet. Petite enfance et diversité

<http://www.lefuret.org/>

Les pro de la petite enfance

<https://lesprosdela petiteenfance.fr/bebes-enfants/psycho-developpement/les-grandes-etapes-du-developpement-psychomoteur-de-lenfant>

Laboratoire de Psychologie du développement et de l'éducation de l'enfant

<https://www.lapsyde.com/>

Lien social

<https://www.lien-social.com/>

Ministère des solidarités et de la santé

<http://solidarites-sante.gouv.fr/>

Organisation mondiale de la santé (OMS)

<http://www.who.int/fr/>

Observatoire de la parentalité et de l'éducation numérique (OPEN)

<https://www.open-asso.org/>

Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE)

<https://www.onpe.gouv.fr/>

Parentel

<http://www.parentel.org/>

Périnat France

<https://www.perinat-france.org/>

Projet nesting

<http://www.projetnesting.fr/>

Réseau stratégique des connaissances sur le développement infantile (Canada)

<http://www.rsc-dje.ca/publications.html>

Sciences humaines

<https://www.scienceshumaines.com/>

YAPAKA (Belgique)

<http://www.yapaka.be/>

1.3. Les mots-clefs utilisés

Petite enfance (0-3 ans)

Développement de l'enfant, développement psychomoteur, psychologie du développement

Neurosciences, neurosciences comportementales, neurosciences cognitives, neurosciences affectives, neurosciences et éducation

Place de l'enfant, statut de l'enfant

Droits des enfants

Besoins des enfants

Précarité, pauvreté

Politique sociale, politique familiale, politique petite enfance

Périnatalité

Parentalité

Données probantes, programme probant, preuve

Action de terrain, projets, programmes

Compétences psychosociales, développement de l'estime de soi, conscience de soi, gestion et expression des émotions, communication, résolution de conflit, coopération

Education aux écrans

2. INTRODUCTION

La période de la petite enfance est considérée comme étant la plus importante phase de développement de la vie d'une personne et comme étant essentielle au succès et au bonheur non seulement durant l'enfance, mais aussi tout au long de la vie. De nombreux problèmes et maladies remontent à la période de la petite enfance. Un sain départ dans la vie donne à chaque enfant une chance égale de se développer et de devenir un adulte qui contribue de façon positive à la communauté, tant économiquement que socialement (1). C'est pourquoi la Journée d'échanges régionale « Petite enfance (0-3 ans) » du 27 novembre 2018 à Carcassonne, organisée dans le cadre du nouveau Dispositif régional d'appui aux politiques et interventions en prévention et promotion de la santé (DRAPPS) porté par l'Instance régionale d'éducation et de promotion pour la santé (IREPS) d'Occitanie a choisi d'aborder ce thème prioritaire. Cette journée propose à tous les professionnels de la petite enfance et des associations de parents d'engager une réflexion collective et partagée autour des déterminants du développement de l'enfant et de promouvoir les actions innovantes et les bonnes pratiques observées sur le terrain. Le présent dossier de connaissance, réalisé par le service documentation du CREAI-ORS Occitanie, contribue à mettre à disposition de ces professionnels des informations récentes, relatives au développement psychomoteur et psychologique de l'enfant, à pointer les avancées réalisées par les neurosciences, mais également à resituer le rôle et la place de l'enfant dans la société, à souligner l'influence de l'environnement et de la famille, l'importance des politiques publiques et l'impact des pratiques professionnelles. Il présente aussi les données probantes internationales et une sélection d'expériences prometteuses importées de l'étranger ou développées en France qui participent au bon développement de l'enfant et à sa santé future

3. LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT DE 0 À 3 ANS

3.1 Le développement psychomoteur de l'enfant

Connaître les grandes étapes du développement psychomoteur du bébé puis du jeune enfant est un repère indispensable pour les professionnels de la petite enfance, à la fois pour vérifier qu'un enfant se développe normalement (2) mais également pour pouvoir adapter l'accueil, les activités ou les jeux (3).

Quelques grands repères par âge

Le numéro du mois de mai de la revue professionnelle des assistantes maternelles et assistantes familiales, **L'Assmat**, propose dans sa rubrique « Techniques professionnelles » un rapide récapitulatif du développement psychomoteur de l'enfant. **À la naissance**, le nouveau-né perçoit son corps comme morcelé et non comme une seule entité. Il n'a pas conscience de lui-même. Il ne perçoit pas sa mère et son environnement comme séparés de lui. Cette période est nommée **vie psychique d'indistinction moi/non moi**. Le développement psychomoteur va permettre au bébé, puis au jeune enfant, de se distinguer petit à petit comme un individu séparé de sa mère et de son environnement et de prendre conscience de toutes les parties de son corps comme étant unifiées. **Les premières semaines de la vie du nouveau-né se résument principalement à l'état de sommeil**. Le nouveau-né a des réflexes archaïques, mouvements involontaires et incontrôlés, issus de la partie inférieure du cerveau. Le nouveau-né a une hypertonie des membres supérieurs et inférieurs et une hypotonie du tronc. Il ne maîtrise ni son corps ni ses gestes. **Il a besoin d'être contenu, porté, rassuré et de voir ses besoins rapidement assouvis. A deux mois**, ses doigts se fléchissent et se referment de manière réflexe. Ce réflexe de grasping disparaît progressivement permettant une préhension plus volontaire. **A trois mois**, lorsqu'une personne lui tend un objet, il manifeste son intérêt et sa curiosité refermant la main sur celui-ci quelques secondes avant de le relâcher. Le bébé s'intéresse de plus en plus à son corps, en observant ses mains notamment. **Entre deux et quatre mois**, le bébé émet des sons, des vocalises. **Entre trois et six mois**, l'enfant commence à se mettre sur le côté, en équilibre et à avoir des sensations de son corps. Il commence à rouler et à se mettre sur le ventre. La représentation de son schéma corporel s'affine. A plat ventre, il peut se redresser sur ses avant-bras. Il peut aussi soutenir sa tête. Progressivement, il va pouvoir se mettre sur le

dos par lui-même et expérimenter les successions de retournements dos-ventre. Sa préhension est globale et imprécise. Il utilise ses deux mains. C'est le début de la coordination. Il peut attraper un objet entre la paume de sa main et les trois derniers doigts de la main. **A six mois**, les babillages commencent. **Entre six et douze mois**, l'enfant peut se mettre à quatre pattes mais tous ne passent pas par cette étape. Il va s'asseoir seul, **vers sept-huit mois environ**. Il peut commencer à se redresser, s'appuyer sur des meubles ou autres objets du quotidien pour expérimenter la verticalité et se tenir debout, d'abord en s'accrochant, puis en se lâchant. Ce passage est propre à chaque enfant. Il peut se déplacer en longeant un meuble. L'adulte peut lui proposer des camions, des porteurs, pousseurs, chariots pour que l'enfant fasse l'expérience de la verticalité avec une aide, acquiert de la stabilité qui lui permettra de marcher. Il monte les escaliers d'abord à quatre pattes avec la présence d'un adulte et peut les descendre à reculons. **Vers sept-huit mois**, il prend conscience de ses deux mains et passe les objets de l'une à l'autre. **De douze à dix-huit mois**, il commence à construire en encastrant des puzzles en relief ou des boîtes à formes, superpose les cubes. Le transvasement devient également un jeu apprécié. Ces activités vont se poursuivre et s'affiner. **La marche est acquise entre douze et dix-huit mois en moyenne**. L'enfant est plus à l'aise dans ses mouvements même si des chutes sont possibles. Après la marche, l'enfant apprend à courir. Il continue également de pousser, tirer, faire glisser des objets. À cette période, il apprend à monter et descendre les escaliers en se tenant à une aide. Il prononce également ses premiers mots : « papa », « maman », « encore », « gâteau », par exemple mais aussi « oui » et « non ». **A dix-huit mois**, l'enfant apprend à dire non. Il utilise ce mot dans un premier temps par imitation de l'adulte ou d'autres enfants. Puis, il va prendre conscience du sens de ce mot et l'utiliser pour s'opposer aux règles, au cadre posé par l'adulte référent. **Cette phase d'opposition** fait partie de la construction de l'individu qu'il deviendra plus tard. **Entre dix-huit mois et deux ans**, il acquiert une plus grande autonomie, sa manipulation est plus fine et il a donc accès à un plus grand nombre d'activités. Il construit, superpose. La répétition est importante dans les apprentissages et la maturation neurologique. Il peut manger seul, pas toujours proprement. Il se déshabille seul ou avec de l'aide selon les vêtements. Il fait des associations de mots jusqu'à la construction de petites phrases simples. **Le développement du langage vers deux ans** s'associe à l'émergence du registre symbolique. **Entre deux et trois ans**, le jeune enfant imite beaucoup les autres et commence à **jouer à faire semblant** avec de petites voitures, des dinettes, des poupées, des déguisements, etc. Il monte et descend les escaliers en alternant les pieds. **Il acquiert aussi la propreté diurne entre deux et trois ans**. La propreté nocturne vient parfois plus tard. La tenue du stylo n'est pas encore très précise mais les enfants de cet âge dessinent avec plaisir. Il tourne les poignées des portes, mange seul, plus proprement. Il peut boire au verre. Il court, il saute, pédale, grimpe (3).

Différentes sphères de développement

Même si chaque enfant progresse à son rythme, la littérature répartit les habiletés acquises au cours du développement selon différentes **sphères**. Ces divisions sont arbitraires et ne font pas l'objet d'un consensus dans les écrits. Les subdivisions ne sont pas étanches ou mutuellement exclusives d'autant plus que plusieurs habiletés impliquent l'intégration de différentes fonctions (4). De nombreux sites internet proposent, à titre indicatif, quelques indications pour connaître les différentes étapes du développement de l'enfant. Le portail « Les pros de la petite enfance », par exemple, met à disposition des professionnels de l'accueil des jeunes enfants, des informations expliquant entre autres les aspects du développement physique, cognitif et psychique. Il fournit des repères sur le développement psychomoteur et psychologique mais aussi présentent les principales étapes dans ses acquisitions majeures : langage, propreté, marche, etc. et des informations pour mieux appréhender les rythmes et spécificités : besoin de succion, sommeil, etc. (5).

L'Éducation nationale, quant à elle, sur le portail Eduscol, prend pour référence les travaux d'Agnès Florin (6). Différentes tranches d'âge sont questionnées selon 4 domaines : **langagier, cognitif, social et affectif et sensoriel et moteur**.

Tableau de développement de l'enfant

D'après Florin, A. (2003). *Introduction à la psychologie du développement. Enfance et adolescence*. Paris : Dunod, Les Topos. Tous droits réservés.

| Age | Langagier | Cognitif | Social et affectif | Sensoriel et moteur |
|------------|--|---|---|---|
| 0-3 mois | Produit des cris différents selon les stimulations, gazouillis, jeux vocaux, rires, vocalises. Discrimine les contrastes entre groupes de sons. Préfère la voix de sa mère à celle d'une autre femme, sa langue maternelle à une autre langue. Sensible à la prosodie. Reconnaît une syllabe dans des énoncés différents | Discrimine des stimuli visuels ou auditifs. Anticipe du regard la trajectoire d'un objet. Manifeste une préférence pour la nouveauté. | Tourne les yeux en direction de la partie du corps touchée. Sourire social, mimique de surprise | Réaction à la voix, localisation visuelle. Maintien de la tête |
| 4-6 mois | Préférence pour le langage maternel adressé au bébé. Catégorise les voyelles. Premiers échanges communicationnels. | Reproduit des événements fortuits intéressants. Catégorise des éléments différents selon une propriété commune. | Tourne la tête vers une source sonore, prolonge l'interaction en souriant. | Prise et transfert d'objets S'assoit seul. |
| 7-9 mois | Produit plusieurs syllabes, chantonne. Comprend des mots en contexte, Détecte les frontières des groupes de mots (syntagmes). | Ajuste ses comportements aux caractéristiques d'un objet (forme, volume, poids, etc.) | Réciprocité dans les échanges. Manifeste un attachement sélectif. | Se tient debout avec un support. Montre un objet du doigt. |
| 10-12 mois | Production des premiers mots, essaye de nommer les objets désignés par l'adulte. Comprend des mots hors contexte. Détecte les frontières de mots. | Anticipe les événements. Construit une tour, peut suivre la ligne du regard. | Réagit différemment aux proches et aux inconnus. S'ajuste à des demandes. | Premiers pas Coordonne plusieurs actions. |
| 1-2 ans | Discours télégraphique. Comprend les mots familiers. Développement du premier lexique, de 20 mots à 200 mots. | Expérimentation active. Identifie des parties du corps. | Comprend les expressions faciales d'autrui, répète les actions qui font rire. | Marche seul Descend des escaliers à reculons. A une préférence pour une main. |
| 2-3 ans | Modifie les demandes selon l'interlocuteur. Produit 200 à 300 mots. Comprend les demandes directes et les demandes indirectes. | Identifie les objets par l'usage, prend en compte le point de vue d'autrui (oriente un objet pour que l'adulte le voit). | Attachements multiples. Se reconnaît dans un miroir. Jeux symboliques. | Monte et descend les escaliers, saute à pieds joints. Tourne les pages d'un livre, coupe avec des ciseaux |
| 3-4 ans | Extension du vocabulaire et phrases courtes. Peut suivre une conversation, comprend des promesses, s'amuse des jeux de langage. | Acquisition de concepts d'espace, de temps, de quantité. Utilise les principes du comptage | Identifie plusieurs parties du corps. Attend son tour. Aime aider les autres. Critique autrui. | Court avec aisance, tape du pied dans un ballon. Fait du tricycle |

La faculté de Médecine Pierre et Marie Curie propose aussi quelques indications dans les différentes étapes de développement psychomoteur de l'enfant. Elle propose 18 tranches d'âge allant de la naissance à 6 ans à associer à 4 grands domaines : **motricité, préhension, langage et compréhension**. Le site propose aussi un tableau récapitulatif des grandes acquisitions (7).

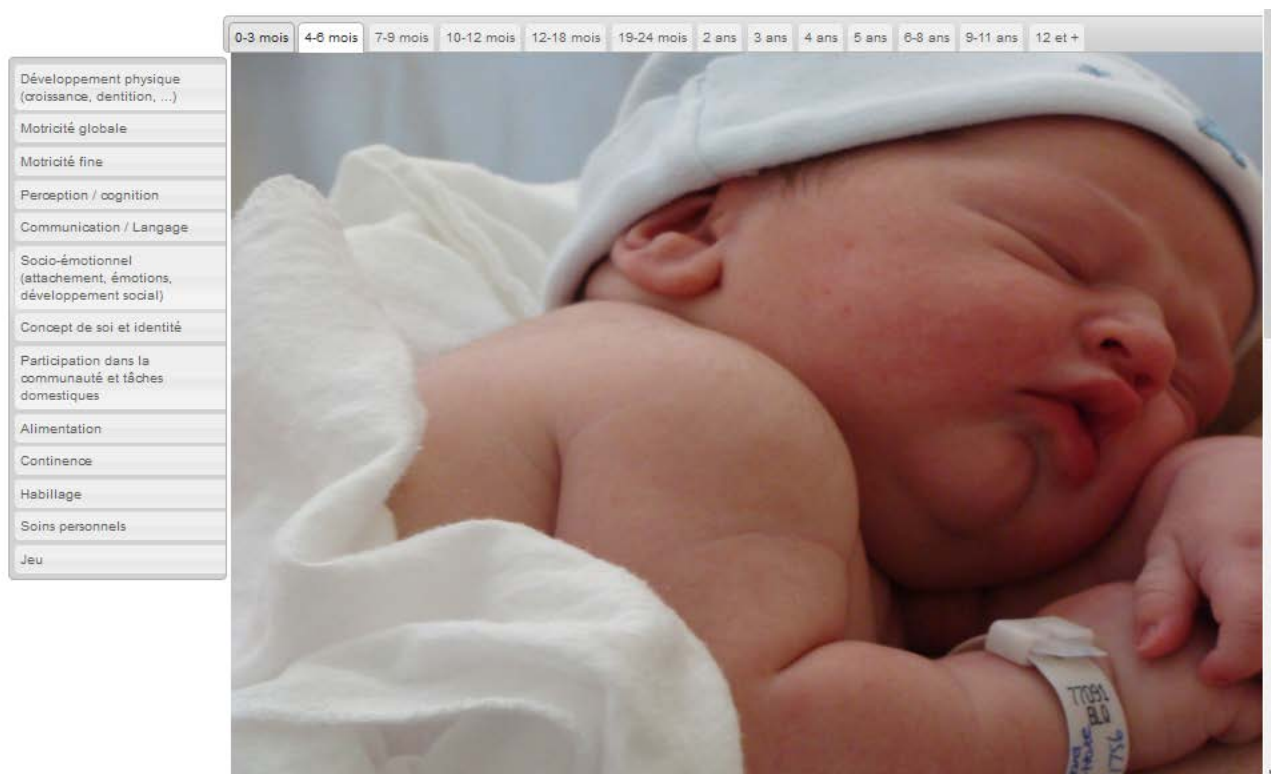
Tableau 1 Développement psychomoteur de l'enfant

De la naissance à 3 ans

| | Motricité | Préhension | Langage | Compréhension |
|-------------------|---|---|---|--|
| Naissance | Hypertonie des membres Hypotonie axiale Assis : cyphose dorsale V : position fœtale | Grasping | Attentif aux sons | |
| 1 mois | Tenu tête quelques instants et vacille D : attitude asymétrique V : appui avant-bras, soulève tête à 45° | Grasping plus discret Mains souvent ouvertes | Vocalises | Sourire social |
| 2 mois | Intérêt pour son corps : âge du « regard de la main » D : mouvement de flexion et d'extension des MI V : appui avant-bras, soulève tête de 45 à 90° | Préhension au contact | Cris de plaisir Gazouillis | |
| 3 mois | Assis : tient sa tête D : roule dos-côté V : appui coude, tête 90°, extension MI | Mains au centre Essaie d'atteindre les objets avec les mains. Joue avec hochet mais le perd souvent | Rit aux éclats Gazouille beaucoup | Enlève serviette posée sur son visage |
| 4 mois | D : pédalage V : appui avant-bras en hyperextension. Fait l'avion, essaie de se retourner ventre-dos | Préhension volontaire cubito-palmaire Objets à la bouche | Ton moqueur : « agueu » | Sourit à son image dans le miroir |
| 5 mois | Assis en trépied D : saisit ses pieds, se retourne dos-ventre V : appui mains Debout : stade du sauteur | Préhension volontaire globale bien acquise Tient 2 cubes | Lallations | Permanence de l'objet Tend les bras |
| 6 mois | Assis : stade du parachutiste D : pieds à la bouche V : poids du corps sur une main pour saisir objet | Relâchement volontaire global Début de préhension en pince inférieure | Syllabes : ba, da, ka | Imite actes simples Répond à son prénom |
| 7 mois | Tient assis seul D : peut s'asseoir seul en prenant appui sur un côté V : fait l'ours 1er mode de locomotion : les retournements | Perfectionne pince inférieure Déliement de l'index | Imite des sons Combine des syllabes : dada-baba | Comprend le « non » Cherche jouets jetés |
| 8 mois | Assis, pivote sur ses fesses V : rampe Se met debout en se tenant aux meubles | Préhension en pince supérieure | Syllabes redoublées : « papa-mama » non différencié | Notion d'outil Apprend à tendre un jouet Compare 2 cubes |
| 9 mois | 4 pattes Se met debout, « chevalier servant » | Pince supérieure plus fine | « papa-maman » bien différencié | Fait « au revoir », « bravo » Notion de contenant et de contenu |
| 10 mois | Marche de l'ours Début des 1ers pas Marche le long des meubles | Pointe son index | Langage global significatif Mots phrases 2 mots significatifs | Emboîte les objets Encastrement : met rond Envoie balle Comprend phrases simples |
| 11-12 mois | Marche seul Monte escalier à 4 pattes Se met debout sans appui | Relâchement manuel fin et précis Tient sa cuillère, gribouille | Perfectionne son langage global significatif 4-6 mots significatifs | Demande objets en pointant du doigt Tour de 2 cubes |
| 15 mois | Monte-descend escaliers en se tenant à la rampe Début course, saut 2 pieds Marche à reculons | Lance balle Mange seul Aime faire des gribouillis | Jargon mature 7-10 mots | Intérêt pour livres d'images, désigne 1-2 images Comprend 1-2 ordres Montre 2-3 parties du corps |
| 18 mois | Monte-descend escaliers sans alterner les pieds Court vite Tape dans ballon | Souplesse du poignet Dévisse couvercle 2,6 ans : copie rond | Explosion du vocabulaire Phrases explicites Utilise « je-moi-tu » | Propreté de jour (18-24 ms) Aide pour se déshabiller Compte jusqu'à 3-4 Nomme 4-5 images |
| 2 ans | Monte-descend escaliers en alterné Saute sur un pied Fait du tricycle | Bonhomme têtard Copie une croix Tour de cubes S'habille seul | Avalanche de questions : pourquoi ? Utilise correctement le temps des verbes | Connait comptines Compte jusqu'à 10 Nomme 8 images et 8 parties du corps |
| 3 ans | | | | |

Un dernier exemple au Canada, **l'université de Montréal**, consacre un portail à l'enfance et à la famille et aborde le développement de l'enfant de la naissance à l'adolescence. Afin de fournir quelques repères, les chercheurs ont créé un tableau interactif sur l'acquisition des habiletés dans les différentes sphères développementales afin de donner un aperçu détaillé du développement de l'enfant selon l'âge. Il est possible de questionner 13 domaines (développement physique, motricité globale, motricité fine, perception/cognition, communication/langage, socio-émotionnel, concept de soi et identité, participation dans la communauté et tâches domestiques, alimentation, continence, habillage, soins personnels et jeu) selon 13 tranches d'âges (0-3 mois, 4-6 mois, 7-9 mois, 10-12 mois, 12-18 mois, 19-24 mois, 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, 6-8 ans, 9-11 ans, 12 et...) (8).

Les étapes de développement de l'enfant de la naissance à l'adolescence



Des échelles développementales validées

Les exemples sont multiples mais afin d'estimer et d'évaluer le niveau de développement de l'enfant lors des suivis cliniques, les médecins, en plus de l'observation, de l'interrogation des parents, de l'examen des enfants et des sollicitations dans des activités motrices ou cognitives, situent les enfants à l'aide de deux échelles développementales validées. Ces échelles sont le test simplifié de Gesell et le test de Denver (9).

Test neuropsychologique : Test simplifié de Desell

| Age | Motricité | Cognition | Langage | Personnalité et développement social |
|---------|--|---|--|--|
| 1 mois | Manque de contrôle de la tête | Brève poursuite oculaire | Faciès expressif | Fixe l'entourage |
| | Posture asymétrique en décubitus dorsal | Laisse immédiatement tomber un jouet | Petits sons gutturaux | Écoute les bruits |
| 4 mois | Tient la tête droite avec petits mouvements salutatoires | Tente de saisir un hochet | « Roucoule » | Sourire « social » |
| | Attitudes symétriques en décubitus dorsal | Regarde le hochet mis dans sa main | Rit bruyamment | Spontané Joue avec ses mains |
| 7 mois | En position assise, s'appuie en avant | Dirige la main vers un jouet et le saisit | Cris aigus | Met les pieds en bouche |
| | | Transfère un jouet d'une main à l'autre | M-m (cris) | |
| 9 mois | S'assied, rampe | Combine 2 jouets | Dada – Mama | « Jeux de nursery » |
| | | Saisit une bille entre pouce et index | Un autre mot | Capable de manger un biscuit |
| 11 mois | Marche tenu par une main | Met le cube dans la tasse | Deux autres mots | Coopère lorsqu'on l'habille |
| | | Essaie de construire une tour de 2 cubes | Répond à « donne-moi » | |
| 15 mois | Marche seul en trotinant | Tour de 2 cubes | 4 – 6 mots | Désigne ce qu'il désire par sons et gestes |
| | | Met les cubes dans la tasse | | Jette des jouets |
| 18 mois | Marche correctement | Tour de 3 – 4 cubes | 10 mots | Propre le jour |
| | S'assied lui-même sur une chaise basse | Imite un mouvement | Jargon | Transporte et embrasse une poupée |
| 2 ans | Court | Tour de 6 – 7 cubes | Assemble 2 – 3 mots | Demande d'aller aux toilettes la journée |
| | Monte et descend seul les escaliers | Gribouille spontanément de façon circulaire Imite les traits verticaux | Nomme 3 – 5 dessins | Met la poupée au lit |
| 3 ans | Roule à tricycle | Imite une maison avec des cubes | Phrases | Mange seul correctement |
| | Se tient à cloche-pied pendant un moment | Imite un cercle Imite une croix | Dit son nom et son sexe | Met ses chaussures Défait ses boutons |
| 4 ans | Saute à cloche-pied | Copie un pont | Raconte une histoire | Va aux toilettes seul |
| | | Dessine un bonhomme comprenant 2 – 4 parties (outré la tête) | Compare la longueur de 2 lignes Compte 4 pièces | Joue avec plusieurs enfants |
| 5 ans | Saute à la corde | Copie triangle et carré | Nomme 4 couleurs Compare 2 poids Compte 10 pièces Questions sur la signification des mots | S'habille et se déshabille |

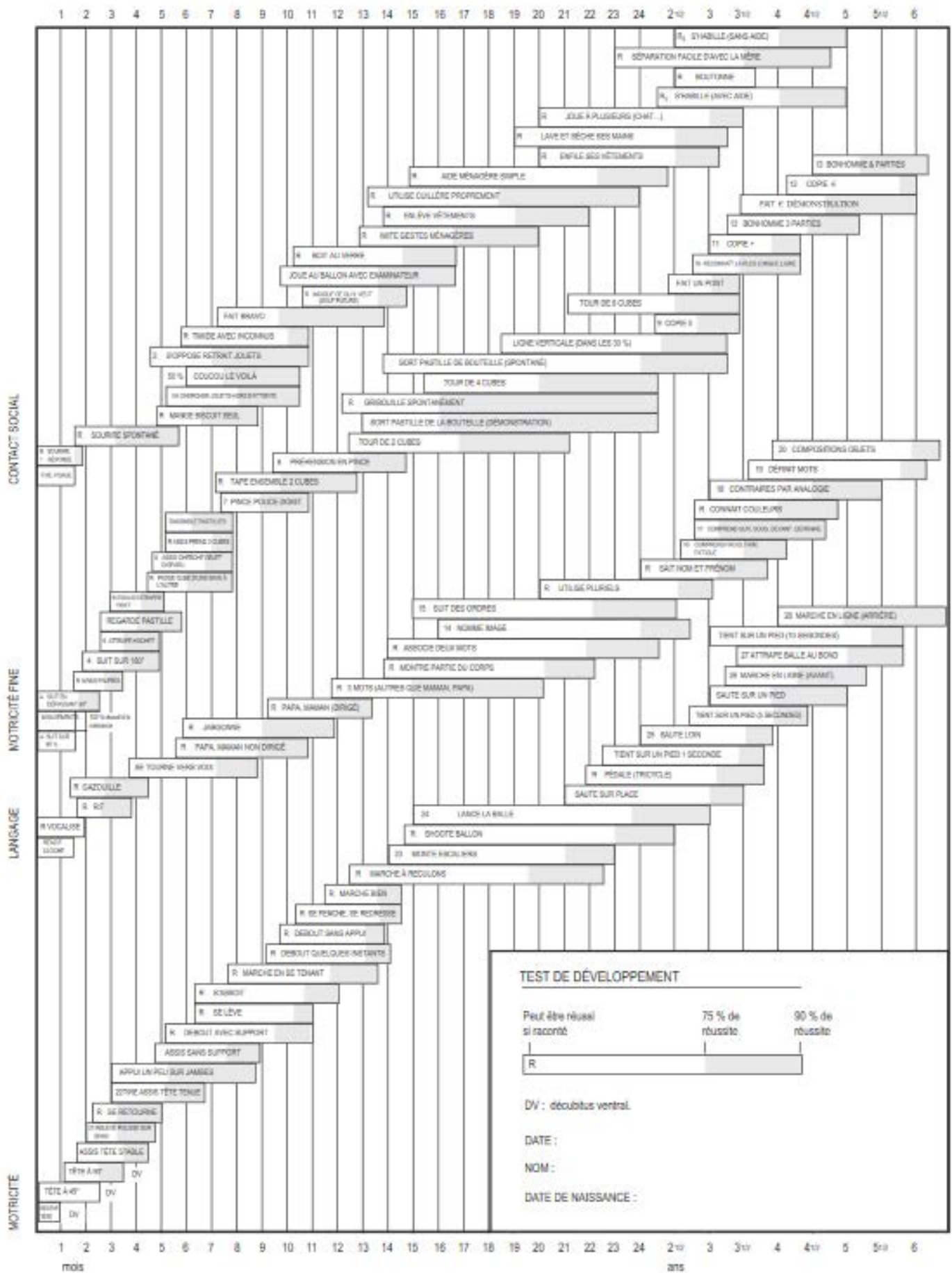


Figure 1. Test de Denver permettant d'évaluer le niveau de l'enfant dans les différents domaines du développement.

Dans ces « grilles » utilisables en routine clinique, 5 secteurs du développement de l'enfant sont individualisés : **la motricité globale, la motricité fine, le langage, la cognition, la sociabilité** (9). **La motricité globale** réunit les capacités de l'enfant à s'asseoir, marcher, sauter et effectuer un ensemble de mouvements musculaires. **La motricité fine** regroupe les compétences qui exigent de la concentration, de la coordination et de la dextérité. **Le langage** englobe l'ouïe, la compréhension et l'utilisation du langage. **La cognition** est entendue dans un sens très large et comprend plusieurs grandes catégories : la perception, la mémoire, l'apprentissage, le langage, l'intelligence, le raisonnement, les processus d'attention... **La socialisation** s'intéresse à l'évolution de l'enfant en termes de besoins personnels et de sociabilité avec les autres.

Ces grilles permettent de calculer un Age de Développement (AD) partiel par domaine de développement et global à partir de la moyenne des précédents. **Le Quotient de développement compare l'âge réel (AR) à l'âge de développement**. Cette estimation momentanée du développement est complétée par des évaluations successives qui permettent d'apprécier la dynamique du développement. Des échelles standardisées plus détaillées peuvent être réalisées par des professionnels formés comme des psychologues par exemple, sur indication médicale pour affiner l'évaluation du niveau de développement de l'enfant. La plus utilisée en France est l'échelle de Brunet-Lezine (10).

3.2 Psychologie et développement de l'enfant : les différentes écoles de pensée

Jusqu'au XVIII^e siècle, la psychologie de l'enfant n'existe pas, et les écrits sur l'enfance sont principalement pédagogiques. **Entre 1850 et 1880**, les **premières descriptions des capacités de l'enfant** apparaissent et deux tendances s'esquissent. D'une part, **une psychologie de l'enfant très descriptive**, qui étudie l'enfant pour lui-même, qui en caractérise les comportements, les capacités aux différents âges, et cherche entre autres à établir d'éventuels retards ou handicaps, et, d'autre part **une psychologie de l'enfant plus explicative**, appelée aussi psychologie génétique ou actuellement psychologie du développement, qui voit dans l'enfant une source fondamentale de compréhension de la nature humaine et du développement de la pensée (11). De nombreux auteurs ont contribué à la connaissance du développement de l'enfant et les écrits sont multiples mais **six orientations théoriques** permettent de situer les principaux auteurs de référence dans ce champ d'études (12).

L'orientation maturationniste

Incarnée par l'américain Gesell (1880-1961), l'orientation maturationniste est, comme le développement physique, essentiellement une affaire de maturation et d'actualisation du potentiel génétique de l'individu en tant que membre d'une espèce spécifique donnée. S'il existe des différences entre les individus d'une même espèce, la marge de variation par rapport au déroulement du programme génétique est très limitée. L'environnement dans lequel grandit l'enfant n'intervient donc que modérément dans le déroulement des séquences développementales. Gesell développe les premières **descriptions des principales caractéristiques comportementales de chaque âge** qui constituent la base des premières évaluations quantitatives du développement dans les premières années. Les stades qu'il a décrits dans le développement de l'enfant présentent un tableau très complet de l'évolution de l'enfant dans tous les domaines (13).

L'orientation behavioriste

Représentée par les américains **Watson (1878-1958) et Skinner (1904-1990)**, l'orientation behavioriste étudie le comportement. Watson promeut l'étude scientifique du comportement animal et humain basée sur **une observation rigoureuse des comportements** et non plus sur une connaissance introspective. L'étude du comportement animal avec la mise en évidence des réflexes conditionnés par Pavlov (1849-1939) contribue à l'orientation de ses recherches vers l'apprentissage et l'éducation. Il s'intéresse en particulier aux bébés, ce qui est assez étonnant pour l'époque. Les travaux de Skinner eux, se situent dans le prolongement de ceux de Pavlov et de Watson, avec un élargissement du concept de conditionnement par l'action opérante du sujet sur l'établissement des liens entre stimulus et réponse comportementale, et avec un intérêt particulier pour les implications pédagogiques de cette théorie de l'apprentissage. Dans cette perspective, **l'environnement dans lequel vit l'individu prend donc une place importante** puisqu'il est pourvoyeur d'expériences variées, qui constituent la base des apprentissages (13).

L'orientation psychanalytique

L'orientation psychanalytique de l'autrichien **Freud (1856-1939)**, se démarque de celle des auteurs précédents. Sa théorie n'est pas née d'une observation directe, mais d'une reconstruction. Il retrace la genèse de la personnalité à partir de matériau clinique recueilli au cours de thérapies d'enfants ou d'adultes. Au départ de ses travaux, les individus qui constituent la base de ses élaborations théoriques sont plus souvent des patients en demande d'aide psychologique. Sa démarche relève de **la psychologie génétique : c'est l'enfant qui explique l'adulte**. Dans cette perspective, le rôle de **l'environnement dans le développement devient prépondérant** par rapport à celui de la maturation. L'individu est façonné par ses expériences personnelles et les relations interpersonnelles qu'il a développées, en particulier pendant l'enfance, période de construction psychique intense (13).

Donald Winnicott (1896 1971) se positionne comme héritier des thèses freudiennes. Il accorde une grande importance à l'interaction entre le bébé et sa mère. Celle-ci assume trois fonctions essentielles : **le holding**, ou soutien physique du nourrisson, qui fournit une cohérence aux éléments sensori-moteurs du bébé B. **le handling**, ou manipulation du nouveau-né (habillage, toilette, caresses) ; **la présentation de l'objet**, par exemple le sein. Winnicott forge le concept de « **mère suffisamment bonne** » pour désigner une mère qui répond de manière adaptée aux besoins du nourrisson. Winnicott s'est particulièrement intéressé à **l'objet transitionnel**, peluche ou morceau de tissu (doudou) auquel le jeune enfant s'attache. Cet objet établit une transition entre lui-même et un objet pleinement extérieur à lui-même. Son usage constitue un élément normal du développement de l'enfant (12). Pour lui, la question du jeu n'est pas uniquement le reflet des représentations internes de l'enfant mais témoigne aussi de l'impact de l'environnement sur son développement (14).

L'orientation éthologique

Cette orientation éthologique se fonde sur l'étude biologique du comportement des animaux. **Lorenz (1903-1989)** avec ses travaux sur l'empreinte, met en évidence qu'un apprentissage ultrarapide d'un comportement par le jeune animal au cours d'une période sensible (ou critique, ou optimale) où il est particulièrement prédisposé à cet apprentissage va orienter son développement ultérieur. Dans ce cadre, Lorenz s'est intéressé aux comportements de poursuite de sa mère ou d'un substitut par le jeune animal. Dans la même ligne, les observations de jeunes bébés singes placés dans des conditions expérimentales d'isolement social plus ou moins important par l'américain **Harlow (1905-1995)** ont conduit à l'élaboration de la théorie de **l'attachement social** d'un jeune animal ou bébé humain. Le besoin de contact social, d'attachement à sa mère ou à un congénère apparaît ici dégagé de toute liaison avec la satisfaction des besoins primaires et est considéré comme une caractéristique innée de l'espèce. La convergence des recherches en éthologie et en psychologie du développement vers 1960 a orienté les méthodes d'étude du jeune enfant en donnant naissance à un courant « d'éthologie humaine » dont **Bowlby (1907-1990)**, psychiatre et psychanalyste anglais est le représentant. Le recours aux méthodes de l'observation éthologique pour l'étude du jeune enfant est justifié par le fait qu'à cette période l'enfant ne parle pas encore et que son comportement, essentiellement non verbal, peut être étudié de la même façon que celui des animaux. La théorie de l'attachement humain de Bowlby contemporaine de celle de Harlow sur l'attachement animal, **contredit la théorie freudienne** en postulant l'innéité et la primauté de ce besoin social et en démontrant combien le bébé est actif dans l'établissement de ce lien. L'attachement entre un bébé et une personne correspond à la mise en œuvre de conduites destinées au maintien de la proximité des deux partenaires et vise à la rétablir quand elle est compromise. (13)

L'orientation cognitivo-constructiviste

L'orientation cognitivo-constructiviste représentée par le Suisse **Jean Piaget (1896-1980)** est à l'origine de **la psychologie génétique**. Ce n'est pas l'enfant lui-même qui est pris en compte, mais **l'enfant en tant que moyen d'accès au fonctionnement mental des adultes**. Piaget cherche à comprendre d'où vient le savoir et comment il s'est construit. Cette orientation est dite cognitive car elle est centrée sur **la genèse des processus mentaux et des connaissances** que leur fonctionnement engendre et constructiviste, car **toutes les connaissances s'élaborent au cours des échanges dialectiques entre l'individu et l'environnement** dans lequel il se développe, et se structurent progressivement en prenant appui sur les connaissances antérieures et en préparant l'intégration des connaissances nouvelles. Ce courant théorique important se situe à mi-chemin des théories maturationnistes de Gesell et des théories behavioristes de Watson et Skinner, en ce qu'il accorde à la maturation. Un rôle nécessaire mais non suffisant pour expliquer le développement de l'enfant. En effet, d'autres facteurs sont nécessaires : l'expérience par les opportunités que l'environnement offre à l'enfant d'actualiser les potentialités offertes par la maturation, la transmission sociale et surtout l'équilibration des structures cognitives, notion centrale de la théorie piagétienne. (13)

L'orientation psychosociale

L'orientation psychosociale du français **Wallon (1879-1962)** est beaucoup plus large que celle de Piaget et ne se limite pas à l'étude de la genèse de la cognition. Elle **englobe l'ensemble du développement de l'enfant** dans une même perspective intégrant aussi bien **les aspects cognitifs que les aspects affectifs et sociaux** de la personnalité de l'enfant, qui, pour lui, sont indissociables. Il considère en effet que l'enfant est un être social dès sa naissance et qu'il construit progressivement son identité à travers ses relations à autrui. L'environnement dans lequel se développe l'enfant permet d'actualiser les potentialités qui résident dans son programme génétique en lui apportant au fur et à mesure des occasions d'exercer ses nouvelles capacités. Sa théorie du développement de l'enfant, pourtant plus globale que celle de Piaget, n'a pas eu une portée internationale. Néanmoins, **la place accordée à l'émotion** dans les recherches actuelles soutient cette orientation. (13)

3.3 Recherches récentes et neurosciences

Ces différents auteurs ont contribué à la naissance et à l'essor de la psychologie du développement et leurs idées, notamment les trois théories de référence Piagétienne, Wilsonienne et Freudienne, ont marqué cette science jeune et tous ceux qui continuent dans cette direction (12). Toutefois, les travaux plus récents montrent que **le développement est irrégulier, non linéaire, qu'il comporte des stagnations, voire des régressions**, et la notion de stade de développement est remise en cause. Les nouvelles recherches ont ainsi montré qu'il existe chez les bébés, des connaissances physiques, mathématiques, logiques et psychologiques ignorées par Piaget et non réductibles à un fonctionnement strictement sensori-moteur (21). **Dès les premiers mois de la vie, le nourrisson possède des capacités de quantification**, arithmétiques, statistiques, logiques, etc., et des automatismes (16). Des capacités nombreuses et complexes sont donc mises en évidence chez les bébés, dans la manière dont ils appréhendent le monde physique et le monde psychologique, grâce à de nouvelles méthodes d'investigation (6).

L'apport des neurosciences

Si l'étude des sciences du cerveau est ancienne, le concept de **neurosciences est relativement récent**. Il remonte aux années 1970. Les neurosciences regroupent toutes les sciences nécessaires à l'étude de l'anatomie et du fonctionnement du système nerveux, et plus précisément, du cerveau. Depuis une quinzaine d'années, cette nouvelle discipline ne cesse de progresser dans la compréhension des fonctionnalités du cerveau et de ce qui l'entoure (17). Aujourd'hui, l'imagerie cérébrale (18), **permet d'explorer la biologie du développement cognitif** (15). Depuis la fin des années 1990, des chercheurs utilisent **l'imagerie par résonance magnétique anatomique (IRMa)** pour construire **des cartes tridimensionnelles des structures cérébrales en développement** (19). Avec le développement neurocognitif de l'enfant s'opèrent **une multiplication puis un élagage des connexions entre neurones**, d'où une diminution de la matière grise du cerveau. Cet élagage correspond, selon Jean-Pierre Changeux, du Collège de France, à une stabilisation sélective des synapses par un mécanisme de « darwinisme neuronal » (20). Les premiers résultats indiquent que cette maturation n'est pas uniforme. Elle s'effectue **par vagues successives selon les zones du cerveau**. D'abord les régions associées aux fonctions sensorielles et motrices de base, ensuite, jusqu'à la fin de l'adolescence, les régions associées au contrôle cognitif supérieur. Depuis peu, **l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf)** permet de mesurer les activités cérébrales pendant que l'enfant réalise une tâche cognitive particulière, en comparant ce qui se passe aux différents stades du développement (21). Les neuroscientifiques ont montré que le cerveau dispose d'**une grande plasticité**, capable de s'adapter aux demandes de son environnement. Des connexions neuronales sont créées ou renforcées, d'autres sont affaiblies ou éliminées, selon les besoins et ce durant toute la vie. L'ampleur de la modification dépend du type d'apprentissage effectué. Elle dépend

aussi du moment où l'apprentissage a lieu. Malgré **une plasticité permanente**, il existe **des périodes idéales** durant lesquelles un apprentissage donné présentera une efficacité maximale. (22) **La plasticité cérébrale connaît un maximum durant les deux premières années de vie**. Le cerveau du bébé double **au cours de la première année**. La croissance est un tempo structuré par le génome dont le résultat final, jamais définitif, est modelé par les relations avec l'environnement, associant développement et destruction neurale sélective(23).

Neurosciences affectives chez l'enfant

Le cerveau de l'enfant est fragile, malléable et immature. Chaque expérience affective ou relationnelle modifie en profondeur les neurones et leur myélinisation, les synapses, les molécules cérébrales, les structures et circuits cérébraux, et même l'expression de certains gènes. Les récentes découvertes sur le développement du cerveau affectif et social mettent en évidence qu'**une grande partie de cet organe est dévolue aux relations sociales**, aux émotions et aux sentiments. De nombreux circuits et structures cérébrales comme le cortex préfrontal, l'amygdale, l'hippocampe, l'hypothalamus y participent. Ces constats aident à mieux comprendre l'enfant et éclairent sur les conditions nécessaires à son épanouissement. **Le cortex orbito-frontal (COF)**, la partie du cortex préfrontal qui contrôle les émotions et les impulsions, et **les circuits neuronaux reliant celui-ci au cerveau archaïque (ou reptilien) et au cerveau émotionnel (ou limbique) ne commencent à maturer qu'entre 5 et 7 ans. Avant 5 ans, l'enfant est dominé par son cerveau archaïque et son cerveau émotionnel.** Il est incapable de réguler ses émotions. Il tempête pour obtenir ce qu'il aime. Il est traversé par des peurs incontrôlées, des colères explosives et d'immenses chagrins. Il ne s'agit pas de caprices, ni de troubles pathologiques du développement, mais d'un comportement dû à l'immaturité de son cerveau. **Entre 1 et 3 ans**, notamment, si l'enfant se trouve dans une situation qui le met en état d'insécurité, si ses besoins fondamentaux d'affection, attention, de jeu, de calme etc., ne sont pas satisfaits, il peut répondre par l'agressivité, la fuite ou la sidération. Or, **l'attitude des adultes, si elle est bienveillante, favorise la maturation du cortex orbito-frontal** et des circuits cérébraux, ce qui l'aide à **gérer les émotions envahissantes**. Ces tempêtes émotionnelles diminuent alors progressivement, vers 5-6 ans. L'enfant parvient plus rapidement à maîtriser les impulsions de son cerveau archaïque (23). Durant ses premières années de vie, l'enfant ne peut pas s'apaiser seul. Face à sa colère et à sa détresse, l'amygdale cérébrale active **la sécrétion des molécules du stress**, cortisol ou adrénaline. Or le cortisol est **toxique pour le cerveau de l'enfant** et un taux prolongé de cette hormone peut **détruire des neurones dans les zones essentielles** du cerveau et conduire à terme à des troubles du comportement, de l'anxiété ou des difficultés d'apprentissage. Apaiser les émotions de l'enfant par le contact physique mais aussi en l'aidant à les verbaliser, **favorise la maturation des lobes frontaux** et des circuits neuronaux. Les circuits qui participent à la sécrétion des molécules du stress se mettent au repos et les hormones nocives diminuent. **L'hippocampe**, quant à lui, est l'une des structures cérébrales dévolues à **la mémoire et à l'apprentissage**. Quand un enfant est encouragé, son hippocampe augmente de volume, ses neurones et ses synapses se développent mieux, il apprend mieux et mémorise davantage. En revanche, quand l'hippocampe est endommagé par un trop fort taux de cortisol, la mémoire et les capacités d'apprentissage sont altérées. Dans le même registre, quand l'enfant entreprend une activité avec enthousiasme, il sécrète de la dopamine, molécule du plaisir et décuple ses facultés d'apprentissage. C'est pourquoi il est important d'encourager l'enfant à explorer, expérimenter, découvrir, créer en s'adaptant à son âge et à ses envies ; de l'accompagner dans ses efforts pour qu'il ne se décourage pas, malgré les difficultés ; de lui faire confiance et de lui laisser un espace de liberté pour qu'il tâtonne, se trompe et rebondisse, apprenne à se connaître et à faire les choix qui lui conviennent (24). Pour finir, **l'ocytocine est une molécule de l'empathie, de l'amour, de l'amitié**. Elle est sécrétée par celui qui fait preuve d'une attention bienveillante, mais aussi par celui qui la reçoit. Elle agit sur les structures cérébrales qui permettent de décrypter l'expression des yeux, du visage et renforce l'empathie. Sécréter de l'ocytocine procure un sentiment **de bien-être**, d'apaisement et favorise la sociabilité, des relations amicales et amoureuses satisfaisantes. Adopter une attitude bienveillante et chaleureuse envers un enfant stimule aussi sa sécrétion de dopamine, d'endorphines et de sérotonine, ce qui fait maturer son cortex orbitofrontal et lui permet d'acquérir un sens moral et d'apprendre à faire des choix. (24)

Ces progrès considérables accomplis grâce au développement des techniques d'imagerie cérébrale qui permettent d'apporter de nouvelles réponses sur le fonctionnement du cerveau, **questionnent les méthodologies d'apprentissage** (25). De nombreux scientifiques partagent ainsi l'idée que comprendre le cerveau peut **participer à améliorer politiques et pratiques éducatives**. La neuroscience montre que la façon dont on nourrit et traite le cerveau joue un rôle crucial dans les processus d'apprentissage, et commence à déterminer quels **sont les environnements les plus favorables à l'apprentissage**. La plupart des façons d'améliorer le fonctionnement cérébral dépendent **de facteurs simples et quotidiens : qualité de l'environnement social** et des rapports humains, **alimentation, exercice physique et sommeil**. En prêtant attention à l'état du cerveau et du corps, il est possible de mettre à profit la plasticité cérébrale et de faciliter l'apprentissage. Il faut adopter une approche globale, qui tienne compte **des liens étroits entre bien-être physique et intellectuel et ne néglige pas l'interaction entre aspects émotionnels et cognitifs**. L'école doit faire en sorte que les enfants découvrent très jeunes le plaisir de comprendre, se rendant ainsi compte qu'apprendre est une expérience très agréable. Pour apprendre efficacement, il est très important de savoir **gérer ses émotions**. L'autorégulation est l'une des compétences émotionnelles et comportementales les plus importantes parmi celles qui sont nécessaires, à l'enfant comme à l'adulte, dans leurs environnements sociaux. Les émotions guident ou perturbent les processus psychologiques tels que la concentration ou la résolution de problèmes, et influencent les relations humaines. La neuroscience, appuyée sur la psychologie cognitive et l'étude du développement de l'enfant, commence à identifier d'importantes régions cérébrales dont l'activité et le développement sont en relation avec le self-control.(22)

Pour autant, comme le développe **Philippe Mérieu** dans son article « *L'enfant n'est pas une clé USB* », si l'intérêt des neurosciences est indéniable, il est en revanche impossible de les considérer comme un outil miracle, capable de résoudre tous les problèmes éducatifs. Pour lui, non seulement les nouvelles découvertes scientifiques n'invalident en rien les plus anciennes, comme l'approche de Winnicott par exemple, ni le travail clinique des psychologues ou des psychiatres. Mais encore parce que la compréhension de l'être humain ne se limite pas à une seule de ses dimensions, même si le cerveau peut apparaître comme la cabine de pilotage d'où partent toutes les décisions. Car ce qui caractérise l'être humain, en tant que sujet, est qu'il a des projets et sélectionne les informations qu'il reçoit en fonction de ces derniers. L'activité d'un enfant, ses motivations, ses problèmes, ses perspectives, ne peuvent être appréhendés de façon purement objective, en accumulant des renseignements scientifiques, aussi précis soient-ils. Impossible de faire l'impasse sur ce qui le motive et d'entrer dans une relation avec lui. **Cette relation** comporte une part **affective**, mais, plus profondément, elle doit constituer un appel où confiance et exigence permettent l'émergence de **la liberté et de la volonté de l'autre**. Le Moi n'agit que dans le but d'atteindre un objectif. Ses actes ont un sens pour lui, même s'il ne le perçoit pas totalement. Le dialogue et la relation permettent de contribuer à son éducation (26).

4. LE RÔLE ET LA PLACE DE CHACUN DANS LA SOCIÉTÉ

4.1 La place du jeune enfant dans la société

De la fin du 19^e siècle au milieu des années 1960, l'autorité et l'obéissance sont centrales (27). Les parents doivent inculquer aux enfants les règles de la vie en société. **A partir des années 1960 jusqu'à aujourd'hui**, l'important n'est pas de s'aligner sur ce qui est commun à tous **mais de développer ce qui est propre à chacun**. Les adultes ne peuvent pas se limiter à imposer, à transmettre ; ils doivent aussi créer les conditions pour que l'enfant puisse, sans attendre d'être « grand », découvrir par lui-même ce qu'il peut être (28). **L'enfant du 21^e siècle est devenu un sujet de plein droit** (29). Son développement, son éducation, les soins à lui apporter font l'objet de recherches et de publications innombrables. Avec les mutations démographiques, sociales et culturelles, l'enfant est devenu un bien précieux, désiré en même temps que porteur de grandes espérances pour sa famille (29). L'enfant est à la fois fragile comme un enfant et respectable comme tout être humain. Sujet de droits propres, il n'est plus soumis aveuglément à l'arbitraire des adultes (30). Dans les années 1970, **Françoise Dolto (1908-1988)**, pédiatre et psychanalyste française, incarne cette idée que **l'enfant n'est pas un « tube digestif » mais un sujet à part entière** comme l'adulte, un être sensible réagissant dès la grossesse à son environnement (31). Pour elle, **la parole est au cœur de l'éducation**, et ce, dès la conception, c'est pourquoi il vaut mieux fonder l'autorité sur la force d'une parole plutôt que sur des règles disciplinaires (32). Dolto défend l'idée que **l'autonomie est primordiale** et demande aux parents de laisser les enfants acquérir celle-ci par une immersion précoce dans une vie sociale où ils peuvent vivre avec leurs pairs (33). Aujourd'hui, le statut de l'enfant dans la société fait débat. Dolto est critiquée. Ses détracteurs lui reprochent d'avoir créé la figure de **l'enfant-roi** voire de **l'enfant tyran** et favorisé ainsi le laxisme voire la démission parentale (34) en donnant à l'enfant une place qui n'est pas la sienne (28). Les parents se trouvent face à **un paradoxe**. Ils doivent à la fois respecter cet enfant-sujet mais faire preuve de l'autorité nécessaire à l'acte éducatif (35). Pour certains auteurs, il n'y a pas une démission parentale mais au contraire un désir de bien faire (36).

Les droits de l'enfant

La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), adoptée par l'Assemblée générale des Nations-Unies en 1989 et ratifiée par la France en 1990 (37), marque ce mouvement durant lequel l'enfance a été progressivement reconnue comme une période spécifique de la vie, à laquelle il fallait apporter une attention particulière (28). Elle reconnaît les enfants comme sujets de droits à part entière, tout en leur apportant une protection particulière en raison de leur vulnérabilité et de leur dépendance aux adultes. La Convention impose aux États qui l'ont ratifiée, des obligations et des devoirs liés au respect, à la protection et à la mise en œuvre des droits de l'enfant (37). Premier texte international juridiquement contraignant, cette convention qui concerne tous les enfants du monde jusqu'à leur 18 ans, sans aucune discrimination, a pour objet de reconnaître, de respecter et de protéger leurs droits civils, économiques, politiques, sociaux et culturels. Les droits civils garantissent le droit à la vie, le droit d'avoir un nom et une nationalité, le droit à la vie privée, le droit d'accéder à la justice, le droit d'être protégé en cas de handicap, le droit à la non-discrimination. Les droits économiques garantissent le droit à un niveau de vie suffisant, le droit à la protection contre l'exploitation au travail, le droit à la sécurité sociale. Les droits politiques assurent le droit d'avoir des opinions et de les exprimer, le droit à la protection contre les mauvais traitements, le droit à la protection contre la privation des libertés, le droit à la protection contre la séparation d'avec les parents. Les droits sociaux affirment le droit d'être nourri et soigné par des médecins, le droit à la protection contre toutes les formes d'exploitation, l'enlèvement et la drogue, le droit à la protection en cas de guerre. Les droits culturels, quant à eux, garantissent le droit d'être éduqué, le droit à une information appropriée, le droit aux loisirs (38). Le Défenseur des droits de la République Française, institution indépendante de l'État, a remis au Comité en février 2015, un rapport d'appréciation qui dresse un bilan en demi-teinte de l'application de la CIDE en France, reconnaissant que des progrès significatifs ont été réalisés dans plusieurs domaines. Toutefois, il regrette que les enfants les plus vulnérables, notamment les enfants en situation de précarité, porteurs de handicap, migrant seuls ou avec leur famille, peinent à accéder à ces droits (37).

La protection de l'enfance

Le Code de la famille et de l'action sociale définit **la protection de l'enfance comme le moyen** de prévenir **les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés** dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. La protection de l'enfance est une politique sociale, relevant de la compétence des Conseils départementaux, qui vise à aider les parents en difficulté à exercer leurs responsabilités à l'égard de leur enfant. Si elle ne parvient pas à protéger l'enfant, il revient au juge des enfants de prendre des mesures judiciaires pour assurer sa protection effective. Le dispositif français de protection de l'enfance repose donc sur la subsidiarité. Dans la mesure du possible, il s'agit de protéger l'enfant par des mesures sociales qui nécessitent le consentement des parents. **Depuis son origine, la protection de l'enfance est une politique publique visant l'enfance et non l'enfant.** Dans cette politique, l'enfant est considéré comme l'objet d'une intervention et non comme un sujet. Or, la dynamique des droits, depuis l'adoption de la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989, exige de repenser la politique de protection de l'enfance (39). **En 2007 puis en 2016**, deux lois sont venues **réformer la protection de l'enfance**, dans le but de rendre les dispositifs plus respectueux de **l'intérêt et des droits de l'enfant**. **La loi du 5 mars 2007** réformant la protection de l'enfance a posé des principes forts en matière d'implication et d'association de la famille. Elle a produit des orientations méthodologiques et techniques visant **l'amélioration de l'intervention auprès des familles** et celle de **la prise en compte des intérêts des usagers**. Elle a notamment encouragé le maintien du lien entre parents et fratrie, le développement d'accueils diversifiés, séquentiels, modulables privilégiant les modes de prises en charge hors les murs, l'implication des parents dans la rédaction du projet pour l'enfant (PPE), la remise d'un rapport annuel concernant l'enfant par les services de l'ASE dont les conclusions doivent être portées à la connaissance des parents (40). **La loi du 14 mars 2016**, elle, concrétise l'attention portée à l'enfant. **Elle développe la prévention à tous les âges** de l'enfant, vise **l'amélioration du repérage et du suivi des situations de danger** pour pouvoir mieux y répondre et garantit plus de **cohérence et de stabilité dans les parcours des enfants** en protection de l'enfance. Le pilotage de la politique de protection de l'enfance, à la fois interministérielle et décentralisée, doit être renforcé en décloisonnant les interventions. Pour développer la recherche et adapter ainsi la politique de protection de l'enfance à la réalité des situations et soutenir les professionnels dans leur pratique, la loi relative à la Protection de l'enfant vient renforcer les missions de **l'Observatoire national de protection de l'enfance (ONPE)** et des **Observatoires départementaux de la protection de l'enfance (ODPE)** (38).

Les besoins fondamentaux de l'enfant

La notion de besoins fondamentaux de l'enfant renvoie à la question essentielle de la détermination de ce qui est nécessaire pour l'enfant (41). Le Larousse définit le besoin comme l'exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique. Les besoins de l'individu expriment sa dépendance à l'égard de son milieu extérieur. Selon Henri Laborit, les besoins de l'être humain sont corrélés à son état de développement (42). Pour un bébé, en état d'immaturation organique (43) et de dépendance complète à son environnement, la satisfaction des besoins indispensables à sa survie nécessite l'intervention d'un autre, parent le plus souvent. Dans une optique développementale, l'enjeu de la satisfaction des besoins du petit humain est de lui apporter les soins sans lesquels il ne peut ni grandir, ni apprendre, ni s'épanouir (44). Pour Terry Brazelton et Stanley Greenspan, un feed-back continu entre hérédité et environnement contribue au développement de l'enfant. Les parents doivent adapter leur comportement aux besoins spécifiques de leur enfant pour qu'il puisse développer ses qualités particulières (45). Différentes nomenclatures de besoins fondamentaux ont été établies dès 1938 (46). La littérature relève un consensus quasi universel autour de certains besoins d'ordre physique ou éducatif et d'autres comme les besoins d'ordre psychologique par exemple, suscitent des controverses (47). A titre d'exemple, en

1970, Abraham Harold Maslow identifie cinq besoins humains fondamentaux et hiérarchisés : Les besoins physiologiques, les besoins de sécurité, les besoins d'amour, les besoins d'estime, le besoin d'accomplissement de soi sur lesquels il fonde sa théorie de la motivation. Pour cet auteur, l'apparition d'un besoin dépend de la satisfaction du besoin précédent (48). La représentation des besoins essentiels a évolué, passant d'une conception hiérarchisée selon Maslow, à l'identification d'un méta-besoin qu'ont tous les enfants d'établir des relations affectives stables avec des personnes de leur entourage immédiat ayant la capacité, et étant disposées, à leur porter attention et à être psychologiquement disponibles. Ce besoin englobe les autres besoins fondamentaux ressentis par un enfant au cours de son développement. La satisfaction de ces derniers semble ne pouvoir être atteinte que dans le contexte du contentement suffisant du premier besoin (44). Ainsi, Jean Pierre Pourtois et Huguette Desmet élaborent un paradigme des douze besoins psychopédagogiques comportant quatre dimensions : affective, cognitive, sociale et de valeurs, chacune recouvrant trois besoins spécifiques de l'enfant qui impliquent des catégories d'attitude parentale (46). Pour Terry Brazelton et Stanley Greenspan, il y a sept besoins incontournables : le besoin de relations chaleureuses et stables ; le besoin de protection physique, de sécurité et de régulation ; le besoin d'expériences adaptées aux différences individuelles ; le besoin d'expériences adaptées au développement ; le besoin de limites, de structures et d'attentes ; le besoin d'une communauté stable, de leur soutien, de leur culture ; le besoin de protection de leur avenir (46). Mais les besoins du nourrisson, du jeune enfant et de l'adolescent ne sont pas identiques et il est nécessaire de pouvoir adapter la pratique et l'identification des besoins en fonction des âges. Ainsi, l'Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (AIDES) au Québec a développé le Cahier d'analyse des besoins de l'enfant (CABE). Il présente ainsi des adaptations correspondant à six groupes d'âge : de la naissance à 1 an ; de 1 à 2 ans ; de 3 à 4 ans ; de 5 à 10 ans ; de 11 à 15 ans ; de 16 à 18 ans (49).

4.2 L'influence du milieu familial

Les premières années de la vie constituent une séquence de phases développementales essentielles à la trajectoire de santé ultérieure. L'interaction entre les enfants et leur environnement immédiat, surtout relationnel et matériel, contribue à forger l'architecture cérébrale et, en conséquence, leurs capacités cognitives et leurs fonctions physiologiques (50). Les jeunes enfants sont des acteurs sociaux formés par leur environnement et se développent mieux dans des contextes chaleureux et réceptifs qui les protègent de désapprobations et de punitions inappropriées, et dans des environnements dans lesquels ils ont l'occasion d'explorer leur monde, de jouer et d'apprendre à parler avec les autres et de les écouter. Le développement du jeune enfant se réalise donc en fonction des contraintes et des opportunités offertes par son milieu. Ainsi, la famille représente la principale influence environnementale sur le développement de l'enfant (51). Elle est le premier lieu de développement de tout jeune enfant (52). Pour Bourdieu, l'éducation est une persuasion clandestine. L'individu est le produit d'un processus d'imprégnation mis en œuvre dès le début de la vie, prioritairement au sein du milieu familial. C'est par ce processus qu'il va incorporer ses façons de penser, d'agir, de structurer son univers. Ainsi, les enfants vont-ils, très tôt, intérioriser les règles présentes au sein du milieu de vie. Il existe ainsi des logiques familiales d'insertion sociale qui différencient les familles en fonction de leur histoire et de leur milieu socio-économique (53). Les styles éducatifs et la manière dont les parents structurent les expériences de l'enfant dépendent des cultures, des conditions de vie économiques et sociales, des environnements fonctionnels (51). Les membres de la famille fournissent une grande partie des stimuli aux enfants, et les familles contrôlent en grande partie leur contact avec leur environnement plus vaste. Les éléments les plus importants de la famille sont ses ressources sociales et économiques. Les ressources sociales comprennent les compétences parentales et l'éducation, les pratiques culturelles et les approches, les relations intra-familiales ainsi que l'état de santé des membres de la famille. Les ressources économiques comprennent les richesses, la situation professionnelle et les conditions résidentielles et permettent aux familles d'effectuer des choix et de prendre des décisions au mieux des intérêts de leurs enfants notamment en sélectionnant des services de garde, de soins de santé primaire et d'éducation (54).

Origine développementale de la santé et des maladies et déterminants environnementaux

Selon le concept de l'**origine développementale de la santé et des maladies** (« DOHaD », pour developmental origins of health and disease), **des modifications épigénétiques** retiennent la mémoire des effets des facteurs environnementaux auxquels un individu est soumis. **La période de développement précoce, pré et postnatal** s'avère particulièrement cruciale. En effet, **l'épigénome est alors particulièrement sensible aux effets de l'environnement**, et l'individu construit son capital santé pour répondre ultérieurement aux aléas de la vie. Cette période des « **1000 premiers jours** », constitue une fenêtre de sensibilité au cours de laquelle l'environnement, sous toutes ses formes, qu'il soit **nutritionnel, écologique, socio-économique et les modes de vie**, crée des marques sur le génome, programmant la santé et le risque futur de maladie d'un individu pour la vie. Une susceptibilité ou une résistance à développer, plus tard, l'ensemble des maladies chroniques non transmissibles de l'adulte peut ainsi se créer, au gré des évolutions du contexte, notamment nutritionnel. Cette découverte confère aujourd'hui une importance toute particulière à l'alimentation maternelle et infantile. Elle contribue en effet à la mise en place durable des principales régulations physiologiques et biologiques, et donc au risque de développer les principales maladies chroniques de l'âge adulte (obésité, diabète de type 2 et maladies cardio-vasculaires) (55).

Mais la littérature démontre que les habitudes alimentaires et d'allaitement maternel varient considérablement en fonction du statut socio-économique (54). Les enfants des familles les plus pauvres sont davantage exposés à une mauvaise alimentation. Ces disparités ne concernent pas uniquement l'alimentation. A titre d'exemple, les grossesses des femmes de catégories socioprofessionnelles défavorisées sont moins suivies. 23 % des femmes non scolarisées effectuent moins de sept visites prénatales contre 4,4 % de celles qui ont atteint un niveau d'études supérieur au bac. Les femmes sans profession sont 16 fois plus nombreuses que les femmes cadre à ne pas savoir si elles ont ou non bénéficié d'un dépistage sanguin de la trisomie 21 (56). Les conditions de vie des femmes enceintes et leurs comportements ont un impact important sur les enfants in utero, avec un risque particulier en cas de consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives. Des différences sociales sont marquées pour les indicateurs de santé périnatale, particulièrement pour les femmes seules, très jeunes, sans ressources ou arrivées récemment sur le territoire (57). Le taux de prématurité est près de deux fois plus élevé chez les salariées de services aux particuliers que chez les cadres. Ces écarts sont plus importants encore pour la grande prématurité (0,7 % contre 2,2 %) et le petit poids à la naissance (respectivement 4,7 % et 9,9 %). L'état de santé des enfants dans les premières années de scolarisation confirme ce constat. En grande section de maternelle, plus d'un enfant d'ouvrier sur sept, soit 13,9 %, est en surcharge pondérale contre 8,6 % de ceux dont le père est cadre. Les mêmes disparités se retrouvent en matière bucco-dentaire : moins de 2 % des enfants de cadres ont au moins deux dents cariées non soignées, contre un enfant d'ouvrier sur dix (11 %) (56). Rappelant la théorie de la reproduction sociale et de l'héritage de Bourdieu (58), les conditions socioéconomiques pendant l'enfance vont dans le sens d'une transmission intergénérationnelle des inégalités de santé : influence directe du niveau socioéconomique des parents sur la santé des enfants, influence des conditions de vie dans l'enfance sur les trajectoires de vie, et transmission de caractéristiques génétiques et de comportements en santé (56). Avoir un père « cadre dirigeant, profession intellectuelle » augmente d'environ 12 points la probabilité d'avoir un bon état de santé perçue à l'âge adulte comparé au fait d'avoir un père « ouvrier ou employé non qualifié ». L'environnement socio-économique et la santé ont donc un lien important, particulièrement chez les enfants (59).

Les inégalités de santé s'expliquent par la part respective, au sein des différentes catégories socioprofessionnelles, **de grands déterminants de la santé** : à côté de **l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires**, figurent les **comportements individuels dont l'alimentation mais aussi la consommation de tabac et d'alcool, les réseaux sociaux et les communautés** dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie notamment **d'emploi, de logement, de transports, d'accès aux services publics essentiels,**

et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales d'ensemble de la société. Les faibles revenus, les modes de vie et la difficulté d'accès aux soins des familles en situation de pauvreté hypothèquent la santé des enfants. Les contextes sociaux exercent très tôt une influence sur la santé avec des inégalités sociales de santé observées dès la petite enfance. **Ainsi, la santé des enfants** n'est pas le produit de la seule biologie, mais elle est aussi en partie **liée à la position sociale de leurs parents** (56).

Évolution de la famille

Aujourd'hui, la naissance d'un enfant est caractérisée par la probabilité croissante que cette naissance se réalise hors du cadre de la norme conjugale hétérosexuelle, mais également par la probabilité encore plus importante que le cadre de départ soit amené à évoluer. La place d'un enfant dans une **situation de parentalité** n'est donc **pas figée** à priori, il peut passer d'une situation commune à une **situation plus atypique**, comme la **monoparentalité**, la **résidence alternée**, la **recomposition familiale** ou encore **l'homoparentalité** (60). Gérard Neyrand, sociologue, analyse l'impact de ces évolutions sur l'enfant, qui peut être élevé par plus de deux personnes placées en situation parentale. D'après lui, les enfants élevés par un seul parent, en résidence alternée, avec l'aide d'un beau-parent ou avec un homoparent ne présentent pas forcément plus de **troubles du développement** que les enfants élevés dans des situations plus classiques. **La qualité des relations entretenues avec les personnes** et les **compétences parentales** à créer les conditions favorables au développement des enfants importent plus que les **aspects structuraux de la famille** (60). Néanmoins, la littérature met en évidence le rôle de **l'adversité psychosociale** durant l'enfance sur la santé à long terme. Les **événements stressants** dans la vie de l'enfant, tels que les dysfonctionnements familiaux, les séparations parentales, les négligences physiques, les abus physiques et sexuels ou encore le fait d'être témoin de violences sont liés à de nombreuses **pathologies chroniques** de l'âge adulte, notamment de cancers (50).

Le niveau de **stress** subi par l'enfant, en **période périnatale** particulièrement, a **des effets délétères sur le développement cognitif, émotionnel et même certains aspects de la psychopathologie des individus** mais ces effets peuvent être modérés par la **qualité de la relation d'attachement** de l'enfant à ceux qui lui apportent des soins (61). C'est pourquoi les médecins, pédiatres, psychiatres, professionnels de l'enfance dénoncent des situations à haut risque psychique concernant **la résidence alternée chez les enfants de moins de six ans** du point de vue du développement affectif de l'enfant (62). Il existe une pathologie psychique due à la résidence alternée, avec l'apparition de différents symptômes : **sentiment d'insécurité avec apparition d'angoisses d'abandon, sentiment dépressif, troubles du sommeil, eczéma, agressivité, perte de confiance**, etc. Ces troubles peuvent s'installer de manière durable sous la forme d'angoisse et de dépression chroniques. Dès **les premiers mois de sa vie**, un enfant a un **besoin vital**, au niveau psychique, d'établir un lien sélectif avec un adulte qui réponde à ses besoins non seulement physiques, mais affectifs, en particulier qui soit capable de comprendre ses tensions et de les apaiser. Si cet adulte est présent de manière suffisamment continue, l'enfant construit une **relation d'attachement** qui se caractérise par la recherche de proximité, la notion de base de sécurité qui permet de s'éloigner pour explorer le monde, la notion de comportement de refuge (retour vers la figure d'attachement lorsque le sujet perçoit une menace) et des réactions marquées vis-à-vis de la séparation involontaire. **Ce besoin de continuité** ne concerne pas seulement la personne adulte, mais aussi la **permanence du lieu**. Si ces conditions de stabilité ne sont pas réunies, un enfant peut présenter un attachement perturbé, qui traduit un sentiment d'insécurité interne. L'angoisse de séparation, avec des comportements d'agrippement, d'hypervigilance, de suivi constant par le regard, en sont des manifestations typiques. De nombreux travaux montrent que le **père et la mère proposent au bébé un style d'échanges différents et complémentaires** (63). Les **mères** proposent un **dialogue dit « tonique », émotionnel**, qui met en jeu un langage préverbal constitué de vocalisations, de mimiques, de postures. Avec la voix, le sourire, le soutien physique, la mère exprime sa sollicitude à l'enfant et contribue à faire naître chez lui les sentiments originels de confiance, de sécurité, et de continuité d'existence. C'est prioritairement par l'intermédiaire des variations de tension musculaire inscrites sur son corps et sur son visage que le nourrisson exprime ses besoins. Dans les échanges, le « dialogue tonique » mère-bébé est la forme de régulation des états de mal-

être et de bien-être. Certains auteurs estiment que l'amorçage du **dialogue tonique mère-enfant commence dès le cinquième mois de la vie intra-utérine**, et que de ce fait, la mère a une « avance ». Par ailleurs, dans le cadre de la communication à distance, les mères favorisent les échanges par le canal visuel. La durée moyenne des regards que le bébé dirige vers l'adulte est systématiquement à l'avantage de la mère alors que la durée relative des jeux entre adultes et enfant est en faveur du père. Les pères sont plus volontiers dans un échange dit « **dialogue phasique** », c'est-à-dire dans un échange plus physique, plus stimulant, de nature discontinue, avec des moments émotionnels privilégiés plus intenses, ceci dès la fin du premier mois (soulever le bébé dans les airs, etc.). Ils ont une motricité plus expansive avec leur enfant alors que la mère réveille davantage les émotions par des expressions faciales. Le dialogue mère-enfant est donc davantage lié à l'expression des émotions, il est plus dans le registre du soin, de la tendresse, du réconfort, de la protection, alors que le dialogue père-enfant apparaît plus adapté à l'ouverture sur l'environnement, même si les pères peuvent être protecteurs et proposer un maternage adéquat. Les pères sont plus directifs, demandent plus la réalisation de tâches, font plus de jeux passant par le mouvement, proposent plus de jeux non conventionnels que la mère, taquinent volontiers l'enfant, se montrent plus « déstabilisateurs », proposent plus à l'enfant des « problèmes » à résoudre, les mettent plus au défi, sont des « catalyseurs de prise de risques ». **Les deux parents ne sont donc pas équivalents dans le registre émotionnel et comportemental**. Si le père occupe bel et bien une position de figure d'attachement, la mère est plus appropriée et plus sécurisante et ce d'autant plus que la situation se fait plus contraignante pour l'enfant (62).

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale et à la possibilité donnée aux parents divorcés de résidence alternée pour les enfants sans distinction d'âge (64), les professionnels de l'enfance observent des conséquences sur le développement affectif des enfants. En effet, de nombreux enfants de moins de 6 ans concernés par ce mode de garde présentent des troubles spécifiques fixés que les cliniciens ne parviennent pas à traiter. Les constatations cliniques ont été considérées comme suffisamment graves pour que **5120 professionnels de l'enfance signent une pétition en janvier 2014 demandant qu'aucune décision de résidence alternée ne soit imposée judiciairement avant l'âge de six ans** (65) (66). La proposition de loi relative aux principes de garde alternée des enfants du 17 octobre 2017 (67) devait être examinée en mai 2018, mais n'a finalement pas été présentée (68). Toutefois, la question n'est pas pour autant réglée, puisque le **projet de loi de programmation 2018-2022** de réforme pour la justice intègre la proposition de loi sur la double résidence (69).

4.3 L'apport des ressources extérieures à la famille

Les structures familiales ont donc évolué. Un enfant sur cinq, vit dans une famille monoparentale, constituée dans 82 % des cas d'une mère avec un ou des enfants et plus fortement exposée à la précarité que les autres types de familles ; un enfant sur neuf vit dans une famille recomposée. Dans ce contexte, plus de deux parents sur cinq jugent aujourd'hui **difficile l'exercice de leur rôle de parent**. **Si les parents demeurent les premiers éducateurs de leurs enfants, libres de leurs choix dès lors qu'ils concourent à son intérêt supérieur et respectent ses droits**, ils ne sont pas seuls : les différents services ou institutions que l'enfant fréquente, l'ensemble des adultes qui l'entourent contribuent eux aussi à son éducation, et ont un impact sur son devenir (70). **Les relations que l'enfant établit en dehors de la famille** participent aussi à son bon développement (71). Les familles doivent alors pouvoir avoir accès aux ressources qui leur permettent de faire des choix et de prendre des décisions dans le meilleur intérêt de leurs enfants en pouvant bénéficier de services de garde de qualité, de soutien aux parents, les soins de santé primaires ou l' instruction (1). **C'est pourquoi l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de Sécurité sociale investissent dans les politiques familiales pour aider les familles**. Les **objectifs** de cette politique sont de **contribuer au renouvellement des générations** par une politique de soutien à la natalité et de **maintenir le niveau de vie des familles**, malgré les coûts engendrés par la naissance et l'éducation d'enfants. Mais plus récemment, pour faire face aux évolutions sociales et les accompagner, la politique familiale vise également à **favoriser l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle**, pour que les parents de jeunes enfants puissent continuer à travailler et à **apporter un**

soutien à la parentalité pour aider les familles en difficulté relationnelle et éducative avec leurs enfants. L'évolution de ces objectifs montre une politique répondant aux évolutions des formes familiales (montée de la monoparentalité, par exemple) mais également des aspirations des familles dans leur désir d'enfants ou de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Pour atteindre ces objectifs, les politiques familiales mobilisent de nombreux opérateurs et des dispositifs variés. Cette multiplicité des formes d'intervention est le gage d'une certaine réussite, mais a pour corollaire une faible lisibilité des actions mises en œuvre (72).

Politique d'accueil du jeune enfant

Le développement des modes d'accueil de la petite enfance est une des priorités de la politique familiale qui permet aux parents une meilleure articulation entre vie familiale et vie professionnelle et qui est souvent mis en exergue pour expliquer la réussite du modèle français en termes de natalité et de taux d'emploi des femmes. La France se caractérise, par rapport à la plupart de ses voisins européens, par une **offre développée et diversifiée de solutions d'accueil**, qu'il s'agisse de places **en crèches (établissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE))**, de possibilités de faire garder son enfant par une **assistante maternelle au domicile** de celle-ci, ou au domicile des parents, par la **préscolarisation dès l'âge de deux ans dans des écoles maternelles**, ou par le recours des parents à un **congé parental d'éducation (CPE)** à temps plein ou partiel, accompagné ou non d'une indemnisation au travers de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE). Le recours effectif des familles aux **différents modes d'accueil** résulte de choix sous contraintes multiples et complexes : l'offre de modes d'accueil disponible localement et les manques éventuels de celle-ci, l'accessibilité financière à ces modes d'accueil, la complexité des situations familiales et professionnelles (contraintes horaires, possibilité d'aide familiale...). Cette politique vise avant tout à trouver une **solution qui réponde au mieux aux besoins spécifiques des très jeunes enfants sur tous les plans : physique, affectif, cognitif, émotionnel et social**, en offrant la meilleure qualité de service possible sur ces différents plans (73).

La nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022 qui lie l'État et la Cnaf, signée le 19 juillet 2018, réaffirme cette **priorité donnée à la petite enfance, en développant l'accueil du jeune enfant, en luttant contre les inégalités sociales et territoriales et en améliorant son efficience**. Différentes actions permettront de pérenniser l'offre d'accueil collective existante et de créer de nouvelles places d'accueil, notamment dans les zones prioritaires. Une **attention particulière est portée aux familles modestes ou confrontées au handicap d'un jeune enfant**. Ces actions doivent conduire à améliorer l'accessibilité des modes d'accueil, dans une logique inclusive, pour tous les enfants (74).

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté présentée par le Gouvernement le 13 septembre 2018 se décline en 5 engagements dont les deux premiers concernent directement la petite enfance. Le premier engagement « **L'égalité des chances dès les premiers pas pour rompre la reproduction de la pauvreté** » vise à rompre avec le déterminisme de la pauvreté. **L'accueil dans les crèches ou par les assistantes maternelles** est un levier efficace de réduction des inégalités liées à l'origine sociale parce qu'il favorise le développement de l'enfant et l'apprentissage du langage. Or, aujourd'hui, les enfants en situation de pauvreté ont un accès trop limité à ces modes d'accueil, individuels et collectifs. C'est pourquoi, en sus du développement de l'offre prévu par la COG de la branche famille et des 30 000 nouvelles places en accueil collectif et 1 000 relais d'assistantes maternelles, la stratégie pauvreté engage une évolution majeure de la politique petite enfance, au service de la mixité sociale et d'un nouveau continuum éducatif 0-6 ans. Cette ambition éducative s'inscrit dans la dynamique de renforcement des moyens pour les enfants les plus fragiles portés par l'Éducation nationale, avec notamment **l'instruction obligatoire dès 3 ans**. La mesure phare de cet engagement est **un plan de formation et un nouveau référentiel pour 600 000 professionnels de la petite enfance** afin de favoriser le développement de l'enfant et l'apprentissage du langage avant l'entrée à l'école maternelle. La qualité éducative de l'accueil en crèche et par les assistantes maternelles sera renforcée avec pour objectif d'assurer un **continuum éducatif centré sur l'apprentissage de la langue française, de 0 à 6 ans**. Un **référentiel pédagogique de la petite enfance** sera élaboré sous l'égide du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. Il sera déployé dans un plan exceptionnel de formation continue des

600 000 professionnels de la petite enfance, qui sera articulé avec les formations issues des **assises de l'école maternelle** pour les enseignants du 1^{er} degré. **Un bonus « mixité sociale » dans l'accueil collectif** sera mis en place pour 90 000 places ainsi que l'instauration du tiers payant du complément mode de garde courant 2019 pour l'accueil individuel. D'autres **mesures** sont également de **développer les modes d'accueil de la petite enfance**, notamment dans les territoires fragiles avec la **création d'un bonus « territoires » permettant de diminuer à moins de 10 % le reste à charge des communes ; de créer 300 crèches à vocation d'insertion professionnelle (AVIP) d'ici 2020, de renforcer la transparence des modalités d'attribution des places de crèches ; de soutenir les collectivités dans 60 quartiers prioritaires avec deux adultes par classe de maternelle (un Agent territorial spécialisé des écoles maternelles et un enseignant)**. Le deuxième engagement « **Garantir au quotidien les droits fondamentaux des enfants** » vise à diminuer le taux de **privation matérielle des enfants pauvres** en particulier dans les champs de **l'alimentation, de la santé, de l'accès à la culture, aux loisirs et aux vacances** (75).

Politique de soutien à la parentalité

Les modes de garde du jeune enfant sont la partie la plus coûteuse et la plus emblématique de la politique de la petite enfance. Mais elle comporte également un ensemble d'actions de **soutien à la parentalité** pour accompagner les parents (61). Pour l'État, la politique de **soutien à la parentalité vise quatre objectifs : accroître la confiance des parents dans leur compétence parentale ; apaiser les conflits familiaux ; accompagner les enfants et leur famille dans leur parcours scolaire ; informer les parents sur les dispositifs** (76). Elle se décline en **deux modalités d'accompagnement** essentielles pour les parents d'enfants de 0 à 3 ans. D'une part, des **actions collectives** destinées à des groupes de parents mis en place par les lieux de **soutien à la parentalité financés par les Caisses d'allocations familiales**. D'autre part, un **accompagnement individuel** de chaque famille proposé par des services de **Protection maternelle et infantile (PMI)** gérés par les départements (61).

Les lieux de soutien à la parentalité financés par les CAF

Depuis plus de 40 ans, de nombreuses initiatives locales se sont développées pour accompagner les parents. Elles visent à répondre au besoin croissant d'information, de conseils ou d'écoute exprimé par les parents. Parmi les initiatives de soutien aux parents d'enfants de 0 à 3 ans, **les Lieux d'accueil enfants-parents (LEAP)** et les associations ou centres sociaux regroupés pour la plupart dans **les Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP)** sont les plus importantes.

• Les lieux d'accueil enfants/parents (LAEP)

Les lieux d'accueil enfants/parents (LAEP) sont positionnés notamment dans le champ de la **prévention précoce** (77). Espaces conviviaux, ils accueillent, de manière libre et sans inscription, **de jeunes enfants âgés de moins de six ans accompagnés de leurs parents** ou d'un adulte référent. Ces structures, adaptées à l'accueil de jeunes enfants, constituent des espaces de jeu pour les enfants et des lieux de parole pour les parents. Ils sont ouverts sur des temps déterminés par des accueillants professionnels ou bénévoles formés à l'écoute et garants des règles de vie spécifiques à ce lieu. Le LAEP est souvent un premier lieu de sociabilité pour l'enfant. Il lui permet de développer sa créativité, son rapport à lui-même, aux autres et au monde. Il constitue de ce fait un espace d'épanouissement pour l'enfant et le prépare à la séparation avec son parent, ce qui facilite une meilleure conciliation entre vie familiale, vie professionnelle et vie sociale pour les parents. Le LAEP favorise également les échanges entre adultes. Il a pour objectif de prévenir ou de rompre l'isolement géographique, intergénérationnel ou culturel d'un certain nombre de familles. Structure souple, le LAEP se crée et se développe autour de projets visant à favoriser et à conforter la relation entre les enfants et les parents (78).

• Les associations, les centres sociaux et les Réseaux d'écoute,

Les associations ou centres sociaux regroupés pour la plupart dans les REAAP accueillent les parents pour des activités diverses, avec ou sans leurs enfants. Il peut s'agir par exemple de groupes de paroles entre parents, d'ateliers parents-enfant, de projets culturels ou de loisir co-construits avec les parents selon une logique de renforcement des capacités. Ces activités sont généralement peu ciblées selon l'âge des enfants et s'appuient rarement sur des intervenants spécialisés en petite enfance. Lorsqu'elles ont un cadre associatif, elles font parfois appel à des contributeurs bénévoles. Leur force est de proposer un **cadre informel et convivial**, selon une logique horizontale où les parents peuvent se sentir acteurs des projets menés. Toutes ces initiatives cherchent à apporter des réponses à des questions cruciales pour les parents, notamment lorsqu'ils ont des enfants en bas âge (61).

Les CAF réaffirment cette volonté de soutenir la parentalité dans sa **convention d'objectifs et de gestion 2018-2022**, en favorisant la qualité des liens parents-enfants aux moments clés de la vie familiale notamment quand les familles rencontrent des événements fragilisant. Elles veulent renforcer la visibilité, la structuration et la cohérence des dispositifs existants en matière de soutien à la parentalité. Aussi, elles souhaitent déployer **une offre de services et d'information en direction des parents, depuis la période périnatale jusqu'aux 3 ans de l'enfant, dans une logique de parcours**. Elles visent également le renforcement de l'offre de service et d'information en direction des parents confrontés à une séparation. Afin de consolider le pilotage et la cohérence des dispositifs de parentalité, une plateforme dématérialisée de gestion des appels à projet doit être créée et le développement des lieux ressources pour les parents tels que des maisons des parents ou des espace parents, poursuivi (74).

Les services de Protection maternelle et infantile (PMI)

En parallèle des lieux de soutien à la parentalité, le **réseau des services de Protection maternelle et infantile (PMI)** propose un accompagnement parental, centré sur la santé de l'enfant. Créée par la loi après la seconde guerre mondiale, la PMI est un service public obligatoire confié aux **conseils départementaux**. Chaque département gère ainsi un réseau de centres de PMI, qui propose aux parents un accompagnement essentiellement individuel. Le cœur de l'activité des PMI est constitué de consultations pédiatriques gratuites, mais les parents peuvent aussi bénéficier de permanences sans rendez-vous ou de visites à domicile assurées par des puéricultrices.

Coordination et lisibilité des actions menées

Ces politiques d'action publique à destination des familles permettent le **co-financement de beaucoup de projets de gouvernance familiale**. Mais ce champ demeure assez flou et hétérogène (79). Ainsi, afin de structurer ces dispositifs épars, un **Comité national du soutien à la parentalité**, installé par décret le **2 novembre 2010** (80) a été créé pour favoriser la **coordination des acteurs et veiller à la structuration et à l'articulation des différents dispositifs** d'appui à la parentalité. Il améliore l'efficacité et la lisibilité des actions menées auprès des familles. Il veille à ce que ces dispositifs s'adressent à l'ensemble des parents. Il en définit les priorités d'action. Il met également en œuvre une démarche d'évaluation, de communication et d'information en matière d'accompagnement des parents (81). **Au plan local**, la **circulaire interministérielle du 7 février 2012** invite les acteurs à mettre en place des coordinations que la **circulaire du 9 avril 2014** (82), relative aux évolutions de la politique départementale de soutien à la parentalité, est venue progressivement étendre à l'ensemble du territoire national. En 2013, le **Comité interministériel de modernisation de l'action publique (CIMAP)** arrête également les grands axes d'une réforme de la gouvernance de la petite enfance et de la parentalité. **L'un des axes consiste à regrouper à terme les Commissions départementales d'accueil des jeunes enfants (CDAJE) et les Commissions départementales de soutien à la parentalité (CDSP) au sein d'une seule et unique instance : les Commissions départementales des services aux familles (CDSF)**. En décembre 2013, le gouvernement lance la démarche préfiguratrice de cette réforme dans 16 départements et met en place un comité de préfiguration chargé d'élaborer les **schémas départementaux des services aux familles** (83). En 2015, une **circulaire relative à la mise en œuvre des schémas départementaux des services aux familles est publiée** visant leur généralisation afin de permettre à l'ensemble des acteurs de la politique familiale de réaliser un diagnostic partagé et un plan d'action concerté pour développer les solutions d'accueil du jeune enfant et les services de soutien à la parentalité sur leur territoire (84). En 2017, 85 schémas seulement sont engagés (85).

La stratégie nationale de soutien à la parentalité « Dessine-moi un parent » 2018-2022 (70) vise également à rendre l'offre plus visible, plus lisible et plus fiable. Elle souhaite également accompagner les parents à chaque âge de la vie de leurs enfants, développer les possibilités de relais parental, améliorer les relations entre les familles et l'école, accompagner les conflits pour faciliter la préservation des liens familiaux et favoriser l'entraide entre parents. La mise en œuvre de cette stratégie de soutien à la parentalité s'articule aussi avec les priorités de la **stratégie interministérielle de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes**, de la **convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Caisse nationale des allocations familiales** (86). L'ensemble des politiques familiales concoure à leur manière à créer un environnement favorable à la parentalité et au développement de l'enfant. Ainsi la stratégie nationale de santé 2018-2022 quant à elle, en portant une attention particulière aux problématiques spécifiques des différentes périodes de développement et notamment à la conception, à la grossesse, à la naissance, à la période périnatale et à la petite enfance, apporte son soutien à la parentalité. Elle vise particulièrement à **accompagner les parents dans la période prénatale dans la réduction des risques** pour la santé de l'enfant, en améliorer le repérage et la prise en charge précoce des troubles et des maladies notamment avec le dépistage néonatal des maladies rares dès les premiers jours de la vie, le repérage précoce des troubles sensoriels, du langage, des comportements et autres troubles développementaux, les bons repères alimentaires. Elle vise également le **développement de l'éducation de la santé et des compétences psychosociales dès le plus jeune âge**, la prévention des violences et des maltraitements sur les enfants, l'adaptation de l'offre de soins aux spécificités des enfants et l'amélioration de l'accompagnement et de l'insertion sociale des enfants handicapés (57).

Des dispositifs se mettent également en place pour soutenir cette politique. **L'Observatoire national de la petite enfance (ONaPE)**, créé en 2002 à l'initiative de la Caisse nationale des allocations familiales, par exemple, réalise le recueil, l'échange et la coordination des travaux menés dans le domaine de la petite enfance, afin de **contribuer à un meilleur éclairage des décisions et de l'action**. Publié annuellement depuis

2005, le rapport annuel fournit des données quantitatives et qualitatives **sur l'accueil des enfants de 0 à 6 ans** dans sa dimension de conciliation entre la vie familiale et professionnelle, l'un des axes majeurs des politiques en faveur de la petite enfance. Il vise également à fournir des éléments issus de travaux d'études et de recherches permettant d'approfondir ou d'explorer à l'épreuve du terrain les connaissances recueillies. **Le rapport 2017** présente une offre d'accueil globale stable avec un accueil individuel légèrement en baisse, une garde à domicile à la hausse et des bénéficiaires de congés parentaux moins nombreux. Une famille sur deux souhaite que leurs enfants soient pris en charge par un accueil formel, 79 % des parents ont eu accès au mode d'accueil qu'ils souhaitaient pour leur enfant, quant à la scolarisation des enfants de moins de deux ans, elle est stable depuis 2012 mais variable selon les régions. En effet, depuis les années 2000, le taux de scolarisation des enfants de moins de trois ans (qui était alors de 35 %) n'a cessé de chuter pour depuis 2012 se stabiliser autour de 12 %. Cette décroissance peut d'ailleurs s'expliquer par le développement des modes d'accueil dans cette même période. Néanmoins, ce taux de préscolarisation est très variable d'une région à l'autre. Il est faible (moins de 5 %) dans le Sud-Ouest, l'Île-de-France et l'Alsace. En revanche, il est plus élevé (aux alentours de 20 %) en Lozère ou le Morbihan par exemple. Dans les 6 700 écoles en Zone d'Éducation Prioritaire (ZEP), le pourcentage d'enfants de moins de 2 ans frise les 21 % (87).

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) propose quant à elle un nouvel outil appelé **Cartographie interactive sur les conditions de vie des enfants en France métropolitaine** qui rassemble un grand nombre de données sur 7 thématiques prioritaires : accueil des jeunes enfants, démographie, économie, éducation, logement, loisirs, santé.

5. DONNÉES PROBANTES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES EXEMPLAIRES

5.1 Les données probantes de la petite enfance

Données probantes internationales

Les termes de **données probantes** (Evidence based) originaires utilisés pour parler d'une certaine forme de pratique médicale (Evidence based medicine : EBM) ont été généralisés aux différents champs de la santé et du social (88). De fait, la recherche de solutions efficaces à des difficultés sociales, sanitaires et économiques persistantes alimente un intérêt croissant pour cette approche fondée sur la preuve (89). La prise de décision fondée sur les données probantes et les pratiques exemplaires sont donc désormais devenues incontournables en santé publique. Elles permettent un usage prudent des ressources financières et offrent de meilleurs résultats en matière de santé des individus (90). **Les données probantes sur la petite enfance sont** largement disponibles au niveau mondial et confirment toutes que les **premières années** d'un enfant exercent, tout au long de sa vie, une **influence cruciale** aussi bien au niveau social que sur la santé. Le rapport « **Développement de la petite enfance : un puissant égalisateur** » de la Commission des déterminants sociaux de la santé de **l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)**, est entièrement basé sur ces données probantes. Leurs interprétations proviennent d'ouvrages scientifiques évalués par des pairs, de rapports gouvernementaux, d'organismes internationaux et de réseaux d'experts de la petite enfance. Il démontre que de nombreux défis de la société, notamment les problèmes de santé mentale, d'obésité, de croissance, de maladie du cœur, mais aussi de criminalité, remontent à la petite enfance. Il présente également des analyses d'économistes qui affirment que **l'investissement dans la petite enfance est le plus rentable des investissements** que peut faire un pays et que les retombées, qui sont étalées sur une vie entière, sont supérieures au montant investi à l'origine. L'ensemble des données confirment que **l'environnement du jeune**

enfant a des **répercussions** vitales sur la façon dont son **cerveau** se développe. Plus l'environnement de la petite enfance est stimulant, plus des connexions positives se forment dans le cerveau et mieux l'enfant se développe dans tous les aspects de sa vie, que ce soit dans son développement physique, émotionnel et social ou dans sa capacité à s'exprimer et à acquérir des connaissances (1).

L'OMS a également publié une série d'articles parue dans la revue **The Lancet**, regroupée dans le rapport « **Promouvoir le développement de la petite enfance : des données scientifiques à la mise en œuvre des interventions à grande échelle.** » Ces données scientifiques indiquent que la petite enfance est, non seulement une période de sensibilité particulière aux facteurs de risque, mais aussi un moment crucial durant lequel les **retombées des interventions précoces sont renforcées** et pendant lequel les effets négatifs des risques peuvent être réduits. Les expériences les plus formatives des jeunes enfants proviennent des **soins attentifs prodigués par les parents**, d'autres membres de la famille, des personnes s'occupant de l'enfant et des services communautaires. Les soins attentifs se caractérisent par un **environnement stable** qui favorise la **bonne santé et la nutrition adéquate** de l'enfant, protège l'enfant contre les menaces et lui donne des possibilités **d'apprentissage précoce** moyennant des **interactions et des relations affectueuses**. De tels soins procurent des bienfaits à vie et permettent d'améliorer la santé, le bien-être ainsi que les capacités à apprendre et à gagner sa vie. Les familles doivent être soutenues autant financièrement qu'avec la mise en œuvre de politiques nationales permettant le congé parental ou l'accès à des services de santé, d'éducation ou de protection sociale. Le rapport insiste aussi sur l'importance **des interventions multisectorielles avec la santé comme point de départ** pour atteindre les enfants les plus jeunes. Parmi ces interventions, **certaines sont prioritaires**. C'est le cas notamment des interventions sur la **nutrition** qui participent à une bonne croissance et à une bonne santé ; mais aussi celles sur la **protection de l'enfant** qui préviennent la violence et soutiennent les familles ; celles sur la **protection sociale** qui assurent la stabilité financière des familles ainsi que les moyens d'accéder aux services ; et celles sur l'éducation qui favorisent les possibilités d'apprentissage précoce de qualité (91).

D'autres publications, comme celle de l'OCDE « **Starting strong 2017 : Key OECD indicators on early childhood education and care** » propose aussi un corpus consolidé de recherches et montre que l'éducation et la protection de la petite enfance (EJPE) constituent un fondement essentiel et contribue au développement futur des compétences, du bien-être et de l'apprentissage. Le rapport présente un aperçu exhaustif des systèmes et des services de garde, ainsi que des données sur les tendances et des informations sur les réformes récentes. Il identifie aussi les freins pour améliorer le secteur de la petite enfance. (92).

La petite enfance constitue aussi une préoccupation fondamentale pour l'**UNESCO** et son **programme mondial de l'éducation pour l'après-2015**. L'ouvrage « **Les preuves sont là : il faut investir dans la protection de la petite enfance. Etat des lieux dans le monde** », publié en 2017, est également entièrement consacré aux données probantes afin de fournir aux responsables de l'élaboration des politiques publiques, aux éducateurs et autres professionnels de la petite enfance, des analyses de pointe. L'ouvrage traite de la **protection et de l'éducation de la petite enfance (EPPE)** en tant que **droit** et en tant qu'impératif pour le **développement** mais également de la façon de relever les défis liés aux inégalités sociales et les moyens de **garantir une protection et une éducation de la petite enfance** de qualité grâce à l'adoption de dispositions adaptées au contexte. (93). **Ainsi, les données probantes** recueillies dans ce rapport, confirment que les périodes de développement sont des fenêtres particulièrement importantes pour les enfants à risque d'invalidité qui ont besoin à la fois des soins nécessaires à tous, ainsi que des interventions spécifiques visant à minimiser l'impact des conditions invalidantes. A titre d'exemple, les bébés sourds ou malentendants développent un langage nettement meilleur si leur **déficience auditive est prise en charge avant l'âge de 6 mois**. Les enfants recevant des implants **avant 24 mois** atteignent un niveau de langue similaire à celui de leurs pairs entendants. Ceux qui reçoivent des implants après 7 ans montrent des résultats médiocres par rapport à ceux installés avant 3,5 ans, correspondant aux périodes sensibles du développement auditif. Dans un autre registre, en ce qui concerne **l'autisme**, les interventions précoces visant à renforcer l'engagement social et la réciprocité

dans les interactions parent-enfant ont le pouvoir de modifier l'expression génétique et les manifestations comportementales à condition qu'elles interviennent avant la pleine expression des symptômes autistiques (93). Il présente de nombreux programmes mis en place et évalués dans de nombreux pays et leurs bénéfices à différents niveaux. D'une manière plus générale, ce rapport souligne que **les programmes globaux axés à la fois sur la santé, l'alimentation et le développement sont les plus efficaces, en particulier** quand ils s'adressent à des **enfants très jeunes et vulnérables**. Il précise aussi que **l'apprentissage au cours des trois premières années ne devrait pas être le domaine exclusif du secteur de l'éducation**. Tous les secteurs devraient travailler ensemble et la responsabilité devrait incomber au secteur de la santé, qui est le mieux placé pour s'adapter à la vulnérabilité des populations cibles. **L'approche intersectorielle reste la plus efficace** même si les contraintes de temps, de manque de confiance, de manque d'expérience peuvent nécessiter des efforts considérables (94).

Outre les rapports internationaux, la littérature identifie aussi **des programmes sur la petite enfance dans différents pays** qui s'appuient sur les données probantes. De nombreux dispositifs de **stimulation précoce** sont destinés à augmenter les compétences des enfants et à diminuer leur retard tout en assistant leurs parents. Ainsi le **programme CARE**, développé aux **Etats-Unis**, pour des enfants à partir de 3 mois appartenant à un milieu socio-économique défavorisé et peu stimulant, a montré des résultats positifs sur le plan cognitif avec des QI plus élevés et moins d'échec scolaire. L'évaluation de ce type de programme montre que les **programmes combinés enfants-parents** sont les plus efficaces. Les effets sont positifs sur la relation parents-enfants et sur le développement cognitif de l'enfant, si la stimulation est maintenue. Les effets sont plus positifs sur le plan cognitif que sur le plan moteur. L'efficacité est aussi renforcée en cas de facteurs de risques combinés notamment en cas de prématuré chez des mères adolescentes ou de prématurité en cas de pauvreté (95).

Le **projet Nurse Family Partnership (NFP)**, pour sa part, est le protocole le plus connu et le plus abouti de **visite à domicile (VAD)** s'appuyant sur des principes médicaux «evidence-based» (96). Développé par David Olds, il y a plus de 40 ans aux **Etats-Unis**, ce projet est implanté sur des territoires dépourvus de services publics et consiste en des interventions menées par des infirmières spécialement formées à rencontrer des jeunes femmes primipares issues de milieux modestes. Les visites à domicile débutent avant la naissance et continuent jusqu'aux deux ans de l'enfant. Les infirmières insistent sur les comportements de santé durant la grossesse, les compétences parentales et aident les mères à prendre soin de leur santé. Ces visites à domicile, dédiées à l'enfant et sa famille, reposent sur plusieurs principes : **la précocité**, car plus l'enfant est jeune, plus l'intervention est efficace ; **l'accompagnement des parents** pour améliorer la santé de l'enfant ; **une logique de prévention** soutenue par un manuel d'intervention ; **un public de familles particulièrement vulnérables** notamment des jeunes femmes primipares, isolées et précaires. Le Nurse Family Partnership, évalué par plusieurs études randomisées, a obtenu des résultats positifs et significatifs sur la qualité de vie des parents et sur la santé physique et psychologique des enfants. Certains effets sont toujours observés 15 ans après la naissance de l'enfant comme la diminution des troubles du comportement, d'actes de délinquance, de conduites addictives. Une analyse du rapport coût/bénéfice du programme a montré qu'un dollar investi dans ce programme de prévention permettait d'économiser 2,3 dollars à plus long terme (97).

Le programme **Incredible Years**, quant à lui, est un programme de **formation de groupe pour les parents, les enseignants et les enfants**, pour réduire et **traiter les problèmes comportementaux et émotionnels** chez les enfants d'âge préscolaire. Il a été adopté par plusieurs pays et soumis à une évaluation rigoureuse. Il s'appuie sur l'idée que les parents sont des agents de socialisation de première importance dans le développement des enfants et qu'ils sont les mieux placés pour les soutenir dans leur développement. Il a pour but d'aider les parents à mieux gérer les comportements dérangeants de leur enfant afin d'améliorer la qualité de la relation parent-enfant et éventuellement diminuer la fréquence et l'intensité des comportements perturbateurs des enfants (98). Les chercheurs ont analysé les résultats de programmes combinant soutien à la parentalité et éducation en termes de rapport coûts-bénéfices. Ils ont démontré que les actions développant les

capacités des enfants permettent à terme d'économiser sur le coût des programmes sociaux tels que l'aide aux décrocheurs, aux personnes sans emploi, aux individus souffrant de problèmes de santé ou de troubles mentaux (99).

Leur mise en œuvre en France

En France, les programmes s'appuyant sur les données probantes sont encore peu répandus, alors que la littérature scientifique a prouvé leur efficacité à long terme, notamment auprès des enfants défavorisés. Le **Centre d'analyse stratégique**, dans son document « **Aider les parents à être parents. Le soutien à la parentalité, une perspective internationale** », décrit une cinquantaine de pratiques mettant en évidence les dispositifs les plus prometteurs et les plus audacieux. Il propose cette sélection comme une boîte à outils et d'idées pour les acteurs des politiques publiques (99).

Le rapport de Terra Nova **Investissons dans la petite enfance**, propose aussi quelques expérimentations transposées en France qui ont été conduites dans d'autres pays. Elles ont été mises en œuvre sous forme de **projet pilote ou d'expérimentation** afin d'estimer leur capacité à être transposées dans le contexte français. C'est le cas par exemple, de l'intervention « **Jeux d'enfants** », mis en place par la **ville de Lille** avec l'appui de l'ANSA, issue du projet américain **Carolina Abecedarian**. Ce programme a fait l'objet d'une évaluation contrôlée démontrant son efficacité à soutenir le **développement cognitif, psychoaffectif et social du jeune enfant sur 30 ans** (89). Testé depuis 3 ans au sein du relais d'assistance maternelle indépendant géré par l'association « Premier pas », ce **programme d'intervention précoce**, destiné aux enfants de 0 à 5 ans, vise à favoriser les chances de réussite des enfants dès le plus jeune âge en réduisant les inégalités. Le programme s'appuie sur l'observation et la proposition d'activités en lien avec ce que l'enfant sait déjà faire. Des livrets sont fournis avec la méthode. Ils sont classés selon 5 tranches d'âges : 0-12 mois / 12-24 mois / 24-36 mois / 36-48 mois et 48-60 mois. Au-delà de réduire les inégalités, ce programme permet à chaque enfant d'être accueilli de manière individualisée, mais également de renforcer le professionnalisme des assistances maternelles qui porte une attention particulière à l'observation (100).

Du côté de l'appui à la parentalité, le **programme Pratiques Parentales Positives (Triple P)** est un programme de **parentalité positive** à données probantes, qui vise à améliorer les compétences des parents, leurs connaissances et la confiance en leurs capacités, afin de favoriser le bon développement des enfants de 0 à 16 ans. Actuellement **soutenu par Santé publique France**, expérimenté et évalué par l'université de Lille, ce programme originaire d'Australie, implanté dans plus de 25 pays, s'adresse à toutes les familles et fournit des informations, des idées, des outils permettant d'établir des relations solides et enrichissantes, une bonne communication et une attention positive qui encouragent les bons comportements (101).

Dans un autre registre, le programme national **Parler Bambin**, conçu et expérimenté dans les structures d'accueil de la ville de Grenoble, depuis plus de 10 ans, vise à **favoriser le développement langagier des jeunes enfants** pour réduire les risques d'échec scolaire. Adopté par de nombreuses collectivités, ce programme place la qualité des interactions langagières au cœur de la pratique des professionnels de la petite enfance grâce à un ensemble de **techniques simples et efficaces**. L'objectif de ce programme est d'améliorer les compétences langagières des enfants **de 3 à 36 mois** pour réduire les risques d'échec scolaire dans les zones à forte densité de **populations défavorisées ou précarisées**. Ce programme de renforcement langagier s'inspire des programmes de prévention précoce de l'échec scolaire mis en œuvre aux États-Unis et au Canada dont les effets positifs ont été démontrés par des études scientifiques. **Labellisé par le Haut-Commissariat aux solidarités actives**, ce programme a été mené à la demande du CCAS de la ville de Grenoble, par une équipe de chercheurs du laboratoire Cogni-Sciences et des professionnels de la petite enfance. Il a fait l'objet d'une

évaluation scientifique. En plus d'une forte adhésion des professionnels et des parents, cette évaluation a mis en évidence des effets positifs sur les performances verbales des jeunes enfants, particulièrement pour ceux d'origine modeste ayant une stimulation moindre dans les familles. Devant les effets positifs mesurés, ce programme a été **retenu par le dispositif « La France s'engage »** et fait l'objet d'un essaimage à grande échelle mené par l'Agence nouvelles des Solidarités actives (ANSA) qui assure la **formation des professionnels et l'évaluation des progrès langagiers** des enfants dans le cadre du programme national. Au sein des structures petite enfance pratiquant ce programme, l'acquisition du langage prend une place centrale dans la pratique des professionnels. Concrètement, les enfants sont sollicités dans différents contextes tout au long de la journée, en partant de leurs centres d'intérêts et en profitant de situations propices pour mobiliser l'attention et engager la conversation. La mise en place d'ateliers quotidiens autour de supports variés permet de faire bénéficier les enfants présentant un retard de langage d'une action renforcée et d'un cadre adapté pour faire des progrès. **L'intégration des parents** dans le dispositif permet de les sensibiliser afin de développer une véritable coopération avec les professionnels, pour suivre les progrès des enfants et prolonger l'action à la maison en profitant de prêts de matériels et en échangeant sur les bonnes pratiques qui «font parler» (102).

À Nantes, une **recherche-action indépendante** menée de **2013 à 2016** par le **Centre de recherche en éducation de l'Université de Nantes (CREN)**, pour les enfants accueillis en multi-accueils, a été expérimentée à partir de l'implantation de « Parler Bambin » dans 4 structures. Celle-ci comprend deux demi-journées de formation des professionnels impliqués. Cette expérimentation comporte un accompagnement des professionnels par l'équipe de recherche, un suivi longitudinal de trois ans y compris après l'entrée en maternelle, une évaluation régulière des compétences et des besoins des enfants et un ajustement du programme selon quelques principes discutés avec les équipes. Il s'agit notamment d'individualiser les échanges avec tous les enfants et pas uniquement ceux de milieux défavorisés, de s'adapter aux besoins individuels des tout-petits ; d'éviter les stimulations du style « apprentissages techniques » ; de ne pas se focaliser uniquement sur l'apport de vocabulaire, mais considérer les différents aspects de la socialisation langagière et des relations qui se créent à travers le langage oral ; de respecter du rythme de chaque enfant ; d'associer les professionnels à une analyse réflexive de leurs pratiques d'interaction et de communication ; de replacer les interactions verbales adulte-enfant dans un cadre plus large d'aide au développement, d'échanges de pensées et d'émotions. L'étude souligne que ces principes, renseignés par la recherche depuis des décennies, devraient être **intégrés dans la formation initiale et continue des professionnels de la petite enfance**, plutôt que de penser des dispositifs locaux centrés sur une partie des enfants considérés comme «petits parleurs» en situation collective, sans considérer les processus de développement plus globalement, d'une part dans leurs différents contextes de vie, et d'autre part dans les relations sociales qu'ils construisent ensemble en crèche ou en école maternelle, quel que soit leur niveau de participation orale. Les jeunes enfants « grands parleurs » ont aussi à apprendre, notamment pour respecter les prises de parole des autres enfants et laisser le temps de répondre à ceux qui s'expriment moins spontanément ou n'ont pas encore les mots pour le faire (103). Cette étude émet des réserves quant à l'amélioration significative des compétences langagières des participants mais d'autres études sont encore en cours sur le dispositif (104).

5.2 Des pratiques professionnelles innovantes et des initiatives étonnantes

Les programmes evidence-based ont pour principale caractéristique d'avoir été évalués de façon **expérimentale ou quasi expérimentale**. Ces évaluations analysent les résultats d'un programme en comparant un groupe expérimental d'individus ayant participé au programme à un groupe contrôle d'individus n'y ayant pas participé. Les personnes doivent avoir été arbitrairement répartis entre ces deux groupes. Les initiatives quasi expérimentales comparent pour leur part un groupe qui a bénéficié d'un programme à un groupe contrôle comprenant des individus qui ont des caractéristiques comparables à celles du groupe expérimental. Cette approche engendre moins de certitudes que l'approche expérimentale car les individus ne sont pas assignés de façon aléatoire à chacun des groupes. Un programme qui a été évalué, mais sans groupe contrôle, ne peut pas être qualifié d'evidence-based, même si les résultats sont prometteurs. Il est en effet alors impossible de savoir si les changements observés chez les participants sont liés ou non au programme. L'évaluation d'un programme evidence-based doit être elle-même soumise au contrôle de pairs indépendants, qui n'ont participé ni à la création ni à la mise en œuvre du programme. Ces pairs doivent examiner la méthode d'évaluation et adhérer à ses conclusions. Ces programmes evidence-based, généralement construits par des universitaires, souvent standardisés ou dupliqués, incluent **dès leur conception cette dimension évaluative**. Pour être évaluables et dupliqués, les programmes prévoient un **contenu bien déterminé et plutôt prescriptif**. Mais des initiatives locales moins bien construites, souvent adaptées au cas par cas, peuvent aussi être des outils pertinents, mais être difficilement évaluables selon une méthodologie scientifique (99).

En France, les politiques insistent sur la nécessité d'évaluer de manière officielle les initiatives mises en place et promeuvent des actions fondées sur les résultats en soutenant la mise en œuvre d'initiatives ayant fait l'objet d'évaluations quant à leur efficacité. **L'Agence Nouvelle des Solidarités Actives (ANSA)** et ses partenaires avec son rapport ***Wath works center britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France*** étudient même la création de démarches ou de structures d'inspiration « What Works », pouvant être traduit par « Ce qui fonctionne », comme un moyen prometteur de faire progresser les politiques publiques fondées sur la preuve (89). Mais les **interventions complexes** qui intègrent de nombreuses composantes (populationnelles, environnementales, interventionnelles) pouvant interagir de façon interdépendante ou indépendante, comme les actions en promotion pour la santé par exemple, posent la question de la transférabilité de leurs résultats d'un contexte à l'autre. En effet, leurs résultats sont autant le fruit de l'intervention elle-même, que du contexte dans lequel elles s'insèrent et même si une intervention a montré son efficacité dans un contexte donné, les effets observés sont rarement identiques dans un autre contexte. De nombreuses caractéristiques peuvent influencer ces derniers : modulation de mise en œuvre de l'intervention, des caractéristiques de la population, du système de santé, de l'environnement, des conditions d'implantation (105). C'est pourquoi, l'outil d'**Analyse de la Transférabilité et Accompagnement à l'adaptation des InteRventions en promotion de la santE (ASTAIRE)**, développé par Linda Cambon, a été créé afin de développer **les données probantes** en promotion de la santé. ASTAIRE comprend 23 critères de transférabilité structurés en quatre catégories : population, environnement, mise en œuvre, accompagnement au transfert. Il se compose de deux grilles, l'une pour le reporting des interventions initiales selon des critères de transférabilité, et l'autre pour analyser la comparabilité des contextes et accompagner le transfert. Il a pour objectifs de soutenir le choix d'une intervention la plus adaptée au contexte et d'en accompagner le transfert. Son utilisation peut favoriser le développement des démarches fondées sur les preuves sur la base d'une logique adaptative des interventions. Il permet ainsi de distinguer, par son utilisation collective dans les logiques de projet, les fonctions-clés des interventions, qui fondent leur efficacité et doivent être transférées, des aspects liés à la forme, qui elle, peut être adaptée au contexte (106).

De nombreuses initiatives, de pratiques renouvelées ou innovantes, au sein d'actions d'envergure bien différente sont proposées sur le territoire (101). Le secteur de la petite enfance fourmille d'initiatives innovantes dans

des domaines variés. **Innovation pédagogique**, initiatives à l'environnement, au soutien à la parentalité, aux compétences psychosociales, de nombreuses actions sont valorisées (107). **La base de données OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé**, développée par le CRES PACA, présente des centaines d'actions variées sur l'ensemble du territoire (108). D'autres sites internet, comme celui **Les pros de la petite enfance** propose aussi des rubriques entièrement consacrées à ces actions différentes, où les professionnels peuvent venir piocher des initiatives mis en place ailleurs (107). Des prix, à l'instar des **Girafes Awards**, sont même créés pour récompenser la créativité et l'engagement pédagogique des professionnels de la petite enfance et permettre aux équipes de **donner à voir leurs projets**, d'en démontrer le sens pour le **trio enfants-parents-professionnels**, et de confronter leur démarche. Ces trophées mettent en lumière non-seulement les **talents des équipes** de tous types de lieux d'accueil du jeune enfant, mais aussi les **enjeux sociétaux d'égalité des chances, de santé et d'inclusion** (109). Parmi les centaines de projets, d'actions et d'interventions proposés, voici un aperçu non exhaustif de ce qui peut exister.

Promouvoir un environnement favorable à la santé

Le **rapport de l'IGAS** sur l'évaluation de la mise en œuvre et propositions d'évolution de la stratégie nationale sur les **perturbateurs endocriniens** (SNPE) pointe le fait que la grossesse et la petite enfance sont **des périodes de grande sensibilité aux effets des perturbateurs endocriniens** et justifient des actions ciblées (110). Ainsi de nombreux projets de prévention et de promotion de la santé environnementale en direction des femmes enceintes et des jeunes enfants ont été développés ces dernières années. Pour n'en citer que quelques-uns, les projets Nesting par exemple, développé par Women in Europe for a Common Future (Femmes en Europe pour un Avenir Commun), dans 7 pays d'Europe (Allemagne, Grèce, France, Royaume-Uni, Hongrie, Espagne, Pays-Bas) ont été créés pour répondre aux attentes des parents et professionnels de la santé et de la petite enfance, qui veulent être mieux informés sur les risques liés à la pollution intérieure. Ce programme leur donne les moyens d'agir pour garantir aux nouveau-nés un environnement intérieur sain. Les parents ont accès à des informations précises et détaillées sur le site consacré au projet, pour les aider à créer un environnement intérieur sain et échanger avec d'autres parents dans des ateliers interactifs. Les professionnels, eux, peuvent avoir accès à différents modules de formation sur les polluants de l'environnement intérieur et leur impact sur la santé, les bonnes pratiques à adopter ou la sensibilisation des parents. Différents guides sont aussi proposés : produits ménagers, cosmétiques bébé, cosmétiques féminins, champs électromagnétiques, jouets ou encore perturbateurs endocriniens (111). Concrètement, à Nantes, la Mutualité Française des Pays de la Loire (MFPL) intègre des ateliers nesting dans un projet plus global baptisé « Acteurs de la périnatalité et de la petite enfance, devenez relais sur la santé environnementale ». Ce projet qui s'inscrit dans le plan régional santé environnement organise des sessions d'information auprès des professionnels de santé, de la périnatalité et de la petite enfance, pour **augmenter leurs savoirs et conforter leurs pratiques** d'accompagnement du public. Il met en place des **rencontres d'échanges** de pratiques entre professionnels de santé afin de **partager les expériences** et identifier les **leviers d'actions**. Il poursuit la mobilisation des acteurs sur le territoire en lien avec les têtes de réseaux et opérateurs régionaux mobilisés du PRSE3 et se positionne en tant qu'opérateur sur la thématique auprès des institutionnels et acteurs de la périnatalité et acteurs associatifs. En plus des ateliers nesting, des réunions de groupe de travail, de la **diffusion de documentation**, de l'offre de formation modulable, un **colloque « Santé environnementale : quels enjeux pour la femme enceinte et le jeune enfant ? »** a été organisé à Angers le 4 avril 2017, ainsi qu'une enquête sur la prise en compte de la thématique santé environnement chez les professionnels de la périnatalité (112).

Toujours dans une politique de prévention et de promotion de la santé environnementale en direction de la petite enfance, une expérimentation mise en place à la crèche Joliot Curie à Limoges, vise à réduire les effets néfastes des perturbateurs endocriniens et leurs répercussions sur le système hormonal. En 2017, **une cartographie** de la structure a été réalisée avec les éléments concernés par l'exposition aux perturbateurs endocriniens pour cibler les éléments devant être retirés en priorité. Des ustensiles et des produits plus

écologiques remplacent progressivement les éléments jugés nocifs (113).

L'ARS Nouvelle-Aquitaine s'engage aussi dans une stratégie régionale de prévention et promotion de la santé environnementale autour de la petite enfance. Elle a pour but de limiter l'exposition des femmes enceintes et des jeunes enfants à certaines substances présentes dans leur environnement intérieur. Ainsi, le **projet DisProSe**, est un dispositif partenarial de **recherche interventionnelle** en promotion de la santé environnementale, qui réfléchit à la **mise en œuvre et l'évaluation de programmes et politiques** susceptibles d'avoir un effet positif sur les déterminants de la santé dans une population. Il est composé d'acteurs de terrain, de chercheurs et de décideurs institutionnels. Ce projet s'inscrit dans une perspective interdisciplinaire de santé publique, associant des compétences scientifiques, psychosociales, épidémiologiques, sociologiques et économiques. Coordonnée par le centre universitaire de Poitiers, cette étude analyse l'impact d'une intervention d'éducation en santé environnementale, sur la modification des habitudes de consommation et sur la perception du risque lié aux perturbateurs endocriniens auprès d'une population de femmes enceintes (114).

Soutenir la parentalité et réduire les inégalités sociales

L'accompagnement à la parentalité donne lieu en France, à une **multitude de dispositifs et d'actions diversifiés** dans différents champs d'action mobilisant de nombreux acteurs de secteurs différents, notamment du champ social, éducatif et de la prévention. Pour rendre visibles ces actions et dans le cadre d'une démarche de capitalisation des interventions contribuant à la lutte contre les inégalités sociales de santé, la **Société Française de Santé Publique (SFSP)** a mis en œuvre un projet de **recueil d'actions d'accompagnement à la parentalité**, dans une vision de promotion de la santé, dans le but de contribuer à l'élargissement de la vision intersectorielle des champs de la santé et de la parentalité. Ainsi le rapport d'enquête « **Accompagnement à la parentalité, petite enfance et santé : faites connaître vos actions !** » (115) présente 103 actions qui participent au soutien de la parentalité. **Le projet REGAAL : Réseau de soutien et de promotion de l'allaitement maternel**, par exemple, développé dans le Gard, est destiné en priorité, à des mères à haut risque psychosocial, pour les informer des bienfaits de l'allaitement et des ressources disponibles pour le soutien de cet allaitement. Ce projet propose aussi des formations de soutien à l'allaitement maternel aux professionnels de santé et d'accueil de la petite enfance afin d'augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel (116). Le projet « **Action de soutien, d'accompagnement et d'appui à la parentalité** » mis en place à Toulouse par la Fédération des femmes pour l'Europe (FFPE) propose, quant à lui, une égalité d'accès aux soins par un dispositif d'écoute de proximité en créant les conditions d'un accueil régulier pour des publics en situation **de souffrance psychosociale** accrue, notamment les femmes. Il assure aussi un soutien spécifique face aux difficultés et aux demandes des parents, et aux problématiques de plus en plus nombreuses en lien avec la parentalité et l'éducation et coordonne les acteurs territoriaux en charge du social, de la réussite éducative, de l'éducation, du secteur petite enfance et de la santé (115).

De leur côté, Santé publique France et 11 Conseils départementaux, expérimentent l'intervention « Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents : un outil de renforcement des services de PMI » (PANJO). Elle propose à des femmes accueillant leur premier enfant et vivant en situation de vulnérabilité psychosociale, un soutien à domicile renforcé qui vise à développer les liens d'attachement sécurisés entre elles et leur nouveau-né, dans une approche globale et positive de leur santé. Le pilotage de PANJO est national, mais la mise en œuvre est départementale, voire infra-départementale. Cette étude comprend trois dimensions. D'une part, **l'expérimentation par les sages-femmes et puéricultrices de PMI de visites à domicile renforcées** démarrées pendant la grossesse, avec un temps systématiquement dédié aux activités « attachements ». D'autre part, un **dispositif de soutien des professionnels de PMI** visant à renforcer leur capacité d'action sur la qualité de la relation parents-enfant (formations, supervisions des intervenants à domicile en lien avec le secteur de pédopsychiatrie et référentiel proposant un large choix d'activités à mener avec les familles). Pour finir, **une évaluation à multiples facettes** portant notamment sur l'impact des visites à

domicile PANJO sur le développement du sentiment d'efficacité parentale, la qualité des interactions parents-enfants, la diminution du nombre d'actions engagées en protection de l'enfance (117).

D'autres projets ressortent de l'analyse de la littérature comme le programme « **Être papa ou maman pour la première fois** », recherche-action qui promeut la bientraitance dans le **Pas-De-Calais**. Mise en place en 2004 sur trois sites expérimentaux, par le service départemental de protection maternelle et infantile (**PMI**), cette action innovante accompagne l'accès au rôle parental et favorise la bientraitance en améliorant la qualité du support médico-social offert aux familles et valorise précocement les compétences des parents en s'appuyant sur ce qu'ils savent et en les aidant à s'affirmer tout en favorisant la demande d'aide, pour étayer le développement de l'enfant. Le programme s'appuie sur les outils développés par « **Une communauté autour d'un bébé** » qui illustrent les difficultés les plus fréquentes sous forme de 72 vignettes de bandes dessinées pour permettre aux parents de verbaliser leurs émotions et d'échanger sur la résolution des problèmes rencontrés. Cette expérimentation démontre l'intérêt de repenser l'accompagnement individuel et collectif à offrir aux familles avant et après la naissance mais aussi d'établir des contacts systématiques à des moments clefs permettant de repérer en population générale, les vulnérabilités. Les principes d'intervention s'étant révélés efficaces dans le cadre de cette action, l'extension départementale est en cours (118).

Dans un autre registre, **les crèches à vocation d'insertion professionnelle (VIP)**, quant à elles, créées en mai 2016, par un accord et une charte tripartite signée par les Ministres chargés des affaires sociales, de la famille et du travail, la CNAF et Pôle emploi, ont pour but de permettre le retour à l'emploi ou à la formation des parents d'enfants de moins de 3 ans. Ce label est attribué par les CAF aux crèches volontaires. Ces crèches doivent accueillir au minimum 30 % d'enfants de moins de trois ans dont les parents sont demandeurs d'emploi et volontaires pour s'engager dans une recherche d'emploi intensive. Un effort particulier est prévu pour l'accueil des **familles monoparentales** et prioritairement celles qui résident dans un **quartier de la politique de la ville**. La crèche s'engage à accueillir l'enfant au minimum 3 jours par semaine, à raison de 8 heures par jour. La place d'accueil de l'enfant est liée à un accompagnement du parent vers l'emploi par Pôle Emploi ou la mission locale (73). Les crèches VIP s'adressent aussi aux parents de jeunes enfants soumis à des **horaires de travail en décalé** et proposent des plages horaires plus larges (119).

Un autre exemple, celui de **la cabane à jouer**, développé par le **Salon action santé (SAS)** de **Salon de Provence** est un lieu de rencontre et de jeux gratuits pour les enfants de 0 à 6 ans accompagnés de leurs parents, dans lequel les professionnels mettent en place des jeux et des activités éducatives, observent les enfants, et échangent avec les parents en valorisant leurs compétences parentales. Ce dispositif permet aussi un **repérage des troubles du lien et oriente des familles** nécessitant une **prise en charge précoce** par une équipe de professionnels qui sont issus de différentes structures du Réseau Petite Enfance. Ils accueillent les familles, les écoutent et travaillent en analyse de pratique avec une psychologue clinicienne. Il développe des actions auprès des enfants et de leurs familles là où ils vivent, avec une réelle implantation dans le quartier. Par de nombreuses actions en partenariat avec des acteurs de terrain, ce réseau participe au bon développement du lien entre tous les partenaires locaux (120).

La prévention relative aux écrans œuvre également à soutenir la parentalité. Télévision, tablettes, smartphones, le nombre d'heures passées par les tout-petits devant les écrans s'est considérablement accru ces dernières années. Cette surexposition précoce **affecte leur développement psychomoteur mais aussi cérébral**, avec pour conséquences des **troubles de l'attention, du langage, du sommeil et des troubles relationnels**. Les professionnels de santé soulignent aussi **le manque d'interactions avec les parents**, eux-mêmes plongés dans leurs écrans et, souvent, **en proie à des difficultés sociales, économiques et affectives** (121). Si les enfants accueillis en mode de garde collectif demeurent préservés de la présence des écrans durant la journée, ce n'est pas toujours le cas pour les enfants gardés par des assistants maternels, qui peu informés des méfaits

des écrans sur le développement des tout-petits, peuvent proposer quelques dessins animés dans le cours de la journée. La prévention se développe dans le secteur de la petite enfance et a amorcé une prise de conscience (122). De nombreuses initiatives sont déjà à l'œuvre pour prévenir parents et professionnels des dangers de la surexposition des enfants aux écrans (campagnes, réunions d'information...), mais le sujet reste difficile à aborder car il touche leurs pratiques personnelles. L'Inreps Auvergne Rhône-Alpes a rédigé une synthèse documentaire relative à la surexposition des enfants de 0 à 6 ans aux écrans en mars 2018 qui propose de nombreuses recherches scientifiques ainsi qu'une synthèse des résultats menées sur ce sujet depuis une vingtaine d'années, pour beaucoup aux Etats-Unis et Canada (123). **L'Observatoire de la parentalité et de l'éducation numérique (OPEN)** a initié en partenariat avec le psychiatre et psychanalyste Serge Tisseron, une campagne de prévention et d'information à destination des parents, grands-parents et des professionnels afin d'apporter une réponse pragmatique et constructive aux questions qu'ils se posent et d'encadrer la pratique des écrans des jeunes enfants (124). De même, **l'association 3-6-9-12** propose des conférences, des journées de formation pour les professionnels et les bénévoles, des accompagnements de mise en place d'actions innovantes autour des écrans pour protéger les très jeunes enfants des dangers des écrans (125). **L'Educ'Ecrans**, quant à lui, est un nouvel outil de médiation à destination des professionnels pour prévenir les parents des dangers de la surexposition aux écrans, conçu par la Fédération nationale des Ecoles des parents et des éducateurs (FNEPE). Cet outil a pour vocation de réfléchir entre parents à la place des écrans dans la famille avec des jeunes enfants, de 0-6 ans. C'est un support de réflexion et de débat proposé aux parents et animé par les professionnels et bénévoles chargés d'animations collectives dans le domaine de l'accompagnement à la parentalité au sein d'associations et de structures d'accueil : espaces parents en établissements scolaires, PMI, bibliothèques, centres socio-culturels, crèches, RAM. L'enjeu de cet outil est de faciliter les échanges sans stigmatiser ni culpabiliser par les échanges d'expérience et la réflexion commune. De même, **La souris-grise, organisme expert du numérique familial**, accompagne professionnels et parents dans des usages adaptés et culturels grâce à des ateliers, des conférences et des formations. Elle a également développé **la démarche Tabletus**, qui est une **méthode d'accompagnement positif à la parentalité numérique**. Cette démarche vise à aider les parents d'enfants de tous âges à adopter de nouveaux réflexes pour remettre les écrans à leur bonne place (126).

Favoriser les compétences psychosociales

Pour l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, les compétences psychosociales sont définies comme la **capacité de répondre efficacement aux exigences** et aux difficultés de l'existence ; elles jouent un rôle important dans la promotion de la santé et du bien-être, notamment lorsque des problèmes de santé sont liés aux capacités des individus à adopter des comportements permettant de répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie quotidienne. Elles sont au nombre de 10 et présentées par 2 : **savoir résoudre les problèmes/savoir prendre des décisions ; avoir une pensée créative / avoir une pensée critique ; savoir communiquer efficacement / être habile dans ses relations interpersonnelles ; avoir conscience de soi / avoir de l'empathie pour les autres ; savoir gérer son stress /savoir gérer ses émotions** (127). Si les compétences psychosociales (CPS) peuvent-être améliorées tout au long de la vie et avoir ainsi des conséquences bénéfiques sur la santé globale d'un individu, plus elles sont **travaillées chez des sujets jeunes, plus les bénéfices sont positifs**. Travailler ces compétences dès l'enfance constitue donc un enjeu majeur. Chez l'enfant, travailler les compétences psychosociales favorise le développement global, cognitif, émotionnel, communicationnel, relationnel, physique (128).

Longtemps, la **pédagogie Montessori** n'a été proposée aux enfants qu'à partir de trois ans. Aujourd'hui, de plus en plus de **crèches, de centres d'accueil des tout-petits ou d'assistantes maternelles** s'inspirent de cette approche. L'adulte met à la disposition des enfants, l'environnement et le matériel en adéquation avec ses besoins. L'éducateur adopte également une attitude bienveillante et exemplaire constante. Les enfants sont libres d'évoluer selon leur propre rythme. Il n'y a pas de sections petits, moyens et grands. En revanche, selon son stade de développement, l'enfant découvre un environnement pensé pour l'accompagner dans

ses apprentissages. Les plus jeunes, de moins de 3 mois à la marche assurée, sont accueillis dans « **Le Nido** », un espace conçu comme un « cocon » pour 10 à 12 enfants. La convention concernant la Charte des établissements Montessori de France, prévoit aussi une aire de soins physiques, une aire de nourriture, une aire du mouvement avec matelas, miroirs, poussettes et landaus. Quand ils sont prêts, les enfants rejoignent « **La communauté infantile** » qui regroupe 12 à 14 enfants jusqu'à l'âge de 3 ans. Ils y peaufinent la coordination oculomotrice (boîtes à fentes et jetons, puzzles, tiges sur anneaux, enfillement de perles, collage, découpage...), travaillent le langage (sacs à objets, nomenclature d'images, jeu de questions, analyse de sons, livres, expression de soi...), s'initient à l'art (chanter, jouer d'un instrument, danser, gribouiller...), s'exercent à la vie pratique (s'habiller, se laver les mains, se coiffer, s'essuyer le nez, étendre le linge, nettoyer une vitre, passer le balai, ramasser les feuilles mortes, arroser une plante, transporter un banc, dérouler un tapis, presser un agrume, éplucher et couper une banane, dresser la table...). Tout au long de ce parcours Montessori, le mélange des âges au sein de chaque groupe vise à favoriser la collaboration, l'échange et l'émulation entre les plus jeunes et leurs aînés. Et à fournir ainsi à tous les clés d'un comportement social harmonieux (129). Dans la même veine, le réseau de crèche **La maison bleu** qui compte 260 crèches sur le territoire, propose un projet éducatif élaboré sur un socle commun pour favoriser le développement de l'enfant axé sur l'autonomie de l'enfant s'appuyant de la pédagogie Montessori, et sur la motricité libre. Les activités d'éveil sont variées et favorisent **l'éveil du langage** avec des activités de théâtre de papier (Kamishibai), la communication gestuelle ou le conte ; **l'éveil corporel** avec des activités de Qi-Gong, de Yoga pour les bébés, d'atelier massage parent/bébé ; **d'éveil sensoriel** avec des ateliers d'éveil des sens et des activités de jardin potager ou encore **d'éveil artistique** avec des ateliers peinture et musique (130). Dans un autre style, la **micro-crèche La source**, à Ploemeur, **dans le Morbihan**, accueille 10 enfants âgés de 18 mois à trois ans. Le respect du rythme de l'enfant, la bienveillance, l'accompagnement vers l'autonomie sont au cœur de son projet éducatif qui permettent à l'enfant de cheminer dans ses apprentissages. Au quotidien, les professionnels s'attachent à vivre et faire vivre aux enfants la bienveillance en portant une attention particulière à la qualité des relations entre les personnes (encadrant/enfant, enfant/enfant, encadrant/parent). Le rythme de chacun et de son développement sont respectés, l'autonomie des enfants est encouragée, l'estime et la confiance en soi sont cultivées pour chaque enfant dans le respect de son individualité (131).

Outre ces espaces Montessori, d'autres programmes participent au renforcement des **compétences psychosociales comme le programme Compétences psychosociales et petite enfance de 0 à 6 ans** développé en Auvergne Rhône-Alpes par l'Ireps ARA qui accompagne la mise en place d'une dynamique territoriale autour de la petite enfance ; renforce les compétences des professionnels de la petite enfance aux méthodes et outils favorisant le développement des compétences psychosociales du jeune enfant et sensibilise les parents aux compétences psychosociales du jeune enfant (132). De même, le **programme expérientiel d'éveil des compétences psychosociales (CPS) chez les tout-petits par les composants de la musique, porté par le CODES 04** permet **de développer la confiance en soi et les capacités sociales** en découvrant les moyens et canaux de communication selon un dispositif dicté par les avancées des tous petits. Il favorise aussi un environnement social et physique favorable à l'intégration et transfert des compétences psychosociales, à l'ensemble des membres d'une structure et soutient et renforce le lien entre enfants, parents et professionnels. Mis en place dans une **crèche multi accueil d'Alpes-de-Haute-Provence** depuis 3 ans, les professionnels se rendent compte de l'évolution des comportements des enfants : ils développent leurs capacités à écouter, à s'exprimer de différentes façons, à s'affirmer dans le groupe et à connaître et reconnaître leurs émotions. Les ateliers sollicitent leurs compétences à être plus sensibles aux autres ce qui s'observe nettement au cours des ateliers à des vitesses variées selon les enfants. L'équipe éducative constate un processus de transfert des compétences aux enfants qui ne participent pas au programme d'éveil des CPS (133). Dans le même registre, deux relais d'assistantes maternelles (RAM) **de Riedisheim et de Mulhouse** ont mis en place un projet sur la **découverte de l'Orchestre symphonique**. Ce projet, inspiré du protocole d'accord visant à favoriser l'éveil artistique et culturel des tout petits (134) dans le cadre du plan d'action pour la petite enfance (135), a pour objectif de rendre la musique classique accessible aux plus jeunes, mais aussi aux professionnels qui les accueillent et aux parents, de faire découvrir des instruments, des sons, et un nouveau lieu de culture et de

favoriser la diversité culturelle et l'ouverture sur le monde (136).

Une autre manière de participer au développement des compétences psychosociales chez les tout petits, est de proposer des **activités intergénérationnelles** à l'instar de la crèche **Petits-pas dans l'Hérault**, portée par la Mutualité Française. Le territoire de la communauté de communes du Clermontois, a élaboré un **projet intergénérationnel** en créant sur un même lieu un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et un multi-accueil. L'intergénération entre les petits et les personnes âgées a été pensée et prise en compte dès la conception du projet architectural qui favorise les échanges tout en respectant les lieux de vie et l'intimité des petits et des aînés. Les structures communiquent par leur hall d'accueil et les jardins. Chaque structure a une fonction classique de crèche ou d'EHPAD. Des activités communes réunissent enfants et personnes âgées : chants, ateliers d'éveil musical, activités manuelles telles un puzzle qui réunit en tandem jeune-âgé, ou tout simplement un goûter. Les moments partagés entre les deux générations permettent aux petits de faire l'apprentissage d'un regard bienveillant sur les personnes âgées. Ces dernières apprécient la gaité et le mouvement apportés par les petits. Aujourd'hui, des relations se développent avec l'école maternelle du village pour permettre aux personnes âgées de ne pas perdre le contact avec les enfants après leur départ de la crèche. Le partage des liens intergénérationnels reste une démarche volontaire. Des protocoles d'organisation des activités partagées entre les personnes âgées et les petits existent pour prévenir les risques, pour protéger les uns et les autres et ont fait l'objet d'une validation des services de la PMI. Les professionnels des deux structures sont impliqués dans la mise en œuvre des liens intergénérationnels et sont les premiers témoins des effets des échanges entre les enfants et les personnes âgées. L'intergénération crée une dynamique et chacun participe à améliorer les activités proposées (137).

Les **programmes sur le genre** contribuent également à renforcer ces compétences. Le **programme Egalicrèche**, par exemple, développé par l'association Artémisia, propose un programme de recherche-action dans **six EAJE de Toulouse pour lutter contre les stéréotypes de genre dès la petite enfance**. Il pointe les comportements des professionnels différenciant inconsciemment filles et garçons. Ce programme, déployé sur des structures de statuts et de secteurs géographiques différents, analyse les échanges, verbaux et non verbaux, entre les enfants, entre les adultes et les enfants et entre les professionnels et les parents et fournit un diagnostic adapté et ciblé. Les données recueillies soulignent que 60 % des échanges verbaux avec les enfants sont en direction des garçons, qui comptabilisent aussi 70 % des réprimandes. Les garçons occupent aussi 90 % de l'espace physique et sonore. Généralement les filles sont plus câlinées que les garçons (65 %) et plus complimentées 80 %. A contrario, 70 % des enfants encouragés à dépasser leurs limites physiques sont des garçons. Le temps de change est en moyenne deux fois plus long pour ces derniers que pour les filles qui sont davantage encouragées à se débrouiller seules. En ce qui concerne le temps de transmission des informations aux parents, il est deux fois moins long pour les pères que pour les mères. A la suite de ce diagnostic, des ateliers ont été mis en place autour de 5 thèmes : **les activités et jeux** proposés aux enfants, **la communication avec les enfants, la communication avec les familles, l'aménagement de l'espace et la littérature de jeunesse**. L'aménagement de l'espace a été repensé en un espace centre-ville, mélangeant les jouets filles et garçons, au lieu du « coin rose » avec poupées et dinettes et du « coin bleu » avec garage et bricolage. Le vocabulaire lui-même a été modifié, vers des termes moins genrés : « restaurant » au lieu de « dinette », « marché » au lieu de « marchande », « crèche » au lieu de « poupon ». Côté communication avec les parents, l'étude ayant mis en évidence la difficulté des pères à entrer dans la crèche, la borne d'accueil a été déplacée au milieu des locaux pour les obliger à s'avancer. Dans la crèche associative, un atelier cuisine a été mis en place pour les enfants et les pères uniquement. Les livres lus aux petits, quant à eux, ont été sélectionnés pour leur absence de stéréotypes sexués (138).

Dans un autre registre, encore, la SFSP présente la formation « **Embellir la communication avec les enfants** » développée par l'organisme de formation « Fais le lien » à Avignon. Une formatrice indépendante intervient auprès des professionnels de l'enfance dans les mairies, dans les crèches, dans les projets de réussite éducative, dans des relais d'assistante maternelle ou dans des écoles de Paca mais également d'Occitanie.

Ces formations ont pour objectif de transmettre des outils de communication aux professionnels et aux parents afin de mieux communiquer avec les enfants, de connaître la portée des mots utilisés et comprendre les réactions des enfants. Ces outils proposés facilitent la communication et n'interviennent pas dans l'éducation, chacun étant libre de transmettre ses propres valeurs aux enfants. Ils changent le moyen de communiquer. Elle propose des outils pour aider les enfants aux prises avec des sentiments pénibles, susciter la coopération entre l'adulte et l'enfant, éviter les punitions et responsabiliser l'enfant face à ses erreurs, encourager l'autonomie, renforcer l'estime de soi de l'enfant, ou encore supprimer les étiquettes (115).

6. CONCLUSION

Les différents arguments biologiques, psychosociaux et économiques justifient les actions et interventions précoces, visant à promouvoir, à protéger et à soutenir le développement de l'enfant. L'importance accordée aux premières années de la vie s'inscrit dans une perspective sur la durée. Un enfant a besoin de conditions stimulantes, de soutien et de soins physiques et affectifs pour se développer. Le processus de développement n'est pas seulement influencé par l'alimentation et l'état de santé de l'enfant, mais aussi par le type d'interactions qui commencent in utero, qui se poursuit dans l'enfance avec les personnes qui s'occupent d'eux dans leur environnement. Les milieux où évoluent les jeunes enfants influent sur leur développement individuel, indépendamment de ses caractéristiques physiques et en combinaison avec celles-ci, et les périodes de développement du cerveau de l'enfant ont une incidence sur les résultats pour la santé de l'ensemble du cycle de vie. Des environnements enrichis et la qualité de la stimulation, de la sécurité et du soutien durant les périodes de développement névralgiques sont d'une extrême importance dès la conception. Les milieux responsables de favoriser des conditions stimulantes, de soutien et de soins physiques et affectifs pour les enfants vont de leur monde plus intime qu'est la famille au plus vaste contexte socioéconomique façonné par l'Etat et la société civile (1).

Les soins de qualité au sein de la famille, des différents services de garde d'enfants et l'enseignement préscolaire durant les premières années doivent être suivis d'un accès à l'école et à des services de qualité à l'adolescence, en vue de tirer parti de l'interdépendance entre les investissements faits dans les stades successifs du cycle de la vie. Les interventions multisectorielles et les services de santé, sont particulièrement bien placées pour atteindre les enfants à un stade précoce et leur fournir des services de soutien qui aident les familles à prodiguer des soins attentifs et à promouvoir, à protéger et à soutenir le développement de la petite enfance. La coordination avec le secteur de l'éducation est nécessaire pour promouvoir l'apprentissage, et avec le secteur de la protection sociale et de la protection de l'enfant pour atteindre les populations les plus vulnérables. Tous les secteurs doivent jouer un rôle pour aider les familles à fournir des soins attentifs aux enfants (91).

7. BIBLIOGRAPHIE

1. IRWIN Lori, SIDDIQI Arjumand, HERTZMAN Clyde. **Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur** [Internet]. OMS. 2007. 82 p.
Disponible sur : http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/early_child_dev_ecdkn_fr.pdf
2. ROUSSEY M., PEUDENIER S., KREMP O. **Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques** [Internet]. 2014.
Disponible sur : <https://www.researchgate.net/publication/239616138/download>
3. MANCHON Adeline. **Le développement psychomoteur de l'enfant. L'Assmat** [Internet]. 2018 ; (168) : 7.
Disponible sur : <https://www.lassmat.fr/document/revues/168/HD/index.html#8>
4. MULLIGAN Shelley. **Occupational Therapy Evaluation for Children : a pocket guide**. 2014.
5. **Les grandes étapes du développement psychomoteur de l'enfant** [Internet]. Les pros de la petite enfance. 2016 [cité 31 août 2018]. Disponible sur : <https://lesprosdela petiteenfance.fr/bebes-enfants/psycho-developpement/les-grandes-etapes-du-developpement-psycomoteur-de-lenfant>
6. Ministère de l'Education Nationale. **Le développement de l'enfant** [Internet]. EDUSCOL ; 2012. Disponible sur : https://www4.ac-nancy-metz.fr/ia54-circos/ienbriey/sites/ienbriey/IMG/pdf/cole_materielle_-_Le_developpement_de_l_enfant_-_Eduscol.pdf
7. THOMAS Nelly. **Psychomotricité : développement psychomoteur de l'enfant** [Internet]. Faculté Pierre et Marie Curie ; 2004. Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/POLY.Chp.3.html>
8. Université de Montréal. **Étapes du développement** | Portail Enfance et Familles [Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur : <http://www.portailenfance.ca/wp/modules/developpement-de-lenfant/grandes-etapes-du-developpement/>
9. CHAIX Yves. **Développement psychomoteur du Nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (psycho motricité, langage, intelligence). Troubles de l'apprentissage**. [Internet]. CHU Toulouse ; 2008 p. 21. Disponible sur : http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/pediatrie/Item_32_Developpement_psychomoteur.pdf
10. BRUNET O., LEZINE I. **Echelle de développement psychomoteur de la première enfance** [Internet]. ECPA ; 2001. Disponible sur : <https://www.ecpa.fr/psychologie-clinique/test.asp?id=1416>
11. CHAPELLE Gaëtane. **Psychologie de l'enfance : 150 ans d'histoire**. Sciences humaines [Internet]. (120). Disponible sur : https://www.scienceshumaines.com/psychologie-de-l-enfant-150-ans-d-histoire_fr_1739.html
12. CEMEA Pays de la Loire. **Psychologie et développement de l'enfant** [Internet]. 86 p. (Les dossiers de l'Infop). Disponible sur : https://ressources-cemea-pdll.org/IMG/pdf/developpement_enfant_dossier.pdf
13. TOURETTE Catherine, GUIDETTI Michèle. **Introduction à la psychologie du développement. Du bébé à l'adolescent** [Internet]. DUNOD. 2018. 343 p. Disponible sur : https://www.dunod.com/sites/default/files/atoms/files/Feuilletage_371.pdf

14. BAILLY Rémi. **Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott**. *Enfances & Psy* [Internet]. 2001 ; 15 (3) : 41-5. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-3-page-41.htm>
15. HOUDE Olivier. **La psychologie de l'enfant, quarante ans après Piaget**. *Sciences humaines* [Internet]. juin 2006 ; Disponible sur : https://www.scienceshumaines.com/la-psychologie-de-l-enfant-quarante-ans-apres-piaget_fr_14714.html#1
16. GIAMPINO Sylviane. **Développement du jeune enfant, modes d'accueil, formation des professionnels** [Internet]. *Ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes*; 2016. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/164000279.pdf>
17. LENOIR Alain. **Introduction aux neurosciences comportementales** [Internet]. 2001. 19 p. Disponible sur : http://lecerveau.mcgill.ca/flash/capsules/articles_pdf/neurosciences.pdf
18. HOUDE Olivier, MAZOYER B., TZOURIO-MAZOYER N. **Cerveau et psychologie**. 2002. (PUF).
19. TOGA A., THOMPSON P., SOWELL E. **La turbulente dynamique de la matière grise**. *La Recherche*. juillet 2005 ; (388).
20. HOUDE Olivier. **La Psychologie de l'enfant**. PUF ; 2005.
21. CASEY B.J, TOTTENHAM N., LISTON C. **Imaging the developing brain : What have we learned about cognitive development**. *Trends in Cognitive Sciences* [Internet]. 2005 ; 9 (13). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15737818>
22. OCDE, CERI. **Comprendre le cerveau : naissance d'une science de l'apprentissage Nouveaux éclairages sur l'apprentissage apportés par les sciences cognitives et la recherche sur le cerveau** [Internet]. 2008. Disponible sur : <https://www.oecd.org/fr/sites/learninginthe21stcenturyresearchinnovationandpolicyapprendreauxxiesieclerechercheinnovationetpolitiques/40583325.pdf>
23. DAYAN Jacques. **Le bébé des neurosciences est-il un bébé nouveau ?** *Spirale* [Internet]. avril 2015 ; (76) : 18-23. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2015-4-p-18.htm>
24. GUEGUEN Catherine. **Le cerveau de l'enfant**. *L'école des parents* [Internet]. janvier 2017 ; (622):40-3. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-ecole-des-parents-2017-1-p-40.htm>
25. GOYET Louise. **L'apport des neurosciences dans le domaine de l'éducation**. In: *Psychologie du développement*. Elsevier Masson. 2017. p. 207.
26. MEIRIEU Philippe. « **L'enfant n'est pas une clé USB** ». **Que peut-on attendre des neurosciences ?** *Ecole des parents et des éducateurs* [Internet]. (9). Disponible sur : https://www.meirieu.com/TEXTESDECIR-CONSTANCE/EPE_9.pdf
27. DE SINGLY Françoise. **Les adonassants**. Armand Collin. 2006. 400 p.
28. DE SINGLY Françoise. **L'enfant n'est pas qu'un enfant**. *Sciences humaines* [Internet]. 2007 ; (8). Disponible sur : https://www.scienceshumaines.com/l-enfant-n-est-pas-qu-un-enfant_fr_21191.html
29. FOURNIER Martine. **L'enfant du 21ème siècle**. *Sciences humaines* [Internet]. nov 2007 ; (8). Disponible sur : https://www.scienceshumaines.com/l-enfant-du-21eme-siecle_fr_21188.html
30. GAVARINI Laurence. **Le nouveau statut de l'enfant**. *Sciences humaines* [Internet]. juin 2004 ; (Hors-série, 45). Disponible sur : https://www.scienceshumaines.com/le-nouveau-statut-de-l-enfant_fr_13642.html#achat_article

31. TREMINTIN Jacques. **Françoise Dolto, la femme qui parlait aux enfants**. Lien social [Internet]. 6 nov 2008 ; (904). Disponible sur : <https://www.lien-social.com/Francoise-Dolto-la-femme-qui-parlait-aux-enfants>
32. DOLTO Françoise. Tout est langage. Folio. 1995. 288 p.
33. VULBEAU Alain. **Focus - Responsabilité plutôt qu'autorité : Françoise Dolto et la parole comme volonté éducative**. Informations sociales [Internet]. 2009 ; 154(4):116-9. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-4-page-116.htm>
34. RICAUD-DROISY H. **Françoise Dolto**. Spirale [Internet]. 2008 ; 48(4) :168-70. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-4-page-168.htm>
35. BEAGUE Philippe. **Quels repères pour grandir?** Chronique sociale. 2004. 110 p.
36. HOUSSENOLOGE Dominique. **L'enfant-roi, fait isolé ou produit de notre société ?** [Internet]. UFAPEC ; 2008. Disponible sur : <http://www.ufapec.be/files/files/ANALYSE%20ENFANT%20ROI.pdf>
37. Défenseur des droits. **Droits de l'enfant en 2017. Au miroir de la Convention internationale des droits de l'enfant** [Internet]. 2017 p. 122 p. Disponible sur : <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae-2017.pdf>
38. **Convention relative aux droits de l'enfant** [Internet]. UNICEF; 1989. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
39. YOUNG D. **Protection de l'enfance et droits de l'enfant**. Études [Internet]. 2011 ; 415 (12) : 617-27. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-etudes-2011-12-page-617.htm>
40. POUCHADON Marie-Laure, ELOI Mélina. **Coopérer avec les familles : le travail éducatif en protection de l'enfance** [Internet]. HAL. 2015. 11 p. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01188447/document>
41. ONPE. **Les besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance** [Internet]. ONPE ; 2016 oct. Disponible sur : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note-dactu_besoins_de_lenfant.pdf
42. PAIN J. **Apprendre à vivre en société multiple**. Enfances & Psy [Internet]. 2009 ; 43 (2) : 66-76. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2009-2-page-66.htm>
43. **L'enfant de 0 à 2 ans. Vie affective et problèmes familiaux** [Internet]. Paris : Dunod ; 2013. 128 p. (Enfances; vol. 6e ed.). Disponible sur : <https://www.cairn.info/l-enfant-de-0-a-2-ans--9782100598717.htm>
44. BOLTER Flora, KERAVEL Elsa, OUI Anne. **Les besoins fondamentaux de l'enfant. Une revue bibliographique internationale. Revue des politiques sociales et familiales** [Internet]. 2017 ; 105-12. Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/caf_2431-4501_2017_num_124_1_3210
45. BRAZLTON Terry, GREENSPAN Stanley. **Ce qu'un enfant doit avoir**. Stock. 2001. 319 p.
46. POURTOIS Jean-Pierre, DESMET Huguette. **L'éducation postmoderne** [Internet]. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France ; 2012. 326 p. (Pédagogie théorique et critique ; vol. 3e éd.). Disponible sur : <https://www.cairn.info/l-education-postmoderne--9782130526544.htm>

47. LACHATITE Carl, Éthier LS, Nolin P. **Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants.** Bulletin de psychologie [Internet]. 2006 ; 484 (4) : 381-94. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2006-4-page-381.htm>
48. MASLOW Abraham. **L'accomplissement de soi. De la motivation à la plénitude.** Eyrolles. 2013. 208 p.
49. AIDES. **Action intersectorielle pour le Développement des Enfants et leur Sécurité (AIDES).**
50. KELLY-IRVING Michelle, DELPIERRE Cyrille, LANG Thierry. **Comment les facteurs socio-environnementaux durant l'enfance influencent-ils la santé au cours de la vie ?** sept 2016 ; (437) : 10-2. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-437.pdf>
51. COULON Nathalie, FORTIN Jacques, HOUZELLE Nathalie. **Le développement de l'enfant de 0 à 6 ans selon une perspective socio-écologique.** La santé de l'homme [Internet]. mars 2009 ; (400) : 12-4. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-400.pdf>
52. NEYRAND Gérard. **La famille, lieu de socialisation et de promotion de la santé.** La santé de l'homme [Internet]. 2009 ; (400) : 24-5. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-400.pdf>
53. POURTOIS Jean-Pierre, DESMET Huguette. **La norme et l'enfant.** La santé de l'homme. (400). Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-400.pdf>
54. HERTZMAN Clyde. **Importance du développement des jeunes enfants. Cadre pour les déterminants sociaux du développement des jeunes enfants.** Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [Internet]. déc 2010 ; 8 p. Disponible sur : <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/textes-experts/fr/75/cadre-pour-les-determinants-sociaux-du-developpement-des-jeunes-enfants.pdf>
55. JUNIEN Claudine, SIMEONI Umberto. **De la conception à deux ans : comment l'environnement et l'épigénétique conditionne notre santé future?** FFAS; 2016.
56. LOPEZ Alain, MOLEUX Marguerite, SCHAETZEL Françoise. **Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant** [Internet]. IGAS ; 2011 mai ; 65 p. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf>
57. Ministère des solidarités et de la santé. **Stratégie nationale de santé 2018-2022** [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2017. 54 p. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
58. JOURDAIN Anne, NAULIN Sidonie. **Héritage et transmission dans la sociologie de Pierre Bourdieu.** Idées économiques et sociales [Internet]. 2011 ; 166 (4) : 6-14. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2011-4-page-6.htm>
59. COLIN Christine. **Une juste place pour tous les enfants. Plaidoyer pour l'action.** Hôpital Sante-Justine. 2004.
60. NEYRAND Gérard. **Parentalités atypiques et place des enfants.** La santé de l'homme [Internet]. mars 2009 ; (400) : 22-3. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-400.pdf>

61. DE BODMAN Florent, DE CHAISEMARTIN Clément, DUGRAVIER Romain, GURGAND Marc. **Investissons dans la petite enfance. L'égalité des chances se jouent avant la maternelle.** Terra Nova ; 2017.
62. BERGER Maurice, CICCONE Albert, GUEDENEY Nicole. **La résidence alternée chez les enfants de moins de six ans : une situation à hauts risques psychiques.** Devenir [Internet]. 2004 ; 16 (3) : 213-28. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2004-3-page-213.htm>
63. LE CAMUS Jean. **Le vrai rôle du père** [Internet]. Odile Jacob ; 2000. 280 p. Disponible sur : https://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/education-pedagogie/vrai-role-du-pere_9782738107640.php
64. **Loi n°2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale** [Internet]. N° 2002-305 mars 4, 2002. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000776352>
65. BERGER Maurice. **Remarques sur les études citées en faveur de la résidence alternée avant 3 ans et 6 ans ou comment rouler dans la farine les médias et les politiques.** [Internet]. 2018. Disponible sur : <http://www.thyma.fr/remarques-sur-les-etudes-citees-en-faveur-de-la-residence-alternee-avant-3-et-6-ans-ou-comment-rouler-dans-la-farine-les-medias-et-les-politiques/>
66. **Résidence alternée imposée, c'est non!** [Internet]. Disponible sur : <http://non-aux-residences-alternees-imposees.wesign.it/fr>
67. LATOMBE Philippe, BANNIER Géraldine, BENIN Justine. **Proposition de loi relative au principe de garde alternée des enfants** [Internet]. Assemblée Nationale, N°307 oct 17, 2017. 4 p. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/propositions/pion0307.pdf>
68. LATOMBE Philippe. **Quel avenir pour la proposition de loi relative à la résidence de l'enfant en cas de séparation** [Internet]. 2018. Disponible sur : <http://paternet.fr/2018/04/24/quel-avenir-pour-la-proposition-de-loi-relative-a-la-residence-de-lenfant-en-cas-de-separation/>
69. **Projet de loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice** [Internet]. p. 109 p. Disponible sur : <http://paternet.fr/wp-content/uploads/pdf/2018/04/20180420-projet-de-loi-463-1.pdf>
70. Direction générale de la cohésion sociale, Ministère des solidarités et de la santé. **Dessine-moi un parent. Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022** [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2018. 64 p. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702_-_dp_-_strategie_nationale_2018-2022vf.pdf
71. MILJKOVITCH Raphaële. **L'attachement comme facteur essentiel de bon développement.** La santé de l'homme [Internet]. (400) : 16-8. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-400.pdf>
72. Gouvernement. **Qu'est-ce qu'une politique familiale ?** [Internet]. 2015. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/politique-familiale/qu-est-ce-qu-politique-familiale.html>
73. Conseil de la famille, conseil de l'enfance et de l'adolescence. **L'accueil des enfants de moins de trois ans** [Internet]. HCFEA ; 2018. 12 p. Disponible sur : http://www.hcfea.fr/IMG/pdf/_mise_en_forme_OK_HCFEA_Synthese_accueil_des_enfants_de_moins_de_trois_ans.pdf
74. CNAF. **La COG 2018-2022** [Internet]. 2018. Disponible sur : http://extranet.ucanss.fr/contenu/public/EspaceRessourcesHumaines/pdf/INC/2018/Documents_de_support/180918_Inc/180906_Presentation_COG_Famille_2018_2022_INC_20180918.pdf

75. Délégation interministérielle de la famille, Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes. **Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Investir dans les solidarités pour l'émancipation de tous.** [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé ; 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_annonce_strategie_v26_pages.pdf
76. UDAF 15. **Parentalité : attente des familles, actions des associations familiales** [Internet]. 2017. 8 p. Disponible sur : https://www.unaf.fr/pf/IMG/pdf/THEME_-_PARENTALITE.pdf
77. CAF du Calvados. **Guide méthodologique. Les lieux d'accueil enfants/parents (LAEP) dans le Calvados** [Internet]. 2015. Disponible sur : <https://www.parents-toujours.info/IMG/pdf/-46.pdf>
78. CAF. **Référentiel des lieux d'accueil enfants parents (LAEP).**
79. BOUCHER Manuel. **Le travail social face aux familles populaires : la « nébuleuse » de la parentalité en question.** Pensée plurielle [Internet]. 2012 ; 29 (1) :75-98. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2012-1-page-75.htm>
80. **Décret n° 2010-1308 du 2 novembre 2010 portant création du Comité national de soutien à la parentalité** [Internet]. Legifrance ; 2010. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022991181&categorieLien=id>
81. **Comité national de soutien à la parentalité** [Internet]. Action sociale ; 2010. Disponible sur : http://www.action-sociale.org/Ressources/Reglementation/casf_organisation/LEGISCTA000022997842.html
82. Direction générale de la Cohésion sociale. **Instruction N° DGCS/SD2C/107 du 9 avril 2014 relative aux évolutions de la politique départementale de soutien à la parentalité** [Internet]. Légifrance ; 2014. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/04/cir_38172.pdf
83. UNAF. **Analyse des premiers schémas départementaux des services aux familles** [Internet]. 2015. Disponible sur : https://www.unaf.fr/IMG/pptx/analyse_unaf_schemas.pptx
84. **CIRCULAIRE N°DGCS/SD2C/2015/8 du 22 janvier 2015 relative à la mise en œuvre de schémas départementaux des services aux familles** [Internet]. Disponible sur : http://www.maine-et-loire.gouv.fr/IMG/pdf/cir_39152.pdf
85. FOIN Michèle. **Les schémas départementaux des services aux familles.** Gazette santé social [Internet]. 23 juin 2017 ; Disponible sur : <http://www.gazette-sante-social.fr/40044/les-schemas-departementaux-des-services-aux-familles>
86. Ministère des solidarités et de la santé. **Dessine-moi un parent. Communiqué de presse** [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé ; Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180629_-_cp_-_dessine_moi_un_parent.pdf
87. DREES, INSEE, MSA, Ministère de l'Education Nationale, ACOSS. **Résultats du rapport 2017 de l'Observatoire national de la petite enfance. Dossier de presse** [Internet]. CNAF ; 2018 janv. Disponible sur : https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/DCom/Presse/Communiqu%C3%A9s%202018/R%C3%A9sultats_%20Rapport%202017_Observatoire_%20national_petite%20enfance%2023jan2018.pdf
88. LAMBOY Béatrice. **Introduction aux notions « d'interventions efficaces » et de « données probantes » : définitions et éléments historiques** [Internet]. INPES; 2010. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/transfert-connaissance/pdf/synthese-donnees-probantes.pdf>

89. ALLARD Caroline, RICKEY Ben. **What Works Centres britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ?** [Internet]. Agence nouvelle des solidarités actives. 2017. 202 p. Disponible sur : http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/ansa_rapportwwc_2017_vf.pdf
90. VIEIRA Gildas. **Les données probantes en promotion de la santé.** Force de FRAPS [Internet]. déc 2017 ; 4. Disponible sur : http://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2017/03/ForceDeFRAPS_Donn%C3%A9esProbantes_D%C3%A9c2017.pdf
91. **Promouvoir le développement de la petite enfance : des données scientifiques à la mise en oeuvre d'interventions à grande échelle** [Internet]. OMS ; 2016 oct p. 8. Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/ecl-lancet-exec-summary-fr.pdf?ua=1
92. **Stating strong 2017 : Key OECD indicators on early childhood education and care OECD publishing** [Internet]. OECD. 2017. 194 p. Disponible sur : <http://www.charlotte-buehler-institut.at/wp-content/uploads/2017/10/Starting-Strong-2017.pdf>
93. MAROPE P.T.M, KAGA Y. **Investing against evidence. The global state of early childhood care and education** [Internet]. UNESCO. 2015. 289 p. Disponible sur : http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/resources/investing_against_evidence_pdf.jpg_pdf
94. **Les preuves sont là : il faut investir dans l'éducation et la protection de la petite enfance. Etat des lieux dans le monde** [Internet]. UNESCO ; 2017 p. 312. Disponible sur : <http://omep-canada.org/wp-content/uploads/2017/11/Les-preuves...UNESCO2017.pdf>
95. **Déficiences et handicap d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge** [Internet]. INSERM; 2004. 392 p. (Expertise collective). Disponible sur : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/143/expcol_2004_deficiences.pdf?sequence=1
96. OLDS David. **The Nurse-Family Partnership : an evidence-based preventive intervention.** Infant Mental Health Journal. 2006 ; (27) :5-25.
97. HOWARD KS, BROOKS-GUNN J. **The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect.** Future Child. 2009 ; (19) : 119-46.
98. **The incredible years** [Internet]. Disponible sur : <http://www.incredibleyears.com/article/le-programme-dentrainement-aux-habiletés-parentales-ces-années-incroyables-experiences-dans-deux-contextes/>
99. HAMEL Marie-Pierre, LEMOINE Sylvain. **Aider les parents à être parents. Le soutien à la parentalité, une perspective internationale.** Centre d'analyse stratégique ; 2012. 196 p.
100. MARCHAL Laure. **Jeux d'enfants : un dispositif qui fait du bien aux petits comme aux pros** [Internet]. Les os de la petite enfance ? ; 2017. Disponible sur : <https://lesprosdela petiteenfance.fr/bebes-enfants/psycho-pedagogie/jeux-denfants/jeux-denfants-un-dispositif-qui-fait-du-bien-aux-petits-comme-aux-pros>
101. **Parentalité positive. Catalogue des outils de prévention** [Internet]. IREPS Pays de la Loire ; 2016. 234 p. Disponible sur : http://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2017/5-170302110122.pdf
102. **Programme parler bambin** [Internet]. Disponible sur : <https://www.parler-bambin.com/>

103. NOCUS Isabelle, FLORIN Agnès, LACROIX Florence, LAINE Aurélie. **Les effets de dispositifs de prévention des difficultés langagières dans des contextes monolingues et plurilingues**. Enfance; psychologie, pédagogie, neuropsychiatrie, sociologie. mars 2016 ; 23.
104. NOCUS Isabelle, LACROIX Florence, LAINE Aurélie, FLORIN Agnès, GUIMARD Philippe. **Accompagnement et évaluation d'un dispositif d'aide au développement du langage dans les multi-accueils municipaux de la ville de Nantes** [Internet]. Centre de Recherche en Education de l'Université de Nantes ; 2016 oct. Disponible sur : <http://cren.univ-nantes.fr/wp-content/uploads/2017/06/CREN-rapport-parler-bambin-13-10-2016.pdf>
105. CAMBON Linda, MINARY Laetitia, RIDDE Valéry, ALLA François. **ASTIAIRE : Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des InteRventions en promotion de la santé** [Internet]. INPES ; 2014. Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewiruZKTpO_dAhUEdcAKHR8KBlOQFjAAegQICRAB&url=https%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Floadextraweb.php%3FID_ARTICLE%3DSPUB_146_0783&usg=AOvVaw29MB_D_Rt-0djxsq1eheQ3y
106. CAMBON Linda, MINARY Laetitia, RIDDE Valérie, ALLA François. **Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE**. Santé Publique [Internet]. nov 2014 ; 26 (6). Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2014/6/783.pdf>
107. **Les pros de la petite enfance. Initiatives** [Internet]. Les pros de la petite enfance ; Disponible sur : <https://lesprosdela petiteenfance.fr/initiatives>
108. OSCARS. **OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé** [Internet]. Disponible sur : <http://www.oscarsante.org/national/actions?libre=petite+enfance&from=0&size=20&types%5B%5D=etp&types%5B%5D=sante&types%5B%5D=travail&modeResultats=tableau>
109. **Girafes awards** [Internet]. Disponible sur : <http://www.rdvpetiteenfance.fr/girafesawards/>
110. BARTOLI F, LESTEVEN P, LAVARDE P, MOQUAY V, VEDEAU F, Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA, et al. **La stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE) : évaluation de la mise en oeuvre et propositions d'évolution**. 2017 p. 144p.
111. WECF. **Nesting. Protégez votre enfant en créant un intérieur sain** [Internet]. Projet Nesting. Disponible sur : <http://www.projetnesting.fr/>
112. **Acteurs de la périnatalité et de la petite enfance, devenez relais sur la santé environnementale** [Internet]. OSCARS. Disponible sur : <http://www.oscarsante.org/national/action/detail/18534>
113. BERARD BERGERY Armelle. **La crèche Joliot Curie fait la chasse aux perturbateurs endocriniens** [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://lesprosdela petiteenfance.fr/initiatives/developpement-durable/la-creche-joliot-curie-fait-la-chasse-aux-perturbateurs-endocriniens>
114. IREPS Nouvelle-Aquitaine, GRAINE Nouvelle-Aquitaine. **Poitiers : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble sur les perturbateurs endocriniens** [Internet]. Portail santé environnement. Les acteurs et les actions de la Nouvelle-Aquitaine. 2016. Disponible sur : <http://www.santeenvironnement-nouvelleaquitaine.fr/risques-emergents/poitiers-quand-chercheurs-et-acteurs-de-terrain-travaillent-ensemble-sur-les-perturbateurs-endocriniens/>
115. SFSP. **Rapport d'enquête. Accompagnement à la parentalité, petite enfance et santé : faire connaître vos actions** [Internet]. 2016. Disponible sur : http://www.sfsp.fr/activites/file/rf_capitalisation_parentalite.pdf

116. **Réseau Gardois de l'allaitement** [Internet]. REGAAL. Disponible sur : <http://www.regaal.org/>
117. Ministère des Solidarités et de la Santé. **Programme PANJO (Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents : un Outil de renforcement des services de PMI)** [Internet]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/illustrations/article/programme-panjo-promotion-de-la-sante-et-de-l-attachement-des-nouveau-nes-et-de>
118. Le département du Pas de Calais. **Accompagner les parents à accueillir leur enfant. Un projet de recherche-action pour promouvoir la bientraitance dans le Pas-de-Calais.** [Internet]. Département du Pas-de-Calais ; Disponible sur : https://docs.google.com/file/d/0B9_P7XuYefqbeXUxeVVKY1JBdWc/view
119. **Les crèches à vocation d'insertion professionnelle (VIP), en quoi cela consiste** [Internet]. Ministère du travail. 2016. Disponible sur : <https://travail-emploi.gouv.fr/archives/archives-courantes/article/les-creches-a-vocation-d-insertion-professionnelle-vip-en-quoi-cela-consiste>
120. OSCARS. **Réseau petite enfance. La cabane à jouer** [Internet]. 2014. Disponible sur : <http://www.oscarsante.org/national/action/detail/14718?filtres%5Bintitule%5D%5Bop%5D=AND&filtres%5Bintitule%5D%5Bq%5D%5B%5D=cabane+%C3%A0+jouer&libre=cabane+%C3%A0+jouer&from=0&size=20&types%5B%5D=etp&types%5B%5D=sante&types%5B%5D=travail&modeResultats=tableau>
121. **Petite enfance. Les dangers de la surexposition aux écrans. Dossier.** L'école des parents [Internet]. avr 2017 ; (625) : 30-58. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-ecole-des-parents-2017-4.htm#about>
122. JUNIER Héloïse. **Les jeunes enfants et les écrans : quelle prévention mettre en place ?** [Internet]. Les pros de la petite enfance. 2016. Disponible sur : <https://lesprosdela petiteenfance.fr/bebes-enfants/sante-prevention/dossiers-santeprevention/les-jeunes-enfants-et-les-ecrans-quelle-prevention-mettre-en-place>
123. IVASSENKO Valérie. **La surexposition des enfants de 0-6 ans aux écrans. Synthèse documentaire** [Internet]. IREPS Auvergne Rhône-Alpes ; 2018. Disponible sur : <http://ireps-ara.org/portail/portail.asp?idz=725>
124. OPEN. **Comment encadrer la pratique des écrans des jeunes enfants ?** [Internet]. Observatoire de la parentalité et de l'Education numérique. 2018. Disponible sur : <https://www.open-asso.org/parentalite/2018/01/comment-encadrer-la-pratique-des-ecrans-des-jeunes-enfants/>
125. TISSERON Serge. **3-6-9-12. Apprivoiser les écrans et grandir** [Internet]. 3-6-9-12. Disponible sur : <https://www.3-6-9-12.org/>
126. DESCHAMPS Laure. **Parentalité numérique. Comment accompagner avec sérénité ? Ecole des parents** [Internet]. avr 2017 ; (625) : 52-3. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-ecole-des-parents-2017-4-p-52.htm>
127. OMS. **Les compétences psychosociales** [Internet]. 1993. Disponible sur : <http://www.sfsp.fr/activites/parentalite/fiches/Fiche4-17011006.pdf>
128. CRIPS Ile de France. **Développer les compétences psychosociales pour favoriser le bien-être et prévenir les risques.** [Internet]. Disponible sur : <http://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossier-thematique/dossier-CPS/CPS-jeunes.htm>

129. BAZIN Marie-Sophie. **La pédagogie Montessori, en pratique pour les tout-petits** [Internet]. Les pros de la petite enfance. Disponible sur : <https://lesprosdela petiteenfance.fr/bebes-enfants/psycho-pedagogie/la-pedagogie-montessori/la-pedagogie-montessori-en-pratique-pour-les-tout-petits>
130. **Des activités d'éveil innovantes et exclusives en crèche** [Internet]. Disponible sur : <https://www.la-maison-bleue.fr/maison-bleue/des-activites-d-veil-innovantes-et-exclusives>
131. **Crèche La source** [Internet]. Crèche la source. Disponible sur : <http://crechedelasource.fr/>
132. IREPS Auvergne Rhône-Alpes. **Compétences psychosociales et petite enfance de 0 à 6 ans** [Internet]. Ireps ARA. Disponible sur : http://ireps-ara.org/bdd_progs_ireps/action.asp?action=12&id=549
133. **Programme expérientiel d'éveil des compétences psychosociales (CPS) chez les tout-petits par les composants de la musique** [Internet]. OSCARS. 2016. Disponible sur : http://www.oscarsante.org/national/action/detail/10481?filtres%5Bthemes%5D%5Bop%5D=OR&filtres%5Bthemes%5D%5Bq%5D%5B%5D=Comp%3%A9tences+psychosociales&filtres%5Bpublics%5D%5Bop%5D=OR&filtres%5Bpublics%5D%5Bq%5D%5B%5D=public_1&libre=petite+enfance+comp%3%A9tences+psychosociales&from=0&size=20&types%5B%5D=etp&types%5B%5D=sante&types%5B%5D=travail&modeResultats=tableau
134. Ministère de la Culture et de la Communication, Ministère des Familles de l'Enfance et des Droits des femmes. **Pour l'éveil artistique et culturel des jeunes enfants. Protocole d'accord entre le ministère de la Culture et de la Communication et le ministère des Familles de l'Enfance et des Droits des femmes** [Internet]. 2017. Disponible sur : https://lesprosdela petiteenfance.fr/sites/default/files/20170321_mcc-mfedf-accord-veil-artistique-jeune-enfant3.pdf
135. Ministère des Familles de l'Enfance et des Droits des femmes. **Plan d'action pour la petite enfance** [Internet]. 2016. Disponible sur : <http://www.rdvpetiteenfance.fr/wp-content/uploads/2016/11/Dossier-de-presse-Plan-petite-enfance-2016.pdf>
136. BERARD BERGERY Armelle. **Mulhouse : Deux RAM à la découverte de l'Orchestre symphonique** [Internet]. Les pros de la petite enfance. 2018. Disponible sur : <https://lesprosdela petiteenfance.fr/initiatives/veil-artistique-et-culturel/mulhouse-deux-ram-la-decouverte-de-lorchestre-symphonique>
137. **Crèche à petits pas** [Internet]. Accueil petite enfance. Disponible sur : <http://www.accueil-petite-enfance.fr/innovation/inclassables/creche-a-petits-pas/1/101>
138. PIRAUD-ROUET Catherine. **Egalicrèche : un programme expérimental dans six EAJE de Toulouse** [Internet]. Les pros de la petite enfance. 2016. Disponible sur : <https://lesprosdela petiteenfance.fr/bebes-enfants/psycho-pedagogie/lutter-contre-les-stereotypes-de-genre-des-la-petite-enfance/egalicreche-un-programme-experimente-dans-six-eaje-de-toulouse>

