

Intensifier le développement de la petite enfance

L'investissement dans le jeune enfant pour des rendements élevés.



Amina D. Denboba, Rebecca K. Sayre,
Quentin T. Wodon, Leslie K. Elder,
Laura B. Rawlings et Joan Lombardi

Octobre 2014



GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE



CHILDREN'S
INVESTMENT FUND
FOUNDATION



Remerciements

Ce rapport a été élaboré par les auteurs au sein du Réseau du développement humain de la Banque mondiale, sous la conduite d'Harry Patrinos (responsable du secteur de l'Éducation), Elizabeth King (vice-présidente par intérim, Réseau du développement humain) ainsi que Claudia Costin (directrice principale, Éducation), Arup Banerji (directeur principal, Protection sociale et travail) et Timothy Grant Evans (directeur principal, Santé, nutrition et population). Les conseils de Nicole Klingen (responsable du secteur de la Santé, nutrition et population) et Anush Bezhanyan (responsable du secteur de la Protection sociale et travail) ont également été très appréciés. Le chef de projet était Quentin Wodon.

L'appui financier du *Children's Investment Fund Foundation* a été grandement apprécié. Les auteurs sont également reconnaissants à Sachiko Kataoka (Éducation) et Peter Holland (Éducation) qui, en tant que pairs évaluateurs, ont émis de précieux commentaires et suggestions. Les membres du groupe de la communauté de pratique pour le développement de la petite enfance (DPE) de la Banque mondiale ont également apporté des contributions intéressantes, notamment Amanda Devercelli (Éducation) et Julieta Trias (Réseau du développement humain), ainsi que Robin Horn (directeur, Éducation, *Children's Investment Fund Foundation*) et Ruslan Yemtsov (Protection sociale et travail). Enfin, les membres du Forum de l'Institut de médecine consacré à l'investissement mondial dans le jeune enfant ont également fourni des commentaires utiles.

Table des matières

Remerciements	ii
Préface	v
Introduction	
L'investissement dans le jeune enfant pour des rendements élevés	1
Cinq domaines d'interventions	
Le soutien à la famille.	4
Le soutien durant la grossesse	7
Le soutien lors de la naissance	8
Le soutien pour la santé et le développement de l'enfant	9
Le soutien pour l'accès au préscolaire	11
Résumé des cinq domaines d'interventions	12
Principes clés de la politique de DPE	13
Quatre principes	
Faire un diagnostic et établir une stratégie globale pour le DPE.	14
Élargir l'application des interventions sous une bonne coordination	15
Intégrer les services pour des synergies et des économies de coûts	17
Suivre, évaluer et étendre la couverture des interventions réussies	18
Conclusion	20
Abréviations	21
Références	22

Préface

Investir dans le jeune enfant n'est pas seulement un devoir du point de vue éthique, c'est aussi judicieux du point de vue économique pour les enfants ainsi que pour leurs familles, leurs communautés et la société dans son ensemble.

Les interventions dans le développement de la petite enfance (DPE) sont essentielles pour la croissance et le développement de l'enfant. Leur rendement a également tendance à être plus élevé que celui des investissements dans le capital humain effectués plus tard au cours de la vie.

Aujourd'hui, le DPE est de plus en plus reconnu comme l'un des investissements les plus importants qui favorise la prospérité des pays et des familles et qui offre aux enfants la possibilité d'avoir une vie décente.

Reconnaissant les solides preuves de l'impact positif des interventions dans le DPE sur les jeunes enfants, la Banque mondiale a, ces dernières années, considérablement augmenté ses investissements dans les projets de DPE (dons et prêts) ainsi que dans les études et le renforcement des capacités liés au DPE. Toutefois, on peut et doit travailler davantage pour convaincre les décideurs politiques et les professionnels de placer réellement les politiques et programmes de DPE au centre de leurs stratégies de développement national.

Ce document fournit aux décideurs politiques et professionnels un guide simple sur la manière d'investir dans la petite enfance. Il identifie 25 principales interventions dans le DPE couvrant les secteurs de l'éducation, de la santé, de la nutrition et de la protection sociale, qui peuvent être effectuées à travers cinq domaines d'interventions intégrés à différents stades de la vie de l'enfant. Ces cinq domaines d'interventions sont : i) le soutien à la famille ; ii) le soutien durant la grossesse ; iii) le soutien lors de la naissance ; iv) le soutien pour la santé et le développement de l'enfant ; et v) le soutien pour l'accès préscolaire.

Ce document expose également quatre principes simples que les pays peuvent suivre pour concevoir et mettre en place avec succès des stratégies de DPE : i) faire un diagnostic et établir une stratégie globale pour le DPE ; ii) élargir l'application des interventions sous une bonne coordination ; iii) intégrer les services pour créer des synergies et réaliser des économies de coûts ; et iv) suivre, évaluer et étendre la couverture des interventions réussies.

Nous espérons que ce document s'avèrera une référence utile pour les décideurs politiques et professionnels de nos pays clients, ainsi que pour tous ceux qui sont intéressés afin de donner à chaque enfant la chance de réaliser pleinement son potentiel.

Claudia Costin

Directrice principale, Éducation

Arup Banerji

Directeur principal, Protection sociale et travail

Timothy Grant Evans

Directeur principal, Santé, nutrition et population



Intensifier le développement de la petite enfance

Investir dans le jeune enfant pour des rendements élevés

L'investissement dans les jeunes enfants est l'un des meilleurs que les pays puissent faire. Les premières années d'un enfant constituent une fenêtre d'opportunité unique pour s'attaquer à l'inégalité, briser le cercle vicieux de la pauvreté et améliorer ses résultats futurs dans de nombreux domaines. Les récentes recherches sur le cerveau recommandent l'utilisation d'approches holistiques pour l'apprentissage, la croissance et le développement, étant donné l'interdépendance entre le bien-être physique et intellectuel des jeunes enfants et leur développement socioémotionnel et cognitif.¹ Pour tirer pleinement avantage des possibilités futures et devenir des membres productifs de la société, les jeunes enfants doivent, à la fin de leur petite enfance, être en bonne santé et bien nourris ; solidement attachés aux personnes qui leur prodiguent des soins ; capables d'interagir positivement avec leur famille, leurs enseignants et leurs pairs ; capables de communiquer dans leur langue maternelle ; et prêts à apprendre tout au long de l'école primaire.²

Les lacunes précoces dans le développement de l'enfant compromettent sa capacité à franchir ces jalons importants et à réaliser pleinement son potentiel à l'âge adulte. Les interventions au cours des premières années peuvent compenser les tendances négatives et offrent aux jeunes enfants plus de chances de bénéficier de manière optimale d'un apprentissage de qualité, d'une bonne croissance physique et d'une bonne santé, et finalement d'une productivité accrue au long de sa vie. De nouvelles données en biologie et en sciences sociales constituent de riches ressources pour éclairer des stratégies innovantes promouvant la croissance et un développement optimal de l'enfant. Les programmes combinant des services (tels que la nutrition et la stimulation psychosociale) peuvent avoir des impacts positifs et des taux de rendement particulièrement importants.² Malheureusement, la plupart des pays font trop peu pour les services essentiels aux jeunes enfants et à leurs familles. Le défi à venir est de développer des modèles évolutifs et rentables pour prodiguer ces services dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire.

Parmi les nombreuses définitions proposées pour le développement de la petite enfance (DPE), ce document a choisi de faire référence à la croissance et

au développement de l'enfant depuis la grossesse jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'école primaire. Les interventions dans le DPE comprennent donc les services destinés aux femmes enceintes ou allaitantes, ainsi qu'aux jeunes enfants et à leurs familles. Ces services visent à répondre aux besoins de santé, nutritionnels, socioémotionnels, cognitifs et linguistiques durant cette période. Ils sont essentiels parce que c'est au début de la vie d'un enfant que se forme la base de l'apprentissage, de la bonne santé, du bien-être et de la capacité de l'enfant à travailler correctement avec les autres durant sa vie d'adulte.

Un consensus émerge actuellement sur le fait que l'investissement dans le DPE doit être une priorité et peut produire des rendements élevés. Un corpus d'étude croissant montre que les rendements des investissements consentis dans la petite enfance sont substantiels, en particulier comparés à ceux des investissements réalisés à des stades plus tardifs. Inversement, l'absence d'investissement peut entraîner des coûts à long terme souvent irréversibles, non seulement pour les individus, mais aussi pour leurs familles, leurs communautés et plus largement la société.

Pourquoi les pays investissent-ils trop peu dans le DPE ? Un des facteurs est le fait qu'ils sont habituellement soumis à des contraintes budgétaires strictes. Mais l'expérience indique aussi qu'une des autres raisons est le fait que le DPE est hautement complexe et multisectoriel. Il y a toujours un manque de sensibilisation à l'ampleur des avantages du DPE et à la façon dont les pays peuvent concevoir des politiques fructueuses et des programmes évolutifs dans ce domaine.



Plusieurs partenaires au développement ont mis en place des cadres complets pour aborder les besoins holistiques des jeunes enfants. L'Unicef se concentre sur des domaines clés d'intervention dans le DPE, notamment les soins de santé de base, la nutrition, le VIH/sida, l'éducation et les services de protection³. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini des orientations spécifiques pour chaque phase de développement, à savoir la grossesse, la période postnatale, le nourrisson, le bébé, et le jeune enfant. Ces orientations aident les prestataires de services à obtenir de meilleurs résultats de santé chez les bénéficiaires concernés au cours de ces phases. De plus, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH – Partnership for Maternal, Newborn and Child Health), mené par l'OMS et l'université Aga Khan, fournit aux décideurs politiques des informations spécifiques sur les interventions de santé essentielles visant les principales causes de mortalité maternelle, néonatale et infantile⁴. À la Banque mondiale, le guide élaboré sur le développement de la petite enfance pour le dialogue de politique et la préparation de projets² présente les points d'entrée stratégiques pour une mise en œuvre efficace des programmes de DPE dans les pays, notamment les programmes basés sur des centres ou sur le foyer, les transferts monétaires conditionnels, ainsi que la communication et les campagnes médiatiques ciblant les familles ayant de jeunes enfants.

En se fondant sur un examen des données de la recherche et sur les expériences pratiques, la Banque mondiale a développé en 2010 le cadre STEP⁵ (*Skills Toward Employment and Productivity* – Compétences au service de l'emploi et de la productivité) en tant que moyen simple de réfléchir à la manière dont les pays peuvent aider les individus à mener une vie productive. Ce cadre a identifié cinq étapes à travers lesquelles les individus peuvent progresser et apprendre durant leur vie. Ce document détaille le DPE, la première de ces cinq étapes.

Le présent document exploite ces cadres existants et les données disponibles sur les impacts des

interventions dans le DPE. Il résume une partie de la littérature vaste et approfondie existant sur le sujet, dans le but d'identifier les interventions clés nécessaires aux enfants. Il a pour intention de fournir une introduction facile d'accès aux interventions et services intégrés, afin d'aider les décideurs politiques et les professionnels à réfléchir à la manière d'investir efficacement dans le DPE.

En plus d'identifier les interventions clés, le document souligne quatre principes qui peuvent aider les pays à concevoir et mettre en œuvre de solides politiques et programmes de DPE. Les pays doivent :

- i) faire un diagnostic et élaborer une stratégie globale de DPE ; ii) élargir l'application des interventions sous une bonne coordination ;
- iii) intégrer les services pour créer des synergies et réaliser des économies de coûts ; et iv) suivre, évaluer et étendre la couverture des interventions réussies.

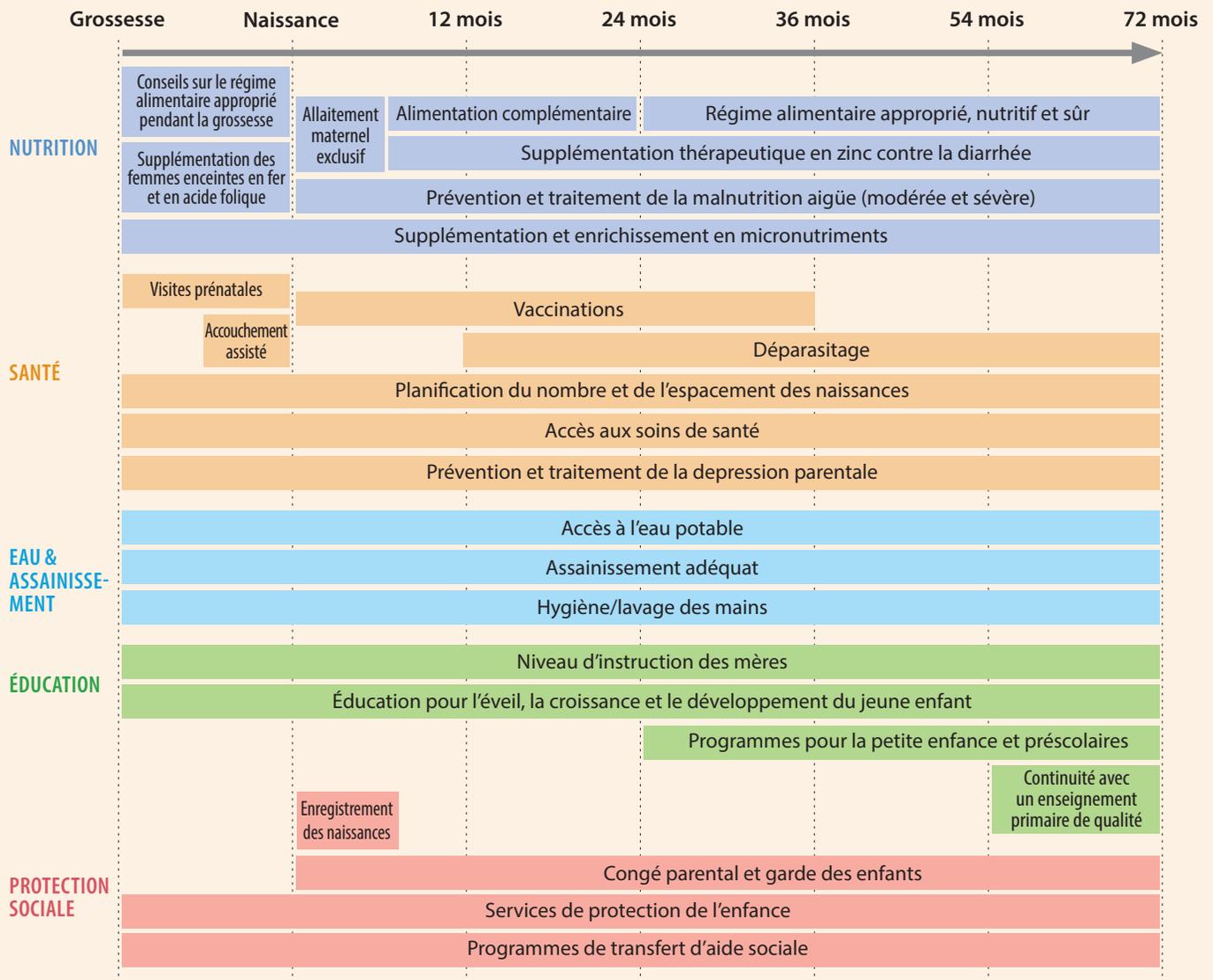
En matière d'interventions, dans la période de DPE, 25 interventions clés ont été identifiées comme essentielles à la croissance et au développement de l'enfant (résumées dans la Figure 1 ci-dessous).

Pour chaque intervention, les coûts et les impacts fournis sont fondés sur les données existantes et ne figurent qu'à titre indicatif. Le document indique que ces interventions peuvent être effectuées à travers cinq domaines stratégiques à différents stades de la vie de l'enfant. Ces cinq domaines d'interventions sont : i) le soutien à la famille, qui doit être fournie tout au long de la période de DPE ; ii) le soutien durant la grossesse ; iii) le soutien lors la naissance (de la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois) ; iv) le soutien pour la santé et le développement de l'enfant, et v) le soutien pour l'accès au préscolaire.

Nous espérons que l'approche suggérée dans ce document pour l'investissement dans les interventions intégrées de DPE sera utile aux décideurs politiques et professionnels en leur communiquant un ensemble de messages simples, mais puissants, afin que tous les jeunes enfants réalisent pleinement leur potentiel et aient la chance de vivre en bonne santé et de façon productive.



FIGURE 1 : 25 interventions clés pour les jeunes enfants et les familles



Source : Auteurs. Note: L'idée de présenter les interventions par secteur et/ou par tranche d'âge a été utilisée précédemment par de nombreux auteurs.

Le soutien à la famille

De la conception à l'âge de 6 ans



Gains principaux : amélioration du développement physique, socioémotionnel et cognitif

La famille est le tout premier et plus efficace système d'appui pour assurer une croissance et un développement sain du jeune enfant. Le bien-être et l'implication des familles jouent un rôle critique dans la satisfaction des besoins

holistiques de développement de l'enfant, parce que le jeune enfant dépend totalement de sa famille et passe la majeure partie de son temps dans l'environnement familial. Si un certain nombre des interventions dans le DPE sont appliquées à un âge précis de l'enfant, beaucoup sont nécessaires tout au long de ses premières années de vie. Fondée sur une approche impliquant deux générations⁶ pour créer des opportunités tant pour les enfants que pour les parents et pour répondre à leurs besoins, le soutien à la famille comprend douze groupes d'interventions et services destinés à soutenir à la fois les jeunes enfants et leurs familles.

Soutien parental pour les familles vulnérables

1. Niveau d'instruction des mères : les données montrent l'importance de l'éducation des filles pour le DPE. Lorsque les filles atteignent un niveau supérieur d'éducation, cela peut avoir une forte influence sur leurs futurs enfants.^{6,7}

2. Planification du nombre et de l'espacement des naissances : la planification du nombre et de l'espacement des naissances permet aux parents de prévoir et d'avoir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent, en déterminant eux-mêmes l'espacement et le moment de leur naissance. Cela implique l'utilisation de méthodes contraceptives et de traitements de

l'infertilité. Selon l'OMS, la capacité d'une femme à espacer et à limiter ses grossesses a un impact direct sur sa santé, son bien-être ainsi que l'issue de chaque grossesse.⁸

3. Éducation pour l'éveil, la croissance et le développement du jeune enfant : les rencontres entre les parents et les pourvoyeurs de soins peuvent favoriser l'éveil du jeune enfant, une meilleure dispense des soins et une pratique saine de l'alimentation, et par conséquent, améliorer la situation de l'enfant. Les programmes de visites à domicile permettent de faire passer des messages aux parents sur la santé, la croissance et le développement général des jeunes enfants. Ainsi, les programmes d'appui parental peuvent avoir des impacts positifs sur l'éveil des jeunes enfants et la sensibilité des parents à leur nutrition.^{9,10,11,12} Les interactions du type « action-réaction » entre les parents et les jeunes enfants favorisent le développement tant physique que des compétences cognitives et socioémotionnelles¹³ qui influenceront plus tard les résultats scolaires et l'emploi.¹⁴ En plus des visites à domicile, les réseaux sociaux d'appui et les campagnes communautaires d'éducation pour le DPE peuvent être une stratégie efficace pour faire passer aux parents et pourvoyeurs de soins des messages sur la croissance, le développement et la sécurité des jeunes enfants.

4. Programmes de transfert d'aide sociale : ces programmes peuvent aider les parents à répondre aux besoins de leurs enfants et à investir dans leur nutrition, santé et éducation. Ces programmes souvent destinés aux familles pauvres et vulnérables constituent une passerelle pour toucher ceux qui en ont le plus besoin, ainsi qu'un point d'entrée pour une prestation coordonnée des services, y compris pour le développement de la petite enfance. Les programmes de protection sociale peuvent également servir de réponse aux crises contracycliques, en aidant à protéger les familles des chocs affectant leurs revenus et les enfants d'une série de conséquences, notamment le stress toxique. En plus de soutenir les revenus, les programmes de protection sociale encouragent souvent l'investissement dans le capital humain. Par exemple, les transferts monétaires conditionnels (TMC) incitent les parents à investir dans la santé et l'éducation de leurs enfants, et les

programmes de sécurité sociale destinés aux revenus très faibles combinent de plus en plus l'aide monétaire ou alimentaire avec un renforcement des capacités des parents dans les domaines essentiels tels que la santé, la nutrition et l'éducation.

5. Prévention et traitement de la dépression

parentale : La dépression maternelle et paternelle est elle aussi susceptible d'avoir des effets négatifs sur le DPE et la qualité du comportement parental.¹⁵ Dans la mesure du possible il est important de prévenir et traiter la dépression parentale, en commençant par la prévention pendant la grossesse et en poursuivant avec la prévention et le traitement tout au long des premières années du rôle parental.^{16,17}

6. Congé parental et garde des enfants : Sans un revenu suffisant et une flexibilité adéquate, les parents vulnérables ne peuvent pourvoir aux besoins de leurs enfants.¹⁸ Dans la mesure du possible, les familles avec de jeunes enfants doivent bénéficier de programmes d'appui financier, et le congé parental ainsi qu'un système adéquat de garde des enfants doivent exister pour les parents qui travaillent. Selon l'OCDE, les politiques d'appui à la garde des enfants bien structurées peuvent s'autofinancer¹⁹ étant donné que sans appui, les parents ont du mal à intégrer le marché du travail, avec pour effet un accroissement des dépenses sociales, une perte de recettes fiscales, un ralentissement de la croissance et un gaspillage de capital humain.

7. Services de protection de l'enfance : La violence domestique durant la grossesse peut entraîner une insuffisance pondérale à la naissance, et une exposition à la violence durant la petite enfance affecte négativement le développement socioémotionnel du jeune enfant.²⁰ Les effets de l'exposition à la violence peuvent être réduits grâce au soutien apporté par les parents et à des habitudes familiales positives.¹⁶ Des

dispositions de protection de l'enfance au sein des systèmes d'application des lois et judiciaires peuvent protéger les enfants de la violence et de l'exploitation.

Santé, nutrition et assainissement pour les familles

8. Accès aux soins de santé : Cet accès contribue à l'obtention d'une couverture universelle de la population en matière de santé, indépendante des revenus ou du statut social. En rendant les services de santé plus abordables, y compris pour les jeunes enfants, l'accès équitable à ces services accroît la demande de soins, en particulier chez les pauvres. Les services de santé tels que la prévention et le traitement du paludisme sont essentiels pour réduire le risque de mortalité infantile.

9. Supplémentation et enrichissement en micronutriments : Les carences en micronutriments tels que la vitamine A, l'iode, le fer et le zinc peuvent causer des déficits irréversibles dans le développement physique et mental. La supplémentation et l'enrichissement en micronutriments des denrées alimentaires de base peuvent prévenir et/ou traiter ces carences. L'iodation universelle du sel est un moyen particulièrement économique de fournir de l'iode à la population.²¹

10. Accès à l'eau potable ; 11. Assainissement adéquat ; et 12. Lavage des mains : Près de neuf décès sur dix dus à la diarrhée chez les jeunes enfants sont liés à une mauvaise hygiène, une eau non potable et un accès inadéquat à l'assainissement.²¹ Un tiers de la population mondiale ne dispose pas d'un accès à l'assainissement de base et plus d'un milliard de personnes défèquent en plein air. Les latrines peuvent réduire les risques de santé chez les femmes enceintes et les jeunes enfants. Une hygiène adéquate et le lavage des mains réduisent significativement l'incidence de la diarrhée.

L'investissement dans le jeune enfant pour des rendements élevés:

En Afrique et en Asie, l'accès à l'eau potable en milieu rural peut générer un rapport coûts-avantages de 3,4 \$ pour chaque dollar investi, et l'assainissement de base un rapport de 5 à 8 \$ pour chaque dollar investi.²³ En Afrique, Amérique du Sud, Europe et Asie du Sud-est, l'enrichissement des aliments en fer et autres micronutriments peut produire un rapport coûts-avantages aussi élevé que 37 \$ pour chaque dollar investi.²⁴ Des estimations réalisées dans les régions Afrique, Asie du Sud, Asie de l'Est et Pacifique indiquent que pour l'iodation du sel ce rapport peut atteindre 30 \$ pour chaque dollar investi.²¹ Dans ces mêmes régions, la vitamine A peut coûter 3 à 16 dollars EU par AVAI^a sauvée.^{25,26,27}

a L'année de vie ajustée sur l'incapacité (AVAI) est une mesure du fardeau global de la maladie, exprimée par le nombre d'années perdues à cause d'un mauvais état de santé, d'une incapacité ou d'un décès prématuré. Elle est donnée par la somme de la valeur actualisée des futures années de vie perdues à cause d'une mortalité prématurée.

Intervention	Coûts indicatifs	Impacts indicatifs
1. Niveau d'instruction des mères	Varie substantiellement selon les pays	Le niveau d'instruction des mères est un prédicteur important de l'inscription des enfants dans des programmes de soins et d'éducation de la petite enfance (SEPE), avec un taux d'inscription maximal chez les enfants dont les mères sont les plus instruites. ⁶
2. Planification du nombre et de l'espacement des naissances	Varie substantiellement selon les pays	Les services de planification familiale réduisent la probabilité de décès dû à des causes maternelles : le contrôle des décisions liées à la fertilité, indiqué par un désir de maternité, peut entraîner une diminution des risques de mortalité maternelle ²³ .
3. Éducation pour l'éveil, la croissance et le développement du jeune enfant	13 dollars EU (Mauritanie) à 1 393 dollars EU (Qatar) par enfant et par an pour le programme de visite à domicile ²⁴ 4 dollars EU (Bangladesh) à 10 dollars EU (Inde) par enfant et par an pour les programmes communautaires nationaux ²⁵	Une meilleure connaissance des parents sur le rôle parental entraîne plus de participation aux activités d'éveil et d'apprentissage du jeune enfant livrées à domicile (ampleur de l'effet : 0,32 à 0,86), avec en retour des impacts positifs sur le développement de l'enfant, notamment cognitif et linguistique (ampleur de l'effet : 0,32 à 0,97). ²⁶
4. Programmes de transfert d'aide sociale	156 à 432 dollars EU par ménage et par an pour les programmes de TMC avec une composante nutritionnelle (Amérique latine) ²⁷	L'appui au revenu ciblé des TMC peut réduire la pauvreté, améliorer la consommation alimentaire et la diversité du régime alimentaire des ménages, ³³ produire des taux plus élevés de fréquentation scolaire, d'enregistrement des naissances, d'accès aux services de santé, et accroître l'intérêt des parents pour la santé et l'éducation de leurs enfants. Il a également été observé qu'il contribuait à réduire le travail des enfants et la violence domestique ²⁹
5. Prévention et traitement de la dépression parentale	Varie substantiellement selon les pays	Les interventions communautaires menées avec des paraprofessionnels peuvent réduire les symptômes de la dépression (ampleur de l'effet : 0,21 à 0,62), améliorer la sensibilité maternelle et l'attachement de l'enfant, la santé des nourrissons et le temps passé à jouer avec eux. ¹⁵
6. Congé parental et garde des enfants	Varie substantiellement selon les pays	Le congé parental de dix semaines est associé à une réduction des taux de mortalité néonatale, infantile et des enfants de moins de cinq ans. ³⁰ Les structures de garde d'enfants soutenues par l'État sont associées à des taux plus élevés de participation des femmes au marché du travail et à une diminution des inégalités hommes-femmes. ¹⁷
7. Services de protection de l'enfance	Varie substantiellement selon les pays	Les interventions de prévention de la violence peuvent réduire les réactions de stress chez les jeunes enfants (ampleur de l'effet : 0,56 à 0,91). L'amélioration de l'environnement institutionnel de la garde résidentielle non parentale de groupes d'enfants peut avoir des avantages importants pour les compétences cognitives et socioémotionnelles de l'enfant. ¹⁵
8. Accès aux soins de santé	Varie substantiellement selon les pays	L'accès aux soins de santé et à une assurance maladie couvrant les services de base affecte positivement la santé et le statut nutritionnel des enfants. ³¹
9. Supplémentation et enrichissement en micronutriments	0,20 dollar EU par personne et par an pour l'enrichissement de la farine en fer, acide folique et zinc ³⁷ ; 1,20 dollar EU par enfant et par an pour la supplémentation en vitamine A ³⁸ ; 0,05 dollar par personne et par an pour l'iodation du sel ^{20, b}	La supplémentation en micronutriments destinée aux femmes enceintes peut réduire de 88 % les risques d'insuffisance pondérale des nouveau-nés et de 97 % les risques de naissances prématurées. ³⁴ La supplémentation en vitamine A peut réduire de 24 % les risques de mortalité infantile (entre 6 et 59 mois). ²⁰ Les enfants dont les mères ont consommé du sel iodé peuvent avoir des scores de développement de 10 à 20 % plus élevés et plus de poids à la naissance (3,82 à 6,3). ³⁸ La supplémentation en iode des femmes enceintes peut réduire de 27 % les risques de crétinisme (grave retard de croissance mentale/physique) à 4 ans. ³⁸
10. Accès à l'eau potable	2 dollars EU par ménage et par mois pour une intervention sur l'eau en milieu rural en Afrique et en Asie ²² ; 20 à 80 dollars EU par ménage pour un réseau de canalisation de l'eau. ³⁵	En Amérique latine et en Afrique, l'amélioration de la qualité de l'eau peut réduire de 60 % les risques de diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans. ³⁶
11. Assainissement adéquat	3 à 5 dollars EU par personne pour un programme d'assainissement mené par la communauté ; 20 à 50 dollars EU pour des toilettes communautaires ; 100 à 200 dollars EU par ménage et par an pour un réseau d'égouts avec traitement des eaux usées (Asie du Sud-est). ²²	Un assainissement adéquat peut réduire de 20 % la défécation en plein air et est associé à une augmentation de 0,1 de l'écart-type de la taille des enfants. ³⁷
12. Hygiène et lavage des mains	Coûts supplémentaires négligeables s'ils sont inclus dans les programmes nutritionnels communautaires	L'hygiène et le lavage des mains peuvent réduire de 30 à 47 % l'incidence de la diarrhée. ^{38,40}

b Ces coûts indicatifs sont tirés de l'expérience dans les régions Afrique, Asie du Sud, et Asie de l'Est et Pacifique.

Le soutien durant la grossesse

De la conception à la naissance

Gains principaux : prévention de la mortalité maternelle et néonatale, diminution des risques d'anémie et d'insuffisance pondérale à la naissance.

Lorsque les femmes ne bénéficient pas de soutien prénatal pour accéder aux services essentiels pendant leur grossesse, elles et leurs nouveau-nés sont exposés à plusieurs risques tels que la mortalité maternelle et néonatale, l'anémie et une insuffisance pondérale à la naissance, ainsi qu'aux effets menaçant la croissance et le développement futurs de l'enfant. Le soutien durant la grossesse comprend un certain nombre de services clés.

13. Visites prénatales : les visites prénatales donnent aux prestataires la possibilité de fournir un ensemble de services comprenant des tests de dépistage, des conseils sur la réduction de la charge de travail, le traitement des complications identifiées et une communication en vue d'un changement de comportement pour apprendre aux femmes à mieux identifier les signes de danger et de complications potentielles. L'UNICEF et l'OMS recommandent un minimum de quatre visites prénatales durant la grossesse. L'éducation parentale destinée aux femmes enceintes est également importante pour doter les futures mères des compétences parentales essentielles afin d'améliorer les résultats pour les nouveau-nés.

14. Supplémentation des femmes enceintes en fer et en acide folique :

près d'un quart des décès maternels sont causés par des hémorragies étroitement liées à une anémie durant la grossesse.⁴³ La supplémentation de la femme enceinte en fer et en acide folique peut réduire l'anémie ainsi que les risques d'insuffisance pondérale à la naissance.

15. Conseils sur le régime alimentaire approprié pendant la grossesse :

la dénutrition pendant la grossesse peut affecter la croissance et le développement du fœtus. On estime que 800 000 décès de nouveau-nés par an peuvent être attribués à un risque accru de retard de croissance intra-utérin.⁴⁴ Des conseils sur un régime alimentaire et un style de vie sains pendant la grossesse peuvent aider les femmes à suivre un régime adéquat, comprenant des aliments riches en nutriments.



L'investissement dans le jeune enfant pour des rendements élevés:

La supplémentation en fer de la femme enceinte coûte entre 66 dollars EU (sous-région africaine affichant une mortalité des adultes très élevée et une mortalité infantile élevée) et 115 dollars EU (sous-région du Sud-est asiatique présentant des taux élevés de mortalité adulte et infantile) par année de vie ajustée sur l'incapacité (AVAI) sauvée.⁴⁵

Intervention	Coûts indicatifs	Impacts indicatifs
13. Soins prénatals	6,70 à 7,34 dollars EU par grossesse (Ouganda) ⁴¹	Les visites prénatales réduisent les risques de décès maternel et du nouveau-né. ²¹
14. Supplémentation de la femme enceinte en fer et en acide folique	3,00 dollars EU par grossesse (Indonésie, Kenya et Mexique) ²³	Le fer et l'acide folique administrés aux femmes enceintes peuvent produire un gain de 58 g de poids à la naissance et réduire de 21 % le risque d'anémie à terme. ³⁸
15. Conseils sur le régime alimentaire approprié pour la femme enceinte	Varie substantiellement selon les pays	Les conseils sur le régime alimentaire approprié pour la femme enceinte réduisent le risque d'insuffisance pondérale à la naissance et de mortinaissance. ³⁸

Le soutien lors de la naissance

De la naissance à l'âge de six mois



**Gains principaux :
prévention de la
morbidité et mortalité
infantiles, ainsi que
de la mortalité
maternelle**

Le soutien lors de la naissance couvre la première phase de la « fenêtre d'opportunité » du DPE, à savoir l'étape critique allant de la naissance à l'âge de six mois. Sans ce soutien les nouveau-nés et les mères peuvent être confrontés à des risques accrus de morbidité et mortalité. En plus de la survie, il est nécessaire d'assurer une croissance et un développement optimaux. L'enveloppe pour la naissance comprend trois grands ensembles d'activités.

16. Accouchement assisté par un personnel qualifié :

la plupart des causes directes de mortalité maternelle liées à des complications obstétricales peuvent être prises en charge si du personnel de santé qualifié assiste

à l'accouchement et s'il existe des établissements équipés de soins d'urgence obstétricaux de qualité vers lesquels envoyer les cas graves. Le personnel qualifié présent à l'accouchement peut prendre en charge les risques d'anomalie congénitale et de mortalité maternelle.

17. Enregistrement des naissances : dans le monde, un enfant de moins de cinq ans sur trois n'est actuellement pas déclaré.⁵¹ L'enregistrement des naissances est une première étape pour que les enfants puissent bénéficier des services dont ils ont besoin pour se développer complètement. L'une ou l'autre forme d'enregistrement des naissances est en général requise pour que les enfants puissent obtenir un certificat de naissance et accéder aux services, à la protection et aux possibilités tout au long de leur vie.

18. Allaitement maternel exclusif : l'allaitement maternel initié dans la première heure suivant la naissance et poursuivi de manière exclusive pendant les six premiers mois contribue à la santé et au développement à court et à long terme d'un enfant, en lui procurant des apports nutritionnels riches et une interaction socioémotionnelle positive avec sa mère,⁵² tout en le préservant des maladies dues au contact avec de la nourriture ou de l'eau contaminées. La promotion de l'allaitement maternel exclusif est l'une des interventions les plus prometteuses pour l'amélioration de la survie de l'enfant au cours de ses six premiers mois.

L'investissement dans le jeune enfant génère des rendements élevés:

En Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, le coût des services de santé maternels et néonataux se situe entre 3 337 et 6 129 dollars EU par décès évité et entre 92 et 148 dollars EU par AVAI sauvée.⁴⁸ Les programmes de promotion de l'allaitement maternel coûtent entre 527 et 2 000 dollars EU par AVAI.⁵²

Intervention	Coûts indicatifs	Impacts indicatifs
16. Présence d'un personnel qualifié lors de l'accouchement	Les coûts de présence d'un personnel qualifié lors de l'accouchement varient substantiellement selon les pays ; 1,67 dollar EU par kit d'accouchement pour 1 femme. ⁴⁵	Les pratiques d'hygiène durant l'accouchement peuvent prévenir les infections (qui causent environ 35 % des décès de nouveau-nés). L'accouchement dans un établissement médical ou assisté par du personnel qualifié peut empêcher l'asphyxie (qui cause 23 % des décès de nouveau-nés). ²¹
17. Enregistrement des naissances	0,23 dollar EU (Tanzanie) à 0,83 dollar EU (Inde) par acte d'enregistrement à l'état civil. ⁴²	L'enregistrement des naissances protège le droit de l'enfant à une identité et à l'accès à des services tels que la vaccination et les soins médicaux, l'éducation et l'assistance sociale. L'identification peut sauvegarder les droits des enfants et les protéger contre les violations de ces droits, telles que le travail des enfants et les mariages précoces. ⁴³
18. Allaitement maternel exclusif	0 dollar EU pour l'allaitement maternel ; 0,30 à 0,40 dollar EU par naissance pour la promotion de l'allaitement maternel. ²⁰	Les nourrissons allaités au sein ont six fois plus de chances de survivre, six fois moins de chances de mourir de diarrhée et 2,4 fois moins de chances de mourir d'infections respiratoires aiguës pendant les six premiers mois ⁴⁴ ; l'allaitement maternel est également associé à des scores d'intelligence plus élevés (différence moyenne : 4,0 points). ⁴⁵

Le soutien pour la santé et le développement de l'enfant

De la naissance à l'âge de 5-6 ans

Gains principaux : prévention de la mortalité infantile, diminution des risques de retard de croissance et d'anémie, amélioration du développement cognitif

Le troisième domaine d'intervention dans le DPE couvre la période entre la naissance^c et l'âge de 5-6 ans. Les principaux risques engendrés par l'absence de services essentiels durant cette période sont le retard de croissance, l'anémie, l'altération du développement cognitif et la mortalité infantile. Ce soutien comprend six interventions/services principaux.

19. Vaccinations : dès la naissance, une série complète de vaccinations est essentielle pour réduire la morbidité et la mortalité infantiles. D'après l'OMS, l'augmentation de la couverture des vaccins antipneumococciques conjugués, anti-Rota virus et anti-Hib pourrait avoir prévenu le décès de 1,5 million d'enfants de moins de 5 ans en 2002.⁵⁴ Selon le Consensus de Copenhague, l'extension de la couverture de la vaccination des enfants figure parmi les dix investissements les plus productifs pour les pays.

20. Régime alimentaire approprié, nutritif et sûr : après six mois d'allaitement maternel exclusif, les mères devraient continuer à allaiter pendant 24 mois tout en fournissant en complément des aliments préparés de façon sûre, avec des quantités, une fréquence, une consistance et une variété convenant à l'âge de l'enfant. L'adaptation des pratiques d'alimentation est importante, en particulier pendant et après une maladie. Après deux ans, les jeunes enfants ont toujours besoin d'un régime alimentaire sûr, nutritif et approprié. La sous-nutrition entraîne un affaiblissement du système immunitaire du bébé et du jeune enfant, qui accroît le risque de contracter des maladies évitables telles que la pneumonie et la diarrhée. Près d'un cinquième des décès d'enfants de moins de cinq ans pourraient être évité grâce à une alimentation optimale.²¹

^c La supplémentation en zinc et une alimentation optimale doivent commencer à six mois. Les enfants reçoivent généralement leur première vermifugation à un an (les femmes enceintes doivent également être traitées si nécessaire).

21. Supplémentation thérapeutique en zinc contre la diarrhée :

environ 1,5 million d'enfants des pays en développement meurent chaque année de la diarrhée. La supplémentation thérapeutique en zinc peut réduire ces décès de près d'un quart.²²

22. Prévention et traitement de la malnutrition aiguë :

les interventions ayant fait leurs preuves dans ce domaine comprennent une alimentation thérapeutique composée de compléments améliorés et/ou enrichis en micronutriments pour prévenir et traiter la malnutrition modérée chez les enfants de 6 à 23 mois, et la gestion communautaire de la malnutrition aiguë sévère chez les moins de cinq ans. Cette gestion communautaire comprend a) des soins hospitaliers pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère avec des complications médicales et les enfants de moins de six mois présentant des signes visibles de malnutrition aiguë sévère ; b) des soins en consultation externe pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère sans complications médicales ; c) une sensibilisation de la communauté.⁴³

23. Déparasitage : les infections parasitaires sont des situations chroniques qui affectent la santé, la nutrition et le développement des enfants et qui, par conséquent, limitent leur capacité à accéder à l'éducation et à en bénéficier. Les vers peuvent entraîner chez l'enfant de l'anémie et de la malnutrition, et entraver leur développement physique et mental.⁵⁹ Le déparasitage est simple, sûr, peu onéreux et a des effets bénéfiques sur l'avenir éducatif de l'enfant.



L'investissement dans le jeune enfant pour des rendements élevés:

Les vaccinations peuvent avoir un rapport coûts-avantages de 20\$ pour chaque dollar investi.⁵³ La supplémentation en zinc pour gérer la diarrhée peut coûter 73 dollars EU (Tanzanie) par AVAI sauvée.⁵⁵ Les estimations pour les régions Afrique, Asie de l'Est et Pacifique, et Asie du Sud indiquent qu'une alimentation optimale peut coûter 500 à 1 000 dollars EU par AVAI sauvée⁴² et que le rapport coûts-avantages du déparasitage peut atteindre 6 \$ pour chaque dollar investi.²⁰

Intervention	Coûts indicatifs	Impacts indicatifs
19. Vaccinations	30 dollars EU (pays à faible revenu) par naissance vivante ⁵⁰	La vaccination réduit la morbidité et la mortalité infantiles. ⁵³
20. Régime alimentaire approprié, nutritif et sûr	40 à 80 dollars EU par enfant et par an ⁴²	Des pratiques optimales d'alimentation peuvent réduire le retard de croissance (score Z taille en fonction de l'âge) de 0,25 (sans suppléments alimentaires/transferts monétaires) à 0,41 (avec suppléments alimentaires/transferts monétaires). ⁵⁷
21. Supplémentation thérapeutique en zinc pour la diarrhée	1 dollar EU (Inde) par enfant et par an ⁵⁹	La supplémentation thérapeutique en zinc peut réduire de 14 % les épisodes de diarrhée, de 15 % les épisodes de diarrhée sévère ou de dysenterie, et de 25 % les épisodes de diarrhée persistante ; et réduire de 9 % le risque de mortalité. ²⁰
22. Prévention et traitement de la malnutrition aiguë	200 dollars EU par enfant pour le traitement de la malnutrition aiguë sévère à l'aide d'une approche communautaire. ⁴²	Le traitement de la malnutrition aiguë est associé à une réduction de 55 % de la mortalité. ⁵²
23. Déparasitage	0,25 dollar EU (monde en développement) par enfant et par an ⁵³	Le déparasitage est associé à une réduction de 5 à 10 % de l'anémie dans la population présentant des taux élevés de parasites intestinaux ; une dose de vermifuge peut augmenter le poids de 0,58 kg. ³⁸

Le soutien pour l'accès au préscolaire

De l'âge de trois à six ans

Gain principal : Apprentissage précoce

Le quatrième domaine d'intervention dans le DPE couvre la période de 3 à 6 ans. Un large éventail de données démontre que la qualité de l'expérience d'apprentissage précoce d'un enfant fait une grande différence dans la préparation, la participation, l'achèvement et les résultats scolaires. Sans une éducation appropriée dans la petite enfance, les jeunes enfants ne possèdent pas les compétences nécessaires pour tirer pleinement avantage de l'instruction qu'ils reçoivent au niveau primaire. Le soutien pour l'accès au préscolaire comprend deux interventions principales.

24. Enseignement préscolaire : Tout au long de leurs premières années, les jeunes enfants ont besoin d'un accès suivi à des environnements encourageants et enrichissants où ils peuvent trouver un degré élevé de stimulation cognitive et de soins affectifs.⁶¹ Par rapport à ceux qui fréquentent des écoles maternelles de qualité, les enfants qui entrent à l'école sans une préparation appropriée sont plus susceptibles d'avoir de médiocres résultats scolaires, de redoubler et d'abandonner l'école.^{62,63,64,65} En plus de l'accès, la qualité de l'enseignement préscolaire est également essentielle. Un meilleur accès aux SEPE (soins et éducation de la petite enfance) ne profitera aux enfants que si les services offerts respectent les normes de qualité de base. L'Encadré 1 définit la qualité dans les SEPE.⁶¹ Les programmes d'enseignement préscolaire de qualité profitent aux individus tout au long de leur vie et à la société dans son ensemble. Ils réduisent la nécessité de faire appel à l'enseignement correctif ou à des actions de réadaptation ultérieures, et même de réduire les chances d'incarcération et d'améliorer le bien-être des enfants à l'âge adulte.⁶⁶

25. Continuité avec l'enseignement primaire : Au moment où les enfants passent de la maison ou d'un programme destiné à la petite enfance à l'école primaire, ils sont confrontés à des changements exigeants.^{67,68}

Pour que la transition se passe en douceur, ils doivent être prêts pour l'école et, tout aussi important, les écoles doivent être prêtes à accueillir les enfants.^{67,68} Des données indiquent que lorsque les compétences de base en lecture et écriture ne sont pas acquises en première ou deuxième année, l'enfant est handicapé par des insuffisances qui persisteront tout au long de sa progression à travers le système éducatif.⁷¹ Les jeunes enfants doivent être prêts à affronter l'école primaire et disposer des compétences nécessaires à un apprentissage fructueux : santé et bien-être physiques, compétences sociales, maturité émotionnelle, développement linguistique et cognitif, compétences en communication, et connaissances générales.⁷² Il est important d'assurer la continuité entre la petite enfance et les années d'école primaire pour empêcher l'estompement de l'effet de l'école maternelle à l'école primaire. L'amélioration de la qualité dans les premières années du primaire (intégration des SEPE/expérience primaire précoce, formation des enseignants aux stratégies pédagogiques destinées aux jeunes enfants, classes de petite taille, etc.) peut augmenter les capacités d'apprentissage, la fréquentation scolaire, les taux de passage en classe supérieure et réduire les taux d'abandon et de redoublement.⁷³ Dans les premières années primaires, des enseignants expérimentés, bien formés et de qualité peuvent aider à résoudre le manque de préparation auquel certains jeunes enfants sont confrontés.^{73,74}



ENCADRÉ 1 : Définition des soins et éducation de la petite enfance de qualité (SEPE)

L'UNESCO définit la qualité de l'environnement d'apprentissage SEPE ainsi que le système général de réglementation. La qualité de cet environnement d'apprentissage couvre divers aspects tels que le ton et le contenu des interactions enseignant-enfant, le matériel de jeu disponible, la sécurité et l'atmosphère de l'espace physique, l'attention portée à la santé et à la nutrition, les approches pédagogiques centrées sur l'enfant, et le niveau d'implication des parents. En plus de l'environnement d'apprentissage lui-même, les politiques et réglementations relatives aux ratios enfants-enseignant, la taille de la classe ou du groupe, les qualifications et la formation de l'enseignant, l'éducation inclusive et le financement des SEPE sont également liés à la qualité des SEPE.

Adapté d'UNESCO (2014).

L'investissement dans le jeune enfant pour des rendements élevés:

L'augmentation à 50 % des inscriptions à l'école maternelle dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire peut entraîner des gains de rémunération de 14 à 34 milliards de dollars EU sur la durée de la vie.³¹ Aux États-Unis, des programmes de DPE de bonne qualité ciblant les groupes vulnérables ont un taux de rendement annuel de 7 à 16 %.^{75,76}

Intervention	Coûts indicatifs	Impacts indicatifs
24. Enseignement préscolaire	58 dollars EU (Mauritanie) à 3 482 dollars EU (Qatar) par enfant et par an pour les SEPE destinés aux enfants de 3 à 5 ans ²⁸	L'accroissement des scores obtenus pour au moins une des mesures du développement de l'enfant (lecture et écriture, vocabulaire, mathématiques, raisonnement quantitatif) dû à des programmes d'éducation de la petite enfance de bonne qualité va de 0,13 à 1,68. L'école maternelle est associée à de meilleures performances scolaires en deuxième et troisième années, et ces effets peuvent même être plus prononcés à l'adolescence. ³⁰
25. Continuité avec l'enseignement primaire	Varie substantiellement selon les pays	L'amélioration de la qualité dans les premières années du primaire (intégration des SEPE/expérience primaire précoce, formation des enseignants aux stratégies pédagogiques destinées aux jeunes enfants, classes de petite taille, etc.) peut augmenter les capacités d'apprentissage, la fréquentation scolaire, les taux de passage en classe supérieure, et réduire les taux d'abandon et de redoublement. ⁷²

Résumé des cinq domaines d'interventions

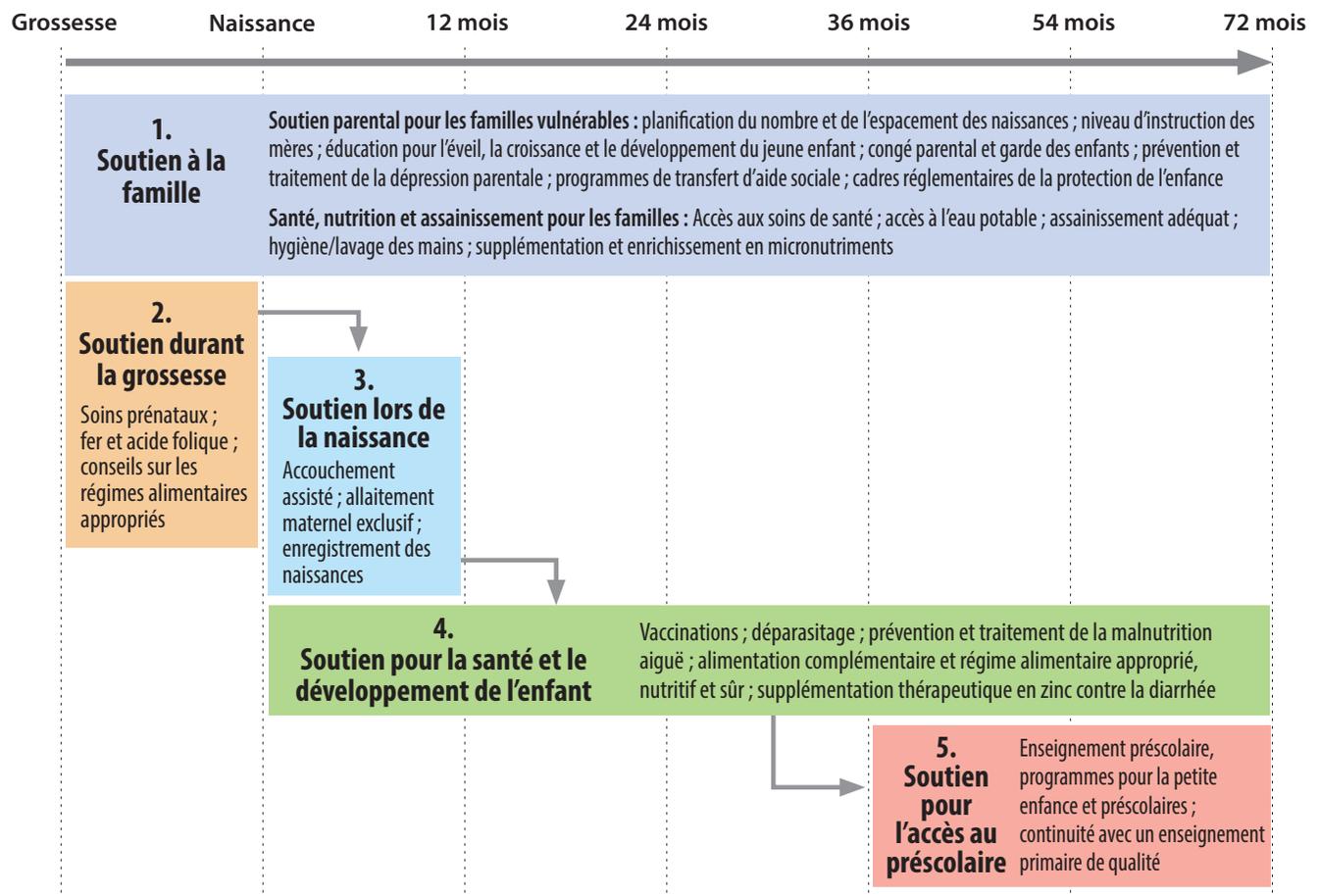
25 interventions clés

Le développement de la petite enfance est un processus pluridimensionnel et séquentiel, où les progrès dans un domaine catalysent le développement dans d'autres domaines. Dans ses quatre dimensions interdépendantes (physique, cognitive, socioémotionnelle et linguistique), le développement est cumulatif au cours de la petite enfance, et certaines interventions sont essentielles à certaines périodes ou fenêtres d'opportunité données.

Les cinq domaines d'interventions présentés ci-dessus combinent, à des âges ou périodes spécifiques, ainsi que tout au long des premières années de l'enfant,

un total de 25 interventions essentielles produisant à la fois de hauts rendements et des impacts positifs sur la croissance et le développement de l'enfant. L'aptitude des pays à mettre en œuvre l'ensemble des 25 interventions peut varier, mais idéalement, pour satisfaire les besoins des jeunes enfants et de leurs familles, un système de DPE bien développé devrait comprendre celles de ces interventions qui nécessitent la contribution de multiples secteurs. La Figure 2 montre comment les cinq domaines d'interventions et de services essentiels doivent être fournies à différents stades de la vie d'un enfant.

FIGURE 2 : Cinq domaines d'interventions essentielles destinées aux jeunes enfants et à leurs familles



Source : Les auteurs.

Principes clés de la politique de DPE

Ces interventions peuvent certes être fournies séparément par des secteurs différents, mais le regroupement de plusieurs interventions peut souvent être plus efficace et avoir un plus grand impact. Les points d'entrée pour influencer le développement des jeunes enfants sont divers et impliquent de multiples acteurs. Des interventions dans une variété de secteurs et domaines affectent les résultats du DPE, notamment les soins de santé et l'hygiène, la nutrition, l'éducation, la protection de l'enfance, la protection sociale et la réduction de la pauvreté. Ces programmes peuvent viser la femme enceinte, l'enfant, le pourvoyeur de soins ou l'ensemble de la famille. En outre, les interventions peuvent avoir lieu dans une variété d'environnements, notamment à la maison, dans une école maternelle ou une crèche ou garderie prématernelle, dans un hôpital, un poste de santé ou un centre communautaire.

Étant donné la nature holistique des besoins des jeunes enfants et la variété des environnements et services où ils peuvent être satisfaits, une réflexion multisectorielle lors de la conception des politiques et une coordination des interventions entre les secteurs améliorent l'offre de services. La section suivante expose quatre principes clés qui peuvent aider les pays à concevoir et à mettre en œuvre de solides politiques et programmes de DPE. Les pays doivent 1) préparer un diagnostic et une stratégie de DPE multisectoriels ; 2) élargir l'application des interventions à l'aide de mécanismes de coordination efficaces ; 3) générer des synergies et des économies de coûts dans les interventions ; et finalement 4) suivre, évaluer et étendre la couverture des interventions réussies.

Principe 1

Effectuer un diagnostic du DPE et mettre en place une stratégie globale

Pour créer des systèmes de DPE fonctionnant bien, les pays doivent garder à l'esprit quatre grands principes.

Le premier est la nécessité de définir une stratégie de DPE en commençant par faire un diagnostic des programmes et politiques de DPE existants afin d'en identifier les lacunes. Dans le cadre de l'Approche systémique pour de meilleurs résultats éducatifs (SABER – *Systems Approach for Better Education Results*), la Banque mondiale a récemment développé l'outil SABER-DPE pour aider les pays à effectuer ces diagnostics. L'outil est structuré autour de trois objectifs stratégiques : 1) *établissement d'un*

environnement favorable ; 2) *mise en œuvre à grande échelle* ; 3) *le suivi et l'assurance de la qualité*. Pour chacun d'eux, des leviers stratégiques sont analysés (voir Encadré 2), allant du cadre légal pour les services de DPE jusqu'au degré de conformité aux normes nationales des fournisseurs de services tels que les crèches ou les écoles maternelles.⁷⁷ Sur la base du

diagnostic du DPE, et en tenant compte des coûts et du financement, les pays doivent définir la priorité des interventions en gardant trois considérations à l'esprit :

- **Commencer tôt** : Les besoins des très jeunes enfants sont essentiels, en particulier pendant les 1 000 jours allant de la conception jusqu'à 24 mois. Les interventions au cours de cette période ont, tout au long de la vie, des impacts sur l'aptitude de l'enfant à grandir, apprendre et sortir de la pauvreté.
- **S'attaquer aux facteurs de risque d'une croissance et d'un développement trop faibles** : Les quatre principaux facteurs de risque affectant au moins 20 à 25 % des bébés et jeunes enfants dans les pays en développement sont : 1) le retard de croissance et d'émaciation ; 2) la stimulation cognitive insuffisante ; 3) la déficience en iode ; 4) l'anémie ferriprive (due à un manque de fer).⁷⁷ Parmi les autres facteurs de risque prioritaires figurent le paludisme, le retard de croissance intra-utérine, l'exposition au plomb, la dépression maternelle et l'exposition à la violence.¹⁶
- **Cibler les plus vulnérables** : Même si un système d'interventions de DPE offrant une couverture universelle serait l'idéal, confrontés aux contraintes budgétaires, les pays doivent d'abord cibler les plus vulnérables.⁷⁹ Par exemple, les programmes de visite à domicile peuvent se focaliser sur les ménages dont les enfants souffrent d'un retard de croissance ou sont confrontés aux plus grands risques de retard dans leur développement cognitif.

ENCADRÉ 2 : SABER-DPE

Outil de diagnostic des politiques de DPE

L'Approche systémique pour de meilleurs résultats éducatifs (SABER) a été lancée pour aider les pays à examiner systématiquement leurs politiques éducatives. L'un des domaines visés par cette initiative est SABER-Développement de la petite enfance (SABER-DPE), qui est conçu pour proposer aux pays une évaluation multisectorielle holistique des programmes et politiques qui affectent le développement des jeunes enfants. SABER-DPE a trois objectifs stratégiques principaux : *établissement d'un environnement favorable, mise en œuvre à grande échelle, et le suivi et l'assurance de la qualité*. Pour chacun d'eux, sur la base des données de l'évaluation d'impact et d'une analyse comparative des systèmes qui fonctionnent le mieux, un ensemble de leviers stratégiques que les décideurs peuvent actionner pour renforcer le DPE est présenté. Ces objectifs et leviers stratégiques abordent l'ensemble des problèmes qui restreignent généralement les résultats du DPE et que tous les pays doivent résoudre pour améliorer leurs résultats et leurs services de DPE. Depuis le lancement de SABER-DPE en 2010, plus de 35 pays ont pris part à l'initiative. SABER-DPE a permis au personnel de la Banque et aux décideurs politiques de chacun de ces pays de voir leurs systèmes de DPE respectifs à travers un prisme comparatif et d'identifier des options stratégiques pour renforcer le DPE aux niveaux national et sous-régional. Dans certains cas, l'analyse SABER-DPE a conduit à de nouveaux investissements de la Banque et de l'État dans le système de DPE du pays.

ENCADRÉ 3 : Multiplicité des points d'entrée pour atteindre les bénéficiaires du DPE

Multiplicité des points d'entrée pour atteindre les femmes enceintes, les enfants et leurs familles

Il existe toute une série de points d'entrée pour influencer le développement des jeunes enfants. Des politiques et programmes dans une variété de secteurs et domaines affectent les résultats du développement de la petite enfance en matière de nutrition, soins de santé et hygiène, éducation, protection de l'enfance, protection sociale et réduction de la pauvreté. Ces politiques et programmes peuvent viser la femme enceinte, l'enfant bénéficiaire, le pourvoyeur de soins ou l'ensemble de la famille. Divers acteurs et pourvoyeurs de services sont impliqués dans l'exécution des 25 interventions clés citées dans la Section I. En outre, les interventions destinées à la petite enfance peuvent avoir lieu dans une variété d'environnements, notamment à la maison, dans une école maternelle ou une crèche ou garderie prématernelle, dans un hôpital, un poste de santé ou un centre communautaire.

Même si un pays a sa propre approche multisectorielle ainsi que des dispositions institutionnelles et des mécanismes de coordination établis, il est important d'identifier stratégiquement les points d'entrée pour la prestation des services afin de créer des synergies dans la satisfaction des besoins de développement des jeunes enfants. Ces derniers peuvent généralement être atteints à travers différents canaux et, en fonction du contexte et du groupe d'âge, les interventions de DPE peuvent être effectuées dans une diversité d'environnements. Les programmes basés sur des centres principalement destinés aux enfants de 4 à 5 ans (juste avant leur entrée à l'école primaire) peuvent avoir lieu dans des salles de classe, des centres communautaires, des établissements religieux, des domiciles privés ou même sous un arbre. Les interventions de DPE à domicile se concentrent sur les services aux mères et aux jeunes enfants afin de promouvoir un changement de comportement en matière de santé, nutrition et rôle parental dans l'environnement familial. Les campagnes de communication ciblant les familles avec de jeunes enfants peuvent également être des stratégies efficaces pour influencer le changement de comportement des parents et des pourvoyeurs de soins en vue d'améliorer la croissance et le développement des enfants.

Adapté de Naudeau et coll. (2011)

Principe 2

Élargir l'application des interventions sous une bonne coordination

La croissance et le développement des enfants ne pouvant être abordés de manière satisfaisante à travers des interventions dans un secteur unique, le cadre stratégique du DPE doit impliquer plusieurs ministères et organismes. Pour assurer une prestation efficace et complète des services de DPE, il est essentiel de reconnaître la nature holistique des besoins des jeunes enfants et la variété des environnements et services dans lesquels ces besoins peuvent être satisfaits, de réfléchir de manière multisectorielle lors de la conception des politiques, et de coordonner les interventions entre les acteurs. La coordination doit être maintenue à la fois horizontalement entre les secteurs et verticalement entre l'administration publique centrale et les autorités locales.

Habituellement, un ministère de la Santé a la responsabilité des premières années de la vie et un ministère de l'Éducation prend la relève depuis l'école maternelle jusqu'à l'enseignement fondamental. Les dispositions institutionnelles peuvent varier, mais chaque pays doit adopter une approche pragmatique pour le travail à travers les points d'entrée existants.

Il est essentiel de clarifier les rôles et responsabilités pour éviter les inefficacités et les répétitions inutiles.

La manière la plus efficace d'assurer une coordination intersectorielle est d'adopter une approche adaptée au contexte et spécifique au pays, respectant les dispositions institutionnelles existantes. Il n'existe bien entendu aucune approche universelle de la coordination, mais il est essentiel de disposer de certains mécanismes de coordination clairement définis applicables à tous les secteurs et institutions. En Jamaïque, la commission intersectorielle du DPE



fournit un exemple de la façon dont les mécanismes de coordination peuvent fonctionner (voir Encadré 4).

Même si les ministères de l'Éducation ou de la Santé sont souvent les principaux responsables de la coordination des politiques de DPE, d'autres organismes peuvent également jouer un rôle de chef de file et de coordination. Par exemple, des programmes intégrés peuvent être dirigés par des organismes de protection sociale ciblant les familles vulnérables. Des programmes d'aide sociale tels

que les transferts monétaires conditionnels peuvent jouer un rôle unique de pont entre les secteurs. Ces programmes ne fournissent pas seulement un appui au revenu des familles défavorisées, ils leur donnent également des moyens pour briser le cycle de la pauvreté et de l'inégalité en améliorant la santé, l'éducation et le développement de leurs enfants. Un exemple de cette approche est le *Programa Juntos* (voir Encadré 5) péruvien qui propose aux familles vulnérables une enveloppe de services multisectoriels qui a réduit la malnutrition des enfants.⁸⁰

ENCADRÉ 4 : Coordination de la petite enfance en Jamaïque

Dispositions institutionnelles multisectorielles pour le DPE

En 2003, l'État jamaïcain a créé la Commission pour la petite enfance (ECC) en tant qu'organisme officiel chargé de diriger l'administration des programmes et politiques de DPE. Opérant sous la tutelle du ministère de l'Éducation, l'ECC aide à la préparation, au suivi et à l'évaluation des plans et programmes de DPE. Elle agit en tant qu'organisme coordonnateur pour rationaliser les activités de DPE, gère le budget national du DPE, supervise et réglemente les institutions de la petite enfance. L'ECC est supervisée par un comité de commissaires, et elle fonctionne avec sept sous-comités représentant 50 organisations gouvernementales et non gouvernementales. Chacun des sept domaines concernés, à savoir l'éducation, la santé, l'administration locale et le développement communautaire, le travail, les finances, la protection et la planification, a un représentant au comité des commissaires.

ENCADRÉ 5 : Coordination des interventions ciblées au Pérou

Le rôle catalyseur du secteur de la protection sociale dans le DPE

Les organismes de protection sociale peuvent aider à coordonner les interventions ciblant les enfants et les familles vulnérables. Au Pérou, le programme Juntos (« Tous ensemble ») lancé en 2005 atteint maintenant plus d'un demi-million de familles défavorisées. Il fournit aux mères des transferts monétaires conditionnels d'une valeur de 38 dollars EU par mois (15 % de la consommation des ménages) pour les aider à accéder aux services de santé, de nutrition et d'éducation. Les femmes enceintes et allaitantes sont sensées subir des contrôles médicaux prénataux et postnataux (vaccination contre le tétanos, supplémentation en acide folique et en fer, contrôles antiparasitaires) et avoir un accouchement médicalement assisté. Les familles ayant des enfants de moins de cinq ans doivent se soumettre à des contrôles médicaux réguliers pour le suivi de la croissance de ces enfants, la distribution d'aliments de complément enrichis et de suppléments de vitamines, les vaccinations et la vermifugation. Une évaluation indique que le programme a amélioré l'état nutritionnel des enfants.⁷⁰ Une partie de la réussite de Juntos a été attribuée au Grupo Apurimac, un groupe de travail multisectoriel interadministrations qui coordonne la fourniture des transferts et de l'enveloppe des services de santé et de nutrition.

Principe 3

Intégrer les services pour réaliser des synergies et des économies de coûts

Afin de s'assurer qu'un soutien approprié dans le DPE est fournie aux familles, il est important de tirer avantage de chaque contact avec les mères et les jeunes enfants, et de créer des synergies entre les différents types d'interventions. Les interventions intégrées dans le DPE visant plusieurs besoins des jeunes enfants sont susceptibles de produire de plus meilleurs résultats.¹² Par exemple, comparés à ceux des interventions ne portant que sur l'éducation ou l'assistance économique, les avantages cognitifs ont tendance à être plus importants pour les interventions combinant des composantes de stimulation ou d'apprentissage.⁸² En Jamaïque, les enfants souffrant d'un retard de croissance qui ont reçu des suppléments nutritionnels et une stimulation psychosociale obtiennent de meilleurs scores aux tests de développement que ceux qui n'ont reçu qu'une seule ou aucune de ces composantes.⁸² Alors que l'effet positif de l'intervention axée uniquement sur la nutrition s'estompe après l'âge de 7 ans, les enfants qui ont bénéficié à la fois de la stimulation et de la nutrition ont maintenu des gains cognitifs et éducatifs sur la durée.¹³ L'Encadré 6 décrit l'approche du module Soins pour le développement (Care for Development) de la PCIME, adoptée par l'OMS et l'UNICEF pour les services intégrés de DPE.

Les interventions dans le DPE figurent parmi les investissements les plus rentables qu'un pays puisse réaliser au sein de sa population. Les données montrent des taux de rendement annuels élevés pour ces

interventions, souvent de l'ordre de 7 à 16 %.^{75,76} Les investissements dans un DPE de qualité n'ont pas seulement un ratio coûts-avantages élevé, mais aussi un taux de rendement plus haut que les interventions destinées aux enfants plus âgés et aux adultes.^{83,84} Malgré cela, les investissements dans le DPE restent encore limités. L'OCDE suggère que les pays consacrent au moins 1 % de leurs PIB au DPE pour assurer des services de qualité, mais la plupart des pays ne le font pas.

Dans un contexte de budgets serrés, les services intégrés ou situés au même endroit peuvent aider à réduire le coût unitaire de la prestation, notamment en réduisant le temps et les frais de déplacement nécessaires pour atteindre les bénéficiaires.⁷⁹ Les synergies réalisées grâce à la prestation intégrée des services sont particulièrement importantes lorsque les mères et les jeunes enfants sont difficiles à atteindre, par exemple, parce qu'ils vivent dans des zones reculées.



ENCADRÉ 6 : L'approche Soins pour le développement de l'enfant

Coordination des efforts visant la santé, l'éducation et la nutrition

L'approche Soins pour le développement de l'enfant (SDE) considère les rencontres de soins de santé avec les jeunes enfants et les femmes comme des occasions de renforcer les efforts faits par les familles pour aider leurs enfants à grandir. Le domaine des SDE contient des conseils destinés aux professionnels de la santé, autres conseillers et prestataires des services communautaires, sur la manière dont ils peuvent aider les parents et autres pourvoyeurs de soins à s'occuper de leurs enfants à la maison. Le domaine des SDE fournit des recommandations simples que les professionnels de la santé peuvent partager avec les familles, par exemple sur : 1) la manière d'améliorer les activités de jeu, de communication et d'alimentation active qui stimulent l'apprentissage des enfants ; et 2) la façon d'être attentif aux besoins des enfants et d'y répondre de manière appropriée. Des conseils sont également donnés sur la manière de fournir un appui social ciblé aux familles vulnérables pour les aider à résoudre les problèmes liés à la garde des jeunes enfants. Du matériel de plaidoyer et d'accompagnement sur le suivi et l'évaluation est également disponible. Une évaluation de la mise en œuvre en Asie centrale du module SDE du programme de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a donné des scores de développement plus élevés parmi les enfants des districts couverts par l'intervention que parmi les enfants du groupe témoin. Des améliorations ont également été constatées dans les activités parentales avec les enfants et dans les recommandations dispensées par les professionnels de la santé. Deux études ont également évalué le module SDE et identifié des effets importants sur la stimulation à la maison et le développement de l'enfant. Les programmes d'éducation parentale les plus efficaces avaient un contenu éducatif bien pensé, une formation appropriée des professionnels, un équilibre entre les composantes de santé, nutrition, et développement de la petite enfance, et avaient bénéficié du soutien de la communauté et de l'administration (locale ou nationale).²

Principe 4

Suivre, évaluer et étendre la couverture des interventions



Les systèmes complets de suivi et évaluation (S&E) aident à contrôler les investissements dans le DPE et à évaluer leurs performances, apportant ainsi un appui à une gestion des programmes et une élaboration des politiques efficaces. La collecte, dans tous les secteurs, de données de qualité sur les besoins des jeunes enfants, leur accès aux services de DPE, la fourniture et les performances de ces services, et sur les résultats des investissements dans le DPE

apporte des informations précieuses aux responsables de programmes et aux décideurs au moment d'ajuster et adapter les politiques et programmes.

Les systèmes de suivi doivent comprendre des données issues de sources multiples. Les enquêtes auprès des ménages et sur l'enfant sont nécessaires pour évaluer le bien-être général des jeunes enfants, leur environnement à la maison, leur état de santé et nutritionnel, et leur développement cognitif. Des données administratives nationales doivent également

être rassemblées sur les niveaux de prestation des services et les coûts unitaires, idéalement pour différents groupes de population. Des informations sont également nécessaires sur les volumes et les allocations du financement public, le recrutement et la formation du personnel, ainsi que sur la qualité et le respect des normes. Les systèmes intégrés qui suivent les enfants vulnérables sont particulièrement utiles pour promouvoir un ciblage, un aiguillage vers les services et un suivi efficaces. Le programme *Chili Crece Contigo* (Le Chili grandit avec toi) est un exemple de système complet de suivi et d'aiguillage vers les services, qui suit chaque enfant du pays et facilite la fourniture aux familles vulnérables de services ciblés, à savoir, la santé, la nutrition, l'éducation et l'appui (voir Encadré 7).

En plus du suivi, les évaluations peuvent fournir une image objective d'un projet, d'un programme ou d'une politique.⁸⁵ Elles abordent généralement trois types de questions : descriptives, normatives, et de relation de cause à effet.⁸⁶ Les questions descriptives évaluent les processus et sont utiles pour identifier les domaines à améliorer dans la conception des programmes. Les questions normatives évaluent la mise en œuvre, en déterminant si les objectifs en matière d'apports, d'activités et de résultats sont atteints. Les évaluations tant normatives que descriptives peuvent prendre en compte des variables telles que le ratio adulte-enfant, l'intensité du programme, la formation des pourvoyeurs de soins, le contenu éducatif, ou les

ENCADRÉ 7 : Le système national chilien de suivi et d'aiguillage vers les services

Chili Crece Contigo (Le Chili grandit avec toi ou CCC) est un système complet de protection de l'enfance visant à apporter un appui intersectoriel aux enfants de 0 à 4 ans. Une composante innovante du CCC est le Programme d'appui au développement biopsychosocial, qui suit le développement individuel des enfants à l'aide d'un système de surveillance en ligne qui suit chaque enfant dans le système du CCC. Celui-ci suit l'admissibilité de l'enfant aux services et à leur fourniture, ainsi que ses résultats de développement. Il permet aux fournisseurs de services et aux décideurs de surveiller la fourniture des avantages et d'évaluer les impacts du programme. Le suivi de l'enfant commence lors du premier contrôle prénatal de la mère, au cours duquel une fiche d'évaluation individuelle est créée pour l'enfant. Chacun des principaux acteurs du réseau de services du CCC – notamment l'unité d'appui à la famille, le système de santé publique, le système d'éducation publique, et d'autres services sociaux – ont accès au dossier de l'enfant et sont tenus de le mettre à jour à mesure que l'enfant progresse à travers les différents services de DPE. S'il y a un risque de vulnérabilité, tel qu'une nutrition inappropriée, le système identifie le service nécessaire pour traiter ce risque. Grâce à l'approche intégrée de la prestation des services et à la gestion de l'information, les services sont fournis de manière efficace et en temps opportun, en fonction des besoins de chaque enfant.

interactions enfant-pourvoyeur de soins, pour en savoir sur les améliorations effectuées dans la forme et l'application des programmes de DPE.² Enfin, les réponses aux questions de relation de cause à effet peuvent être apportées par une évaluation d'impact déterminant l'effet d'une intervention donnée dans le DPE sur les résultats. Les évaluations d'impact sont particulièrement utiles quand un modèle (ou des conceptions alternatives) est en cours d'élaboration et que sa rentabilité ou son rapport coûts-avantages doit être déterminé.

Les données indiquent que les avantages des interventions dans le DPE peuvent être importants, mais si les programmes ne sont pas de qualité, ces avantages peuvent être négligeables et les programmes peuvent même être néfastes. De robustes systèmes de S&E basés sur la collecte et l'analyse

régulière de données de qualité sont particulièrement importants à la fois pour le suivi de la qualité des programmes et pour fournir de l'information sur l'extensibilité potentielle des programmes. Les données sur les résultats des programmes et les évaluations d'impact aident à comprendre ce qui fonctionne, et donc ce qui devrait être étendu à l'échelle supérieure. Cette analyse des résultats est particulièrement utile lorsqu'elle est combinée à un examen de la rentabilité et des coûts-avantages. Par exemple, les systèmes de S&E ont joué un rôle important dans de nombreux programmes de transferts monétaires conditionnels (TMC) en éclairant leur extension à l'échelle supérieure et en accroissant leur concentration sur le DPE.⁸⁷ Le Fonds d'évaluation d'impact stratégique de la Banque mondiale est l'un des fonds qui soutiennent les évaluations d'impact pour le DPE (voir Encadré 8).

ENCADRÉ 8 : Le DPE dans le Fonds d'évaluation d'impact stratégique de la Banque Mondiale

Financé par le Département pour le développement international du Royaume-Uni (DfID – *Department for International Development*), le Fonds d'évaluation d'impact stratégique (SIEF – *Strategic Impact Evaluation Fund*) de la Banque mondiale est un fonds fiduciaire qui appuie les évaluations d'impact de programmes innovants ainsi que le renforcement des capacités de S&E et le partage des connaissances. Le fonds se concentre sur quatre domaines essentiels au développement humain sain, y compris les programmes de développement de la petite enfance affectant l'état nutritionnel et le développement cognitif, physique et socio-affectif des enfants âgés de 0-2 dans les pays à faible revenu. Le SIEF soutient plus d'une douzaine d'évaluations d'impact du DPE à travers l'Afrique, l'Asie du Sud, et d'Amérique latine, en mettant l'accent sur des programmes intégrés à grande échelle qui combine les interventions de nutrition et de stimulation, ainsi que des programmes multisectoriels qui intègrent les interventions DPE avec des programmes de santé, de protection sociale, et d'assainissement existants.

Conclusion



Les premières années de la vie d'un enfant constituent une fenêtre d'opportunité unique pour améliorer les résultats individuels et sociétaux dans l'avenir. Pour réduire l'extrême pauvreté et partager la prospérité, les investissements dans le DPE sont parmi les meilleurs que les pays peuvent réaliser. Lorsque les jeunes enfants et leurs familles ont accès aux services essentiels de santé, nutrition, éducation et protection, ils ont la possibilité d'apprendre et de mener une

vie saine et productive. Les programmes combinant plusieurs services peuvent avoir des effets bénéfiques particulièrement importants.

Les rendements de nombreuses interventions visant les jeunes enfants ont été de manière répétée reconnus comme plus importants que ceux des interventions menées plus tard dans la vie de l'enfant. Cela est dû en partie au fait que ne pas investir suffisamment tôt peut entraîner des dommages irréversibles chez les

enfants. Malheureusement, la plupart des pays sont aujourd'hui loin des objectifs communément acceptés pour les investissements dans le DPE. Bien que les investissements effectués dans les premières années de la vie offrent les rendements les plus élevés, cette période est *généralement* celle bénéficiant du plus faible niveau d'allocation budgétaire.

Ce document a fourni un cadre simple à la réflexion sur les investissements dans le DPE. Cinq domaines d'interventions ont été identifiées, à savoir, le soutien durant la grossesse, le soutien lors de la naissance, le soutien pour la santé et le développement de l'enfant, le soutien pour l'enseignement préscolaire et le soutien à la famille. Ensemble, elles comprennent 25 interventions essentielles pour une croissance et un développement optimaux.

En plus de ces interventions, quatre principes ont été définis pour aider les pays à mettre en œuvre leurs stratégies de DPE : 1) effectuer un diagnostic et établir une stratégie globale pour le DPE ; 2) élargir l'application des interventions sous une bonne coordination ; 3) créer des synergies et générer des économies de coûts entre les interventions ; et finalement 4) suivre, évaluer et étendre la couverture des interventions réussies. En suivant cette approche étape par étape pour les interventions dans le DPE, les décideurs politiques et professionnels s'assureront que tous les jeunes enfants réalisent pleinement leur potentiel.

Abréviations

AVAI	Année de vie ajustée sur l'incapacité
CCC	Programme <i>Chile Crece Contigo</i> (Le Chili grandit avec toi)
CCD	<i>Care for Child Development</i> (soins en faveur du développement de l'enfant)
DPE	Développement de la petite enfance
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	Produit intérieur brut
S&E	Suivi et évaluation
SABER	<i>Systems Approach for Better Education Results</i> (Approche systémique pour de meilleurs résultats en matière d'enseignement)
SEPE	Soins et éducation de la petite enfance
SIEF	Fonds d'évaluation d'impact stratégique (<i>Strategic Impact Evaluation Fund</i>)
SPC	Suivi et promotion de la croissance
TMC	Transfert monétaire conditionnel
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance (<i>United Nations Children's Fund</i>)

Références

- Shonkoff, J., L. Richter, J. van der Gaag et Z. Bhutta (2012). "An integrated scientific framework for child survival and early childhood development". *Pediatrics* 129(2): 460-72.
- Naudeau, S., N. Kataoka, A. Valerio, M.J. Neuman et L.K. Elder (2011). "Investir dans la petite enfance : Un guide du développement de la petite enfance pour le dialogue de politique et la préparation de projets." Washington, DC, Banque mondiale.
- Britto, P., P. Engle et S. Super (Eds.) (2013). "Handbook of Early Childhood Development Research and Its Impact on Global Policy." (p. 467-483). New York, Oxford University Press.
- The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (2011). "Tour d'horizon mondial des interventions essentielles en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile." Genève, Suisse, PMNCH.
- World Bank. 2010. "Stepping Up Skills for More Jobs and Higher Productivity." Washington, DC: Banque mondiale.
- Lombardi, J., A. Mosle, N. Patel, R. Schumacher et J. Stedron (2014). "Gateways to two generations: the potential for early childhood programs and partnerships to support children and parents together." Washington DC, Aspen Institute.
- Greenberg, J. (2011). "The impact of maternal education on children's enrollment in early childhood education and care." New York, Lehman College/CUNY.
- OMS (2014). "Planning familial." Genève, Organisation mondiale de la santé. http://www.who.int/topics/family_planning/en/
- About F. et S. Akhter (2011). "A cluster-randomized evaluation of a responsive stimulation and feeding intervention in Bangladesh". *Pediatrics*, 127. 1191-97.
- Bentley M.E., S. Vazir, P.L. Engle et coll. (2010). "A home-based educational intervention to caregivers in south India to improve complementary feeding and responsive feeding, and psychosocial stimulation increases dietary intake, growth and development of infants". *FASEB J*; 24 (suppl.): 564.14.
- Young, M. E. (2002). "From Early Child Development to Human Development." Washington DC, Banque mondiale.
- Landry S., K. Smith et P. Swank (2006). "Responsive parenting: Establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills". *Developmental Psychology*, 42(4) 627-642
- Grantham-McGregor, S., Y. Bun Cheung, S. Cueto, P. Glewwe, L. Richer, B. Trupp et the International Child Development Steering Group. (2007). "Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries." *The Lancet*, 369 (9555). 60-70.
- Heckman, J. (2006). "Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children". *Science*, 312(5782). 1900-02.
- Wong, J.J., N.A. Gonzales, Z. Montañó, L. Dumka et R.E. Millsap (2014). "Parenting intervention effects on parental depressive symptoms: Examining the role of parenting and child behavior". *J Fam Psychol.*, 28 juin, 28(3):267-77. doi: 10.1037/a0036622. Epub 2014 5 mai. PubMed PMID: 24798817.
- Walker, S.P., T.D. Wachs, S. Grantham-McGregor, N.N. Black, C.A. Nelson, S.L. Huffman, H. Baker-Hennningham, S.M. Chang, J.D. Hamadani, B. Lozoff, J.M. Meeks-Gardner, A. Powell Cam Rahman et L. Richter (2011). "Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development". *The Lancet*, 2011; publié en ligne le 23 septembre. doi:10.1016/S0140-6736(11)60555-2.
- Barlow J, N. Smailagic, N. Huband, V. Roloff et C. Bennett (2014). "Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health". *Cochrane Database Syst Rev.* 17 mai. 5:CD002020. doi: 10.1002/14651858.CD002020.pub4. PubMed PMID: 24838729.
- OIT (2010). "Workplace Solutions for childcare." Genève, Organisation internationale du travail.
- Immervoll, H. et D. Barber (2005). "Can Parents Afford to Work?: Childcare Costs, Tax-Benefit Policies and Work Incentives", *Documents de travail Social, emploi et migration de l'OECD* no 31, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/312744260654>
- Alderman H. (2011). "No small matter: the impact of poverty, shocks and human capital investments in early childhood development." Washington DC, Banque mondiale, 2011: 51-83.
- Horton, S., H. Alderman et J. Rivera (2008). "Copenhagen Consensus 2008 Challenge Paper: Hunger and Malnutrition." <http://www.copenhagenconsensus.com>.
- UNICEF (2009). "The State of the World's Children- Maternal and Newborn Health." New York, UNICEF.
- Rijsberman, F. et A.P. Zwane (2012). "Copenhagen Consensus 2012 Challenge Paper: Water and Sanitation." <http://www.copenhagenconsensus.com>.
- Horton, S. (1992). "United Costs, Cost-Effectiveness, and Financing of Nutrition Interventions.", *Document de travail Réseau développement humain, Santé, nutrition et population* WPS 952, Washington DC, Banque mondiale.
- Ching, P., M. Birmingham, T. Goodman, R. Sutter et B. Loevinsohn (2000). "Childhood Mortality Impact and Costs of Integrating Vitamin A Supplementation into Immunization Campaigns." *American Journal of Public Health* 90 (10): 1526-29.
- Fiedler, J.L. (2000). "The Nepal National Vitamin A Program: Prototype to Emulate or Donor Enclave?" *Health Policy and Planning* 15 (2): 145-56.
- Horton, S. et J. Ross (2003). "The Economics of Iron Deficiency." *Food Policy* 28 (1): 51-75.
- Seyfried, L. (2011). "Family Planning and Maternal Health: The Effects of Family Planning on Maternal Health in the Democratic Republic of Congo." Georgetown University
- Van Ravens, J. et C. Aggio (2008). "Expanding early childhood care and education: How much does it cost? A proposal for a methodology to estimate the costs of early childhood care and education at macro-level, applied to the Arab States". *Document de travail* no 46. La Haye, Pays-Bas: Fondation Bernard van Leer.
- Mason, J.B., J. Hunt, D. Parker et U. Jonsson (1999). "Investing in Child Nutrition in Asia." *Asian Development Review* 17 (1, 2): 1-32.

- 31 Engle, P. L., L.C.H. Fernald, H. Alderman, J. Behrman, C. O'Gara, A. Yousafzai, M. Cabral de Mello, M. Hidroboet, N. Ulkuer et le Global Child Development Steer Group (2011). "Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries." *The Lancet*, 378(9799) 1339-1353. doi: 10.1016/S0140-6736(11) 60889-1.
- 32 Bassett, L. (2008). "Can Conditional Cash Transfer Programs Play a Greater Role in Reduced Child Nutrition?" *Document de synthèse Protection sociale de la Banque mondiale* no 0835, Washington, DC : Banque mondiale.
- 33 Ruel, M. et A. Alderman pour le Maternal and Child Undernutrition Group (2013). "Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?" *The Lancet*, 382: 536-51. Publié en ligne le 6 juin sur [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60843-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60843-0)
- 34 Barrientos, A., J. Byrne, J.M. Villa et P. Peña (2013). "Social transfers and Child protection." *Document de travail du Bureau de la recherche*, avril 2013. New York, UNICEF.
- 35 Heymann, J., A. Raub, et A. Earle (2011). "Creating and Using New Data Sources to Analyze the Relationship between Social Policy and Global Health: The Case of Maternal Leave," *Public Health Reports* 126 (3).
- 36 Alderman, H., L. Elder, A. Goyal, A. Herforth, Y.T. Hoberg, A. Marini, J. Ruel-Bergeron, J. Saavedra, M. Shekar et S. Tiwari, (2013). "Improving nutrition through multisectoral approaches." Washington, DC, Banque mondiale.
- 37 Fiedler, J. L., T.G. Sanghvi et M.K. Saunders (2008). "A Review of the Micronutrient Intervention Cost Literature: Program Design and Policy Lessons." *International Journal of Health Planning and Management* 23: 373-97.
- 38 Neidecker-Gonzales, O., H. Bouis et P. Nestel (2007). "Estimating the Global Costs of Vitamin A Capsule Distribution: A Review of the Literature and Development of a Country-Level Model." *Food and Nutrition Bulletin* 28:307-16.
- 39 Bhutta, Z., J. Das, A. Rizvi, M. Gaffey, N. Walker, S. Horton, P. Wbb, A. Lartey et R. Black pour le Maternal and Child Undernutrition Group. "Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?" *The Lancet* 2013. Publié en ligne le 6 juin [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4)
- 40 Whittington, D., M. Hanemann, C. Sadoff, et M. Jeuland (2008). "Copenhagen Consensus Challenge Paper: Sanitation and Water." <http://www.copenhagenconsensus.com>.
- 41 Cairncross S., C. Hunt, S. Boisson et coll. (2010) "Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhea." *Int J Epidemiol*, 39 (suppl 1): i193-205.
- 42 Spears, D. (2013). "How much international variation in child height can sanitation explain?" *Document de travail de Recherche sur les politiques de la Banque mondiale*, no WPS 6351. <http://go.worldbank.org/SZE5WUJBIO>
- 43 Horton, S., M. Shekar, C. McDonald, A. Mahal et J.K. Brooks (2010). "Scaling up Nutrition: What will it cost?" Washington, DC, Banque mondiale.
- 44 Black R.E., C.G. Victora, S.P. Walker et le Maternal and Child Nutrition Study Group (2013). "Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries." *The Lancet*, publié en ligne le 6 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- 45 Baltussen, R., C. Knai et M. Sharan (2004). "Iron Fortification and Iron Supplementation Are Cost-Effective Interventions to Reduce Iron Deficiency in Four Subregions of the World." *Journal of Nutrition* 134: 2678-84.
- 46 FNUAP, 2004. newsletter du FNUAP <http://www.unfpa.org/public/cache/bypass/parliamentarians/pid/3615;jsessionid=2D A7911C7129701848311B1829EA4ED1?newsLid=7199>
- 47 Abou Zahr, C., J. Cleland, F. Coullare, S. Macfarlane, F. Notzon, P. Setel et S. Szreter pour la Monitoring of Vital Events Writing Group. "Who Counts? 4 The way forward." *The Lancet*, 2007; 370: 1791-99
- 48 UNICEF. 2002. "Birth Registration: Right from the Start." *Innocenti Digest* no 9, Florence, Innocenti Research Centre de l'UNICEF.
- 49 Jones G, R.W. Stekettee, R.E. Black, Z.A. Bhutta, S.S. Morris et le Bellagio Child Survival Study Group (2003) "How many child deaths can we prevent this year?" *The Lancet*, 362: 65-71.
- 50 Horta, B. et C. Victora (2013). "Long-term effects of breastfeeding." Genève, Organisation mondiale de la santé.
- 51 UNICEF (2012). "Fact Sheet: Birth Registration." UNICEF. Accédé le 1er octobre 2013 sur <http://www.unicef.org/newsline/2003/03/fsbirthregistration.htm> .
- 52 Nelson, C. (2007). "A Neurobiological Perspective on Early Human Deprivation." *Child Development Perspectives*, 1(1), 13-18.
- 53 Laxminarayan R, J. Chow et S.A. Shahid-Salles (2006). "Intervention Cost-Effectiveness: Overview of Main Messages". In: Jamison DT, J.G. Breman, A.R. Measham et coll., éditeurs. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2e édition. Washington DC, Banque mondiale. Chapitre 2. Disponible en ligne sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11784/>
- 54 Barnighausen, T., D. Bloom, D. Canning, A. Friedman, O. Levine, J. O'Brien, L. Privor-Dumm et D. Walker (2009). "Copenhagen Consensus: Best Practice Paper: The Economic Case for Expanding Vaccination Coverage of Children." <http://www.copenhagenconsensus.com>.
- 55 OMS, UNICEF, Banque mondiale (2009). "State of the world's vaccines and immunization." 3e éd., Genève, Organisation mondiale de la santé.
- 56 Lassi, Z., G. Zahid, J. Das et Z. Bhutta (2013). "Impact of complementary food and education on complementary food on growth and morbidity of children less than 2 years of age in developing countries: a systematic review"
- 57 Bhutta, Z., T. Ahmet, R. Black et coll. (2008). "What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival." *The Lancet*. 371(9610): 417-40.
- 58 Hall, A., S. Horton et N. de Silva (2009). "The Costs and Cost-Effectiveness of Mass Treatment for Intestinal Nematode Worm Infections Using Different Treatment Thresholds." *Public Library of Science Neglected Diseases* 3 (3): e402. doi:10.1371/journal.pntd.0000402.

- 59 Hotez P.J., D.A. Bundy, K. Beegle, S. Brooker, L. Drake, N. da Silva, A. Montresor, D. Engels, M. Jukes, L. Chitsulo, J. Chow, R. Laxminarayan, C.M. Michaud, J. Bethony, R. Correa Oliveira, X. Shu Hua, A. Fenwick et L. Savioli (2006). "Helminth Infections: Soil Transmitted Helminth Infections and Schistosomiasis." *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2e édition. Washington DC, La Banque mondiale/Oxford University Press.
- 60 Robberstad, B., T. Strand, R.E. Black et H. Sommerfelt (2004). "Cost-Effectiveness of Zinc as Adjunct Therapy for Acute Childhood Diarrhea in Developing Countries." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 82 (7): 523–31.
- 61 UNESCO (2014). "Early Childhood Care and Education: Addressing quality in formal pre-primary learning environments." (à paraître)
- 62 Heckman, J.J. et D.V. Masterov (2007). "The Productivity Argument for Investing in Young Children." *Applied Economic Perspectives and Policy* 29(3): 446-493
- 63 Reynolds, A.J., J.A. Temple, D.L. Robertson et E.A. Mann (2001). "Long Term Effects of an Early Childhood Intervention on Educational Achievement and Juvenile Arrest - a 15-Year Follow-Up of Low-Income Children in Public Schools." *Journal of the American Medical Association* 285(18): 2339-46.
- 64 Feinstein, L. (2003). "Inequality in the Early Cognitive Development of British Children in the 1970 Cohort." *Economica* 70(1).73-97.
- 65 Currie, J. et D. Thomas, (1999). "Early Test Scores, Socioeconomic Status and Future Outcomes." *NBER Working Paper 6943*. Cambridge MA, National Bureau of Economic Research.
- 66 Schweinhart, L.J., J. Montie, Z. Xiang, W.S. Barnett, C.R. Belfield et M. Nores (2005). "Lifetime Effects: The High/Scope Perry Pre-school Study through Age 40." Ypsilanti, Michigan, High/Scope Educational Research Foundation.
- 67 Arnold, C, K. Bartlett, S. Gowani et R. Merali (2007). "Is everybody ready? Readiness, transition and continuity. Reflections and moving forward." Commandé pour le Rapport mondial de suivi sur l'EPT, Un bon départ : éducation et protection de la petite enfance.
- 68 Fabian, H. et A.-W. Dunlop (2007). "Outcomes of good practice in transition processes for children entering primary school." *Working Paper 42*. La Haye, Pays-Bas, Fondation Bernard van Leer.
- 69 Groupe consultatif sur les soins et le développement de la petite enfance (1991). "Preparing children for schools and schools for children." New York, UNICEF.
- 70 Myers, R. et C. Landers (1989). "Preparing children for schools and schools for children." Document de synthèse rédigé pour la cinquième réunion du Groupe consultatif sur les soins et le développement de la petite enfance. Paris: UNESCO.
- 71 Abadzi, H. (2006). "Efficient learning for the poor: Insights from the frontier of cognitive neuroscience." Washington, DC, Banque mondiale.
- 72 Janus, M. et D. Offord (2000). "Readiness to learn at school." *ISUMA*, 1(2), 71–75. Consulté le 7 avril 2008 sur <http://www.offordcenter.com/readiness/pubs/publications.html>
- 73 Arnold, C., K. Bartlett, S. Gowani et S. Shallwani (2008). "Transition to School: Reflections on Readiness." *Journal of Developmental Processes*, 3(2), 26-38.
- 74 Schady, N., C. Araujo, P. Carneiro et Y. Cruz-Aguyao (2014). "Is Kindergarten too late?" Présentation à l'Institute of Medicine Forum: Investing in Young Children Globally, avril 2014. Washington, DC.
- 75 Rolnick, A. J. et R. Grunewald (2007). "The Economics of Early Childhood Development as Seen by Two Fed Economists." *Community Investments*, 19 (2), Banque de la Réserve fédérale de San Francisco.
- 76 Heckman, J.J., S.H. Moon, R. Pinto, P.A. Savalyev et A. Yavitz (2009). "The Rate of Return to the High/Scope Perry Preschool Program." *Document de travail*, 200936, Geary Institute, University College Dublin. <http://www.ucd.ie/geary/static/publications/workingpapers/gearywp200936.pdf>.
- 77 Neuman, M. et A. Devercelli (2012). "Investing Early: Matters Most for Early Childhood Development: A Framework Paper." Washington DC, Banque mondiale.
- 78 Walker, S.P., T.D. Wachs, J.M. Gardner, B. Lozoff, G.A. Wasserman, E. Pollitt et coll. (2007). "Child development: Risk factors for adverse outcomes in developing countries." *The Lancet*, 369(9556). 145-57.
- 79 OCDE (2011), "Assurer le bien-être des familles," Publications de l'OCDE. http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/assurer-le-bien-etre-des-familles_9789264098794-fr
- 80 Jaramillo, M. et A. Sanchez (2011). "Impacto del Programa Juntos sobre nutrición temprana." *GRADE Documento de Investigación*, 61, Lima, Peru.
- 81 Nores et Barnett (2009). "Benefits of early childhood interventions across the world: (Under) Investing in the very young." *Economics of Education Review*, 29(2010)271-282.
- 82 Grantham-McGregor, S., S. Walker, S. Chang et C. Powell (1997). "Effects of early childhood supplementation with and without stimulation on later development in stunted Jamaican Children." *American Journal of Clinical Nutrition*, 66. 247-253.
- 83 Heckman (2008). "Schools, Skills, and Synapses." *Economic Inquiry*, 46 (3): 289–324.
- 84 Heckman, J.J., J. Stixrud et S. Urzua (2006). "The Effects of Cognitive and Noncognitive Abilities on Labor Market Outcomes and Social Behavior." *Journal of Labor Economics*, 24 (3). 411–82.
- 85 Gertler, P., S. Martinez, P. Premand, L. Rawlings et C. Vermeersch (2010). "Impact Evaluation in Practice." Washington, DC, Banque mondiale.
- 86 Imas, L. et R. Rist (2009). "The Road to Results: Designing and Conducting Effective Development Evaluations." Washington DC, Banque mondiale
- 87 Fiszbein, A., N. Schady, F. Ferreira, M. Grosh, N. Kelleher, P. Olinto et E. Skoufias (2009). "Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty." *Rapport de recherche sur les politiques de la Banque mondiale*. Washington DC, Banque mondiale.

