



Le bien-être des jeunes enfants au Canada

Rapport du gouvernement du Canada **2008**



Canada



Le bien-être des jeunes enfants au Canada

Rapport du gouvernement du Canada **2 0 0 8**



Ce document est également offert sur Internet à l'adresse suivante :

www.union sociale.ca

Ce document est coédité par Ressources humaines et Développement social Canada, l'Agence de santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2008

Papier

N° de catalogue : HS1-7/2008F

ISBN : 978-0-662-08932-2

PDF

N° de catalogue : HS1-7/2008F-PDF

ISBN : 978-0-662-08933-9

Table des matières

Préface	7
Chapitre 1 Introduction	9
Chapitre 2 Portrait des jeunes enfants canadiens	11
Chapitre 3 L'état de santé des jeunes enfants au Canada	13
3.1 Indicateurs relatifs à la naissance	13
3.1.1 Poids normal à la naissance	13
3.1.2 Taux de naissances prématurées	16
3.1.3 Taux de mortalité infantile	17
3.2 Allergies et asthme	18
3.2.1 Allergies	18
3.2.2 Asthme	19
3.2.3 Pourquoi est-ce important?	20
3.3 Le cancer chez les enfants	20
3.4 Taux d'hospitalisations à la suite de blessures	21
Chapitre 4 L'évolution du développement des jeunes enfants du Canada	25
4.1 Développement moteur et social	25
4.2 Santé psychologique	27
4.2.1 Troubles émotifs – anxiété	27
4.2.2 Hyperactivité – inattention	27
4.2.3 Comportements agressifs	28
4.2.4 Pourquoi est-ce important?	28
4.3 Connaissances et compétences sociales	29
4.3.1 Scores obtenus au chapitre du comportement personnel et social	29
4.4 Apprentissage cognitif et communication par le langage	30
4.4.1 Échelle de vocabulaire en images de Peabody, version révisée (EVIP-R)	30
4.4.2 Test « Qui suis-je? »	30
4.4.3 Évaluation de la connaissance des nombres	31
4.4.4 Examen des résultats moyens en matière de développement cognitif	31
4.4.5 Pourquoi est-ce important?	33

Chapitre 5	Influence de la famille sur le développement des jeunes enfants	35
5.1	Portrait des parents des jeunes enfants canadiens	35
5.1.1	Niveau de scolarité de la mère et du père	35
5.1.2	Les parents qui travaillent ou qui étudient	36
5.1.3	Niveau de revenu	39
5.2	Arrangements en matière de garde des familles ayant des jeunes enfants	40
5.3	Pratiques prénatales	42
5.3.1	Consommation de tabac pendant la grossesse	42
5.3.2	Consommation d'alcool durant la grossesse	43
5.4	Ce que nous savons à propos des soins postnatals	44
5.4.1	Allaitement maternel	44
5.4.2	Dépression parentale	45
5.4.3	Consommation de tabac chez les parents	47
5.5	Ce que nous savons à propos des pratiques parentales	48
5.5.1	Fonctionnement familial et interactions parentales	48
5.5.2	Lecture par un adulte	49
Chapitre 6	Type de collectivités dans lesquelles vivent les jeunes enfants	51
Chapitre 7	Suivi du bien-être des jeunes enfants du Canada	53
Chapitre 8	Bien-être des jeunes enfants autochtones au Canada	59
8.1	Introduction	59
8.2	Aperçu des jeunes enfants autochtones	59
8.3	Les familles de jeunes enfants des Premières nations vivant dans les réserves	61
8.3.1	Consommation de tabac durant la grossesse	61
8.4	Regard vers l'avenir – Enquête sur les enfants autochtones (EEA)	61
Chapitre 9	Les jeunes enfants ayant une incapacité – aperçu	65
9.1	Introduction	65
9.2	Qui sont les jeunes enfants ayant une incapacité au Canada?	65
9.3	Quel est l'état de santé des jeunes enfants ayant une incapacité?	67
9.4	Qu'en est-il de leurs aidants naturels?	67
Annexe A	Notes techniques concernant les indicateurs présentés	69

Liste des figures

Figure 1	Pourcentage des enfants de 5 ans et moins, selon leur lieu de résidence, 1998–1999 à 2004–2005	11
Figure 2	Pourcentage des enfants de faible poids et de poids élevé à la naissance, selon le sexe, entre 1998 et 2004	14
Figure 3	Pourcentage des bébés de faible poids à la naissance dans les pays de l'OCDE, 2005	15
Figure 4	Taux de naissances prématurées, selon le sexe, 1998 à 2004	17
Figure 5	Prévalence des cas d'asthme diagnostiqués chez les enfants de 5 ans et moins, 1998–1999 à 2004–2005	19
Figure 6	Pourcentage des enfants de 3 ans et moins, selon leur niveau de développement moteur et social, 1998–1999 à 2004–2005	26
Figure 7	Pourcentage des enfants de 2 à 5 ans présentant des problèmes d'hyperactivité ou d'inattention, 2000–2001 à 2004–2005	27
Figure 8	Pourcentage des enfants de 2 à 5 ans ne manifestant pas de signes d'agressivité physique ou indirecte, 1998–1999 à 2004–2005	28
Figure 9	Classement des enfants de 4 à 5 ans selon la cote obtenue à l'EVIP-R, au test « Qui suis-je? » et à l'évaluation de la connaissance des nombres, 2000–2001 à 2004–2005	30
Figure 10	EVIP-R, selon le sexe, 2000–2001 à 2004–2005	32
Figure 11	Test « Qui suis-je? », selon le sexe, 2000–2001 à 2004–2005	32
Figure 12	Connaissance des nombres, selon le sexe, 2000–2001 à 2004–2005	33
Figure 13	Enfants de 4 à 5 ans affichant un retard à l'évaluation du développement cognitif, selon le niveau de scolarité des parents, 2004–2005	36
Figure 14	Parents qui travaillent ou qui étudient, ayant des enfants de cinq ans et moins, selon le type de famille, 1998–1999 à 2004–2005	37
Figure 15	Taux d'emploi des mères en 2002 selon l'âge de leur enfant le plus jeune, exprimé en pourcentage des personnes âgées entre 15 et 64 ans, dans certains pays	38
Figure 16	Pourcentage des familles vivant sous le seuil de faible revenu (SFR) après impôt, 1999 à 2005	39
Figure 17	Prévalence de l'allaitement maternel en fonction du statut urbain ou rural, 1998–1999 à 2004–2005	44
Figure 18	Dépression parentale et résultats des enfants âgés de 2 à 5 ans, 2004–2005	46
Figure 19	Incidence de la consommation de tabac chez les parents d'enfants de 5 ans et moins en fonction du statut rural ou urbain, 1998–1999 à 2004–2005	47
Figure 20	Pourcentage des enfants de 5 ans et moins qui vivent dans des familles équilibrées et qui ont des interactions positives avec leurs parents, par sexe et par milieu, 1998–1999 et 2004–2005	48
Figure 21	Pourcentage des enfants de 5 ans et moins selon la fréquence des activités de lecture, 2004–2005	49
Figure 22	Développement cognitif des enfants de 4 à 5 ans, selon la fréquence de lecture avec un parent, 2004–2005	50
Figure 23	Pourcentage de jeunes enfants de 5 ans et moins vivant dans des quartiers où règne la cohésion et où ils sont en sécurité, 1998–1999 à 2004–2005	52
Figure 24	Population de 5 ans et moins selon l'identité autochtone, dans et à l'extérieur des réserves, Canada, 2006	59

Liste des tableaux

Tableau 1	Prévalence des allergies déclarées parmi les enfants de cinq ans et moins (%)	19
Tableau 2	Incidence des nouveaux cas de cancer chez les enfants de la naissance à 4 ans (par tranche de 100 000 personnes)	20
Tableau 3	Hospitalisations résultant de blessures non intentionnelles, selon le groupe d'âge, 2004–2005; taux par 100 000 (Tous les types de blessures non intentionnelles et principales causes à l'échelle nationale)	22
Tableau 4	Principaux arrangements en matière de garde pour les enfants de 1 à 5 ans, selon le genre de garde, 1998–1999 à 2004–2005	41
Tableau 5	Garde non parentale d'enfants de 1 ans à 5 ans selon le nombre hebdomadaire d'heures de garde, 1998–1999 à 2004–2005	42
Tableau 6	Aperçu des indicateurs de bien-être des enfants	53
Tableau 7	Moyennes et intervalles de confiance pour les indicateurs de bien-être des enfants	57
Tableau 8	Mode de vie des enfants de 5 ans et moins par groupe autochtone, Canada, recensement de 2006	60
Tableau 9	Comparaison des éléments de l'EEA avec les indicateurs de l'ELNEJ	62
Tableau 10	Principaux arrangements en matière de garde d'enfants pour les enfants âgés de 1 à 5 ans selon le type de garde utilisé et la présence d'une incapacité fonctionnelle, 2004–2005	66
Tableau 11	Répartition des jeunes enfants par état chronique (%), 2004–2005	67

Préface

En septembre 2000, le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont conclu une entente visant à améliorer et à étendre les services et les programmes qu'ils offrent aux enfants de moins de six ans et à leur famille.¹ Dans le cadre de l'Entente fédérale-provinciale-territoriale sur le développement de la petite enfance (DPE), les premiers ministres du Canada et des provinces et territoires canadiens se sont engagés à aider les jeunes enfants à réaliser leur plein potentiel et à aider les familles et les collectivités à soutenir leurs enfants.

Conscients de l'importance de rendre des comptes aux citoyens canadiens, les gouvernements se sont également engagés, en vertu de cette entente, à produire des rapports réguliers sur le bien-être des jeunes enfants, à partir d'un ensemble commun d'indicateurs établis à cette fin. Ces indicateurs fournissent des renseignements précieux sur la santé physique et psychologique et sur le développement des jeunes enfants au Canada.

En publiant le présent rapport, le gouvernement du Canada respecte son engagement à rendre compte du bien-être des jeunes enfants au pays. Il s'agit du quatrième rapport publié par le gouvernement du Canada sur la question.

Le rapport élargit la portée de l'ensemble commun d'indicateurs prévu dans l'entente fédérale-provinciale-territoriale de façon à tracer un portrait plus complet des enfants de cinq ans et moins au Canada. On y trouve d'autres indicateurs de la santé physique et psychologique des enfants, de leur protection et de leur sécurité et du développement de la petite enfance, ainsi qu'un aperçu des familles et des collectivités dans lesquelles les jeunes enfants canadiens grandissent.

Les données présentées ici proviennent de sources gouvernementales et, à moins d'indication contraire, elles visent la période 2004–2005.

En vertu de l'Entente sur le développement de la petite enfance, les gouvernements se sont également engagés à publier des rapports annuels sur leurs progrès au chapitre de l'amélioration des programmes et des services visant le développement de la petite enfance.

Parallèlement au présent rapport, la base de données du gouvernement du Canada sur les activités et dépenses relatives au développement de la petite enfance, disponible sur le site Web www.unionsociale.ca, offre un complément d'information sur les progrès réalisés par le gouvernement du Canada au chapitre de l'amélioration des programmes et des services de développement de la petite enfance qu'il dispense.

La publication du présent rapport permet non seulement au gouvernement du Canada de tenir son engagement en matière de reddition de compte en vertu de l'Entente fédérale-provinciale-territoriale sur le développement de la petite enfance, mais également de s'acquitter de son obligation de produire des rapports en vertu de la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*. La diffusion du présent rapport et de la base de données sur les *Activités et dépenses fédérales pour les jeunes enfants* témoigne de l'engagement du Canada à s'acquitter avec transparence de son obligation de rendre compte des jeunes enfants canadiens et de produire les rapports pertinents.

¹ Le gouvernement du Québec fait siens les principes généraux de l'Entente sur le développement de la petite enfance, mais il n'a pas participé à l'élaboration de cette initiative car il est soucieux de préserver sa compétence exclusive en matière sociale. Il reçoit toutefois sa part des fonds fédéraux et investit de façon importante dans des programmes et des services à l'enfance et à la famille.

Chapitre 1 Introduction

L'importance d'effectuer une surveillance du bien-être des enfants

Diverses recherches indiquent qu'il est essentiel de prendre un bon départ, dès les premières années de la vie, pour jouir d'une bonne santé et d'un état général de bien-être au cours des années qui suivent, en raison du développement et des apprentissages qui ont lieu pendant la petite enfance. Les expériences vécues dès le plus jeune âge ont des répercussions à long terme pour la personne et pour la société, puisque les adultes se « façonnent » pendant cette période de la vie. Les expériences négatives subies à un jeune âge peuvent avoir des répercussions à long terme difficiles à éliminer à l'âge adulte.

Les experts et les décideurs conviennent qu'il est important de surveiller le bien-être et le développement des jeunes enfants au Canada afin d'améliorer notre connaissance et notre compréhension de la façon dont ils se développent et du rôle que jouent la famille, la collectivité et les services publics dans leur développement. Une surveillance systématique permet également de cerner les domaines où les enfants et leur famille ont besoin d'un soutien accru ou mieux intégré pour optimiser le développement des enfants au cours des premières années de leur vie. Le bien-être des enfants peut s'évaluer au moyen de divers facteurs, comme l'état de santé et la sécurité, le développement moteur, social et cognitif, et le milieu où les enfants grandissent. « Les enfants en bonne santé sont le plus souvent issus de familles en bonne santé, elles-mêmes regroupées dans des collectivités où règne un climat favorable. »² Les parents, les autres membres de la famille et les personnes qui s'occupent des enfants forment le réseau de soutien fondamental des enfants. Ils jouent un rôle déterminant en ce qui a trait au développement des enfants, développement qu'ils peuvent favoriser et façonner. Ce rôle est particulièrement important pendant les années de formation des enfants, celles où l'essentiel de leur développement a lieu. Les familles sont elles-mêmes, bien souvent, influencées par le milieu où elles évoluent. Que ce milieu se définisse en fonction de caractéristiques géographiques ou ethniques, ou encore par des intérêts communs (groupes religieux, groupes de parents), il constitue pour la famille un fondement qui peut avoir de très importantes conséquences sur le bien-être des enfants.

L'Entente sur le développement de la petite enfance – Rapports sur le bien-être des jeunes enfants

En vertu de l'Entente sur le développement de la petite enfance conclue en septembre 2000 par les premiers ministres,³ les gouvernements se sont engagés à rendre compte périodiquement des indicateurs du bien-être des jeunes enfants. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont donc établi un ensemble commun d'indicateurs qui fournissent des renseignements sur la santé physique et le développement des jeunes enfants au Canada. S'il comprend des données provenant de sources multiples, cet ensemble commun d'indicateurs repose essentiellement sur les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), une enquête réalisée tous les deux ans et qui a pour objet d'élargir nos connaissances sur les enfants canadiens, en particulier les jeunes enfants. Dans la mesure où ces données sont disponibles en temps voulu, les gouvernements participants⁴ ont accepté de publier tous les deux ans un rapport sur le bien-être des jeunes enfants de leur territoire. C'est la quatrième fois que les gouvernements participants publient des rapports sur les indicateurs du bien-être des jeunes enfants élaborés conjointement.

² Ross, D. P., K. Scott et M. A. Kelly. (1996). « Aperçu : Les enfants du Canada durant les années 90 », *Grandir au Canada – Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Ressources humaines et Développement des compétences Canada et Statistique Canada.

³ Le gouvernement du Québec fait siens les principes généraux de l'Entente sur le développement de la petite enfance, mais il n'a pas participé à l'élaboration de cette initiative car il est soucieux de préserver sa compétence exclusive en matière sociale. Il reçoit toutefois sa part des fonds fédéraux et investit de façon importante dans des programmes et des services à l'enfance et à la famille.

⁴ Dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, les données ne sont recueillies qu'à l'égard des enfants vivant dans les provinces. En raison de l'absence de données comparables, les gouvernements territoriaux ne sont pas tenus de publier les rapports sur le bien-être des jeunes enfants mais ils peuvent, s'ils le désirent, produire des rapports sur les indicateurs pour lesquels ils disposent de données.

Entente sur le développement de la petite enfance

Indicateurs communs du bien-être des jeunes enfants

Santé physique et développement moteur	<ul style="list-style-type: none">• Poids santé à la naissance• Incidence de la méningococcie du groupe C• Incidence de la rougeole• Incidence de l'Haemophilus influenzae b (Hib)• Taux de mortalité infantile• Développement moteur et social
Santé émotionnelle	<ul style="list-style-type: none">• Problèmes affectifs – anxiété• Hyperactivité – inattention• Agression physique – problèmes comportementaux
Connaissances et compétences sociales	<ul style="list-style-type: none">• Comportement personnel et social
Apprentissage cognitif et communication verbale	<ul style="list-style-type: none">• Échelle de vocabulaire en images de Peabody

Le quatrième rapport du gouvernement du Canada sur le bien-être des jeunes enfants

Le présent rapport est le quatrième compte rendu du gouvernement du Canada sur le bien-être des jeunes enfants. Il comporte une analyse factuelle de l'ensemble commun d'indicateurs du bien-être des jeunes enfants établi par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, en plus de présenter d'autres indicateurs de la santé physique des enfants, ainsi qu'une évaluation des principales influences qu'exercent la famille et la collectivité sur leur bien-être.

Compte tenu de l'engagement des parties à constamment améliorer la qualité des rapports au fil du temps, et afin de présenter un portrait plus complet du bien-être des enfants, de nouveaux indicateurs, outre ceux qui ont été présentés dans les trois premiers rapports du gouvernement du Canada, sont présentés ici. Dans le but d'améliorer le suivi et la comparabilité des données des différentes administrations, le présent rapport fournit des renseignements sur les moyennes et les intervalles de confiance relatifs au principal ensemble d'indicateurs du développement. Ces renseignements supplémentaires nous permettront de mieux comprendre le développement des jeunes enfants au Canada.

Dans cette quatrième édition du rapport, qui est essentiellement un rapport de suivi, on a commencé à examiner les liens possibles entre les différents indicateurs, en mettant surtout l'accent sur les relations entre les déterminants familiaux et le développement des enfants. Cet examen superficiel permet de conclure à la nécessité de réaliser d'autres travaux de recherche afin de dégager les facteurs susceptibles d'influencer l'évolution des indicateurs présentés.

Pour la première fois, et dans le but d'approfondir notre connaissance du groupe des jeunes enfants handicapés, le rapport fournit des données sur ces derniers et sur leur famille. Ces données proviennent de l'ELNEJ.

Le présent rapport comprend une annexe technique qui décrit les mesures utilisées pour élaborer les indicateurs présentés.

Chapitre 2 Portrait des jeunes enfants canadiens

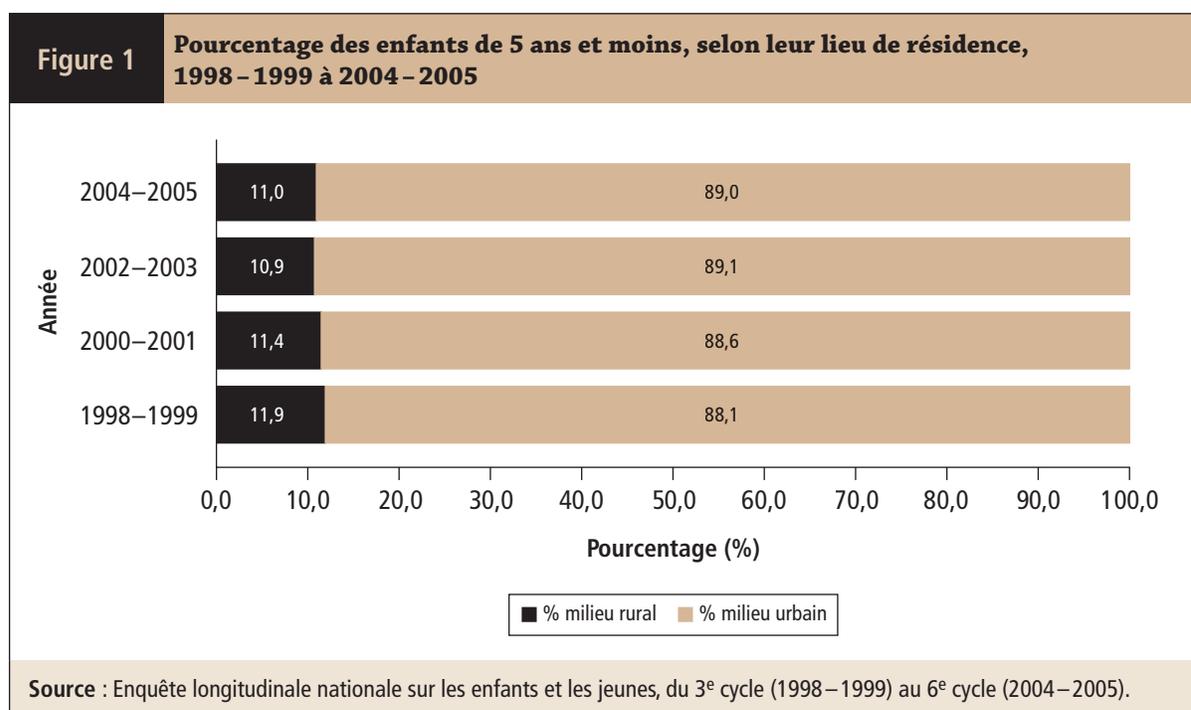
... Au sein de la population canadienne, la proportion des jeunes enfants diminue

Selon le Recensement de 2006, le Canada comptait 2 034 805 enfants de 5 ans et moins, soit **6,4 %** de l'ensemble de sa population.⁵ La proportion de jeunes enfants a donc décliné depuis le Recensement de 2001, puisque ces derniers comptaient alors pour 6,9 % de la population.

Parmi les jeunes enfants canadiens, les garçons sont plus nombreux que les filles (**51 % de garçons contre 49 % de filles**), contrairement à ce que l'on observe dans l'ensemble de la population canadienne, où les femmes sont plus nombreuses que les hommes (51 % comparativement à 49 %).⁶

... La majorité des jeunes enfants canadiens vit toujours dans des centres urbains

En 2004–2005, **89 %** des jeunes enfants canadiens vivaient dans des centres urbains.



... Plus de 85 % des jeunes enfants vivent dans une famille biparentale

En 2004–2005, la proportion de jeunes enfants vivant dans une famille biparentale, qui était de **87,9 %**, avait légèrement diminué par rapport au taux de 2002–2003, qui s'établissait à 88,2 %, mais elle était supérieure aux taux observés en 1998–1999 (86 %) et en 2001–2002 (86,1 %).

⁵ Statistique Canada, *Totalisation spéciale, Recensement de 2006 – données intégrales*.

⁶ *Ibid.*

... Le nombre de jeunes enfants dont au moins un des parents est né à l'extérieur du Canada augmente

En 2004–2005, le pourcentage de jeunes enfants dont au moins un des parents est né à l'étranger était de **27,1 %**. Ce pourcentage a régulièrement augmenté, puisqu'il était de 26,7 % en 2002–2003, de 24,3 % en 2000–2001 et de 23 % en 1998–1999. Parmi les enfants qui vivaient dans une famille biparentale, le pourcentage des enfants dont au moins un des parents est né à l'extérieur du Canada s'établissait à 28,6 %; dans le cas des enfants vivant dans une famille monoparentale, la proportion était de 16 %.

Chapitre 3 L'état de santé des jeunes enfants au Canada

Points saillants

Au Canada, en 2004–2005 :

- 81,8 % des bébés avaient un poids normal à la naissance (2004).
- 91,7 % des bébés sont nés à terme ou à une date ultérieure (2004).
- Le taux de mortalité infantile était de 5,5 décès pour 1000 naissances vivantes (2004).
- 10 % des enfants de 5 ans et moins souffraient d'au moins une allergie déclarée.
- 8,8 % des enfants de 5 ans et moins faisaient de l'asthme selon un diagnostic posé par un médecin.
- La leucémie était le type de cancer le plus fréquent chez les jeunes enfants (2003).
- La majorité des blessures pour lesquelles les jeunes enfants ont été traités à l'hôpital était attribuable à une chute accidentelle.

3.1 Indicateurs relatifs à la naissance

3.1.1 Poids normal à la naissance

... Plus de huit enfants sur dix avaient un poids normal à la naissance

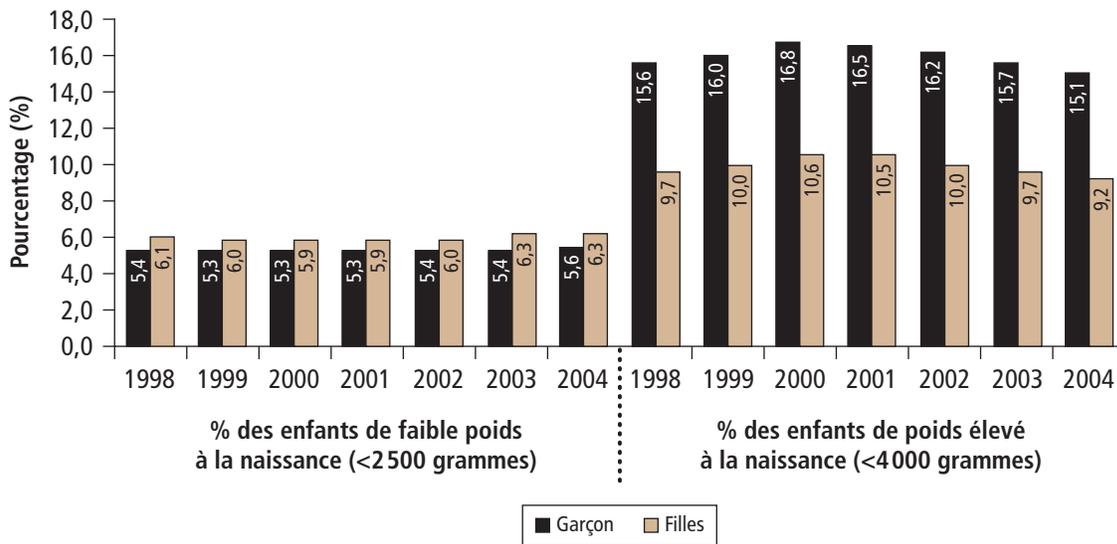
En 2004, **81,8 %** des enfants avaient un poids normal à la naissance. La proportion de bébés de faible poids à la naissance (poids inférieur à 2 500 grammes) a augmenté, passant de 5,8 % en 2002 à 5,9 % en 2004, alors que la proportion d'enfants ayant un poids élevé à la naissance (poids supérieur à 4 000 grammes) a diminué, passant de 13,2 % en 2002 à 12,3 % en 2004.

L'incidence de faible poids à la naissance est systématiquement plus élevée parmi les filles. En 2004, 6,3 % des filles avaient un faible poids à la naissance, comparativement à 5,6 % des garçons.

À l'opposé, le poids des garçons est systématiquement plus élevé que celui des filles à la naissance. En 2004, 15,1 % des garçons avaient un poids élevé à la naissance, comparativement à 9,2 % des filles.

Figure 2

Pourcentage des enfants de faible poids et de poids élevé à la naissance, selon le sexe, entre 1998 et 2004



Nota : Les indicateurs se rapportant aux naissances qui ont eu lieu en 2000 doivent être interprétés avec prudence à l'échelle nationale, car la qualité de certaines données provinciales sur les naissances est parfois douteuse.

Source : Statistiques de l'état civil, Base de données sur les naissances (de 1998 à 2004), Statistique Canada.

... tandis que dans d'autres pays

Parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le pourcentage moyen des bébés ayant un faible poids de naissance était de 6,6 % en 2005. Le Canada, avec un taux de faible poids à la naissance de 5,9 %, soit un taux inférieur à la moyenne de l'OCDE, se situait au neuvième rang parmi les 30 pays membres de l'OCDE.⁷ Avec des taux de 5 % ou moins, les pays nordiques (l'Islande, la Finlande, la Suède, la Norvège et le Danemark) ainsi que la Corée, le Luxembourg et l'Irlande étaient les pays où l'on enregistrait le moins de bébés ayant un faible poids à la naissance. C'est en Turquie, au Japon, en Grèce, au Mexique, en Hongrie et aux États-Unis, où le pourcentage était de 8 % ou plus, que l'on comptait le plus grand nombre de bébés de faible poids à la naissance.

La proportion des nouveau-nés de faible poids a augmenté de 7 % au Canada entre 2000 et 2005. Ce taux est comparable à l'augmentation moyenne dans les pays de l'OCDE (5 %), et il est identique à celle enregistrée aux États-Unis (7 %). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces augmentations, notamment la croissance régulière du nombre de naissances multiples, qui résulte en partie de l'augmentation du nombre de traitements contre la stérilité, du fait que les femmes deviennent enceintes à un âge plus avancé et du recours plus fréquent à des techniques comme le déclenchement artificiel du travail et l'accouchement par césarienne.⁸

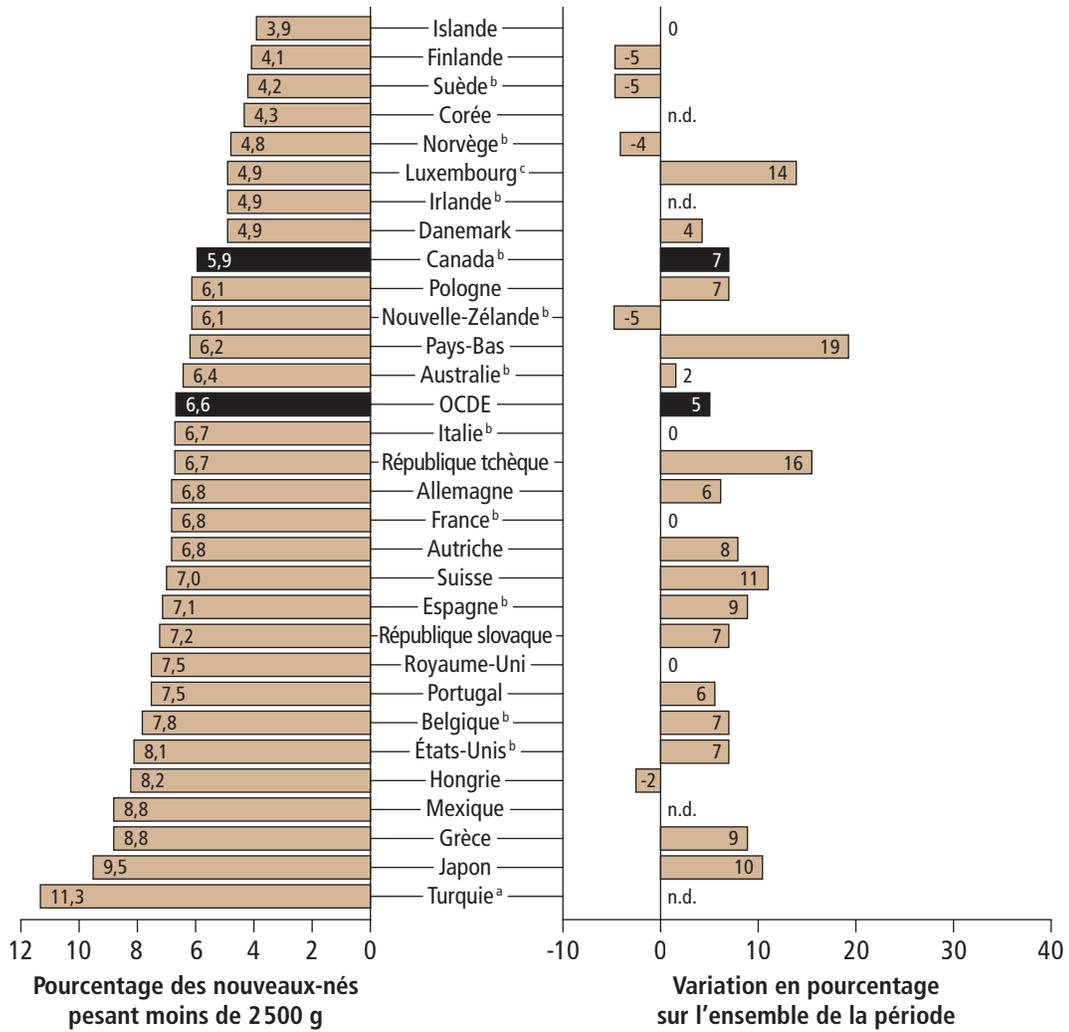
⁷ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2007). *Panorama de la santé 2007 – Indicateurs de l'OCDE*.

⁸ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2007). *Panorama de la santé 2007 – Indicateurs de l'OCDE*.

Figure 3

Pourcentage des bébés de faible poids à la naissance dans les pays de l'OCDE, 2005

Variation de la proportion des bébés de faible poids à la naissance, 2000 à 2005



^a Données de 2003 et non de 2005.

^b Données de 2004 et non de 2005.

^c Données de 2003 et non de 2005; données de 2001 et non de 2000.

Source : Données de l'OCDE sur la santé, 2007

Pourquoi est-ce important?

Le faible poids à la naissance est considéré comme un important indicateur de la santé. Les facteurs de risque associés à une insuffisance pondérale à la naissance sont : le faible statut socioéconomique des parents, l'âge avancé de la mère et les grossesses multiples, les comportements nocifs comme la consommation de tabac, la consommation excessive d'alcool et la malnutrition, et des soins prénataux de piètre qualité.⁹ En outre, le niveau de scolarité et le revenu, ainsi que les conditions de vie qui y sont associées, peuvent influencer sur l'incidence de faible poids à la naissance.¹⁰

Il existe deux causes à l'insuffisance pondérale d'un nouveau-né : la prématurité et le retard de croissance intra-utérine.¹¹ Il a été démontré que, dans ce dernier cas, le faible poids de naissance entrave le développement tout au long de la vie et qu'il est lié à une incidence plus élevée de maladies chez l'adulte, notamment le diabète de type 2, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires.¹²

Un poids élevé à la naissance constitue un facteur de risque pour un certain nombre de problèmes de santé, immédiats ou à long terme, notamment des complications pendant l'accouchement, la dystocie des épaules, un taux plus élevé d'accouchements par césarienne, le diabète et l'obésité pendant l'enfance et à l'âge adulte.¹³ On a aussi constaté un lien entre un poids élevé à la naissance et l'obésité maternelle, une gestation prolongée et le diabète chez la mère (diabète gestationnel, intolérance au glucose ou diabète insulino-dépendant).¹⁴ Une analyse des données de l'ELNEJ révèle que les garçons, les enfants du deuxième rang et des rangs suivants, les enfants nés d'une mère plus âgée, plus scolarisée et non fumeuse, les enfants issus de familles biparentales et ceux issus de familles ayant un statut socioéconomique élevé sont plus nombreux à présenter un poids élevé à la naissance.¹⁵ Un lien a également été établi entre la santé de la mère et un poids élevé à la naissance (p. ex. absence de dépression du post-partum; absence d'hypertension et d'utilisation de médicaments sur ordonnance pendant la grossesse).¹⁶

3.1.2 Taux de naissances prématurées

... Le taux de naissances prématurées augmente toujours

Le taux de naissances prématurées correspond au pourcentage des nouveau-nés dont l'âge gestationnel est inférieur à 37 semaines complètes (ou 259 jours). En 2004, **7,9 %** des naissances étaient prématurées, une augmentation par rapport au taux de 7,5 % enregistré en 2002. Parmi les autres nouveau-nés, qui représentent 92,1 % de toutes les naissances, 91,1 % sont nés à terme (à un âge gestationnel se situant entre 37 et 41 semaines complètes), 0,6 % sont nés après terme (à un âge gestationnel de 42 semaines ou plus) et, dans le cas de 0,3 % des nouveau-nés, leur âge gestationnel n'a pas été enregistré.¹⁷

Les garçons sont plus nombreux à naître prématurément. En 2004, 8,4 % des garçons étaient prématurés, comparativement à 7,5 % des filles.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Kramer, M.S. (1987). « Determinants of Low Birth Weight: Methodological Assessment and Meta-Analysis », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 65(5): 663–737.

¹² UNICEF et OMS. (2004). *Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates*, New York, UNICEF.

¹³ Dubois, L., M. Girard et F. Tatone-Tokuda. (2007). « Déterminants d'un poids élevé à la naissance selon la région géographique au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, 28(1-2).

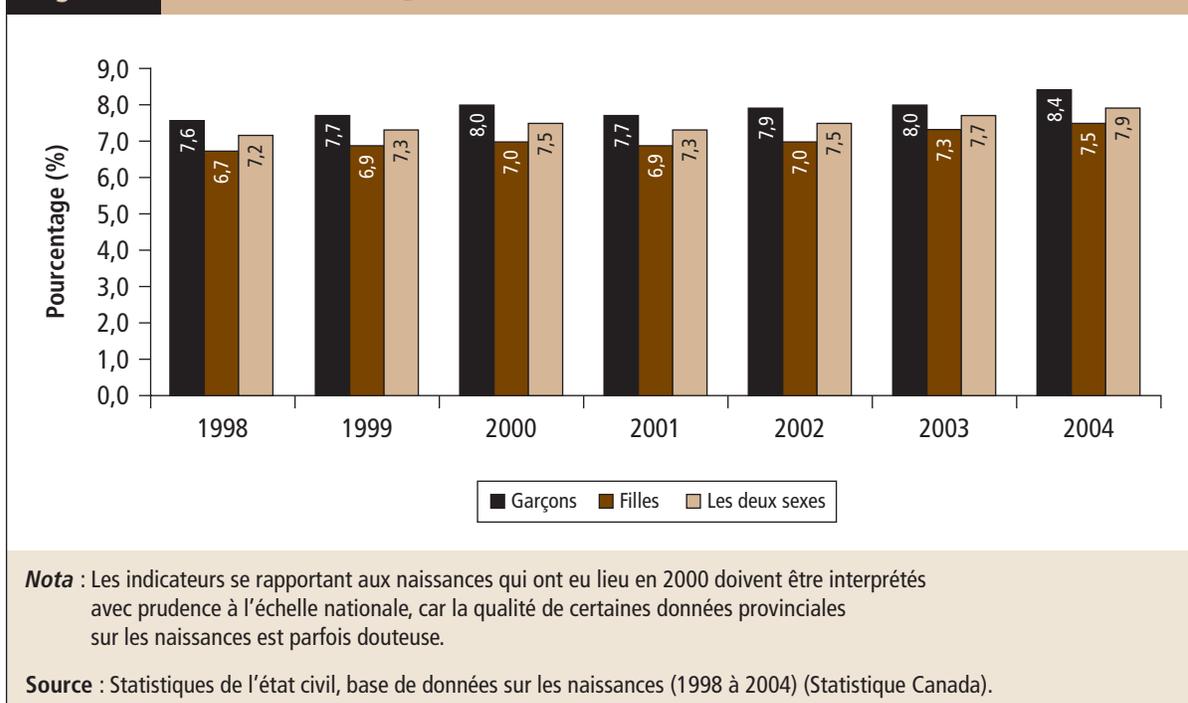
¹⁴ Dyck, R. F. et L. Tan. (1995). « Différences dans les taux d'hypertrophie néonatale entre le nord et le sud de la Saskatchewan : répercussions pour les autochtones », *Maladies chroniques au Canada*, 16(3).

¹⁵ Dubois, L., M. Girard et F. Tatone-Tokuda. (2007). « Déterminants d'un poids élevé à la naissance selon la région géographique au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, 28(1-2).

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Statistique Canada. Statistiques de l'état civil – Base de données sur les naissances. (Tableau 102-4512 Naissances vivantes, selon les semaines de gestation et le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles.)

Figure 4 Taux de naissances prématurées, selon le sexe, 1998 à 2004



Pourquoi est-ce important?

Les bébés nés prématurément présentent toujours un grand défi pour les professionnels de la médecine périnatale.¹⁸ Au Canada comme dans d'autres pays développés, la prématurité est la cause la plus importante de mortalité infantile, de maladie et d'invalidité.¹⁹ Parmi les prématurés, les nouveau-nés dont l'âge gestationnel est de 32 semaines ou moins sont ceux qui courent le plus grand risque de décéder ou d'avoir des problèmes de santé. Ceux qui naissent après 32 à 36 semaines de grossesse, soit la majorité des prématurés, sont plus à risque que les bébés nés à terme d'avoir des problèmes de santé et de développement. Plus précisément, ces bébés sont plus susceptibles de connaître des complications respiratoires, gastrointestinales, du système immunitaire, du système nerveux central, de l'ouïe et de la vision. Les problèmes à long terme pouvant affecter ces prématurés comprennent la paralysie cérébrale, la déficience mentale, visuelle ou auditive, les problèmes de comportement et les troubles socio-affectifs, des difficultés d'apprentissage, un mauvais état de santé général et des retards de croissance.²⁰

3.1.3 Taux de mortalité infantile

... Le taux de mortalité infantile demeure relativement stable au Canada

Le taux de mortalité infantile correspond au nombre de nourrissons qui décèdent au cours de leur première année de vie, par tranche de 1 000 naissances vivantes. Au Canada, en 2004, le taux de mortalité infantile était de **5,3 décès pour 1 000 naissances vivantes**. Après avoir connu une chute très marquée au 20^e siècle, le taux de mortalité infantile canadien s'est stabilisé, puisqu'on enregistre quelque 5,3 décès pour 1 000 naissances vivantes depuis 1998.

Le taux de mortalité infantile est systématiquement plus élevé parmi les garçons que parmi les filles. En 2004, il était de 5,5 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les garçons et de 5 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les filles.

¹⁸ Site Web de Pregenia (Preterm Birth and Genetics International Alliances) : <http://www.pregenia.org>.

¹⁹ Agence de santé publique du Canada. (2005). *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant – Rapport sur la santé de la mère et de l'enfant au Canada, 2005*. (http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/whd_05epi_f.pdf)

²⁰ Institute of Medicine. Report Brief (juillet 2006). *Preterm birth: Causes, Consequences, and Prevention*, Washington, The National Academies Press.

... tandis que dans d'autres pays

En 2005, le taux de mortalité infantile moyen des pays de l'OCDE était de 5,4 décès pour 1 000 naissances vivantes. Le Canada se situait au 24^e rang parmi les 30 pays de l'OCDE pour ce qui est du taux de mortalité infantile, le taux le plus faible (entre 2 et 3 décès pour 1 000 naissances vivantes) ayant été enregistré au Japon, dans les pays nordiques (à l'exception du Danemark) et au Luxembourg, et les taux les plus élevés ayant été observés au Mexique et en Turquie (où les taux respectifs de mortalité infantile étaient de 19 et de 24 décès pour 1 000 naissances vivantes).²¹

L'écart entre les taux de mortalité infantile des différents pays s'explique en partie du fait que les méthodes d'enregistrement des enfants prématurés diffèrent d'un pays à l'autre (certains les enregistrent dans la catégorie des naissances vivantes et d'autres dans la catégorie des mortalités intra-utérines). Dans plusieurs pays, comme le Canada, les États-Unis, le Japon et les pays nordiques, les bébés très prématurés, dont les chances de survie sont relativement faibles, sont enregistrés dans la catégorie des naissances vivantes, ce qui accroît le taux de mortalité dans ces pays comparativement au taux de mortalité affiché par les pays où les grands prématurés ne sont pas enregistrés dans la catégorie des naissances vivantes.

Pourquoi est-ce important?

Le taux de mortalité infantile sert souvent à mesurer l'état de santé ou le degré de développement d'un pays. Dans le monde développé, en particulier, il indique dans quelle mesure la société répond aux besoins fondamentaux des enfants : alimentation suffisante, eau salubre, installations sanitaires sûres et services de prévention sanitaire de base.²² Le taux de mortalité infantile peut aussi constituer une façon de mesurer « le degré de fidélité des pays à leur idéal de protéger chaque grossesse »,²³ y compris au sein des populations marginalisées, en prenant toutes les mesures de précaution et de prévention nécessaires, depuis les contrôles prénatals réguliers jusqu'à la disponibilité de soins obstétricaux d'urgence.

Dans un certain nombre de pays où les revenus sont élevés, la tendance à la baisse des taux de mortalité infantile s'est stabilisée au cours des dernières années, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ont leurs enfants de plus en plus tard et que le nombre de grossesses multiples augmente en raison des traitements contre la stérilité, d'où une multiplication des naissances prématurées. Les deux tiers environ des décès qui surviennent au cours de la première année de vie sont des décès néonataux, c'est-à-dire des décès qui surviennent au cours des quatre premières semaines de vie. Dans les pays de l'OCDE, les principales causes de mortalité néonatale sont les malformations congénitales, la prématurité et d'autres problèmes survenus pendant la grossesse. Pour les décès de nourrissons de plus d'un mois, les causes possibles sont plus variées, les plus courantes étant le syndrome de mort subite du nourrisson, les anomalies congénitales, les infections et les accidents.²⁴

3.2 Allergies et asthme

3.2.1 Allergies

... 10 % des jeunes enfants souffrent d'au moins une allergie

En 2004–2005, 10 % des enfants de 5 ans et moins avaient au moins une allergie déclarée, ce qui représente une diminution par rapport au taux de 10,7 % enregistré en 2000–2001. Parmi les allergies déclarées, les allergies alimentaires étaient les plus courantes.

Les garçons sont plus nombreux à souffrir d'allergies. En effet, 11,2 % des garçons de 5 ans et moins ont au moins une allergie déclarée, comparativement à 8,7 % des filles.

²¹ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2007). *Panorama de la santé 2007 : Indicateurs de l'OCDE*.

²² Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). (2007). « La pauvreté des enfants en perspective : Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches. Une évaluation, la plus complète à ce jour, de la vie et du bien-être des enfants et des adolescents dans les pays économiquement avancés », *Bilan Innocenti 7*, Centre de recherche Innocenti.

²³ *Ibid.*

²⁴ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2007). *Panorama de la santé 2007 : Indicateurs de l'OCDE*.

Tableau 1	Prévalence des allergies déclarées parmi les enfants de cinq ans et moins (%)			
		2000–2001	2002–2003	2004–2005
Enfants ayant au moins une allergie déclarée		10,7	10,2	10
Allergie respiratoire		2,8	2,2	2,3
Allergie alimentaire et autres		7,9	8	7,7
Allergie alimentaire		3,9	4,5	5
Autres allergies		5,4	5	4,3
Enfants n'ayant aucune allergie déclarée		89,3	89,8	90

Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 4^e cycle (2000–2001) au 6^e cycle (2004–2005).

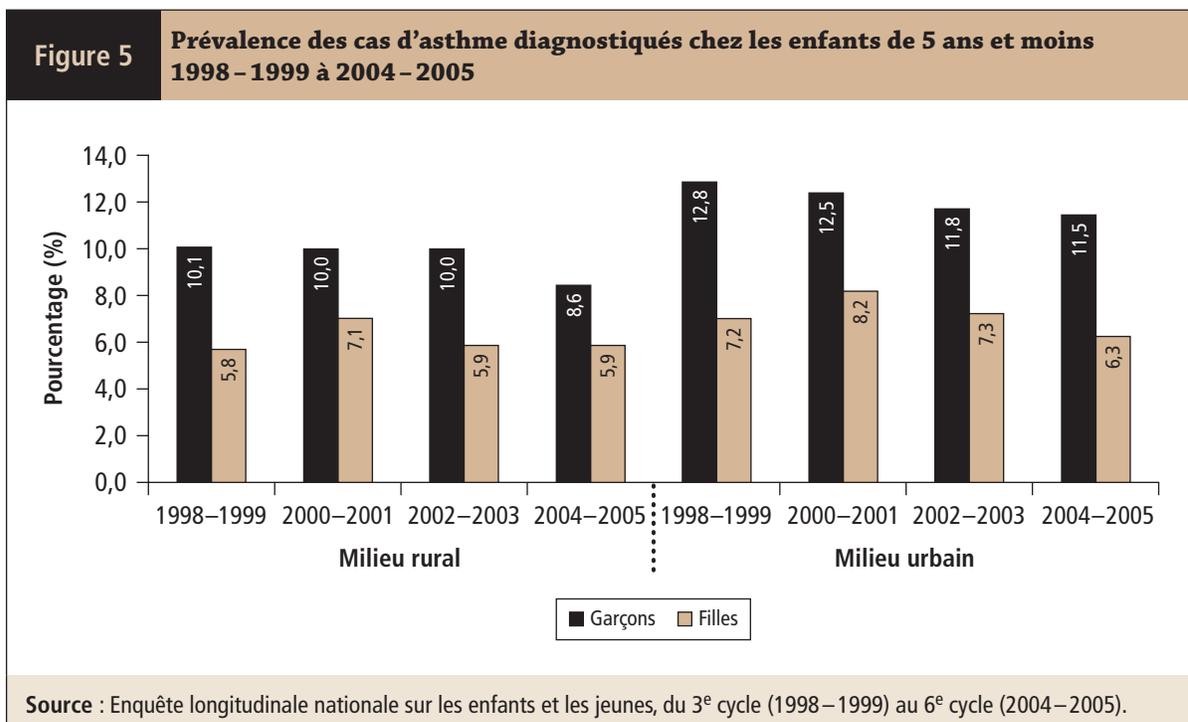
3.2.2 Asthme

... Le nombre de jeunes enfants qui faisaient de l'asthme, selon un diagnostic posé par un médecin, continue de diminuer

En 2004–2005, on signalait un diagnostic médical d'asthme chez **8,8 %** des enfants de 5 ans et moins, ce qui constitue une diminution par rapport au taux de 9,9 % enregistré en 1998–1999.

L'asthme continue de toucher davantage de garçons (11,2 %) que de filles (6,2 %). Comme dans le passé, il est plus présent dans les centres urbains qu'en milieu rural. En effet, 11,5 % des garçons et 6,3 % des filles vivant en milieu urbain souffrent d'asthme déclaré, comparativement à 8,6 % des garçons et 5,9 % des filles vivant en milieu rural. Depuis 1998–1999, la prévalence de l'asthme a diminué dans tous les groupes, sauf dans celui des filles de cinq ans et moins des milieux ruraux.

Les enfants dont un des parents est fumeur sont plus nombreux à souffrir d'asthme que les enfants de parents non fumeurs.²⁵



²⁵ Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 6^e cycle (2004–2005).

3.2.3 Pourquoi est-ce important?

Le nombre de cas d'affections allergiques a énormément augmenté au cours des dernières décennies.²⁶ Ces affections surviennent lorsque le système immunitaire est inhabituellement sensible et qu'il produit une réaction excessive en présence de substances courantes qui ne présentent normalement pas de danger, comme le pollen, les moisissures, les squames animales, la poussière, certains aliments, le venin de certains insectes et les médicaments. Les affections allergiques comprennent les affections atopiques (maladies allergiques d'origine génétique, comme le rhume des foins, l'asthme et la dermatite atopique) et diverses maladies comportant une composante allergique (rhinite, conjonctivite, asthme, dermatite, urticaire et syndrome anaphylactique).²⁷

Les affections allergiques nuisent à la qualité de vie et font grimper le coût des soins de santé.²⁸ Les enfants qui ont des allergies doivent parfois manquer l'école et se priver de certaines activités de loisirs, et réduire leurs activités en général. Toutefois, il est possible de contrôler et de prévenir les maladies allergiques en apprenant à les soigner, et d'atténuer leurs symptômes en apprenant à reconnaître les facteurs qui déclenchent les réactions allergiques.²⁹ Les résultats de recherches indiquent également qu'il est possible de réduire la prévalence de l'asthme chez les enfants à haut risque au moyen d'interventions pratiquées très tôt (avant la naissance ou au cours de la première année de l'enfant).³⁰

3.3 Le cancer chez les enfants

... La leucémie est le cancer le plus répandu parmi les enfants de quatre ans et moins

En 2004, quelque **370** nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués chez les enfants de 4 ans et moins. Les cancers les plus répandus étaient la leucémie, les tumeurs du système nerveux central, le neuroblastome, la tumeur de Wilms, le rétinoblastome et les lymphomes. Pris globalement, ces types de cancer comptaient pour plus de 85 % de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les enfants de la naissance à 4 ans.

Tableau 2	Incidence des nouveaux cas de cancer chez les enfants de la naissance à 4 ans (par tranche de 100 000 personnes)						
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Leucémie	9,1	10,3	8,7	8,5	7,6	8,2	8,3
Tumeurs du système nerveux central	4,5	2,5	4,0	3,7	3,4	3,0	3,6
Neuroblastome	3,2	2,6	2,3	3,0	3,4	3,0	2,8
Tumeur de Wilms	2,7	2,0	1,3	1,6	1,9	2,0	1,9
Rétinoblastome	1,0	1,1	1,5	1,0	1,0	0,8	1,0
Lymphomes	0,8	1,4	1,2	1,1	0,9	1,2	0,9
Tous les types de cancer chez les enfants	24,3	23,4	21,9	22,1	21,2	21,3	21,6

Source : Agence de santé publique du Canada, à partir de données provenant du Registre canadien du cancer et de la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada. Les différents types de cancer ont été classifiés au moyen de la Classification internationale du cancer chez les enfants CICE-3 (fondée sur la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-0-3)).

²⁶ La Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *The Allergy Report* (<http://www.theallergyreport.com/reportindex.html>).

³⁰ Chan-Yeung, M., A. Ferguson, W. Watson, H. Dimich-Ward, R. Rousseau, M. Lilley, A. DyBuncio et A. Becker. (2005). « The Canadian Childhood Asthma Primary Prevention Study: Outcomes at 7 years of age », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, volume 116, numéro 1, pages 49 à 55.

Depuis 1998, le taux d'incidence global de nouveaux cas de cancer est systématiquement plus élevé parmi les garçons que parmi les filles. En 2004, le taux d'incidence de cancer infantile chez les garçons de 4 ans et moins était de 22,9 nouveaux cas par 100 000, comparativement à 20,2 nouveaux cas par 100 000 parmi les filles du même âge.

Pourquoi est-ce important?

Le cancer touche rarement les enfants et les adolescents. En fait, environ 1 % de tous les nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués dans ce groupe d'âge.³¹ Néanmoins, le cancer est la principale cause de décès lié à la maladie chez les enfants canadiens,³² le taux d'incidence étant supérieur dans les cinq premières années de la vie.³³

Chez les enfants, le cancer est plus diversifié que chez les adultes, et il comporte une proportion beaucoup plus élevée de cancers d'origine hématopoïétique (systèmes sanguin et lymphatique). Le traitement du cancer s'est considérablement amélioré au cours des dernières années. En fait, selon une étude récente, le taux de survie prévu après 5 ans pour les enfants et les adolescents a beaucoup augmenté au Canada depuis la fin des années 1980, et il atteint aujourd'hui 82 %.³⁴ Les améliorations des taux de survie peuvent généralement être attribuées à un certain nombre de changements apportés à la gestion des cancers chez les enfants et les adolescents.

3.4 Taux d'hospitalisations à la suite de blessures

... La proportion d'enfants qui ont dû se rendre à l'hôpital parce qu'ils ont subi des blessures non intentionnelles a considérablement diminué, tant chez les enfants de moins de un an que chez les enfants de un à quatre ans

En 2004–2005, 1 171 enfants de moins de un an ont dû être hospitalisés pour recevoir des soins à la suite de blessures non intentionnelles. Le taux d'hospitalisations à la suite de blessures était alors de **348,1 enfants par 100 000**. Ce taux était inférieur à celui de 1998–1999, qui s'établissait à 438,9 enfants par 100 000.

Les quatre principales causes de blessures non intentionnelles exigeant une hospitalisation chez les enfants de moins de un an sont, par ordre de prévalence, les chutes,³⁵ les empoisonnements, les suffocations et le contact avec une substance ou un objet chaud. Ces facteurs sont responsables de 70 % des cas d'hospitalisation découlant de blessures non intentionnelles.

En 2004–2005, 4 995 enfants âgés de 1 à 4 ans ont été hospitalisés à la suite de blessures non intentionnelles, pour un taux de **365 enfants par 100 000**, soit un taux inférieur à celui de 1998–1999, qui s'établissait à 465,3 enfants par 100 000.

Les chutes et les empoisonnements étaient à l'origine de la majorité des blessures (plus de 55 %) qui ont exigé l'hospitalisation de ces enfants.

Dans les deux groupes d'âge, le taux d'hospitalisations à la suite de blessures est systématiquement plus élevé chez les garçons.

³¹ Statistique Canada. (24 juillet 2007). « Étude : Survie au cancer chez l'enfant et l'adolescent, 1999 à 2003 », *Le Quotidien*. (<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/070724/q070724e.htm>)

³² Rusen I.D. MCGA. (1999) *À la hauteur – Une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes du Canada*. Santé Canada.

³³ *Le programme canadien de surveillance et de lutte contre le cancer chez les enfants – Faits et chiffres*. (http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/program/ccscsp-pcsfce/facts_f.html)

³⁴ Statistique Canada. (24 juillet 2007). « Étude : Survie au cancer chez l'enfant et l'adolescent, 1999 à 2003 », *Le Quotidien*. (<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/070724/q070724e.htm>)

³⁵ À l'exclusion des fractures dont la cause n'a pas été précisée.

Tableau 3

Hospitalisations résultant de blessures non intentionnelles, selon le groupe d'âge, 2004 – 2005; taux par 100 000 (tous les types de blessures non intentionnelles et principales causes à l'échelle nationale)

	Enfants de moins de 1 an			Enfants de 1 à 4 ans – inclusive		
	Les deux sexes	Filles	Garçons	Les deux sexes	Filles	Garçons
Toutes les blessures non intentionnelles	348,1	322,1	372,8	365,0	322,3	405,8
Principales causes						
Chutes	1 (172,1)	1 (154,6)	1 (188,7)	1 (148,1)	1 (133,4)	1 (162,2)
Empoisonnements	2 (29,4)	2 (31,8)	2 (27,2)	2 (56,2)	2 (52,8)	2 (59,4)
Suffocations	3 (19,3)	4 (15,9)	3 (22,6)	6 (6,4)	6 (4,5)	6 (8,3)
Contact avec une substance ou un objet chaud	4 (18,1)	3 (17,1)	4 (19,1)	4 (20,3)	3 (18,4)	4 (22,2)
Choc donné ou reçu (objet, personne ou animal)	5 (9,5)	5 (9,2)	5 (9,8)	3 (20,8)	5 (16,3)	3 (25,2)
Nature/environnement	6 (3,6)	F	F	5 (18,8)	4 (16,9)	5 (20,6)
Nota : Blessure non intentionnelle = accident : événement imprévu non associé à une intention de causer du mal, une blessure ou la mort, mais qui a causé une blessure. Les chutes ne comprennent pas les cas de fractures dont la cause n'a pas été précisée.						
F Donner insuffisamment fiables pour être publiées.						
Source : Analyse par l'Agence de santé publique du Canada de données tirées de la base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé (exercice financier 2004–2005).						

Pourquoi est-ce important?

Les blessures sont la principale cause de décès parmi les enfants; elles constituent aussi la principale cause d'invalidité au cours des premières années de la vie.³⁶ Pour chaque décès lié à des blessures, il faut compter 40 hospitalisations et quelque 670 consultations à l'urgence pour traitement.³⁷ On évalue à environ quatre milliards de dollars le coût lié aux blessures subies par les enfants seulement.³⁸ Les enfants atteints d'incapacité permanente à la suite d'une blessure risquent d'éprouver des douleurs tout au long de leur vie ou de subir une perte motrice ou cognitive permanente.³⁹

³⁶ Instituts canadiens de recherche en santé. *Recherche en santé – Investir dans l'avenir du Canada 2004–2005*. (<http://www.cih-irsc.gc.ca/f/28903.html>)

³⁷ *À la hauteur – Une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes du Canada*. (1999). Santé Canada.

³⁸ SécuritéJeunes Canada. (Le 31 octobre 2005). *Accroître la productivité grâce à la santé publique – Investir dans le capital humain dans le cadre d'une stratégie nationale de prévention des blessures*. Mémoire présenté par SécuritéJeunes Canada – Le programme national de prévention des blessures de l'Hospital for Sick Children au Comité permanent des finances.

³⁹ Miller, T.R., E. O. Romano et R. S. Spicer. *The Cost of Childhood Unintentional Injuries and the Value of Prevention*.

Les résultats de la recherche révèlent que la majorité des blessures peut être évitée. Les stratégies de prévention les plus efficaces se fondent à la fois sur une démarche d'éducation, sur la modification de l'environnement et sur l'application de règlements. L'utilisation de dispositifs de protection dans les voitures, la réglementation du port du casque par les cyclistes et la conception de produits plus sûrs sont des exemples de stratégies qui ont fait leurs preuves.⁴⁰

⁴⁰ SécuriJeunes Canada. (Le 31 octobre 2005). *Accroître la productivité grâce à la santé publique – Investir dans le capital humain dans le cadre d'une stratégie nationale de prévention des blessures*. Mémoire présenté par SécuriJeunes Canada – Le programme national de prévention des blessures de l'Hospital for Sick Children au Comité permanent des finances.

Chapitre 4 L'évolution du développement des jeunes enfants du Canada

Points saillants

Le profil des jeunes enfants canadiens révèle que, en 2004–2005 :

- 83,6 % des jeunes enfants canadiens de 3 ans et moins montraient des signes de développement moteur et social de niveau moyen à avancé.
- 85,3 % des enfants de 2 à 5 ans ne montraient aucun signe de troubles émotifs ou d'anxiété.
- 93,4 % des enfants de 2 à 5 ans n'avaient aucun des comportements associés à l'hyperactivité ou à l'inattention.
- 85,8 % des enfants de 2 à 5 ans ne montraient aucun des signes associés à l'agressivité physique ou aux problèmes de comportement.
- 93,7 % des enfants de 2 à 5 ans ne montraient aucun des signes associés à l'agressivité indirecte.
- 85,4 % des enfants de 3 ans et moins avaient des comportements personnels et sociaux adaptés à leur âge.
- 86,5 % des enfants de 4 à 5 ans affichaient un développement verbal de niveau moyen à avancé.
- 83,7 % des enfants de 4 à 5 ans affichaient un développement en numératie de niveau moyen à avancé.
- 85,2 % des enfants de 4 à 5 ans affichaient un développement cognitif de niveau moyen à avancé.

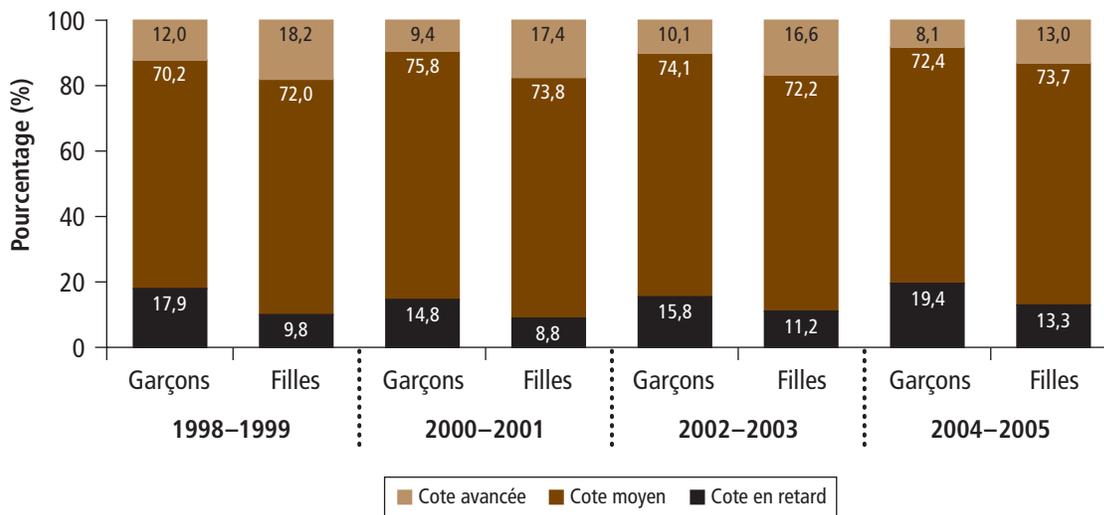
4.1 Développement moteur et social

... La majorité des jeunes enfants montre des signes de développement moteur et social de niveau moyen à avancé

En 2004–2005, **83,6 %** des enfants de 3 ans et moins affichaient un développement moteur et social moyen ou avancé, ce qui représente une légère diminution par rapport au taux de 86,4 % enregistré en 2002–2003. Les filles sont plus nombreuses à se classer à ce niveau (86,7 % des filles comparativement à 80,5 % des garçons en 2004–2005), mais on observe toujours d'importants écarts entre les niveaux de développement moteur et social atteints par les jeunes enfants, autant parmi les filles que parmi les garçons.

Figure 6

Pourcentage des enfants de 3 ans et moins, selon leur niveau de développement moteur et social, 1998 – 1999 à 2004 – 2005



Source: Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, du 3^e cycle (1998–1999) au 6^e cycle (2004–2005).

Les niveaux de développement diffèrent considérablement selon le milieu de vie des enfants. Les garçons qui vivent en milieu rural sont plus nombreux à montrer des signes de développement moteur et social avancé que les garçons vivant en milieu urbain (10,4 % comparativement à 7,8 % en 2004–2005). À l’opposé, les filles qui habitent dans des centres urbains sont plus susceptibles d’avoir un niveau de développement moteur et social avancé que les filles qui habitent en milieu rural (13,1 % comparativement à 12,3 % en 2004–2005).

Pourquoi est-ce important?

Le développement moteur comprend deux aptitudes principales : la motricité globale et la motricité fine. Les mouvements globaux comprennent la capacité à soulever la tête, à ramper et à marcher. Ils servent de fondement à l’acquisition d’autres aptitudes, notamment la motricité fine. Cette dernière permet à l’enfant d’exécuter diverses tâches exigeant une bonne coordination oculomanuelle, comme colorier ou saisir de petits objets.⁴¹ Les enfants qui affichent un faible niveau de développement moteur et social sont plus susceptibles d’avoir de la difficulté à ramper et à marcher sans aide, ou à communiquer clairement ce qu’ils veulent et désirent.⁴² En outre, les enfants qui présentent un retard de développement moteur et social à deux et à trois ans sont plus susceptibles de montrer également un retard dans l’acquisition du vocabulaire.⁴³

La maturité scolaire exige que l’enfant ait la capacité de coordination physique nécessaire pour effectuer certaines activités courantes en maternelle et en première année, comme de tenir correctement un crayon ou tourner les pages d’un livre. Les enfants qui n’ont pas les aptitudes motrices et sociales adaptées à leur âge pourront avoir de la difficulté à accomplir ces activités, ce qui risque de leur donner une image négative d’eux-mêmes. Cette image négative pourra entraîner une tendance à se tenir à l’écart des activités en classe et, partant, à rater des occasions de s’exercer et d’apprendre.⁴⁴

⁴¹ (2005). « Fine Motor Skills », *Encyclopedia of Children’s Health*, sous la direction de Kristine Krapp et Jeffrey Wilson, Gale Group, Inc. (<http://www.enotes.com/childrens-health-encyclopedia/fine-motor-skills>)

⁴² Favaro, P., E. Gray et K. Russell. (2003). *Readiness to Learn: Early Development Instrument (EDI): Dixie Bloor Neighbourhoods, Mississauga, Ontario: Understanding the Early Years*, Mississauga, Success by Six Community Coalition of Peel Region.

⁴³ Statistique Canada. (Octobre 1998). « Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 2^e cycle, 1996 » *Le Quotidien*. (<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/981028/q981028.htm>)

⁴⁴ Doherty, G. (1997). *De la conception à six ans : les fondements de la préparation à l’école*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée.

4.2 Santé psychologique

4.2.1 Troubles émotifs – anxiété

... La majorité des enfants de deux à cinq ans ne montrent aucun signe de troubles émotifs ou d'anxiété

En 2004–2005, **85,3 %** des enfants de 2 à 5 ans ne montraient aucun des signes associés aux troubles émotifs ou à l'anxiété. Il s'agit d'une diminution par rapport aux taux de 86,2 % et de 86,5 % respectivement enregistrés en 1998–1999 et en 2000–2001, mais d'une augmentation comparativement au taux de 83,3 % observé en 2002–2003. Au fil des ans, on note des différences négligeables entre les données relatives aux filles et celles relatives aux garçons.

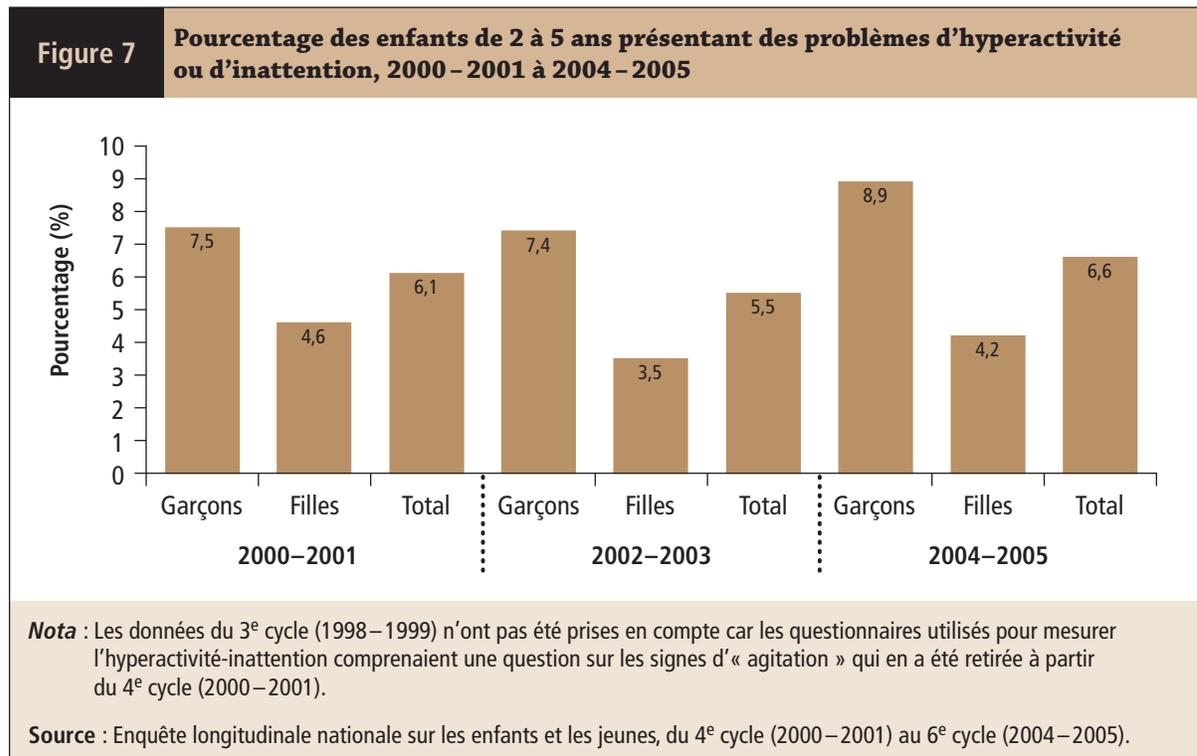
En 2004–2005, pour la première fois, les enfants vivant en milieu rural étaient plus nombreux à montrer des signes associés aux troubles émotifs et à l'anxiété que les enfants qui vivent en milieu urbain (16 % comparativement à 14,5 %).

4.2.2 Hyperactivité – inattention

... La majorité des enfants de deux à cinq ans ne présente pas de comportements associés à l'hyperactivité ou à l'inattention

Bien que plus de **90 %** des enfants ne montrent toujours aucun signe d'hyperactivité ou d'inattention, la proportion d'enfants à présenter de tels signes va en augmentant. En 2004–2005, 6,6 % des jeunes enfants manifestaient des comportements associés à l'hyperactivité ou à l'inattention, comparativement à 5,5 % en 2002–2003 et à 6,1 % en 2000–2001.

Les garçons sont plus nombreux que les filles à présenter des signes d'hyperactivité ou d'inattention. En 2004–2005, la proportion de garçons à montrer de tels signes était plus de deux fois supérieure à celle des filles (8,9 % comparativement à 4,2 %).



4.2.3 Comportements agressifs

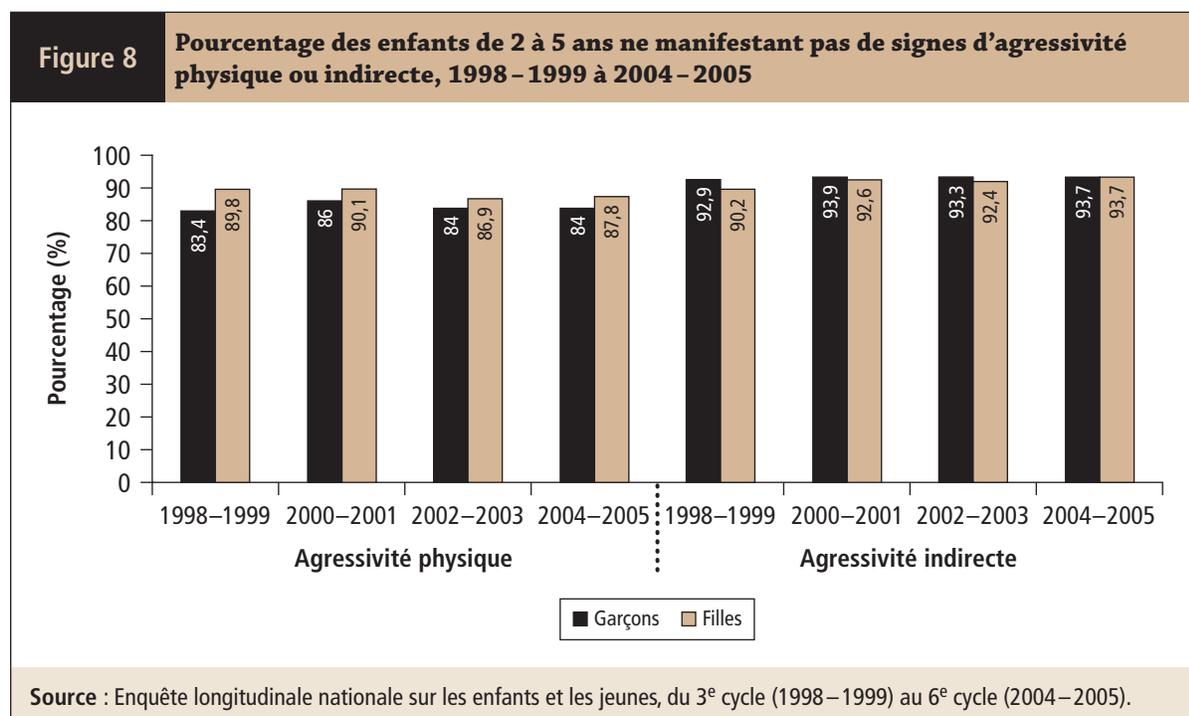
... La majorité des jeunes enfants ne manifestent pas de comportements agressifs

L'ELNEJ mesure deux formes d'agressivité : l'agressivité physique (qui consiste à intimider les autres, à agir méchamment, à se battre, etc.) et l'agressivité indirecte (qui se manifeste par la tendance à se venger, à dire des secrets, à répandre des ragots, etc.).

Lorsqu'on compare les données relatives à ces deux formes d'agressivité, on constate que les jeunes enfants sont plus susceptibles de faire preuve d'agressivité directe. En 2004–2005, **85,8 %** des enfants de 2 à 5 ans ne présentaient pas de signes d'agressivité physique ou de problèmes de comportement et **93,7 %** d'entre eux ne manifestaient pas de signes d'agressivité indirecte.

Parmi les enfants qui manifestent de l'agressivité physique (14,2 % des enfants de 2 à 5 ans), les garçons continuent d'être plus nombreux que les filles.

Entre 1998–1999 et 2002–2003, les filles étaient plus nombreuses à faire preuve d'agressivité indirecte. Toutefois, cet écart s'est amoindri chaque année, si bien qu'en 2004–2005, un pourcentage égal (6,3 %) de garçons et de filles présentait des signes d'agressivité indirecte.



Les enfants qui vivent en milieu rural continuent de présenter davantage de signes d'agressivité physique que les enfants vivant en milieu urbain, et inversement pour ce qui est de l'agressivité indirecte.

4.2.4 Pourquoi est-ce important?

La santé psychologique des jeunes enfants est un important indicateur du bien-être qui est rattaché directement à de nombreux aspects de leur développement. Les enfants qui souffrent de troubles émotifs et d'anxiété ont souvent une faible estime d'eux-mêmes et ils ont de la difficulté à forger des liens avec les gens qui les entourent. Les jeunes enfants considérés hyperactifs ont une activité motrice supérieure à la moyenne, ils ont de la difficulté à se concentrer et ils sont impulsifs. Les enfants qui manifestent de l'agressivité physique sont souvent méchants et ils ont tendance à intimider les autres, tandis que

les enfants qui affichent une agressivité indirecte sont portés à faire du commérage, à tenter de se venger et à confier des secrets à d'autres enfants.⁴⁵ Les enfants qui manifestent ces comportements sont souvent rejetés par leurs pairs et exclus des activités de groupe.⁴⁶

Les enfants sont psychologiquement prêts à aller à l'école lorsqu'ils ont confiance en eux et qu'ils abordent les nouvelles expériences avec une attitude positive. Dans la majorité des cas, les enfants peuvent concilier leur curiosité et leur désir de faire de nouvelles expériences avec une capacité de réfléchir avant de passer à l'action qui est adaptée à leur âge. Les enfants qui ont une faible estime d'eux-mêmes et qui vivent dans la peur de l'échec ne sont pas enclins à essayer de nouvelles activités; ils risquent donc de rater des occasions d'apprentissage. Les enfants hyperactifs, pour leur part, risquent de ne pas saisir tous les éléments d'une tâche donnée et de ne pas comprendre parfaitement ce que l'on attend d'eux.⁴⁷ Les problèmes comportementaux qu'affichent les jeunes enfants lorsqu'ils commencent à aller à l'école ont tendance à persister tout au long de leur scolarité et ces enfants risquent d'obtenir de piètres résultats scolaires et de se désintéresser de l'école.⁴⁸

4.3 Connaissances et compétences sociales

4.3.1 Scores obtenus au chapitre du comportement personnel et social

... Plus de 85 % des enfants de 3 ans et moins affichent un comportement personnel et social adapté à leur âge

En 2004–2005, **85,4 %** des enfants de 3 ans et moins affichaient un comportement personnel et social adapté à leur âge. Il s'agit d'un recul par rapport au pourcentage de 88,5 % enregistré en 2000–2001. Les filles étaient plus nombreuses à manifester un comportement personnel et social adapté à leur âge (88,9 % des filles comparativement à 82,1 % des garçons en 2004–2005).

En 2004–2005, on notait une différence, sur le plan du comportement personnel et social, entre les enfants vivant en milieu rural et ceux vivant en milieu urbain. Les premiers étaient beaucoup plus nombreux à afficher un comportement personnel et social adapté à leur âge (88,5 % comparativement à 85 % en milieu urbain). Les filles habitant en milieu rural étaient tout particulièrement nombreuses à faire montre d'un comportement adapté à leur âge (91,8 % comparativement à 88,5 % des filles vivant en milieu urbain).

Pourquoi est-ce important?

Les mesures relatives au comportement personnel et social portent sur la façon dont l'enfant interagit avec lui-même, avec les étrangers, avec ses parents et avec des jouets. Les enfants établissent très tôt des relations avec les autres. Ils partagent des activités avec leurs pairs, tandis que les tout-petits jouent à des jeux, s'imitent mutuellement et commencent à adopter divers rôles, en alternance, dans le cadre de leurs jeux. Entre trois et cinq ans, les enfants adoptent de plus en plus de comportements prosociaux. Ceux qui ont de la difficulté à établir des relations avec leurs pairs risquent d'être rejetés du groupe, ce qui peut conduire à diverses formes de comportements négatifs envers les enfants rejetés, comme le contrôle, la domination ou la taquinerie excessive.⁴⁹

⁴⁵ Offord, D. et E. Lipman. (1996). « Problèmes affectifs et comportementaux », *Grandir au Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada.

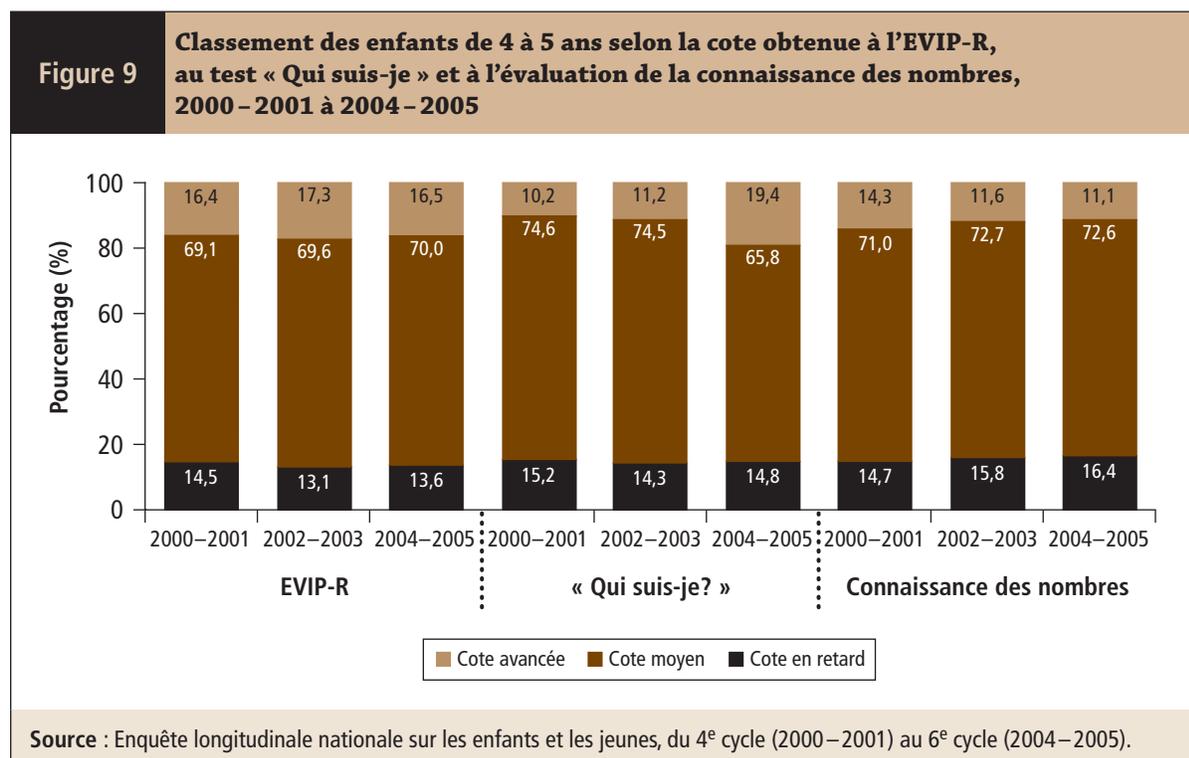
⁴⁶ Doherty, G. (1997). *De la conception à six ans : les fondements de la préparation à l'école*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée.

⁴⁷ Comprendre la petite enfance, Partir du bon pied, *Emotional Maturity and School Readiness – Projet Niagara Falls*.

⁴⁸ Offord, D. et E. Lipman. (1996). « Problèmes affectifs et comportementaux », *Grandir au Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada.

⁴⁹ Boivin, M. (2005). « Origine des difficultés dans les relations entre pairs pendant la petite enfance et impacts sur l'adaptation psychosociale et le développement des enfants », sous la direction de Tremblay R.E., R.G. Barr et R. De V Peters, *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet], Montréal, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-7. (<http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BoivinFRxp.pdf>)

4.4 Apprentissage cognitif et communication par le langage



4.4.1 Échelle de vocabulaire en images de Peabody, version révisée (EVIP-R)

... La majorité des enfants de quatre à cinq ans est capable d'entendre et de comprendre le vocabulaire

En 2004–2005, **86,5 %** des enfants de 4 à 5 ans affichaient un développement verbal de niveau moyen ou avancé, ce qui représente une augmentation par rapport à 1998–1999 (84,1 %) et à 2000–2001 (85,5 %), mais une légère diminution par rapport à 2002–2003 (86,9 %).

Entre 1998–1999 et 2002–2003, les filles ont obtenu des résultats systématiquement supérieurs à ceux des garçons en ce qui a trait à la capacité d'entendre et de comprendre le vocabulaire. La situation a changé en 2004–2005, lorsque 86,8 % des garçons ont obtenu un score de niveau moyen à avancé, comparativement à 86,0 % des filles.

Les filles vivant en milieu rural continuent d'obtenir des résultats supérieurs, sur le plan du développement verbal, aux filles qui vivent en milieu urbain. En 2004–2005, 89,2 % des filles habitant en milieu rural obtenaient des résultats de niveau moyen ou avancé, comparativement à 85,6 % des filles habitant dans les centres urbains. Dans le cas des garçons, on observe des résultats opposés, puisque 87,1 % des garçons vivant dans les villes affichaient un développement verbal de niveau moyen ou avancé, comparativement à 84 % des garçons qui vivent en région rurale.

4.4.2 Test « Qui suis-je? »

... Plus de 85 % des enfants de 4 à 5 ans affichent un développement cognitif de niveau moyen à élevé

En 2004–2005, **85,2 %** des enfants de 4 à 5 ans obtenaient un score de niveau moyen ou avancé au test « Qui suis-je? » des aptitudes cognitives, soit un léger recul par rapport au taux de 2002–2003, qui s'établissait à 85,7 %. En revanche, un plus grand nombre de ces enfants a obtenu des résultats de niveau avancé en 2004–2005.

... tandis que dans d'autres pays

Dans le cadre d'une étude réalisée en 2002 dans cinq pays, on a utilisé le test « Qui suis-je? » afin de comparer la capacité d'enfants de six ans à réaliser deux tâches précises : comprendre des symboles, et reproduire des formes et des symboles. Dans l'ensemble, les enfants canadiens ont obtenu des résultats supérieurs à ceux des enfants suédois et indiens, et des résultats inférieurs à ceux des enfants vivant à Hong Kong et en Australie. L'étude révèle en outre que l'aptitude des enfants canadiens à comprendre les symboles est légèrement supérieure à leur aptitude à reproduire des formes et des symboles.⁵⁰

4.4.3 Évaluation de la connaissance des nombres

... La majorité des enfants de quatre à cinq ans comprend les nombres

En 2004–2005, **83,7 %** des enfants de 4 à 5 ans ont obtenu des scores de niveau moyen ou avancé à l'évaluation de la connaissance des nombres, soit un léger recul par rapport à 2002–2003 (84,3 %). Les filles ont systématiquement obtenu des résultats supérieurs à ceux des garçons. En 2004–2005, 85,7 % des filles obtenaient des scores de niveau moyen ou avancé, comparativement à 81,7 % des garçons. Les enfants qui vivent dans les centres urbains continuent d'obtenir de meilleurs résultats que les enfants vivant en milieu rural (84,1 % comparativement à 79,1 % en 2004–2005).

4.4.4 Examen des résultats moyens en matière de développement cognitif

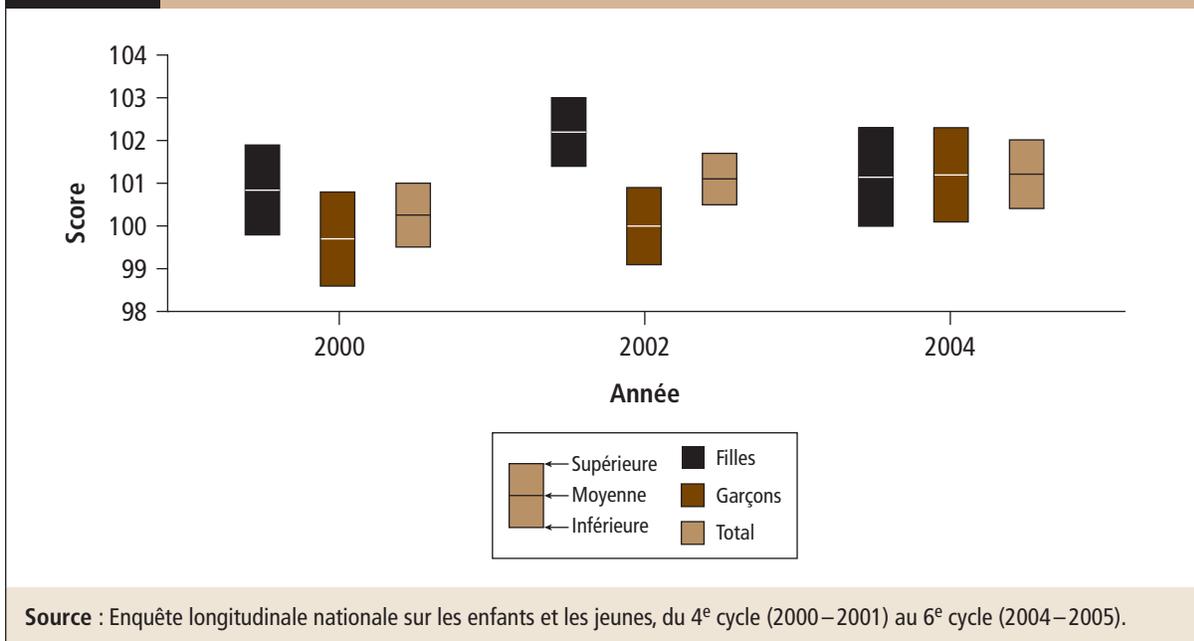
Dans le but de mieux comprendre les tendances sur le plan du développement cognitif des enfants canadiens, les résultats moyens de ces derniers ont été analysés.

Comme l'illustre la figure 10, l'aptitude moyenne des enfants à entendre et à comprendre le vocabulaire s'est légèrement améliorée entre 2002–2003 et 2004–2005. L'écart entre les résultats moyens des garçons et ceux des filles s'est amenuisé, les scores des garçons s'étant améliorés.

Il est intéressant de noter que, pendant que les enfants obtenaient une meilleure note moyenne dans le domaine du développement cognitif (selon les résultats au test « Qui suis-je? », voir la figure 11) entre 2000–2001 et 2004–2005, leur note moyenne en ce qui a trait à la connaissance des nombres diminuait (voir la figure 12). Ainsi, la majorité des enfants de quatre à cinq ans continue d'obtenir de bons résultats sur le plan du développement cognitif, mais, dans l'ensemble, leurs aptitudes dans le domaine de la numératie ne semblent pas aussi fortes que dans le domaine de la littératie, selon les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes.

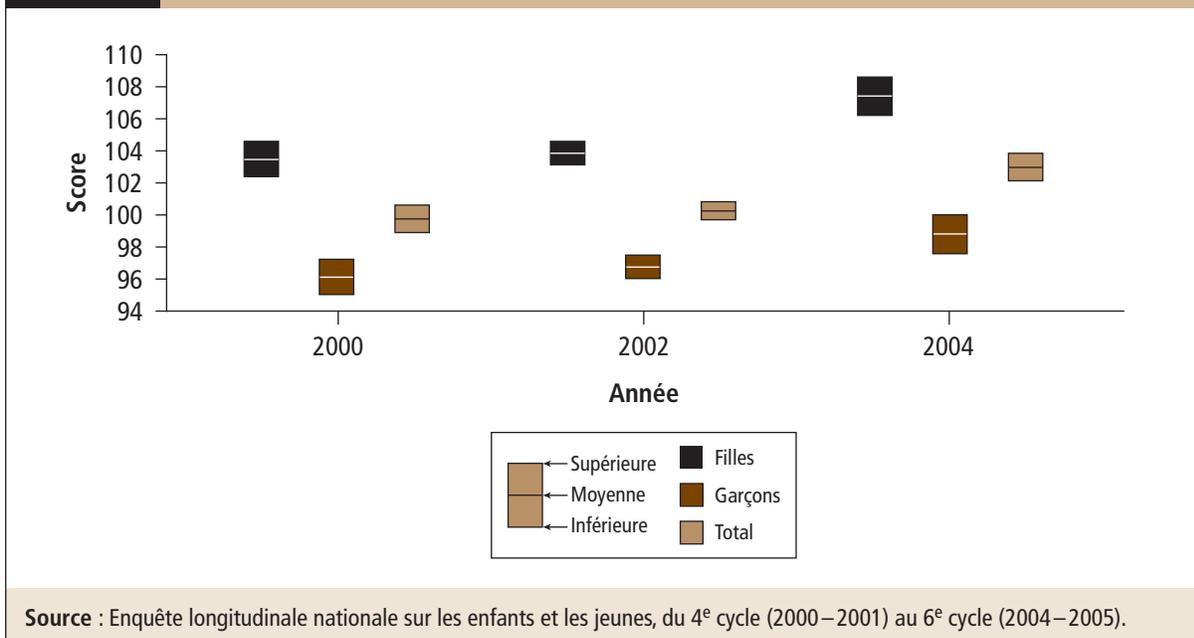
⁵⁰ de Lemos, M. (2002). *Schéma du développement des jeunes enfants : Comparaison internationale du développement selon le livret Qui suis-je?*, Ottawa : Développement des ressources humaines Canada.

Figure 10 EVIP-R, selon le sexe, 2000 – 2001 à 2004 – 2005



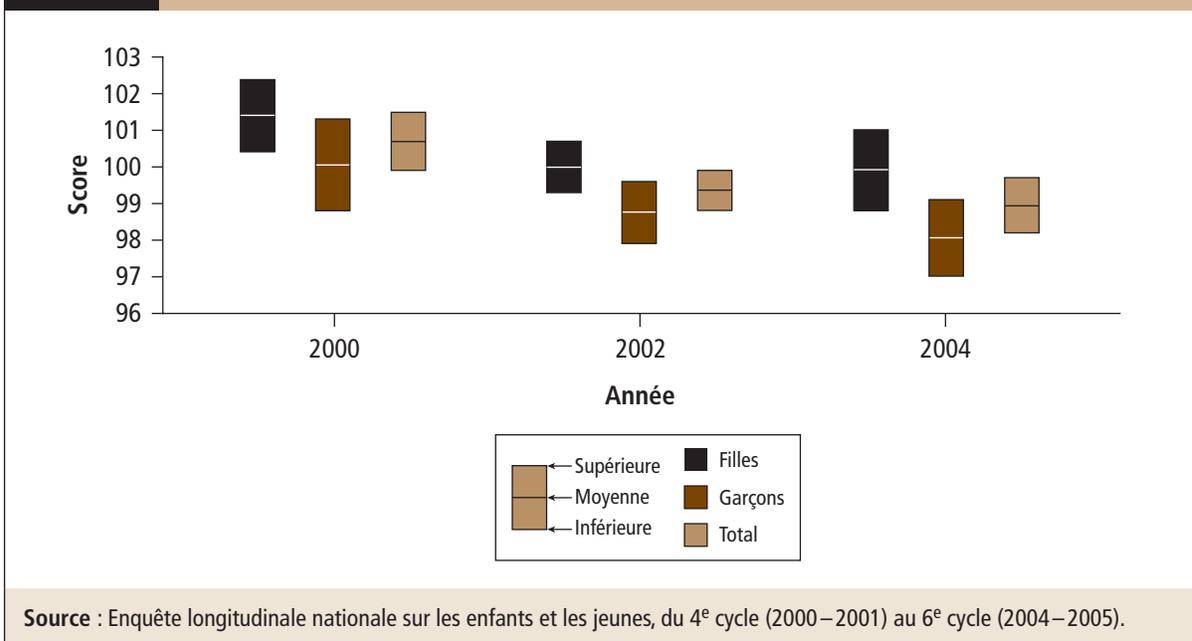
Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, du 4^e cycle (2000–2001) au 6^e cycle (2004–2005).

Figure 11 Test « Qui suis je? », selon le sexe, 2000 – 2001 à 2004 – 2005



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, du 4^e cycle (2000–2001) au 6^e cycle (2004–2005).

Figure 12 Connaissance des nombres, selon le sexe, 2000 – 2001 à 2004 – 2005



4.4.5 Pourquoi est-ce important?

Apprendre à parler est l'une des réalisations les plus visibles et les plus importantes de la petite enfance. Les nouveaux outils du langage ouvrent de nouvelles possibilités de compréhension sociale, d'apprentissage du monde et de communication de l'expérience, des plaisirs et des besoins. Les activités d'alphabétisation et de pré-alphabétisation peuvent stimuler les compétences langagières des enfants, au niveau préscolaire et tout au long de leur scolarité.⁵¹

Les mots sont des symboles. Ils permettent de désigner quelque chose qui n'est pas présent, ou qui n'a peut-être jamais existé, en plus d'indiquer quelque chose qui peut être vu ou dont on peut faire l'expérience. La capacité d'utiliser des symboles pour représenter quelque chose forme le fondement de la lecture et de l'arithmétique.⁵²

Quand les enfants entrent à l'école, on s'attend à ce qu'ils utilisent leurs habiletés langagières nouvellement acquises comme outils d'apprentissage et, de plus en plus, pour les échanges sociaux. Le rôle important de la communication parlée et écrite dans la vie des enfants d'âge scolaire suggère que les défis individuels liés à ces habiletés peuvent entraîner des risques relativement à la compétence scolaire et psychosociale globale.⁵³

Quand les enfants ont de la difficulté à comprendre les autres et à s'exprimer, il n'est pas rare qu'ils aient des problèmes psychologiques et des troubles émotifs. Les enfants aux prises avec des problèmes de langage ont de la difficulté à s'intégrer

⁵¹ « Synthèse sur le développement du langage et l'alphabétisation », sous la direction de Tremblay R.E., R.G. Barr et R. DeV Peters, *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet], Montréal, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-7. (<http://www.enfant-encyclopedie.com/fr-ca/developpement-langage-alphabetisation/est-ce-important.html>)

⁵² Doherty, G. (1997). *De la conception à six ans : les fondements de la préparation à l'école*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée.

⁵³ Tomblin, B. « Alphabétisation comme résultat du développement du langage et impact sur le développement psychosocial et affectif des enfants », sous la direction de Tremblay R.E., R. G. Barr et R. DeV Peters, *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-6. (<http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/TomblinFRxp.pdf>)

aux groupes de pairs et ils en sont souvent exclus, ce qui leur procure moins d'occasions d'apprendre et de pratiquer les habiletés sociales nécessaires à l'interaction avec les pairs.⁵⁴ Ces enfants courent un risque plus élevé d'avoir des problèmes de comportement, d'éprouver des difficultés à l'école, et de souffrir de troubles d'apprentissage et de troubles anxieux.⁵⁵

⁵⁴ Cohen, N.J. « L'impact du développement du langage sur le développement psychosocial et affectif des jeunes enfants », sous la direction de Tremblay R.E., R.G. Barr et R. DeV Peters, *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet], Montréal, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-7. (<http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/CohenFRxp.pdf>)

⁵⁵ « Synthèse sur le développement du langage et l'alphabetisation », sous la direction de Tremblay R.E., R.G. Barr et R. DeV Peters, *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet], Montréal, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-7. (<http://www.enfant-encyclopedie.com/fr-ca/developpement-langage-alphabetisation/est-ce-important.html>)

Chapitre 5 Influence de la famille sur le développement des jeunes enfants

Points saillants

Le profil des familles canadiennes comptant de jeunes enfants révèle que, en 2004–2005 :

- 55,9 % des parents déclaraient avoir fait des études postsecondaires.
- Pour 62,9 % des enfants vivant avec un seul parent et pour 65,8 % des jeunes enfants vivant avec deux parents, le ou les parents étudiaient ou travaillaient.
- 86,6 % des familles touchaient un revenu supérieur au faible revenu (2005).
- 45 % de tous les enfants de 1 à 5 ans étaient sous la garde de leurs parents, à la maison, alors que 55 % d'entre eux étaient confiés à des services de garde d'enfants.
- Les mères de 85,4 % des enfants de moins de 2 ans ne fumaient pas pendant leur grossesse.
- Les mères de 84,5 % des enfants de moins de 2 ans n'ont pas consommé d'alcool pendant leur grossesse.
- 86 % des enfants de moins de 3 ans avaient été allaités et, dans le cas de 44,2 % des enfants, ils avaient été allaités pendant 7 mois ou plus.
- 90 % des parents de jeunes enfants déclaraient ne présenter aucun signe de dépression grave.
- 67,2 % des jeunes enfants vivaient dans un foyer où ni l'un ni l'autre des parents ne fumait.
- 91,3 % des jeunes enfants vivaient dans des familles qui fonctionnaient bien.
- 94,3 % des jeunes enfants vivaient dans des foyers où les interactions parentales étaient positives.
- 64,8 % des jeunes enfants se sont fait faire la lecture tous les jours par un de leurs parents ou par un autre adulte.

5.1 Portrait des parents des jeunes enfants canadiens

5.1.1 Niveau de scolarité de la mère et du père

... **Les parents de jeunes enfants sont plus nombreux à détenir un diplôme collégial ou universitaire.**

Les parents de jeunes enfants ont un plus haut niveau de scolarité. En 2004–2005, **55,9 %** de tous les parents de jeunes enfants déclaraient détenir un diplôme collégial ou universitaire, soit une hausse par rapport au pourcentage de 46,9 % de 1998–1999. Les pourcentages ne variaient guère selon le sexe des parents, puisque 56,5 % des mères et 55,2 % des pères avaient obtenu un diplôme collégial ou universitaire. Il s'agit d'une augmentation par rapport à 1998–1999, année où les pourcentages s'établissaient à 45,3 % dans le cas des mères et à 48,7 % dans le cas des pères.

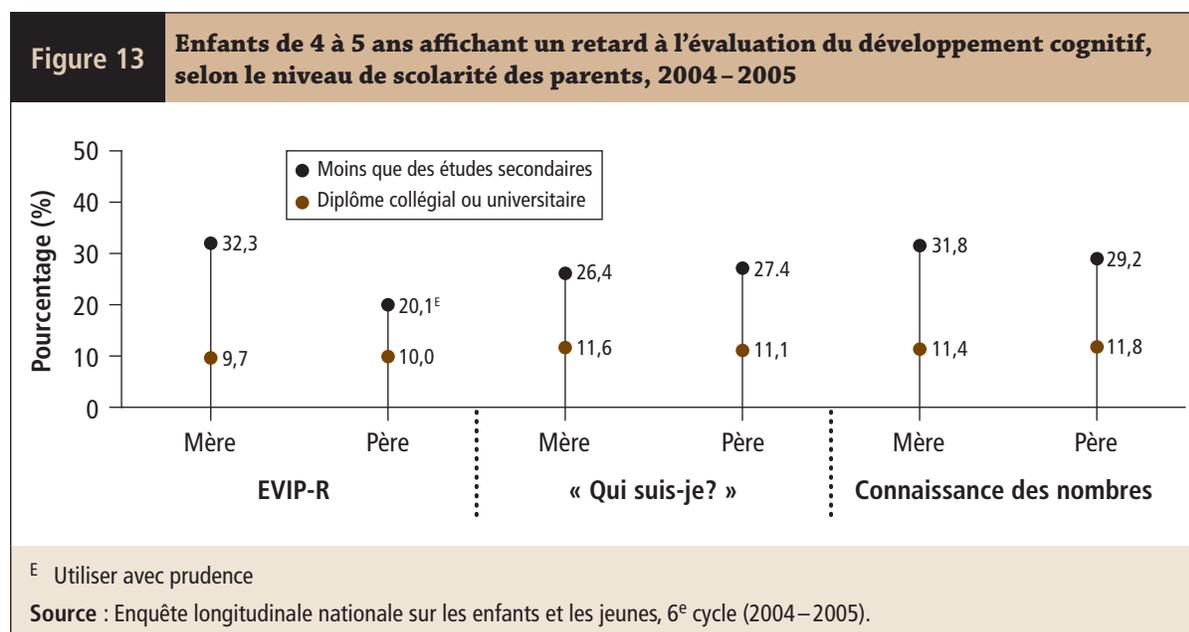
Les parents de jeunes enfants vivant dans des centres urbains sont en général plus scolarisés que les parents de jeunes enfants vivant en milieu rural. En 2004–2005, parmi les parents de jeunes enfants qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires, ceux qui vivaient à la campagne étaient passablement plus nombreux que ceux qui habitaient en milieu urbain (18,4 % comparativement à 10 % dans le cas des mères et 22,9 % comparativement à 11 % dans le cas des pères). De la

même façon, le nombre de parents de jeunes enfants détenant un diplôme collégial ou universitaire est beaucoup plus élevé parmi les citadins que parmi les personnes vivant à la campagne (58,2 % comparativement à 43 % dans le cas des mères et 57,3 % comparativement à 39,2 % dans le cas des pères).

Pourquoi est-ce important?

Les parents jouent un rôle essentiel dans le développement des jeunes enfants en les encourageant à apprendre, en leur donnant des modèles de comportement et en leur fournissant un milieu de vie qui favorise l'apprentissage. L'influence des parents sur le développement des enfants varie selon leur niveau de scolarité. Des recherches montrent que les parents plus scolarisés passent plus de temps à réaliser diverses activités favorisant le développement de leurs petits et qu'ils les aident à réussir la transition entre l'enfance et l'âge adulte.⁵⁶

On a observé un lien entre le faible niveau de scolarité des parents et de faibles résultats chez les jeunes enfants en matière de compréhension du vocabulaire, d'aptitudes à la communication, de connaissance des nombres et de reproduction et d'utilisation de symboles.⁵⁷ Comme l'illustre la figure 13, les enfants de 4 à 5 ans dont les parents étaient fortement scolarisés obtenaient systématiquement de meilleurs résultats dans toutes les évaluations du développement cognitif effectuées dans le cadre de l'ELNEJ.



5.1.2 Les parents qui travaillent ou qui étudient

... La majorité des parents de jeunes enfants travaillent ou étudient.

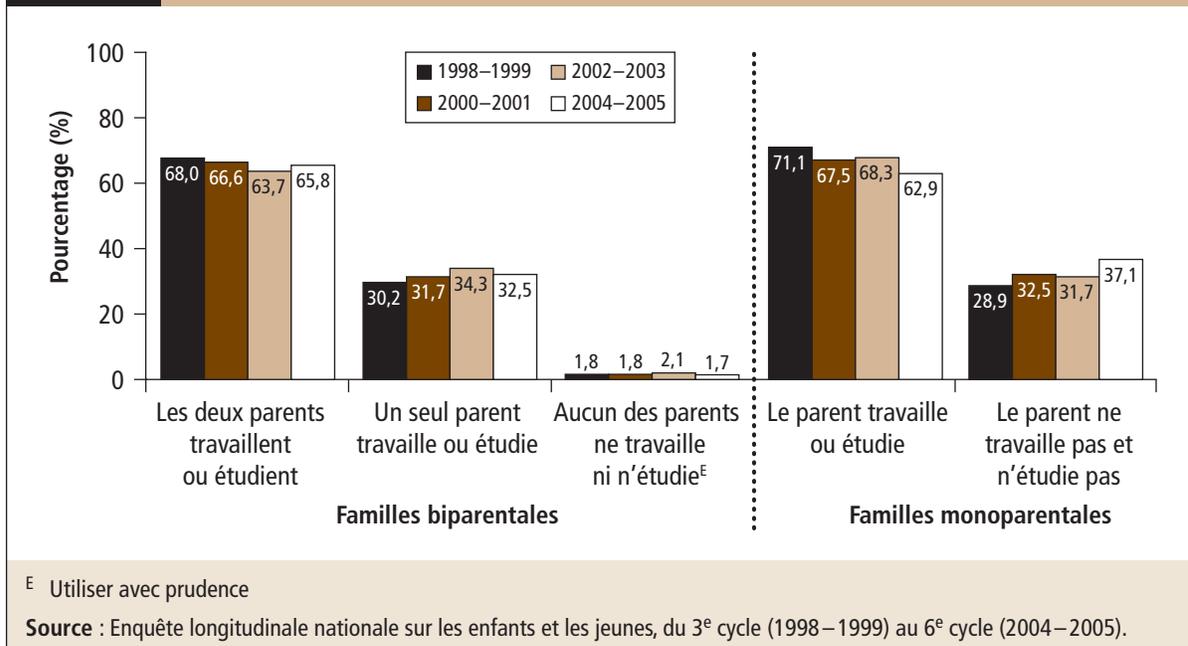
En 2004–2005, **65,8 %** des jeunes enfants qui vivaient avec leurs deux parents et **62,9 %** de ceux qui vivaient avec un seul de leurs parents évoluaient dans un foyer où le ou les parents travaillaient ou étudiaient. Il s'agit d'un recul par rapport aux taux respectifs de 68 % et de 71,1 % enregistrés en 1998–1999.

⁵⁶ Gauthier, A.H., T.M. Smeeding et F.F. Furstenberg (2004). « Are Parents Investing Less Time in Children? Trends in Selected Industrialized Countries », *Population and Development Review*, 30(4): 647-671.

⁵⁷ Thomas, E. M. (2006). *La disposition à apprendre à l'école pour les jeunes de cinq ans au Canada*, Ottawa, Statistique Canada. (<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/Statcan/89-599-MIF/89-599-MIF2006004.pdf>)

Figure 14

Parents qui travaillent ou qui étudient, ayant des enfants de cinq ans et moins, selon le type de famille, 1998 – 1999 à 2004 – 2005



En 2004–2005, les enfants vivant dans une famille biparentale en milieu urbain étaient plus susceptibles de voir leurs deux parents travailler ou étudier que les enfants vivant avec leurs deux parents en milieu rural (66,6 % comparativement à 60,1 %). En outre, les enfants qui vivaient dans une famille biparentale en milieu rural étaient plus susceptibles de vivre dans une famille où un seul des parents travaillait ou étudiait que les enfants vivant avec leurs deux parents en milieu urbain (37,2 % comparativement à 31,8 %).

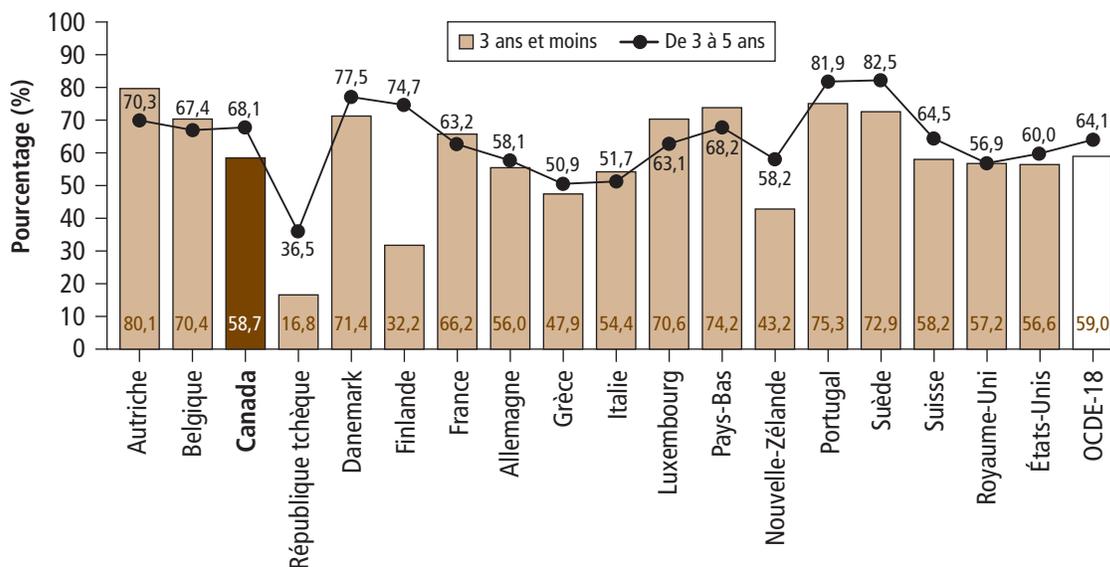
En 2004–2005, parmi les jeunes enfants élevés dans une famille monoparentale, ceux qui vivaient en milieu rural étaient également plus susceptibles de vivre avec un parent qui travaillait ou qui étudiait que les jeunes enfants habitant en milieu urbain (64 % comparativement à 62,8 %). Ces données correspondent à celles enregistrées au cours des cycles précédents : 60,5 % comparativement à 72 % en 1998–1999; 63,1 % comparativement à 68 % en 2000–2001; et 58,7 % comparativement à 69,3 % en 2002–2003).

... tandis que dans d'autres pays

Dans l'ensemble, les mères canadiennes qui ont de jeunes enfants sont moins nombreuses à participer au marché du travail que les mères d'enfants plus âgés. Selon l'étude de l'OCDE intitulée *Panorama de la société 2006*, le taux de participation au marché du travail des mères canadiennes ayant des enfants de 3 ans et moins (58,7 %) était légèrement inférieur au taux moyen enregistré dans les pays de l'OCDE (59 %) et très inférieur à celui enregistré en Autriche (80,1 %). En revanche, au Canada, le taux de participation des mères était plus élevé qu'aux États-Unis (56,6 %) et qu'au Royaume-Uni (57,2 %). Dans la plupart des pays, on note une augmentation du taux d'emploi des mères lorsque leur dernier-né grandit. Les mères canadiennes dont l'enfant le plus jeune avait entre 3 et 5 ans affichaient un taux d'emploi de 68,1 %, soit un taux plus élevé que le taux moyen dans les pays de l'OCDE, qui était de 64,1 %.

Figure 15

Taux d'emploi des mères en 2002^a selon l'âge de leur enfant le plus jeune, exprimé en pourcentage des personnes âgées entre 15 et 64 ans, dans certains pays



^a Données de 2001 pour le Canada, le Danemark, l'Irlande, le Japon, la Nouvelle-Zélande et les États Unis; données de 2000 pour l'Australie.

Source : *Panorama de la société 2006*, OCDE http://lysander.sourceoecd.org/vl=1911288/cl=43/nw=1/rpsv/society_glance/data/ss3-3.xls

Pourquoi est-ce important?

Compte tenu de leurs obligations professionnelles et de leurs activités familiales, il est de plus en plus fréquent que les parents soient à court de temps, et il peut être difficile pour eux de concilier travail et vie personnelle.⁵⁸ En particulier pour les parents de jeunes enfants – surtout les mères – qui font souvent face à des situations imprévues qui exigent de leur temps (p. ex., prendre les dispositions nécessaires pour faire garder leurs enfants, les conduire au service de garde, en prendre soin lorsqu'ils sont malades). Les situations de ce genre peuvent facilement donner lieu à des conflits entre responsabilités professionnelles et familiales.⁵⁹ Bien que les pères d'aujourd'hui prennent une part plus active à l'éducation des enfants, les femmes restent susceptibles de consacrer plus de temps qu'eux aux besoins de leurs petits. Lorsqu'elles assument des responsabilités en milieu de travail en plus de s'occuper de leurs enfants, les mères sont plus susceptibles d'être aux prises avec une surcharge de leurs horaires.⁶⁰

⁵⁸ La conciliation travail-vie est un état de bien-être, déterminé et défini individuellement, qu'une personne peut ou désire atteindre, et qui lui permet de gérer efficacement ses multiples responsabilités au travail, à la maison et dans sa collectivité, tout en maintenant sa santé physique, émotionnelle, familiale et communautaire sans souffrance, stress ou conséquences négatives. La conciliation travail-famille fait référence à la gestion des responsabilités familiales envers les enfants, les parents âgés, un membre de la famille handicapé ou un partenaire de vie ou conjoint. (Ressources humaines et Développement social Canada, *Conciliation travail-vie – Foire aux questions pour les employés*. (<http://www.rhdsc.gc.ca/fr/pt/psait/ctv/faq/01individus.shtml>))

⁵⁹ Duxbury, L., et C. Higgins. (2005). *Quatrième rapport, Qui sont les personnes à risque? Les variables prédictives d'un haut niveau de conflit entre le travail et la vie personnelle*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada. (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/work-travail/report4/pdf/work-travail-rpt4_f.pdf)

⁶⁰ Smith, A. (2004). « Who Cares? Fathers and the Time They Spend Looking After Children », *Department of Sociology Working Paper No. 2004-05*, Oxford, University of Oxford, Nuffield College.

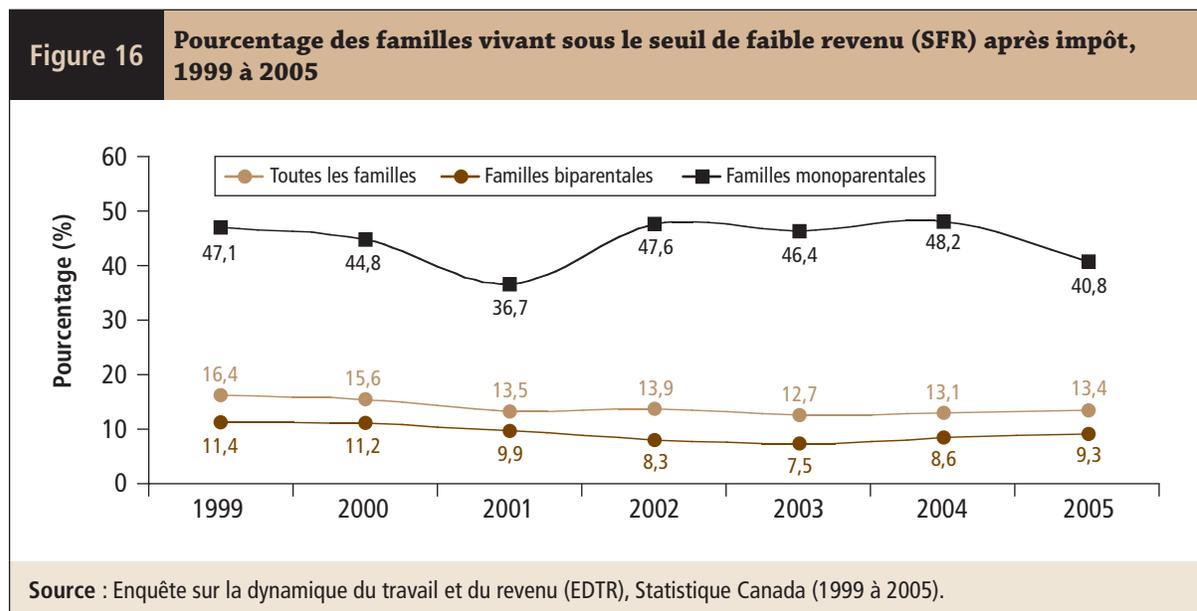
Parallèlement, les familles à double revenu sont devenues la norme et celles qui ne se conforment pas à cette norme économique sont très susceptibles de vivre sous le seuil de faible revenu.⁶¹ Ainsi, parmi les familles comptant des enfants de moins de six ans, les familles monoparentales sont quatre fois plus nombreuses que les familles biparentales à disposer d'un faible revenu. La section 5.1.3, qui porte sur le niveau de revenu des familles, présente une analyse plus détaillée des liens entre revenu familial et développement des enfants.

5.1.3 Niveau de revenu⁶²

... Plus de 85 % des jeunes enfants vivent dans des familles ayant un revenu supérieur au faible revenu

En 2005, selon l'*Enquête sur la dynamique du travail et du revenu*, **86,6 %** de toutes les familles comptant des enfants de moins de 6 ans⁶³ avaient un revenu égal ou supérieur au seuil de faible revenu (SFR) après impôt.⁶⁴ Le niveau de revenu a augmenté depuis 1999, année où 83,6 % des familles avec jeunes enfants avaient un revenu égal ou supérieur au SFR.

Malgré cette amélioration générale, il subsiste un écart entre les taux de faible revenu dans les familles monoparentales et dans les familles biparentales comptant de jeunes enfants. En 2005, 40,8 % des familles monoparentales vivaient sous le SFR, comparativement à 9,3 % des familles biparentales. Dans un cas comme dans l'autre, toutefois, ces taux étaient inférieurs à ceux de 1999.



⁶¹ Glossop, R. (2005). Travailler pour l'amour et pour l'argent, Mémoire déposé par l'Institut Vanier de la famille à l'adresse de la Commission sur l'examen des normes du travail fédérales du Gouvernement du Canada, Institut Vanier de la famille. (http://www.vifamily.ca/commentary/labour_fr.html)

⁶² Deux sources de données ont été utilisées dans cette section : l'*Enquête sur la dynamique du travail et du revenu*, qui porte sur le revenu de l'ensemble des citoyens et des familles au Canada; et l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, qui porte sur les enfants de moins de six ans.

⁶³ Y compris les familles des enfants de cinq ans et moins qui ne vivent avec aucun de leurs parents.

⁶⁴ Le Canada ne dispose pas d'une mesure officielle de la pauvreté mais on utilise couramment le seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada en guise de mesure du faible revenu. Le SFR se fonde sur la proportion du revenu annuel consacrée aux besoins de base (alimentation, habillement et logement). Les ménages considérés à faible revenu sont ceux dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu pour les familles de taille comparable dans la collectivité où ils vivent. On peut calculer les SFR à partir du revenu avant impôt ou du revenu après impôt mais on utilise généralement les SFR après impôt (ou revenu disponible). Il y a deux raisons à cela : premièrement, les taux de faible revenu après impôt reflètent mieux l'effet redistributif du régime fiscal et du système de transferts; deuxièmement, étant donné que les citoyens utilisent leur revenu disponible pour se procurer des produits ou des services de première nécessité, comme la nourriture, les vêtements et le logement, il est plus pertinent de se servir d'une définition du revenu après impôt pour se prononcer sur le bien-être économique global des Canadiens.

Pourquoi est-ce important?

Le fait de vivre dans un milieu à faible revenu peut avoir des conséquences immédiates et à long terme pour les jeunes enfants. Les revenus familiaux élevés sont associés à de meilleurs résultats sur le plan comportemental, physique et cognitif pour les enfants.⁶⁵ Ainsi, en 2004–2005, les enfants de 2 à 5 ans qui vivaient dans une famille dont le revenu était supérieur au SFR étaient beaucoup moins nombreux à présenter des signes d'hyperactivité (6 % comparativement à 8,9 %) et ils étaient considérablement moins susceptibles de manifester de l'agressivité physique que les enfants vivant sous le SFR (13,4 % comparativement à 17,4 %).

En outre, en 2004–2005, les enfants de 4 à 5 ans qui vivaient dans une famille touchant un revenu supérieur au SFR étaient beaucoup moins nombreux que les enfants du même âge vivant sous le SFR à présenter des signes de retard du développement cognitif, selon les résultats au test « Qui suis-je? » (13,8 % comparativement à 19,4 %). De la même façon, les enfants élevés dans une famille ayant un revenu supérieur au SFR étaient considérablement moins nombreux à afficher un retard dans l'acquisition du vocabulaire selon l'EVIP-R (11,2 % comparativement à 24,8 %), et leurs résultats à l'évaluation de la connaissance des nombres étaient beaucoup plus élevés (13,8 % d'entre eux accusaient un retard à cet égard comparativement à 28,4 % des enfants vivant sous le SFR, et 12 % étaient considérés avancés comparativement à 6,8 % des enfants vivant sous le SFR).

5.2 Arrangements en matière de garde des familles ayant des jeunes enfants

... En 2004 – 2005, un peu plus de la moitié des enfants de 1 à 5 ans dont les parents travaillaient ou étudiaient étaient confiés à des services de garde non parentale

En 2004–2005, **55 %** des enfants de 1 à 5 ans dont les parents travaillaient ou étudiaient étaient confiés à des services de garde non parentale, tandis que 45 % des enfants étaient gardés par leurs parents. La proportion d'utilisation de services de garde non parentale est inférieure à ce qu'elle était en 2002–2003, alors qu'elle atteignait 56,3 %, mais supérieure à la proportion de 1998–1999, qui était de 53,7 %. En 2004–2005, les jeunes enfants vivant en milieu urbain étaient plus susceptibles d'être confiés à des services de garde non parentale que les jeunes enfants vivant en milieu rural (55,2 % comparativement à 53,5 %).

Les parents qui ne gardaient pas eux-mêmes leurs enfants les confiaient le plus souvent à des services de garde en milieu familial. En 2004–2005, c'était le cas de 45,2 % des enfants de 1 à 5 ans gardés par une personne autre que leurs parents. Il s'agit d'une légère diminution par rapport au pourcentage de 45,6 % affiché en 2002–2003, lui-même inférieur au pourcentage de 1998–1999 (50,2 %). Les parents vivant en milieu urbain étaient moins susceptibles d'utiliser ce genre de service de garde que les parents habitant en milieu rural (43,9 % comparativement à 55,3 % en 2004–2005).

Parallèlement, le taux d'utilisation des garderies augmentait, passant de 19,2 % en 1998–1999 à 30,5 % en 2004–2005. Les parents vivant en ville étaient plus nombreux à utiliser cette forme de service de garde non parentale que les parents des régions rurales (31,1 % comparativement à 25,4 % en 2004–2005).

⁶⁵ Phipps, S. et L. Lethbridge. (2006). *Le revenu et les résultats des enfants*, Ottawa, Statistique Canada. (<http://www.statcan.ca/francais/research/11F0019MIF/11F0019MIF2006281.pdf>)

Tableau 4

Principaux arrangements en matière de garde pour les enfants de 1 à 5 ans, selon le genre de garde, 1998 – 1999 à 2004 – 2005

	Année	Garde parentale	Garde non parentale	Services de garde non parentale			
				Garde en milieu familial	Garde au domicile de l'enfant	Garderie	Autre
Tous les enfants	2004 – 2005	45,0 %	55,0 %	45,2 %	18,5 %	30,5 %	5,8 %
	2002 – 2003	43,7 %	56,3 %	45,6 %	21,0 %	28,4 %	5,0 %
	2000 – 2001	46,3 %	53,7 %	48,5 %	23,1 %	24,5 %	3,9 %
	1998 – 1999	47,7 %	52,3 %	50,2 %	25,4 %	19,2 %	5,2 %
Enfants vivant en milieu urbain	2004 – 2005	44,8 %	55,2 %	43,9 %	18,7 %	31,1 %	6,3 %
	2002 – 2003	43,4 %	56,6 %	44,2 %	21,5 %	29,1 %	5,2 %
	2000 – 2001	45,8 %	54,2 %	47,4 %	23,5 %	24,9 %	4,3 %
	1998 – 1999	46,3 %	53,7 %	49,7 %	25,3 %	19,5 %	5,4 %
Enfants vivant en milieu rural	2004 – 2005	46,5 %	53,5 %	55,3 %	17,1 %	25,4 %	F
	2002 – 2003	45,9 %	54,1 %	57,2 %	17,1 %	22,7 %	3,0 % ^E
	2000 – 2001	50,2 %	49,8 %	57,9 %	19,7 %	21,2 %	F
	1998 – 1999	57,8 %	42,2 %	54,9 %	25,4 %	16,4 %	3,3 % ^E

^E Utiliser avec prudence

^F Données insuffisamment fiables pour être publiées

Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 3^e cycle (1998 – 1999) au 6^e cycle (2004 – 2005).

... Les jeunes enfants confiés à des services de garde non parentale passent de plus en plus de temps dans ces services

Dans l'ensemble, les enfants de cinq ans et moins dont les parents travaillaient ou étudiaient passaient davantage de temps dans les services de garde non parentale. En 2004 – 2005, **35,9 %** des jeunes enfants confiés à des services de garde non parentale passaient au moins 40 heures par semaine en service de garde. Le pourcentage des jeunes enfants confiés à des services de garde a régulièrement augmenté depuis 1998 – 1999, alors qu'il s'établissait à 33,6 %. Les jeunes enfants vivant en milieu urbain étaient plus susceptibles que les enfants vivant en milieu rural de passer au moins 40 heures par semaine en service de garde (37,1 % comparativement à 25,9 % en 2004 – 2005).

Tableau 5		Garde non parentale d'enfants de 1 à 5 ans selon le nombre hebdomadaire d'heures de garde, 1998 – 1999 à 2004 – 2005			
	Année	Moins de 10 heures par semaine	Entre 10 et 23 heures par semaine	Entre 24 et 39 heures par semaine	40 heures ou plus par semaine
Tous les enfants	2004–2005	11,3 %	24,1 %	28,7 %	35,9 %
	2002–2003	13,2 %	25,1 %	27,6 %	34,2 %
	2000–2001	13,7 %	24,7 %	27,6 %	34,0 %
	1998–1999	12,6 %	25,4 %	28,4 %	33,6 %
Enfants vivant en milieu urbain	2004–2005	11,0 %	23,3 %	28,5 %	37,1 %
	2002–2003	12,8 %	25,1 %	27,3 %	34,9 %
	2000–2001	13,4 %	24,7 %	27,4 %	34,4 %
	1998–1999	12,3 %	25,0 %	28,4 %	34,2 %
Enfants vivant en milieu rural	2004–2005	14,0 %	30,0 %	30,1 %	25,9 %
	2002–2003	16,2 %	25,0 %	30,8 %	27,9 %
	2000–2001	16,1 %	24,8 %	29,2 %	29,9 %
	1998–1999	15,2 %	28,9 %	27,8 %	28,1 %

Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 3^e cycle (1998 – 1999) au 6^e cycle (2004 – 2005).

Pourquoi est-ce important?

Il est parfois difficile pour les parents d'aujourd'hui de concilier leurs obligations professionnelles et familiales. Au cours des dernières décennies, on a assisté à une augmentation du nombre de familles où les deux parents travaillent et du nombre de familles monoparentales. Parallèlement, le taux d'emploi des mères de jeunes enfants a considérablement augmenté – entre 1976 et 2004, le taux d'emploi des mères d'enfants de 3 ans et moins est passé de 28 % à 65 % et celui des mères d'enfants de 3 à 5 ans, de 37 % à 70 %.⁶⁶ Non seulement la situation de l'emploi change-t-elle, mais on assiste à une transformation du marché du travail lui-même, les modalités de travail atypiques (travail à forfait, travail autonome et postes temporaires ou à temps partiel) étant de plus en plus répandues. Compte tenu de la nécessité croissante, pour les familles, de jouer à la fois un rôle de pourvoyeur et un rôle d'éducateur, les parents de jeunes enfants utilisent une large gamme d'options en matière de services de garde.

5.3 Pratiques prénatales

5.3.1 Consommation de tabac pendant la grossesse

... Le nombre de mères qui fument pendant leur grossesse continue de diminuer

De moins en moins de mères fument pendant leur grossesse. En 2004–2005, le pourcentage des enfants de moins de 2 ans dont les mères déclaraient avoir fumé pendant la grossesse était de **14,6 %**, soit une diminution par rapport à la proportion de 19,4 % enregistrée en 1998–1999.

⁶⁶ Statistique Canada. (2006). *Femmes au Canada, Rapport statistique fondé sur le sexe, cinquième édition*, Ottawa, Statistique Canada. (<http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-503-XIF/0010589-503-XIF.pdf>)

Les mères de jeunes enfants vivant en milieu urbain sont moins susceptibles de fumer pendant leur grossesse que les mères vivant en milieu rural. En 2004–2005, les mères de 13,8 % des enfants de moins de 2 ans élevés en ville avaient fumé pendant leur grossesse, comparativement à 20,6 % des mères d'enfants du même âge vivant en milieu rural. Il s'agit d'une diminution par rapport aux taux enregistrés en 1998–1999, qui étaient respectivement de 18,4 % et de 26,9 %.

Pourquoi est-ce important?

Les effets nocifs de la consommation de tabac sur le développement physique, comportemental et cognitif de l'enfant sont depuis longtemps documentés. La consommation de tabac prénatal est associée à un risque accru de faible poids à la naissance, de mortalité, d'avortements spontanés et de maladies respiratoires.⁶⁷ Il est également associé à la mort subite du nourrisson.⁶⁸ De plus, les enfants dont la mère a fumé pendant qu'elle était enceinte risquent davantage de manifester de l'hyperactivité, de souffrir de dépression et, plus tard, de faire une consommation abusive d'alcool et d'autres drogues.⁶⁹ Ils risquent également de présenter des déficits cognitifs, notamment sur le plan du langage, de la lecture et du vocabulaire, et d'obtenir de piètres résultats aux évaluations portant sur la capacité de raisonnement et la mémoire.⁷⁰

5.3.2 Consommation d'alcool durant la grossesse

... 84,5 % des femmes enceintes n'ont pas consommé d'alcool durant la grossesse

La plupart des mères ne boivent pas durant la grossesse. En 2004–2005, 84,5 % des enfants de moins de 2 ans avaient des mères qui n'avaient pas bu durant la grossesse, une légère augmentation par rapport aux 84,4 % en 2002–2003, mais en baisse par rapport aux 86,1 % en 2000–2001 et 85,6 % en 1998–1999.

Pourquoi est-ce important?

La consommation d'alcool durant la grossesse peut entraîner toute une gamme de répercussions négatives permanentes en matière de développement. L'Agence de la santé publique du Canada a donné l'avertissement qu'il n'y a « pas de quantité sûre d'alcool durant la grossesse », et la recherche démontre que même un seul verre par jour peut causer des troubles de comportement et d'apprentissage chez les enfants.⁷¹

L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) est le terme générique qui décrit la gamme étendue de symptômes et d'incapacités bénins à graves que peuvent connaître les enfants dont les mères ont bu durant la grossesse.⁷² Les déficiences cognitives liées à l'ETCAF peuvent varier des troubles de développement à des difficultés de planification, d'organisation, de fonction langagière ou de la parole et de l'apprentissage verbal.⁷³ Physiquement, les enfants atteints de l'ETCAF peuvent être sujets à des troubles de la vue et de l'ouïe, à une déformation des os et des membres, à des organes endommagés et à une croissance lente. Sur le plan de la santé émotionnelle et du comportement, ces enfants sont aussi à risque d'une vaste gamme de répercussions négatives de développement, y compris l'hyperactivité, l'agression, la dépression,

⁶⁷ Cnattingius, S. (2004). "The Epidemiology of Smoking During Pregnancy: Smoking Prevalence, Maternal Characteristics, and Pregnancy Outcomes." *Nicotine & Tobacco Research*. 2 (6): S125-S140.

⁶⁸ Shah, T.; K. Sullivan et J. Carter (2006). "Sudden Infant Death Syndrome and Reported Maternal Smoking During Pregnancy." *American Journal of Public Health*. 96(10): 1757-1759.

⁶⁹ Brennan, P. (édition originale en 2003, édition révisée en 2005). « Incidence du tabagisme pendant la grossesse sur le développement psychosocial des enfants. » Disponible à l'adresse suivante : http://www.child-encyclopedia.com/Pages/PDF/BrennanFRxp_rev.pdf.

⁷⁰ Day, N. L. et M. D. Cornelius (2000). "The Effects of Tobacco Use During and After Pregnancy on Exposed Children." *Alcohol Research & Health*. 24(4): 242-249.

⁷¹ Loock, Christine et al. « Identifying Fetal Alcohol Spectrum Disorder in Primary Care ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. 172(5): 628-630.

⁷² *Ibid.*

⁷³ Green, Jennifer. (2007). « Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Understanding the Effects of Prenatal Alcohol Exposure and Supporting Students ». *Journal of School Health*. 77(3): 103-108.

le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble bipolaire.⁷⁴ La recherche montre également que les enfants exposés à l'alcool durant la grossesse sont plus susceptibles de devenir candidats à l'abus d'alcool ou à la dépendance à l'alcool plus tard dans la vie.⁷⁵

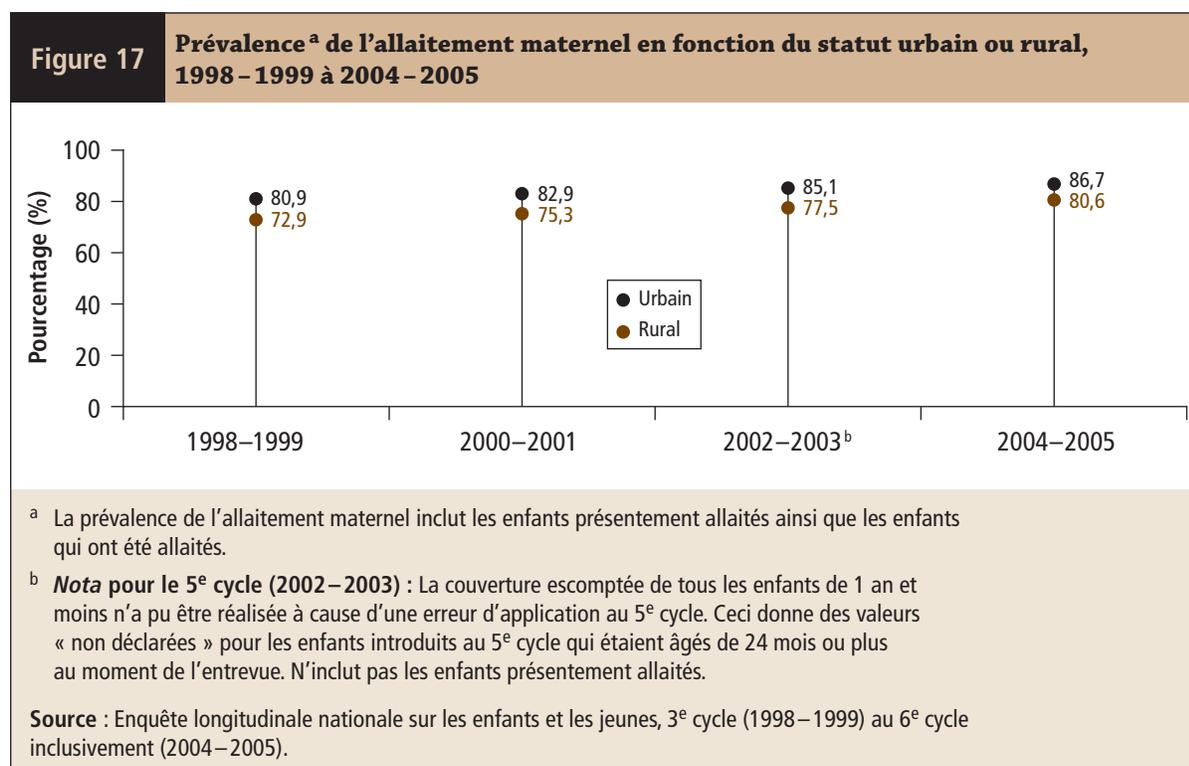
5.4 Ce que nous savons à propos des soins postnataux

5.4.1 Allaitement maternel

... Le nombre d'enfants allaités continue d'augmenter

Le nombre d'enfants allaités continue d'augmenter. En 2004–2005, **86 %** des enfants de 3 ans et moins avaient été ou étaient allaités. Ce pourcentage marquait une augmentation constante depuis 1998–1999 (de 79,9 % en 1998–1999 à 82,1 % en 2000–2001 et à 84,2 % en 2002–2003).

Les enfants dans les centres urbains sont plus susceptibles d'être allaités que ceux des milieux ruraux. En 2004–2005, 86,7 % des enfants de 3 ans et moins avaient été ou étaient allaités contre 80,6 % des enfants des milieux ruraux.



... et les enfants sont allaités plus longtemps.

Parmi les mères qui allaitent, un plus grand nombre le font plus longtemps. En 2004–2005, parmi les enfants de 3 ans et moins qui avaient été allaités, mais qui ne l'étaient plus, **44,2 %** avaient été allaités pendant 7 mois ou plus – en hausse par rapport aux 34 % en 1998–1999.

Les enfants dans les centres urbains sont plus enclins à être allaités pendant sept mois ou plus. En 2004–2005, parmi les enfants de 3 ans et moins qui avaient été allaités, mais qui ne l'étaient plus, 45,1 % avaient été allaités pendant 7 mois ou plus contre 35,9 % dans les milieux ruraux. Comparés à 2002–2003, ces taux ont augmenté pour les enfants dans les centres urbains (36,4 %), mais ont diminué pour les enfants dans les milieux ruraux (36,9 %).

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ Harvard Mental Health Letter. (2007). « Alcohol Before Birth: New Studies » Harvard Mental Health Letter. 23(7): 7.

... tandis que dans d'autres pays.

Les taux d'allaitement maternel varient considérablement dans les pays européens. Par exemple, en 2000, le pourcentage d'enfants âgés de 6 mois qui étaient allaités au moins de façon partielle atteignait 80 % en Norvège et 72 % en Suède, mais 40 % en Espagne, 25 % aux Pays-Bas et 21 % au Royaume-Uni.⁷⁶ En comparaison, aux États-Unis, en 2004, 41,5 % des enfants étaient allaités à l'âge de 6 mois.⁷⁷

Pourquoi est-ce important?

L'allaitement maternel peut avoir une influence positive sur le début de la vie d'un enfant. L'Organisation mondiale de la santé recommande que les nourrissons soient allaités pendant les six premiers mois de la vie. L'allaitement maternel fournit la nutrition essentielle ainsi que d'autres avantages importants au développement physique, social et cognitif. Santé Canada promeut le lait maternel comme « le meilleur aliment pour une croissance optimale » et recommande l'allaitement maternel jusqu'à deux ans et plus.⁷⁸ En termes de santé physique, il est démontré que l'allaitement maternel a un effet protecteur contre la maladie, y compris les infections gastro-intestinales et respiratoires, et qu'il peut donner une certaine protection contre le syndrome de la mort subite du nourrisson.⁷⁹ De plus, il est également démontré que l'allaitement maternel a une incidence positive sur le développement moteur et que les nourrissons qui ont été allaités exclusivement pendant les six premiers mois rampaient plus tôt et qu'ils étaient plus enclins à marcher dès l'âge d'un an.⁸⁰ L'allaitement maternel a été associé à des résultats cognitifs améliorés et à la prévention de l'obésité.⁸¹

L'allaitement maternel peut également fournir des avantages importants pour la santé et le bien-être des mères. Pour les mères, l'allaitement maternel a été lié à des avantages de santé tels que la perte de poids postnatale, la diminution du cancer du sein, la diminution du risque du cancer de l'ovaire et une réduction possible des fractures de la hanche et de l'ostéoporose plus tard dans la vie.⁸² Les mères qui ont allaité font également état de niveaux de stress et d'humeur maussade plus faibles et de niveaux plus élevés d'attachement maternel que les mères qui ont nourri leurs nourrissons au biberon.⁸³

5.4.2 Dépression parentale

... La plupart des parents de jeunes enfants ne font pas état de hauts niveaux de symptômes dépressifs.

En 2004–2005, **90 %** de tous les parents ayant des enfants âgés de 5 ans et moins n'ont pas fait état de hauts niveaux de symptômes dépressifs. Bien que ce pourcentage soit légèrement inférieur à celui de 2002–2003 (90,7 %), il est en hausse par rapport aux 88,8 % en 1998–1999.

⁷⁶ Organisation mondiale de la santé. (2005). *Rapport sur la santé en Europe, 2005: L'action de santé publique : améliorer la santé des enfants et des populations*. Organisation mondiale de la santé. (<http://www.euro.who.int/Document/E88069.pdf>)

⁷⁷ Centre for Disease Control. (2007). *Breastfeeding Report Card, United States 2007: Outcomes Indicators*. United States National Immunization Survey, 2004 Births. (http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/report_card2.htm)

⁷⁸ Santé Canada. (2004). « Durée de l'allaitement maternel exclusif – Recommandation de Santé Canada, 2004 ». Ottawa : Santé Canada. (http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/child-enfant/infant-nourrisson/excl_bf_dur-dur_am_excl_f.html)

⁷⁹ Santé Canada. (2005). « La nutrition du nourrisson né à terme et en santé – Énoncé du groupe de travail mixte : Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada ». Ottawa : Santé Canada. (http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/infant-nourrisson/nut_infant_nourrisson_term_f.html)

⁸⁰ Pérez-Escamilla, R. (2005). « Influence de l'allaitement sur le développement psychosocial ». *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. (<http://www.child-encyclopedia.com/Pages/PDF/Perez-EscamillaFRxp.pdf>)

⁸¹ *Ibid.*

⁸² American Academy of Pediatrics, Policy Statement. (2005). « Breastfeeding and the Use of Human Milk ». *Pediatrics*. 115: 496-506. (<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/2/496>)

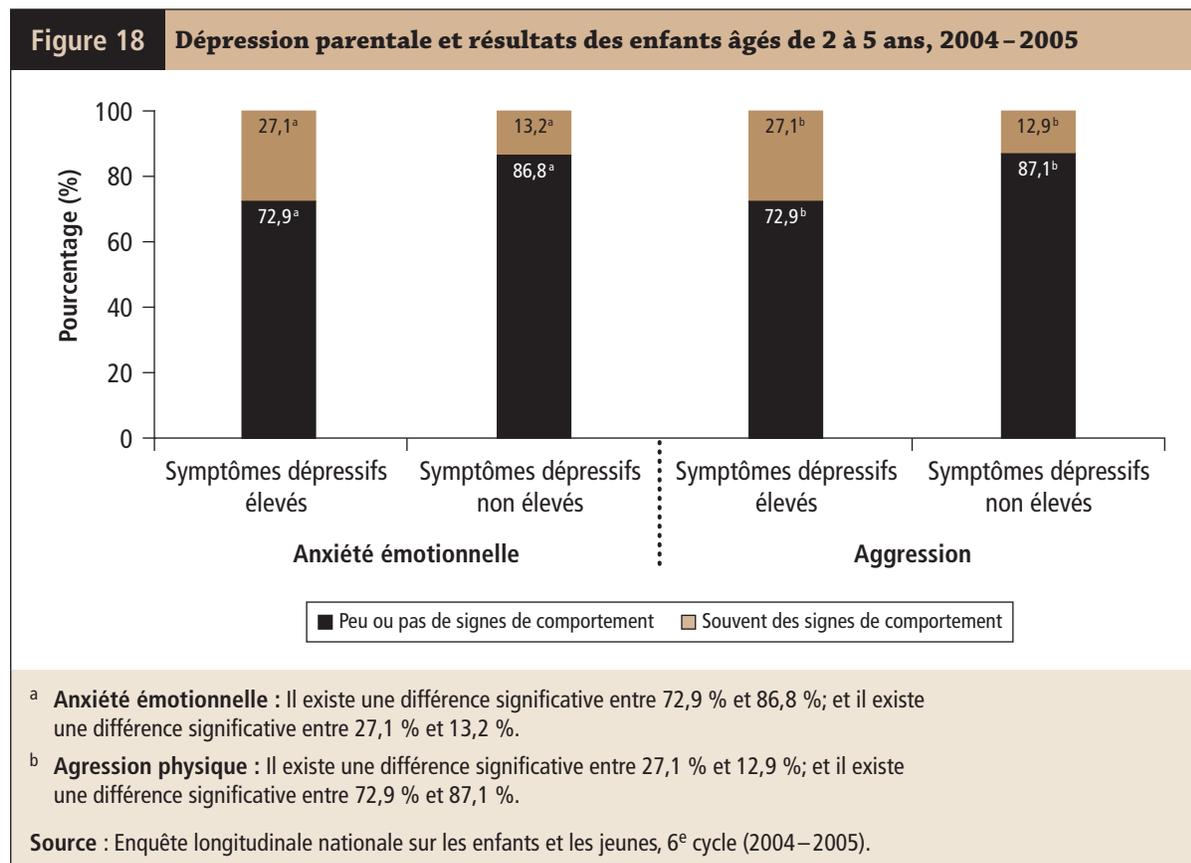
⁸³ Woodward, L. J. et K. A. Liberty. (2005). « Allaitement et développement psychosocial de l'enfant ». *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. (<http://www.child-encyclopedia.com/Pages/PDF/Woodward-LibertyFRxp.pdf>)

Les parents de jeunes enfants des milieux urbains sont plus enclins à faire état de hauts niveaux de symptômes dépressifs que les parents des milieux ruraux – 10,2 % comparativement à 8,4 % en 2004–2005. Toutefois, l'incidence des symptômes dépressifs chez les parents des milieux urbains et ruraux est en baisse depuis 1998–1999, lorsque les taux atteignaient 11,3 % et 10,3 % respectivement.

Pourquoi est-ce important?

Les parents déprimés peuvent se montrer désengagés et moins attentifs aux besoins de leurs enfants, ce qui peut influencer sur le développement social, comportemental et physique de ces derniers. La dépression prénatale des futures mères peut avoir des répercussions physiques négatives sur l'enfant à naître, notamment un risque plus élevé de naissance prématurée et d'un faible poids à la naissance.⁸⁴ La dépression postnatale peut avoir une incidence sur le développement comportemental et cognitif des enfants. Les enfants de mères déprimées sont plus enclins à être déprimés et à agir agressivement,⁸⁵ et les nourrissons de mères déprimées sont « moins enclins à aborder et à traiter les situations et les objets nouveaux et, de ce fait, ils bénéficient moins des possibilités d'apprentissage précoce. »⁸⁶

En 2004–2005, un nombre significativement plus élevé d'enfants âgés de 2 à 5 ans dont les parents étaient très dépressifs ont affiché des signes d'anxiété émotionnelle en comparaison des enfants dont les parents faisaient état de niveaux de symptômes dépressifs non élevés (27,1 % comparativement à 13,2 %). De même, les jeunes enfants de parents très déprimés étaient beaucoup plus susceptibles de manifester des signes d'agressivité physique (27,1 % comparativement à 12,9 %).



⁸⁴ Comité de la pédiatrie psychosociale, Société canadienne de pédiatrie. (2004). « La dépression de la mère et le développement de l'enfant ». *Paediatrics & Child Health*. 9(8): 575-583. Trouvé dans : (<http://www.cps.ca/francais/enonces/PP/pp04/03.htm>)

⁸⁵ *Ibid.*

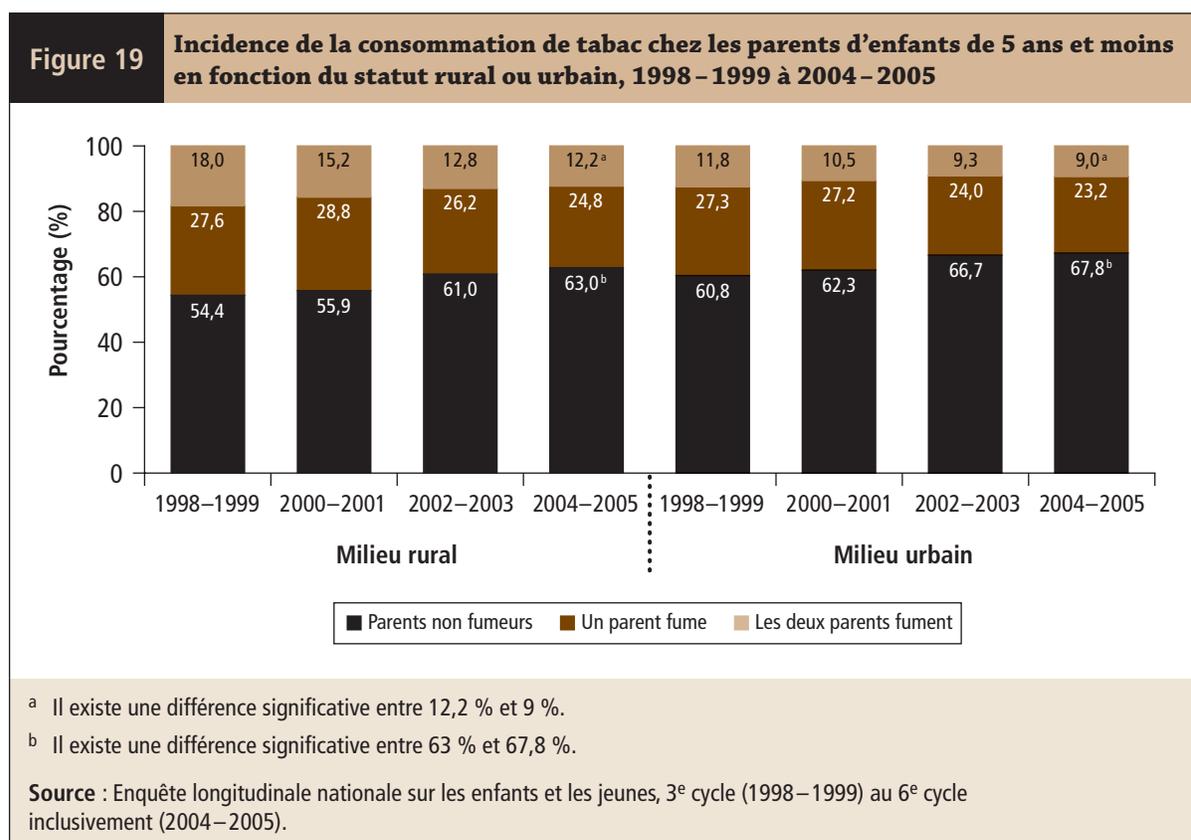
⁸⁶ Sohr-Preston, S. L. et L. Scaramella. (2006). « Implications of Timing of Maternal Depressive Symptoms for Early Cognitive and Language Development ». Trouvé dans *Clinical Child & Family Psychology Review*. 9(1): 65-83.

5.4.3 Consommation de tabac chez les parents

... La consommation de tabac chez les parents continue de baisser

En 2004–2005, **67,2 %** des enfants de moins de 6 ans vivaient dans des foyers où les parents ne fumaient pas. Ce pourcentage est en hausse par rapport aux 59,8 % en 1998–1999.

Les parents dans les centres urbains sont moins enclins à fumer que ceux dans les milieux ruraux. En 2004–2005, un nombre beaucoup plus élevé d'enfants dans les centres urbains vivaient dans des foyers où les parents ne fumaient pas que ceux qui vivaient dans les milieux ruraux (67,8 % comparativement à 63 %) – ce pourcentage est en hausse par rapport aux 60,8 % et aux 54,4 % en 1998–1999. Lorsque l'on considère les foyers où les deux parents fument, il existe encore une différence significative selon l'endroit. En 2004–2005, beaucoup moins de jeunes enfants dans les centres urbains vivaient dans des foyers où les deux parents fumaient que ceux qui vivaient dans les milieux ruraux – 9 % comparativement à 12,2 %. Ce pourcentage est en baisse par rapport aux 11,8 % et aux 18 % en 1998–1999.



Pourquoi est-ce important?

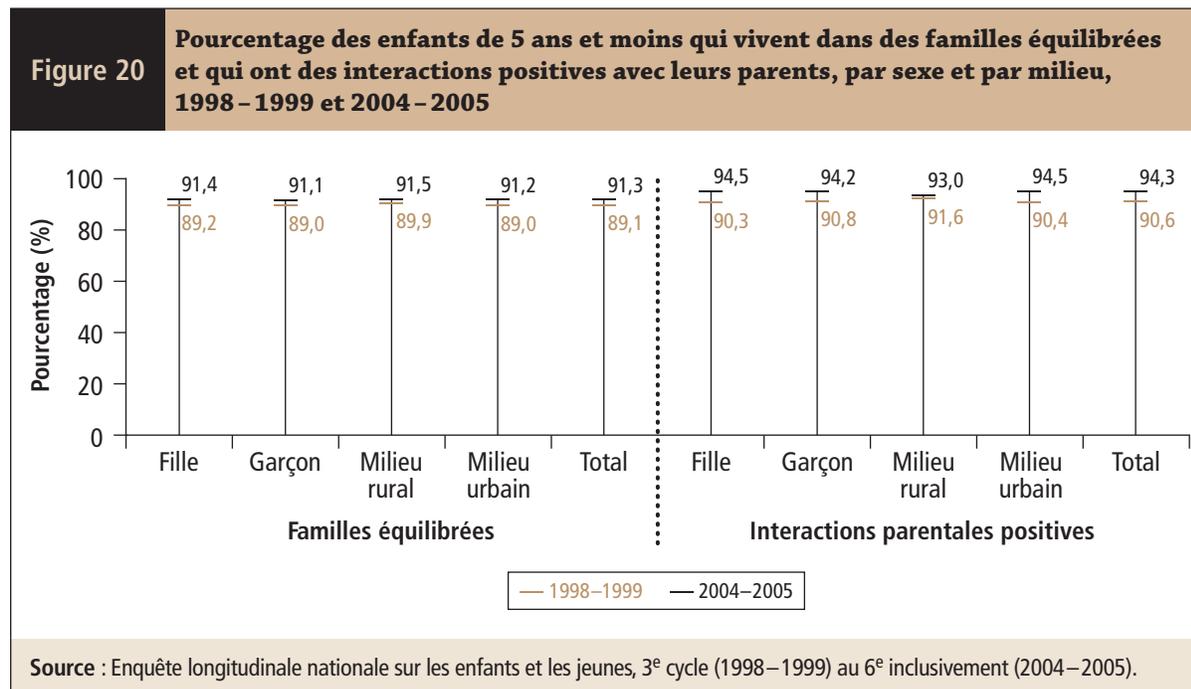
La consommation de tabac chez les parents a une incidence directe sur la santé et le bien-être futur des jeunes enfants. L'exposition à la fumée secondaire, surtout au début de la vie, accroît chez les enfants le risque d'infections de l'oreille moyenne, de bronchite, de pneumonie et de la prévalence et de la gravité de l'asthme et de la mort subite du nourrisson.⁸⁷ Selon les recherches, l'exposition continue à la fumée secondaire avant et après la naissance accroît le risque de cancer

⁸⁷ DiFranza, J. R., C. A. Aligne, et M. Weitzman. (2004). « Prenatal and Postnatal Environmental Tobacco Smoke Exposure and Children's Health ». *Pediatrics*. 113 : 1007-1015.

(p. ex., la leucémie et les tumeurs cérébrales) durant l'enfance.⁸⁸ En outre, il est démontré que l'exposition à la fumée secondaire a un « impact sur l'attention de l'enfant, son comportement et sa capacité de raisonner et de comprendre (cognition). »⁸⁹

5.5 Ce que nous savons à propos des pratiques parentales

5.5.1 Fonctionnement familial et interactions parentales



... La majorité des jeunes enfants au Canada vivent au sein de familles équilibrées

Dans l'ensemble, le nombre de jeunes enfants qui vivent dans des familles équilibrées augmente. En 2004–2005, **91,3 %** des enfants de 5 ans et moins vivaient dans des familles équilibrées, en hausse par rapport aux 89,1 % en 1998–1999. Un nombre légèrement plus élevé de jeunes enfants dans les milieux ruraux (91,5 %) vivaient dans des familles équilibrées en comparaison à leurs homologues des milieux urbains (91,2 %).

... et ils ont des interactions positives avec leurs parents

En 2004–2005, **94,3 %** des jeunes enfants avaient des interactions positives avec leurs parents, en hausse par rapport aux 90,6 % en 1998–1999. Les jeunes enfants dans les milieux urbains étaient légèrement plus enclins à avoir des interactions positives avec leurs parents que les enfants des milieux ruraux (94,5 % comparativement à 93 % en 2004–2005). Lorsque l'on considère les interactions positives par sexe de l'enfant, l'écart est encore plus faible. En 2004–2005, 94,5 % des filles avaient des interactions positives avec leurs parents comparativement à 94,2 % des garçons. Ce pourcentage était en hausse pour les deux sexes depuis 1998–1999, lorsque 90,3 % des filles et 90,8 % des garçons avaient des interactions positives avec leurs parents.

⁸⁸ Surgeon General of the United States of America (2006). « The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: a Report of the Surgeon General ». (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>)

⁸⁹ Ontario Medical Association (2004). « Exposure to second-hand smoke: Are we protecting our kids?: A Position Paper by the Ontario Medical Association ». Toronto : Ontario Medical Association. (<http://www.oma.org/phealth/smoke2004.pdf>)

Pourquoi est-ce important?

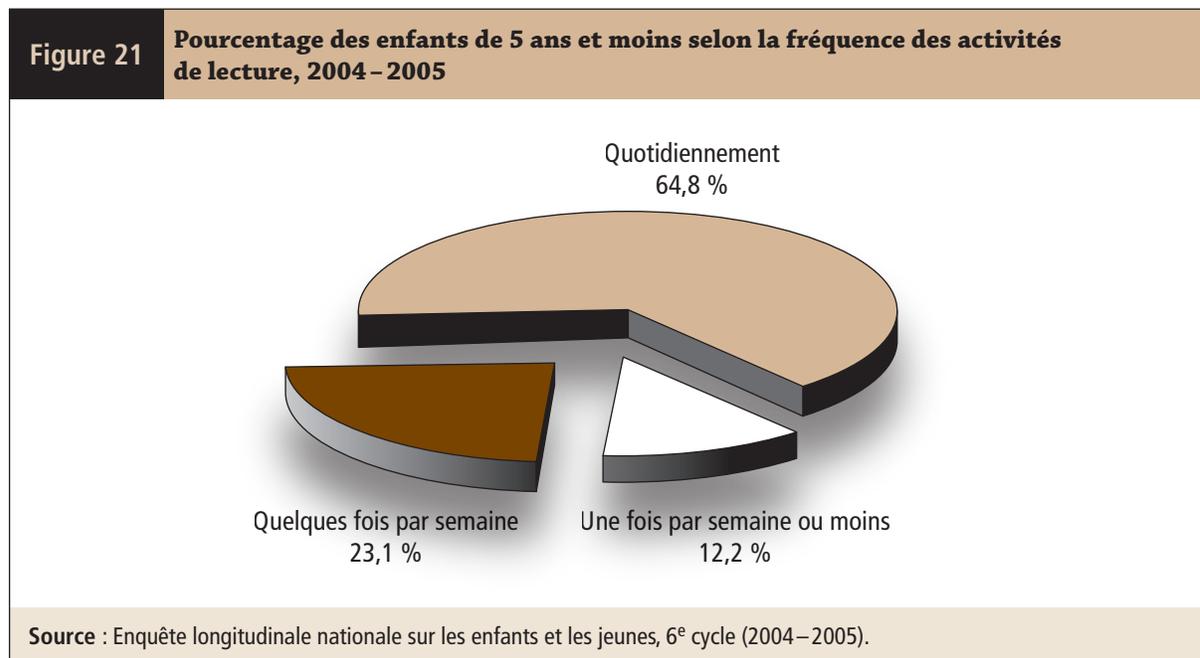
Vivre dans une famille équilibrée – où les membres travaillent ensemble à régler les problèmes, se soutiennent mutuellement et communiquent les uns avec les autres – peut être un facteur important des résultats futurs des jeunes enfants et de leur bien-être général. La recherche montre qu'un équilibre familial élevé peut compenser les effets d'un faible revenu et influence toute une gamme de résultats de l'enfance tels que le comportement agressif, le comportement sociable, les réalisations scolaires et l'achèvement des études secondaires.⁹⁰

La qualité des interactions entre les parents et l'enfant peut également être un facteur important dans le développement du jeune enfant. La recherche montre que lorsque les parents sont plus punitifs, les enfants sont plus agressifs, ont des niveaux d'anxiété plus élevés et affichent des niveaux plus faibles de comportements prosociaux.⁹¹ En revanche, l'attitude positive des parents – c'est-à-dire des approches uniformément fermes, se montrer réceptifs et raisonner avec un enfant – peut réduire le risque que l'enfant ait des problèmes relationnels, qu'il échoue des classes et qu'il ait des problèmes émotionnels ou qu'il soit agressif.⁹²

5.5.2 Lecture par un adulte

... Près des deux tiers des jeunes enfants s'adonnent à des activités de lecture quotidiennes

La plupart des enfants de cinq ans et moins lisent ou se font lire des histoires quotidiennement. En 2004–2005, **64,8 %** des jeunes enfants lisaient ou se faisaient lire des histoires quotidiennement par un parent ou un adulte – une diminution par rapport aux 67,3 % en 2002–2003 et aux 65,4 % en 2000–2001.



⁹⁰ Bornstein, M. et al. (2003). « Well-Being: Positive Development Across the Life Course ». Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

⁹¹ Statistique Canada (2005). « Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : milieu familial, revenu et comportement des enfants ». Ottawa, Statistique Canada. (<http://www.statcan.ca/Daily/Français/050221/d050221b.htm>)

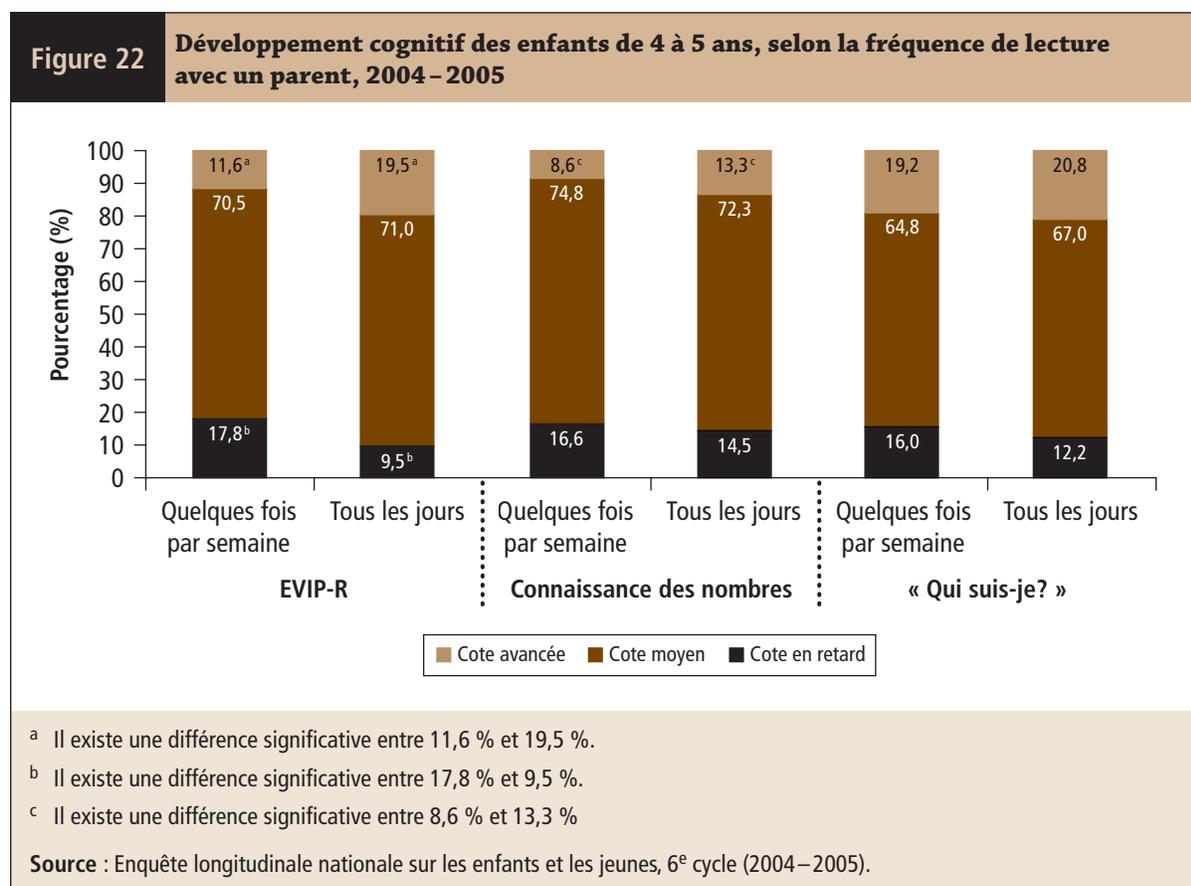
⁹² Landy, S. et K. K. Tam. (1998). « Comprendre l'incidence de facteurs de risques multiples sur le développement à divers âges ». Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée. (<http://www.rhdsc.gc.ca/fr/sm/ps/dsc/fpcr/publications/recherche/1998-000139/page01.shtml>)

Les filles sont plus enclines à s'adonner à des activités de lecture quotidiennes que les garçons – 66,6 % des filles comparativement à 63 % des garçons en 2004–2005.

Les jeunes enfants dans les milieux urbains sont plus enclins à s'adonner à des activités de lecture quotidiennes que leurs homologues dans les milieux ruraux. En 2004–2005, les taux étaient de 65,1 % des jeunes enfants dans les milieux urbains contre 62,4 % des enfants dans les milieux ruraux. Ces pourcentages sont légèrement à la baisse par rapport à 2000–2001 (65,8 % et 62,8 %) et 2002–2003 (67,8 % et 63,2 %).

Pourquoi est-ce important?

Le fait d'acquérir de solides compétences de lecture est associé à des compétences scolaires plus élevées et à une meilleure chance de réussite de la vie, et le parcours vers la maîtrise des compétences de lecture commence dès la petite enfance.⁹³ Les activités de lecture au foyer sont importantes pour l'alphabétisation des enfants et pour l'acquisition du langage. Plus précisément, il a été démontré que les activités de lecture au foyer favorisent la compréhension du langage, les aptitudes de lecture et l'attention en classe – et tous ces éléments contribuent au succès scolaire de l'enfant.⁹⁴ Comme le montre la figure 22, les enfants âgés de quatre à cinq ans à qui on lisait quotidiennement obtenaient de meilleurs résultats à tous les types d'évaluation du développement cognitif de l'ELNEJ que les enfants à qui on lisait quelques fois par semaine.



⁹³ Conseil canadien sur l'apprentissage. (2006). « Carnet du savoir – Comment les parents favorisent-ils les débuts de la littératie ». *The Learning Link, Virtual Bulletin*. 1^{er} février 2006. Conseil canadien sur l'apprentissage. (<http://www.ccl-cca.ca/CCL/Reports/LessonsInLearning/LiL-1Feb2006.htm>)

⁹⁴ Clark, C. (2007). « Why it is important to involve parents in their children's literacy development ». National Literacy Trust. (<http://www.literacytrust.org.uk/Research/Parental%20Involvement%20-%20a%20brief%20review.pdf>)

Chapitre 6 Type de collectivités dans lesquelles vivent les jeunes enfants

Points saillants

Le profil des familles canadiennes ayant de jeunes enfants révèle qu'en 2004–2005 :

- 77,7 % des parents de jeunes enfants ont dit vivre dans des collectivités sûres.
- 86,4 % des parents de jeunes enfants ont dit vivre dans des collectivités où règne une cohésion de quartier élevée.

... La plupart des jeunes enfants vivent dans des quartiers où ils sont en sécurité et où règne un sentiment de cohésion

Un sentiment de sécurité dans un quartier inclut le sentiment de confort avec les voisins ainsi que des lieux conçus pour les enfants (p. ex., parcs et terrains de jeu) dans le quartier. En 2004–2005, **77,7 %** des jeunes enfants vivaient dans des quartiers considérés sûrs par leurs parents – en hausse par rapport aux 75,8 % en 2000–2001.

La plupart des parents considèrent également que leurs quartiers ont une cohésion, c'est-à-dire un quartier caractérisé par un niveau élevé d'unité sociale et de bonnes relations entre voisins. En 2004–2005, **86,4 %** des parents de jeunes enfants ont dit vivre dans des quartiers où règne un sentiment de cohésion, en hausse par rapport aux 84,9 % en 1998–1999.

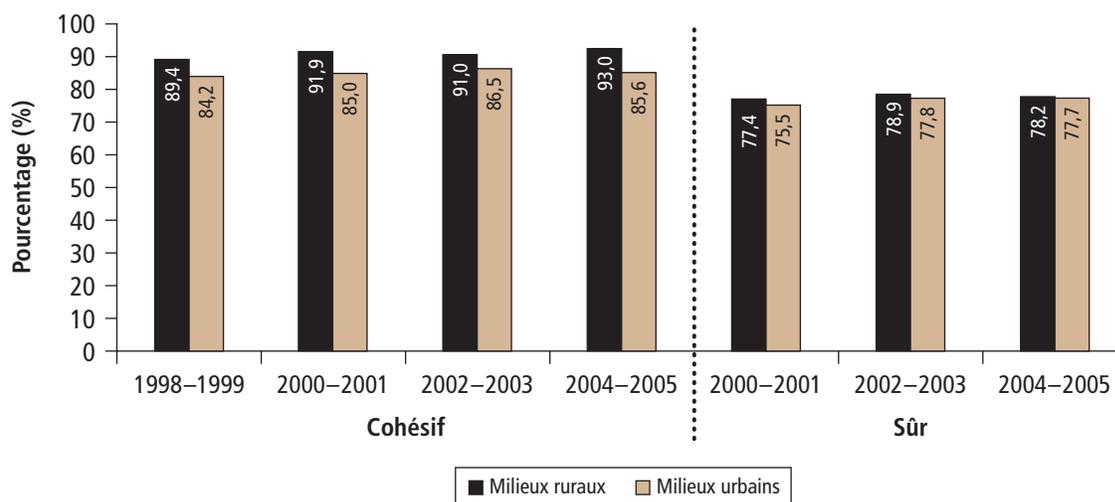
... Les perceptions de la sécurité et de la cohésion d'un quartier varient

En 2004–2005, les parents de jeunes enfants vivant dans les milieux ruraux étaient plus enclins que les parents des milieux urbains à dire que leur quartier était sûr – **78,2 %** contre **77,7 %** respectivement, en hausse par rapport aux 77,4 % et aux 75,5 % en 2000–2001.

Les parents de jeunes enfants dans les milieux ruraux étaient également plus enclins à considérer que la cohésion règne dans leur quartier que leurs homologues des milieux urbains. En 2004–2005, **93 %** des jeunes enfants dans les milieux ruraux vivaient dans un quartier que leurs parents jugeaient empreints de cohésion contre **85,6 %** des enfants dans les milieux urbains. Pour les enfants des milieux ruraux et urbains, il s'agit d'une augmentation marquée depuis 1989–1999 lorsque les pourcentages étaient de 89,4 % et 84,2 % respectivement.

Figure 23

Pourcentage de jeunes enfants de 5 ans et moins vivant dans des quartiers où règne la cohésion et où ils sont en sécurité, 1998 – 1999 à 2004 – 2005



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 3^e cycle (1998–1999) au 6^e cycle (2004–2005).

Il existe un léger écart entre les sexes dans la perception de la sécurité du quartier; en effet, 78,4 % des parents de jeunes garçons affirment que leur quartier est sûr contre 77 % des parents de jeunes filles. Il s'agit d'une augmentation par rapport à 2000–2001, où les pourcentages étaient de 75,9 % pour les garçons et de 75,6 % pour les filles. Les données demeurent relativement inchangées en ce qui touche la perception de la sécurité du quartier selon le sexe. En 2004–2005, 86,4 % des parents de jeunes garçons et 86,5 % des parents de jeunes filles ont dit vivre dans des quartiers où règne la cohésion – à peine plus que les 85,5 % et 84,2 % en 1998–1999.

Pourquoi est-ce important?

Vivre dans un quartier où ils sont en sécurité et exempt de violence est important pour le développement d'un enfant. L'exposition à la violence de quartier a été liée à des troubles émotifs et des problèmes de comportement chez les jeunes enfants, notamment des difficultés à s'endormir, la tendance à se vexer facilement, l'hyperactivité et la tendance à se disputer beaucoup.⁹⁵ Il appert également que la violence communautaire peut avoir une incidence sur les résultats du quotient intellectuel et l'aptitude à la lecture et entraîner chez l'enfant des symptômes de trouble de stress post-traumatique.⁹⁶

Un voisinage ou un quartier à forte cohésion est associé à de meilleurs résultats au niveau des aptitudes verbales des enfants, alors que les faibles niveaux de cohésion du quartier sont associés à des problèmes de comportement chez les enfants.⁹⁷ De plus, la forte cohésion du quartier peut avoir un effet protecteur et contribuer à protéger les jeunes enfants des blessures⁹⁸ et à fournir des réseaux sociaux servant « d'enclaves de soutien » qui atténuent les préoccupations en matière de sécurité dans un quartier.⁹⁹

⁹⁵ Linares, L. O., et al. (2001). « A Mediation Model for the Impact of Exposure to Community Violence on Early Child Behavior Problems ». dans *Child Development*. 72(2): 639-652.

⁹⁶ Lynch, M. (2003). « Consequences of Children's Exposure to Community Violence ». dans *Clinical Child and Family Psychological Review*. 6(4): 265-274.

⁹⁷ Kohen et al. (2002). « Neighborhood Income and Physical and Social Disorder in Canada: Associations with Young Children's Competencies ». dans *Child Development*. 73(6): 1844-1860.

⁹⁸ Soubhi, H. et al. (2001). « Influence du quartier, de la famille et du comportement des enfants sur le risque de blessure au Canada ». Ottawa : Développement des ressources humaines Canada. (<http://www.rhdsc.gc.ca/fr/sm/ps/dsc/fpcr/publications/recherche/2001-000067/page00.shtml>)

⁹⁹ Maggi, S. et al. (2005). « Analytic and Strategic Review Paper: International Perspectives on Early Child Development ». Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé. (http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd.pdf)

Chapitre 7 Suivi du bien-être des jeunes enfants du Canada

L'information présentée dans le tableau suivant inclut un aperçu de tous les indicateurs de bien-être des jeunes enfants de cinq ans et moins ainsi que des mesures liées à la famille et à la collectivité pour 1998–1999, 2000–2001, 2002–2003 et 2004–2005. Le tableau inclut également les indicateurs de bien-être qui n'ont pas été discutés à fond dans le rapport, y compris les nouveaux cas de maladies contre lesquelles il existe des vaccins et le besoin impérieux de logements. Ces indicateurs apparaissent dans le tableau comme indicateurs possibles en vue d'un plein développement sous réserve de données futures significatives.

Nota : Tous les indicateurs présentés sont pour l'année indiquée, sauf avis contraire. En outre, les indicateurs accompagnés d'un astérisque (*) font partie d'une série commune d'indicateurs de bien-être des jeunes enfants sur lesquels tous les gouvernements participant à l'*Entente sur le développement de la petite enfance* ont convenu de faire état.

Pour chaque année subséquente de compte rendu, certains des indicateurs présentent des défis en ce qui a trait à la taille de l'échantillon. Les moyennes et les intervalles de confiance sont présentés au Tableau 7 comme un moyen de relever les défis que posent les échantillons plus petits dans certaines administrations.

Bien que certaines tendances se dégagent du tableau suivant, il importe de noter que, pour la majorité des indicateurs et des déterminants, ce n'est que lorsque des changements dans la même direction sont observés de manière uniforme au fil du temps qu'il est possible d'établir une tendance. Un changement important n'est mesurable que lorsqu'il concerne un grand nombre d'enfants. Les petits changements dans l'une ou l'autre direction doivent être interprétés avec précaution car ils peuvent refléter la variabilité dans les méthodes d'échantillonnage ou de collecte de données plutôt que de véritables changements. Les indicateurs de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) sont fondés sur le rapport des parents au sujet du comportement de leurs enfants; par conséquent les faibles variations peuvent refléter la variabilité des réponses parentales plutôt que les tendances réelles. Des rapports supplémentaires sur le bien-être des jeunes enfants du Canada continueront de surveiller les changements dans les indicateurs afin de déterminer si un changement soutenu dans le bien-être des enfants s'est produit.

Tableau 6 Aperçu des indicateurs de bien-être des enfants				
Indicateur	1998–1999	2000–2001	2002–2003	2004–2005
Pourcentage des jeunes enfants dont le poids à la naissance était sain (≥2 500 grammes ou ≤ 4 000 grammes)*	81,5 % (1998)	80,6 % (2000)	81 % (2002)	81,8 % (2004)
	81,3 % (1999)	80,9 % (2001)	81,4 % (2003)	
Pourcentage des jeunes enfants dont le poids à la naissance était faible (<2 500 grammes)	5,7 % (1998)	5,6 % (2000)	5,8 % (2002)	5,9 % (2004)
	5,6 % (1999)	5,5 % (2001)	5,8 % (2003)	
Pourcentage des jeunes enfants dont le poids à la naissance était élevé (>4 000 grammes)	12,8 % (1998)	13,8 % (2000)	13,2 % (2002)	12,3 % (2004)
	13,1 % (1999)	13,6 % (2001)	12,8 % (2003)	
Taux de naissance avant terme – Pourcentage des naissances vivantes à moins de 37 semaines de gestation	7,2 % (1998)	7,5 % (2000)	7,5 % (2002)	7,9 % (2004)
	7,3 % (1999)	7,3 % (2001)	7,7 % (2000)	

Tableau 6 Aperçu des indicateurs de bien-être des enfants (suite)

Indicateur	1998–1999	2000–2001	2002–2003	2004–2005
Nombre de nouveaux cas de Hib (<i>Haemophilus influenzae b</i>) parmi les enfants de 0 à 4 ans* ^a	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible
Nombre de nouveaux cas de méningite à méningocoques de groupe C parmi les enfants de 0 à 5 ans* ^a	12 (1999)	18 (2000)	9 (2002)	11 (2004)
		28 (2001)	5 (2003)	2 (2005)
Nombre de nouveaux cas de rougeole parmi les enfants de 0 à 5 ans* ^a	11 (1999)	81 (2000)	2 (2002)	6 (2004)
		7 (2001)	6 (2003)	2 (2005)
Taux de mortalité infantile – nombre de décès parmi les enfants de 1 an (par 1 000 naissances vivantes)*	5,3 (1998)	5,3 (2000)	5,4 (2002)	5,3 (2004)
	5,3 (1999)	5,2 (2001)	5,3 (2003)	
Pourcentage des jeunes enfants qui ont reçu le diagnostic de l'asthme	9,9 %	10,2 %	9,4 %	8,8 %
NOUVEAU! Pourcentage des jeunes enfants ayant au moins une allergie déclarée	Non disponible	10,7 %	10,2 %	10 %
Taux d'hospitalisation pour blessure (non intentionnelle) parmi les jeunes enfants (par 100 000)	Âge <1 : 438,9	Âge <1 : 387	Âge <1 : 386,4	Âge <1 : 348,1
	Âge 1–4 : 465,3	Âge 1–4 : 432	Âge 1–4 : 383,5	Âge 1–4 : 365
Taux de mortalité dû à des blessures parmi les jeunes enfants (par 100 000)	Âge <1 : 12,7	Âge <1 : 16,8	Âge <1 : 15	Âge <1 : 9,5
	Âge 1–4 : 8,8 (1999)	Âge 1–4 : 6,3 (2000)	Âge 1–4 : 7,3 (2002)	Âge 1–4 : 6,1 (2004)
Incidence de nouveaux cas de cancer parmi les enfants de 0 à 4 ans (par 100 000)	24,3 (1998)	21,9 (2000)	21,2 (2002)	21,6 (2004)
	23,4 (1999)	22,1 (2001)	21,3 (2003)	
Pourcentage des jeunes enfants affichant un niveau moyen ou avancé de développement moteur et social*	86,1 %	88,1 %	86,4 %	83,6 %
Pourcentage des jeunes enfants ne montrant pas de comportements associés à un trouble émotionnel ou à l'anxiété*	86,2 %	86,5 %	83,3 %	85,3 %
Pourcentage des jeunes enfants ne montrant pas de comportements associés à l'hyperactivité-inattention*	87,8 %	94 %	94,5 %	93,4 %

Tableau 6 Aperçu des indicateurs de bien-être des enfants (suite)

Indicateur	1998–1999	2000–2001	2002–2003	2004–2005
Pourcentage des jeunes enfants ne montrant pas de comportements associés à un problème d'agressivité physique ou de conduite*	86,5 %	88 %	85,4 %	85,8 %
NOUVEAU! Pourcentage des jeunes enfants ne montrant pas de comportements associés à de l'agressivité indirecte	91,6 %	93,2 %	92,9 %	93,7 %
Pourcentage des jeunes enfants ne montrant pas de comportements associés à un faible comportement prosocial	89,8 %	Cette information n'est plus saisie dans l'ELNEJ. L'indicateur a été remplacé par le « Pourcentage des enfants affichant un comportement personnel-social approprié à l'âge ».		
Pourcentage des enfants montrant un comportement personnel-social approprié à l'âge*	L'information n'a pas été saisie pour cette année dans l'ELNEJ.	88,5 %	84,3 %	85,4 %
Capacités langagières – Pourcentage des enfants montrant un développement verbal moyen à avancé (EVIP-R)*	84,1 %	85,5 %	86,9 %	86,5 %
Pourcentage des enfants montrant une connaissance des nombres moyenne à avancée	L'information n'a pas été saisie pour cette année dans l'ELNEJ.	85,3 %	84,3 %	83,7 %
Pourcentage des enfants affichant un niveau moyen ou avancé sur les plans de la capacité de reproduction et d'écriture	L'information n'a pas été saisie pour cette année dans l'ELNEJ.	84,8 %	85,7 %	85,2 %
Mesures liées à la famille				
Niveau de scolarité des parents – pourcentage des parents qui ont fait des études postsecondaires	Mères – 45,3 % Pères – 48,7 %	Mères – 47,7 % Pères – 49,9 %	Mères – 52,6 % Pères – 53 %	Mères – 56,5 % Pères – 55,2 %
Niveau de revenu – pourcentage de toutes les familles avec de jeunes enfants vivant au-dessus du seuil de faible revenu après impôt	83,6 % (1999)	86,5 % (2001)	87,3 % (2003)	86,6 % (2005)
Pourcentage des parents ne montrant pas de signes de dépression parentale	88,8 %	89,4 %	90,7 %	90 %
Pourcentage des mères qui fumaient durant la grossesse	19,4 %	18,4 %	15,9 %	14,6 %
Pourcentage des mères qui consommaient de l'alcool durant la grossesse	14,4 %	13,9 %	15,6 %	15,5 %

Tableau 6 Aperçu des indicateurs de bien-être des enfants (suite)

Indicateur	1998–1999	2000–2001	2002–2003	2004–2005
Pourcentage des enfants qui vivent dans un foyer où aucun des parents ne fume	59,8 %	61,6 %	66 %	67,2 %
Pourcentage des parents indiquant qu'il y a un fonctionnement positif au sein de la famille	89,1 %	88,6 %	90,2 %	91,3 %
Pratiques parentales positives – pourcentage des parents indiquant qu'il y a des interactions positives au sein de la famille ^b	90,6 %	92,1 %	95 %	94,3 %
Pourcentage des enfants de 0 à 3 ans qui sont ou étaient allaités	79,9 %	82,1 %	84,2 %	86 %
Lecture par un adulte – pourcentage d'enfants auxquels on lit quotidiennement	Non disponible (<i>nota</i> : la question a changé après le 3 ^e cycle)	65,4 %	67,3 %	64,8 %
Répartition des enfants âgés de 1 à 5 ans selon le type de service de garde	Garde parentale : 47,7 % Garde non parentale : 52,3 % du total, dont... • 50,2 % au domicile de quelqu'un d'autre • 25,4 % au domicile de l'enfant • 19,2 % garderie • 5,2 % autre	Garde parentale : 46,3 % Garde non parentale : 53,7 % du total, dont... • 48,5 % au domicile de quelqu'un d'autre • 23,1 % au domicile de l'enfant • 24,5 % garderie • 3,9 % autre	Garde parentale : 43,7 % Garde non parentale : 56,3 % du total, dont... • 45,6 % au domicile de quelqu'un d'autre • 21 % au domicile de l'enfant • 28,4 % garderie • 5 % autre	Garde parentale : 45 % Garde non parentale : 55 % du total, dont... • 45,2 % au domicile de quelqu'un d'autre • 18,5 % au domicile de l'enfant • 30,5 % garderie • 5,8 % autre
Service de garde non parental – répartition des enfants en fonction du nombre d'heures par semaine	<23 h/sem. – 38 % >24 h/sem. – 62 %	<23 h/sem. – 38,4 % >24 h/sem. – 61,6 %	<23 h/sem. – 38,3 % >24 h/sem. – 61,8 %	<23 h/sem. – 35,4 % >24 h/sem. – 64,6 %
Mesures liées à la collectivité				
Pourcentage des parents qui déclarent qu'il y a de la cohésion dans leur quartier	84,9 %	85,9 %	87 %	86,4 %
Pourcentage des parents qui déclarent se sentir en sécurité dans leur quartier	Cette mesure n'a pas été saisie en pour cette année dans L'ELNEJ.	75,8 %	77,9 %	77,7 %

Tableau 6 Aperçu des indicateurs de bien-être des enfants (suite)

Indicateur	1998–1999	2000–2001	2002–2003	2004–2005
Pourcentage des familles qui ont des enfants et qui ont des besoins impérieux de logement	Données non disponibles	Ménages locataires – 36,6 % Ménages propriétaires – 6,2 % (2001)	Données non disponibles.	Données non disponibles.
<p>^a Les points des données changent périodiquement à cause de la nature continue et cyclique de la surveillance. Les données présentées sont celles dont fait état l'Agence de santé publique du Canada au mois de novembre 2007. Les données sur l'Hib ne sont pas présentées dans le présent rapport car elles font l'objet d'une révision.</p> <p>^b Les données ont changé dans l'ensemble des cycles à cause des changements apportés à l'échelle-seuil pour assurer l'uniformité entre les indicateurs.</p>				

Tableau 7 Moyennes et intervalles de confiance pour les indicateurs de bien-être des enfants

Indicateur	1998–1999	2000–2001	2002–2003	2004–2005
Développement moteur et social	moyenne : 100,1 intervalles de confiance inférieur : 99,6 supérieur : 100,6	moyenne : 100,6 intervalles de confiance inférieur : 100,2 supérieur : 100,9	moyenne : 100,5 intervalles de confiance inférieur : 100,0 supérieur : 100,9	moyenne : 98,5 intervalles de confiance inférieur : 98,0 supérieur : 99,0
Troubles émotionnels/anxiété (enfants âgés de 2 à 3 ans)	moyenne : 1,1 intervalles de confiance inférieur : 1,0 supérieur : 1,2	moyenne : 1,3 intervalles de confiance inférieur : 1,2 supérieur : 1,3	moyenne : 1,5 intervalles de confiance inférieur : 1,4 supérieur : 1,6	moyenne : 1,3 intervalles de confiance inférieur : 1,2 supérieur : 1,3
Troubles émotionnels/anxiété (enfants âgés de 4 à 5 ans)	moyenne : 2,0 intervalles de confiance inférieur : 1,9 supérieur : 2,1	moyenne : 1,9 intervalles de confiance inférieur : 1,8 supérieur : 2,0	moyenne : 2,1 intervalles de confiance inférieur : 2,0 supérieur : 2,2	moyenne : 2,0 intervalles de confiance inférieur : 2,0 supérieur : 2,1
Hyperactivité-inattention (enfants âgés de 2 à 3 ans)	moyenne : 4,1 intervalles de confiance inférieur : 4,0 supérieur : 4,2	moyenne : 3,6 intervalles de confiance inférieur : 3,5 supérieur : 3,7	moyenne : 3,7 intervalles de confiance inférieur : 3,6 supérieur : 3,8	moyenne : 3,6 intervalles de confiance inférieur : 3,5 supérieur : 3,8
Hyperactivité-inattention (enfants âgés de 4 à 5 ans)	moyenne : 4,7 intervalles de confiance inférieur : 4,6 supérieur : 4,8	moyenne : 3,9 intervalles de confiance inférieur : 3,7 supérieur : 4,0	moyenne : 4,1 intervalles de confiance inférieur : 4,0 supérieur : 4,2	moyenne : 4,1 intervalles de confiance inférieur : 4,0 supérieur : 4,2

Tableau 7 Moyennes et intervalles de confiance pour les indicateurs de bien-être des enfants (suite)

Indicateur	1998–1999	2000–2001	2002–2003	2004–2005
Agression physique, problèmes de comportement (enfants âgés de 4 à 5 ans)	moyenne : 1,6 intervalles de confiance inférieur : 1,5 supérieur : 1,7	moyenne : 1,5 intervalles de confiance inférieur : 1,4 supérieur : 1,6	moyenne : 1,7 intervalles de confiance inférieur : 1,7 supérieur : 1,8	moyenne : 1,7 intervalles de confiance inférieur : 1,6 supérieur : 1,8
Comportement personnel-social	L'information n'a pas été saisie pour cette année dans l'ELNEJ.	moyenne : 48,7 intervalles de confiance inférieur : 48,1 supérieur : 49,4	moyenne : 51,4 intervalles de confiance inférieur : 51,1 supérieur : 51,8	moyenne : 51,9 intervalles de confiance inférieur : 51,6 supérieur : 52,2
Échelle de vocabulaire en images de Peabody, version révisée (EVIP-R)	moyenne : 98,8 intervalles de confiance inférieur : 98,2 supérieur : 99,3	moyenne : 100,2 intervalles de confiance inférieur : 99,5 supérieur : 100,1	moyenne : 101,1 intervalles de confiance inférieur : 100,5 supérieur : 101,7	moyenne : 101,2 intervalles de confiance inférieur : 100,4 supérieur : 102,0
Connaissance des nombres	L'information n'a pas été saisie pour cette année dans l'ELNEJ.	moyenne : 100,7 intervalles de confiance inférieur : 99,9 supérieur : 101,5	moyenne : 99,3 intervalles de confiance inférieur : 98,8 supérieur : 99,9	moyenne : 99 intervalles de confiance inférieur : 98,2 supérieur : 99,7
« Qui suis-je? »	L'information n'a pas été saisie pour cette année dans l'ELNEJ.	moyenne : 99,7 intervalles de confiance inférieur : 98,9 supérieur : 100,6	moyenne : 100,2 intervalles de confiance inférieur : 99,7 supérieur : 100,8	moyenne : 103 intervalles de confiance inférieur : 102,1 supérieur : 103,8

Chapitre 8 Bien-être des jeunes enfants autochtones au Canada

8.1 Introduction

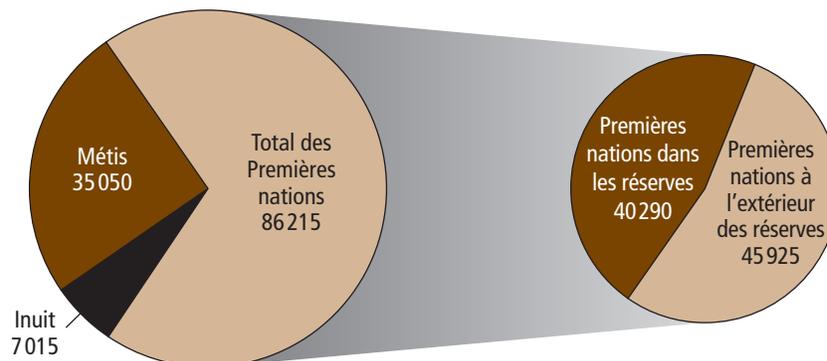
Des données nationales complètes sur le bien-être des jeunes enfants autochtones (des Inuits, des Métis et les Premières nations) de moins de six ans ne sont pas disponibles et utilisables facilement. Toutefois, au moyen des données de l'Enquête sur les enfants autochtones (EEA), dont la sortie est attendue à l'automne 2008, les éditions futures du présent chapitre commenceront à fournir un profil plus complet des enfants Inuits, des Métis et des Premières nations qui vivent en dehors des réserves. Entre-temps, nous présentons ci-dessous une description détaillée des types de renseignements que fournira cet instrument.

Le présent chapitre fait également fond sur l'information fournie dans les éditions antérieures et donne un aperçu des nouvelles données sur les jeunes enfants autochtones à partir du recensement de 2006 ainsi que l'information sur les influences familiales pour les jeunes enfants des Premières nations vivant dans les réserves tirée de l'*Enquêtes régionales longitudinales sur la santé des Premières nations et Inuit (ERS) de 2002–2003*.

8.2 Aperçu des jeunes enfants autochtones

La population autochtone au Canada se compose des Inuit, des Métis et des Premières nations (ou Indiens nord-américains) dans les réserves et à l'extérieur de ces dernières. Le recensement de 2006 dénombrait 131 025 enfants autochtones¹⁰⁰ de 5 ans et moins, soit **6,4 %** de tous les enfants de 5 ans et moins au Canada. De ces enfants autochtones, 65,8 % faisaient partie des Premières nations (46,7 % vivant dans les réserves et 53,3 % vivant en dehors des réserves), 26,8 % étaient des enfants Métis et un peu plus de 5,4 % des enfants Inuits.¹⁰¹

Figure 24 Population de 5 ans et moins selon l'identité autochtone, dans et à l'extérieur des réserves, Canada, 2006



Source : Statistique Canada, Recensement de 2006 (tableau personnalisé)

¹⁰⁰Il existe différents moyens de définir la population autochtone en fonction des quatre questions posées dans le recensement (appartenance à la population autochtone, Indien inscrit ou visé par un traité, membre d'une bande indienne/Premières nations, origine ethnique, y compris les ascendances autochtones). Dans le présent chapitre, le concept de l'appartenance à la population autochtone est utilisé; il inclut les gens qui se sont identifiés comme Inuit, Métis ou Indien nord-américain.

¹⁰¹La différence entre la somme des comptages pour les trois groupes autochtones et la population autochtone totale s'explique du fait des personnes qui ont mentionné plus d'un groupe autochtone ou des personnes qui ont indiqué être Indien inscrit et/ou membre d'une bande sans mentionner l'appartenance à la population autochtone.

La population autochtone continue d'être plus jeune que la population non autochtone. En 2006, environ **11,2 %** des membres de la population autochtone étaient âgés de 5 ans et moins, soit près de 2 fois la proportion dans la population non autochtone (6,3 %). Pour la population inuite, 13,9 % des membres étaient âgés de 5 ans et moins, les populations inuites les plus jeunes vivant au Nunavut et au Nunavik (Nord québécois).¹⁰² Quant à la population métisse, 9 % de ses membres étaient âgés de 5 ans et moins. Dans le cas des Premières nations, 12,4 % des membres étaient âgés de 5 ans et moins, et les populations des réserves comptaient une plus forte proportion de jeunes enfants (13,4 %) que celles à l'extérieur des réserves (11,6 %).

En 2006, la majorité des enfants autochtones (**59 %**) de 5 ans et moins vivaient avec les 2 parents, comparativement à 86 % pour les enfants non autochtones. Le taux est le plus élevé parmi les enfants Inuits, dont 70 % vivaient avec les 2 parents, comparativement à 67 % des enfants Métis et 55 % des enfants des Premières nations.

Par comparaison avec les enfants non autochtones, les enfants autochtones étaient plus enclins à vivre avec un parent seul, un grand-parent (sans parent présent) ou avec un autre membre de la famille. En 2006, **36 %** enfants autochtones vivaient avec un parent seul, comparativement à 13 % pour les enfants non autochtones. Le taux parmi les enfants Inuits atteignait 28 %, comparativement à 30 % des enfants Métis. Les enfants des Premières nations étaient trois fois plus susceptibles (39 %) que les enfants non autochtones à vivre avec un parent seul. Parmi les enfants des Premières nations, ceux qui vivaient dans les réserves étaient moins enclins à vivre avec un parent seul que ceux vivant à l'extérieur des réserves, 36 % comparativement à 41 %.

Parmi les jeunes enfants autochtones, 2 % vivaient avec un grand-parent (sans parent présent) et 3 % vivaient avec un autre membre de la famille, comparativement à 0,3 % et 0,4 % respectivement pour les enfants non autochtones.

Tableau 8 Mode de vie des enfants de 5 ans et moins par groupe autochtone, Canada, recensement de 2006								
Mode de vie	Identité autochtone	Premières nations				Métis	Inuit	Population non autochtone
		Total	Dans réserve	Hors réserve				
Total vivant avec au moins un parent	95 %	94 %	95 %	93 %	97 %	98 %	99 %	
Vivant dans des familles de deux parents	59 %	55 %	58 %	52 %	67 %	70 %	86 %	
Total – vivant dans des familles de parent seul	36 %	39 %	36 %	41 %	30 %	28 %	13 %	
<i>Vivant avec une mère seule</i>	31 %	33 %	29 %	36 %	27 %	22 %	12 %	
<i>Vivant avec un père seul</i>	5 %	6 %	8 %	5 %	3 %	6 %	2 %	
Vivant avec un grand-parent (sans parent présent)	2 %	2 %	3 %	2 %	1 %	1 %	0,3 %	
Vivant avec des membres de la famille	3 %	4 %	2 %	5 %	2 %	1 %	0,4 %	
Vivant seulement avec des personnes non apparentées	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	
Nota : Population dans les ménages privés								
Source : Statistique Canada, recensement de 2006 (tableau personnalisé)								

¹⁰²Statistique Canada. (2008). *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuit, Métis et Premières nations, Recensement de 2006*. Numéro de catalogue 97-588-XIF.

8.3 Les familles de jeunes enfants des Premières nations vivant dans les réserves

8.3.1 Consommation de tabac durant la grossesse

L'incidence de la consommation de tabac parmi les femmes enceintes des Premières nations vivant dans les réserves en 2002–2003 atteignait 36,6 %, ¹⁰³ soit plus du double du taux général de 15,9 % dans le reste du Canada. ¹⁰⁴

Le nombre de cigarettes fumées par jour varie considérablement : 20,2 % fumaient de 1 à 9 cigarettes par jour; 14,3 % fumaient de 10 à 19 cigarettes par jour et 2,1 % fumaient 20 cigarettes ou plus par jour. Le pourcentage de bébés exposés à la consommation de tabac maternelle durant le troisième trimestre atteignait un bébé sur trois (32,2 %). Le taux d'exposition environnementale à la consommation de tabac (consommation de tabac dans le domicile d'une mère enceinte des Premières nations) atteignait environ une famille sur deux (48,2 %). ¹⁰⁵

8.4 Regard vers l'avenir – Enquête sur les enfants autochtones (EEA)

Tel qu'il en a été discuté dans les éditions antérieures du présent rapport, le travail va bon train en ce qui a trait à la question de combler l'écart des données disponibles au sujet de la santé et du développement des jeunes enfants autochtones. L'*Enquête sur les enfants autochtones* (EEA), effectuée pour la première fois en 2006, fournira des renseignements sur le développement moteur, social et cognitif des jeunes enfants autochtones (des Inuits, des Métis et des Premières nations) âgés de moins de six ans. Le plan prévoit la collecte de tels renseignements tous les cinq ans afin de surveiller les changements au fil du temps et de mesurer les enjeux d'intérêt nouveau.

L'EEA a été élaborée par Statistique Canada et des conseillers autochtones de l'ensemble du pays et elle est administrée en association avec Ressources humaines et Développement social Canada. Un processus unique a servi à élaborer l'enquête et il a nécessité la participation directe des parents, des travailleurs de première ligne, des éducateurs de la petite enfance, des chercheurs, de diverses organisations autochtones et d'autres. Un groupe de consultation technique, composé de spécialistes en développement de la petite enfance autochtone, a été mis sur pied pour guider l'élaboration de l'enquête.

En fonction des recommandations du groupe de consultation technique, l'enquête de 2006 est de nature holistique et elle recueille des renseignements sur une gamme étendue de sujets, y compris la santé, le sommeil, l'alimentation et la nutrition, le développement, les soins, la garde d'enfants, l'école, la langue, le comportement et les activités d'apprentissage et de jeu. Certains renseignements sont recueillis au sujet du ou des parents ou tuteurs de l'enfant, et leur quartier ou collectivité à cause de l'importance de ces facteurs pour le développement et le bien-être de l'enfant. Dans l'ensemble de l'enquête se trouvent des questions au sujet de l'usage de pratiques traditionnelles inuites, métisses et des Premières nations.

L'EEA est conçue spécialement pour les enfants autochtones, et les concepteurs se sont efforcés de faire en sorte qu'elle soit appropriée et pertinente pour cette population. À ce titre, un grand nombre des questions dans l'EEA diffèrent de celles qui se trouvent dans les enquêtes sur la population canadienne en général. Par conséquent, il se peut qu'il ne soit pas possible de produire les mêmes indicateurs pour les enfants autochtones que pour les autres enfants canadiens. Le tableau suivant énumère les indicateurs FPT du développement de la petite enfance sur le bien-être des jeunes enfants produits présentement au moyen de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) et montre si des indicateurs comparables peuvent être produits ou non au moyen de l'EEA.

¹⁰³L'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations et Inuit (ERS) 2002–2003; Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes vivant dans les communautés des Premières nations*. Comité de gouvernance de l'information des Premières nations, Assemblée des Premières nations, Centre des Premières nations à l'Organisation nationale de la santé des Autochtones, novembre 2005. Chapitre 28 : p. 241 à 254.

¹⁰⁴Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes, 5^e cycle (2002–2003)

¹⁰⁵L'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002–2003; Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes vivant dans les communautés des Premières nations*. Comité de gouvernance de l'information des Premières nations, Assemblée des Premières nations, Centre des Premières nations à l'Organisation nationale de la santé des Autochtones, novembre 2005. Chapitre 28 : p. 241 à 254.

Tableau 9 Comparaison des éléments de l'EEA avec les indicateurs de l'ELNEJ

Indicateurs de l'ELNEJ (6 ^e cycle – 2004)	Âge	EEA – comparaison possible avec l'ELNEJ
Score de cohésion du quartier	0 à 5 ans	Non
Score de sécurité du quartier	0 à 5 ans	Certains éléments similaires
Lecture par le parent	0 à 5 ans	Non
Score d'interaction positive (5 éléments)	0 à 5 ans	Certains éléments similaires
Score du fonctionnement familial	0 à 5 ans	Non
Consommation de tabac chez la mère durant la grossesse	0 à 1 an	Non
Score EVIP-R	4 à 5 ans	Non
Score personnel-social (ASQ)	3 à 47 mois	Certains éléments similaires
Dépression	5 ans et moins	Non
Prévalence de l'allaitement maternel	3 ans et moins	Oui – éléments équivalents disponibles
Durée de l'allaitement maternel	3 ans et moins	Oui – éléments équivalents disponibles
Score de développement moteur et social	3 à 47 mois	Plusieurs éléments similaires, mais peu sont les mêmes
Scolarité de la mère	5 ans et moins	Oui – éléments équivalents disponibles
Scolarité du père	5 ans et moins	Oui – éléments équivalents disponibles
Scores de comportement – 2 à 3 ans		
Score d'agressivité physique	2 à 3 ans	Deux questions similaires – l'analyse montre qu'elles ne sont pas équivalentes
Score d'hyperactivité	2 à 3 ans	Deux questions similaires – l'analyse montre qu'elles ne sont pas équivalentes
Score d'anxiété émotionnelle	2 à 3 ans	Deux questions similaires – l'analyse montre qu'elles ne sont pas équivalentes
Scores de comportement – 4 à 5 ans		
Score d'agressivité physique	4 à 5 ans	Une question similaire – l'analyse montre qu'elles ne sont pas équivalentes
Score d'hyperactivité	4 à 5 ans	Trois questions similaires – l'analyse montre qu'elles ne sont pas équivalentes
Score d'anxiété émotionnelle	4 à 5 ans	Deux questions similaires – l'analyse montre qu'elles ne sont pas équivalentes

La collecte de données a été effectuée d'octobre 2006 à mars 2007 dans des localités urbaines, rurales et dans les localités du Nord dans l'ensemble du Canada. Elle n'a pas été effectuée dans les réserves, sauf dans certaines localités du Québec et des territoires. La planification en vue d'une EAA dans les réserves est commencée et Statistique Canada cherche à obtenir la participation des dirigeants des Premières nations aux discussions afin de déterminer le processus. Des questionnaires ont été remplis pour près de 14 000 enfants autochtones, ce qui représente un taux préliminaire de réponse de 81 %.

Les données seront publiées à l'automne 2008. L'échantillon a été conçu de manière à produire des estimations nationales, provinciales et territoriales; toutefois, à cause des faibles populations, les données pour les provinces de l'Atlantique devront être regroupées. Dans la mesure du possible, les estimations seront produites par groupe autochtone et groupe d'âge (zéro à un an, deux à trois ans et quatre à cinq ans).

Une série d'articles analytiques est prévue. Les articles couvriront divers sujets tels que les soins et la garde des jeunes enfants, la famille et la collectivité, l'apprentissage et le développement, les modes de vie sains et les langues.

Outre les articles analytiques, d'autres produits seront disponibles sur le site Web de Statistique Canada, notamment les profils des enfants Inuits, Métis et des Premières nations qui vivent à l'extérieur des réserves, et des feuilles de renseignements. Un fichier analytique à l'intention des chercheurs sera disponible dans les centres de données de recherche de Statistique Canada. Il y aura également un service de totalisations personnalisées.

Les organisations autochtones, tous les ordres de gouvernement, les éducateurs de la petite enfance, les chercheurs et les parents seront en mesure d'utiliser l'information de l'EEA pour répondre à des besoins précis et uniques des jeunes enfants autochtones.

Les données de l'enquête fourniront des renseignements propres aux enfants des Inuits, des Métis et des Premières nations et pourront servir à ce qui suit :

- donner un aperçu de la situation courante;
- honorer et reconnaître les valeurs et la diversité culturelles;
- accroître la sensibilisation à l'égard des points forts et des défis;
- suivre les changements au fil du temps;
- permettre une bonne prise de décision en matière de politique concernant les services pour les enfants;
- aider à la défense des intérêts en matière de ressources.

L'information disponible dans l'EEA servira à la préparation des futures éditions du présent rapport afin de fournir un profil plus complet des enfants des Inuits, des Métis et des Premières nations vivant au Canada.

Chapitre 9 Les jeunes enfants ayant une incapacité – aperçu ¹⁰⁶

9.1 Introduction

Bien que la saisie précise de renseignements sur les jeunes enfants ayant une incapacité entre la naissance et l'âge de cinq ans puisse représenter un défi compte tenu des stades et des taux de développement physique, émotionnel et cognitif, il existe plusieurs sources de données nationales qui peuvent servir à fournir un aperçu complet de ce groupe d'enfants.

Les rapports antérieurs sur le bien-être des jeunes enfants du Canada ont tiré des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001 et de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1991. L'EPLA de 2006 a continué de recueillir des renseignements sur les enfants ayant une incapacité, et son contenu a été amélioré pour inclure des sujets tels que la garde des jeunes enfants et les programmes d'éducation spécialisée. Ces données verront le jour dans les prochains mois.

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), la source principale de données sur les enfants au Canada, recueille également des renseignements sur les enfants ayant une incapacité. Les enfants ayant une incapacité peuvent être identifiés dans l'ELNEJ au moyen de deux questions filtres. Ces questions sont comparables à celles utilisées dans l'EPLA. Dans la première question, on demande à la personne la mieux renseignée au sujet de l'enfant (la PMR) ce qui suit : « Cet enfant a-t-il de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter les escaliers, à se pencher, à apprendre ou à accomplir des activités semblables? » La seconde question est la suivante : « Une condition physique ou mentale ou un problème de santé réduit-il la quantité ou le genre d'activité que cet enfant peut faire au foyer? À la garderie? Au travail ou à l'école? Dans d'autres domaines, par exemple, le transport, le jeu, les sports ou les loisirs? » Pour que l'on considère que l'enfant a une incapacité, il faut que la réponse à au moins une de ces deux questions filtres soit affirmative.

Parmi les 10 462 enfants de 5 ans et moins inclusivement dans l'échantillon de l'ELNEJ pour le cycle 6 (2004–2005), **6,61 %** ont été identifiés comme ayant une incapacité au moyen de cette méthode de tri. Le présent chapitre présente un profil de ces enfants.

9.2 Qui sont les jeunes enfants ayant une incapacité au Canada?

... Les enfants ayant une incapacité sont plus susceptibles d'être des garçons

Lors de l'examen de jeunes enfants au Canada, les garçons l'emportaient sur les filles, soit 51 % comparativement à 49 % en 2004–2005. Toutefois, lorsque l'on s'intéresse aux jeunes enfants ayant une incapacité, l'écart entre les garçons et les filles est plus prononcé. En 2004–2005, **63 %** des jeunes enfants ayant une incapacité étaient des garçons et **37 %** des filles.

... et sont en moyenne plus âgés que ceux n'ayant pas une incapacité

D'après l'ELNEJ de 2004–2005, les enfants ayant une incapacité tendaient, en moyenne, à être plus vieux que les enfants n'ayant pas une incapacité. La moyenne d'âge des enfants ayant une incapacité était de **3,2 ans** contre 2,5 ans pour les enfants n'ayant pas une incapacité. Toutefois, il est important de noter que certaines conditions sous-jacentes qui mènent à l'incapacité chez les enfants ne commencent pas à se présenter avant que l'enfant soit légèrement plus âgé. En outre, il peut être très difficile de diagnostiquer ou de confirmer certains types d'incapacités tant qu'un enfant n'est pas plus âgé.

¹⁰⁶Un témoignage de reconnaissance pour l'élaboration de ce chapitre est offert à Dafna Kohen et à Rochelle Garner de la Division de l'information et de la recherche sur la santé, à Statistique Canada.

... La situation socioéconomique des familles qui ont des enfants ayant une incapacité n'est pas forte

En 2004–2005, les jeunes enfants ayant une incapacité vivaient dans des familles dont le revenu moyen atteignait **66 791 \$** contre **69 237 \$** pour les jeunes enfants n'ayant pas une incapacité. De même, 24 % des jeunes enfants ayant une incapacité vivaient en dessous du seuil de faible revenu (SFR) après impôt contre 20 % dans le cas des enfants n'ayant pas une incapacité. Bien que ces différences ne soient pas statistiquement significatives pour ce groupe d'âge, elles tendent à suggérer que les familles d'enfants ayant une incapacité affrontent de plus grands défis que celles d'enfants n'ayant pas une incapacité.

Les données confirment ces plus grands défis économiques lorsque l'on examine les changements perçus touchant le revenu familial. Par exemple, en 2004–2005, les jeunes enfants ayant une incapacité étaient près de **quatre fois** plus susceptibles que ceux n'ayant pas une incapacité de vivre dans une famille qui avait indiqué que sa situation financière courante était pire qu'un an auparavant.

Il a été démontré qu'avoir un enfant handicapé a une incidence sur les habitudes de travail d'une famille. Par exemple, en 2004–2005, l'aidant naturel principal de l'enfant ne travaillait pas (et n'avait pas travaillé au cours de l'année précédente) pour **34 %** des jeunes enfants ayant une incapacité contre 27 % dans le cas des jeunes enfants n'ayant pas une incapacité.

... Les jeunes enfants ayant une incapacité sont moins susceptibles de se faire garder hors du milieu familial

En 2004–2005, **45 %** des enfants qui avaient une incapacité et qui étaient âgés de 1 à 5 ans faisaient l'objet d'une forme de garde hors du milieu familial, contre 55 % des enfants n'ayant pas une incapacité. Dans le cas des enfants en situation de garde hors du milieu familial, le type de garde utilisé le plus couramment était « la garde au domicile de quelqu'un d'autre » (42 %). La proportion de parents utilisant des garderies comme principale forme de garde était similaire pour les parents d'enfants ayant une incapacité et ceux d'enfants n'ayant pas une incapacité, soit 33 % et 30 % respectivement.

Année	Garde parentale	Garde non parentale	Services de garde non parentale			
			Garde en milieu familial	Garde au domicile de l'enfant	Garderie	Autre
Enfants ayant une incapacité	55 %	45 %	42 %	17 %	33 %	8 %
Enfants n'ayant pas une incapacité	44 %	56 %	45 %	19 %	30 %	6 %

Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 6^e cycle (2004–2005).

Dans le cas des enfants faisant l'objet des services de garde non parentale, il n'y avait presque pas de différence entre les enfants ayant une incapacité et n'ayant pas une incapacité en termes du nombre moyen d'heures passées dans une telle forme de garde. Les enfants ayant une incapacité y passaient en moyenne **25 heures par semaine**, alors que les enfants n'ayant pas une incapacité y passaient 26 heures par semaine.

9.3 Quel est l'état de santé des jeunes enfants ayant une incapacité?

... Les enfants ayant une incapacité ont un état de santé généralement bon

En 2004–2005, les données indiquaient que **67 %** des enfants ayant une incapacité étaient en excellente ou en très bonne santé, ce qui démontre que leur incapacité n'a pas nécessairement une incidence sur leur état de santé général. En comparaison, 91 % des enfants n'ayant pas une incapacité étaient en excellente ou en très bonne santé.

... mais ils sont plus susceptibles de faire l'objet d'un diagnostic d'état chronique

En 2004–2005, les données indiquaient que **46 %** des jeunes enfants ayant une incapacité étaient atteints d'un état chronique comparativement à 14 % des enfants n'ayant pas une incapacité.

État chronique	Ayant une incapacité	N'ayant pas une incapacité
Asthme	23 %	8 %
Allergies alimentaires	11 %	5 %
Allergies respiratoires	8 %	2 %
Autres allergies	8 %	4 %
Bronchite chronique	5 %	2 %
Affection cardiaque	4 %	1 %

Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 6^e cycle (2004–2005).

Pour tous les états chroniques, les enfants ayant une incapacité étaient au moins deux fois plus susceptibles d'avoir cet état que les enfants n'ayant pas une incapacité. L'asthme est l'état chronique diagnostiqué le plus souvent pour les enfants ayant une incapacité et les enfants n'ayant pas une incapacité, bien que les jeunes enfants ayant une incapacité soient trois fois plus susceptibles d'être asthmatiques que les enfants n'ayant pas une incapacité (23 % comparativement à 8 %). Les allergies alimentaires viennent au deuxième rang des états chroniques les plus fréquents pour les deux groupes de jeunes enfants, soit 11 % pour les jeunes enfants ayant une incapacité et 5 % pour les enfants n'ayant pas une incapacité. Une affection cardiaque est l'état chronique diagnostiqué le moins souvent bien qu'encore une fois, les jeunes enfants ayant une incapacité sont beaucoup plus susceptibles d'être touchés par cet état que les enfants n'ayant pas une incapacité.

... et plus susceptibles de passer la nuit dans un hôpital ou de prendre des médicaments sur ordonnance

Bien qu'il n'y ait pas de différence significative dans l'incidence de blessures nécessitant une attention médicale, les enfants ayant une incapacité étaient plus susceptibles de passer une nuit à l'hôpital au cours de la dernière année que les enfants n'ayant pas une incapacité (**14 %** comparativement à 6 %). De plus, **30 %** des enfants ayant une incapacité ont pris régulièrement un médicament sur ordonnance contre seulement 8 % des enfants n'ayant pas une incapacité.

9.4 Qu'en est-il de leurs aidants naturels?

... Les enfants ayant une incapacité sont plus susceptibles d'avoir des aidants naturels en moins bonne santé

Dans **63 %** des cas, les principaux aidants naturels des enfants ayant une incapacité ont indiqué être en excellente ou en très bonne santé en 2004–2005. En comparaison, 75 % des principaux aidants naturels des enfants n'ayant pas une incapacité ont indiqué être en excellente ou en très bonne santé.

De même, **47 %** des principaux aidants naturels des enfants ayant une incapacité ont indiqué avoir reçu un diagnostic d'état chronique, contre 37 % des principaux aidants naturels des enfants n'ayant pas une incapacité.

Les enfants ayant une incapacité étaient également deux fois plus enclins à avoir un aidant naturel principal limité dans ses activités que les enfants n'ayant pas une incapacité (**17 %** comparativement à 8 %).

... Mais ils n'éprouvent pas de différences dans la façon dont la famille interagit

En 2004–2005, il n'existait pas de différence significative entre les enfants ayant une incapacité et les enfants n'ayant pas une incapacité en termes de la manière dont leurs familles percevaient leur niveau de soutien social ou de la manière dont l'unité familiale fonctionnait ou interagissait.

Annexe A

Notes techniques concernant les indicateurs présentés

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) détermine qui dans le ménage est la personne la mieux renseignée (PMR) au sujet de l'enfant participant à l'enquête. Cette personne, le plus souvent la mère, fournira de l'information sur tous les enfants sélectionnés dans le ménage, ainsi que des renseignements d'ordre sociodémographique la concernant elle-même et concernant son conjoint. Ces renseignements serviront à dresser le profil socioéconomique de la famille. Une seule PMR est choisie par ménage.

Allaitement maternel : L'ELNEJ recueille des renseignements sur la prévalence et la durée de l'allaitement maternel pour les enfants âgés de trois ans et moins. Les renseignements sur la prévalence de l'allaitement maternel incluent des détails pour déterminer si les enfants sont présentement allaités ou non ou s'ils l'ont déjà été. Les renseignements sur la durée de l'allaitement maternel sont recueillis seulement pour les enfants qui ont été allaités, mais qui ne le sont plus.

Connaissance des nombres : Les enfants qui possèdent cette connaissance intuitive ont tendance à obtenir de meilleurs résultats en mathématiques à l'école. Quatre niveaux de développement ont été établis pour la connaissance des nombres chez les enfants, soit le niveau pré-dimensionnel (niveau 0), le niveau unidimensionnel (niveau 1), le niveau bidimensionnel (niveau 2) et le niveau bidimensionnel intégré (niveau 3). L'enfant doit avoir atteint un niveau de connaissance pour pouvoir passer au suivant; autrement dit, chaque niveau est le fondement conceptuel du suivant.

Comme l'ELNEJ saisit les réponses des enfants de quatre à cinq ans, seuls les niveaux pré-dimensionnel et unidimensionnel sont pris en considération pour ce stade de développement. Le niveau pré-dimensionnel est celui de la capacité de l'enfant de compter par cœur et de quantifier un lot d'objets peu nombreux. Ce niveau joue un rôle important pour le niveau suivant, où l'enfant traitera des quantités changeantes sans le secours d'objets concrets. Au niveau unidimensionnel, on évalue la connaissance de la suite des chiffres et la capacité de résoudre des problèmes arithmétiques simples. Pour répondre aux questions du test, l'enfant doit pouvoir se représenter mentalement une « ligne numérique ».

Il s'agit d'un test oral administré par l'évaluateur, et l'enfant doit répondre de vive voix, sans utiliser de papier et de crayon pour calculer ses réponses.

Les réponses à ces questions sont intégrées à une échelle normalisée. Sur cette échelle, on considère ce qui suit :

Les enfants ayant obtenu un score de 0 à 89 (un écart-type ou plus en dessous de la moyenne) manifestent des signes de **retard du développement**;

Les enfants ayant obtenu un score se situant entre 89 et 115 (une fourchette allant d'un écart-type en dessous de la moyenne à un écart-type au-dessus) ont un **développement moyen**;

Les enfants ayant obtenu un score de 116 ou plus (un écart-type ou plus au-dessus de la moyenne) manifestent des signes de **développement avancé**.

Dépression parentale : L'échelle de dépression parentale utilisée dans le cadre de l'ELNEJ représente une version condensée de l'échelle de dépression du *Center for Epidemiological Studies* (CES-D). Elle mesure la présence et la gravité des symptômes associés à la dépression dans la population en général, mais elle ne représente pas la présence d'une dépression cliniquement diagnostiquée. L'échelle est administrée à la PMR.

Pour dépister la dépression parentale, on a défini des seuils (ou points de référence) en prenant le score le plus près du 90^e centile d'après les données du 3^e cycle pour les enfants dans toutes les provinces. La variable représente la proportion d'enfants dont la PMR manifeste des signes plus élevés de dépression parentale et d'enfants dont la PMR n'en manifeste pas. Les PMR qui manifestent des symptômes de dépression ont des scores de 11 ou plus sur l'échelle de la dépression parentale.

L'**Échelle de vocabulaire en images de Peabody, version révisée (EVIP-R)** est un test qui mesure le vocabulaire compris par les enfants de quatre à cinq ans, en français ou en anglais. L'intervieweur l'administre directement à l'enfant si la PMR y consent.

Les réponses à ces questions sont intégrées à une échelle normalisée qui fixe à 100 le score moyen de la population, l'écart type étant de 15. Cette normalisation a été effectuée par groupe d'âge de deux mois d'intervalle. Le score normalisé prend en considération l'âge de l'enfant et permet de comparer les scores des groupes d'âge les uns par rapport aux autres. Sur cette échelle, on considère ce qui suit :

Les enfants ayant obtenu un score de 0 à 84 (un écart-type ou plus en dessous de la moyenne) manifestent des signes de **retard du développement**;

Les enfants ayant obtenu un score se situant entre 85 et 115 (une fourchette allant d'un écart-type en dessous de la moyenne à un écart-type au-dessus) ont un **développement moyen**;

Les enfants ayant obtenu un score de 116 ou plus (un écart-type ou plus au-dessus de la moyenne) manifestent des signes de **développement avancé**.

L'**échelle du développement moteur et social (DMS)** est fondée sur une série de 15 questions dans l'ELNEJ qui mesurent diverses dimensions du développement moteur, social et cognitif des enfants de 3 ans et moins; les questions qui varient selon l'âge de l'enfant sont posées à la PMR.

Les réponses à ces questions sont intégrées à une échelle normalisée qui fixe à 100 le score moyen de la population, l'écart type étant de 15. Cette échelle normalisée prend en considération l'âge de l'enfant et permet de comparer les scores des groupes d'âge les uns par rapport aux autres. Sur cette échelle, on considère ce qui suit :

Les enfants ayant obtenu un score de 0 à 84 (un écart-type ou plus en dessous de la moyenne) manifestent des signes de **retard du développement**;

Les enfants ayant obtenu un score se situant entre 85 et 115 (une fourchette allant d'un écart-type en dessous de la moyenne à un écart-type au-dessus) ont un **développement moyen**;

Les enfants ayant obtenu un score de 116 ou plus (un écart-type ou plus au-dessus de la moyenne) manifestent des signes de **développement avancé**.

Les **échelles visant le quartier** ont pour objet de déterminer dans quelle mesure certaines caractéristiques sont présentes ou absentes dans le quartier. En particulier, l'**échelle de cohésion du quartier** peut servir à mesurer l'unité sociale dans un quartier (la mesure dans laquelle la PMR estime qu'il y a de la cohésion). Les répondants adultes répondent à des questions sur les habitants du quartier, notamment s'ils s'entraident volontiers, tâchent de régler les problèmes locaux, sont vigilants face aux difficultés possibles et surveillent le quartier afin d'assurer la sécurité des enfants et si les enfants peuvent les prendre comme modèles de comportement. Toutes les questions au sujet du quartier sont posées à la PMR ou à son conjoint.

Pour déterminer les quartiers montrant peu de cohésion, on a défini des seuils (ou des points de référence) en prenant le score le plus près du 10^e centile d'après les données du 3^e cycle pour les enfants dans toutes les provinces. La variable représente la proportion d'enfants dont le quartier affiche de faibles niveaux de cohésion (selon la PMR) et d'enfants dont le quartier n'en affiche pas.

L'**échelle de sécurité du quartier** peut servir à établir dans quelle mesure la PMR ou à son conjoint/ou partenaire estime qu'il y a un sentiment de sécurité dans le quartier. Pour déterminer les quartiers affichant de faibles niveaux de sécurité, on a défini des seuils (ou des points de référence) en prenant le score le plus près du 10^e centile d'après les données du 4^e cycle (la question n'ayant pas été posée au 3^e cycle) pour les enfants dans toutes les provinces. La variable représente la proportion d'enfants dont le quartier affiche de faibles niveaux de sécurité (selon la PMR) et d'enfants dont le quartier n'en affiche pas.

Étapes du développement – échelle du comportement social personnel : Il s'agit d'une des échelles de comportement examinées dans le questionnaire sur les étapes du développement. Ce questionnaire est conçu pour dénombrer les enfants qui présentent des problèmes éventuels de développement. L'échelle pour le comportement personnel-social comporte plusieurs questions qui saisissent différents aspects de ce comportement liés à l'âge, notamment comment un bébé interagit avec lui-même, avec les étrangers, avec le parent et avec les objets tels que les jouets. Les questions associées aux échelles de comportement sont posées à la PMR et elles **ne représentent pas** des comportements problématiques diagnostiqués par un professionnel.

Fonctionnement familial : L'échelle de fonctionnement familial permet une évaluation globale du fonctionnement familial (notamment la résolution de problèmes, la communication, les rôles, l'engagement affectif, la sensibilité affective et la maîtrise du comportement) et elle indique la qualité des rapports entre les membres de la famille. Les questions s'y rapportant sont posées à la PMR ou à son conjoint. L'échelle ne témoigne d'aucun diagnostic clinique.

Pour dépister une dysfonction au sein de la famille, on a défini des seuils (ou des points de référence) pour chacun de ces comportements en prenant le score le plus près du 90^e centile de chacune des échelles, d'après les données du 3^e cycle pour les enfants dans l'ensemble des provinces. La variable représente la proportion d'enfants dont la famille manifeste des niveaux plus élevés de dysfonction familiale et d'enfants dont la famille n'en manifeste pas.

Garde des enfants : La période de référence pour les questions sur la garde d'enfants dans l'ELNEJ est le moment de l'entrevue. Ce délai est utilisé car l'âge de l'enfant peut avoir une incidence importante sur la garde d'enfants. Afin de tenir compte de la disponibilité de l'assurance-emploi, des prestations de maternité et parentales pour la première année de la vie d'un enfant, l'indicateur est présenté pour les enfants à partir de l'âge d'un an.

Hospitalisation pour blessure : Le taux d'hospitalisation pour blessure représente la proportion d'enfants âgés de moins de 1 an et âgés de 1 an à 4 ans qui sont hospitalisés pour le traitement de blessures non intentionnelles (ou accidents), par population de 100 000. Cet indicateur n'inclut pas les nouveaux-nés et n'inclut pas non plus les malades externes et les visites à l'urgence. Les principales causes d'hospitalisation pour blessure sont établies par âge, au niveau national.

Lecture par un adulte : Cet indicateur permet d'évaluer la fréquence à laquelle l'enfant s'adonne à des activités de lecture avec un parent ou un autre adulte. Il ne faut donc pas l'interpréter comme s'il visait expressément les interactions entre le parent et l'enfant.

Poids santé à la naissance : Un poids santé à la naissance est classé entre 2 500 et 4 000 grammes. Les nouveaux-nés dont le poids est inférieur à 2 500 grammes sont considérés avoir un poids faible à la naissance et les nouveaux-nés dont le poids est supérieur à 4 000 grammes sont considérés avoir un poids élevé à la naissance.

Pratiques parentales positives : L'interaction positive est un style parental saisi par l'ELNEJ. L'échelle des pratiques parentales mesure certains comportements parentaux. Les scores élevés indiquent une interaction positive avec l'enfant. Les questions visant à déterminer le style parental sont posées à la PMR ou à son conjoint.

À la suite du 3^e cycle (1998–1999), le point de référence du 10^e centile a été établi pour chaque indicateur. Il a été calculé en établissant d'abord le point de référence pour chaque groupe d'âge individuellement, puis tous les enfants manifestant les signes du comportement ont été groupés ensemble. À l'examen, il a été déterminé que le point de référence de l'échelle pour les pratiques parentales positives n'était pas calculé d'une manière compatible avec les autres échelles. L'indicateur de pratiques parentales positives se compose de deux échelles d'interaction positive – une pour les enfants d'un an et moins, l'autre pour les enfants âgés de deux à cinq ans. Malheureusement, les données antérieures pour l'indicateur de pratiques parentales positives n'ont pas été calculées de cette manière, mais les deux échelles ont été plutôt combinées, puis le point de référence a été établi. Afin d'assurer la conformité avec tous les autres indicateurs, la manière selon laquelle cet indicateur a été élaboré a été ajustée de telle sorte que le point de référence est déterminé pour chaque groupe d'âge individuellement, puis combiné. Cette correction a été apportée aux données pour tous les cycles de l'ELNEJ dont il a été fait état à ce jour.

Le test « **Qui suis-je?** » permet d'évaluer les capacités de l'enfant de conceptualiser et de reconstruire une figure géométrique (habiletés à copier), et d'utiliser des représentations symboliques (tâches d'écriture) comme des chiffres, des lettres et des mots. Comme c'est une mesure d'évaluation non verbale, « **Qui suis-je?** » peut être utilisé pour évaluer des enfants dont la connaissance du français ou de l'anglais est limitée. Ces enfants peuvent donc remplir les tâches dans leur langue maternelle ou encore en français ou en anglais.

Le test se présente sous la forme d'un livret intéressant dans lequel l'enfant accomplit les tâches, l'évaluateur tournant les pages et lui donnant des instructions.

Les réponses à ces questions sont intégrées à une échelle normalisée. Sur cette échelle, on considère ce qui suit :

Les enfants ayant obtenu un score de 0 à 84 (un écart-type ou plus en dessous de la moyenne) manifestent des signes de **retard du développement**;

Les enfants ayant obtenu un score se situant entre 85 et 115 (une fourchette allant d'un écart-type en dessous de la moyenne à un écart-type au-dessus) ont un **développement moyen**;

Les enfants ayant obtenu un score de 116 ou plus (un écart-type ou plus au-dessus de la moyenne) manifestent des signes de **développement avancé**.

Troubles affectifs/anxiété, hyperactivité et agressivité physique et troubles comportementaux : Ces mesures sont des échelles de comportement de premier plan dans le cadre de l'ELNEJ. Pour chaque mesure, on pose une série de questions et on classe les réponses sur une échelle de manière à obtenir une meilleure représentation des différents types de comportement. Les questions sont posées à la PMR et **ne témoignent pas** d'un diagnostic posé par un professionnel.

Pour dépister la présence de problèmes de comportement, on a défini des seuils (ou des points de référence) pour chacun de ces comportements en prenant le score le plus près du 90^e centile de chacune des échelles, d'après les données du 3^e cycle (ou les données les plus récentes possibles pour les enfants dans l'ensemble des provinces). Les données présentées représentent la proportion d'enfants manifestant des signes de difficultés pour chacun des comportements décrits.

Troubles affectifs et anxiété : On demande à la PMR d'indiquer la fréquence à laquelle l'enfant semble être malheureux, déprimé, inquiet, nerveux ou anxieux. Un enfant jugé très anxieux est un enfant décrit par la PMR comme malheureux, craintif et tendu.

L'hyperactivité se caractérise par les comportements suivants : l'enfant est anxieux, impatient, manque de concentration et est incapable d'attendre son tour.

Agression physique/troubles comportementaux : La PMR, habituellement la mère, répond à une série de questions au sujet de la fréquence à laquelle son enfant se livre à des actes d'*agression physique*, comme les bagarres, l'intimidation ou les menaces à l'endroit d'autres personnes.