

**ENTENTE FÉDÉRALE-PROVINCIALE-TERRITORIALE
SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE**

**LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES ENFANTS
AU CANADA :**

RAPPORT DU GOUVERNEMENT DU CANADA

2002



Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Pour obtenir des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

	 1 800 O-Canada (1 800 622-6232) ATS : 1 800 465-7735
	 canada.gc.ca
	 Centres d'accès Service Canada

Ce document est également offert à l'internet à l'adresse suivante:

www.unionsociale.gc.ca

Ce rapport est co-publié par Développement des ressources humaines Canada et Santé Canada.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada 2002

N° de cat. : RH64-20/2002

ISBN : 0-662-66912-6

TABLE DES MATIÈRES

Préface	1
Chapitre 1 : Introduction	3
Contexte	3
Entente sur le développement de la petite enfance	3
Rapports sur les résultats pour les enfants	4
Cadre de surveillance du bien-être de l'enfant	4
Qu'est-ce que le « bien-être de l'enfant »?	4
Influences du milieu sur le bien-être de l'enfant	5
Comment les gouvernements font-ils des rapports sur le développement de la petite enfance?	5
Forme du rapport	6
Sources de données	7
Chapitre 2 : Portrait des jeunes enfants au Canada	9
Aperçu des jeunes enfants au Canada	9
Proportion de jeunes enfants	9
Répartition dans les régions urbaines et rurales	10
Les jeunes enfants sont-ils en santé?	11
Poids-santé à la naissance	11
Naissances prématurées	13
Immunisation	14
Mortalité infantile	16
Allaitement au sein	17
Asthme	18
Les jeunes enfants sont-ils en sécurité?	19
Hospitalisations à la suite de blessures	19
Décès à la suite de blessures	20
Comment les jeunes enfants canadiens se développent-ils?	21
Développement moteur et social	22
Troubles du comportement	24
Vocabulaire compris	25
Faits saillants	26

Chapitre 3 : Portrait des familles canadiennes	27
Dans quels genres de famille les jeunes enfants canadiens vivent-ils?	28
Dans quels genres de logement et de collectivité ces familles vivent-elles?	29
Qui sont les parents des jeunes enfants canadiens?	30
Niveau de scolarité	30
Travail à l'extérieur du foyer	31
Risques pour la santé	32
Quels sont les défis que doivent relever les parents de jeunes enfants? (faible revenu; dépression des parents)	33
Que savons-nous du rôle parental au Canada?	35
Pratiques parentales	35
Temps consacré aux enfants	36
Lecture aux enfants	37
Faits saillants	38
Chapitre 4 : Jeunes enfants autochtones au Canada - Aperçu	39
Chapitre 5 : Jeunes enfants ayant une incapacité au Canada - Aperçu	45
Chapitre 6 : Sommaire des données	49
Annexe A : Sigles employés dans le rapport	51

LISTE DES FIGURES ET TABLEAU

Figures:

Figure 1 :	Proportion d'enfants âgés de cinq ans et moins, Canada, 1er juillet 1999	9
Figure 2 :	Répartition des enfants selon le lieu de résidence, Canada, 1998-1999	10
Figure 3 :	Répartition des jeunes enfants selon le poids à la naissance, Canada, 1999	11
Figure 4 :	Pourcentage d'enfants ayant un faible poids à la naissance, divers pays de l'OCDE, 1999	12
Figure 5 :	Taux de naissances prématurées, Canada, 1999	13
Figure 6 :	Nombre de cas de certaines maladies pouvant être prévenues par un vaccin, Canada, 1999	14
Figure 7 :	Taux de couverture vaccinale antirougeoleuse, enfants de moins d'un an, divers pays de l'OCDE, 1997	15
Figure 8 :	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), divers pays de l'OCDE, 1999	16
Figure 9 :	Pourcentage d'enfants âgés de trois ans et moins allaités au sein, Canada, 1998-1999	17
Figure 10 :	Prévalence des cas d'asthme diagnostiqués chez les jeunes enfants, Canada, 1998-1999	18
Figure 11 :	Hospitalisations à la suite de blessures, enfants âgés de cinq ans et moins, Canada, exercice financier 1999-2000	19
Figure 12 :	Répartition des enfants âgés de trois ans et moins selon le score obtenu sur l'échelle de développement moteur et social, Canada, 1998-1999	22
Figure 13 :	Pourcentage des jeunes enfants manifestant des signes de troubles du comportement, Canada, 1998-1999	24
Figure 14 :	Répartition des enfants de quatre et cinq ans selon le score obtenu au test EVIP-R, Canada, 1998-1999	25
Figure 15 :	Répartition des jeunes enfants au Canada selon le genre de famille, 1998-1999	28
Figure 16 :	Plus haut niveau de scolarité atteint par les parents de jeunes enfants, Canada, 1998-1999	30
Figure 17 :	Tendances relatives aux familles à deux soutiens et à un soutien ayant de jeunes enfants, Canada, 1976 à 2001	31
Figure 18 :	Consommation de tabac et d'alcool durant la grossesse, Canada, 1998-1999	32
Figure 19 :	Pourcentage des parents de jeunes enfants démontrant des pratiques parentales positives, Canada, 1998-1999	35
Figure 20 :	Temps consacré aux enfants âgés de cinq ans et moins par un parent marié exerçant une activité professionnelle, Canada, 1986, 1992 et 1998	36
Figure 21 :	Fréquence de la lecture aux jeunes enfants canadiens, Canada, 1998-1999	37

Tableau :

Tableau 1 :	Pourcentage des familles ayant de jeunes enfants et vivant sous le seuil de faible revenu selon le genre de famille, 1999	33
-------------	---	----



PRÉFACE



En septembre 2000, le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont conclu une entente historique visant à améliorer et à étendre les services et les programmes conçus à l'intention des enfants de moins de six ans et de leur famille. Dans le cadre de l'Entente fédérale-provinciale-territoriale sur le développement de la petite enfance, les premiers ministres du Canada ont pris l'engagement d'aider les jeunes enfants à réaliser leur plein potentiel et d'aider les familles et les collectivités à soutenir leurs enfants.

En vertu de l'Entente, les gouvernements se sont engagés à rendre compte périodiquement aux Canadiens des indicateurs du bien-être des jeunes enfants. Les gouvernements ont défini un ensemble commun de 11 indicateurs du bien-être qui fournira des renseignements précieux sur la santé physique et le développement des jeunes enfants au Canada.

Par le présent document, le gouvernement du Canada tient l'engagement qu'il a pris de rendre des comptes sur le bien-être des jeunes enfants du Canada.

Le présent rapport prend appui sur l'ensemble commun de 11 indicateurs pour dresser un portrait des enfants âgés de cinq ans et moins au Canada et fournir des données sur la santé physique, sur la sécurité et la protection ainsi que sur le développement de la petite enfance. Le rapport présente en outre un aperçu des familles au sein desquelles grandissent les jeunes enfants canadiens. Les données figurant dans le rapport se rapportent à 1998-1999 et constituent un point de référence qui permettra de suivre l'évolution des indicateurs à l'avenir.

Le gouvernement du Canada s'emploiera à améliorer la qualité des rapports au fil des ans.

Dans le cadre de l'Entente sur le développement de la petite enfance, les gouvernements se sont également engagés à publier, chaque année, des rapports sur les progrès réalisés au chapitre de l'amélioration des programmes et des services de développement de la petite enfance.

Le document intitulé *Activités et dépenses relatives au développement de la petite enfance : Rapport 2001-2002 du gouvernement du Canada* offre au lecteur qui désire obtenir des renseignements complémentaires de l'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 depuis la mise en œuvre de l'Entente.

¹ Le gouvernement du Québec partage les préoccupations des autres provinces et territoires au sujet du développement de la petite enfance, mais il ne participe pas à l'Entente fédérale-provinciale-territoriale sur le développement de la petite enfance. Le gouvernement du Québec reçoit, dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), sa part du financement offert par le gouvernement du Canada pour les programmes et les services de développement de la petite enfance.



Chapitre 1 : INTRODUCTION



Contexte

Entente sur le développement de la petite enfance

En septembre 2000, le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux (à l'exception du gouvernement du Québec) ont conclu une entente historique visant à améliorer et à étendre les services et les programmes conçus à l'intention des enfants de moins de six ans et de leur famille. L'Entente sur le développement de la petite enfance est un engagement à long terme d'aider les jeunes enfants à réaliser leur plein potentiel et d'aider les familles à soutenir leurs enfants.

En vertu de l'Entente, les gouvernements se sont engagés à tenir le public au courant des progrès réalisés dans le domaine du développement de la petite enfance. Plus précisément, les premiers ministres se sont engagés à produire des rapports sur les investissements au chapitre des programmes et des services de développement de la petite enfance ainsi que sur les résultats pour les enfants.

À compter de l'automne 2002, chacun des gouvernements participants élaborera un rapport annuel faisant état de ses progrès relativement à l'amélioration des programmes et des services de développement de la petite enfance en vertu de l'Entente. Le gouvernement du Canada a récemment rempli cet engagement en publiant le rapport intitulé *Activités et dépenses relatives au développement de la petite enfance : Rapport 2001-2002 du gouvernement du Canada* (on peut obtenir ce rapport sur Internet à www.unionsociale.gc.ca, par téléphone au 1 800 O-Canada (1 800 622-6232) ou par ATS au 1 800 465-7735).

Toujours à l'automne 2002, les gouvernements participants commenceront à publier des rapports périodiques sur le bien-être de l'enfant. Ces rapports contribueront à sensibiliser le public au sort des jeunes enfants au Canada et témoigneront de l'engagement des gouvernements quant à l'atteinte des objectifs de l'Entente sur le développement de la petite enfance. Par le présent rapport, le gouvernement du Canada amorce la démarche de reddition de comptes à laquelle il s'est engagé.

Plan d'action national pour les enfants - Une vision commune pour les enfants du Canada

En 1999, le gouvernement du Canada, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, a commencé à travailler au Plan d'action national pour les enfants (PANE), qui énonce une vision commune pour les enfants du Canada. Cette vision commune propose que les enfants vivent dans un climat d'amour et s'épanouissent, qu'ils soient valorisés, qu'ils réalisent pleinement leurs capacités physiques, affectives, intellectuelles, spirituelles et créatives particulières, qu'ils soient respectés et protégés et que, à leur tour, ils respectent et protègent les droits d'autrui, qu'ils fassent partie de collectivités qui valorisent la diversité, soutiennent des aptitudes différentes et prônent le partage des ressources et qu'ils contribuent à la vie de ces collectivités.

La vision commune du PANE énonce aussi des valeurs et des objectifs pour les enfants canadiens de même que six domaines stratégiques dans lesquels les gouvernements pourraient intervenir en coopération pour mieux soutenir les enfants. L'amélioration du développement de la petite enfance est l'un des domaines d'intervention retenus par les gouvernements.

Rapports sur les résultats pour les enfants

Au Canada, on reconnaît de plus en plus l'importance des premières années de la vie. Les expériences des enfants, de la conception jusqu'à l'âge de cinq ans, constituent le fondement de leur évolution dans tous les aspects de la vie. Il importe donc de surveiller et de suivre l'information sur le bien-être et le développement des enfants au Canada afin de se sensibiliser à leur situation et de mieux la comprendre. Le suivi continu peut donner un « signal d'avertissement » attirant l'attention sur des domaines où les enfants nécessitent davantage d'appui et peut aussi signaler des résultats positifs. De ce fait, le suivi offre un outil solide permettant d'éclairer et d'améliorer l'élaboration des politiques et d'assurer que les mesures prises par les gouvernements et d'autres intervenants sont aussi pertinentes et efficaces que possible.

Cadre de surveillance du bien-être de l'enfant

Qu'est-ce que le « bien-être de l'enfant »?

« Les premières années de la vie sont très importantes pour le développement et le bien-être d'un enfant puisque c'est à ce moment-là que s'acquièrent les capacités et les habiletés d'adaptation qui influenceront sur l'apprentissage, le comportement et la santé. »² L'une des méthodes les plus répandues de définition du bien-être se fonde sur un cadre comportant cinq éléments : santé physique et développement moteur; santé émotionnelle; connaissances et compétences sociales; apprentissage cognitif; aptitudes langagières.

Cinq éléments du bien-être de l'enfant³

Santé physique et développement moteur :
état de santé général de l'enfant, motricité globale et fine.

Santé émotionnelle :
estime de soi de l'enfant, capacité d'adaptation et bien-être affectif général.

Connaissances et compétences sociales :
comportement de l'enfant et capacité de communiquer ses sentiments et ses désirs.

Apprentissage cognitif :
perception, organisation et analyse par l'enfant de l'information émanant de son milieu social et physique.

Aptitudes langagières :
capacité de communiquer de l'enfant, y compris les aptitudes à comprendre et à s'exprimer.

² Communiqué des premiers ministres sur le développement de la petite enfance, septembre 2000.

³ Adaptation de : Doherty, Gillian (mai 1997) *De la conception à six ans : les fondements de la préparation à l'école*, Direction générale de la recherche appliquée, document de recherche no R 97-8F, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada.

Influences du milieu sur le bien-être de l'enfant

Les enfants sont façonnés par le monde qui les entoure, et bon nombre de facteurs influent sur leur développement. Il est généralement admis que « les enfants en bonne santé sont le plus souvent souvent issus de familles en bonne santé, elles-mêmes regroupées dans des collectivités où règne un climat favorable »⁴. La compréhension des principaux facteurs qui influencent le développement de l'enfant peut aider la société à faire les choix qui contribueront à créer un milieu stimulant pour les enfants.

La vision commune du PANE retient cinq influences clés du milieu ayant une incidence sur le développement de l'enfant : l'hérédité biologique, la famille, la garderie et l'école, le milieu physique et communautaire ainsi que la société.

Parmi ces influences, la famille revêt une importance clé. Les parents sont le principal soutien des enfants et jouent un rôle fondamental dans leur développement. Chaque enfant, à la naissance, hérite de ses parents d'un ensemble particulier de caractéristiques susceptibles d'influencer son bien-être dans les cinq domaines décrits. Et c'est au sein de la famille que la majorité des enfants passent leurs années de formation et que se produit une grande partie de leur développement.

Les familles sont façonnées par le milieu physique et communautaire dans lequel elles vivent. Les collectivités offrent l'infrastructure de base de la vie familiale, notamment le logement, l'éducation et l'emploi. Le milieu physique peut avoir une influence considérable sur la santé et le bien-être de l'enfant. Les recherches commencent à démontrer qu'une collectivité qui présente un niveau élevé de cohésion, de stabilité et de soutien social favorise le développement sain de l'enfant.

Comment les gouvernements font-ils des rapports sur le développement de la petite enfance?

Le gouvernement du Canada collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les collectivités pour accroître le bien-être de l'enfant. Le PANE, la Prestation nationale pour enfants et l'Entente fédérale-provinciale-territoriale sur le développement de la petite enfance sont autant d'exemples de l'engagement qu'ont pris les gouvernements de travailler ensemble dans divers domaines touchant les enfants. Dans cet esprit, les gouvernements ont reconnu l'importance de suivre le bien-être des jeunes enfants et d'en faire rapport périodiquement de façon à éclairer l'élaboration des politiques, à informer le public et à le sensibiliser à ces enjeux. Dans l'Entente sur le développement de la petite enfance de septembre 2000, les premiers ministres se sont engagés à « présenter régulièrement au public des rapports sur les indicateurs de résultats sur le bien-être des enfants, en utilisant un ensemble d'indicateurs communs... qui se rattachent aux objectifs établis relativement au développement de la petite enfance ».

Lors du choix des indicateurs devant faire l'objet des rapports, les gouvernements ont tenté de tenir compte des cinq éléments du bien-être afin de tracer un portrait du bien-être de l'enfant aussi complet que possible. Les gouvernements ont examiné les indicateurs du bien-être de l'enfant reconnus à l'échelle nationale et internationale tout en tenant compte des données disponibles au Canada à l'échelle nationale, provinciale ou territoriale. Ils ont aussi veillé à retenir des indicateurs significatifs aux yeux du public et susceptibles d'accroître les connaissances relatives au bien-être de

⁴ Ross, David P., Katherine Scott et Mark A. Kelly (1996) « Aperçu : Les enfants du Canada durant les années 90 » dans *Grandir au Canada - Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada.

l'enfant sans reproduire les rapports présentement réalisés par d'autres (p. ex., des organismes non gouvernementaux et des chercheurs). On a consulté des spécialistes pour s'assurer que les indicateurs retenus sont à la fois significatifs et valables sur le plan méthodologique.

Les gouvernements ont convenu de produire des rapports sur un ensemble commun de 11 indicateurs des résultats pour les enfants. Ils ont également convenu de publier leurs rapports à l'automne 2002. Grâce à ces rapports, les Canadiens pourront mieux comprendre le sort des jeunes enfants au Canada. La publication de ces rapports par tous les gouvernements participants marquera une première : une reddition de comptes, par les gouvernements au public, fondée sur un ensemble d'indicateurs du bien-être de l'enfant adopté d'un commun accord.

Entente sur le développement de la petite enfance - Indicateurs communs du bien-être des jeunes enfants

Santé physique et développement moteur

- Poids-santé de l'enfant à la naissance
- Incidence de méningococcie du groupe C
- Incidence de rougeole
- Incidence d'hémophilus influenzae B (HIB)
- Taux de mortalité infantile
- Développement moteur et social

Santé émotionnelle

- Troubles affectifs - anxiété
- Hyperactivité - déficit de l'attention
- Agressivité physique - troubles comportementaux

Connaissances et compétences sociales

- Comportement prosocial
- ##### **Apprentissage cognitif et aptitudes langagières**
- Langage

Forme du rapport

Le présent rapport du gouvernement du Canada vise à favoriser la compréhension face à la situation des jeunes enfants canadiens et de leur famille. Pour ce faire, le rapport se concentre sur les 11 indicateurs du bien-être des jeunes enfants retenus par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et s'appuie également sur des indicateurs complémentaires de la santé physique des enfants de même que sur des mesures des influences clés qu'exercent la famille et la collectivité sur le bien-être des enfants.

Le deuxième chapitre, « Portrait des jeunes enfants au Canada », présente les indicateurs liés aux cinq dimensions du bien-être de l'enfant : santé physique et développement moteur, santé émotionnelle, connaissances et compétences sociales, apprentissage cognitif et aptitudes langagières. Le chapitre commence par une mise en contexte des jeunes enfants au Canada et présente ensuite des données sur la santé, la sécurité et la protection ainsi que sur le développement de ces enfants.

Le troisième chapitre, « Portrait des familles canadiennes », présente des renseignements clés sur le milieu dans lequel grandissent les jeunes enfants. Plus précisément, on décrit dans ce chapitre les genres de familles au sein desquelles se développent les jeunes enfants, les caractéristiques des parents et l'interaction entre parents et enfants.

À l'heure actuelle, on dispose de peu de données sur les jeunes enfants autochtones. Le quatrième chapitre donne un aperçu de l'information disponible sur ce groupe d'enfants. Il met également en relief les lacunes statistiques et les sources potentielles de données futures. On espère que les

rapports ultérieurs seront en mesure de fournir des renseignements plus complets sur les enfants autochtones.

Dans le même ordre d'idées, il existe peu de données sur les enfants ayant une incapacité. Le cinquième chapitre présente une synthèse des connaissances sur ces enfants. On espère également que, grâce à de nouvelles sources de données, il sera possible de fournir des renseignements plus détaillés sur ceux-ci dans les prochains rapports.

Le chapitre 6 prend la forme d'un tableau synthèse des indicateurs du bien-être des jeunes enfants et des mesures liées à la famille et à la collectivité décrites aux chapitres 2 et 3 du rapport. Les indicateurs portant un astérisque (*) sont au nombre des 11 indicateurs retenus d'un commun accord par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

La liste des sigles employés dans le rapport se trouve à l'annexe A.

Sources de données

Mesurer le bien-être des enfants représente un défi de taille. Les enfants grandissent et se développent rapidement de la naissance à cinq ans, de sorte qu'une mesure du bien-être appropriée à un âge donné ne le serait pas un an plus tôt ou plus tard. Le développement de l'enfant se manifeste dans une vaste gamme d'habiletés et de caractéristiques qu'aucun indicateur pris isolément ne peut mesurer. Par conséquent, les indicateurs présentés dans le rapport couvrent diverses dimensions du développement de l'enfant. Dans certains cas, les indicateurs s'appliquent uniquement aux enfants d'un groupe d'âge défini, dans d'autres cas, ils s'appliquent à tous les enfants âgés de cinq ans et moins. Ensemble, les indicateurs dressent un profil général de la situation des jeunes enfants au Canada.

Bien qu'il ne soit pas encore possible de mesurer tous les aspects du bien-être de l'enfant ou tous les facteurs qui influencent le bien-être, on a réalisé au cours des dernières années des progrès considérables au chapitre de la collecte des données dans ce domaine. Le Canada peut d'ailleurs se réclamer d'une longue tradition de collecte de données sur la santé. En particulier, le registre des statistiques de l'état civil est une importante source d'information sur la santé physique des jeunes enfants. Le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT) fournit des renseignements précieux sur les blessures et les hospitalisations. Par ailleurs, le recensement offre des données descriptives sur les jeunes enfants et leur famille. Deux enquêtes postcensitaires, l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA)⁵ et la composante « Enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA)⁶ constitueront vraisemblablement de nouvelles sources d'information.⁷

Plus récemment, la réalisation de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) a permis d'élargir les connaissances sur les enfants, particulièrement sur les jeunes enfants, au Canada. Dans le premier cycle de collecte de l'ELNEJ (qui s'est échelonné de la fin de 1994 au début de 1995), on a interviewé les parents de quelque 23 000 enfants âgés de 11 ans et moins. Les parents ont fourni des renseignements non seulement sur leurs enfants mais aussi sur eux-mêmes,

⁵ On prévoit diffuser les premières données de l'EPLA en 2003.

⁶ On prévoit diffuser les premières données de l'EAPA à partir de la fin de 2003.

⁷ Des renseignements supplémentaires sur ces enquêtes sont présentés aux chapitres 4 et 5 du rapport.

sur la famille, l'école et le quartier. Au cours des cycles subséquents de 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2002-2003, on a recueilli des données auprès des mêmes familles et enfants, et on continuera de recueillir des données jusqu'à ce que ces enfants atteignent l'âge adulte. À chacun des cycles, on ajoute à l'échantillon initial de nouveaux enfants âgés de cinq ans et moins pour mieux comprendre les processus d'apprentissage et de développement dans les premières années de la vie.

L'ELNEJ est la principale source de données pour bon nombre d'indicateurs du bien-être de l'enfant présentés dans ce rapport. Les données les plus récentes de l'ELNEJ sont tirées du cycle 3 (1998-1999). Par conséquent, les données figurant dans ce rapport visent les enfants canadiens qui étaient âgés de cinq ans ou moins en 1998 et 1999, ce qui permettra d'établir un point de référence en fonction duquel on pourra mesurer l'évolution future du bien-être des enfants.

Dans quelques cas, les données se rapportent à une année de déclaration différente. Par exemple, dans le cas des enfants autochtones, les données les plus récentes sont tirées du recensement de 1996. Dans le cas des enfants ayant une incapacité, les données de l'EPLA de 2001 ne sont pas encore disponibles; les données les plus récentes proviennent donc de l'ESLA de 1991 (prédécesseur de l'EPLA).



Chapitre 2 : PORTRAIT DES JEUNES ENFANTS AU CANADA



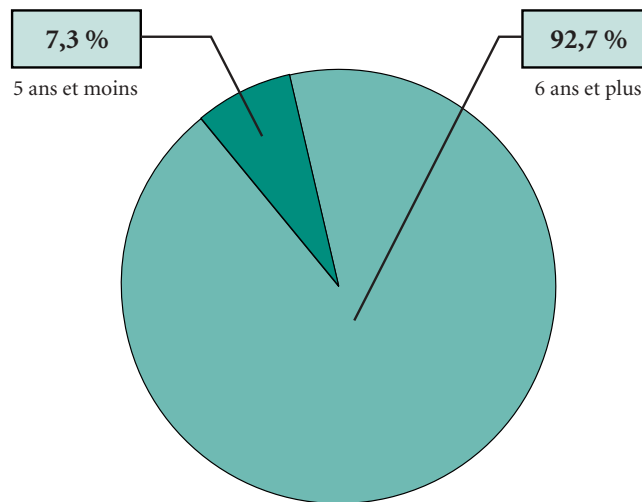
Aperçu des jeunes enfants au Canada

Les jeunes enfants au Canada ont tous une vie qui leur est propre. Comprendre ces enfants nous permettra d'aider chacun d'eux à réaliser son plein potentiel - être en santé, en sécurité et protégé, désireux et capable d'apprendre, et participer à la vie de sa collectivité.

En 1999, 7,3 % de la population canadienne était âgée de cinq ans et moins

Au 1^{er} juillet 1999, on estimait à 2 224 935 le nombre d'enfants âgés de cinq ans et moins au Canada, soit 7,3 % de l'ensemble de la population canadienne. Ces enfants se répartissent à peu près également entre les divers âges.

Figure 1 : Proportion d'enfants âgés de cinq ans et moins, Canada, 1^{er} juillet 1999

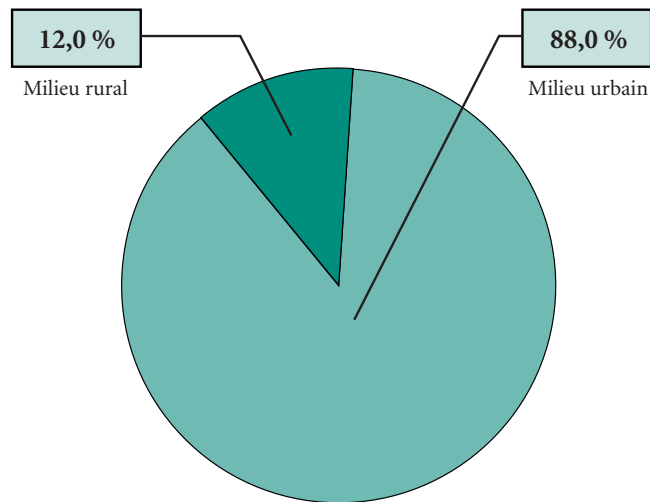


Source : Estimations annuelles de la population, Division de la démographie, Statistique Canada

De ce nombre, 51,2 % étaient des garçons (1 139 595 enfants) et 48,8 %, des filles (1 085 340 enfants).

La majorité des jeunes enfants vivent en milieu urbain

Figure 2 : Répartition des enfants selon le lieu de résidence, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

Le Canada reste un pays largement urbanisé. En 1996, 77,9 % de la population canadienne totale vivait en milieu urbain.⁸ Ce phénomène est encore plus marqué dans le cas des jeunes enfants. En 1998-1999, 88 % de tous les enfants âgés de cinq ans et moins vivaient en milieu urbain⁹ (1 904 070 enfants).

⁸ Statistique Canada, *Chiffres de population des régions urbaines et rurales, provinces et territoires, recensement de 1996 - données intégrales*. No 93-357-XPB au catalogue.

⁹ L'ELNEJ se fonde sur la classification des régions urbaines et rurales utilisée dans le cadre du recensement de Statistique Canada. Selon le Dictionnaire du recensement de 2001 (no 92-378-XIF au catalogue), les régions urbaines comptent une population d'au moins 1 000 habitants et d'au minimum 400 habitants par kilomètre carré. Les régions rurales couvrent toutes les populations vivant à l'extérieur des régions urbaines.

Les jeunes enfants sont-ils en santé?

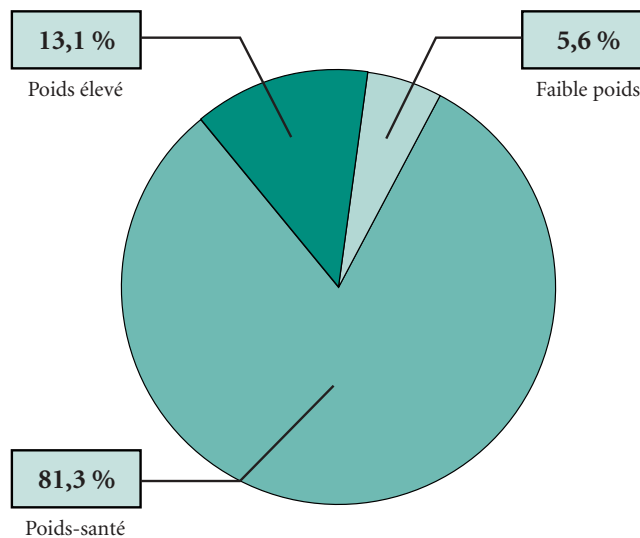
La recherche a démontré que la santé des enfants durant les premières années de la vie a une incidence sur leur situation plus tard dans la vie.

La section suivante présente des renseignements clés sur la santé des jeunes enfants au Canada.

Plus de 80 % des enfants ont un poids-santé à la naissance

Le poids à la naissance est un indicateur clé du développement, tant in utero qu'après la naissance. Les enfants ayant un faible poids à la naissance sont susceptibles d'éprouver divers problèmes, notamment des risques de décès au cours de leur première année de vie, des troubles du développement et des maladies.¹⁰ Les enfants ayant un poids élevé à la naissance ont des risques accrus de décès au cours du premier mois de leur vie, de traumatismes à la naissance, de problèmes intellectuels et de troubles du développement.¹¹

Figure 3 : Répartition des jeunes enfants selon le poids à la naissance, Canada, 1999



Source : Statistiques canadiennes de l'état civil - Base de données sur les naissances

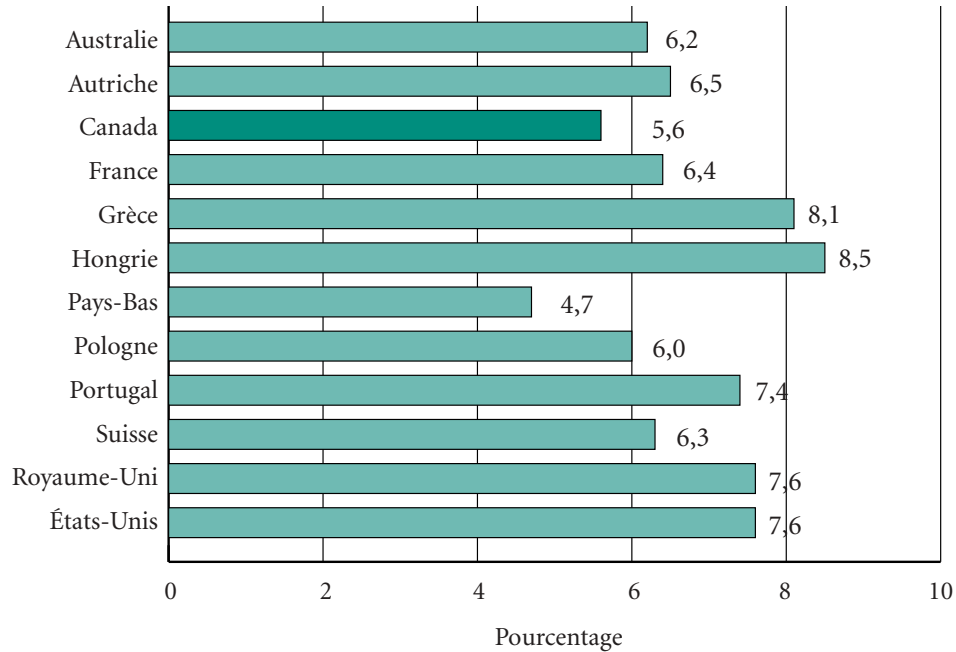
¹⁰ Gouvernement du Canada (2002) *Les Canadiens en santé - Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*, Ottawa, Santé Canada.

¹¹ MacMillan, H. et al. « Chapitre 1 - Santé des enfants ». *Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*, Ottawa.

Un poids-santé à la naissance se situe entre 2 500 et 4 000 grammes. Les enfants pesant moins de 2 500 grammes à la naissance sont considérés comme ayant un faible poids et ceux qui pèsent plus de 4 000 grammes à la naissance sont considérés comme ayant un poids élevé. En 1999, **81,3 %** de l'ensemble des enfants canadiens (soit 273 845 enfants) avaient un poids-santé à la naissance.

Une plus grande proportion de filles que de garçons naissent avec un poids-santé (84 % comparativement à 79 %). Cependant, les filles sont plus susceptibles d'avoir un faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes), tandis que les garçons ont plus souvent un poids élevé à la naissance (plus de 4 000 grammes). En règle générale, plus de la moitié des enfants ayant un faible poids à la naissance sont nés avant terme.¹²

Figure 4 : Pourcentage d'enfants ayant un faible poids à la naissance, divers pays de l'OCDE, 1999



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, *Éco-Santé OCDE 2002*

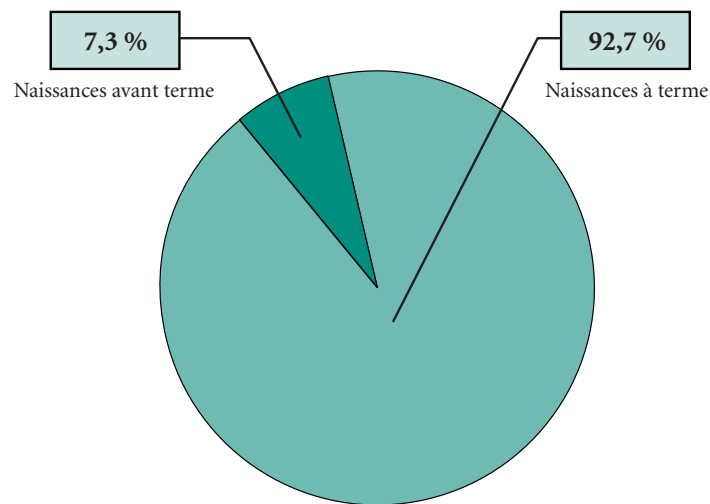
Parmi les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada affiche l'un des taux les plus faibles d'enfants ayant un faible poids à la naissance, soit 5,6 % en 1999.

¹² Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1999) *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

Peu d'enfants canadiens naissent avant terme

On estime généralement que la durée minimale de la grossesse est de 37 semaines. Un enfant né avant ce terme est considéré comme « prématuré ». Une naissance prématurée peut avoir une incidence sur le développement de l'enfant, celui-ci étant plus susceptible d'avoir un faible poids à la naissance et de connaître des problèmes de santé qui y sont associés.

Figure 5 : Taux de naissances prématurées, Canada, 1999



Source : Statistiques canadiennes de l'état civil - Base de données sur les naissances

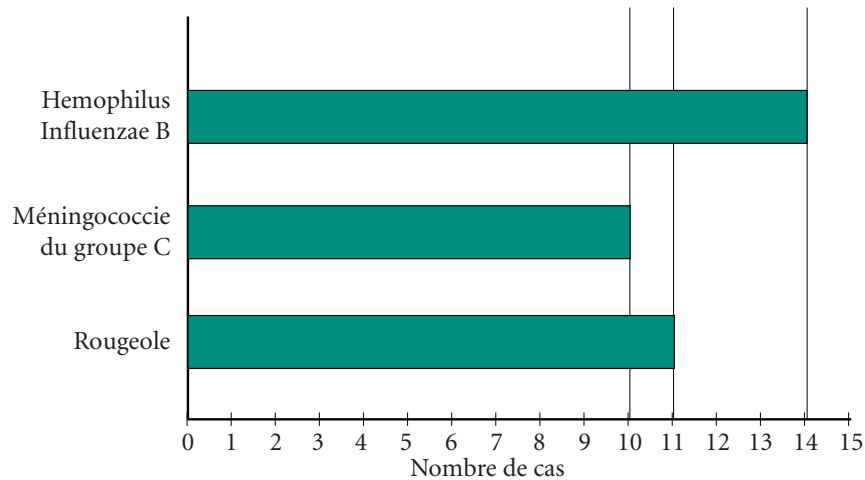
En 1999, **92,7 %** de tous les enfants (312 389 enfants) sont nés à terme ou après. Les naissances prématurées sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles; 7,7 % de tous les garçons (13 281 enfants) sont nés prématurément comparativement à 6,9 % chez les filles (11 268 enfants).

Le Canada continue d'enregistrer l'incidence de rougeole et d'hémophilus influenzae B la plus faible de son histoire

L'immunisation est essentielle pour protéger les enfants contre diverses maladies invalidantes et même mortelles.¹³ Jusqu'à récemment (avant l'immunisation), les maladies infectieuses de l'enfance représentaient une cause importante d'affections, d'incapacités et de décès. Grâce à des taux élevés d'immunisation, les enfants jouissent au Canada d'une très bonne protection contre ces maladies graves.¹⁴

Bien que les enfants canadiens soient immunisés contre plusieurs maladies, les taux nationaux de couverture vaccinale à jour ne sont pas disponibles. On travaille présentement à obtenir des données fiables sur le nombre d'enfants âgés de cinq ans et moins immunisés contre toutes les maladies pouvant être prévenues par un vaccin au Canada. En attendant que ces données soient disponibles, le gouvernement du Canada a décidé de présenter l'incidence de trois maladies pouvant être prévenues par un vaccin et que les médecins de toutes les régions du pays sont tenus de signaler : l'hémophilus influenzae B (HIB), la méningococcie du groupe C et la rougeole.

Figure 6 : Nombre de cas de certaines maladies pouvant être prévenues par un vaccin, Canada, 1999



Source : Division de l'immunisation et des maladies respiratoires, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada.

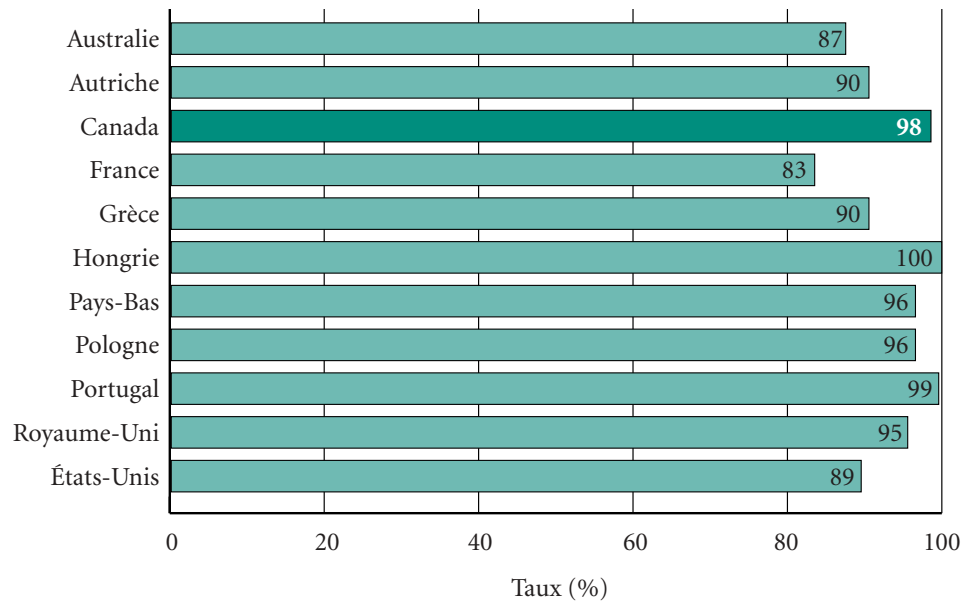
Note : Pour la rougeole et la méningococcie, les cas se rapportent aux enfants âgés de cinq ans et moins; les cas d'HIB se rapportent aux enfants âgés de quatre ans et moins.

¹³ Ibid.

¹⁴ Institut canadien de la santé infantile (2000) *La santé des enfants du Canada - Troisième édition*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

En 1999, on a recensé **14** cas documentés d’HIB, **10** cas de méningococcie du groupe C et **11** cas de rougeole au Canada. Il importe de noter que, depuis 1998, tous les cas de rougeole viennent directement ou indirectement de l’étranger.

Figure 7 : Taux de couverture vaccinale antirougeoleuse, enfants de moins d’un an, divers pays de l’OCDE, 1997



Source : Banque mondiale (1999), *World Development Indicators 1999*, Washington, D.C.
 Note : Pour le Canada, le taux de couverture vaccinale vise les enfants de deux ans.

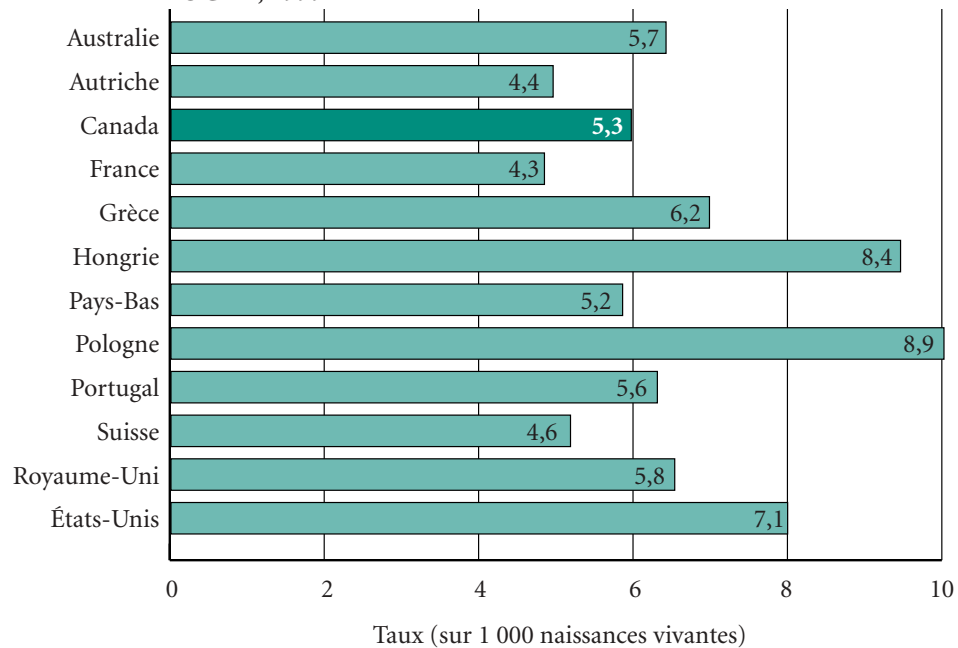
En 1997, le Canada affichait l’un des taux de couverture vaccinale antirougeoleuse les plus élevés au monde, soit 98 %, chez les très jeunes enfants. Ce taux élevé de couverture vaccinale, assuré par une campagne de rattrapage à deux doses menée en 1996 et un programme systématique à deux doses mis en place en 1996-1997, a permis au Canada d’enregistrer l’incidence la plus faible de rougeole de toute son histoire.¹⁵

¹⁵ En 1995, le Comité consultatif national de l’immunisation (CCNI) a réaffirmé l’engagement du Canada à éradiquer la rougeole et a recommandé d’administrer systématiquement une seconde dose de vaccin antirougeoleux au moins un mois après la dose initiale de façon à optimiser la protection offerte par le vaccin. En outre, les ministères provinciaux et territoriaux ont mis en œuvre un programme spécial de rattrapage à l’intention des enfants et des adolescents ayant antérieurement reçu une seule dose du vaccin.

Le Canada affiche un faible taux de mortalité infantile

La mortalité infantile renvoie au taux de mortalité chez les enfants de moins d'un an, exception faite des enfants mort-nés. Le taux de mortalité infantile au Canada a diminué au cours des deux dernières décennies. En 1999, le taux de mortalité infantile au pays s'établissait à **5,3 décès pour 1 000 naissances vivantes**. Ce taux varie légèrement pour les garçons et les filles, soit 5,7 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les premiers contre 4,8 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les secondes.

Figure 8 : Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances) divers pays de l'OCDE, 1999



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, *Éco-Santé OCDE 2002*

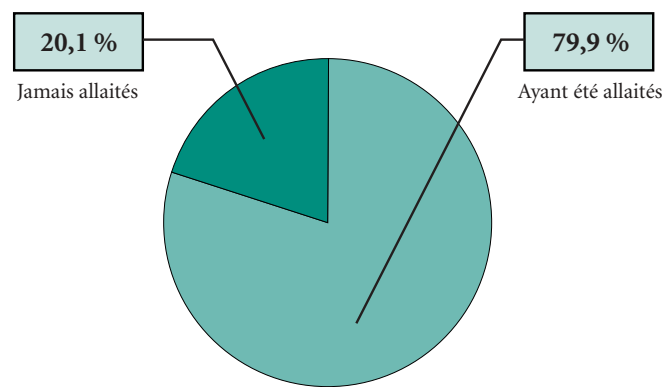
Selon les données de l'OCDE, le taux canadien de mortalité infantile est comparable à celui des autres pays développés.

¹⁶ Gouvernement du Canada (2002). *Les Canadiens en santé - Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*, Ottawa, Santé Canada.

La majorité des enfants au Canada ont été allaités au sein

Non seulement un bébé allaité au sein est-il bien nourri, mais l'allaitement maternel stimule également ses sens - toucher, vue, ouïe, goût, odorat, chaleur -, ce qui favorise le développement sain de l'enfant. Les spécialistes constatent en outre que le lait maternel contient le dosage idéal des éléments nutritifs dont le bébé a besoin pour se développer.¹⁷

Figure 9 : Pourcentage d'enfants âgés de trois ans et moins allaités au sein, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

Note : Ce pourcentage couvre les enfants présentement allaités au sein et ceux qui l'ont déjà été.

En 1998-1999, **79,9 %** des enfants canadiens âgés de trois ans et moins (soit 1 115 868 enfants) étaient allaités au sein ou l'avaient déjà été.

Selon les experts, la durée optimale de l'allaitement maternel est de six mois ou plus.¹⁸ Parmi les enfants nourris au sein, l'allaitement a duré 12 semaines ou moins dans 32,5 % des cas, de trois à six mois dans 33,4 % des cas et sept mois ou plus dans 34 % des cas.

L'allaitement maternel est légèrement plus fréquent chez les enfants vivant dans les régions urbaines que chez ceux vivant en milieu rural. En 1998-1999, 80,8 % des enfants âgés de trois ans et moins vivant en milieu urbain avaient été ou étaient allaités au sein comparativement à 72,8 % des enfants en milieu rural.

¹⁷ McCain, Hon. Margaret Norrie et J. Fraser Mustard (1999) *Étude sur la petite enfance : Inverser la véritable fuite des cerveaux*, Toronto, Secrétariat à l'enfance de l'Ontario.

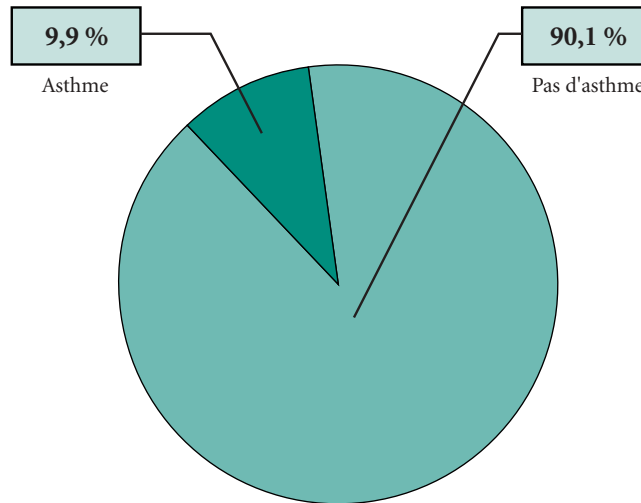
¹⁸ Institut canadien de la santé infantile (2000) *La santé des enfants du Canada - Troisième édition*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

Environ un jeune enfant sur dix souffre d'asthme

L'asthme, un trouble inflammatoire chronique des voies respiratoires, est l'un des états chroniques les plus répandus au Canada. Le diagnostic de l'asthme chez les enfants d'âge préscolaire n'est pas rare.¹⁹ L'asthme peut entraver le développement de l'enfant et, dans les cas graves, il peut restreindre les activités de l'enfant.

En 1998-1999, **9,9 %** des jeunes enfants (soit 213 648 enfants) avaient déjà souffert d'asthme diagnostiqué par un spécialiste de la santé. Il s'agit là d'une hausse de 1,6 % par rapport à la proportion d'enfants chez qui l'asthme avait été diagnostiqué en 1994-1995.

Figure 10 : Prévalence des cas d'asthme diagnostiqués chez les jeunes enfants, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

Parmi les enfants souffrant d'asthme, 12,3 % (soit 26 410 enfants) ont indiqué que ces troubles respiratoires limitaient les activités auxquelles ils pouvaient participer.

Par ailleurs, la proportion d'enfants souffrant d'asthme est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. En 1998-1999, 10,2 % des enfants vivant en milieu urbain avaient déjà souffert d'asthme diagnostiqué par un spécialiste de la santé comparativement à 8,0 % des enfants vivant dans les régions rurales.

¹⁹ Ibid.

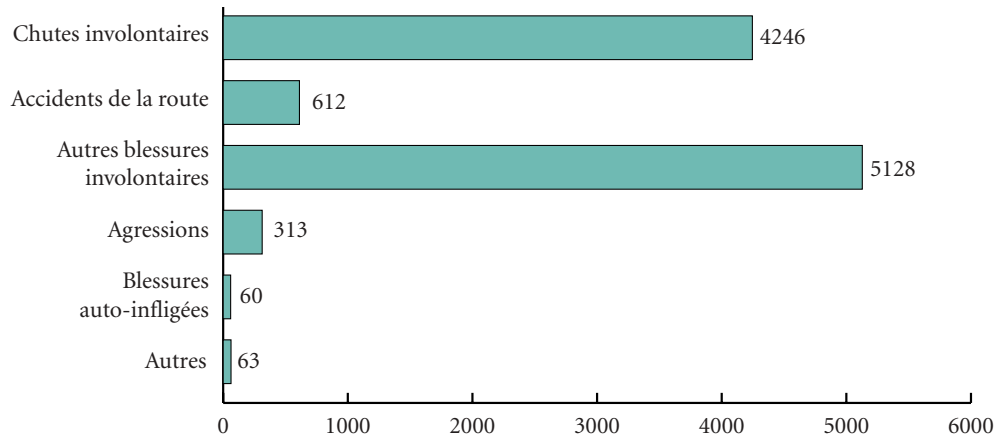
Les jeunes enfants sont-ils en sécurité?

Il est important que nos enfants se sentent protégés et en sécurité. « Pour s'épanouir, l'enfant a besoin d'un milieu familial sûr, sans violence, à l'abri de toute forme de victimisation. »²⁰

La section suivante présente certaines données provisoires sur la sécurité et la protection des jeunes enfants au Canada.

Les jeunes enfants au Canada sont relativement à l'abri des blessures

Figure 11 : Hospitalisations à la suite de blessures, enfants âgés de cinq ans et moins, Canada, exercice financier 1999 - 2000



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Hôpital; Base de données sur la morbidité, 1999.

Au cours de l'exercice financier 1999-2000, la majorité des enfants hospitalisés à la suite d'une blessure avaient fait une chute ou souffraient d'un autre genre de traumatisme involontaire, par exemple d'un empoisonnement, de coupures ou de brûlures accidentels. En général, les garçons sont plus susceptibles que les filles d'être traités à l'hôpital pour une blessure.

Selon les données de 1998-1999,²¹ environ 60 % des blessures d'enfants âgés de cinq ans et moins qui se sont présentés à l'urgence d'un hôpital sont survenues à la maison. À mesure que les enfants vieillissent, les lieux où se produisent les blessures se diversifient²² - puisque les enfants tendent de plus en plus à se livrer à des activités à l'extérieur du foyer.

²⁰ Conseil des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux sur la refonte des politiques sociales (1999) *Plan d'action nationale pour les enfants - Élaboration d'une vision commune*, Canada.

²¹ Ces données proviennent du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), le principal programme canadien de surveillance des traumatismes. Le SCHIRPT recueille des données auprès des services d'urgence de 10 hôpitaux pédiatriques et de cinq hôpitaux généraux au Canada.

²² Santé Canada. Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), 1998-1999.

Les blessures comptent parmi les causes de décès chez les enfants. C'est pourquoi on s'intéresse davantage à la prévention des traumatismes chez les enfants depuis quelques années. En 1999, **9,6 %** de tous les décès chez les jeunes enfants résultaient d'une blessure. Cependant, les traumatismes sont une cause de décès plus importante chez les enfants âgés d'un an à cinq ans (51 %) que chez les enfants de moins d'un an (2,1 %). Les accidents de la route et les agressions constituent les principales causes de décès à la suite de blessures chez les enfants âgés de cinq ans et moins.

Sécurité et protection des jeunes enfants

L'un des moyens permettant aux Canadiens d'assurer la sécurité des jeunes enfants consiste à les protéger des mauvais traitements, qu'il s'agisse de violence ou de négligence.

En 1998, on estimait à 48 790 le nombre d'enquêtes sur les cas de mauvais traitements infligés à des enfants âgés de cinq ans et moins au Canada. De ce nombre, environ 20 476 cas (42 %) ont été corroborés, 10 817 (22 %) restaient des cas présumés et 17 497 (36 %) n'ont pas été corroborés. Soixante-trois pour cent de l'ensemble des enquêtes relatives à la violence sexuelle se rapportaient à des filles et 37 %, à des garçons. Dans les autres catégories de mauvais traitements à l'égard des enfants, notamment la violence physique, la négligence et la violence psychologique, plus de la moitié des enquêtes se rapportaient à des garçons.²³

Des travaux sont présentement en cours dans le cadre du cycle II de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants.



²³ Données provenant de la Section des blessures et de la violence envers les enfants, Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Santé Canada.

Comment les jeunes enfants canadiens se développent-ils?

Il importe de comprendre comment les enfants se développent tant sur le plan affectif et cognitif que sur le plan physique. Dans bien des cas, les troubles affectifs et comportementaux qui se manifestent d'abord dans l'enfance peuvent entraîner des problèmes connexes tout au long de la vie.²⁴ L'ELNEJ constitue un outil précieux de collecte de données sur l'état affectif et le comportement des enfants puisque cette enquête comporte des mesures du comportement prosocial, de l'hyperactivité et du déficit de l'attention, des troubles affectifs et de l'anxiété ainsi que du comportement agressif. L'ELNEJ évalue également le développement moteur et social de l'enfant de même que ses aptitudes langagières.

Mesure du développement moteur et social dans l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes

L'ELNEJ utilise une échelle fondée sur une série de 15 questions qui mesurent diverses dimensions du développement moteur et social des jeunes enfants âgés de trois ans et moins. Dans ce modèle, les questions servant à recueillir les données sur le développement moteur et social sont adaptées à l'âge de l'enfant. La personne la mieux informée au sujet de l'enfant répond aux questions. Les données reflètent donc l'évaluation parentale du développement moteur et social de l'enfant plutôt qu'un diagnostic professionnel.

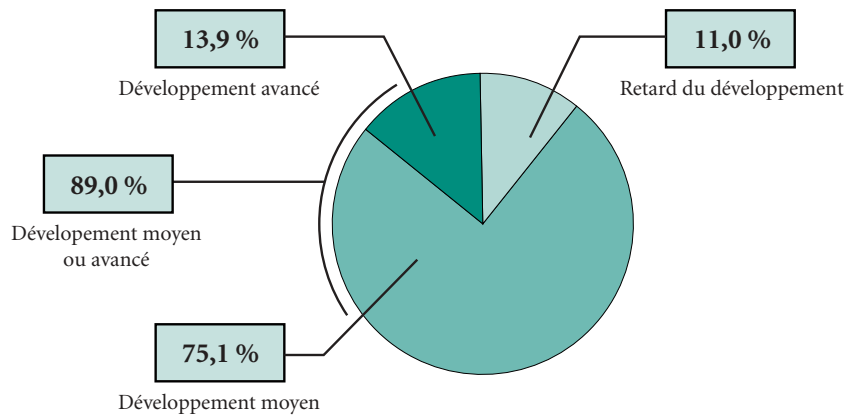
Les réponses à ces questions sont intégrées à une échelle normalisée qui fixe à 100 le score moyen de la population, l'écart-type étant de 15. Ce score normalisé prend en considération l'âge de l'enfant et permet de comparer les groupes d'âge les uns par rapport aux autres. Sur cette échelle, on considère que les enfants ayant obtenu un score variant de 85 à 115 ont un développement moyen. Les enfants ayant obtenu un score inférieur à 85 manifestent des signes de retard du développement, tandis que ceux qui ont obtenu un score supérieur à 115 manifestent des signes de développement avancé.



²⁴ Offord, David R. et Ellen L. Lipman (1996) « Problèmes affectifs et comportementaux » dans *Grandir au Canada - Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada.

89 % des enfants n'accusent pas de retard du développement moteur et social

Figure 12 : Répartition des enfants âgés de trois ans et moins selon le score obtenu sur l'échelle de développement moteur et social, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

En 1998-1999, **89 %** des enfants âgés de trois ans et moins (soit 1 201 059 enfants) enregistraient un niveau moyen ou avancé de développement moteur et social.

Les enfants affichant des niveaux inférieurs de développement moteur et social tendent à éprouver plus de difficultés que les autres enfants de leur âge dans certaines activités telles que ramper et marcher sans aide ou se promener en tricycle. Ces enfants sont en outre moins susceptibles de pouvoir exprimer clairement leurs besoins et leurs désirs. Plus de filles que de garçons se retrouvent au nombre des enfants (11,0 %) accusant un retard du développement moteur et social.

Mesure du comportement dans l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes

Le présent rapport examine quatre mesures du comportement tirées de l'ELNEJ : troubles affectifs et anxiété, hyperactivité, agressivité physique et troubles comportementaux, comportement prosocial. 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. La personne la mieux informée au sujet de l'enfant répond aux questions. Les données reflètent donc l'évaluation parentale du comportement de l'enfant plutôt qu'un diagnostic professionnel. Voici des exemples des genres de comportement associés à chacune des mesures.

Troubles affectifs - anxiété : sentiments d'anxiété, de nervosité ou de dépression (l'enfant pleure souvent, est triste ou malheureux).

Hyperactivité : se caractérise par de l'agitation, de l'impatience, un manque de concentration et une incapacité d'attendre son tour.

Agressivité physique - troubles comportementaux : l'enfant se bagarre, se montre menaçant ou manifeste de l'agressivité physique.

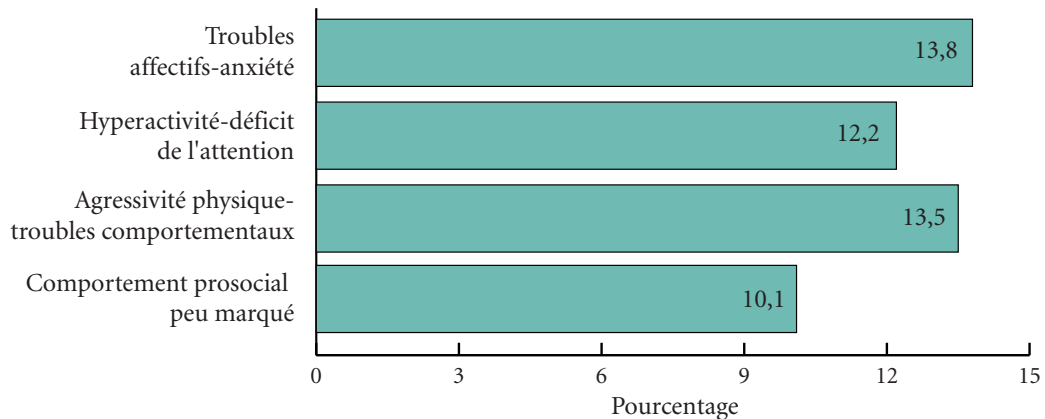
Comportement prosocial : l'enfant fait preuve de compassion et se porte volontaire pour aider autrui.

Pour dépister les troubles du 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 percentile de chacune des échelles. Les données indiquées représentent la proportion d'enfants manifestant des signes de difficultés pour chacun des comportements décrits.



La majorité des enfants ne présentent pas de signes de troubles du comportement

Figure 13 : Pourcentage des jeunes enfants manifestant des signes de troubles du comportement, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

Les enfants souffrant de troubles affectifs ou d'anxiété semblent plus souvent malheureux, déprimés ou nerveux que les autres enfants. En 1998-1999, **86,2 %** des enfants âgés de deux à cinq ans ne montraient pas de signes associés à des troubles affectifs ou à l'anxiété.

Les enfants qui semblent agités ou hyperactifs et qui ont tendance à ne pas tenir en place ou à relâcher leur concentration rapidement présentent des signes associés à l'hyperactivité et au déficit de l'attention. En 1998-1999, **87,8 %** des enfants âgés de deux à cinq ans ne manifestaient pas de signes d'hyperactivité ou de déficit de l'attention.

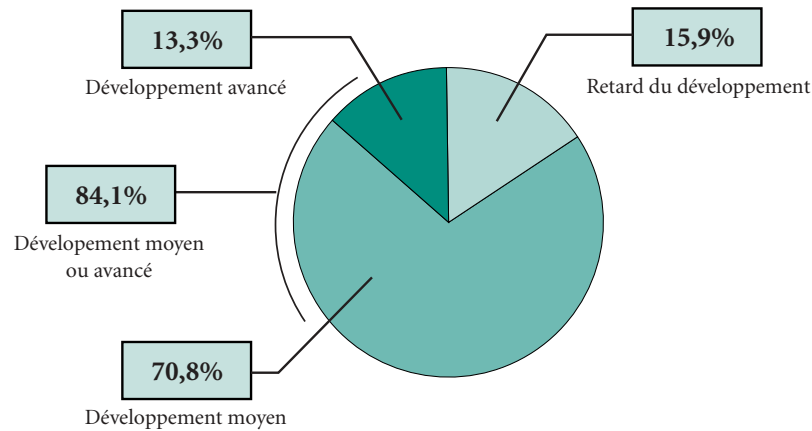
Les enfants qui sont enclins à se bagarrer, à être agressifs physiquement (coups de pied, morsures) ou à détruire des objets présentent des signes associés à l'agressivité physique et aux troubles comportementaux. En 1998-1999, **86,5 %** des enfants âgés de deux à cinq ans ne présentaient pas de signes d'agressivité physique ou de troubles comportementaux.

Parmi les enfants souffrant de troubles comportementaux, les garçons affichent des niveaux systématiquement plus élevés de troubles affectifs et d'anxiété, d'hyperactivité et de déficit de l'attention, d'agressivité physique et de troubles comportementaux que les filles. L'écart le plus important est observé dans le domaine de l'agressivité physique et des troubles comportementaux, 16,6 % des garçons manifestant ce type de comportement de façon marquée, contre 10,2 % des filles.

Le comportement prosocial sert, lui aussi, à évaluer le comportement de l'enfant. Un enfant qui se montre serviable, réconfortant ou qui fait preuve de compassion à l'égard des autres manifeste des signes de comportement prosocial. En 1998-1999, **89,9 %** des enfants âgés de deux à cinq ans affichaient un niveau moyen ou élevé de comportement prosocial. Les filles sont plus susceptibles que les garçons d'enregistrer des niveaux élevés de comportement prosocial (91,8 % et 87,8 % respectivement).

La majorité des enfants montrent des aptitudes à comprendre le vocabulaire

Figure 14 : Répartition des enfants de quatre et cinq ans selon le score obtenu au test EVIP-R, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

En 1998-1999, plus de **84,1 %** de l'ensemble des enfants de quatre et cinq ans (soit 83 123 enfants) affichaient un niveau moyen ou avancé de développement verbal. De ce nombre, 13,3 % avaient un niveau avancé de développement verbal. Ces enfants sont plus susceptibles de réaliser des activités telles que les associations libres (association de mots à l'image appropriée), qui constituent un bon indicateur des aptitudes ultérieures à lire et à apprendre.

En 1998-1999, les garçons étaient plus susceptibles que les filles d'accuser un retard du développement verbal (16,5 % et 15,3 % respectivement), mais se montraient également plus enclins à enregistrer un développement verbal avancé (14,1 % contre 12,5 %).

Mesure des aptitudes langagières et du vocabulaire compris dans l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes

Le test Échelle vocabulaire en image Peabody-Révisé (EVIP-R) est un outil d'évaluation directe permettant de mesurer le vocabulaire compris par les enfants de quatre et cinq ans. L'intervieweur fait directement passer le test à l'enfant, en français ou en anglais, après avoir obtenu le consentement des parents.

À la lumière des résultats du test, on a établi une échelle normalisée sur laquelle le score moyen de la population est fixé à 100, l'écart-type étant de 15. Le score normalisé tient compte de l'âge de l'enfant et permet les comparaisons entre les groupes d'âge. Sur cette échelle, on considère que les enfants ayant obtenu un score variant de 85 à 115 ont un développement verbal moyen. Les enfants ayant obtenu un score inférieur à 85 accusent un retard du développement verbal, tandis que ceux qui ont obtenu un score supérieur à 115 manifestent un développement verbal avancé.

Faits saillants

Au Canada, en 1998-1999, les jeunes enfants âgés de cinq ans et moins se développaient bien.

- 81,3 % avaient un poids-santé à la naissance.
- 92,7 % sont nés à terme.
- Le Canada continuait d'afficher l'incidence la plus faible de rougeole et d'hemophilus influenzae B de son histoire.
- Le taux de mortalité infantile au Canada se chiffrait à 5,3 pour 1 000 naissances vivantes.
- 79,9 % des enfants âgés de trois ans et moins étaient allaités au sein ou l'avaient été antérieurement.
- Un jeune enfant sur 10 souffrait d'asthme (cas diagnostiqués par des spécialistes de la santé).
- La majorité des blessures de jeunes enfants traités à l'hôpital étaient attribuables à des chutes, des coupures ou des brûlures accidentelles.
- 9,6 % de tous les décès chez les jeunes enfants résultaient d'une blessure.
- 89 % des enfants âgés de trois ans et moins montraient des signes de développement moteur et social moyen ou avancé.
- 86,2 % des enfants âgés de deux à cinq ans ne manifestaient pas de signes de troubles affectifs ou d'anxiété.
- 87,8 % des enfants âgés de deux à cinq ans ne manifestaient pas de signes d'hyperactivité ou de déficit de l'attention.
- 86,5 % des enfants âgés de deux à cinq ans ne manifestaient pas de signes d'agressivité physique ou de troubles comportementaux.
- 89,9 % des enfants âgés de deux à cinq ans avaient un comportement prosocial de niveau moyen ou élevé.
- 84,1% des enfants âgés de quatre et cinq ans affichaient un niveau moyen ou élevé de développement verbal.

Chapitre 3 : PORTRAIT DES FAMILLES CANADIENNES



« Les parents et la famille jouent un rôle de premier plan dans la vie de l'enfant; l'appui et l'encouragement de la famille constituent le meilleur fondement du développement positif de l'enfant. »²⁵ Nous avons toujours su intuitivement que la famille et, plus particulièrement, les pratiques parentales et les modes de vie influent sur la vie des enfants, que ce soit directement ou indirectement. Le milieu familial dans lequel grandissent les enfants canadiens s'est considérablement transformé au cours des dernières décennies. La famille biparentale traditionnelle des années 1950 ne s'impose plus comme le seul modèle significatif de vie familiale. Aujourd'hui, les jeunes enfants naissent dans des familles de formes multiples - couples mariés, couples en union libre, familles monoparentales et familles recomposées. Par surcroît, la famille dans laquelle naît l'enfant ne sera pas forcément celle où il passera toute son enfance, la structure familiale étant en constante mutation. Par ailleurs, de nos jours, bon nombre de jeunes femmes terminent leurs études et entreprennent une carrière avant d'avoir des enfants. Toutefois, malgré ces changements et les pressions associées à l'équilibre entre la vie professionnelle et familiale, les parents comprennent l'importance des cinq premières années de la vie et consacrent plus de temps à leurs jeunes enfants qu'ils ne le faisaient il y a dix ans.²⁶

Le présent chapitre vise à tracer le portrait du milieu familial dans lequel grandissent aujourd'hui les jeunes enfants. Grâce à la publication de nouveaux résultats de recherche, les prochains rapports pourront explorer l'influence de la famille sur la situation des enfants. « En comprendre les effets nous permet de choisir des interventions qui renforcent les environnements de soutien des enfants et améliorent leur développement. »²⁷ Plus précisément, ce chapitre répondra à quelques questions importantes sur les familles des jeunes enfants canadiens : Dans quels genres de famille les jeunes enfants canadiens vivent-ils? Qui sont les parents des jeunes enfants canadiens? Comment exercent-ils leur rôle parental?

²⁵ Conseil des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux sur la refonte des politiques sociales (1999) *Plan d'action national pour les enfants - Élaboration d'une vision commune*, Canada.

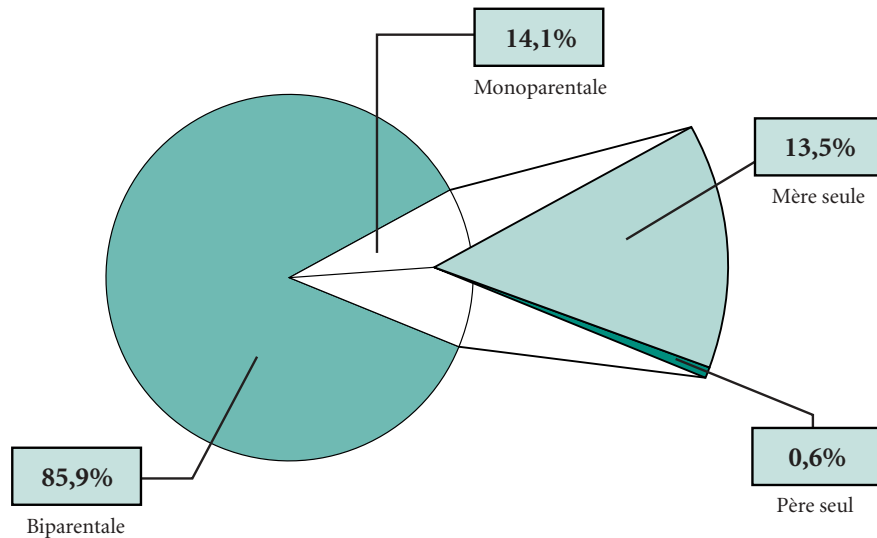
²⁶ Zuzanek, J. (Été 2001) « Le temps consacré aux enfants : est-ce assez ou trop peu? » (pp. 135-143) dans *Isuma - Revue canadienne de recherche sur les politiques*, volume 2, numéro 2.

²⁷ Conseil des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux sur la refonte des politiques sociales (1999) *Plan d'action national pour les enfants - Élaboration d'une vision commune*, Canada.

Dans quels genres de famille les jeunes enfants canadiens vivent-ils?

La majorité des jeunes enfants grandissent dans une famille biparentale - recomposée ou intacte.²⁸ En 1998-1999, 86 % des jeunes enfants vivaient au sein d'une famille biparentale.

Figure 15 : Répartition des jeunes enfants au Canada selon le genre de famille, 1998-1999



Source: Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

Le nombre de familles monoparentales au Canada a augmenté au cours des deux dernières décennies. Entre 1971 et 1991, la proportion de familles monoparentales est passée de 9,4 % à 13 % de l'ensemble des familles.²⁹ En 1998-1999, 14,1 % des jeunes enfants vivaient au sein d'une famille monoparentale. La proportion des familles monoparentales dirigées par une femme est nettement supérieure à celle des familles monoparentales dirigées par un homme. En 1998-1999, 13,5 % des jeunes enfants vivaient dans une famille monoparentale ayant une femme à sa tête, comparativement 0,6 % pour les familles monoparentales dirigées par un homme.

La séparation parentale, lorsqu'elle se produit, survient plus tôt dans la vie des enfants. Si environ 5 % des enfants nés au début des années 1960 ont vécu une séparation parentale avant leur sixième anniversaire, près de 25 % des enfants nés à la fin des années 1980³⁰ ont vécu une telle situation au même âge.

²⁸ La *famille recomposée* se compose généralement d'un parent biologique et d'un beau-parent, tandis que la *famille intacte* se compose des deux parents biologiques.

²⁹ Péron, Y. « L'évolution des familles de recensement de 1971 à 1991 » (pp. 47-100) dans *Les familles canadiennes à l'approche de l'an 2000*, Statistique Canada, no 96-321-MPF, no 4 au catalogue.

³⁰ Marcil-Gratton, N. (1998) *Grandir avec maman et papa? Les trajectoires familiales complexes des enfants canadiens*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée.

Le nombre de familles nombreuses et la proportion qu'elles représentent dans l'ensemble des familles a diminué au cours des dernières années. En 1901, la famille moyenne se composait de 4,5 personnes. En 1986, la taille moyenne de la famille était passée à 3,1 personnes³¹ et a diminué de nouveau pour s'établir à 3,0 personnes en 1998-1999. En 1998-1999, plus de 25 % des jeunes enfants au Canada étaient des enfants uniques (sans frères ni sœurs).

En outre, les mères tendent à avoir leurs enfants plus tardivement. Compte tenu de l'importance accordée aux études et à la carrière, les femmes choisissent de retarder la maternité. Par conséquent, l'âge moyen de la mère à la naissance du premier enfant ne cesse d'augmenter depuis les années 1960. À la fin des années 1960, les femmes donnaient naissance à leur premier enfant vers l'âge de 23 ans. En 1999, c'est à environ 27 ans qu'elles deviennent mères pour la première fois.³²

L'indice synthétique de fécondité au Canada diminue en raison de l'âge plus avancé des femmes à la maternité et de la réduction de la taille de la famille. En 1999, l'indice synthétique de fécondité au Canada s'établissait à 1,52 enfant par femme. Il s'agit là d'un recul de 40 % de l'indice synthétique de fécondité pour les femmes de 20 à 24 ans et d'une baisse de 25 % pour les femmes de 25 à 29 ans au cours des 20 dernières années.

Dans quels genres de logement et de collectivité ces familles vivent-elles?

Le genre de logement que l'on habite tend à influencer sur le mode de vie.

Des recherches fondées sur les données du recensement de 1996 révèlent que la majorité des enfants canadiens âgés de 18 ans et moins vivent dans des logements qui respectent les normes de prix abordable, de taille convenable et de qualité convenable. Cependant, 15 % des enfants vivent au sein de familles aux prises avec des « besoins impérieux de logement », c'est-à-dire dont le logement ne respecte pas l'une ou l'autre de ces normes. En règle générale, les enfants vivant dans un logement locatif sont nettement plus susceptibles d'avoir des besoins impérieux à ce chapitre (36 % des ménages locataires contre 7 % des ménages propriétaires font face à des besoins impérieux de logement).³³

Les parents veulent élever leurs enfants dans des quartiers stables qui favorisent un sentiment de sécurité et de protection. En 1998-1999, 84,9 % des répondants de l'ELNEJ ont déclaré que leur quartier leur procurait un sentiment de satisfaction, de sécurité et de cohésion.³⁴ En général, les personnes vivant en milieu rural affichaient un niveau de satisfaction à l'égard de leur quartier légèrement supérieur à celui des résidents de régions urbaines.

À la fin des années 1990, le gouvernement du Canada a amorcé des recherches dans 13 collectivités canadiennes afin de mieux comprendre l'incidence des facteurs communautaires sur le développement des jeunes enfants et d'améliorer la capacité des collectivités d'utiliser les données ainsi produites pour suivre le développement des enfants et prendre des mesures communautaires efficaces dans ce domaine. Cette initiative, appelée Comprendre la petite enfance (CPE), fournit de nouveaux renseignements sur la relation entre les collectivités et le développement de l'enfant. Les rapports ultérieurs présenteront possiblement les résultats de cette initiative.

³¹ Institut Vanier de la famille (2000) *Profil des familles canadiennes II*, Ottawa, Institut Vanier de la famille.

³² Division de la statistique de la santé, Statistique Canada.

³³ Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Le point en recherche - Études spéciales sur les données du recensement de 1996 : Le logement des enfants au Canada*, (Série socio-économique, numéro 55-4), Ottawa, Gouvernement du Canada.

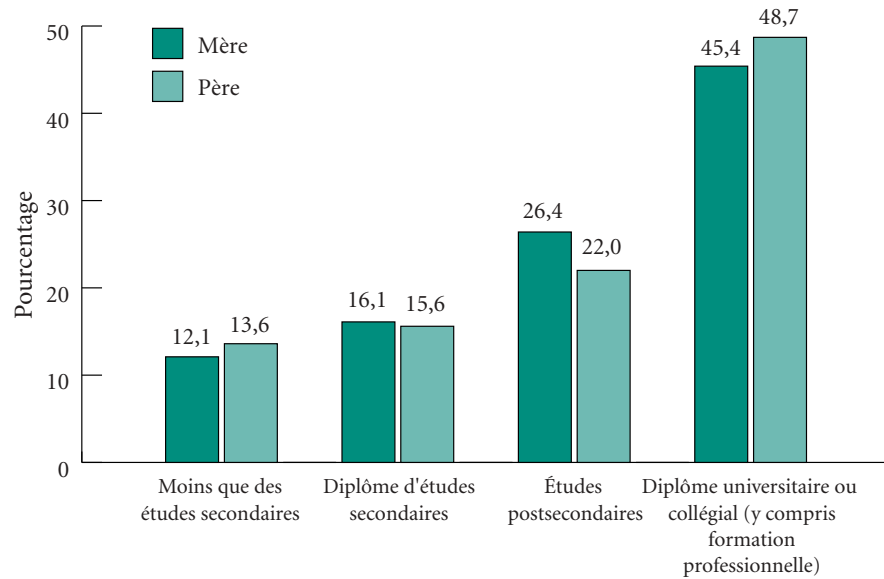
³⁴ L'échelle de cohésion du quartier employée dans l'ELNEJ sert à mesurer le degré de cohésion dans la collectivité de résidence selon la perception de la personne la mieux informée au sujet de l'enfant.

Qui sont les parents des jeunes enfants canadiens?

Niveau de scolarité

Dans l'actuelle économie du savoir, on accorde une grande importance à la scolarité. « C'est dans le perfectionnement des compétences que nos objectifs économiques et sociaux se rejoignent ». ³⁵

Figure 16 : Plus haut niveau de scolarité atteint par les parents de jeunes enfants, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

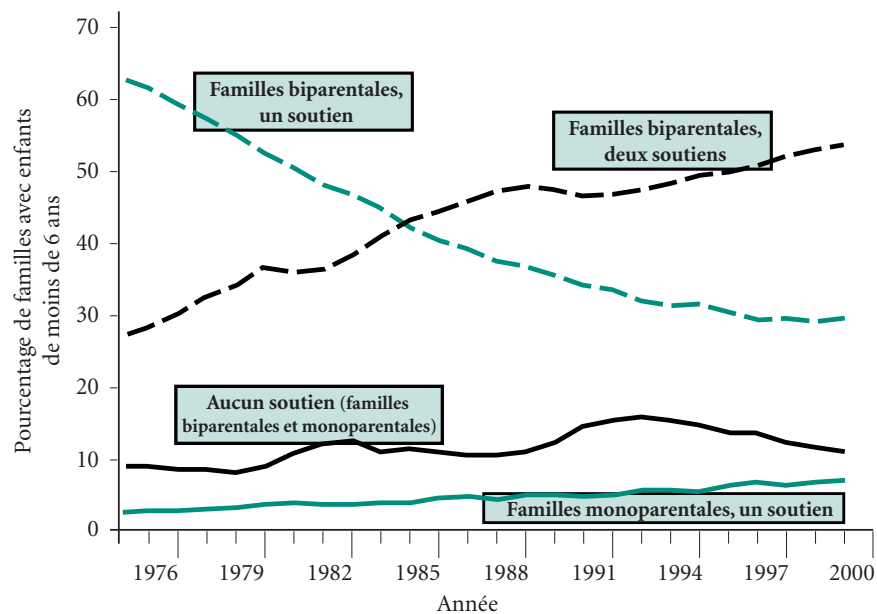
En 1998-1999, près de la moitié des parents de jeunes enfants avaient fait des études postsecondaires. Comme l'illustre la figure 16, seulement 3,3 points de pourcentage séparent les pères et les mères ayant obtenu un diplôme d'études postsecondaires (48,7 % des pères contre 45,4 % des mères). Le nombre de mères de jeunes enfants ayant un diplôme universitaire ou collégial n'a cessé d'augmenter au cours de la dernière décennie.

³⁵ Développement des ressources humaines Canada (2002) *Le savoir, clé de notre avenir : le perfectionnement des compétences au Canada. Stratégie d'innovation du Canada*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

Travail à l'extérieur du foyer

Une grande majorité des jeunes enfants ont des parents qui travaillent tous deux à l'extérieur du foyer. Par ailleurs, la proportion de soutiens de famille monoparentale qui travaillent à l'extérieur du foyer continue de croître.

Figure 17 : Tendances relatives aux familles à deux soutiens et à un soutien ayant de jeunes enfants, Canada, 1976 à 2001



Source : Enquête sur la population active, Fichier de microdonnées à grande diffusion
 Note : En raison de problèmes de collecte, les données de 2000 ont été omises.

Si plus de parents travaillent, les mères de jeunes enfants déclarent travailler moins d'heures rémunérées en moyenne que leurs conjoints ou que les mères ayant des enfants plus âgés.³⁶ En outre, les mères d'enfants de moins d'un an sont moins nombreuses à travailler que les mères d'enfants âgés d'un an à cinq ans.

Le Canada enregistre un pourcentage très élevé de mères de jeunes enfants occupant un emploi si on le compare aux pays de l'Union européenne. En 1996, 60 % des mères canadiennes ayant au moins un enfant âgé de moins six ans travaillaient,³⁷ comparativement à 42 % en Italie, 40 % au Luxembourg et 36 % en Espagne.³⁸

³⁶ Silver, C. (Été 2000) « Être présents : le temps que les couples à deux soutiens passent avec leurs enfants » dans *Tendances sociales canadiennes*, Ottawa, Statistique Canada.

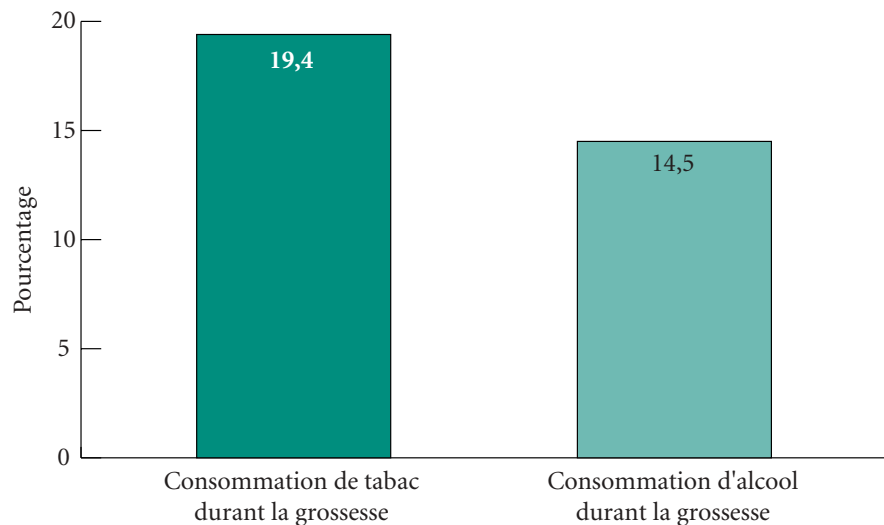
³⁷ Statistique Canada (1996) Recensement du Canada.

³⁸ EUROSTAT (1996) Totalisation personnalisée.

Risques pour la santé

Au cours des dernières années, un nombre croissant de campagnes de sensibilisation ont mis en évidence les dangers de la consommation de tabac et d'alcool durant la grossesse. Les recherches indiquent que le tabagisme durant la grossesse peut entraîner des problèmes de santé pour l'enfant, notamment un faible poids à la naissance et une naissance prématurée. La consommation d'alcool durant la grossesse fait courir un risque accru au chapitre du syndrome d'alcoolisme fœtal et des effets de l'alcool sur le fœtus.³⁹

Figure 18 : Consommation de tabac et d'alcool durant la grossesse, Canada, 1998-1999



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

En 1998-1999, au Canada, 14,5 % des mères ont consommé de l'alcool durant leur grossesse et 19,4 % des mères fumaient alors qu'elles étaient enceintes. À titre de comparaison, environ 13 % des mères aux États-Unis fumaient la cigarette durant leur grossesse en 1999⁴⁰, tandis que la proportion de ces femmes atteignait 20 % au Royaume-Uni en 2000.⁴¹

Au-delà des mises en garde contre les dangers de l'alcool, du tabac et des drogues durant la grossesse, la population est de plus en plus consciente des effets négatifs de la fumée secondaire. Les jeunes enfants sont particulièrement sensibles aux effets de la fumée secondaire du tabac (FST), qui

³⁹ Le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) est un diagnostic médical qui désigne un ensemble précis d'anomalies associées à la consommation d'alcool durant la grossesse. Les trois principales manifestations du SAF sont les retards de croissance prénatale ou postnatale, des traits faciaux caractéristiques et les anomalies du système nerveux central.

Les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) affectent les enfants qui ont été exposés à l'alcool avant la naissance mais qui ne manifestent que certaines des caractéristiques associées au SAF.

⁴⁰ *Health, United States, 2001, With Urban and Rural Health Chartbook*. (2001) États-Unis, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention et National Center for Health Statistics.

⁴¹ BMRB Social Research (2000) *2000 Infant Feeding Survey*, United Kingdom, Department of Health.

peut entraîner divers problèmes de santé à la naissance ou plus tard ⁴² (faible poids à la naissance et asthme, par exemple).

En 1998-1999, 72,6 % des personnes les mieux informées au sujet de l'enfant et 70,4 % de leurs conjoints ne fumaient pas du tout. En revanche, la majorité des fumeurs faisaient usage du tabac à tous les jours. Les recherches démontrent que le fait qu'un membre du ménage fume quotidiennement accroît considérablement la probabilité d'exposer les enfants du ménage à un environnement pollué.⁴³

Quels sont les défis que doivent relever les parents de jeunes enfants?

Faible revenu

Le Canada n'a pas adopté de mesure officielle de la pauvreté; on emploie plutôt plusieurs mesures distinctes. Le seuil de faible revenu (SFR), l'une des méthodes les plus répandues, est une mesure relative fondée sur le pourcentage du revenu consacré aux besoins essentiels d'une famille moyenne. On peut envisager cette mesure selon le revenu avant impôt ou selon le revenu après impôt.⁴⁴

Tableau 1 : Pourcentage des familles ayant de jeunes enfants et vivant sous le seuil de faible revenu selon le genre de famille, 1999

	Familles biparentales	Familles monoparentales	Ensemble des familles
SFR avant impôt (année de base 1992)	14,8	59,7	21,1
SFR après impôt (année de base 1992)	10,0	49,5	15,6

Source : Statistique Canada, Enquête sur la dynamique du travail et du revenu

En 1999, 21,1 % des familles ayant des enfants âgés de cinq ans et moins vivaient sous le SFR avant impôt (et 15,6 %, sous le SFR après impôt).

⁴² Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1999) *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Canada.

⁴³ Physicians for a Smoke-Free Canada (1999) *Highlight Sheet #1 – Smoking in Canadian Homes, Are Children at Risk?* Ottawa.

⁴⁴ On détermine le SFR avant impôt en fonction de la proportion du revenu annuel avant impôt (revenu total y compris les transferts gouvernementaux avant la déduction de l'impôt sur le revenu) consacrée aux besoins essentiels (nourriture, vêtements et logement). Un ménage qui consacre à ses besoins essentiels 20 % de plus que la famille moyenne est considéré comme vivant sous le SFR avant impôt. Le SFR avant impôt est ajusté en fonction de la région et de la taille de la famille.

On détermine le SFR après impôt en fonction de la proportion du revenu annuel après impôt (revenu total y compris les transferts gouvernementaux après la déduction de l'impôt sur le revenu) consacrée aux besoins essentiels (nourriture, vêtements et logement). Là aussi, un ménage qui consacre à ses besoins essentiels 20 % de plus que la famille moyenne est considéré comme vivant sous le SFR après impôt. Le SFR après impôt est également ajusté en fonction de la région et de la taille de la famille.

Les familles monoparentales sont plus susceptibles que les familles biparentales d'avoir un faible revenu. En 1999, 49,5 % des familles monoparentales vivaient sous le SFR après impôt comparativement à 10 % des familles biparentales.

Le degré de faible revenu indique le revenu supplémentaire qu'il faudrait à une famille moyenne ayant de jeunes enfants et vivant sous le SFR pour atteindre le seuil de faible revenu. En 1999, la famille moyenne à faible revenu aurait eu besoin d'un revenu supplémentaire de 8 625 \$ avant impôt ou de 6 255 \$ après impôt pour atteindre le SFR.

Dépression des parents

La dépression est un problème de santé pouvant éventuellement réduire la capacité du parent affecté de jouer un rôle utile dans la vie de son enfant.⁴⁵

L'échelle de dépression employée dans l'ELNEJ est une version condensée de l'échelle de dépression CES-D. Cette échelle permet de mesurer la fréquence et la gravité des symptômes associés à la dépression dans la population et non la fréquence des dépressions ayant fait l'objet d'un diagnostic clinique. Dans le cadre de l'ELNEJ, l'échelle permet de déterminer la présence des symptômes de dépression selon les renseignements fournis par le parent répondant. La dépression se caractérise par un manque d'appétit, une incapacité à échapper à la tristesse ou à se concentrer, un sentiment d'accablement et un sommeil agité.

En 1998-1999, 88,8 % des répondants, généralement des mères, ont déclaré ne pas manifester de signes de dépression.



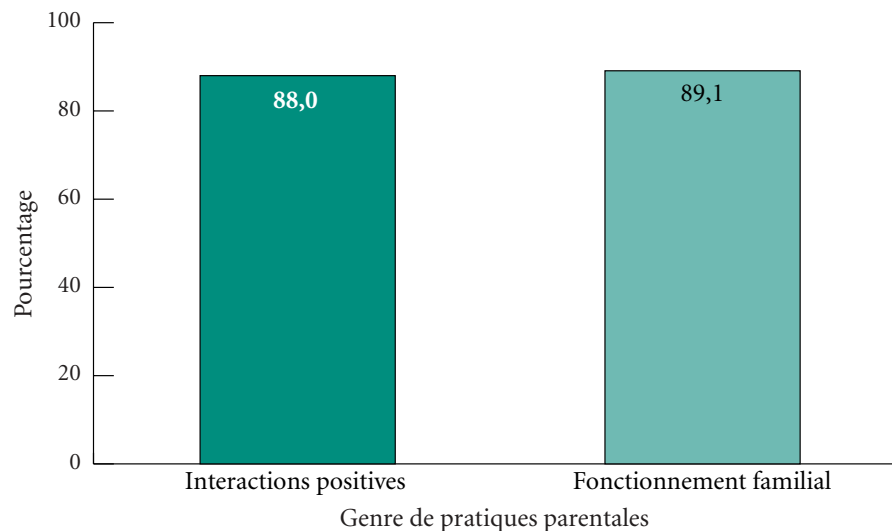
⁴⁵ Somers, M-A et J.D. Willms (2002) « Maternal Depression and Childhood Vulnerability » (pp. 211-228) dans J. Douglas Willms (dir.) *Vulnerable Children*, Edmonton, University of Alberta Press et Développement des ressources humaines Canada.

Que savons-nous du rôle parental au Canada?

Pratiques parentales

Les pratiques parentales comptent parmi les principaux facteurs influant sur les résultats pour les enfants. Les interactions positives et le fonctionnement familial sont deux mesures clés des pratiques parentales.⁴⁶

Figure 19 : Pourcentage des parents de jeunes enfants démontrant des pratiques parentales positives, Canada, 1998-1999



Source: Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

En 1998-1999, 88 % des parents ont déclaré avoir des interactions positives au sein de la famille. Les parents qui ont un niveau élevé d'interactions positives avec leurs enfants tendent à faire leur éloge, à jouer et à rire avec eux.

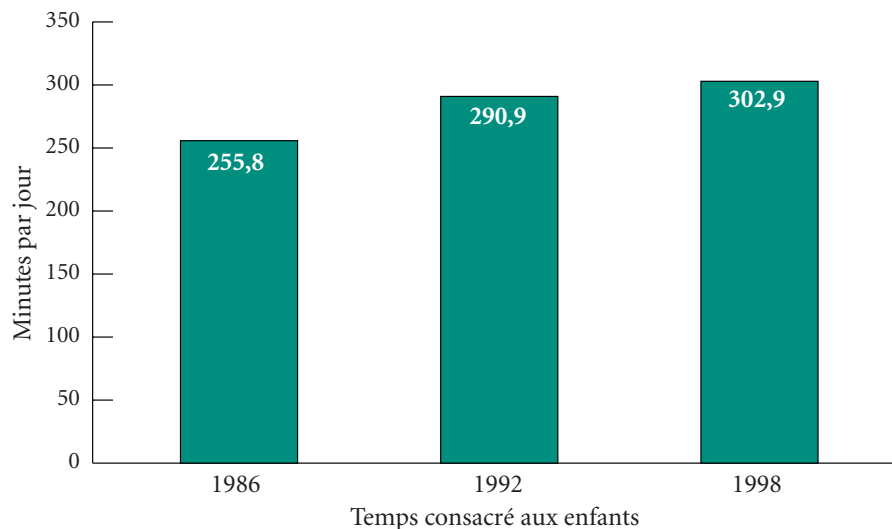
⁴⁶ Les échelles adoptées dans le cadre de l'ELNEJ mesurent certains comportements parentaux. On a posé les questions visant à évaluer les pratiques parentales à la personne la mieux informée au sujet de l'enfant ou au conjoint de celle-ci. Les interactions positives font partie des pratiques parentales évaluées. 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 indique la qualité des rapports entre les membres de la famille. Les questions s'y rapportant sont posées soit à la personne la mieux informée au sujet de l'enfant, soit à son conjoint. L'échelle ne témoigne d'aucun diagnostic clinique.

Le fonctionnement familial fait référence aux façons dont les membres de la famille travaillent ensemble à des tâches nécessaires à la survie de la cellule familiale.⁴⁷ Les familles affichant un degré élevé de fonctionnement tendent à participer à des activités telles que la résolution de problèmes, la communication et l'entraide. En 1998-1999, 89,1 % des familles indiquaient un fonctionnement familial positif.

Temps consacré aux enfants

Les chercheurs canadiens se sont penchés récemment sur les contraintes de temps ressenties par les parents qui tentent de concilier leurs responsabilités professionnelles et familiales. Les résultats indiquent une augmentation constante, au cours des dernières années, du temps que les parents travaillant à l'extérieur du foyer passent avec leurs jeunes enfants.⁴⁸ Il semble également que la plus forte hausse du nombre d'heures consacrées aux enfants soit observée chez les parents ayant au moins un enfant âgé de moins de six ans. Malgré l'intensification des contraintes de temps attribuable à la recherche d'un équilibre entre la vie professionnelle et familiale dans les ménages où les deux parents travaillent à l'extérieur du foyer, les parents parviennent toujours à passer du temps avec leurs jeunes enfants.⁴⁹

Figure 20 : Temps consacré aux enfants âgés de cinq ans et moins par un parent marié exerçant une activité professionnelle, Canada, 1986, 1992 et 1998



Source : Adaptation de Jiri Zuzanek, « Le temps consacré aux enfants : est-ce assez ou trop peu? » dans *Isuma - Revue canadienne de recherche sur les politiques*, Été 2001, p. 139. Ces données sont tirées de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada.

⁴⁷ Racine, Y. et M.H. Boyle (2002) « Family Functioning and Children's Behaviour Problems » (pp. 199-209) dans J. Douglas Willms (dir.) *Vulnerable Children*, Edmonton, University of Alberta Press et Développement des ressources humaines Canada.

⁴⁸ Le temps consacré aux enfants fait référence au temps qu'un parent ou les deux passent avec les enfants, y compris les soins prodigués aux enfants.

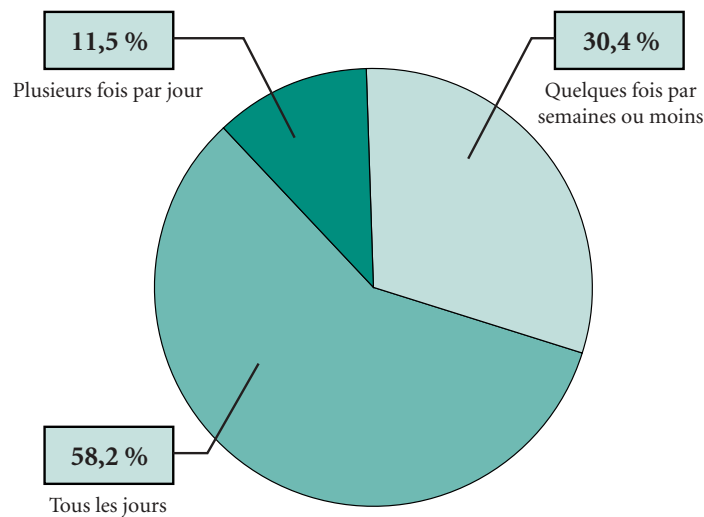
⁴⁹ Zuzanek, J. (Été 2001). « Le temps consacré aux enfants : est-ce assez ou trop peu? » dans *Isuma - Revue canadienne de recherche sur les politiques*, volume 2, numéro 2.

Bon nombre de parents de jeunes enfants font appel à des services de garde non parentaux. En 1998-1999, 45,9 % des parents ayant des enfants de cinq ans et moins utilisaient principalement des services de garde en milieu familial assurés par une personne non apparentée. Par ailleurs, 31,5 % des parents confiaient la garde de leurs enfants à un membre de la famille (autre que le père ou la mère) lorsqu'ils ne pouvaient pas s'en occuper. Enfin, 22,7 % faisaient appel à des services tels que les garderies, les programmes de garde parascolaire et les maternelles.⁵⁰

Lecture aux enfants

Pour beaucoup d'enfants, la lecture de contes fait partie du rituel du coucher. La lecture initie les enfants au langage et au vocabulaire tout en favorisant le contact avec un adulte. La lecture aux enfants a des effets positifs particulièrement marqués sur le comportement et l'acquisition préscolaire du vocabulaire.⁵¹

Figure 21 : Fréquence de la lecture aux jeunes enfants canadiens, Canada, 1998-1999



Source: Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999)

En 1998-1999, près de 70 % des enfants âgés de cinq ans et moins se faisaient lire des contes au moins une fois par jour par un parent ou un autre adulte (éducateur ou éducatrice en garderie ou membre de la famille).

⁵⁰ Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999).

⁵¹ Cook, C. et J.D. Willms (2002) « Balancing Work and Family Life » dans J.D. Willms (dir). *Vulnerable Children*, Edmonton, University of Alberta Press et Développement des ressources humaines Canada.

Faits saillants

Les parents jouent un rôle important dans la vie de leurs enfants. Le profil de la famille canadienne révèle les faits suivants.

- 85,9 % des jeunes enfants vivent dans une famille biparentale.
- La proportion de familles monoparentales a augmenté, passant de 9,4 % en 1971 à 13 % en 1991.
- Le nombre d'enfants ayant vécu une séparation parentale avant leur sixième anniversaire a presque quintuplé depuis les années 1960.
- Plus de 25 % des jeunes enfants sont des enfants uniques.
- Les mères vivent la maternité plus tardivement que par le passé.
- La plupart des parents estiment que leur quartier leur procure un sentiment de satisfaction, de sécurité et de cohésion.
- Près de la moitié des parents ont poursuivi des études postsecondaires.
- Le nombre de mères de jeunes enfants qui travaillent à l'extérieur du foyer a augmenté.
- 19,4 % des mères fumaient et 14,5 % ont consommé de l'alcool durant leur grossesse.
- 84,4 % des familles ayant de jeunes enfants vivent au-dessus du seuil de faible revenu après impôt.
- 88,8 % des parents déclarent ne pas ressentir de signes de dépression.
- La plupart des enfants jouissent de pratiques parentales et d'interactions familiales positives.
- Les parents travaillant à l'extérieur du foyer passent de plus en plus de temps avec leurs jeunes enfants.
- 69 % des enfants se font lire des contes tous les jours ou plusieurs fois par jour.



Chapitre 4 : JEUNES ENFANTS AUTOCHTONES AU CANADA - APERÇU⁵²



Les enfants autochtones⁵³ représentent la précieuse richesse qui assurera la pérennité des collectivités et des cultures autochtones. Pourtant, on sait peu de choses à propos de la santé et du développement des jeunes enfants autochtones au Canada. De fait, il existe peu de données nationales détaillées sur les enfants, particulièrement les jeunes enfants, autochtones. Ainsi, l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), soit la principale source des données présentées dans ce rapport, ne comporte pas un échantillon représentatif des enfants autochtones. Le présent chapitre décrit l'état des connaissances sur la situation des jeunes enfants autochtones à la lumière des données les plus récentes. Il relève également les lacunes dans notre compréhension du bien-être de ces enfants.

Sources potentielles d'information sur les jeunes enfants autochtones

Le recensement du Canada est la principale source d'information sur la population autochtone; il fournit des données démographiques de base telles que l'âge, le sexe, la langue et la mobilité. Le recensement fournit aussi des renseignements sur les caractéristiques des ménages et des familles des enfants autochtones.

L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA), menée en 1991, fournit des renseignements limités sur l'emploi ou la connaissance des langues autochtones par les enfants ainsi que sur l'état de santé de ceux-ci. L'EAPA a été réalisée de nouveau en 2001. L'échantillon couvre les personnes s'étant déclarées d'identité ou d'ascendance autochtone, Indiens inscrits ou des traités, ou encore membres d'une bande dans le cadre du recensement de 2001. L'enquête comporte un questionnaire sur les enfants et les jeunes, qui permet de recueillir des renseignements sur des questions telles que l'état général de santé, le recours aux services de santé, les activités et relations sociales ainsi que les modalités de garde d'enfants. On espère que cette enquête fournira des renseignements précieux sur la santé et le développement des jeunes enfants autochtones. Les données seront disponibles à partir de la fin de 2003.

L'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, réalisée dans les réserves partout au Canada en 1997, a permis de recueillir des données sur la santé et le développement. Bien que cette enquête présente certains indicateurs de santé et de développement des enfants, elle n'est pas très détaillée et ne couvre qu'une partie de la population d'identité autochtone (soit les personnes vivant dans les réserves).

Affaires indiennes et du Nord Canada tient des bases de données relatives aux Indiens inscrits couvrant divers sujets tels que l'âge et le sexe, le niveau de scolarité, l'accès aux services sociaux et d'autres encore. Cette information se rapporte principalement aux Indiens inscrits vivant dans les réserves, et l'on dispose de peu de données sur les jeunes enfants autochtones.

⁵² Nous tenons à remercier Jeremy Hull de *Prologica Research* qui a participé à la rédaction de ce chapitre.

⁵³ Les données du recensement permettent de définir la population autochtone selon deux grandes variables - l'ascendance autochtone et l'identité autochtone. En 1996, on recensait au Canada 1,1 million de personnes d'ascendance autochtone, alors que 800 000 personnes s'étaient identifiées comme « Autochtones ». Dans ce chapitre, le terme « Autochtones » désigne les personnes ayant déclaré une identité autochtone, sauf indication contraire.

De plus, le recensement établit une distinction entre les grands groupes sociaux, tels que les Indiens de l'Amérique du Nord, les Métis et les Inuits, et permet l'identification de groupes définis selon les origines ancestrales tels que les Cris, les Haïdas, les Iroquois et bien d'autres.

Bien que l'on reconnaisse la diversité de la population autochtone, les données présentées dans ce chapitre se rapportent à l'ensemble de cette population, notamment en raison des contraintes liées à la taille restreinte des échantillons.

La population autochtone compte une forte proportion de jeunes enfants

En 1996, on recensait 117 355 enfants âgés de cinq ans et moins déclarés d'identité autochtone, ce qui représente environ 15 % de la population totale d'ascendance autochtone. De ce nombre, 32 % (soit 37 365) vivaient dans une réserve et 68 % (soit 79 990), à l'extérieur d'une réserve. Parmi les enfants vivant hors réserve, 33 620 habitaient en milieu rural, 15 965 vivaient dans une petite ville (de 10 000 à 100 000 habitants) et 30 405 vivaient dans une grande ville.

On observait par le passé une croissance rapide de la population autochtone, mais on prévoit un ralentissement entre 2001 et 2016. De 1991 à 1996, le nombre d'enfants autochtones âgés de quatre ans et moins a augmenté de plus de 10 000, soit environ 12 %.⁵⁴ Toutefois, on s'attend à ce que l'effectif autochtone de ce groupe d'âge soit inférieur en 2016 à ce qu'il était en 1991.⁵⁵ Le taux de natalité dans la population autochtone demeure relativement élevé. Ainsi, dans la population des Indiens inscrits⁵⁶, on estimait le taux de natalité à 28 pour mille en 1993, comparativement à 15 pour mille dans l'ensemble de la population la même année.⁵⁷

Les jeunes enfants autochtones vivent souvent dans une famille monoparentale

En 1996, environ 28 % des enfants autochtones âgés de cinq ans et moins vivaient au sein d'une famille monoparentale. Dans les réserves et les régions rurales, la proportion d'enfants autochtones vivant dans une famille monoparentale était inférieure, tandis que dans les villes, elle dépassait 40 %.

Les modes de vie familiale des jeunes enfants autochtones prennent diverses formes

En 1996, environ 12 % des enfants autochtones âgés de cinq ans et moins ne vivaient pas avec leurs parents. La plupart de ces enfants vivaient avec d'autres membres de la famille élargie.⁵⁸

⁵⁴ Calculé à partir des données de Statistique Canada, Âge et sexe : données sur les Autochtones (1991), Ottawa, 1993 et de Statistique Canada, *Série Le Pays*, recensement de 1996, tableau 25-003.

⁵⁵ Norris, M.J., D. Kerr et F. Nault (Septembre 1996) *Commission royale sur les peuples autochtones, Les projections de la population appartenant à un groupe autochtone, Canada, 1991-2016; Rapport sommaire*, Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement.

⁵⁶ La population des Indiens inscrits se compose de toutes les personnes admissibles à l'inscription en vertu de la *Loi sur les Indiens*.

⁵⁷ Affaires indiennes et du Nord Canada (Décembre 2001) *Les femmes autochtones : un portrait d'après le recensement de 1996*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

⁵⁸ Voir Statistique Canada, *Série Le Pays*, recensement de 1996, « Population autochtone dans les ménages privés selon l'âge et le sexe, par situation des particuliers dans la famille de recensement, recensement de 1996 » (tableau 25-003). Ce tableau révèle que 9 875 des 12 615 enfants âgés de quatre ans et moins qui ne faisaient pas partie d'une famille de recensement vivaient avec des personnes apparentées.

La majorité des jeunes enfants autochtones vivent dans des familles à faible revenu

En 1996, 58 % des jeunes enfants autochtones âgés de cinq ans et moins vivaient dans une famille à faible revenu (selon le seuil de faible revenu avant impôt). Le revenu moyen des familles monoparentales autochtones est particulièrement faible. En 1995, le revenu annuel moyen des familles monoparentales autochtones dirigées par une femme se chiffrait à environ 16 000 \$. Pour 70 % des mères seules autochtones, les transferts gouvernementaux constituaient la principale source de revenu.⁵⁹

Les jeunes enfants autochtones affichent des taux élevés de mortalité, de blessures et d'incapacité

En 1999, le taux de mortalité infantile chez les populations des Premières nations était de 1,5 fois supérieur à celui du reste de la population canadienne.⁶⁰ De plus, le taux de mortalité à la suite de blessures chez les enfants autochtones est de trois à quatre fois supérieur à celui des autres enfants au Canada.⁶¹ On signale également des niveaux systématiquement élevés du syndrome de mort subite du nourrisson dans la population autochtone.⁶²

Le taux d'incapacité grave est nettement plus élevé chez les enfants autochtones vivant dans les réserves qu'il ne l'est chez les enfants hors réserve et il est presque deux fois supérieur au taux observé chez les enfants non autochtones.⁶³ Les enfants autochtones affichent aussi des taux élevés d'allergies, de bronchite et d'asthme.⁶⁴

Plus de la moitié des enfants indiens inscrits vivant dans les réserves sont allaités au sein

Selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 54 % des enfants autochtones âgés de moins d'un an ont été ou sont allaités au sein. Plus de la moitié de ces enfants ont été nourris au sein durant plus de sept mois.⁶⁵

⁵⁹ Hull, Jeremy (7 juin 2001) *Les mères seules autochtones au Canada*, 1996, Ottawa, Affaires indiennes et du Nord Canada, Direction de la recherche et de l'analyse.

⁶⁰ Gouvernement du Canada (2002) *Les Canadiens en santé - Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*, Ottawa, Santé Canada.

⁶¹ Ibid.

⁶² Institut canadien de la santé infantile. (2000) *La santé des enfants du Canada - Troisième édition*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

⁶³ Ibid.

⁶⁴ MacMillan, H. et al. « Chapitre 1 - Santé des enfants », *Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits : Rapport national*, Ottawa, Santé Canada.

⁶⁵ Ibid.

La consommation d'alcool et de tabac affecte les jeunes enfants autochtones

En dépit de l'absence de données comparables sur la consommation d'alcool et de tabac chez les mères de jeunes enfants autochtones et chez les mères d'enfants non autochtones, certaines observations indiquent que ce phénomène constitue un problème pour les enfants autochtones. Plus précisément, la consommation d'alcool durant la grossesse semble poser un défi de taille à certaines collectivités autochtones. Selon des enquêtes locales et régionales ponctuelles, l'incidence du syndrome d'alcoolisme fœtal/effet de l'alcool sur le fœtus (SAF/EAF) semble nettement plus élevée chez les enfants autochtones que chez les enfants non autochtones. Il n'existe cependant pas de statistiques concluantes à ce chapitre.⁶⁶

⁶⁶ Institut canadien de la santé infantile (2000) *La santé des enfants du Canada - Troisième édition*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

Faits saillants

Le présent chapitre donne un bref aperçu des enfants de cinq ans et moins ayant une identité autochtone.

- Le nombre de jeunes enfants autochtones au Canada a augmenté, mais on prévoit qu'il se stabilisera à son niveau actuel, soit environ 120 000.
- 68 % des jeunes enfants autochtones vivent à l'extérieur des réserves.
- 28 % des jeunes enfants autochtones vivent dans une famille monoparentale.
- 12 % des jeunes enfants autochtones vivent avec des parents autres que leur père ou leur mère.
- 58 % des jeunes enfants autochtones vivent dans des familles à faible revenu.
- Le taux de mortalité infantile dans la population autochtone est de 1,5 fois supérieur à celui de la population non autochtone.
- Les enfants autochtones affichent des taux élevés de certains problèmes de santé, notamment les blessures, les incapacités et les problèmes respiratoires.
- Plus de 50 % des jeunes enfants autochtones ont été ou sont nourris au sein.





Chapitre 5 : JEUNES ENFANTS AYANT UNE INCAPACITÉ AU CANADA - APERÇU⁶⁷



Les enfants ayant une incapacité représentent une partie importante de la population des jeunes canadiens. Une meilleure compréhension de la situation de ces enfants nous aidera à faire en sorte qu'ils reçoivent le soutien dont ils ont besoin pour réaliser leur plein potentiel. Pourtant, on sait relativement peu de choses sur la santé et le développement des jeunes enfants ayant une incapacité. Ce phénomène est partiellement attribuable aux difficultés associées à la définition du terme « incapacité ». L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) visant les enfants (1991) définit les enfants ayant une incapacité en fonction des critères suivants : problèmes de santé chroniques⁶⁸ ; utilisation d'aides techniques (béquilles, appareils auditifs ou orthopédiques - excluant les appareils orthodontiques); problèmes de santé de longue durée qui empêchent ou limitent de nombreuses activités jugées normales pour les enfants de cet âge (fréquentation scolaire, participation à des pièces de théâtre ou à d'autres activités); fréquentation d'une école pour l'enfance en difficulté, inscription à des classes adaptées ou à un programme personnalisé; difficultés à voir, à entendre ou à parler; problèmes affectifs, psychologiques, nerveux ou mentaux de longue durée; tout autre problème de santé d'une durée de six mois ou plus.⁶⁹ Le présent chapitre décrit l'état des connaissances sur la situation des jeunes enfants ayant une incapacité à la lumière des données les plus récentes. Il relève également les lacunes dans les connaissances requises pour mieux comprendre ces enfants.

Sources potentielles d'information sur les enfants ayant une incapacité

L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1991 est la principale source d'information sur les enfants ayant une incapacité. Cette enquête fournit des données démographiques de base, telles que l'âge et le sexe, ainsi que des renseignements sur la nature et la gravité de l'incapacité et des obstacles dans les divers aspects de la vie quotidienne.

En 2001, on a remplacé l'ESLA par l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités qui fournira des données sur le genre et la gravité des incapacités, notamment chez les jeunes enfants. Elle donnera également des renseignements sur divers domaines tels que l'éducation, les loisirs et l'activité des parents sur le marché du travail. L'enquête présentera aussi des données sur les dépenses liées à l'incapacité, leur financement par les familles ainsi que le soutien et les services requis (de même que les besoins non satisfaits à ce chapitre). On prévoit diffuser ces données à compter de 2003.

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), principale source des données présentées dans le rapport, ne fournit que des renseignements limités sur les enfants ayant une incapacité, en raison de la taille restreinte de l'échantillon. Au fil des ans, l'ELNEJ pourrait se révéler particulièrement utile pour nous permettre de mieux comprendre le dépistage des incapacités chez les enfants de divers âges et les facteurs déterminants en ce qui a trait à la situation de ces enfants. La dimension longitudinale de cette enquête permet un examen des divers parcours des enfants ayant une incapacité. Elle pourrait aussi nous permettre de suivre les jeunes enfants jusqu'à l'âge adulte afin de déterminer les liens entre les problèmes de santé chroniques qui se sont manifestés tôt et l'évolution des limitations d'activités (de même que les variables qui pourraient intervenir dans ce processus).

⁶⁷ Nous tenons à remercier Kate Rexe, Gail Fawcett et Paul Roberts du Conseil canadien de développement social qui ont participé à la rédaction de ce chapitre.

⁶⁸ Les problèmes de santé chroniques comprennent les maladies pulmonaires sauf les allergies, l'asthme ou la bronchite; les maladies cardiaques ou les maladies du rein; le cancer; le diabète; l'épilepsie; la paralysie cérébrale; le spina-bifida; la fibrose kystique; la dystrophie musculaire; la paralysie; l'arthrite ou le rhumatisme; les troubles affectifs ou du comportement; les déficiences intellectuelles; les troubles d'apprentissage; l'absence ou la malformation d'un membre; l'hypertension artérielle et autres.

⁶⁹ Oderkirk, J. (Hiver 1993) « Les enfants ayant une incapacité » dans *Tendances sociales canadiennes*, no 31, Ottawa, Statistique Canada.

Les jeunes enfants affichent un faible taux d'incapacité

Les jeunes enfants au Canada ont un taux d'incapacité inférieur à celui des adultes. Cela s'explique en partie par le fait que certaines incapacités chez les enfants n'ont pas encore été dépistées et que la majorité des incapacités surviennent après l'enfance. En 1986, 3,4 % des enfants canadiens âgés de quatre ans et moins avaient une incapacité; en 1991, toutefois, ce taux était passé à 4,5 % (5 % chez les garçons et 4 % chez les filles)⁷⁰, ce qui représente 85 070 enfants.^{71,72} Les raisons de cette augmentation ne sont pas très claires. Il pourrait s'agir, en partie, d'une hausse réelle de l'incidence de certains genres d'incapacités ou de maladies chroniques. L'augmentation du taux pourrait cependant être également attribuable à un diagnostic ou à un dépistage plus précoce de certains problèmes.

La plupart des incapacités chez les enfants sont peu graves

La vaste majorité des incapacités qui affligent les enfants sont considérées comme « peu graves ».⁷³ Selon l'ESLA de 1991, 89 % des enfants âgés de quatre ans et moins ayant une incapacité sont atteints d'une incapacité jugée « peu grave » (ce qui représente 75 710 enfants d'âge préscolaire ayant une incapacité).⁷⁴ On estime que moins de 1 % des enfants ayant une incapacité vivent en établissement.⁷⁵

Chez les très jeunes enfants, les problèmes de santé chroniques constituent le genre d'incapacité le plus fréquent. En 1986, 90,6% des enfants âgés de quatre ans et moins ayant une incapacité souffraient d'un problème de santé chronique sous une forme ou une autre, plutôt que d'une incapacité principalement associée à des limitations d'activités. Le groupe le plus important, représentant 15,4 % des jeunes enfants ayant une incapacité, était formé des jeunes souffrant d'une maladie cardiaque.⁷⁶

Un jeune enfant ayant une incapacité sur cinq vit au sein d'une famille monoparentale

Une proportion relativement élevée d'enfants ayant une incapacité vivent dans une famille monoparentale. En 1994, 20,5 % des enfants âgés de cinq ans et moins ayant des limitations d'activités vivaient au sein d'une famille monoparentale.⁷⁷

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Institut canadien de la santé infantile (1994) *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI - Deuxième édition*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

⁷² Les données des recensements de 1986, 1991 et 1996 visant l'ensemble des enfants canadiens de moins de 15 ans indiquent une hausse légère mais constante du taux d'incapacité au sein de cette population.

⁷³ La gravité des incapacités dont souffrent les enfants est déterminée en fonction du nombre de limitations ou de problèmes de santé chroniques déclarés. Lorsqu'on relève seulement une ou deux limitations ou encore un ou deux problèmes de santé chroniques, l'incapacité est jugée peu grave.

⁷⁴ Oderkirk, J. (Hiver 1993) « Les enfants ayant une incapacité » dans *Tendances sociales canadiennes*, no 31, Ottawa, Statistique Canada.

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ Avard, D. (1994) *Les enfants et les jeunes ayant une incapacité au Canada : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1986*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

⁷⁷ ELNEJ (1994) (Fichier de microdonnées à grande diffusion).

Moins de la moitié des enfants d'âge préscolaire ayant une incapacité et vivant dans une famille biparentale ont deux parents actifs sur le marché du travail

Dans 47,2 % des cas, les jeunes enfants ayant une incapacité et vivant dans une famille biparentale ont deux parents actifs sur le marché du travail,⁷⁸ soit un pourcentage nettement plus faible que pour les enfants sans incapacité.

Près du quart des enfants ayant une incapacité vivent dans une famille à faible revenu

Selon les données de l'ELNEJ (1998-1999), 24,8 % des enfants âgés de cinq ans et moins et ayant des besoins spéciaux (comprend les enfants ayant des problèmes de santé chroniques et/ou des limitations d'activités) vivaient dans une famille touchant un revenu inférieur au seuil de faible revenu (avant impôt).⁷⁹

La recherche d'un équilibre entre le travail, la famille et les soins prodigués aux enfants peut entraîner un niveau élevé de stress chez les parents d'enfants ayant une incapacité

Les enfants ayant une incapacité doivent compter sur des parents capables d'assumer des rôles multiples : thérapeutes, éducateurs, camarades de jeu, défenseurs des droits et fournisseurs des soins physiques.⁸⁰ Selon certains résultats d'enquête, 93 % des familles qui comptent des enfants ayant des besoins spéciaux⁸¹ déclarent éprouver un niveau moyen ou élevé de tension découlant de la recherche d'un équilibre entre le travail, la famille et les soins à l'enfant.⁸²

⁷⁸ ELNEJ (1996) (Fichier de microdonnées à grande diffusion).

⁷⁹ ELNEJ, Cycle 3 (1998-1999).

⁸⁰ Page d'accueil Au nom de nos enfants, 2002. <http://www/voicesforchildren.ca/francais.htm> (6 septembre).

⁸¹ Les besoins spéciaux font référence aux incapacités, aux retards accusés ou aux problèmes de santé qui accroissent considérablement la difficulté d'obtenir et de conserver des services adéquats de garde d'enfants ou des services connexes, selon S. Irwin et D. Lero, *In Our Way: Child Care Barriers to Full Workforce Participation Experienced by Parents of Children with Special Needs - and Potential Remedies*. pp. vi.

⁸² Institut canadien de la santé infantile (2000) *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI - Troisième édition*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

Faits saillants

Le chapitre présente un bref aperçu des jeunes enfants ayant une incapacité au Canada.

- En 1991, quelque 85 070 enfants âgés de quatre ans et moins souffraient d'une incapacité au Canada, ce qui représente 4,5 % des jeunes enfants canadiens.
- Neuf jeunes enfants ayant une incapacité sur 10 souffraient d'une incapacité « peu grave ».
- Chez les jeunes enfants ayant une incapacité, les maladies cardiaques sont le problème de santé le plus répandu (affectant 15,4 % de ces enfants).
- En 1994, 20,5 % des jeunes enfants ayant une incapacité vivaient dans une famille monoparentale.
- Moins de la moitié des jeunes enfants ayant une incapacité avaient deux parents sur le marché du travail.
- En 1998, 24,8 % des jeunes enfants ayant une incapacité vivaient dans une famille touchant un revenu inférieur au seuil de faible revenu (avant impôt).



Chapitre 6 : SOMMAIRE DES DONNÉES

Le tableau suivant présente un sommaire des indicateurs du bien-être des jeunes enfants âgés de cinq ans et moins et des mesures des caractéristiques de la famille et de la collectivité décrites dans le rapport. Les indicateurs portant un astérisque (*) font partie de l'ensemble commun des indicateurs du bien-être des jeunes enfants que les gouvernements participant à l'Entente sur le développement de la petite enfance ont convenu d'adopter dans le cadre de leurs rapports.

Indicateurs du bien-être de l'enfant	
Nom	Indicateur (1998-1999 sauf indication contraire)
Poids-santé de l'enfant à la naissance*	81,3 % des jeunes enfants (1999)
Taux de naissances à terme	92,7 % des enfants nés à 37 semaines ou plus (1999)
Incidence d'hémophilus influenzae B*	14 cas chez les jeunes enfants (1999)
Incidence de méningococcie du groupe C*	10 cas chez les jeunes enfants (1999)
Incidence de rougeole*	11 cas chez les jeunes enfants (1999)
Taux de mortalité infantile*	5,3 décès sur 1 000 naissances vivantes (1999)
Allaitement au sein	79,9 % des enfants allaités au sein
Prévalence d'asthme diagnostiqué	9,9 % des jeunes enfants diagnostiqués
Hospitalisations à la suite de blessures (1999)	
Chutes	4 246 cas
Accidents de la route	612 cas
Autres blessures accidentelles	5 128 cas
Agressions	313 cas
Blessures auto-infligées	60 cas
Autres	63 cas
Taux de mortalité par suite de blessures	9,6 % de tous les décès chez les jeunes enfants résultaient d'une blessure (1999)
Développement moteur et social (DMS)*	89 % des enfants affichent un niveau de développement moyen ou avancé
Troubles affectifs - anxiété*	86,2 % des enfants ne manifestent pas de signes associés
Hyperactivité - déficit de l'attention*	87,8 % des enfants ne manifestent pas de signes associés
Agressivité physique - troubles comportementaux*	86,5 % des enfants ne manifestent pas de signes associés
Comportement prosocial peu développé*	89,9 % des enfants ne manifestent pas de signes associés
Aptitudes langagières*	84,1 % des enfants ont un développement verbal moyen ou avancé

Mesures des caractéristiques de la famille et de la collectivité

Nom	Mesure (1998-1999)
Scolarité des parents	45,4 % des mères et 48,7 % des pères de jeunes enfants ont fait des études postsecondaires
Niveau de revenu	84,4 % des familles ayant de jeunes enfants vivent au-dessus du seuil de faible revenu après impôt
Dépression des parents	88,8 % des parents ne manifestent pas de signes de dépression
Consommation de tabac durant la grossesse	19,4 % des mères fumaient durant leur grossesse
Consommation d'alcool durant la grossesse	14,5 % ont consommé de l'alcool durant leur grossesse
Tabagisme chez les parents	72,6 % des personnes les mieux informées au sujet de l'enfant et 70,4 % de leurs conjoints ne fument pas du tout
Fonctionnement de la famille	89,1 % des parents déclarent un fonctionnement positif entre les membres de la famille
Pratiques parentales positives	88 % des parents déclarent des interactions positives au sein de la famille
Lecture à l'enfant par un adulte	69,7 % des enfants se font faire la lecture tous les jours ou plusieurs fois par jour
Cohésion du quartier	84,9 % des parents déclarent que leur quartier leur procure un sentiment de cohésion
Familles avec enfants ayant des besoins impérieux de logement	36 % des enfants vivant dans un ménage locataire et 7 % de ceux vivant dans un ménage propriétaire avaient des besoins impérieux de logement (1996)

Les prochains rapports du gouvernement du Canada suivront les tendances des indicateurs présentés ci-dessus. Les rapports à venir pourraient s'appuyer sur d'autres indicateurs permettant de mieux comprendre le bien-être des enfants, à mesure que de nouvelles données seront disponibles.

ANNEXE A - SIGLES EMPLOYÉS DANS LE RAPPORT

CCNI	Comité consultatif national de l'immunisation
CPE	Comprendre la petite enfance
DMS	Développement moteur et social
EAPA	Enquête auprès des peuples autochtones
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
EPLA	Enquête sur la participation et les limitations d'activités
ESLA	Enquête sur la santé et les limitations d'activités
EVIP-R	Test Échelle vocabulaire en image Peabody - Révisé
FST	Fumée secondaire du tabac
HIB	Hemophilus influenzae B
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PANE	Plan d'action national pour les enfants
SCHIRPT	Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes
SFR	Seuil de faible revenu

