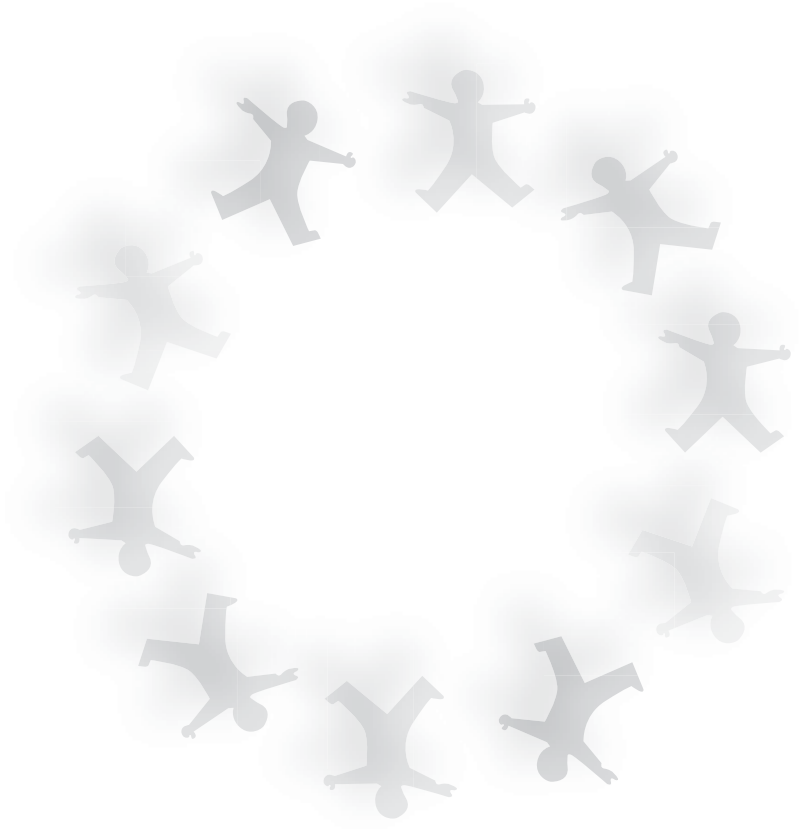


ENTENTE FÉDÉRALE-PROVINCIALE-TERRITORIALE  
SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

---

# LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES ENFANTS AU CANADA :

RAPPORT DU GOUVERNEMENT DU CANADA  
2003



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 :

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

	<p> 1 800 O-Canada (1 800 622-6232) ATS : 1 800 465-7735</p> <p> <a href="http://canada.gc.ca">canada.gc.ca</a></p> <p> Centres d'accès Service Canada</p>
---	---

[www.unionsociale.gc.ca](http://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 2003

Cat. No.: RH64-20/2003

ISBN: 0-662-67443-X

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>Préface</b> .....	1
<b>Chapitre 1 : Introduction</b> .....	3
<b>Entente sur le développement de la petite enfance</b> .....	3
<b>Influences du milieu sur le bien-être des jeunes enfants</b> .....	3
<b>Présentation du rapport</b> .....	4
<b>Chapitre 2 : L'environnement physique et ses incidences sur le bien-être de l'enfant</b> .....	7
<b>Pourquoi les enfants sont-ils tout spécialement vulnérables?</b> .....	7
<b>Comment les enfants sont-ils exposés aux dangers environnementaux?</b> .....	9
L'environnement extérieur .....	9
Qualité de l'air à l'extérieur .....	9
Qualité de l'eau .....	10
Qualité des aliments .....	11
Sol et poussière .....	12
L'environnement intérieur .....	12
Qualité de l'air à l'intérieur .....	13
Fumée secondaire du tabac .....	15
Agents biologiques .....	15
Pesticides .....	15
Contaminants chimiques dans les produits de grande consommation ..	16
<b>Mesures de la santé et des maladies</b> .....	16
Asthme .....	17
Résultats de la grossesse .....	18
Troubles neurologiques du développement .....	19
<b>Conclusion</b> .....	20

<b>Chapitre 3 : Le milieu familial et ses incidences sur le bien-être de l'enfant</b> .....	23
<b>L'importance de la dynamique familiale et le bien-être des jeunes enfants</b> .....	23
Pratiques parentales .....	25
Équilibre travail-famille .....	26
Bien-être des parents .....	27
<b>L'importance du revenu et de la scolarité de la mère sur le bien-être des jeunes enfants</b> .....	28
Revenu familial .....	28
Scolarité de la mère .....	28
<b>L'importance de la structure de la famille sur le bien-être des jeunes enfants</b> .....	30
Séparation des parents .....	31
<b>Conclusion</b> .....	32
<b>Chapitre 4 : Surveillance du bien-être des jeunes enfants au Canada</b> .....	33
<b>Chapitre 5 : Jeunes enfants des Premières Nations au Canada</b> .....	39
<b>Chapitre 6 : Jeunes enfants ayant une incapacité au Canada</b> .....	43
<b>Annexe A : Notes techniques</b> .....	47
<b>Mesure du développement moteur et social</b> .....	47
<b>Mesure du comportement</b> .....	47
<b>Mesure des aptitudes langagières et du vocabulaire</b> .....	48
<b>Mesures des caractéristiques reliées à la famille et à la communauté</b> .....	48

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

---

### Figures :

- Figure 1 : Taux d'hospitalisation causée par l'asthme (par 100 000), pour les enfants âgés de 4 ans ou moins, selon le sexe, de 1987-1988 à 1998-1999 (basé sur la population canadienne en 1991) ..... 18
- Figure 2 : Résultats obtenus par les jeunes enfants au test Échelle vocabulaire en image Peabody – Révisé, selon le niveau de scolarité de la mère, 2000-2001 ..... 29
- Figure 3 : Prévalence de troubles comportementaux, selon le type de famille, 2000-2001 ... 30

### Tableaux :

- Tableau 1 : Conditions de santé reliées aux polluants atmosphériques courants ..... 10
- Tableau 2 : Polluants atmosphériques intérieurs qui peuvent affecter les enfants ..... 13
- Tableau 3 : Indicateurs du bien-être de l'enfant et caractéristiques reliées à la famille et à la communauté ..... 34



## PRÉFACE



En septembre 2000, le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont conclu une entente visant à améliorer et à étendre les services et les programmes conçus à l'intention des enfants de moins de six ans et de leur famille.<sup>1</sup> 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 rapport, le gouvernement du Canada tient l'engagement qu'il a pris de rendre des comptes sur le bien-être des jeunes enfants du Canada. Il s'agit du deuxième rapport sur les indicateurs des résultats; le premier rapport, intitulé *Le bien-être des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada 2002* a été rendu public le 20 novembre 2002.**

Le présent rapport traite du milieu dans lequel grandissent les jeunes enfants canadiens et de ses incidences sur leur bien-être. Il s'attarde notamment sur deux aspects : l'environnement extérieur et l'environnement intérieur — y compris, les aliments, l'air, l'eau et le sol, ainsi que le milieu familial. De plus, il continue de surveiller les indicateurs définis par le gouvernement du Canada dans le rapport de l'an dernier, *Le bien-être des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada 2002*. Outre celles de l'ensemble commun d'indicateurs établis par tous les gouvernements, le rapport présente aussi des mesures de l'influence de membres clés de la famille et de la communauté sur le bien-être des enfants. Les données fournies dans le présent rapport sont celles de l'exercice 2000-2001, et s'appuient sur les données de base de 1998-1999 fournies dans le rapport précédent. Les prochains rapports continueront d'utiliser ces indicateurs pour permettre de faire un suivi plus complet au fil du temps.

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 2002-2003* 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. Ce rapport comprend également le rapport de référence du gouvernement du Canada sur les programmes et services reliés à l'apprentissage et à la garde des jeunes enfants, tel que convenu dans le Cadre multilatéral pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants annoncé en mars 2003.

<sup>1</sup> Le gouvernement du Québec appuie les principes énoncés dans l'Entente sur le développement de la petite enfance, mais il n'a pas participé à la mise en œuvre de cette initiative car il veut conserver la seule responsabilité des questions sociales. Il reçoit toutefois sa part du financement offert par le gouvernement du Canada et consent des investissements importants dans les programmes et les services à l'intention des familles et des enfants.







## Chapitre 1 : INTRODUCTION

### *Entente sur le développement de la petite enfance*

En septembre 2000, le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont conclu une entente visant à améliorer et à étendre les services et les programmes 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 la petite enfance ainsi que sur le bien-être des enfants.

À l'automne 2002, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont commencé à publier des rapports périodiques sur le bien-être de l'enfant à partir d'un ensemble commun d'indicateurs établis à cette fin. Ces rapports contribuent à sensibiliser le public à la situation des jeunes enfants au Canada et témoignent de la volonté continue des gouvernements d'atteindre les objectifs de l'Entente sur le développement de la petite enfance.

*Par le présent rapport, le gouvernement du Canada respecte son engagement à rendre compte du développement des jeunes enfants au Canada.*

*« La création d'un milieu sûr et stimulant pour nos enfants, l'investissement dans leur santé et leur éducation et la promotion de la sécurité des familles constituent des éléments essentiels pour favoriser un développement solide de nos enfants et faciliter leur apprentissage. »*

Budget fédéral, 28 février 2000

### *Influences du milieu sur le bien-être des jeunes enfants*

Le développement d'un enfant se façonne et les bases de son apprentissage, son comportement et sa santé futurs sont jetés pendant les années écoulées entre sa conception et son entrée en 1<sup>re</sup> année.<sup>2</sup> Les premières expériences peuvent exercer une grande influence sur le bien-être futur d'un enfant, en renforçant ses habiletés et ses compétences d'adaptation et en l'aidant à devenir fort sur les plans physique et affectif.

Durant leur croissance, les enfants réagissent fortement aux milieux qui les entourent. De subtils changements ont souvent des incidences notables sur le développement d'un enfant. En comprenant bien les facteurs clés qui influent sur le développement d'un enfant, la société pourra faire des choix qui favorisent l'édification de milieux propices aux enfants.

<sup>2</sup> McCain, M. et F. Mustard (1999) *Étude sur la petite enfance*. Toronto, Gouvernement de l'Ontario.

Le Plan d'action national pour les enfants, élaboré par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, énonce une vision commune pour les enfants du Canada. Cette vision 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. Le présent rapport s'intéresse particulièrement à deux de ces influences : l'environnement physique et la famille.

L'environnement physique influe grandement sur la santé et le bien-être des jeunes enfants. L'accès à de l'air, des aliments et de l'eau salubres a des incidences sur le développement sain de l'enfant.

Le milieu familial revêt aussi une grande importance pour le bien-être positif de l'enfant. Les parents et les familles jouent un rôle primordial dans la vie des enfants. Le fonctionnement d'une famille, y compris les pratiques parentales, façonne le développement des enfants.

## *Présentation du rapport*

Le chapitre 2, « L'environnement physique et ses incidences sur le bien-être de l'enfant » donne un aperçu des éléments clés de l'environnement physique et de ses incidences possibles sur la santé et le développement des jeunes enfants. Le chapitre 3, « Le milieu familial et ses incidences sur le bien-être de l'enfant » présente une discussion des éléments clés de la vie familiale, s'intéressant à la dynamique familiale, au revenu, à la scolarité de la mère, à la structure de la famille et à leurs incidences sur le bien-être des jeunes enfants.

Le rapport continue également de surveiller le bien-être des jeunes enfants au Canada. Le chapitre 4 commence à faire un suivi des indicateurs établis par le gouvernement du Canada dans *Le bien-être des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada 2002*. Il ne se réfère pas uniquement à l'ensemble commun de 11 indicateurs de la santé et du développement physique établis par les gouvernements et inclut aussi des mesures des caractéristiques clés de la famille et de la collectivité.

Le chapitre 5 donne un aperçu des renseignements et des recherches récentes sur la santé périnatale des enfants vivant dans des communautés des Premières nations.

Le chapitre 6 présente un résumé des discussions sur les récentes données de l'enquête concernant les jeunes enfants canadiens ayant une incapacité.

## 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 de hemophilus 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 personnel – social

### Apprentissage cognitif et aptitudes langagières

- Langage





## Chapitre 2 : L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET SES INCIDENCES SUR LE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT<sup>3</sup>



Au cours des dernières années, les préoccupations à l'échelle internationale concernant les effets de l'environnement physique sur la santé des enfants se sont accrues.

En 1997, les ministres de l'environnement des pays du G-8 ont reconnu que les dangers environnementaux menacent sérieusement la santé des enfants partout dans le monde. Ils se sont aussi engagés à trouver ensemble des solutions. Quatre ans plus tard, en 2001, ils se sont à nouveau engagés « à élaborer des politiques et à mettre en place des mesures pour offrir aux enfants un milieu sûr durant leur développement prénatal et postnatal ». Le Canada, les États-Unis et le Mexique, par le biais de la Commission de coopération environnementale, ont accepté de collaborer à la mise en place du Programme trilatéral de coopération pour la santé des enfants et l'environnement en Amérique du Nord (2002).

Le présent chapitre résume comment les dangers présents dans l'environnement, dont les contaminants chimiques et les agents biologiques — moisissures, bactéries, poussières domestiques, acariens — peuvent affecter la santé des jeunes enfants au Canada. Il fait appel à des données nationales sur les enfants canadiens dans la mesure du possible. Des renseignements pertinents provenant de d'autres pays sont également utilisés.

La première section du chapitre décrit pourquoi il est important de bien comprendre les liens entre les dangers environnementaux et la santé des enfants. Les sections subséquentes font le résumé des renseignements scientifiques disponibles sur l'exposition des enfants aux dangers environnementaux et à leurs effets possibles sur la santé.

### *Pourquoi les enfants sont-ils tout spécialement vulnérables?*

Des preuves scientifiques récemment obtenues indiquent que les enfants sont plus vulnérables que les adultes aux dangers environnementaux en raison de leur comportement unique face à l'exposition à des dangers, de leur croissance rapide et de leur développement physiologique. Les preuves recueillies démontrent de plus en plus que l'état de santé d'un adulte est déterminé par son état de santé durant son enfance.

Les enfants sont exposés aux dangers environnementaux de façon plus aiguë et/ou différente que les adultes. À poids égal, les enfants mangent plus de nourriture, boivent plus d'eau et respirent plus d'air que les adultes car leur métabolisme évolue à une vitesse plus rapide. Or, si la nourriture, l'eau ou l'air contient des substances nocives, les enfants y seront plus exposés. Le comportement des enfants peut aussi accroître leur degré d'exposition. Les jeunes enfants jouent souvent à même le sol et mettent des objets sales dans leur bouche. Ils ingèrent donc de la terre et de la poussière en plus grande quantité que les adultes. De plus, l'air qu'ils respirent est plus près du sol, là où les niveaux de particules<sup>4</sup> et de produits chimiques peuvent être plus élevés.<sup>5</sup>

<sup>3</sup> Nous tenons à remercier Kate Davies qui a participé à la rédaction de ce chapitre.

<sup>4</sup> Les particules comprennent les matières solides, liquides ou mixtes qui flottent dans l'air et dont la taille, la composition et l'origine sont variées. Wigle, D. (2003) *Child Health and the Environment*. New York, Oxford University Press.

<sup>5</sup> Wigle, D. (2003) *Child Health and the Environment*. New York, Oxford University Press.

La croissance rapide est un facteur clé des dangers environnementaux plus élevés encourus par les enfants. En moyenne, les bébés doublent leur poids au cours des premiers 4 à 6 mois, et le triplent avant d'atteindre leur premier anniversaire.<sup>6</sup> Les cellules qui grandissent et se divisent le plus rapidement sont plus susceptibles d'être affectées par des contaminants environnementaux que celles qui sont moins actives.<sup>7</sup> La physiologie d'un enfant diffère de celle d'un adulte. À titre d'exemple, les enfants ressentent davantage les effets de certains produits chimiques toxiques car leur barrière hémato-encéphalique est plus perméable que celle des adultes. Leurs systèmes immunitaires et de détoxification sont immatures et moins en mesure de résister à des dangers environnementaux. Les enfants absorbent aussi une plus grande quantité de plomb et d'autres substances par leur tractus gastro-intestinal que les adultes.<sup>8</sup>

### Exposition du fœtus

Le fœtus est tout particulièrement affecté par des produits chimiques — dont le biphényle polychloré (BPC),<sup>9</sup> le plomb et l'alcool.<sup>10</sup> Plusieurs études ont démontré qu'il existe un lien entre l'exposition d'une mère durant et avant sa grossesse aux contaminants environnementaux et leurs effets neurologiques subtils sur le développement de l'enfant.<sup>11</sup> Le genre et la quantité de substances dangereuses n'est pas le seul facteur qui importe pour établir s'il y a des conséquences sur la santé. En effet, le moment de l'exposition peut aussi jouer un rôle très important. Il y a des « périodes de vulnérabilité » durant la grossesse à certains contaminants environnementaux.

Certains groupes d'enfants sont particulièrement vulnérables aux dangers environnementaux, tels ceux ayant une affection sous-jacente ou vivant dans la pauvreté. À titre d'exemple, plusieurs maladies chroniques, dont l'asthme et la mucoviscidose, s'aggravent à la suite d'une exposition à une mauvaise qualité de l'air.<sup>12</sup> Les enfants qui vivent dans des familles à faible revenu sont plus enclins à grandir dans des quartiers près d'industries polluantes et de grandes artères.<sup>13</sup>

Regroupés, tous ces facteurs pointent vers la nécessité d'en savoir davantage sur les dangers environnementaux présents dans l'environnement physique et leurs incidences sur la santé des enfants.

<sup>6</sup> Organisation mondiale de la santé. Working Group on Infant Growth (1994) *An Evaluation of Infant Growth*. Nutrition Unit, (OMS), Genève.

<sup>7</sup> Chance, G. W. et E. Harmsen (1998) « Les enfants sont différents: les contaminants de l'environnement et la santé des enfants » (S10-15) dans *Revue canadienne de santé publique*, 89, 1.

<sup>8</sup> Wigle, D. (2003) *Child Health and the Environment*. New York, Oxford University Press.

<sup>9</sup> Les BPC servent à toute une gamme d'usages industriels, notamment comme matériau d'étanchéité, lubrifiant et équipement électrique. Ils ont été associés à des retards neurologiques du développement d'enfants y ayant été exposés durant la grossesse de la mère.

<sup>10</sup> Hanson, J. W., Streissguthand, A. P. et D. W. Smith (1978) « The Effects of Moderate Alcohol Consumption During Pregnancy on Fetal Growth and Morphogenesis » (pp. 457-460) dans *Journal of Pediatrics*, 92.

<sup>11</sup> Voir la section sur les effets sur le développement neurologique.

<sup>12</sup> Wigle, D. (2003) *Child Health and the Environment*. New York, Oxford University Press.

<sup>13</sup> Chaudhuri, N. (1998) « Environnement, pauvreté et santé des enfants: le contexte canadien » (pp. S28-33) dans *Revue canadienne de santé publique* 89, suppl. 1.

## *Comment les enfants sont-ils exposés aux dangers environnementaux?*

Les jeunes enfants sont exposés aux dangers environnementaux de diverses façons. La section qui suit décrit des situations où les enfants sont exposés à ces dangers dans des environnements extérieurs et intérieurs.

### **L'environnement extérieur**

L'environnement contribue de façon vitale à la croissance et au développement sain des enfants, et à l'amélioration de leur qualité de vie. Dans l'environnement extérieur, les enfants sont exposés aux dangers environnementaux présents dans l'air qu'ils respirent, l'eau qu'ils boivent, les aliments qu'ils consomment et même la terre avec laquelle ils entrent en contact.

### *Qualité de l'air à l'extérieur*

En 2000, le Canada a adopté de nouvelles normes d'émission pour les principaux éléments du *smog* — particules et ozone — normes qui doivent être atteintes d'ici 2010. Plusieurs régions du pays doivent améliorer significativement la qualité de l'air pour respecter ces normes. Toutefois, la plupart des régions sont en deçà des normes minimales requises pour les autres polluants.

La pollution de l'air est surtout associée aux activités quotidiennes de l'être humain. Des polluants sont émis par les véhicules automobiles, les procédés industriels — usines de pâtes et papiers, fonderies, raffineries de pétrole, centrales énergétiques et incinérateurs — et les combustibles fossiles comme le gaz, le pétrole, le charbon et le bois.

Au Canada, les polluants qui se retrouvent le plus souvent dans l'air sont entre autres l'ozone troposphérique, les particules, le monoxyde de carbone, l'anhydride sulfureux et les oxydes d'azote. Ces substances constituent les principaux ingrédients du *smog* ou de son précurseur, et certaines contribuent même à la formation de la pluie acide.

Chez les enfants, les conditions de santé associées à la pollution de l'air (voir le Tableau 1) ressemblent à celles présentes chez les adultes. Cependant, les enfants sont plus vulnérables car ils jouent davantage à l'extérieur et sont plus actifs que les adultes. De plus, la vitesse du métabolisme des enfants étant plus rapide que celle des adultes, ces derniers respirent trois fois plus d'air, toutes proportions gardées, par jour. Puisque les poumons des enfants sont en plein développement, les dommages résultant d'une exposition prolongée à des polluants atmosphériques peuvent nuire à ce développement et entraîner des maladies pulmonaires chroniques plus tard durant leurs vies.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Gauderman, W. J., Gilliland, G. F., et al., (1<sup>er</sup> juillet 2002) « Association Between Air Pollution and Lung Function Growth in Southern California Children: Results from a Second Cohort » (pp. 76-84) dans *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 166, 1.



**Tableau 1 : Conditions de santé reliées aux polluants atmosphériques courants<sup>15</sup>**

Polluants atmosphériques	Conditions de santé
Particules	Taux de mortalité accru Diminution du fonctionnement et de la croissance des poumons Aggravation des problèmes d'asthme Taux d'hospitalisation accru pour des maladies cardiorespiratoires
Ozone troposphérique	Irritation et inflammation pulmonaire Diminution de la fonction respiratoire Toux, douleur thoracique, essoufflement Moins de capacité à faire de l'exercice Aggravation des problèmes d'asthme et des bronchites Taux de mortalité accru Taux d'hospitalisation accru pour des maladies cardiorespiratoires
Monoxyde de carbone	Diminution pouvoir oxyphorique du sang Moins de capacité à faire de l'exercice Apparition plus rapide d'angine de poitrine Effets sur le comportement neurologique
Anhydride sulfureux	Aggravation des problèmes d'asthme Sifflement, serrement de poitrine, essoufflement
Oxydes d'azote	Diminution de la fonction respiratoire Toux, douleur thoracique, essoufflement Taux d'hospitalisation accru pour des problèmes d'asthme

### *Qualité de l'eau*

L'accès à de l'eau potable en quantité suffisante qui sert à la consommation, à la cuisson et au lavage est essentiel au développement sain des enfants. L'accès à de l'eau potable est tout particulièrement important pour la santé des enfants puisque ceux-ci boivent deux fois et demie plus d'eau que les adultes.<sup>16</sup> Les jeunes enfants sont exposés aux polluants chimiques et biologiques en buvant de l'eau contaminée ou parfois en absorbant des contaminants chimiques par voie cutanée durant des activités récréatives comme la natation et les jeux aquatiques.

Aujourd'hui, environ 87 % des Canadiens et leurs enfants ont accès à de l'eau traitée de leur municipalité dans leurs foyers et c'est pour cette raison que le pays a l'un des taux les moins

<sup>15</sup> D'après des renseignements tirés des États-Unis. Environmental Protection Agency (2003) *America's Children and the Environment: Measures of Contaminants, Body Burdens, and Illness*, deuxième édition.

<sup>16</sup> WHO UN Children's Fund 2000 Water Supply and Sanitation Assessment.



élevé de maladies hydriques au monde.<sup>17</sup> Au Canada, les bactéries qui se retrouvent les plus souvent dans l'eau non traitée sont la campylobactérie, le colibacille, la salmonelle et la Shigella.<sup>18</sup> En 1996, la campylobactérie était la maladie entérique la plus portée à l'attention des autorités en matière de santé publique,<sup>19</sup> suivie de la salmonelle et du Giardia (un parasite).<sup>20</sup> Le nombre de cas d'infection à la Salmonella rapporté était plus élevé pour les enfants de moins d'un an que pour toute autre tranche d'âge. De plus, les infections reliées à la campylobactérie, à la Shigella, au Giardia et au colibacille O157<sup>21</sup> sont rapportées plus souvent pour les enfants âgés de 1 à 4 ans que pour toute autre tranche d'âge.<sup>22</sup> Les infections causées par ces organismes peuvent aussi provenir des aliments et, d'après les sources de données sur les infections entériques, il est difficile de retracer si celles-ci proviennent d'agents pathogènes contenus dans l'eau ou les aliments. Les enfants qui courent un plus grand risque sont ceux qui ne boivent pas de l'eau traitée par leur municipalité, notamment les enfants qui demeurent dans des régions rurales ou éloignées du pays.

Le taux de contaminants chimiques dans l'eau potable traitée est habituellement moindre que le taux minimal décelable ou très faible. Toutefois, l'eau provenant de puits privés situés sur des exploitations agricoles, ou près de celles-ci, peut contenir des taux de nitrate élevés, un phénomène relié à des problèmes sanguins chez les très jeunes enfants.

### *Qualité des aliments*

Au Canada, les aliments sont le principal moyen d'être exposé à des contaminants biologiques et chimiques. Ce phénomène revêt une grande importance pour la santé des enfants, car ils mangent de trois à quatre fois plus qu'un adulte moyen, toute proportion gardée.<sup>23</sup> Plus de 10 000 cas de contamination bactérienne par voie alimentaire sont rapportés tant chez les adultes que les enfants au pays à chaque année. Il pourrait y avoir autant de cas qui n'ont pas été rapportés.<sup>24</sup> Les contaminations alimentaires sont surtout causées par la salmonelle, la campylobactérie et le colibacille. La plupart des maladies pourraient être évitées en accordant une meilleure attention à la manipulation des aliments, à leur entreposage et à leur cuisson.

Environ 80 à 90 % de l'exposition quotidienne à des polluants organiques persistants (POP), comme les BCP, la dioxine et les pesticides organochlorés, passe par les aliments.<sup>25</sup> Toutefois, les taux de plusieurs POP présents dans l'environnement ont diminué au cours des dix dernières années. Le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord a découvert que les femmes Inuit qui se nourrissent d'aliments traditionnels ont dans leurs organismes des taux de certains POP et de mercure qui dépassent les normes permises par Santé Canada. Leurs enfants pourraient donc subir de légers troubles neurologiques du développement en raison de leur exposition

---

<sup>17</sup> Santé Canada (1997) *La santé et l'environnement : partenaires pour la vie*. Numéro H49-112/1997F au catalogue.

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup> Une maladie entérique est une infection de l'intestin. Le symptôme le plus fréquent est la diarrhée.

<sup>20</sup> Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* (1999).

<sup>21</sup> Le colibacille O157 est l'infection la plus virulente causée par le colibacille.

<sup>22</sup> Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* (1999).

<sup>23</sup> États-Unis. National Research Council (1993) *Pesticides in the Diets of Infants and Children*. National Academy Press, Washington DC.

<sup>24</sup> Santé Canada (1997) *La santé et l'environnement : partenaires pour la vie*. Numéro H49-112/1997F au catalogue.

<sup>25</sup> Ibid.

précoce à ces substances toxiques. Même si la consommation d'aliments traditionnels contenant des contaminants peut être reliée à une plus grande exposition et à de plus grands risques pour la santé, les diètes à base de tels aliments ont de grands avantages nutritionnels et sont à la base d'un mode de vie social, culturel et spirituel pour les peuples autochtones du Canada.<sup>26</sup>

Des études récentes montrent la valeur du lait maternel pour la santé du nouveau-né, et près de 80 % des nourrissons canadiens sont allaités à la naissance<sup>27</sup>. Cependant, le lait maternel peut contenir de très faibles taux de POP accumulés dans l'organisme de la mère, notamment des BPC et même certains pesticides. Depuis 1967, Santé Canada mesure le taux de ces substances dans le lait maternel. Les résultats indiquent que les taux ont diminué au fil du temps.

Même si les enfants peuvent être exposés aux POP par le biais du lait maternel, Santé Canada, l'Organisation mondiale de la santé, la Société canadienne de pédiatrie et l'American Pediatric Society ont tous déclaré que les avantages reliés à l'allaitement naturel sont infiniment supérieurs aux risques théoriques associés aux taux de contaminants présents à l'heure actuelle dans le lait maternel.<sup>28</sup>

### *Sol et poussière*

Les bébés et les enfants qui commencent à marcher peuvent ingérer de la terre et de la poussière en jouant sur le sol ou en mettant des objets ou leurs doigts dans leur bouche. On évalue qu'en moyenne un enfant ingère entre 0,1 et 0,2 mg de terre par jour. Toutefois, les enfants affligés de la maladie de « pica » — un désir anormal de manger de la terre et des substances non alimentaires — peuvent ingérer entre 5 et 10 gr de terre par jour.<sup>29</sup>

L'ingestion de poussière et de terre est perçue en général comme le principal moyen d'exposer un enfant au plomb et à d'autres métaux. Les taux de concentration de plusieurs métaux et métalloïdes — dont, le plomb, le mercure, l'arsenic, le cadmium, le cuivre, le zinc et l'antimoine — sont plus élevés dans la poussière intérieure que dans la poussière extérieure et la terre présente dans les environnements urbains normaux. Les causes précises de cette concentration plus élevée sont, dans la plupart des cas, inconnues.<sup>30</sup> Cependant, la peinture à base de plomb, utilisée dans les plus vieilles maisons, contribue à accroître le taux de plomb dans la poussière.

### **L'environnement intérieur**

Au Canada, les jeunes enfants passent plus de 90 % du temps à l'intérieur,<sup>31</sup> surtout à la maison. La grande majorité vivent dans un logement qui respecte ou surpasse les normes actuelles de convenance, de suffisance, de capacité financière et de satisfaire aux besoins essentiels. D'autres études seront nécessaires pour déterminer s'il y a une relation de cause à effet entre le logement et le développement sain des enfants.

---

<sup>26</sup> Van Oostdam, J., Donaldson, S., Feeley, M. et N. Tremblay (2003) *Canadian Arctic Contaminants Assessment Report II: Human Health*. Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord.

<sup>27</sup> Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada (1998-1999) Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3.

<sup>28</sup> Santé Canada (1997) *La santé et l'environnement : partenaires pour la vie*. Numéro H49-112/1997F au catalogue.

<sup>29</sup> Ibid.

<sup>30</sup> Rasmussen, P. E., Subramanian, et B. J. Jessiman (2001) « A Multi-Element Profile of Household Dust in Relation to Exterior Dust and Soils in the City of Ottawa, Canada » (pp. 125-140) dans *Science of the Total Environment*, 267.

<sup>31</sup> Wigle, D. (2003) *Child Health and the Environment*. New York, Oxford University Press.

### Qualité de l'air à l'intérieur

La pollution atmosphérique intérieure est l'un des principaux risques relié à la santé publique.<sup>32</sup> Le Tableau 2 énumère les principaux polluants atmosphériques intérieurs qui peuvent affecter les enfants et leurs origines.

**Tableau 2 : Polluants atmosphériques intérieurs qui peuvent affecter les enfants<sup>33</sup>**

Contaminant	Origines possibles
Amiante	Vieil isolant sur les conduites de chauffage et de l'équipement Certains carreaux de revêtement de sol en plastique vinylique Matériel à jointement pour cloison sèche datant d'avant 1977 Carton à l'enrouleuse et bardeau pour mur extérieur à base de ciment et d'amiante Vieille couche de finition (avant les années 1970)
Sous-produits de combustion <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monoxyde de carbone (CO)</li> <li>• Dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>)</li> <li>• Anhydride sulfureux (SO<sub>2</sub>)</li> <li>• Particules de suie</li> <li>• Composés azotés</li> </ul>	Cuisinières et appareils à gaz Poêles à bois et au charbon Moteurs à essence et au gaz propane Foyers Refoulement d'air des conduits de cheminée Chandelle et encens
Fumée du tabac <ul style="list-style-type: none"> <li>• CO</li> <li>• NO<sub>2</sub></li> <li>• Dioxyde de carbone</li> <li>• acide cyanhydrique</li> <li>• nitrosamine</li> <li>• hydrocarbure aromatique</li> <li>• benzo[a]pyrène</li> <li>• particules</li> <li>• benzène</li> <li>• formaldéhyde</li> <li>• nicotine</li> </ul>	Cigarettes Pipes Cigares

<sup>32</sup> Ibid.

<sup>33</sup> Tiré de Samet, J. M. et J. D. Spengler (1991) *Indoor Air Pollution – A Health Perspective*. Baltimore, The John Hopkins University Press; cité dans Raizenne, M., Dales, R. et R. Burnett (1998) « Les effets de l'exposition à la pollution atmosphérique sur la santé des enfants » (S47-53) dans *Revue canadienne de santé publique*, 89, suppl. 1.

<p>Aldéhydes</p>	<p>Certains agglomérés de bois, contreplaqués, panneaux en bois pressé, lambris            Certains tapis et dossier de tapis (surtout des matériaux nouveaux)            Certains meubles et matériaux teints            Certains produits d'entretien ménager et désodorisants            Certaines colles et résines            Fumée du tabac            Tissus infroissables</p>
<p>Agents biologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spores fongiques</li> <li>• bactéries</li> <li>• virus</li> <li>• pollens</li> <li>• arthropodes</li> <li>• protozoaires</li> </ul>	<p>Moisissures et autres champignons            Humidificateurs et eaux stagnantes            Surfaces et matériaux endommagés par l'eau            Serpentin à condensation et bac récepteur des systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation            Bac récepteur des réfrigérateurs            Certaines bactéries thermophiles sur des éléments chauffants sales            Animaux, rongeurs et insectes            Humains</p>
<p>Radon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radon et produit de filiation du radon</li> </ul>	<p>Radon issu du sol et de l'eau            Certains matériaux de construction comme le granite</p>
<p>Composé organique volatil (CVO)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alcanes</li> <li>• hydrocarbures aromatiques</li> <li>• esters</li> <li>• alcools</li> <li>• aldéhydes</li> <li>• cétones</li> </ul>	<p>Solvants, assouplisseurs, désodorisants et produits d'entretien            Peintures, colles, résines, essence entreposée, cires et matériaux à polir            Propulseurs et produits de nettoyage à sec            Certains tissus et meubles            Stylos et crayon marqueur            Liants et plastifiants</p>

### *Fumée secondaire du tabac*

La fumée secondaire du tabac est le plus nocif de tous les polluants atmosphériques intérieurs. Ses principales répercussions sur la santé des enfants sont un risque accru concernant les infections de l'oreille moyenne, l'asthme, la bronchiolite, l'insuffisance de poids à la naissance, la maladie de la mort subite chez l'enfant et les brûlures.<sup>34</sup>

En 2001, 21 % des enfants canadiens de moins de 12 ans étaient exposés à de la fumée secondaire du tabac de façon régulière dans leur foyer. Ce chiffre représente un peu plus de 800 000 enfants. Or, c'est une amélioration notable par rapport à 1996-1997, alors qu'une telle situation se retrouvait dans 33 % des foyers où vivaient de jeunes enfants.<sup>35</sup>

### *Agents biologiques*

Les agents biologiques — dont, les moisissures, les bactéries, les acariens détriticoles, le pollen, la squame animale et les arthropodes (comme les coquerelles) — sont la deuxième principale cause de pollution atmosphérique intérieure. Les moisissures se développent dans des milieux humides comme les cuisines, les salles de bain et les sous-sols. Elles peuvent entraîner des réactions allergiques chez certains enfants. Une étude portant sur 30 communautés canadiennes a démontré que les taux d'asthme, de bronchites et d'affections poitrinaires, de sifflements et de toux étaient beaucoup plus élevés dans des maisons humides et ayant des moisissures.<sup>36</sup> La présence d'acariens détriticoles, de squame animale et de coquerelles peut aussi entraîner des réactions allergiques, et est reliée à une aggravation de l'asthme.<sup>37</sup>

### *Pesticides*

Les jeunes enfants peuvent être exposés aux pesticides dans leurs foyers. En effet, des études ont démontré que des pesticides sont utilisés dans plus de 90 % des foyers.<sup>38</sup> Une étude américaine a constaté que plus de 80 % des familles sondées utilisaient des pesticides alors même qu'une personne vivant dans la maison était enceinte et que 70 % utilisaient des pesticides durant les 6 premiers mois de la vie d'un enfant.<sup>39</sup> La terre et la poussière contaminées par des pesticides transportées dans la maison par les animaux et les êtres humains sont principalement à l'origine des résidus de pesticides contenus dans la poussière domestique.<sup>40</sup> Un récent article sur les enfants vivant dans les régions agricoles révèle que l'urine d'environ 30 % des enfants montrait des taux décelables des herbicides 2,4-D ou MCPA lorsque ces herbicides étaient utilisés sur leurs fermes.<sup>41</sup>

---

<sup>34</sup> Aligne et Stoddard (1997) tel que cités dans Wigle, D. (2003) *Child Health and the Environment*. New York, Oxford University Press.

<sup>35</sup> Santé Canada (2001) L'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada. Disponible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/2001/2001fst.html>

<sup>36</sup> The Air Children Breathe: The Effects on their Health, 5. The Air Children Breathe – Indoors. Présentation de David Miller.

<sup>37</sup> Wigle, D. (2003) *Child Health and the Environment*. New York, Oxford University Press.

<sup>38</sup> Ibid.

<sup>39</sup> Davis, J. R., Brownson, R. C. et R. Garcia (1992) « Family Pesticide Use in the Home, Garden, Orchard and Yard » (pp. 260-266) dans *Archives of Environmental Contamination and Toxicology*, 22.

<sup>40</sup> Wigle, D. (2003) *Child Health and the Environment*. New York, Oxford University Press.

<sup>41</sup> Arbuckle, T. E. et al., *Epidemiology*, sous presse.

### *Contaminants chimiques dans les produits de grande consommation*

À l'occasion, on a trouvé des résidus chimiques nocifs dans des produits destinés aux enfants. Notamment vers le milieu des années 1980, l'utilisation de dioctylphtalate dans les produits plastique vinylique souples destinés aux enfants a été éliminée progressivement à cause de préoccupations touchant la santé. De plus, en 1998, Santé Canada a émis une mise en garde concernant le phtalate de diisononyle, qui avait remplacé le dioctylphtalate.<sup>42</sup> Les produits touchés par cet avis comprenaient les jouets de dentition, les hochets et autres jouets en plastique vinylique souples que les très jeunes enfants peuvent mâchouiller ou sucer.

Les jeunes enfants peuvent être exposés aux produits chimiques nocifs contenus dans d'autres genres de produits, surtout ceux servant à construire, à décorer ou à meubler une maison. Les agglomérés de bois, les tapis, les rideaux, les solvants, les peintures, les colles et les vernis peuvent tous dégager des composés organiques volatiles, comme les aldéhydes, surtout lorsque ceux-ci sont neufs ou fraîchement appliqués. Les enfants peuvent aussi être exposés à de faibles doses de substances chimiques contenues dans les produits de préservation du bois, s'ils touchent à du bois traité ou ingèrent de la terre contaminée en portant leurs doigts dans leur bouche. Même si les risques pour la santé sont infimes,<sup>43</sup> l'industrie du bois mettra fin — d'ici la fin de 2003 — à l'utilisation de l'arséniate de cuivre chromaté pour traiter le bois destiné à des fins résidentielles.<sup>44</sup>

Au cours des dernières années, les niveaux d'éther de diphényle polybromé présents dans l'environnement<sup>45</sup> et dans le lait maternel<sup>46</sup> ont augmenté de façon notable. Ce produit sert à renforcer le caractère ignifuge d'une vaste gamme de produits, dont les véhicules, les meubles, les tissus, les tapis, les matériaux de construction et les circuits électroniques. Il peut dérégler la glande thyroïde et causer des troubles neurologiques,<sup>47</sup> mais des recherches devront être effectuées pour corroborer ces constatations.

### *Mesures de la santé et des maladies*

Il est souvent très difficile d'établir que des dangers environnementaux sont la cause de problèmes de santé précis chez des enfants. La raison en est que la plupart des problèmes de santé peuvent être causés par divers facteurs — et non pas uniquement par les dangers environnementaux. Cependant, des études épidémiologiques et toxicologiques peuvent fournir des renseignements qui suggèrent ou révèlent que l'exposition à ces dangers peut jouer un rôle dans l'apparition de la maladie. À titre d'exemple, une étude américaine récente a évalué que, chez les enfants 30 % de tous les cas d'asthme, 10 % des problèmes de comportement neurologique, 5 % des cas de cancer et 100 % de tous les empoisonnements par le plomb sont reliés aux polluants présents dans l'environnement.<sup>48</sup>

<sup>42</sup> [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises\\_garde/1998/98\\_85f.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises_garde/1998/98_85f.htm)

<sup>43</sup> Capital Health, *Risk Evaluation of Arsenic Exposure in Playgrounds* (22 juillet 2003).

<sup>44</sup> [http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/fact/fs\\_cca-june2003-f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/fact/fs_cca-june2003-f.pdf)

<sup>45</sup> Manchester-Neesvig, J. B., Valters, K. et W. C. Sonzogni, « Comparison of Polybrominated Diphenyl Ethers (PBDEs) and Polychlorinated Biphenyls (PCBs) in Lake Michigan Salmonids » (pp. 1072-1077) dans *Environmental Science and Technology*, 35.

<sup>46</sup> Meironyté, D., Bergman, Å. et K. Norén, (1998) *Organohalogen Compounds* Swedish Environmental Protection Agency, Stockholm, Sweden, vol. 35.

<sup>47</sup> Manchester-Neesvig, J. B., Valters, K. et W. C. Sonzogni, « Comparison of Polybrominated Diphenyl Ethers (PBDEs) and Polychlorinated Biphenyls (PCBs) in Lake Michigan Salmonids » (pp. 1072-1077) dans *Environmental Science and Technology*, 35.

<sup>48</sup> Landrigan, et al. (2002) « Environmental Pollutants and Disease in American Children: Estimates of Morbidity, Mortality, and Costs for Lead Poisoning, Asthma, Cancer, and Developmental Disabilities » (pp. 721-728) dans *Environmental Health Perspectives*, 110.

Ce rapport envisage trois façons de mesurer l'état de santé des enfants et les maladies causées par un danger environnemental — asthme, résultats de la grossesse et troubles neurologiques du développement.

## Asthme

La pollution atmosphérique et d'autres dangers environnementaux sont associés à plusieurs troubles respiratoires, dont une aggravation de l'asthme. L'asthme peut entraîner des sifflements, de la difficulté à respirer et des douleurs thoraciques. C'est la maladie chronique la plus répandue parmi les enfants.<sup>49</sup>

Chez les enfants, la prédisposition à l'asthme semble apparaître au cours du développement du fœtus et durant les trois à cinq premières années de la vie. La pollution atmosphérique ne semble pas causer l'asthme, mais bien l'aggraver. D'autres dangers environnementaux possibles sont l'exposition à la fumée secondaire du tabac et aux allergènes en suspension dans l'air comme les moisissures, la squame animale, les acariens détriticoles et les coquerelles.

En 2000-2001, 10 % des jeunes enfants canadiens âgés de 5 ans ou moins souffraient d'asthme.<sup>50</sup> Cette maladie est la principale cause d'hospitalisation des enfants au Canada, représentant 12 % de toutes les admissions hospitalières d'enfants de moins de 5 ans. En 1998, le taux d'hospitalisation pour les cas présentant des symptômes d'asthme était le plus élevé pour les enfants de moins de 5 ans que pour tous les groupes d'âge, et plus de garçons que de filles de ce groupe d'âge ont été hospitalisés.<sup>51</sup> Toutefois, le taux d'hospitalisation diminue depuis pour les garçons et les filles (voir la Figure 1).

---

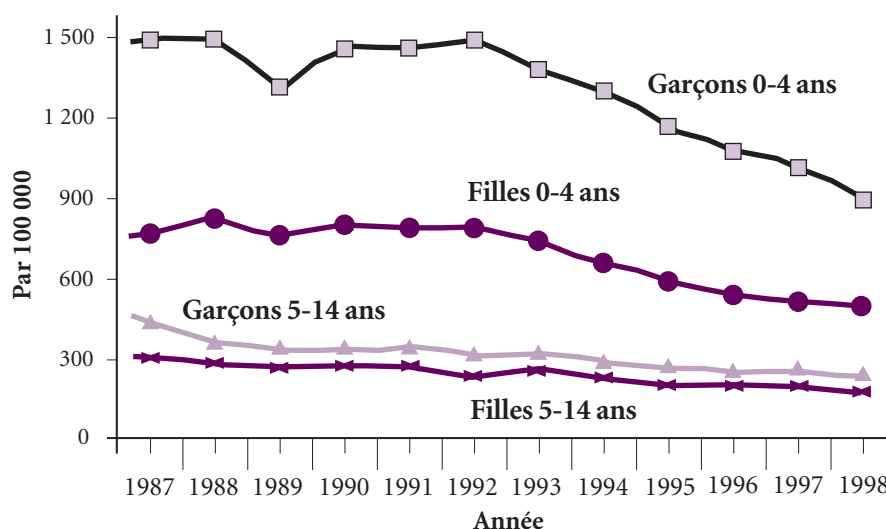
<sup>49</sup> États-Unis. Environmental Protection Agency (2003) *America's Children and the Environment: Measures of Contaminants, Body Burdens, and Illness*, deuxième édition.

<sup>50</sup> Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada (2000-2001) Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 4.

<sup>51</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2001) *Les maladies respiratoires au Canada*. Disponible à l'adresse web : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/RespiratoryCompleteF.pdf>



**Figure 1 :** Taux d'hospitalisation causée par l'asthme (par 100 000), pour les enfants âgés de 4 ans ou moins, selon le sexe, de 1987-1988 à 1998-1999 (basé sur la population canadienne en 1991)<sup>52</sup>



Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, d'après la base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé.

## Résultats de la grossesse

Un bon poids à la naissance est un déterminant clé de la santé d'un enfant. Une insuffisance de poids à la naissance (moins de 2 500 gr ou environ 5,5 lb) peut entraîner de graves problèmes de santé et des retards du développement. En 2000, 5,6 % de tous les bébés nés au Canada souffraient d'une insuffisance de poids à la naissance. Plus de la moitié de tous les bébés ayant un poids insuffisant à la naissance étaient des prématurés,<sup>53</sup> c'est-à-dire qu'ils étaient nés avant 37 semaines de grossesse.

Un facteur environnemental qui influe sur le poids d'un bébé est le tabagisme maternel. En 2000-2001, 18,5 % des mères de jeunes enfants ont déclaré avoir fumé durant leur grossesse.<sup>54</sup> D'autres facteurs environnementaux qui peuvent être importants sont l'exposition de la mère au BPC, au plomb, à certains pesticides et à la pollution atmosphérique extérieure.<sup>55</sup> Une étude

<sup>52</sup> Ibid.

<sup>53</sup> Statistique Canada. Statistiques canadiennes de l'état civil- Base de données sur les naissances.

<sup>54</sup> Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada (2000-2001) Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 4.

<sup>55</sup> Wigle, D. (2003) *Child Health and the Environment*. New York, Oxford University Press.



récente sur le Nord canadien a constaté que l'exposition avant la naissance aux BPC diminuait le poids et la grandeur à la naissance de même que la durée de la grossesse.<sup>56</sup> Ces constatations corroborent aux études précédentes faites sur d'autres populations.<sup>57</sup>

## Troubles neurologiques du développement

Des études indiquent qu'entre 3 et 8 % des bébés qui naissent à chaque année aux États-Unis souffriront de troubles neurologiques du développement.<sup>58</sup>

Ces troubles neurologiques sont des incapacités au niveau du cerveau et/ou du système nerveux qui affectent le comportement, la mémoire et/ou l'aptitude à l'apprentissage. Les causes en sont généralement inconnues. Toutefois, certaines études ont révélé que l'exposition à certains contaminants environnementaux peut y jouer un rôle.

L'exposition au plomb, durant la grossesse ou la petite enfance, est reliée à plusieurs troubles neurologiques du développement, dont des problèmes d'apprentissage, un plus faible niveau d'intelligence et un développement cognitif altéré. Elle est aussi rattachée à l'hyperactivité avec déficit de l'attention, à une propension au décrochage, à une déficience en lecture, à un vocabulaire limité et à un rendement scolaire inférieur. Et, elle accroît le risque d'un comportement antisocial et de délinquance.<sup>59</sup> Heureusement, le niveau moyen de plomb dans le sang de la plupart des enfants canadiens diminue depuis le début des années 1970, surtout à cause de la disparition progressive de l'essence au plomb.

Des effets neurologiques sur le développement ont été rapportés dans trois grandes études faites en Nouvelle-Zélande, aux Seychelles et aux îles Féroé, portant sur les enfants dont les mères mangeaient des poissons ou mammifères marins contenant du méthylmercure avant et pendant leur grossesse.<sup>60</sup> Ces effets comprenaient un plus faible niveau d'intelligence, de l'inattention et peu de mémoire et leur importance était proportionnelle à l'exposition subie par la mère. Les effets sur les enfants de Nouvelle-Zélande et des îles Féroé étaient encore présents à l'âge de 7 ans, tandis qu'ils avaient diminué chez les enfants des Seychelles, dont les mères avaient des taux de mercure dans le sang moindres au début de l'étude. Les études canadiennes sur les villages de pêcheurs du Nord québécois ont démontré qu'il existe une corrélation entre le développement du système immunitaire et l'exposition du fœtus au méthylmercure, aux BPC et au plomb.<sup>61</sup>

---

<sup>56</sup> Van Oostdam, J., Donaldson, S., Feeley, M. et N. Tremblay (2003) *Canadian Arctic Contaminants Assessment Report II: Human Health*. Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord.

<sup>57</sup> Ibid.

<sup>58</sup> Weiss, B. et P. J. Landrigan (2000) « The Developing Brain and the Environment: An Introduction » (pp. 373-4) dans *Environmental Health Perspectives*, 108, 3.

<sup>59</sup> Wang, S. T., Pizzolato, S., Demshar, H. P. et L. Smith (1997) « Decline in Blood Lead in Ontario Children Correlated to Decreasing Consumption of Leaded Gasoline, 1983-1992 » (pp. 1251-52) dans *Clinical Chemistry*, 43.

<sup>60</sup> Crump, K. S., Kjellstrom, T., Shipp, A. M., Silvers, A. et A. Stewart (1998) « Influence of Prenatal Mercury Exposure Upon Scholastic and Psychological Test Performance: Benchmark Analysis of a New Zealand cohort » (pp. 34-46) dans *Risk Analysis*, 18, 6; Myers, G. J., Davidson, P. W., Cox, C., Shamlaye, C. F., Palumbo, D. et al. (2003) « Prenatal Methylmercury Exposure from Ocean Fish Consumption in the Seychelles Child Development Study » (pp. 1686-92) dans *Lancet*, 361, 9370; Steuerwald, U. et al. (2002) « Maternal Seafood Diet, Methylmercury Exposure, and Neonatal Neurological Function » (pp. 599-605) dans *Journal of Pediatrics*, 136.

<sup>61</sup> Belles Isles, M., Ayotte, P., Dewailly, E., Weber, J. P. et R. Roy (2002) « Cord Blood Lymphocyte Functions in Newborns from a Remote Maritime Population Exposed to Organochlorines and Methylmercury » (pp. 165-182) dans *Journal of Toxicology and Environmental Health*, 65, 2; Muckle, G., Ayotte, P., Dewailly, E., Jacobson, S. W. et J. L. Jacobson (2001) « Prenatal Exposure of the Northern Quebec Inuit infants to Environmental Contaminants » (pp. 1291-1299) dans *Environmental Health Perspectives*, 109, 12.

Les études ont bien démontré le lien entre la consommation par la mère d'aliments contaminés par des BPC et la mesure du fonctionnement cognitif durant la petite enfance et l'enfance, mais le mécanisme d'action n'est pas clair.<sup>62</sup> Il se peut que le BPC dérègle le métabolisme normal des hormones endocrines, ce qui peut influencer sur le développement neurologique.

## *Conclusion*

Les études révèlent de plus en plus que l'environnement physique affecte de façon significative la santé et le développement des enfants. Des recherches permanentes aideront à approfondir les liens entre les dangers environnementaux et les problèmes de santé chez les enfants.



---

<sup>62</sup> Schantz, S., J. Widholm, J. et D. Rice (2003) « Effects of PCB Exposure on Neurophysiological Function in Children » (pp. 357-376) dans *Environmental Health Perspectives*, 111.

## Apparition de perturbations environnementales ayant des incidences sur les enfants : Changement climatique

Au Canada, le climat est une force puissante et dynamique de notre milieu naturel. Les enfants canadiens peuvent souffrir d'hypothermie durant les froids extrêmes de l'hiver dans plusieurs régions du pays, de même que de coups de soleil et de déshydratation durant les étés très chauds. En 1996, le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat a déclaré que « le reste des preuves... indique qu'il y a une influence humaine perceptible sur le climat ».<sup>63</sup> Le changement climatique devrait avoir des incidences directes et indirectes sur la santé humaine, dont l'accroissement du taux de décès relié à la santé, la propagation de maladie à transmission vectorielle et des changements à la production alimentaire.<sup>64</sup> Les enfants pourraient être plus vulnérables à cause de leur métabolisme, de leur physiologie et de leur comportement, dont de nombreuses heures passées à l'extérieur à jouer. Pays nordique, le Canada devrait connaître des changements climatiques disproportionnés. Ainsi, les conséquences sur la santé pour les Canadiens et leurs enfants pourraient être plus significatives que celles observées dans d'autres pays à des latitudes moins nordiques. Il faut recueillir plus de renseignements pour mieux comprendre comment le changement climatique pourrait affecter les enfants canadiens.<sup>65</sup>

<sup>63</sup> GIEC, *Climate Change 1995: IPCC Second Assessment Report*, vol. 1, dans Houghton, J. T. et al., éd. (1996) *The Science of Climate Change*. Cambridge, Cambridge University Press.

<sup>64</sup> Haines, A., McMichael, A. J. et P. Epstein « Global Climate Change and Health », chapitre 6 dans McCally, M. éd. (2002) *Life Support: The Environment and Human Health*. Cambridge, MA, MIT Press.

<sup>65</sup> Institut canadien de la santé infantile a publié un rapport intitulé *Changement d'habitudes, changement climatique : Analyse de base* qui fournit des renseignements de base sur une stratégie d'information du public sur le changement climatique.



## Chapitre 3 : LE MILIEU FAMILIAL ET SES INCIDENCES SUR LE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT <sup>66</sup>



Les enfants sont influencés par le monde qui les entourent. Pour les enfants âgés de moins de 6 ans, rien ne les influence autant que leur famille. Les familles filtrent les expériences vécues par les enfants avec d'autres personnes et leur offrent le soutien et les soins qui influencent beaucoup leur développement durant les premières années. Ce sont les familles qui déterminent la qualité de vie d'un jeune enfant et jettent les bases de son développement futur.

*« 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. »<sup>67</sup>*

Le présent chapitre donne un aperçu de ce qui est connu sur les rapports entre le milieu familial et la santé et le bien-être des jeunes enfants. Il examine des aspects importants du fonctionnement des familles — dont le rôle et la santé des parents — du revenu familial, de la scolarité de la mère et de la structure familiale. Les recherches canadiennes sur les rapports entre les familles et le bien-être des enfants reposent surtout sur l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ).<sup>68</sup> Au fur et à mesure que des données provenant de cette étude sont disponibles, les chercheurs seront en mesure d'élargir la base de connaissance et d'approfondir les liens complexes entre les familles et le bien-être des enfants.

### *L'importance de la dynamique familiale et le bien-être des jeunes enfants*

Les recherches ont démontré que la dynamique familiale est l'un des facteurs qui affecte le plus le développement sain des enfants. Une famille dont le fonctionnement est positif peut atténuer l'influence d'autres facteurs sur le développement des enfants, comme le revenu et la structure familiale.<sup>69</sup>

Le fonctionnement d'une famille réfère à la façon dont ses membres communiquent entre eux, travaillent ensemble et se traitent les uns les autres. Il a aussi rapport à la capacité des membres d'une famille à ne faire qu'un. Bien que la majorité des enfants grandissent dans des familles

<sup>66</sup> Nous tenons à remercier Kathleen Guy de Guy Associates et Jane Bertrand de l'Atkinson Centre for Society and Child Development qui ont participé à la rédaction de ce chapitre.

<sup>67</sup> 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.

<sup>68</sup> Dans l'ELNEJ, la Personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM), en général la mère, fournit les renseignements sur tous les enfants du ménage choisis, et les données socio-démographiques sur elle-même et son conjoint. Ces dernières données servent à décrire la situation socio-économique de la famille de l'enfant. Une seule PCM est choisie par ménage.

<sup>69</sup> Schaffer H. R. (1998) *Making Decisions About Children: Psychological Questions and Answers*, deuxième édition. Oxford, Blackwell.

fonctionnelles, un certain nombre ne le font pas.<sup>70</sup> Les enfants vivant dans des familles dysfonctionnelles ont 35 % plus de chance de montrer des signes de comportement problématique — agressif ou difficile — que ceux qui vivent dans des familles fonctionnelles.<sup>71</sup> Ces liens entre le fonctionnement d'une famille et les problèmes de comportement sont particulièrement évidents lorsque l'on examine les signes d'agressivité montrés — se battre, donner des coups de pied, mordre et/ou détruire des biens.

## Les incidences négatives de la violence, de l'abus et de la négligence au sein de la famille

La violence familiale peut avoir des effets négatifs à long terme sur les enfants. Des problèmes maritaux qui font en sorte que les enfants assistent à des scènes d'abus verbal et/ou physique peuvent avoir des effets négatifs directs sur le développement social, car les jeunes enfants sont très touchés par les émotions des autres. Un enfant qui assiste à des scènes de violence à la maison est plus apte à adopter un comportement hyperactif, à souffrir de troubles affectifs et à être physiquement agressif.<sup>72</sup>

Un enfant victime d'abus et/ou de négligence de la part de leurs parents est plus enclin à obtenir des résultats négatifs durant l'enfance et jusqu'à sa vie adulte. Ces enfants sont plus susceptibles d'avoir des problèmes liés au contrôle de leurs émotions, au concept de soi, à la sociabilité et à la motivation aux études. Au fil du temps, des études ont rapporté qu'un enfant victime d'abus souffre souvent de graves problèmes d'apprentissage et d'ajustement, notamment l'échec scolaire, les dépressions sévères, le comportement agressif, les difficultés avec ses camarades, la toxicomanie et la délinquance.

La récente Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants<sup>73</sup> est la première étude à l'échelle nationale qui examine les incidences des cas rapportés d'abus et de négligence. Elle a indiqué qu'en 1998, dans 67 % de toutes les enquêtes sur le bien-être à l'enfance pour mauvais traitements, abus ou négligence n'a jamais été prouvé ou soupçonné. Toutefois, ce taux n'inclut pas le nombre élevé de cas non déclarés et inconnus d'abus ou de négligence. L'étude a aussi révélé que la plupart des enquêtes sur des mauvais traitements comprenaient des allégations contre les parents.

<sup>70</sup> Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada (2000-2001) Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 4.

<sup>71</sup> Racine, Y. et M. Boyle (2002) « Family Functioning and Children's Behavior Problems » (pp. 199-209) dans Willms, J. Doug, éd., *Vulnerable Children – Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Alberta, University of Alberta Press.

<sup>72</sup> Cummings, E. M. (1994) « Marital Conflict and Children's Functioning » (pp. 16-36) dans *Social Development*, 3.

<sup>73</sup> Trocmé, N. et al. (2001) *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – Rapport final*. Ottawa, Santé Canada.



## Pratiques parentales

Le bon fonctionnement d'une famille est relié à la qualité des rapports entre les parents et leurs enfants. Ces rapports sont un élément clé et façonnent le développement du jeune enfant et jettent les bases de son développement jusqu'à l'âge adulte.<sup>74</sup> Des recherches menées au Canada et aux États-Unis démontrent de façon constante que les pratiques parentales influencent de diverses façons les résultats découlant du développement de l'enfant, comme l'agressivité, la sociabilité, la réussite scolaire et l'achèvement des études secondaires.<sup>75</sup>

De bons parents mettent des pratiques parentales stratégiques au cœur de leurs rapports avec leurs enfants. Ces pratiques comprennent de surveiller attentivement le comportement de l'enfant, d'assurer un foyer accueillant et humain, et d'encourager l'autonomie. Ce mélange de surveillance, de réceptivité et d'encouragement est défini comme une « pratique parentale autoritaire ».<sup>76</sup> Plus précisément, des « parents faisant preuve d'autorité » surveillent le comportement de leurs enfants, répondent à leurs besoins, établissent des limites raisonnables et les encouragent à être plus autonomes. Tout en établissant des limites bien précises, les parents faisant preuve d'autorité offrent des choix, discutent de comportements de rechange et encouragent l'autonomie. Par ailleurs, les « parents autoritaires » sont souvent dominateurs et parfois durs dans leur façon d'imposer la discipline. Ils sont parfois perçus comme étant moins souples, sensibles et chaleureux dans leurs rapports avec leurs enfants. Les « parents débonnaires » sont plus indulgents et très tolérants par rapport à la mauvaise conduite de leurs enfants.

### Que veut dire être « vulnérable »?

L'expression « vulnérable » désigne les jeunes enfants qui ont des problèmes d'apprentissage ou de comportement. Ces enfants peuvent éprouver de la difficulté à s'entendre avec les autres, à surmonter des défis, à contrôler leurs émotions, à effectuer des tâches ou à apprendre de nouveaux concepts ou de nouvelles compétences. L'index de vulnérabilité, mis au point en 2000, révèle qu'environ 28 % des enfants canadiens sont vulnérables.<sup>77</sup>

Les recherches ont révélé que les enfants élevés dans un milieu où les parents font preuve d'autorité sont les moins aptes à montrer des signes de vulnérabilité. Cela se reflète aussi par un meilleur comportement et une meilleure réussite scolaire. Des pratiques parentales proactives,

<sup>74</sup> Bornstein, M., Davidson, L., Keyes, C. et K. Moore (2003) *Well-Being: Positive Development Across the Life Course*. Mahwah, New Jersey, Erlbaum.

<sup>75</sup> Bornstein, M. et R. Bradley (2003) *Socioeconomic Status, Parenting and Child Development*. Mahwah, New Jersey, Erlbaum; Tremblay, R., « When Children's Social Development Fails » (pp. 55-71) dans Keating, D. et C. Hertzman, éd. (1999) *Developmental Health and the Wealth of Nation*. New York, Guilford Press.

<sup>76</sup> Baumrind, D. (1967) « Child Care Practices Antecedent to 3 Patterns of Preschool Behaviour » (pp. 43-88) dans *Genetic Psychology Monographs*, 75.

<sup>77</sup> Willms, J. Doug (2002) *Vulnerable Children – Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Alberta, University of Alberta Press.

qui se reflètent par un certain style d'autorité, diminuent aussi de 25 à 52 % les risques de problèmes durant la croissance chez les enfants canadiens, selon le genre de problème.<sup>78</sup> Par contre, les chercheurs ont constaté que des pratiques parentales irrégulières et négatives peuvent entraîner l'apparition de signes de vulnérabilité, comme de moins bons résultats scolaires.<sup>79</sup>

*Un étude longitudinale américaine rapporte que la réceptivité de la mère aux signaux de son enfant — cris, sourires, gargouillements et regards — est un indicateur de bons résultats concernant la santé affective d'un enfant, de sa capacité à s'entendre avec les autres, d'un meilleur vocabulaire et de sa capacité de se concentrer.<sup>80</sup>*

## Équilibre travail-famille

L'attitude des parents est importante, mais leur participation aux activités quotidiennes de leurs enfants l'est tout autant. Les recherches ont révélé que le temps que les parents interagissent directement avec leurs enfants est relié de façon positive au développement des enfants.<sup>81</sup> Cependant, l'importance du temps n'est pas mesurée par le nombre d'heures que les parents passent avec leurs enfants, mais par la « qualité » du temps passé avec eux.

La présence sur le marché du travail de mères de jeunes enfants est l'un des plus importants changements à survenir dans la vie familiale au cours des 20 dernières années. Environ 60 % des femmes ayant des enfants âgés de moins de 3 ans faisaient partie de la main-d'œuvre active rémunérée en 2001 — une hausse par rapport à un taux d'environ 40 % au début des années 1980.<sup>82</sup> Les chercheurs débattent depuis fort longtemps les répercussions de cette hausse sur le développement des enfants.

Dans l'ensemble, les recherches ont permis de démontrer que les enfants dont les mères travaillent à l'extérieur du foyer ne sont pas désavantagés sur le plan du développement. Les parents savent de plus en plus qu'ils doivent encourager le développement de leurs enfants dès les premières années. Ainsi, entre 1986 et 1998, malgré les exigences accrues du marché du

<sup>78</sup> Ibid.

<sup>79</sup> Ginsberg G. S. et M. Bornstein (1993) « Family Factors Related to Children's Intrinsic/Extrinsic Motivational Orientation and Academic Performance » (pp. 1461-1474) dans *Child Development*, 64; Conger, R. D. et al. (1992) « A Family Process Model of Economic Hardship and Adjustment of Early Adolescent Boys » (pp. 526-541) dans *Child Development*, 63.

<sup>80</sup> NICHD Early Child Care Research Network (1999) « Child Care and Mother-Child Interaction in the First Three Years of Life » (pp. 1399-1413) dans *Developmental Psychology*, 35, 96; NICHD Early Child Care Research Network (2000) « The Relation of Child Care to Cognitive and Language Development » (pp. 960-980) dans *Child Development* 71, 4; NICHD Research Network (2001) « Early Child Care and Children's Development Prior to School Entry » dans *Research Symposium*. Minneapolis, Society for Research in Child Development, 19 avril 2001.

<sup>81</sup> Cook C. et J. D. Willms « Balancing Work and Family Life » (pp. 183-197) dans Willms, J. Doug, éd. (2002) *Vulnerable Children – Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Alberta, University of Alberta Press.

<sup>82</sup> Développement des ressources humaines Canada et Gouvernement du Manitoba (2003) *Une nouvelle génération de familles canadiennes élevant de jeunes enfants – Un nouveau regard sur les résultats d'enquêtes nationales*. Canada.



travail, les parents canadiens qui travaillent ont accru de façon significative la quantité de soins directs — soins physiques, jeux et déplacements — et le temps durant lequel ils sont en contact avec leurs enfants âgés de 5 ans ou moins.<sup>83</sup>

L'augmentation du nombre de mères qui font partie de la main-d'œuvre fait en sorte que plus d'enfants sont maintenant confiés à des services de garde d'enfants. Une étude récente a conclu que des services de garde de qualité peuvent réduire les incidences négatives d'un foyer soumis à un stress ou défavorisé, sans égard au revenu de la famille.<sup>84</sup> Cet examen a conclu que l'usage ou non de services de garde n'est pas un enjeu. Le facteur clé est plutôt la qualité du service de garde. D'autres études ont corroboré cette conclusion, constatant que les services de garde n'ont pas d'incidences négatives sur les rapports entre la mère et l'enfant (sauf lorsque de très jeunes enfants sont exposés longuement à des services de garde de piètre qualité). Le comportement et les croyances des parents sont un facteur beaucoup plus important pour le développement de l'enfant que les services de garde.<sup>85</sup> Les études ont aussi révélé que les enfants de foyers à revenus faibles ou moyens qui fréquentent des services de garde à domicile ou dans un centre ont amélioré le développement de leur vocabulaire à l'âge de 4 et de 5 ans, par rapport aux enfants de mêmes milieux qui ne fréquentent pas des services de garde hors du foyer.<sup>86</sup>

Le temps que les parents passent à lire tout haut à leurs enfants est un autre aspect important de l'engagement des parents à l'égard des jeunes enfants. Les recherches ont prouvé que la lecture quotidienne à un jeune enfant a une grande influence sur son développement. Les parents qui lisent souvent avec leurs enfants contribuent à leur sain développement, surtout à celui de leur langage et de leur aptitude à la lecture.<sup>87</sup> Les études démontrent aussi qu'il existe un lien entre la lecture précoce et fréquente et le développement social. La lecture quotidienne semble réduire la possibilité de troubles comportementaux.

## Bien-être des parents

Le bien-être d'un parent joue aussi un rôle clé dans le fonctionnement d'une famille.

Les chercheurs ont trouvé qu'une dépression vécue par une mère est un facteur clé de la vulnérabilité des enfants. En effet, des jeunes enfants qui vivent avec des mères déprimées sont particulièrement aptes à avoir des problèmes de comportement et d'apprentissage.<sup>88</sup> À titre d'exemple, les bébés dont les mères sont déprimées sont moins attentifs, d'humeur plus irritable et difficiles. Les enfants âgés de 5 ans ou moins sont une fois et demie plus portés à avoir des aptitudes verbales peu développées si leurs mères souffrent de dépression. De plus, les enfants étaient deux fois plus susceptibles de souffrir de troubles comportementaux si leurs mères souffraient de dépression.<sup>89</sup>

<sup>83</sup> Zuzanek, J. (été 2001) « Parenting Time: Enough or Too Little » (pp. 125-133) dans *Isuma – Revue canadienne de recherche sur les politiques*, Canada, Gouvernement du Canada.

<sup>84</sup> Lamb, M. E., « Nonparental Child Care: Context Quality, Correlated » (pp. 73-134) dans Damon, W., Sigel, I. E. et K. A. Renniger, éd. (1998) *Handbook of Child Psychology* vol. 4: Child Psychology in Practice, 5<sup>e</sup> édition. New York, John Wiley and Sons Inc.

<sup>85</sup> Shonkoff, J. et D. Phillips, éd. (2000) *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, National Academy Press.

<sup>86</sup> Kohen, D., Hertzman, C. et J. D. Willms, « The Importance of Quality Child Care » (pp. 261-276) dans Willms, J. Doug, éd. (2002) *Vulnerable Children – Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Alberta, University of Alberta Press.

<sup>87</sup> Neuman, S. et D. Dickinson, éd. (2001) *Handbook of Early Literacy Research*. New York, Guilford Press.

<sup>88</sup> Billings, A. G. et R. H. Moos (1983) « Comparisons of Children of Depressed and Nondepressed Parents: A Social-Environmental Perspective » (pp. 463-486) dans *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 4.

Les chercheurs ont aussi constaté que la consommation abusive d'alcool par la mère est reliée à des pratiques parentales négatives et à des troubles comportementaux et affectifs chez les enfants. Bien que seulement 3,5 % des enfants aient des mères étant des buveuses excessives — 5 verres ou plus à plus de 12 occasions au cours de la dernière année — ces enfants souffraient de plus de problèmes affectifs, d'anxiété de séparation, d'hyperactivité et d'agressivité, et avaient plus de risques de commettre des crimes contre des biens. Les mères étant des buveuses excessives ont rapporté moins d'échanges positifs avec leurs enfants par rapport aux mères qui ne boivent pas ou qui boivent de façon modérée, et elles semblent être plus hostiles et inefficaces dans leur rôle de parent.<sup>90</sup>

## *L'importance du revenu et de la scolarité de la mère sur le bien-être des jeunes enfants*

En général, grandir au sein d'une famille fonctionnelle avec des parents qui exercent des pratiques parentales positives diminuera les incidences d'autres facteurs comme le revenu et la scolarité de la mère. Malgré ces facteurs atténuants, néanmoins, le revenu et la scolarité de la mère contribuent largement au développement de l'enfant.

### **Revenu familial**

La majorité des enfants de familles à faible revenu s'en tirent très bien, obtenant des résultats dans la moyenne ou supérieurs à celle-ci quant à leurs mesures cognitives et ne souffrent pas d'importants troubles comportementaux. Le revenu familial, cependant, est reconnu comme étant un facteur stable et important pour le développement d'un enfant. Bien qu'il existe un lien prouvé entre le revenu et le développement du vocabulaire, il est important de noter que d'autres facteurs, comme la scolarité parentale, les habitudes de lecture et la participation à des activités dès le début de l'enfance influencent aussi fortement le développement du vocabulaire des enfants. Les enfants vivant dans des familles à faible revenu sont plus aptes vers 4 et 5 ans d'avoir moins de compétences linguistiques que ceux qui vivent dans des familles à revenu moyen et élevé.<sup>91</sup> Les enfants qui vivent dans des familles à revenu moins élevé sont aussi moins susceptibles de participer à des activités récréatives que ceux qui vivent dans des familles mieux nanties. La participation à ces genres d'activités au début de l'enfance jette les bases pour l'acquisition de compétences de base et la réussite scolaire.<sup>92</sup>

### **Scolarité de la mère**

Le niveau d'éducation de la mère a aussi de fortes incidences sur le développement de l'enfant. Des recherches récentes ont démontré qu'il existe un lien étroit entre la scolarité de la mère et le développement du vocabulaire.

---

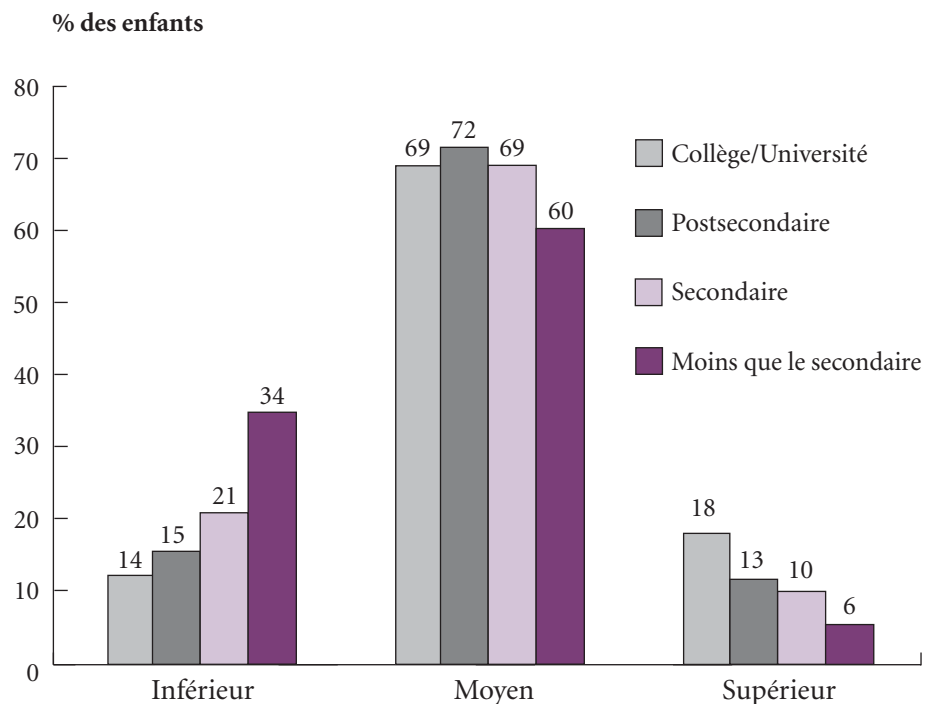
<sup>89</sup> Somers, M. A. et J. D. Willms, « Maternal Depression and Childhood Vulnerability » (pp. 211-228) dans Willms, J. Doug, éd. (2002) *Vulnerable Children – Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Alberta, University of Alberta Press.

<sup>90</sup> Pihl, R. O. et al. (1998) *L'alcool et les pratiques parentales – Les effets d'une forte consommation de la mère*, document de travail : W-98-27F. Ottawa, Développement des ressources humaines Canada.

<sup>91</sup> Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada (2000-2001) Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 4.

<sup>92</sup> Développement des ressources humaines Canada et Gouvernement du Manitoba (2003) *Une nouvelle génération de familles canadiennes élevant de jeunes enfants – Un nouveau regard sur les résultats d'enquêtes nationales*. Canada.

**Figure 2 :** Résultats obtenus par les jeunes enfants au test Échelle vocabulaire en image Peabody – Révisé, selon le niveau de scolarité de la mère, 2000-2001



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 4 (2000-2001).

Plus un enfant est exposé à du vocabulaire, plus il aura tendance à en faire usage. Les mères ayant des niveaux d'éducation supérieurs sont plus aptes à parler à leurs enfants et à utiliser un vocabulaire enrichi.<sup>93</sup> Tel qu'illustré à la Figure 2, en 2000-2001, les enfants de mères ayant fait des études collégiales et universitaires étaient plus aptes à avoir des compétences linguistiques moyennes ou supérieures. Des études portant sur le vocabulaire préscolaire par rapport aux compétences en lecture et en mathématiques, menées quatre années plus tard, suggèrent que le niveau d'éducation de la mère a à la fois une incidence à court terme et à long terme sur le développement de l'enfant.<sup>94</sup>

Les effets de la scolarité de la mère ne se limitent pas aux études scolaires. Elles ont aussi des incidences sur les aptitudes sociales. Les données indiquent que les mères qui ont obtenu un diplôme d'études postsecondaires sont moins aptes à avoir des bébés ayant des comportements personnel et social problématiques. Les recherches démontrent que cela a aussi des incidences à

<sup>93</sup> Hart, B. et T. Risley (1995) *Meaningful Differences in the Everyday Experience of Young American Children*. Baltimore, Paul H. Brookes Publishing Co.

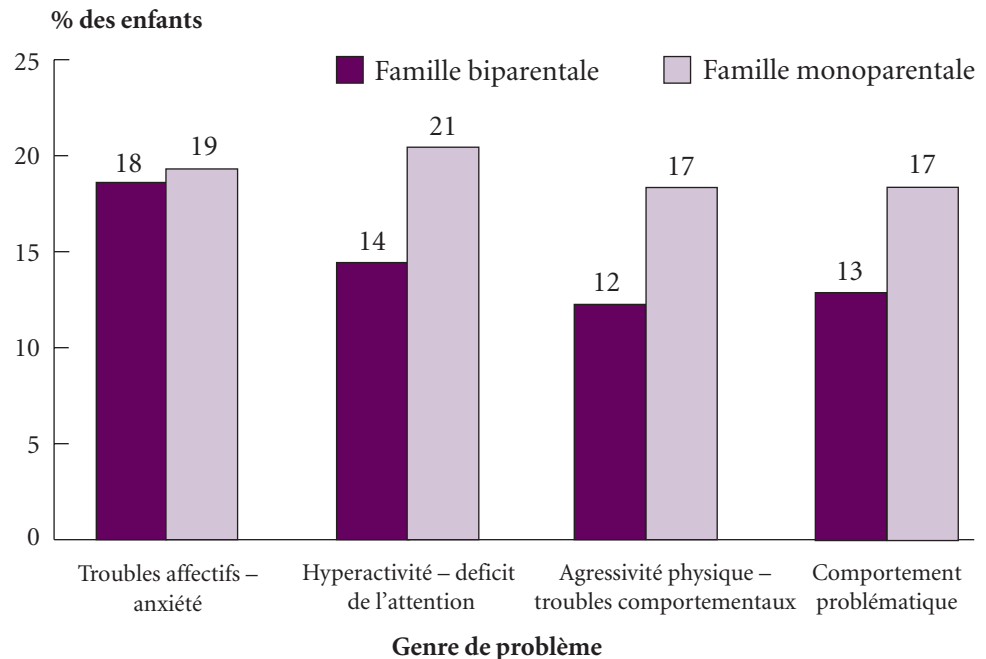
<sup>94</sup> Hodinott, J. et al. (2002) *Notre avenir est-il dicté par nos antécédents? Ressources, transitions et rendement scolaire des enfants au Canada.*, document de travail : SP-551-12-02F. Ottawa, Développement des ressources humaines.

plus long terme car les enfants qui s'entendent bien avec d'autres enfants à l'âge de 4 et 5 ans sont moins aptes à être agressifs avec d'autres enfants plus tard que ceux qui ont un comportement agressif à l'âge de 4 et 5 ans.<sup>95</sup> De plus, la scolarité de la mère est reliée au revenu familial. Plus une mère est éduquée, plus élevé sera le revenu familial.

### *L'importance de la structure de la famille sur le bien-être des jeunes enfants*

De nombreuses études se sont penchées sur les répercussions des familles monoparentales et biparentales sur le développement des enfants, notamment en mesurant la réussite scolaire et le bien-être affectif social. Elles ont constaté que des enfants grandissant dans des familles monoparentales sont plus aptes à redoubler leurs classes, à avoir des compétences linguistiques plus limitées et à être en moins bonne santé que les enfants qui vivent dans des familles biparentales. Ces enfants sont aussi moins enclins à s'entendre avec des amis ou des parents que ceux qui vivent dans des familles biparentales.<sup>96</sup>

**Figure 3 : Prévalence de troubles comportementaux, selon le type de famille, 2000-2001**



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 4 (2000-2001).

<sup>95</sup> Tremblay, R., « When Children's Social Development Fails » (pp. 55-71) dans Keating, D. et C. Hertzman, éd. (1999) *Development Health and the Wealth of Nations*. New York, Guilford Press.

<sup>96</sup> Walker, L. J. et K. H. Hennig (1997) « Parent-Child Relationships in Single-Parent Families » (pp. 63-75) dans *Canadian Journal of Behavioural Science*, 29.

Tel qu'illustré à la Figure 3, les enfants vivant dans des familles monoparentales sont légèrement plus enclins à montrer des signes de comportement problématique comme les troubles affectifs/l'anxiété, l'hyperactivité/le déficit d'attention et l'agressivité physique/troubles comportementaux que ceux qui vivent dans des familles biparentales.<sup>97</sup>

Les troubles comportementaux chez les jeunes enfants ne sont pas uniquement le fait des familles monoparentales. Il est important de noter que 85 % des jeunes enfants continuent de vivre dans des familles biparentales et, par conséquent, la majorité des enfants qui ont des troubles comportementaux vivent dans des familles biparentales. Tel que déjà mentionné, les effets de la structure familiale sur le développement de l'enfant sont atténués par des facteurs tels le fonctionnement de la famille et les pratiques parentales. De plus, le développement des enfants de familles monoparentales varie à cause de la répartition d'autres facteurs qui touchent la famille comme la scolarité de la mère et le revenu familial.

## Séparation des parents

Au Canada, plusieurs jeunes enfants voient leur structure familiale changer avant de commencer leur 1<sup>re</sup> année à cause de la séparation ou du divorce de leurs parents. En fait, environ 25 % des enfants doivent maintenant vivre la séparation des parents avant l'âge de 6 ans, par rapport à seulement 8 % durant les années 1960.<sup>98</sup>

Les répercussions de la séparation des parents sur le développement des enfants peuvent être à court ou à long terme. Les données indiquent que les enfants qui vivent en situation de garde après divorce ont davantage de troubles comportementaux ou affectifs que ceux qui vivent dans des familles n'ayant pas divorcé.<sup>99</sup> Or, 28 % des enfants qui vivent avec leurs deux parents ont un ou plusieurs troubles comportementaux par rapport à 32,8 % des enfants qui vivent en situation de garde après divorce.<sup>100</sup>

La séparation et le divorce des parents entraîne souvent une diminution du revenu familial et des changements au lieu de résidence d'un enfant — ces deux facteurs étant reliés aux incidences négatives sur le développement de l'enfant.<sup>101</sup> Les enfants semblent particulièrement connaître des difficultés durant la période suivant de près la séparation des parents. Les enfants profitent du maintien d'un contact ou de rapports entre les deux parents biologiques après la séparation.<sup>102</sup>

La conclusion d'ensemble des études est que des pratiques parentales positives et un contact continu avec les deux parents semble atténuer les incidences négatives de la séparation et du divorce sur le développement des jeunes enfants.<sup>103</sup>

<sup>97</sup> Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada (2000-2001) Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 4.

<sup>98</sup> Marcil-Gratton, N. (1998) *Grandir avec maman et papa? Les enfants et l'instabilité familiale*. Ottawa, Développement des ressources humaines Canada.

<sup>99</sup> O'Connor, T. et J. Jenkins (août 2000) *Marital Transitions and Children's Adjustments*, document de travail : W-01-1-3E. Ottawa, Développement des ressources humaines Canada.

<sup>100</sup> Ibid.

<sup>101</sup> Hetherington, E. M. (1999) *Coping with Divorce, Single Parenting and Remarriage: A Risk and Resilience Perspective*. New Jersey, Erlbaum.

<sup>102</sup> Haddad, T. (1998) *Les enfants en situation de garde après divorce ont-ils plus de problèmes que les enfants qui vivent dans un milieu familial intact*, document de travail : W-98-9F. Ottawa, Développement des ressources humaines Canada.

<sup>103</sup> O'Connor, T. et J. Jenkins (août 2000) *Marital Transitions and Children's Adjustments*, document de travail : W-01-1-3E. Ottawa, Développement des ressources humaines Canada; Hetherington, E. M. (1999) *Coping with Divorce, Single Parenting and Remarriage: A Risk and Resilience Perspective*. New Jersey, Erlbaum.

## *Conclusion*

Les recherches ont indiqué que la nature des environnements familiaux d'un enfant a un effet très marqué sur son développement cognitif et comportemental, et sur la prévalence de la vulnérabilité durant l'enfance. Les facteurs présents dans ce milieu qui ont une incidence sur le développement d'un enfant sont les compétences des parents, la solidarité de la famille, le niveau d'éducation et la santé mentale de la mère, et le degré d'engagement des parents. Toutefois, il reste beaucoup à découvrir sur ces rapports complexes. Les recherches se poursuivent pour aider à accroître davantage nos connaissances sur le développement sain des enfants.





## Chapitre 4 : SURVEILLANCE DU BIEN-ÊTRE DES JEUNES ENFANTS AU CANADA



En vertu de l'Entente sur le développement de la petite enfance conclue en septembre 2000, les gouvernements se sont engagés à rendre compte périodiquement aux Canadiens des indicateurs du bien-être des jeunes enfants. Ils ont défini un ensemble commun de 11 indicateurs du bien-être qui fournissent des renseignements sur la santé physique et le développement des jeunes enfants au Canada.

Les gouvernements ont commencé à faire rapport sur cet ensemble commun d'indicateurs à l'automne 2002. Puisque l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) est une source de données clés pour de nombreux indicateurs du bien-être des enfants, les données les plus récentes disponibles à ce moment-là étaient celles de 1998-1999 (cycle 3). *Le bien-être des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada 2002*, rendu public le 20 novembre 2002, décrit en détail les indicateurs que le gouvernement du Canada s'est engagé à observer au fil du temps. Ces indicateurs ne se réfèrent pas uniquement aux indicateurs communs de la santé et du développement physique établis par les gouvernements et incluent aussi des mesures des caractéristiques clés de la famille et de la collectivité sur le bien-être de l'enfant. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont accepté de publier des deuxième rapports sur l'ensemble commun des indicateurs à l'automne 2003, leur lancement devant coïncider avec la parution des données de l'ELNEJ de 2000-2001 (cycle 4).

Le tableau 3 présente 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 en 1998-1999 et 2000-2001. L'annexe A indique comment les indicateurs et les mesures tirées de l'échelle de l'ELNEJ ont été établis.

Il est important de noter que, pour la majorité des indicateurs et des caractéristiques présentés dans le tableau 3, les changements se produiront progressivement. Des améliorations notables ne peuvent être identifiées que lorsque le développement d'un grand nombre d'enfants s'est amélioré par rapport aux cohortes précédentes. L'écart de deux ans entre les données recueillies — 1998 et 2000 — n'est pas assez long pour indiquer si les investissements dans la famille et les enfants donnent de bons résultats. De plus, les changements survenus dans chacune des directions doivent être interprétés avec prudence car ils peuvent représenter simplement la variabilité d'échantillonnage plutôt que de réels changements. Si des changements dans la même direction sont constants au fil du temps, on peut alors dire qu'une tendance se dégage.



**Tableau 3 : Indicateurs du bien-être de l'enfant et caractéristiques reliées à la famille et à la communauté**

(Remarque : 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) <sup>104</sup>	Indicateur (2000-2001 sauf indication contraire)
% de jeunes enfants ayant un poids-santé à la naissance*	81,3 % (1999)	80,6 % (2000)
Naissances prématurées – % d'enfants nés à 37 semaines ou plus	92,7 % (1999)	92,5 % (2000)
Cas d'hémophilus influenzae B chez les jeunes enfants*	14 (1999)	16 (2001)
Cas de méningococcie du groupe C chez les jeunes enfants*	12 (1999)	27 (2001)
Cas de rougeole chez les jeunes enfants*	11 (1999)	7 (2001)
Taux de mortalité infantile – Nombre de décès sur 1 000 naissances vivantes*	5,3 (1999)	5,3 (2000)
% d'enfants qui sont ou ont été allaités	79,9 %	Renseignement pas encore disponible
% d'asthme diagnostiqué chez les jeunes enfants	9,9 %	10 %
Nombre d'hospitalisations à la suite de blessures chez les jeunes enfants	10 148 (1999)	9 386 (2000)
Taux de mortalité par suite de blessures – Nombre de décès chez les jeunes enfants résultant d'une blessure (par 100 000)	9,3 (1999)	7,9 (2000)
% de jeunes enfants affichant un niveau de développement moyen ou avancé de moteur et social (DMS)*	86,1 %	85,7 %

<sup>104</sup> Il pourrait y avoir de légers écarts entre certains chiffres donnés pour des indicateurs 1998-1999 dans le rapport de 2002 du gouvernement du Canada et dans le présent rapport. Statistique Canada a comme politique de longue date que les pondérations d'échantillons de sondage sont calculées à l'aide du chiffre de population le plus fiable disponible au moment du calcul. Pour les années intercensales, ces pondérations se basent sur les prévisions démographiques. Une fois qu'un chiffre plus fiable est disponible (surtout par le Recensement, fait à tous les cinq ans), les pondérations initiales pour les années intercensales sont ajustées pour refléter la population exacte. La mise à jour des pondérations d'échantillons pour un sondage tel que celui de l'ELNEJ et l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR) est essentielle pour assurer l'uniformité entre les chiffres officiels de Statistique Canada et les estimations du sondage.

Pour que les données recueillies en 1998-1999 et en 2000-2001 puissent être comparées, tous les indicateurs établis d'après l'ELNEJ et l'EDTR en 1998-1999 sont à nouveau rapportés pour refléter les pondérations révisées. Pour les indicateurs qui s'appuient sur l'ELNEJ, cycle 3 (1998-1999) la pondération est calculé d'après la population au 1<sup>er</sup> janvier 1999, d'après le recensement de 2001. Pour les indicateurs qui s'appuient sur l'EDTR, la pondération historique de 2000 a été révisée et se base sur le chiffre de population, d'après le recensement de 1996.



---

**Indicateurs du bien-être de l'enfant**

Nom	Indicateur (1998-1999 sauf indication contraire) <sup>104</sup>	Indicateur (2000-2001 sauf indication contraire)
% d'enfants ne manifestant pas de signes associés à des troubles affectifs – anxiété*	86,2 %	82,2 %
% d'enfants ne manifestant pas de signes associés à de l'hyperactivité – déficit de l'attention*	87,8 %	84,9 %
% d'enfants ne manifestant pas de signes associés à de l'agressivité physique – troubles comportementaux*	86,5 %	87,4 %
% d'enfants ne manifestant pas de signes associés à un comportement prosocial peu développé*	89,8 %	Ce renseignement n'est plus recueilli dans l'ELNEJ. L'indicateur a été remplacé par Comportement personnel – social
% d'enfants ne manifestant pas de signes associés à un comportement personnel – social*		84 %
Aptitudes langagières* – % d'enfants ayant un développement verbal moyen ou avancé	84,1 %	82,7 %

---

## Mesures des caractéristiques de la famille et de la collectivité

Nom	Mesure (1998-1999 sauf indication contraire) <sup>104</sup>	Mesure (2000-2001 sauf indication contraire )
Scolarité des parents – % de parents ayant fait des études postsecondaires	Mères – 45,3 % Pères – 48,7 %	Mères – 47,8 % Pères – 49,9 %
Niveau de revenu – % de familles ayant de jeunes enfants qui vivent au-dessus du seuil de faible revenu après impôt	84,5 % (1999)	87,2 % (2001)
% de parents ne manifestant pas de signes de dépression des parents	88,8 %	89,5 %
% de mères qui fumaient durant leur grossesse	19,4 %	18,5 %
% de mères qui ont consommé de l'alcool durant leur grossesse	14,5 %	13,9 %
Tabagisme chez les parents – % de parents qui ne fument pas du tout	Personne qui connaît le mieux l'enfant – 72,6 % Conjoint de la personne qui connaît le mieux l'enfant – 70,4 %	Personne qui connaît le mieux l'enfant – 74 % Conjoint de la personne qui connaît le mieux l'enfant – 72,5 %
% de parents qui déclarent un fonctionnement positif entre les membres de la famille	89,1 %	88,7 %
Pratiques parentales positives – % de parents qui déclarent des interactions positives au sein de la famille	88 %	83,9 %
Lecture à l'enfant par un adulte – % d'enfants qui se font faire la lecture tous les jours ou plusieurs fois par jour	69,7 %	66,1 %
% de parents qui déclarent que leur quartier leur procure un sentiment de cohésion	84,9 %	85,9 %
% de parents qui déclarent se sentir en sécurité dans leur quartier	Cette donnée n'a pas été recueillie en 1998-1999	75,6 %
% de familles avec enfants ayant des besoins impérieux de logement	Ménages locataires – 36 % Ménages propriétaires – 7 % (1996)	Renseignement pas encore disponible

Tel que le tableau ci-dessus l'indique, pour de nombreux indicateurs, la situation des jeunes enfants est demeurée sensiblement la même — p. ex., les naissances prématurées, le taux de mortalité infantile, et les cas d'asthme — ou s'est légèrement améliorée — p. ex., les cas de rougeole, d'hospitalisation, le taux de mortalité à la suite de blessures, l'agressivité physique – troubles comportementaux, le niveau de revenu, le tabagisme durant la grossesse et après et le sentiment de cohésion dans le quartier. Cependant, il y a quelques exceptions.

Plusieurs des indicateurs et caractéristiques qui ont reculé de façon notable entre 1998-1999 et 2000-2001 — p. ex., développement moteur et social, troubles affectifs – anxiété, hyperactivité – déficit de l'attention et pratiques parentales positives — se basent sur l'ELNEJ. Les renseignements recueillis dans l'ELNEJ proviennent d'une série de questions posées à la Personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM), en général la mère, sur tous les enfants choisis du ménage et sur des renseignements socio-démographiques sur elle-même et son conjoint. De légers écarts dans les données peuvent sans doute être attribués à la nature des données, qui ont tendance à être plus subjectives chez le répondant, en l'occurrence la PCM, que des mesures d'évaluation directes. Toutefois, il pourrait y avoir d'autres facteurs qui affectent ces résultats. De plus amples recherches seront nécessaires pour trouver les causes possibles des changements survenus pour ces indicateurs.

Il est très important de continuer à surveiller ces indicateurs pour établir si les fluctuations entre 1998-1999 et 2000-2001 marquent le début d'une tendance visible ou ne sont qu'un événement unique. Les prochains rapports du gouvernement du Canada continueront d'évaluer ces indicateurs, au fur et à mesure que de nouvelles données conjoncturelles sont disponibles.





## Chapitre 5 : JEUNES ENFANTS DES PREMIÈRES NATIONS AU CANADA<sup>105</sup>



Le rapport de l'an dernier, *Le bien-être des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada 2002*, dressait le profil des jeunes enfants autochtones en utilisant les données les plus à jour disponibles. Il continue d'exister peu de données nationales comparables sur l'ensemble des jeunes autochtones — y compris, ceux des Premières Nations, des Métis, des Inuits et d'autres groupes. Le présent chapitre porte donc sur la santé périnatale<sup>106</sup> des enfants des Premières Nations qui vivent sur des réserves et fournit les données et résultats de recherche les plus récents, soit pour l'année 2000. Les prochains rapports continueront d'améliorer nos connaissances sur la situation de tous les jeunes autochtones, utilisant les nouvelles données au fur et à mesure qu'elles sont disponibles. À titre d'exemple, les données du questionnaire sur les enfants de la deuxième Enquête auprès des peuples autochtones fourniront des renseignements sur des sujets tels, l'état général de santé et le bien-être des jeunes autochtones.

### *La population de Premières Nations est plus jeune*

Toute proportion gardée, la population des Premières Nations au Canada compte plus de jeunes que la population canadienne dans son ensemble. En 1999, 12,4 % des membres des Premières Nations étaient âgés de moins de 4 ans, par rapport à 6,6 % pour l'ensemble de la population canadienne. Bien que le taux de jeunes enfants chez les Premières Nations ait diminué légèrement entre 1979 et 1999 — de 12,9 % à 12,4 % respectivement —,<sup>107</sup> la répartition de la population des Premières Nations continue d'être nettement plus jeune que l'ensemble de la population canadienne.

Parallèlement à la diminution du taux de natalité de l'ensemble de la population, celui des Premières Nations a maintenu sa tendance à la baisse, passant de 30,1 à 25 naissances pour 1 000 habitants de 1987 à 2000.<sup>108</sup> Malgré cette diminution, le taux de naissances dans les communautés des Premières Nations est plus du double de celui de l'ensemble de la population, qui se situe à 10,7 naissances pour 1 000 habitants en 2000.<sup>109</sup> D'autres peuples autochtones des États-Unis et de l'Australie affichent des taux de naissances comparables à celui des Premières Nations canadiennes.<sup>110</sup>

<sup>105</sup> Nous tenons à remercier Susan Taylor-Clapp de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada qui a participé à la rédaction de ce chapitre.

<sup>106</sup> La période périnatale est celle qui entoure la naissance, surtout les cinq mois qui la précède et le mois qui la suit.

<sup>107</sup> Santé Canada (2002) *Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada*. Gouvernement du Canada.

<sup>108</sup> Ibid.

<sup>109</sup> Statistique Canada. [http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/demo04b\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/demo04b_f.htm)

<sup>110</sup> United States Indian Health Service (2000); Edwards, R. W. et R. Maddon (2001) *The Health and Welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander People*. Canberra, Australian Bureau of Statistics.

## *Les femmes des Premières Nations donnent naissance à un jeune âge*

En 2000, les femmes des Premières Nations avaient tendance à donner naissance à un âge plus jeune que l'ensemble de la population canadienne. Ce sont les femmes au début de la vingtaine, âgées entre 20 et 24 ans, qui donnaient le plus de naissance (33 %). Moins de 1 % des naissances étaient attribuées à de très jeunes mères, âgées entre 10 et 14 ans, tandis que moins de 10 % des femmes âgées entre 35 et 49 ans avaient des enfants. On retrouve près de 20 % des naissances chez les mères adolescentes âgées entre 15 et 19 ans. À titre comparatif, ce taux est de moins de 6 % pour l'ensemble de la population canadienne.<sup>111</sup> La courbe des naissances des Premières Nations au Canada correspond à celles des peuples autochtones des États-Unis et de l'Australie.<sup>112</sup>

### **Définition d'un poids faible ou élevé à la naissance**

Un poids faible à la naissance désigne les bébés pesant de moins de 2 500 gr, et un poids élevé ceux pesant au moins 4 000 gr. Un bébé ayant un poids faible présente un risque plus élevé de décès au cours de la première année de sa vie, de troubles du développement et de maladies. Un poids élevé, par contre, peut accroître les risques pour la mère et l'enfant de complications périnatales et de résultats défavorables comme les traumatismes à la naissance.

## *Plus de bébés des Premières Nations ont un poids élevé à la naissance*

L'accroissement des dangers pour la santé est relié à un poids très faible ou élevé à la naissance. Chez les Premières Nations, 5,3 % des bébés ont un poids faible, un taux légèrement moins élevé que celui de l'ensemble de la population qui se situe à 6 %. Toutefois, un pourcentage important de mères (21 %) chez les Premières Nations avaient des bébés de poids élevé, par rapport à 13 % pour l'ensemble de la population. Même si la moyenne des poids à la naissance pour les bébés des pays industrialisés s'accroît,<sup>113</sup> la différence entre le pourcentage de bébés pesant plus de 4 000 gr chez les Premières Nations et l'ensemble de la population demeure important.

<sup>111</sup> Statistique Canada (2000).

<sup>112</sup> Edwards, R. W. et R. Maddon (2001) *The Health and Welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander People*. Canberra, Australian Bureau of Statistics.

<sup>113</sup> Ananth et Wen (2002) « Trends in Fetal Growth » dans *Seminars in Perinatology*, 26.

## *Les jeunes enfants des Premières Nations affichent des taux élevés de mortalité*

Le taux de mortalité infantile, soit les enfants qui meurent au cours de leur première année (à l'exception des bébés mort-nés), diminue de façon constante chez les Premières Nations depuis 1979, alors que celui-ci culminait à 27,6 morts pour 1 000 naissances vivantes. En 2000, le taux de mortalité infantile chez les Premières Nations était de 6,2 morts pour 1 000 naissances vivantes.

Malgré cette régression constante, le taux de mortalité infantile chez les Premières Nations demeure plus élevé que celui de l'ensemble de la population (5,4 morts pour 1 000 naissances vivantes).<sup>114</sup> Le taux de mortalité chez les enfants des Premières Nations correspond à celui qui se retrouve chez les groupes à plus faible revenu en milieu urbain au Canada, là où il y a 1,6 fois plus de risques de mortalité infantile que chez les groupes à revenu élevé.<sup>115</sup>

---

<sup>114</sup> Santé Canada (2000) *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*.

<sup>115</sup> Ibid.





## CHAPITRE 6 : JEUNES ENFANTS AYANT UNE INCAPACITÉ AU CANADA<sup>116</sup>



Lorsque l'on étudie la jeune population canadienne, la situation des très jeunes enfants ayant une incapacité pose l'un des plus grands défis aux chercheurs. Certes, il est difficile de définir le mot « incapacité » pour tout groupe d'âge, mais cette tâche s'avère particulièrement difficile lorsqu'il s'agit de très jeunes enfants. Toutes les conséquences possibles de plusieurs affections sous-jacentes sont souvent difficiles, voire même impossible, à détecter chez les enfants qui commencent à se développer. Les méthodes qui servent à dépister les incapacités chez les enfants ne sont pas les mêmes que celles utilisées chez les adultes. En 2001, des changements importants ont été apportés à la question filtre qui servait à identifier les incapacités dans le recensement démographique canadien. Plus importants encore ont été les changements faits à la nouvelle enquête post-censitaire qui se penchait sur les questions d'incapacité. L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et de 1991 a été remplacée par l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001 qui utilise un plan d'échantillonnage très différent de son prédécesseur. De plus, l'EPLA utilise une série de questions filtres différentes pour déceler la présence d'une incapacité. Pour cette raison, on ne peut comparer les résultats de l'ESLA (1986 et 1991) à ceux de l'EPLA (2001).<sup>117</sup>

L'EPLA de 2001 identifie les enfants ayant une incapacité d'après une série de questions filtres sur la « difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables » et la présence d'« un état physique ou un état mental ou un problème de santé » qui réduit la quantité ou le genre d'activités que l'enfant peut mener à la maison ou à l'école, ou dans d'autres activités, par exemple les déplacements ou les loisirs. Il s'appuie aussi sur des renseignements recueillis concernant la présence d'un développement différé ou d'un diagnostic par un spécialiste de troubles ou anomalies du développement, et la présence de plusieurs problèmes de santé chroniques.

Le rapport de l'an passé, *Le bien-être des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada 2002*, dressait un profil des jeunes enfants ayant une incapacité à l'aide des données les plus récentes disponibles. Le présent chapitre s'appuie sur le profil de l'an passé et y intègre les données récemment publiées de l'EPLA de 2001 sur les très jeunes enfants ayant une incapacité.

### *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 2001, 1,6 % des enfants canadiens âgés de 4 ans et moins avaient une incapacité<sup>118</sup> (1,9 % chez les garçons et

<sup>116</sup> Nous tenons à remercier Gail Fawcett et Paul Roberts du Conseil canadien de développement social qui agés ont participé à la rédaction de ce chapitre.

<sup>117</sup> Environ 8 000 enfants ayant une incapacité ont fait partie de l'échantillon de l'EPLA de 2001. Les enfants âgés de moins de 5 ans et ceux âgés entre 5 et 14 ans ont répondu à plusieurs questions communes. Toutefois, certaines parties du sondage ne visent pas les plus jeunes enfants. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les différences entre l'ESLA et l'EPLA, consulter le rapport « Une nouvelle perspective sur les statistiques de l'incapacité : Changements entre l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA), de 1991 et l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA), de 2001 », décembre 2002, numéro au catalogue 89-578-XIF, Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles.

<sup>118</sup> Contrairement à l'ESLA de 1986 et de 1991 qui donnait des données sur toutes les provinces et territoires, l'EPLA de 2001 n'a été menée que dans les 10 provinces; donc il n'y a pas de données sur les 3 territoires.

1,3 % chez les filles) selon les nouvelles procédures d'échantillonnage et critères de sélection. Cela représente environ 26 210 enfants (16 030 garçons et 10 180 filles).<sup>119</sup> Parmi les enfants âgés entre 5 et 9 ans, en 2001, 3,7 % d'enfants avaient des incapacités, soit un taux plus élevé (4,6 % chez les garçons et 2,7 % chez les filles). Parmi ceux âgés entre 10 et 14 ans, ce taux est de 4,2 % (5,1 % chez les garçons et 3,3 % chez les filles). Bien que certains enfants acquièrent des incapacités en vieillissant — par une maladie ou un accident — parfois certains genres d'incapacités ne sont pas dépistés avant que l'enfant ne soit plus âgé.

### *La majorité des incapacités chez les jeunes enfants sont de faibles à moyennes*

La majorité des incapacités des enfants âgés de 4 ans ou moins varient de « faibles à moyennes ».<sup>120</sup> Selon l'EPLA de 2001, 57,5 % des incapacités des enfants âgés de 4 ans ou moins étaient « faibles à moyennes » (soit 15 080 enfants); et 42,5 % (soit 11 130 enfants) étaient « sévères à très sévères ».

L'EPLA de 2001 a constaté que le genre d'incapacité le plus commun chez les enfants de 4 ans ou moins est le « retard du développement ». Il s'agit d'un « retard » au niveau du développement de l'enfant qui peut être « physique, intellectuel ou autre ». En 2001, 68 % des enfants âgés de 4 ans ou moins ayant une incapacité (17 820 enfants) étaient affligés d'un « retard ». Cette situation se produisait davantage chez les garçons (71,7 %, ou 11 500) que chez les filles (62,1 %, ou 6 320). Les incapacités causées par des problèmes de santé sont très fréquentes chez les enfants âgés de 4 ans ou moins, 62,6 % (16 400) des jeunes enfants ayant une incapacité en étant atteints. Parmi les filles âgées de 4 ans ou moins, 61,2 % (6 230) avaient une incapacité causée par un problème de santé chronique par rapport à 63,4 % (10 170) pour les garçons.<sup>121</sup>

### *Près d'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 2001, 19,7 % des enfants âgés de 5 ans ou moins ayant des incapacités vivaient au sein d'une famille monoparentale.

---

<sup>119</sup> Selon l'ESLA de 1986, le taux d'incapacité de ce groupe d'âge était de 3,4 % et selon l'ESLA de 1991, ce taux avait augmenté pour s'établir à 4,5 %. Contrairement à l'ESLA de 1986 et de 1991, aucune comparaison ne peut être faite avec l'EPLA de 2001, car des changements importants ont été apportés à la nature de l'enquête. Les taux beaucoup plus bas de 2001 *ne peuvent pas* être interprétés comme une diminution du taux d'incapacité.

<sup>120</sup> Dans l'EPLA de 2001, pour les enfants âgés de 4 ans ou moins, le niveau de sévérité n'est divisé qu'en deux groupes : « faible à moyen » et « sévère à très sévère ». L'échelle de sévérité se base sur le nombre de genres de limitations d'activités et l'intensité de ces limitations.

<sup>121</sup> Parmi les enfants âgés de 4 ans ou moins en 2001, cinq genres d'incapacités seulement ont été identifiées. Par ordre d'importance chez les enfants de ce groupe d'âge ayant une incapacité, ces incapacités sont : retard du développement (68 %); problèmes de santé chroniques (62,6 %); audition (12,1 % – à utiliser avec prudence à cause de la petite taille de l'échantillon); inconnues (8,9 % – à utiliser avec prudence à cause de la petite taille de l'échantillon); vue (8 % – à utiliser avec prudence à cause de la petite taille de l'échantillon).

## *Les jeunes enfants ayant une incapacité ont des incidences sur l'emploi des parents*

La situation d'emploi des parents est souvent touchée par la présence d'un enfant ayant une incapacité.<sup>122</sup> Plus l'incapacité est sérieuse, plus la famille pourra en subir un certain contrecoup sur le marché du travail. Selon l'EPLA de 2001, à titre d'exemple, au moins l'un des parents de 54,1 % des enfants âgés de moins de 5 ans ayant une incapacité faible à moyenne a vu son emploi affecté par l'incapacité de l'enfant. Chez les enfants âgés de moins de 5 ans ayant une incapacité grave à très grave, 72,3 % des familles ont vu l'emploi des parents en être affecté.

Selon l'EPLA de 2001, les répercussions les plus souvent citées par les parents de jeunes enfants ayant une incapacité est le refus d'une promotion ou d'un meilleur emploi; 38,2 % des parents d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant une incapacité l'ont rapporté.<sup>123</sup> Les autres genres de répercussions rapportées incluent : diminution des heures de travail (31,3 %); refus d'accepter un emploi (31,2 %); changement des heures de travail (22,8 %); et démission d'un emploi rémunéré (18,6 %). Les parents de plusieurs enfants ont rapporté plus d'un genre de répercussions.

## *Plus du quart des jeunes enfants ayant une incapacité vivent dans une famille à faible revenu*

Selon l'EPLA de 2001, 26,6 % des enfants âgés de moins de 5 ans et ayant une incapacité vivaient dans une famille touchant un revenu inférieur au seuil de faible revenu (SFR) (avant impôt); par rapport à 20,1 % chez les jeunes enfants n'ayant pas d'incapacité.<sup>124</sup>

Cette tendance à ce que les enfants ayant une incapacité fassent partie de familles dont le revenu du ménage est inférieur et la possibilité de dépenses onéreuses reliées à l'incapacité, peuvent souvent entraîner des problèmes financiers pour la famille. À titre d'exemple, selon l'EPLA de 2001, 23,1 %<sup>125</sup> des enfants âgés de moins de 5 ans ayant une incapacité faible à moyenne vivaient dans des familles qui ont indiqué connaître des difficultés financières résultant de l'incapacité de l'enfant. Parmi les jeunes enfants ayant une incapacité sérieuse à très sérieuse, 35,1 % vivaient dans des familles qui ont indiqué connaître de telles difficultés.

---

<sup>122</sup> Cela a été rapporté pour 61,8 % de tous les enfants âgés de moins de 5 ans ayant une incapacité.

<sup>123</sup> Parmi les parents de jeunes enfants ayant une incapacité sérieuse à très sérieuse, ce taux était de 48,9 %; et chez ceux de jeunes enfants ayant une incapacité faible à moyenne, de 30,3 %.

<sup>124</sup> Cela exclut les enfants qui vivent dans les territoires et ceux dont le concept du revenu inférieur au seuil de faible revenu (avant impôt) ne s'applique pas. Ces données ne peuvent pas être comparées à celles du rapport de l'an dernier car elles sont tirées d'enquêtes différentes qui utilisent des procédures d'échantillonnage et critères de sélection distincts.

<sup>125</sup> Il faut interpréter les résultats avec prudence à cause de la taille de l'échantillon.

## *La recherche d'un équilibre entre le travail, la famille et les soins prodigués aux enfants est un grand défi pour les parents d'enfants ayant une incapacité*

Les parents d'enfants ayant une incapacité peuvent assumer des rôles multiples : thérapeutes, éducateurs, camarades de jeu, défenseurs des droits et fournisseurs de soins physiques.<sup>126</sup> Selon certains résultats d'enquête, 93 % des familles qui comptent des enfants ayant des besoins spéciaux<sup>127</sup> 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.<sup>128</sup>

L'une des causes de tension est de trouver des services de garde. Selon l'EPLA de 2001, les parents d'un enfant sur cinq ayant une incapacité ont déclaré qu'entre la naissance et l'âge de 4 ans ils se sont vu refuser l'accès à des services de garde à cause de l'incapacité de leur enfant ou de ses problèmes de santé.<sup>129</sup>

Outre les soins qu'ils doivent prodiguer à leur enfant, les parents ont souvent besoin d'aide pour s'acquitter de leurs autres tâches. Dans l'EPLA de 2001, les parents d'enfants ayant une incapacité se sont vu demander si, à cause de l'incapacité de leur enfant, ils avaient besoin d'aide pour effectuer les travaux ménagers, s'acquitter de leurs responsabilités familiales ou faire des activités personnelles. Parmi les parents d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant une incapacité, 52,6 % ont déclaré qu'ils éprouvaient un tel besoin.<sup>130</sup> La plupart des parents qui ont besoin d'une telle aide, toutefois, n'en reçoivent pas du tout (43,6 %) ou un peu, mais en ont besoin de plus (31,7 %).<sup>131</sup> Environ le quart (24,6 %) des parents seulement reçoivent toute l'aide dont ils ont besoin.<sup>132</sup>

---

<sup>126</sup> Page d'accueil du site Web Au nom de nos enfants, 2002. <http://www/voicesforchildren.ca/francais.htm> (6 septembre).

<sup>127</sup> 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*. p. vi.

<sup>128</sup> Institut canadien de la santé infantile (2000) *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI – 3<sup>e</sup> édition*. Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

<sup>129</sup> Le niveau de sévérité de l'incapacité de l'enfant ne semble pas faire de différence lorsqu'on refuse l'accès à des services de garde.

<sup>130</sup> Parmi les enfants ayant une incapacité de grave à très grave, ce taux était de 70,1 %, et parmi ceux ayant une incapacité faible à moyenne, de 39,5 %.

<sup>131</sup> Il faut interpréter les résultats avec prudence à cause de la taille de l'échantillon.

<sup>132</sup> Pour de plus amples renseignements sur le calcul de certaines de ces variables qui utilisent l'EPLA de 2001 et pour d'autres données similaires sur les enfants âgés de 5 à 14 ans ayant une incapacité, voir aussi *Les enfants handicapés et leurs familles – Tableaux*, juillet 2003, numéro au catalogue 89-586-XIF.

## ANNEXE A – NOTES TECHNIQUES

---

La présente section explique de quelle façon les indicateurs et les mesures établis d'après les échelles de l'ELNEJ et présentés au chapitre 4 « Surveillance du bien-être des jeunes enfants au Canada », ont été compilés aux fins du présent rapport.

### *Mesure du développement moteur et social*

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 3 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 qui connaît le mieux l'enfant (PCM) 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.

### *Mesure du comportement*

Le présent rapport examine quatre mesures du comportement tirées de l'ELNEJ : troubles affectifs – anxiété, hyperactivité, agressivité physique – troubles comportementaux, comportement personnel – social. 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 qui connaît le mieux l'enfant (PCM) répond aux questions. Les données reflètent donc l'évaluation parentale du comportement de l'enfant plutôt qu'un diagnostic professionnel. Voici des exemples des comportements 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 personnel – social* : comment l'enfant interagit avec lui-même, les étrangers, les parents et les objets, comme les jouets.

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<sup>e</sup> percentile de chacune des échelles. Les données indiquées au Chapitre 4 représentent la proportion d'enfants ne manifestant pas des signes de difficultés pour chacun des comportements décrits.

### *Mesure des aptitudes langagières et du vocabulaire*

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 4 et 5 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.

### *Mesures des caractéristiques reliées à la famille et à la communauté*

Le rapport traite des cinq mesures suivantes des caractéristiques reliées à la famille et à la communauté, établies d'après les échelles de l'ELNEJ : dépression des parents, fonctionnement familial, pratiques parentales positives, cohésion du quartier et sécurité du voisinage. Pour chaque mesure, une série de questions sont posées et les réponses sont intégrées à une échelle. La Personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM) répond à ces questions, les réponses sont donc une évaluation parentale et non pas un diagnostic professionnel. Voici des exemples de comportements associés à chacune des mesures :

La *dépression des parents* se définit par un manque d'appétit, l'incapacité à se sortir d'une déprime et/ou à se concentrer, des sentiments de dépression et un sommeil agité.

Le *fonctionnement familial* peut se traduire par l'habileté à résoudre des problèmes, les communications efficaces et le soutien des membres de la famille.

Les *pratiques parentales positives* sont le niveau d'interaction entre les parents et leur ou leurs enfants, comme faire des compliments à l'enfant et jouer avec lui.



La *cohésion du quartier* est la perception du quartier par le répondant et la mesure dans laquelle il y a un sentiment de cohésion.

La *sécurité du voisinage* est le niveau de sécurité associé à des activités telles que marcher seul lorsqu'il fait noir et laisser les enfants jouer dehors.

Pour déceler la présence de problèmes dans chacune de ces mesures, on a défini des seuils (ou des points de référence) pour chacun de ces comportements en prenant le score le plus près du 90<sup>e</sup> percentile de chacune des échelles. Les données indiquées au Chapitre 4 représentent la proportion d'enfants vivant dans des familles qui décrivent des aspects positifs pour chacune de ces mesures.



