

ANNEXES : EXPLORER LES DONNÉES RELATIVES À L'APPRENTISSAGE ET À LA GARDE DES JEUNES ENFANTS (AGJE) DES PREMIÈRES NATIONS, INUITS ET MÉTIS

Margo Greenwood, Roseann Larstone, Nicole Lindsay, Regine Halseth et Pat Foster

National Collaborating Centre
for Indigenous Health



Centre de collaboration nationale
de la santé autochtone

SANTÉ DES ENFANTS, DES JEUNES ET DE LA FAMILLE

© 2020 Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et sa réalisation a été possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'Emploi et Développement social Canada (EDSC). Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'ASPC ou d'EDSC.

Remerciements

Le CCNSA fait appel à un processus externe d'analyse axé sur la neutralité en ce qui concerne la documentation fondée sur la recherche, qui suppose une évaluation des publications ou une synthèse des connaissances, ou qui prend en considération l'évaluation de lacunes dans les connaissances. Nous souhaitons remercier nos

réviseurs pour leur généreuse contribution en matière de temps et d'expertise dans l'élaboration de ce document.

Cette publication peut être téléchargée à l'adresse ccnsa.ca. Tous les documents du CCNSA sont libres d'utilisation et peuvent être reproduits, tout ou en partie, avec mention appropriée de sources et de références. L'utilisation des documents du CCNSA ne doit servir qu'à des besoins non commerciaux seulement. Merci de nous informer de l'utilisation que vous faites de nos documents afin de nous permettre d'évaluer l'étendue de leur portée.

An English version is also available at nccih.ca, under the title: *Exploring the data landscapes of First Nations, Inuit, and Métis children's early learning and child care (ELCC)*

Référence : *Explorer les données relatives à l'apprentissage et à la garde des jeunes enfants (AGJE) des Premières Nations, Inuits et Métis*. Greenwood, M., Larstone, R., Lindsay, N., Halseth, R., & Foster, P. (2020). Premières Nations. Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Pour plus d'information ou pour commander des copies supplémentaires, prière de contacter :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)
3333, University Way
Prince George, C.-B., V2N 4Z9
Tél. : 250-960-5250
Télec. : 250-960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca
Web : ccnsa.ca

ISBN (en ligne) : 978-1-77368-222-8
ISBN (imprimée) : 978-1-77368-268-6

TABLE DES MATIÈRES



Download publications at
nccih.ca/34/Publication_Search.nccih



Télécharger des publications à
ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication.nccih



issuu.com/nccah-ccnsa/stacks

ANNEXE A : CADRES CONCEPTUELS ET INDICATEURS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE -----	6
A.1. Cadres pour la santé et le bien-être des enfants autochtones au Canada -----	6
A.1.1 Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones (2018) -----	7
A.1.2 Aaniish Naa Gegii: Aboriginal Children's Health and Well-Being Measure (2011 à 2012) (en anglais seulement) -----	7
A.1.3 Élever le village (2013) -----	8
A.1.4 First Nations and Inuit Children and Youth Injury Indicators (Pike et al., 2010) (en anglais seulement) -----	10
A.2 Cadres pour la santé et le bien-être des Autochtones au Canada — tous âges -----	11
A.2.1 Urban Indigenous Wellness Indicators – Healthy City Strategy, City of Vancouver (2.1) (en anglais seulement) -----	11
A.2.2 First Nation's Health Development: Tools for Program Planning & Evaluation - Community Health Indicators Toolkit (Jeffrey et al., 2006) (en anglais seulement) -----	12
A.2.3 Cadre de travail sur la santé et le bien-être des Autochtones de la Régie de la santé des Premières nations (2006) -----	13
A.2.4 Nation Ktunaxa (2015) -----	14
A.2.5 Ralliement national des Métis (RNM ; 2006) -----	15
A.2.6 rojet de banque de données sur les Autochtones en milieu urbain : Notre santé comptet -----	16
A.2.7 For the love of our children: An Indigenous connectedness framework (Saniguq Ullrich, 2019) (en anglais seulement) -----	17

TABLE DES MATIÈRES

A.3 Cadres pour tous les enfants et les jeunes au Canada -----	18
A.3.1 Alberta Government's Well-being and Resiliency Framework (2019) (en anglais seulement) -----	18
A.3.2 British Columbia's Child and Youth Health and Well-being Indicators Project (2013) (en anglais seulement) -----	20
A.3.3 Manitoba Centre for Health Policy's Indicator Framework for Evaluating the Manitoba Government's Child and Youth Mental Health Strategy (2016) (en anglais seulement) -----	21
A.3.4 Indicateurs relatifs au système de santé mentale pour les enfants et la jeunesse du gouvernement de l'Ontario -----	22
A.3.5 Élever le Canada -----	23
A.3.6 UNICEF Canada : L'Indice canadien du bien-être chez les enfants et les jeunes -----	24
A.3.7 Human Early Learning Partnership (HELP) – Toddler and Early Development Indicators (en anglais seulement) -----	26
A.3.8 Population Health Framework for Children's Mental Health Indicators (Waddell et al., 2013) (en anglais seulement) -----	27
A.3.9 Indicateurs de santé des enfants de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) -----	28
A.4 Cadres internationaux pour la santé et le bien-être des enfants -----	28
A.4.1 États-Unis -----	28
A.4.2 Australie -----	28
A.4.3 Nouvelle-Zélande -----	33
ANNEXE B: INDICATEURS DE L'ENQUÊTE SUR LES ENFANTS AUTOCHTONES (EEA) (2006) -----	34
ANNEXE C: INDICATEURS DU QUESTIONNAIRE SUR LES ENFANTS ET LES JEUNES DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES PEUPLES AUTOCHTONES (EAPA) (2001)-----	36
ANNEXE D: INDICATEURS DE L'ENQUÊTE SUR LES MODES D'APPRENTISSAGE ET DE GARDE DES JEUNES ENFANTS (EMAGJE) (2019) -----	37





ANNEXE E: INDICATEURS DE L'ENQUÊTE SOCIALE GÉNÉRALE (ESG) (2011) -----	38
ANNEXE F: INDICATEURS RELATIFS À LA GARDE D'ENFANTS DE L'ENQUÊTE SOCIALE GÉNÉRALE (ESG) (2017) ET INDICATEURS RELATIFS À LA GARDE D'ENFANTS -----	39
ANNEXE G: PHASE 1 (ENQUÊTE SUR LES ENFANTS) DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS (ERS) (2002-2003) -----	40
ANNEXE H: INDICATEURS DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA PETITE ENFANCE, L'ÉDUCATION ET L'EMPLOI DES PREMIÈRES NATIONS (EREEEPN) (Y COMPRIS LA COMPARAISON AVEC LES INDICATEURS DE L'EEA) -----	40
ANNEXE I: ENQUÊTE SUR LA SANTÉ AUPRÈS DES ENFANTS INUITS DU NUNAVUT -----	44
ANNEXE J: MODÉLISATION DES RÉSULTATS PAR RAPPORT AUX PRINCIPES DU CADRE D'APPRENTISSAGE ET DE GARDE DES JEUNES ENFANTS AUTOCHTONES -----	45
1. Savoir, langues et cultures autochtones -----	45
2. Pouvoir décisionnel des Premières Nations, des Inuits et des Métis -----	45
3. Programmes et services de qualité -----	46
4. Approche axée sur les enfants et les familles -----	47
5. Inclusivité -----	48
6. Approche souple et adaptable -----	48
7. Accessibilité -----	48
8. Transparence et responsabilité -----	49
9. Respect, collaboration et partenariats -----	50

ANNEXE A : CADRES CONCEPTUELS ET INDICATEURS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE



Les cadres résumés dans cette annexe varient en fonction de l'objectif du cadre, de la portée de l'évaluation (nationale, régionale, locale), de la tranche d'âge de la population évaluée et du contexte culturel de cette population. Les résumés ci-dessous décrivent les dimensions de la santé et du bien-être évaluées dans chaque cadre, et la mesure dans laquelle le cadre est pertinent pour les jeunes enfants autochtones.

Cette annexe est organisée en quatre parties. La première partie porte sur les cadres propres aux enfants autochtones du Canada. Étant donné que la santé des jeunes enfants autochtones est intimement liée à la santé et au bien-être de leurs communautés, la deuxième partie traite de l'applicabilité de cadres autochtones plus larges axés sur le bien-être des communautés. La troisième partie se concentre sur les cadres d'indicateurs pour les enfants canadiens en général et leur adéquation à la santé et au bien-être des enfants autochtones.

La quatrième partie donne un aperçu des cadres d'indicateurs internationaux axés sur la santé et le bien-être des jeunes enfants dans des contextes similaires à ceux du Canada.

Étant donné que les cadres décrits dans cette section vont du niveau communautaire (urbain et éloigné, rural ou dans les réserves) aux niveaux régional et national, ils ne doivent pas être considérés comme comparables entre eux. Si bon nombre de ces cadres sont larges, couvrant tous les aspects de la santé et du bien-être des enfants, certains sont axés sur un domaine précis de la santé, comme la santé mentale ou les blessures. L'utilité des indicateurs dans ces cadres varie en fonction du contexte dans lequel ils sont appliqués. Bien qu'il soit reconnu que certaines des sources d'information sur la santé et le bien-être des enfants autochtones ont leurs propres cadres d'indicateurs, notamment l'Enquête sur les enfants autochtones de Statistique Canada et l'Enquête régionale sur la santé

des Premières Nations du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, la présente annexe ne décrit que les cadres qui ne sont pas considérés comme des sources de données primaires au Canada, car ils sont décrits à la section 8 et aux annexes B à I.

A.1. Cadres pour la santé et le bien-être des enfants autochtones au Canada

Les cadres suivants sont conçus pour aborder la santé et le bien-être des enfants autochtones au Canada. À l'exception du Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones (EDSC, 2018), aucun de ces cadres ne se concentre précisément sur les années de la petite enfance. Cependant, les indicateurs et les approches sont pertinents pour les jeunes enfants et les familles, comme indiqué dans les descriptions ci-dessous.

A.1.1 Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones (2018)

Bien que ce document ne contienne pas d'indicateurs ou d'outils d'évaluation, le Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones (AGJEA) représente une réalisation importante dans l'élaboration conjointe d'une vision commune et d'une voie à suivre pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants autochtones au Canada. Fruit d'un processus de consultation et de collaboration entre les Premières Nations, les Inuits, les Métis et le gouvernement du Canada, le cadre d'AGJEA établit une vision globale pour un système coordonné et fondé sur la distinction, dirigé par les communautés des Premières Nations, inuites et métisses.

Le cadre d'AGJEA (EDSC, 2018) a pour but d'« appuyer, de coordonner et d'orienter la conception, l'exécution et la gouvernance d'un apprentissage et d'une garde des jeunes enfants autochtones du Canada qui s'inscrivent dans l'autodétermination, sont axés sur les enfants et ancrés dans la culture, par l'entremise de politiques, de processus, de partenariats, de pouvoirs, de capacités, de programmes et d'investissements nouveaux qui les renforceront » (EDSC, 2018, p. 5). Le cadre repose sur neuf principes transversaux et communs qui ont émergé grâce à un engagement national et régional avec des partenaires autochtones, des communautés, des organisations, des experts en garde d'enfants et des

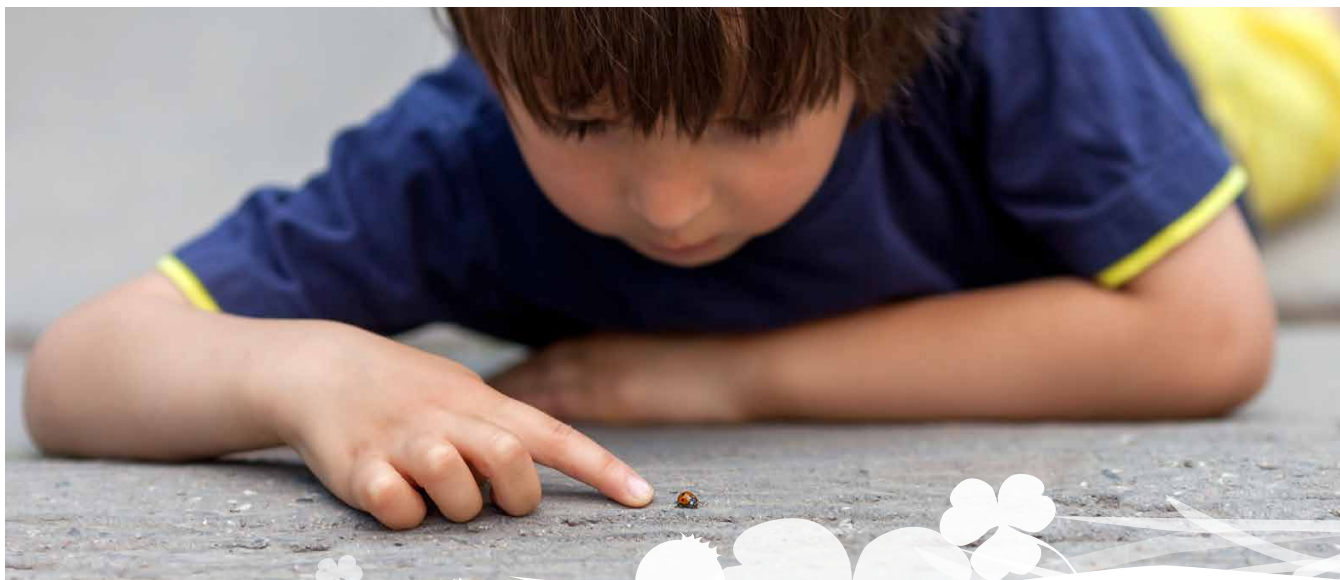
familles. Les neuf principes sont axés sur (1) les savoirs, les langues et les cultures autochtones; (2) le pouvoir décisionnel des Premières Nations, des Inuits et des Métis; (3) les programmes et services de qualité; (4) l'approche axée sur les enfants et les familles; (5) l'approche inclusive; (6) l'approche souple et adaptable; (7) l'accessibilité; (8) la transparence et la responsabilité; et (9) le respect, la collaboration et les partenariats.

Cadres basés sur les distinctions

Le cadre d'AGJEA (EDSC, 2018) contient des cadres fondés sur les distinctions pour les enfants, les familles et les communautés des Premières Nations, inuites et métisses, qui reflètent leur « vision, leurs objectifs et leurs priorités respectifs » (EDSC, 2018, p. 8). Par exemple, les Premières Nations « envisagent un système composé de divers programmes et services de grande qualité qui jettent les bases de la santé et du mieux-être des enfants des Premières Nations... [des programmes] enracinés dans leur savoir, leur langue et leur culture; guidés par les pratiques autochtones en matière de développement de l'enfance » (EDSC, 2018, p. 10). Chaque cadre basé sur la distinction contient une vision en matière d'AGJEA ainsi que des principes, des objectifs, des priorités et des actions stratégiques permettant d'opérationnaliser les cadres conceptuels.

A.1.2 Aaniish Naa Gegjii: Aboriginal Children's Health and Well-Being Measure (2011 à 2012) (en anglais seulement)

L'Aboriginal Children's Health and Well-Being Measure (ACHWM) est une mesure culturellement pertinente de la santé et du bien-être des enfants autochtones âgés de 8 à 18 ans. Bien que le cadre de l'ACHWM contienne des données et puisse être considéré comme une source d'information, du fait qu'il se concentre sur les enfants plus âgés, il n'entre pas dans le champ des informations pertinentes pour l'évaluation de l'AGJEA. Cependant, l'ACHWM fournit un exemple d'outil de mesure de la santé créé et dirigé par les Autochtones qui est holistique et basé sur une vision anishinaabek de l'équilibre, tel que conceptualisé dans la roue de médecine; la santé des enfants étant évaluée dans les quatre quadrants du spirituel, santé émotionnelle, physique et mentale (Young et al., 2015a, 2015b, 2016, 2017; Wabano et al., 2019). L'ACHWM a été élaboré sur la base des preuves actuelles et englobe à la fois la science occidentale et les modes de connaissance autochtones. Il est basé sur les forces et axé sur les solutions, intègre les perspectives des enfants et des jeunes, place le bien-être de l'enfant au premier plan et est lié aux enseignements traditionnels (Goudreau et al., 2019). Nous avons inclus ce programme de recherche dans l'annexe, car l'élaboration de la mesure a été guidée et validée sur le plan conceptuel dans des contextes autochtones, conformément aux



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 478325928

principes détaillés dans le tableau 1 (voir Young et al., 2015a, 2015b ; 2016).

Bien que créé pour les Premières Nations vivant dans les réserves du territoire non cédé de Wiikwemkoong, l'ACHWM a été évalué pour sa fiabilité et sa validité dans d'autres contextes autochtones, notamment auprès des Inuits et des Métis (Baker-Anderson et al., 2015; Young et al., 2015a, 2015b, 2016, 2017). L'ACHWM est composé de 62 questions à choix multiples et de trois questions ouvertes, administrées aux enfants sur une tablette Samsung (Android), mais de nouvelles questions peuvent être posées pour répondre aux besoins des communautés locales (ACHWM, sans lieu). Les questions sont formulées de manière positive et négative et se concentrent sur la façon dont les enfants se sentent en matière de sécurité et de leur lien avec la spiritualité, la culture, la famille et la communauté. Une série de processus de consultation

et de groupes de discussion ont été menés avec des enfants, des experts de la santé et des membres de la communauté pour s'assurer que les questions étaient jugées appropriées en fonction de la culture, qu'elles étaient comprises de manière cohérente et que les communautés pouvaient facilement mettre en œuvre l'outil et obtenir leurs propres données d'une manière réalisable et durable (Young et al., 2015a, 2015b, 2016). Étant donné que l'outil est destiné à être rempli par des enfants âgés de 8 à 18 ans, sa pertinence pour les enfants de moins de 6 ans est limitée.

A.1.3 Élever le village (2013)

À Toronto, le Comité consultatif autochtone et de planification a établi des indicateurs autochtones pour le cadre *Raising the Village: Improving Outcomes for Toronto's Children and Families* (Baxter-Trahair, 2016; Toronto Child et Family Network, 2020). Le cadre comprend 100 indicateurs dans 15 domaines

pour tous les enfants et les jeunes. Le cadre est holistique et adopte une approche des déterminants sociaux de la santé pour éclairer la sélection des indicateurs. Il intègre des éléments basés sur les forces concernant les relations et les liens avec les pairs, les familles, les communautés et la culture. Le cadre englobe également à la fois les façons autochtones de savoir et d'être et la science occidentale et est disponible sous forme d'outil interactif en ligne (Toronto Child et Family Network, 2020). Ce cadre reconnaît le contexte propre aux communautés autochtones urbaines et illustre comment les connaissances autochtones et occidentales peuvent être combinées dans une mesure de données. Une liste complète des thèmes et des indicateurs de cette source est disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://raisingthevillage.ca/indicators/>

DOMAINE DE L'INDICATEUR	THÈME DE L'INDICATEUR	INDICATEURS
Santé physique et développement	Mode de vie et comportements sains	<ul style="list-style-type: none"> • Temps passé devant un écran • Activité physique • Heures de sommeil
	Bilan de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan de santé physique • Test de l'audition et de la vue • Visite de bébés de 18 mois en bonne santé
	État de santé et maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Conformité de la vaccination • Auto-évaluation de la santé physique
	Grossesse, naissance et développement précoce	<ul style="list-style-type: none"> • Allaitement • Faible poids à la naissance • Tabagisme pendant la grossesse
Santé mentale et développement social	Bien-être émotionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à exprimer des sentiments • Maîtrise de soi
	Bien-être social	<ul style="list-style-type: none"> • Intimidation • Solitude
Apprentissage et éducation	Attitude envers l'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> • Aimer l'école • Aimer la lecture, l'écriture et les mathématiques
	Développement précoce	<ul style="list-style-type: none"> • Langage et développement cognitif
Droits et possibilités	Droits et accès aux besoins fondamentaux	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants à faible revenu • Faim
	Possibilités de développement personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à l'apprentissage et à la garde des jeunes enfants
Équité culturelle		<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants et les familles autochtones vivent leur identité culturelle et leur façon d'être dans la dignité et le respect.
Communautés dynamiques		<ul style="list-style-type: none"> • Les communautés autochtones sont diversifiées, dynamiques, en pleine croissance et unies, et elles constituent une source de force pour les enfants et les familles.
Connaissance de soi		<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants et les familles autochtones connaissent leur identité, en sont fiers et ont la possibilité de l'exprimer.
Communauté et culture	Participation et appartenance à la communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'appartenance à la communauté des gardiens • Participation des élèves aux activités culturelles
	Discrimination et respect	<ul style="list-style-type: none"> • Inconfort des parents à l'école en raison de l'identité • Les enseignants respectent le parcours des élèves



A.1.4 First Nations and Inuit Children and Youth Injury Indicators (Pike et al., 2010) (en anglais seulement)

En 2010, le Groupe de travail sur les indicateurs de blessures chez les enfants et les jeunes des Premières Nations et Inuits de l'Équipe de développement des indicateurs de blessures a élaboré un ensemble d'indicateurs de blessures spécifiques aux enfants et aux jeunes des Premières Nations et des Inuits (Groupe de travail sur les indicateurs de blessures chez les enfants et les jeunes des Premières Nations et Inuits, 2010). Ces indicateurs ont été élaborés par un groupe de travail composé de représentants d'organisations autochtones et d'autres intervenants, notamment la GRC, Statistique Canada et SmartRisk. Le cadre inclut notamment des résultats, des facteurs de risque et de protection, ainsi que des indicateurs de programmes et de politiques dans quatre domaines pertinents pour les communautés des Premières Nations et des Inuits : le lieu de travail, la maison et la sécurité publique; le transport; le sport et les loisirs; les blessures infligées et la violence. Voir Pike et al. (2010) pour le rapport complet incluant tous les thèmes et indicateurs aux pages 6 et 7.

DOMAINE DE L'INDICATEUR	THÈME DE L'INDICATEUR	INDICATEURS
Indicateurs de blessures des Premières Nations	Dans tous les domaines de blessures	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de mortalité • Taux d'hospitalisation • Nombre potentiel d'années de vie perdues en raison de blessures chez les enfants et les jeunes des Premières Nations
	Formation à la prévention des blessures dans la communauté et systèmes d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un plan communautaire de préparation aux situations d'urgence • Disponibilité des services d'incendie et d'ambulance dans une communauté dans un délai d'intervention défini
	Morsures d'animaux	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de blessures dues aux morsures et aux attaques d'animaux • Nombre de communautés disposant de services de contrôle des animaux
	Hypothermie et engelures	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'hypothermie et d'engelures pour 10 000 enfants et jeunes des Premières Nations
	Blessures violentes et infligées	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'appels à la police et d'accusations liées à des blessures violentes pour 10 000 enfants et jeunes des Premières Nations

A.2 Cadres pour la santé et le bien-être des Autochtones au Canada — tous âges

Étant donné que la santé et le bien-être des jeunes enfants autochtones dépendent de la santé et du bien-être de leurs familles et de leurs communautés, cet examen comprend des cadres d'indicateurs plus larges axés sur la santé et le bien-être des populations autochtones en général.



A.2.1 Urban Indigenous Wellness Indicators – Healthy City Strategy, City of Vancouver (2.1) (en anglais seulement)

Reconnaissant que sa stratégie intitulée « Healthy City Strategy » était trop limitée dans sa portée, son échelle et ses effets et que les indicateurs étaient largement fondés sur le déficit et non spécifiques à la santé et au bien-être des populations autochtones en milieu urbain, la ville de Vancouver s'est engagée dans un processus de consultation collaborative pour mettre au point des indicateurs de bien-être des Autochtones vivants en milieu urbain qui s'appuient sur les concepts autochtones de bien-être, reflètent les visions du monde autochtones et sont fondés sur les forces (Heggie, 2018). Le cadre est destiné à la

population autochtone urbaine de Vancouver et comprend les quatre domaines de la santé émotionnelle, physique, spirituelle et mentale. Il met l'accent sur la santé individuelle dans le contexte des liens avec les autres humains, le monde des esprits et l'environnement. La plupart des indicateurs ne sont pas pertinents dans le contexte de la petite enfance, à l'exception des enfants autochtones pris en charge; toutefois, bon nombre d'entre eux englobent les jeunes enfants autochtones et sont pertinents du point de vue des environnements sains pour le développement de l'enfant. Les indicateurs spécifiques concernent le renforcement des familles et des communautés, l'apparition d'un sentiment d'appartenance et d'une identité culturelle, et le renforcement des facteurs de protection.

DOMAINE DE L'INDICATEUR	THÈME DE L'INDICATEUR	INDICATEURS CHOISIS
Indicateurs spécifiques aux autochtones pour la Healthy City Strategy	Un foyer pour tous	<ul style="list-style-type: none"> Personnes itinérantes avec et sans abri
	Des services humains sains	<ul style="list-style-type: none"> Rattachement à un médecin de famille ou à un fournisseur de soins de santé primaires
	Joindre les deux bouts et bien travailler	<ul style="list-style-type: none"> Personnes à faible revenu
	Être et se sentir en sécurité et inclus	<ul style="list-style-type: none"> Sentiment d'appartenance Sentiment de sécurité
	Cultiver les liens	<ul style="list-style-type: none"> Enfants autochtones placés en famille d'accueil

A.2.2 First Nation's Health Development: Tools for Program Planning & Evaluation - Community Health Indicators Toolkit (Jeffrey et al., 2006) (en anglais seulement)

En 2006, la Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit (SPHERU) a élaboré un cadre d'évaluation à l'usage des organismes de santé des Premières nations pour assurer le suivi des effets des programmes de santé et de services à la personne dans leur compétence (Jeffery et al., 2006) (en anglais seulement). L'initiative a été dirigée et menée par le

Grand Conseil du Prince Albert en partenariat avec la SPHERU. Elle a été conçue pour aider les communautés des Premières nations à identifier et à recueillir des données qui permettraient de mesurer les progrès réalisés en matière d'amélioration de la santé communautaire. La boîte à outils comprend des indicateurs pour huit domaines de la santé et du bien-être communautaires : modes de vie sains, vitalité économique, environnement, bien-être communautaire, identité et culture, sécurité alimentaire, services et infrastructures, santé communautaire et modes de vie sains. La plupart des indicateurs

sont axés sur tous les âges ou sur des âges plus avancés, mais certains englobent les environnements familiaux et communautaires des enfants ou pourraient être adaptés à un contexte de développement de la petite enfance. Les indicateurs susceptibles d'être pertinents dans un contexte de développement de la petite enfance comprennent la vitalité économique, l'environnement, l'identité et la culture, et les services et infrastructures. Voir Jeffrey et al. (2006) pour une liste complète des domaines, des thèmes des indicateurs, ainsi que des indicateurs.

DOMAINE DE L'INDICATEUR	THÈME DE L'INDICATEUR	INDICATEURS CHOISIS
Identité et culture	Activités culturelles	<ul style="list-style-type: none"> • Activités culturelles et participation • Bénévolat lors d'événements culturels
	Activités spirituelles	<ul style="list-style-type: none"> • Activités spirituelles et participation
	Événements communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Transparence dans l'utilisation des fonds destinés aux événements
	Langue	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes parlant une langue traditionnelle • Jeunes participant aux cours de langue
	Méthodes traditionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes d'enseignement traditionnels • Personnes qui chassent et pêchent • Aînés/jeunes dans les activités traditionnelles
Sécurité alimentaire	Alimentation traditionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des aliments traditionnels
	Éducation à la nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes d'éducation à la nutrition
	Programmes alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes de collation dans les écoles/événements
Modes de vie sains	Maison saine	<ul style="list-style-type: none"> • Établir des heures de coucher régulières • Limiter l'utilisation de la télévision et des jeux vidéo

A.2.3 Cadre de travail sur la santé et le bien-être des Autochtones de la Régie de la santé des Premières nations (2006)

En 2006, un cadre a été élaboré pour mesurer les progrès réalisés dans l'amélioration des résultats en matière de santé des Premières nations en Colombie-Britannique dans le cadre de l'Accord de transformation pour le changement : Plan de santé des Premières nations (Assemblée des Premières nations de la Colombie-Britannique, Sommet des Premières nations, Union des chefs indiens de la Colombie-Britannique et gouvernement de

la Colombie-Britannique, 2006; Régie de la santé des Premières nations, 2018). Le Plan de santé des Premières nations a défini 29 actions précises dans quatre domaines, avec sept indicateurs de performance qui seront utilisés pour assurer le suivi des progrès vers les objectifs précis relatifs à la santé à atteindre d'ici 2015. Un seul de ces indicateurs (l'obésité infantile) est spécifique au développement de la petite enfance, tandis que plusieurs autres pourraient être pertinents pour les jeunes enfants autochtones, selon la disponibilité des données. Tous ces indicateurs ne disposaient pas de données complètes pour la durée de cette évaluation. Dans le cadre de l'entente tripartite, des

indicateurs ont été élaborés en collaboration avec le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial de la C.-B. avec les dirigeants des Premières nations de la C.-B. Les indicateurs reflètent principalement les perspectives occidentales de la santé et du bien-être, avec un accent sur la maladie et les déficits, mais comprennent également des perspectives holistiques autochtones et des indicateurs fondés sur les forces.



DOMAINE DE L'INDICATEUR	THÈME DE L'INDICATEUR	INDICATEURS CHOISIS
Santé et bien-être	Social, culturel, économique et environnemental	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité alimentaire (d'une alimentation équilibrée abordable) • Adéquation du logement • Bien-être culturel (mesure composite de la langue, des aliments traditionnels, des médicaments/guérisons, de l'appartenance à la communauté et de la spiritualité traditionnelle)
	Systèmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience de sécurité culturelle et d'humilité dans la réception des services de santé • Hospitalisations évitables
	Terre, famille, nations, communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Force et résilience de la communauté • Santé écologique
	Mental, physique, spirituel, émotionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'activité physique • Enfants ayant des dents saines
	Résultats en matière de santé et de bien-être	<ul style="list-style-type: none"> • Nourrissons ayant un poids sain à la naissance
	Accord de transformation pour le changement, Plan de santé des Premières Nations	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité infantile • Enfants ayant un indice de masse corporelle sain • Taux de mortalité normalisé selon l'âge • Espérance de vie



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 97973511

A.2.4 Nation Ktunaxa (2015)

La nation Ktunaxa, située dans les régions de Kootenay dans le sud-est de la Colombie-Britannique, a mis au point une série d'indicateurs holistiques, basés sur les forces, ancrés dans la culture et la langue et liés aux priorités définies par la communauté afin d'atteindre le bien-être de la famille et de la communauté et de former des citoyens Ktunaxa forts et en bonne santé (Geddes, 2015, p. 28-29). Les indicateurs couvrent tout le cycle de vie, des soins prénataux au développement de la petite enfance, en passant par l'âge scolaire et l'âge adulte. Tous les indicateurs peuvent guider directement l'AGJEA, à l'exception des deux dernières dimensions – compétences et formation et perspectives d'avenir.



DOMAINE DE L'INDICATEUR	THÈME DE L'INDICATEUR	INDICATEURS CHOISIS
Santé et bien-être de la communauté	Origine ancestrale/ culture/tradition	<ul style="list-style-type: none"> • Savent au moins qui sont les parents, grands-parents et arrière-grands-parents • Sait de quelle(s) communauté(s) ses ancêtres sont originaires • Porte un nom Ktunaxa • Participe à des sueries, des danses • Transmet des connaissances culturelles
	Santé et bien-être	<ul style="list-style-type: none"> • Reçoit des dépistages prénataux • A un foyer sûr et sécuritaire • Se fait vacciner régulièrement • Adopte des habitudes alimentaires saines
	Participation de la communauté et de la famille	<ul style="list-style-type: none"> • Participe à au moins une activité saine axée sur la famille par semaine • Joue régulièrement avec ses parents et ses frères et sœurs • Participe à des activités de développement de l'enfant
	Éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Assiste aux activités scolaires et extrascolaires et y participe pleinement • Satisfait les attentes en matière d'apprentissage
	Ambition/curiosité/ acceptation du défi	<ul style="list-style-type: none"> • Écoute • En quête de connaissances et de réponses ; curieux • Confiance en ses capacités de communication

A.2.5 Ralliement national des Métis (RNM ; 2006)

En 2006, le Comité de la santé du Ralliement national des Métis a produit un rapport (*Propositions pour mesurer les déterminants et la santé/le bien-être de la population des Métis au Canada*, RNM, 2006) s'appuyant sur les travaux de Santé Canada pour élaborer les Indicateurs de santé comparables, un cadre d'indicateurs des déterminants de la santé utilisé pour faire rapport sur l'état de santé de la population dans son ensemble (voir Canada, 2017b, pour plus de détails). Un projet axé sur la désignation et la mesure des déterminants de la santé de la population métisse

et des indicateurs et mesures de l'état de santé a été entrepris par le RNM en réponse aux limites reconnues du cadre des indicateurs de santé comparables (par exemple, l'absence d'indicateurs appropriés ou pertinents sur le plan culturel pour les populations autochtones ; RNM, 2006). Le rapport présente un cadre conceptuel de la santé et du bien-être de la nation métisse, ainsi que les indicateurs proposés. Les indicateurs prioritaires et les mesures associées pour les déterminants de la santé et du bien-être de la population métisse ont été classés sous de grands thèmes, notamment : occasion économique, spiritualité, environnement social, et habitudes

de vie et adaptation (RNM, 2006, p. 20-23). Les indicateurs proposés en relation avec l'état de santé et de bien-être de la population métisse ont été regroupés dans des domaines thématiques, notamment : santé mentale et émotionnelle, santé physique et décès (RNM, 2006, p. 26-27). Bien que le cadre ne soit pas spécifique aux jeunes enfants métis ou à l'AGJEA, il fournit néanmoins des renseignements sur les domaines de santé prioritaires propres aux Métis et sur les indicateurs et mesures proposés par le Ralliement national des Métis (RNM, 2006, p. 21-23; 26-27).



DOMAINE DE L'INDICATEUR	THÈME DE L'INDICATEUR	INDICATEURS CHOISIS
Indicateurs prioritaires de l'état de santé et de bien-être de la population métisse	Santé mentale et émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Suicide • Dépression • Antécédents de mauvais traitements
		<ul style="list-style-type: none"> • Prévalence des maladies chroniques • Prévalence du diabète • Incidence du cancer • Maladies d'origine hydrique • Affections respiratoires • Blessures
		<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité infantile/prénatale • Mortalité • Espérance de vie
Indicateurs prioritaires des déterminants de la santé et du bien-être de la population métisse	Occasion économique	<ul style="list-style-type: none"> • Niveaux d'emploi • Niveaux de revenus
	Environnement social	<ul style="list-style-type: none"> • Héritage culturel • Autodétermination communautaire • Normes et valeurs sociales • Inclusion sociale
	Habitudes de vie et adaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Activité physique • Pratiques alimentaires • Tabagisme • Allaitement maternel • Nutrition



A.2.6 Projet de banque de données sur les Autochtones en milieu urbain : Notre santé compte

The “Our Health Counts” Urban ILe projet de banque de données sur les Autochtones en milieu urbain « Notre santé compte » (OHC ; Smylie et al., 2017a, 2017b) s’est concentré sur la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis en milieu urbain. La recherche a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et a permis de recueillir des données afin d’obtenir des mesures de base sur la santé de la population pour les peuples autochtones en milieu urbain résidant en Ontario. Les objectifs du projet comprenaient la confirmation des domaines de santé prioritaires et la définition des indicateurs les plus appropriés

en travaillant en partenariat avec des organisations provinciales autochtones en milieu urbain, des universitaires, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l’Ontario et l’Institute for Clinical Evaluative Sciences (p. 13). Les villes et populations correspondantes dans lesquelles des données ont été recueillies sont Toronto (Premières nations, Inuits et Métis), Ottawa (Inuits et Métis), Hamilton (Premières Nations), London, Kenora et Thunder Bay, entre autres (<http://www.welllivinghouse.com/what-we-do/projects/our-health-counts/>) (voir également Smylie et al., 2011).

La partie de l’étude de l’OHC menée à Ottawa s’est concentrée sur les Inuits en milieu urbain (adultes et enfants) et a été menée par un partenaire communautaire,

Tungasuvvingat Inuit. L’outil d’enquête sur les enfants inuits contient les domaines de mesure suivants : renseignements personnels, langue, santé générale, affections, blessures, accès aux soins médicaux et dentaires, et immunisations (Smylie et al, 2017b). L’enquête auprès des adultes contient des questions de sélection (p. ex., l’identité inuite, la communauté de résidence), et des sections sur la démographie (p. ex., la langue parlée à la maison, la composition du ménage, le niveau d’éducation, le revenu), le logement et la sécurité alimentaire, la santé physique, les blessures et les maladies aiguës, la santé génésique, les capacités et les expériences/traumatismes passés (p. ex., la fréquentation d’un pensionnat). Certains indicateurs de l’enquête auprès des enfants figurent dans le tableau ci-dessous.

DOMAINE DE L'INDICATEUR	THÈME DE L'INDICATEUR	INDICATEURS CHOISIS
Santé et bien-être des enfants inuits vivant en milieu urbain	Langue	<ul style="list-style-type: none"> Comprendre/parler l’inuktitut Participation à des événements culturels traditionnels inuits
	État de santé général	<ul style="list-style-type: none"> État de santé de l’enfant évalué par les parents Maison sans fumée
	Affections	<ul style="list-style-type: none"> Maladies chroniques (p. ex., les allergies, l’asthme, le diabète, l’alcoolisme foetal) Infection de l’oreille (à vie) Utilisation de médicaments
	Blessures	<ul style="list-style-type: none"> L’enfant a-t-il eu besoin de soins médicaux pour des blessures graves (12 derniers mois) ? Type de blessure
	Accès	<ul style="list-style-type: none"> Accès aux soins médicaux/dentaires Obstacles à l’obtention de soins de santé Aiguillage vers un spécialiste
	Immunisations	<ul style="list-style-type: none"> Vaccinations/immunisations à jour



A.2.7 For the love of our children: An Indigenous connectedness framework (Saniguq Ullrich, 2019) (en anglais seulement)

S'appuyant sur la littérature autochtone axée sur les populations autochtones du Canada, des États-Unis, de l'Australie et d'Aotearoa/ de la Nouvelle-Zélande, Saniguq Ullrich (2019) déclare avoir élaboré un cadre conceptuel – l'Indigenous Connectedness Framework – pour mieux comprendre le bien-être des enfants autochtones. L'auteur a entrepris une analyse de contenu qualitative pour examiner « les concepts et mécanismes fondamentaux du bien-être des Autochtones » (Saniguq Ullrich, 2019, p. 121). Au cœur de ce cadre se trouve le concept de connexité et l'idée selon laquelle lorsque les enfants sont capables de s'engager dans la connexité environnementale, communautaire, familiale, intergénérationnelle et spirituelle, cela contribue au bien-être collectif. Les thèmes des indicateurs et les indicateurs sélectionnés (« concepts fondamentaux [de connexité] » [p. 123]) figurent dans le tableau ci-dessous.

THÈME DE L'INDICATEUR	SOUS-THÈMES DE L'INDICATEUR	INDICATEURS CHOISIS
Bien-être des enfants autochtones	Connexité intergénérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Parler des langues autochtones • Connaissance des chants anciens • Connaissance de l'histoire de la famille et de la communauté • Connaissance générationnelle de la terre
	Connexité familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Structure familiale • Relations familiales • Passer du temps ensemble • Cérémonies de baptême • Communication au sein de la famille • Partage des repas
	Connexité communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Systèmes de soutien et filets de sécurité • Célébrations et cérémonies communautaires • Participation aux activités de subsistance et aux pratiques de partage de la communauté • Capacité à parler les langues de la tribu
	Connexité environnementale	<ul style="list-style-type: none"> • Jeux et exploration en plein air • Compétences et activités de subsistance
	Connexité spirituelle	<ul style="list-style-type: none"> • Participation aux cérémonies et aux rituels • Parler une langue autochtone

A.3 Cadres pour tous les enfants et les jeunes au Canada

Un certain nombre de cadres d'indicateurs ont été élaborés pour mesurer et suivre les progrès en matière de santé et de bien-être des enfants en général. Certains d'entre eux sont principalement des cadres de présentation de rapports sur la santé, tandis que d'autres sont plus complets et prennent en compte les contextes sociaux, communautaires, économiques et environnementaux plus larges de la vie des enfants. Certains cadres ont inclus un engagement important des Autochtones, ce qui a donné lieu à des indicateurs plus holistiques, fondés sur les points forts, qui peuvent être compatibles avec les modes de connaissance des Autochtones et considérés comme acceptables dans les contextes autochtones.

A.3.1 Well-being and Resiliency Framework du gouvernement de l'Alberta (2019) (en anglais seulement)

Le Well-being and Resiliency Framework du gouvernement de l'Alberta, qui vise à soutenir la sécurité et la santé des enfants et des familles, intègre les visions du monde occidentales et autochtones sur la façon de promouvoir le bien-être et la résilience (voir tableau sur la prochaine page). Le cadre d'évaluation provincial décrit dans le document vise à guider le ministère des Services à l'enfance dans

l'amélioration et l'accroissement des aides et des services de prévention et d'intervention précoce pour les nourrissons, les enfants, les jeunes et les familles. Il témoigne des données actuelles et des pratiques de pointe en matière de prévention et d'intervention précoce, ainsi que de la diversité culturelle des enfants et des familles de l'Alberta. Il a été élaboré en collaboration avec des aînés et des dirigeants autochtones, ainsi qu'avec d'autres professionnels des services à l'enfance et à la famille, et intègre donc à la fois les visions du monde autochtones et occidentales. Le cadre repose sur une définition du bien-être qui est intrinsèquement liée à la résilience, le bien-être étant atteint lorsque « les nourrissons, les enfants et les jeunes sont physiquement et émotionnellement en sécurité, ont des relations sûres et saines, ont un lien avec leur culture et leur communauté et ont la possibilité de grandir et de se développer au maximum de leur potentiel » (Alberta, 2019, p. 9). Cette définition englobe une conception holistique de la santé comme un équilibre entre la santé cognitive, sociale, émotionnelle et spirituelle, ainsi que les facteurs environnementaux tels que la sûreté, la sécurité, les relations de soutien et de réconfort, le sens d'un but bien précis et l'appartenance à une famille et à une communauté. Le cadre est guidé par six principes :

1. Honorer les expériences et l'expertise autochtones,
2. Préserver les familles,
3. Adopter des approches fondées sur les points forts et adaptées à la culture,

4. Maintenir les liens,
5. Collaborer avec les familles, les organismes communautaires et les autres parties prenantes, et
6. S'efforcer d'apporter des améliorations continues (p. 23-24).

Bien qu'aucun indicateur ou mesure spécifique n'ait été conçu dans ces axes, les résultats en matière de santé et de bien-être et les indicateurs/mesures potentiels dans chaque axe spécifique sont clairement définis (voir p. 14 à 22). Le cadre évite les mesures quantitatives de la santé physique axées sur les déficits, et met l'accent sur une approche à l'égard des indicateurs qui soit davantage axée sur les forces, la famille et la communauté, et qui tienne compte des traumatismes. Ainsi, bien que le cadre ne soit pas spécifique à une population autochtone, il reflète une perspective qui s'aligne bien avec les visions du monde autochtones. Ce cadre est destiné à guider la prestation des services sociaux, y compris avec les agences autochtones de services à l'enfance et à la famille, et à évaluer les performances en vue d'une amélioration continue.





© Crédit : iStockPhoto.com, ID 541286206

DOMAINE DE L'INDICATEUR	THÈME DE L'INDICATEUR	RÉSULTATS CHOISIS	INDICATEURS CHOISIS
Résultats des programmes individuels et familiaux	Les enfants et les familles sont plus socialement connectés et liés à des aides culturellement pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> • Les parents et les gardiens ont un lien plus étroit avec les aides familiales et culturelles • Les enfants et les familles ont une bonne connaissance des aides auxquelles ils peuvent accéder s'ils en ont besoin 	<ul style="list-style-type: none"> • Les parents/gardiens/familles se connectent aux aides • Les parents, les gardiens et les familles sont en contact avec les autres membres de la famille, leur communauté et les aînés. • Les parents et les gardiens demandent des ressources • Les enfants savent comment demander de l'aide en cas de besoin
	Les parents et les gardiens ont des connaissances sur la parentalité et le développement de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Les parents/gardiens ont une bonne connaissance des étapes du développement de l'enfant, des compétences parentales et d'autres connaissances pertinentes pour une famille en bonne santé 	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant progresse à un rythme adapté • Les répercussions des traumatismes intergénérationnels et du colonialisme sont reconnues
	Les parents et les gardiens font preuve de résilience	<ul style="list-style-type: none"> • Les parents/gardiens font preuve de résilience face aux défis, savent comment résoudre les problèmes et se remettre des difficultés 	<ul style="list-style-type: none"> • Les parents/gardiens participent à des activités de soins d'autogestion de la santé et de bien-être • Les parents/gardiens participent à une cérémonie ou à d'autres pratiques de guérison

A.3.2 Child and Youth Health and Well-being Indicators Project de la Colombie-Britannique (2013) (en anglais seulement)

Le projet Child and Youth Health and Well-being Indicators Project, entrepris par le bureau de l'administrateur en chef de la santé publique (PHO) de la Colombie-Britannique et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a élaboré une série d'indicateurs sensibles aux changements dans le temps qui reflètent la santé et le bien-être des enfants de la Colombie-Britannique âgés de zéro à 18 ans (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2013 ; Office of the Provincial Health Officer, 2016 ; Somers, Currie, & Eiboff, 2011). Le processus d'élaboration des indicateurs a été guidé par cinq principes :

1. Être exhaustif,
2. Être fondé sur des renseignements factuels,
3. Tenir compte des influences et des résultats tant positifs que négatifs sur la vie des enfants,
4. Tenir compte du bien-être et de l'épanouissement des enfants, et
5. Être tourné vers l'avenir.

Le projet consistait à examiner les données existantes sur les questions et les facteurs considérés comme importants pour le développement des enfants et des jeunes, à élaborer un cadre holistique pour guider la définition et la sélection des indicateurs, et à valider le cadre et les indicateurs auprès d'experts de différents ministères provinciaux, d'autorités sanitaires régionales, d'universitaires spécialisés dans la santé des enfants et d'autres experts du contenu. L'analyse documentaire a permis de définir une longue liste de 264 indicateurs associés à

la santé et au bien-être des enfants et 14 concepts de santé mentale/émotionnelle ; les concepts de santé mentale/émotionnelle ont été regroupés en quatre sous-thèmes : fonctionnement familial, santé mentale positive, maladie mentale et perspectives de vie (Somers et al., 2011). *Le Child and Youth Health and Well-Being Indicators Project: CIHI and B.C. PHO Joint Summary Report* (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2013) résume la manière dont un ensemble d'indicateurs recommandés pour un futur rapport du PHO a été défini, ainsi que la série d'indicateurs et de mesures proposés dans les domaines de la santé et du bien-être, de la santé et du bien-être mentaux/émotionnels, des relations sociales, du bien-être économique et matériel et du développement cognitif (p. 24-27 ; certains indicateurs figurent dans le tableau ci-dessous).

DOMAINE DE L'INDICATEUR	THÈME DE L'INDICATEUR	INDICATEURS CHOISIS
Santé et bien-être des enfants et des jeunes	Santé et bien-être physique	<ul style="list-style-type: none"> • Faible poids à la naissance • Tabagisme pendant la grossesse • Allaitement • Consommation de fruits et légumes • Taux de dépistage des troubles de la vue et de l'ouïe • Taux de mortalité infantile
Santé et bien-être mental et émotionnel	Troubles de la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Incidence et prévalence des troubles de santé mentale les plus courants
Relations sociales	Violence physique/négligence	<ul style="list-style-type: none"> • Incidence de la violence physique et de la négligence • Taux de placement des enfants
Bien-être économique et matériel	Enfants placés	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants vivant dans des familles à faible revenu • Taux de chômage des parents • Besoins alimentaires non satisfaits
Développement cognitif	Faible revenu	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences en matière de communication • Alphabétisation des enfants • Numératie des enfants

A.3.3 Manitoba Centre for Health Policy's Indicator Framework for Evaluating the Manitoba Government's Child and Youth Mental Health Strategy (2016) (en anglais seulement)

Comme l'Ontario, le gouvernement du Manitoba a également mis en œuvre une stratégie de santé mentale des enfants et des jeunes et a chargé le Manitoba Centre for Health Policy de l'Université du Manitoba d'élaborer un cadre d'indicateurs de rendement pour

cette stratégie (Chartier et al., 2016). Les indicateurs portaient sur trois dimensions : les troubles mentaux (trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention, trouble des conduites, trouble lié à la consommation de substances, troubles de l'humeur et de l'anxiété, troubles psychotiques), les comportements suicidaires (suicide/tentative de suicide) et les troubles du développement (troubles du spectre autistique, syndrome d'alcoolisme fœtal, retard mental, anomalies chromosomiques). On ne dispose pas de données pour tous les indicateurs concernant les enfants de zéro à six ans ; cependant, certains

indicateurs incluent les enfants de six ans. Un élément clé dans la définition des indicateurs de santé mentale était que les enfants étaient diagnostiqués par un médecin. Après avoir déterminé les indicateurs pertinents, le Centre a présenté les résultats et a analysé les indicateurs sous plusieurs angles, notamment l'utilisation des services de santé, les hospitalisations pour blessures, l'utilisation des services sociaux, l'implication du système judiciaire, les résultats scolaires et la santé physique (Chartier et al., 2016) (vous pouvez retrouver les indicateurs choisis dans le tableau ci-dessous).

DOMAINE DE L'INDICATEUR	THÈME DE L'INDICATEUR	INDICATEURS CHOISIS
Santé mentale	Troubles mentaux	<ul style="list-style-type: none"> • Tout trouble mental • Troubles d'extériorisation (trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention ; trouble des conduites ; toxicomanie) • Troubles de l'humeur et anxieux (dépressifs ; trouble bipolaire et anxiété)
	Troubles du développement	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles du spectre autistique • Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 511809373

Indicateurs relatifs au système de santé mentale pour les enfants et la jeunesse du gouvernement de l'Ontario

Dans le cadre de sa stratégie globale en matière de santé mentale et de toxicomanie, le gouvernement de l'Ontario a demandé à l'Institute for Clinical Evaluation Sciences d'élaborer une carte de pointage pour surveiller le rendement du système de santé mentale des enfants et des jeunes en Ontario (Yang, Kurdyak et Guttman, 2016). Des indicateurs ont été définis grâce à une analyse de la documentation et des ressources. Ensuite, les membres de l'équipe, en consultation avec les experts du comité consultatif scientifique, ont évalué leur adéquation par rapport à la stratégie de l'Ontario, leur faisabilité en

termes de disponibilité des données au niveau provincial, ainsi que leur validité. Le cadre se compose de 25 indicateurs, à la fois contextuels et relatifs au niveau de rendement du système. Les indicateurs contextuels comprennent trois dimensions : la prévalence connue, l'utilisation du système et les résultats (voir tableau ci-dessous). Les indicateurs de rendement du système de santé mentale comprennent également trois dimensions : l'accès, la qualité et la définition précoce.

La grande majorité de ces indicateurs ne seraient pas pertinents dans un contexte de petite enfance, à l'exception de la prévalence des troubles du spectre autistique, des problèmes de comportement, des difficultés d'apprentissage ou des indicateurs d'utilisation des services

liés à l'accès aux professionnels de la santé mentale ou aux résultats des traitements. En outre, si le cadre permet de mesurer l'efficacité du système et peut servir les intérêts du gouvernement de l'Ontario en rendant compte de la portée des services, seuls deux indicateurs permettent de savoir si les enfants se portent bien et si des améliorations ont été apportées à la suite des services reçus (Duncan, Boyle, Abelson et Waddell, 2018). Ce cadre est fortement orienté vers des indicateurs individuels et systémiques dans une perspective générale, et il n'est pas particulièrement pertinent pour les jeunes enfants autochtones. Néanmoins, ce cadre comble une lacune notable liée à la mesure des services de santé mentale pour les enfants et les jeunes.

DOMAINE DE L'INDICATEUR	THÈME/DIMENSION DE L'INDICATEUR CHOISI	INDICATEURS CHOISIS
Santé mentale des enfants - Indicateurs contextuels	Prévalence connue	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence de la schizophrénie traitée chez les enfants Prévalence annualisée des (enfants) présentant un trouble du spectre autistique Prévalence annualisée des enfants présentant un trouble de l'apprentissage
	Recours au système	<ul style="list-style-type: none"> Taux de consultation des enfants par un psychiatre Taux de consultations de télé psychiatrie pour les enfants en Ontario
	Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence annualisée des élèves de la 1re à la 12e années suspendues de l'école
Indicateurs de performance du système de santé mentale et des toxicomanies	Accès	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'attente pour accéder au premier service spécialisé en santé mentale à partir de la dernière visite du médecin traitant
	Dépistage précoce	<ul style="list-style-type: none"> Taux de visites aux services d'urgence comme premier contact pour la santé mentale et la toxicomanie des enfants et des jeunes

A.3.5 Élever le Canada

L'Institut O'Brien pour la santé publique de l'Université de Calgary a recensé les attributs (indicateurs) de la santé et du bien-être des enfants pour Les enfants d'abord Canada, une alliance d'organisations caritatives et d'hôpitaux pour enfants, d'instituts de recherche et de sociétés qui s'efforcent d'améliorer le bien-être des enfants en les sensibilisant aux besoins des enfants au Canada et en mobilisant les gouvernements et d'autres personnes influentes pour qu'ils agissent. Ces attributs sont destinés aux enfants de tous âges et reposent sur un examen des sources de données (voir Institut O'Brien pour la santé publique, 2018). Tous ces attributs ont été recensés à partir de sources de données existantes. Ces attributs sont principalement axés sur les carences et ne tiennent pas compte des dimensions spirituelles de la santé. Les indicateurs choisis apparaissent dans le tableau à la droite.



DOMAINE DE L'INDICATEUR	THÈME/ ATTRIBUT DE L'INDICATEUR CHOISI	INDICATEURS CHOISIS
Santé des enfants	Fertilité et mortalité infantile	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de mortalité infantile • Taux de fécondité
	Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression et anxiété • Intimidation et discrimination • Utilisation des hôpitaux pour des problèmes de santé mentale
	Santé physique	<ul style="list-style-type: none"> • Blessures • Nombre d'hospitalisations • Taux d'immunisation • Activité physique
	Déterminants sociaux : pauvreté	<ul style="list-style-type: none"> • Prévalence des enfants à faible revenu • Ménages à faible revenu • Quartiers à faibles/hauts revenus
	Déterminants sociaux : insécurité alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Ménages avec enfants souffrant d'insécurité alimentaire
	Vulnérabilité en termes de développement	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences en communication et connaissances générales • Maturité émotionnelle • Santé physique et bien-être • Compétence sociale • Langage et développement cognitif (voir l'instrument de développement précoce - une source d'indicateurs)
	Maltraitance des enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition à la violence des partenaires intimes • Négligence • Violence physique • Abus émotionnels et sexuels • Nombre d'enfants victimes de crimes violents • Enfants victimes d'abus de la part d'un membre de leur famille • Hospitalisations d'enfants pour cause d'agression

A.3.6 UNICEF Canada : L'Indice canadien du bien-être chez les enfants et les jeunes

En 2019, UNICEF Canada a publié son rapport de référence destiné à mesurer les niveaux, les inégalités et les tendances de l'état de santé et de bien-être des enfants et des jeunes au Canada. Le rapport de référence est basé sur l'Indice canadien du bien-être chez les enfants et les jeunes, un cadre d'indicateurs développé par l'UNICEF en collaboration avec l'Indice canadien du bien-être, un groupe consultatif de référence pancanadien, et avec les enfants et les jeunes, y compris dans les communautés des Premières nations (UNICEF Canada, 2019b). Le cadre se concentre sur le « statut » des enfants, influencé par un réseau de liens et de relations avec la famille, les pairs, les communautés et les cultures, ainsi que par les politiques publiques, les normes et attitudes sociales, les idéologies politiques et les conditions environnementales (UNICEF Canada, 2019a). Le cadre des indicateurs a été guidé par une

« approche des systèmes écologiques qui reconnaît l'interdépendance des principaux domaines - ou dimensions - de la vie des enfants et des jeunes, qui ont tous une incidence sur leur bien-être » (p. 11). Le cadre est destiné à être utilisé de manière générale pour :

1. Promouvoir la compréhension de la vie des enfants et des jeunes au Canada, par la recherche et le dialogue;
2. Élaborer de meilleures données pour et avec les enfants;
3. Fixer des objectifs et des repères plus audacieux pour les progrès communautaires, régionaux et nationaux en faveur des enfants;
4. Défendre les droits des enfants;
5. concevoir et mesurer les effets des programmes, des services et des politiques;
6. Suivre les progrès nationaux vers les engagements internationaux, notamment les objectifs de développement durable (ODD) 2030; et
7. Prendre ces mesures en faisant participer les enfants et les jeunes (UNICEF Canada, 2019a, p. 69).

Collectivement, le cadre se compose d'un large éventail d'indicateurs qui sont holistiques, fondés sur les atouts, mettent l'accent sur les liens et les relations, intègrent des éléments spirituels et culturels et sont susceptibles d'être appliqués (voir UNICEF, 2019, p. 11-12 pour une liste complète des thèmes et des indicateurs). Des données sont actuellement disponibles pour la plupart des indicateurs, mais plusieurs d'entre eux n'ont pas de données ou ont des données limitées. Le cadre met également en évidence des indicateurs qui peuvent s'adresser spécifiquement à un ODD ou être utilisés comme mesure de substitution. C'est également l'un des rares cadres qui intègre les droits de l'enfant, avec des indicateurs spécifiques pour mesurer les progrès. À ce titre, le cadre serait bien adapté au contexte des jeunes enfants autochtones (voir tableau ci-dessous).

DOMAINE/THÈME	SOUS-THÈME	INDICATEURS
Bien-être des enfants et des jeunes	Heureux et respecté	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'être équilibré physiquement, émotionnellement, spirituellement et mentalement • Sentiment de liberté de fixer ses propres objectifs • Sentiment de tristesse ou de désespoir pendant une longue période • Sentiment de satisfaction face à la vie • Sentiment de confiance en soi • Se sentir stressé • Se sentir valorisé et respecté
	Sommes-nous à notre place ?	<ul style="list-style-type: none"> • Être impliqué dans des groupes et des activités de groupe • Être séparé de sa famille • Prendre soin d'un animal de compagnie • Sentiment d'être mis à l'écart • Sentiment d'appartenir à sa communauté locale • Se sentir soutenu par sa communauté • Se sentir soutenu par sa famille • Difficultés émotionnelles dans l'enfance

Bien-être des enfants et des jeunes	Sommes-nous en sécurité ?	<ul style="list-style-type: none"> • Être exclu des occasions • Obtenir des allocations familiales • Obtenir un soutien pour les personnes handicapées • Avoir faim • Se passer des choses dont on a besoin à la maison • Avoir des parents qui ont un emploi précaire • Avoir un logement sûr et sécurisé • Sans-abri • Vivre dans la pauvreté • Les besoins fondamentaux ne sont pas abordables • Ne pas avoir assez de nourriture saine
	Est-ce que nous contribuons ?	<ul style="list-style-type: none"> • Liberté d'exprimer des idées et des opinions • Liberté d'exprimer son identité et sa culture • Avoir la citoyenneté • Enfants autochtones parlant une langue autochtone
	Sommes-nous libres de jouer ?	<ul style="list-style-type: none"> • Équilibrer l'activité physique, le sommeil et le temps passé devant un écran • Jouer activement ou de manière indépendante • Passer du temps à jouer en plein air
	Est-ce que nous apprenons ?	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à des activités et événements culturels • Participer à l'éducation préscolaire • Participer à des services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants de qualité • Bien lire à l'école primaire
	Sommes-nous protégés ?	<ul style="list-style-type: none"> • Maltraitance à domicile • Punitons corporelles • Blessure grave
	Sommes-nous en bonne santé ?	<ul style="list-style-type: none"> • Allaitement • Se sentir fatigué avant l'école • Obtenir des soins de santé • Se faire vacciner • Avoir un faible poids à la naissance • Avoir une mauvaise santé dentaire • Mort infantile • Naissance prématurée
	Sommes-nous liés à notre environnement ?	<ul style="list-style-type: none"> • Disposer de sources d'eau propre • Disposer de parcs et d'espaces ouverts • Avoir de l'air pollué • Avoir de l'eau potable

A.3.7 Human Early Learning Partnership (HELP) – Toddler and Early Development Indicators (en anglais seulement)

Le Human Early Learning Partnership de l'Université de Colombie-Britannique a mis en place un système de suivi complet pour les enfants de Colombie-Britannique. Ce système comprend trois outils de suivi : l'instrument de développement des tout-petits (Toddler Development Instrument), l'instrument de développement précoce (Early Development Instrument) et le questionnaire sur les expériences de l'enfance (Childhood Experiences Questionnaire). Le Toddler Development Instrument (TDI) est un questionnaire destiné aux parents et aux gardiens d'enfants âgés d'un à deux ans qui pose des questions sur les premières expériences et l'environnement des tout-petits, en mesurant la santé et le bien-être de l'enfant, les premières expériences sociales, le bien-être et le contexte des personnes s'occupant des

enfants, le soutien familial et les ressources communautaires (HELP, n.d.-b).

L'Early Development Instrument (EDI) est une mesure basée sur la population mise au point par l'Offord Centre for Child Studies de l'Université McMaster et largement conceptualisée comme un indicateur du développement du cerveau de l'enfant (Offord Centre, 2019). Administré sous la forme d'une liste de contrôle remplie par l'enseignant plutôt que d'un test direct, l'EDI a été largement utilisé au Canada et à l'étranger pour évaluer la capacité des enfants de la maternelle à répondre aux attentes en matière de développement adaptées à leur âge, y compris la préparation à l'école (Muhajarine, Puchala et Janus, 2011). Le cadre de l'EDI comprend 104 questions réparties sur cinq dimensions, les enfants étant classés comme vulnérables dans des dimensions spécifiques si leurs notes se situent dans le 10e centile le plus bas (voir le tableau ci-dessous pour les indicateurs). Les cinq dimensions sont les suivantes :

1. La santé et le bien-être physiques (l'enfant est en bonne santé, indépendant et bien reposé);
2. La compétence sociale (l'enfant joue et s'entend bien avec les autres, partage et fait preuve de confiance);
3. La maturité émotionnelle (l'enfant peut se concentrer sur des tâches, aide les autres, fait preuve de patience, n'est pas souvent agressif ou en colère);
4. Le développement du langage et des connaissances (l'enfant s'intéresse à la lecture et à l'écriture, sait compter, reconnaît les nombres et les formes); et
5. Les aptitudes à la communication et les connaissances générales (l'enfant peut raconter une histoire et communiquer avec les adultes et les autres enfants) (AIDE, s.d.-a; Muhajarine et al., 2011; Waddell et al., 2013).

Le Childhood Experiences Questionnaire (CHEQ) du HELP est administré aux parents

DOMAINE DE L'INDICATEUR (EDI)	THÈME DE L'INDICATEUR CHOISI	INDICATEURS CHOISIS
Préparation à l'école	Santé physique et bien-être	<ul style="list-style-type: none"> • Motricité globale et fine • Préparation physique • Indépendance physique
	Compétence sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilité et respect • Compétence sociale globale • Explore de nouvelles choses
	Maturité émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Comportement prosocial et d'aide • Comportement anxieux et craintif • Comportement agressif
	Langage et développement cognitif	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences de base en matière d'alphabétisation • Intérêt pour la lecture, l'écriture et le calcul

et aux gardiens d'enfants de maternelle et vise à recueillir les expériences des enfants dans leur environnement d'origine (HELP, s.d.-c). Le questionnaire a été élaboré par une équipe de recherche interdisciplinaire composée d'experts en développement de l'enfant, en collaboration avec des enseignants, des administrateurs et des intervenants communautaires de toute la Colombie-Britannique. Il examine les expériences de l'enfance dans cinq dimensions : la santé et le bien-être, le langage et la cognition, le bien-être social et émotionnel, l'apprentissage et les soins précoces, et la communauté et le contexte. Le questionnaire complète les observations des enseignants sur l'EDI et peut être utilisé pour renseigner les écoles sur la façon dont les premières expériences d'un enfant peuvent influencer ses aptitudes et ses compétences telles que mesurées par l'EDI, ainsi que pour informer les communautés sur la meilleure façon de soutenir les enfants et les familles avant la maternelle.

A.3.8 Population Health Framework for Children's Mental Health Indicators (Waddell et al., 2013) (en anglais seulement)

En 2013, Waddell et ses collègues ont élaboré un cadre global de santé de la population pour les indicateurs de santé mentale des enfants en Colombie-Britannique. Le cadre porte sur trois composantes de la santé mentale : la promotion d'un développement sain pour tous les enfants, la prévention des troubles chez les enfants à risque et la fourniture d'un traitement efficace aux enfants chez qui un problème ou un trouble de santé mentale a été diagnostiqué (Waddell et al., 2013). Le cadre englobe le continuum complet des principales étapes du développement des enfants, avec des indicateurs liés à l'état de santé mentale, y compris les forces et les difficultés, situés dans les domaines du développement social, émotionnel, cognitif et physique.

Le cadre comporte des éléments pertinents pour mesurer la santé et le bien-être des enfants autochtones, notamment une approche holistique, l'accent mis sur les déterminants de la santé, la reconnaissance du rôle des relations et des liens dans divers contextes dans la santé et le bien-être des enfants, et l'accent mis sur les points forts ou les solutions. Toutefois, Waddell et ses collègues (2013) ont relevé plusieurs faiblesses dans ce cadre. Tout d'abord, il y a eu des déséquilibres importants dans la couverture du cadre pour la santé mentale des enfants, certains stades de développement étant mieux représentés que d'autres, l'accent étant mis davantage sur les facteurs de risque que sur les facteurs de protection, et les difficultés l'emportant sur les points forts. Ainsi, le cadre ne peut fournir aux décideurs politiques qu'une perspective unilatérale de la santé mentale des enfants pour lesquels ils élaborent des politiques et des programmes, car il ne fait pas la lumière sur les enfants qui n'ont pas de difficultés (voir tableau ci-dessous pour les indicateurs choisis).

DOMAINE DE L'INDICATEUR	THÈME DE L'INDICATEUR	INDICATEURS CHOISIS
Santé mentale Proposition d'indicateurs de santé mentale pour tous les âges (de la petite enfance à l'adolescence)	Déterminants	<ul style="list-style-type: none"> • % d'enfants de 0 à 18 ans dont les parents ont un diplôme universitaire • % d'enfants de 0 à 18 ans dont aucun des parents n'a travaillé au cours de l'année précédente • % d'enfants de 0 à 18 ans vivant dans des ménages à faible revenu • % d'enfants de 0 à 18 ans dont les parents sont des adolescents
	Statut	<ul style="list-style-type: none"> • % d'enfants de 0 à 18 ans ayant reçu un diagnostic de troubles du comportement • % d'enfants de 0 à 18 ans ayant reçu un diagnostic de retard de développement
Indicateurs de santé mentale proposés (petite enfance)	Déterminants	<ul style="list-style-type: none"> • % d'enfants de 0 à 5 ans avec une parentalité positive et constante • % d'enfants de 0 à 5 ans avec une parentalité inefficace • % d'enfants de 0 à 5 ans dont les parents s'inquiètent pour l'argent • % d'enfants de 0 à 5 ans vivant dans des quartiers dangereux
	Statut	<ul style="list-style-type: none"> • % d'enfants de 0 à 5 ans en bonne ou excellente santé physique • % d'enfants de 2 à 5 ans avec des problèmes d'attention/hyperactivité • % d'enfants de 3 à 5 ans avec des retards de développement

A.3.9 Indicateurs de santé des enfants de la Société canadienne de pédiatrie (SCP)

La SCP (2004) a élaboré un petit ensemble d'indicateurs de santé infantile pour répondre aux indicateurs de performance sanitaire mis au point par les ministres provinciaux de la santé de tout le Canada dans le cadre de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le

renouvellement des soins de santé, qui visait à mesurer les progrès des réformes de la santé et à déterminer si les objectifs en matière d'accès aux services de santé essentiels et de qualité des soins de santé étaient atteints (voir tableau ci-dessous). La SCP craignait que ces indicateurs ne répondent pas aux préoccupations spécifiques et uniques des enfants et des jeunes en matière d'accès aux services de santé, car leurs problèmes

de santé apparaissent généralement au cours des dernières années. Par exemple, les indicateurs mis au point par les ministres provinciaux de la santé ont négligé les problèmes de santé mentale et les retards de développement chez les enfants.

DOMAINE DE L'INDICATEUR	INDICATEURS CHOISIS
Santé des enfants et des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de la population pédiatrique ayant des problèmes de santé chroniques • Délais d'attente pour l'orientation d'un patient en raison d'un retard de développement, y compris l'autisme et les retards d'élocution • % de médicaments approuvés pour le groupe pédiatrique au cours des cinq dernières années • Nombre de blessures accidentelles ou non intentionnelles chez les enfants et les jeunes • % de psychologues et de psychiatres pour enfants fournissant des services en milieu urbain et rural

A.4 Cadres internationaux pour la santé et le bien-être des enfants

Il existe de nombreux exemples de cadres d'indicateurs permettant de mesurer la santé et le bien-être des enfants dans le monde entier. Bien qu'il soit hors de portée du présent document de fournir un aperçu de chacun d'entre eux, cette section mettra en évidence des exemples de certains des cadres d'indicateurs du bien-être des enfants utilisés dans des contextes similaires à celui du Canada, c'est-à-dire dans des pays comme les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, qui ont tous partagé une histoire similaire de colonisation des peuples autochtones et de marginalisation socioéconomique et de disparités sanitaires inéquitables qui en résultent.

A.4.1 États-Unis

A.4.1.1 Foundation for Child Development Child and Youth Well-being Index (CWI) (en anglais seulement)

L'indice de bien-être des enfants est un indice composite/sommaire des changements survenus au fil du temps dans le bien-être des enfants et des jeunes, avec 28 indicateurs sociaux organisés en sept dimensions de bien-être : bien-être économique ou matériel, santé, sécurité, activité productive, place dans la communauté/engagement communautaire, relations sociales et bien-être émotionnel (Land et Lamb, 2013). Étant donné que l'indice CWI a été élaboré dans le contexte des enfants aux États-Unis, certains des indicateurs, tels que la proportion d'enfants bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie, ne sont pas pertinents dans

le contexte canadien. Les indicateurs pertinents pour les jeunes enfants sont les suivants : les déterminants du bien-être des enfants liés aux parents, tels que la pauvreté, les familles monoparentales, la mobilité des ménages et les niveaux d'éducation; les résultats en matière de santé, tels que la mortalité infantile, l'insuffisance pondérale à la naissance, les taux de mortalité, le taux d'enfants en très bonne ou en excellente santé déclaré par les parents, les limitations d'activité des enfants, la surcharge pondérale et l'obésité; et le taux de scolarisation en maternelle. Bien que le cadre intègre une optique de déterminants sociaux de la santé, tous les indicateurs sont des mesures quantitatives, basées sur les déficiences.

A.4.2 Australie

L'Australie est un chef de file dans le domaine de l'élaboration d'indicateurs de santé depuis

quelques décennies, et a mis au point des cadres d'indicateurs à utiliser avec les enfants, tant dans la population générale que dans la population des Aborigènes et des insulaires du détroit de Torres. Certains de ces cadres sont axés sur l'amélioration continue de la qualité, avec un petit ensemble d'indicateurs cliniques présentant le plus grand potentiel d'amélioration des résultats sanitaires, tandis que d'autres adoptent une approche globale qui porte sur le dépistage et les soins, ainsi que sur les déterminants sociaux de la santé qui sont des facteurs de risque de mauvais résultats sanitaires.

A.4.2.1 National outcome measures for early childhood development: Development of an indicator-based reporting framework (2011) (en anglais seulement)

Le Conseil des gouvernements australiens (COAG) a publié en juillet 2009 la stratégie intitulée National Early Childhood Development Strategy, Investing in the Early Years. L'une des principales priorités de la stratégie en matière de réforme était d'obtenir de meilleurs renseignements et une base de données solide, et d'établir des mesures nationales des résultats pour le développement de la petite enfance. Le document *National*

outcome measures for early childhood development: Development of an indicator-based reporting framework (mesures nationales de résultats pour le développement de la petite enfance : élaboration d'un cadre de déclaration basé sur des indicateurs) donne la priorité à sept résultats de haut niveau qui garantissent à tous les enfants le meilleur départ dans la vie afin de créer un meilleur avenir pour eux-mêmes et pour la nation. Chaque résultat est associé à des domaines d'indicateurs spécifiques, comme le montre le tableau ci-dessous (Australian Institute of Health and Welfare, 2011).

Résultats	Domaines d'indicateurs
1. Les enfants naissent et restent en bonne santé	<ul style="list-style-type: none"> • Poids à la naissance • Allaitement • Mortalité • Surcharge pondérale et obésité • Problèmes de comportement des enfants
2. L'environnement des enfants est réconfortant, culturellement approprié et sûr	<ul style="list-style-type: none"> • Relations entre pairs • Adéquation culturelle • Maltraitance et négligence des enfants • Maisons d'hébergement
3. Les enfants ont les connaissances et les compétences nécessaires à la vie et à l'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> • Apprentissage précoce (à domicile) • Transition vers l'école primaire • Bien-être social et émotionnel
4. Les enfants bénéficient d'une meilleure inclusion sociale et d'une réduction des préjudices, en particulier les enfants autochtones	<ul style="list-style-type: none"> • TOUS LES DOMAINES D'INDICATEURS S'APPLIQUENT • À mesurer par la ventilation des domaines d'indicateurs dans les six domaines de développement de la petite enfance par préjudice socioéconomique, éloignement, statut autochtone, état de handicap et éducation/emploi des parents, si possible
5. Les enfants participent à des activités éducatives et en tirent profit	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquentation préscolaire et scolaire • Alphabétisation • Numératie • Participation à l'école
6. Les familles sont confiantes et ont les capacités de soutenir le développement de leurs enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau social familial • Qualité/capacité de parentalité
7. Des services de qualité pour le développement de la petite enfance qui soutiennent les choix des familles en matière de participation au marché du travail	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des services d'éducation et d'accueil de la petite enfance • Accessibilité des services d'éducation et d'accueil de la petite enfance



A.4.2.2 National Indicators for Children’s Health, Development and Wellbeing (2008) (en anglais seulement)

Le document *National outcome measures for early childhood development: Development of an indicator-based reporting framework (2011)* a été précédé par un cadre national complet d’indicateurs clés pour la santé, le développement et le bien-être des enfants, créé en 2008. Ce document comprenait 39 indicateurs, y compris les influences individuelles, familiales et sociétales sur la santé et le bien-être des enfants, avec 55 mesures dans six dimensions : la santé physique, la santé cognitive, les déterminants sociaux qui peuvent avoir des effets néfastes sur les enfants, l’environnement familial et communautaire des enfants, la sûreté et la sécurité, ainsi que la performance du système de santé (AIHW, 2008). Tous les indicateurs n’avaient pas de mesures robustes définies. Bien que le cadre reflète une politique gouvernementale

axée sur l’intervention précoce et la prévention, la majorité des indicateurs restent axés sur la santé et les déficiences. Le niveau de participation des populations autochtones à l’élaboration de ces indicateurs n’est pas clair.

A.4.2.3 National Framework for Protecting Australia’s Children (2009) (en anglais seulement)

Un cadre distinct a été élaboré pour se concentrer sur la protection des enfants australiens placés (AIHW, 2009). Ce cadre, approuvé par le Conseil des gouvernements australiens en 2009, engage les gouvernements des États et des territoires à collaborer avec le secteur communautaire pour élaborer un plan à long terme visant à promouvoir et à améliorer la sécurité et le bien-être des enfants. Le cadre national comporte plusieurs domaines couvrant plusieurs groupes d’âge, organisés en fonction des résultats spécifiques que les indicateurs visent à atteindre. Il

reflète principalement des indicateurs fondés sur les points forts ou axés sur les solutions, dans le cadre d’une approche holistique qui considère le bien-être de l’enfant comme étant étroitement lié à son environnement et à ses expériences dans la petite enfance.

A.4.2.4 Audit and Best Practice for Chronic Disease (2002) (en anglais seulement)

Comme l’Australie a fait de l’amélioration continue de la qualité (ACQ) une exigence pour le financement des programmes et des services de santé destinés aux Aborigènes et aux insulaires du détroit de Torres, elle a été largement adoptée dans les établissements de soins de santé primaires des populations autochtones (Sibthorpe, Gardner et McCaullay, 2016 ; Gardner et al., 2018). Plusieurs cadres et mesures ont été élaborés pour évaluer les performances du système de santé et les résultats en matière de santé, dont certains



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 534219976

visent spécifiquement les jeunes enfants autochtones. En 2002, le National Research Partnership sur l'audit et les meilleures pratiques en matière de maladies chroniques (ABCD, Audit and Best Practice for Chronic Disease) a élaboré un cadre pour évaluer les services de santé autochtones et l'a mis en œuvre dans le Territoire du Nord de l'Australie. Le cadre est axé sur un ensemble de mesures liées à la création de systèmes, aux processus de soins et aux résultats intermédiaires des soins (gouvernement australien, ministère de la Santé, s.d.). Bien qu'à l'origine, le cadre ait été axé sur la prévention et la gestion des maladies chroniques, il a été adapté pour être utilisé dans l'évaluation d'autres services de santé aux Autochtones, notamment les soins prénataux (Gibson-Helm et al., 2016) et les soins de santé maternelle (Rumbold et al., 2011). Les indicateurs couvrent un large éventail de déterminants sociaux, ainsi que des initiatives de promotion de la santé et de prévention.

A.4.2.5 Framework for Performance Assessment in Primary Health Care (2017) (en anglais seulement)

Sibthorpe et ses collègues (2017) ont mis au point une série d'indicateurs liés à l'amélioration continue de la qualité de l'otite moyenne chez les enfants autochtones. Les indicateurs ont été élaborés dans le cadre du processus consensuel d'un groupe d'experts, composé d'un groupe de professionnels possédant des connaissances et une expertise étendue et travaillant dans le contexte des Aborigènes et des insulaires du détroit de Torres. Le cadre conceptuel utilisé pour élaborer ces indicateurs est le *Framework for Performance Assessment in Primary Health Care* (Cadre d'évaluation des performances dans les soins de santé primaires), qui s'appuie sur le modèle conceptuel de Donabedian (1988), impliquant trois composantes pour l'accès à la qualité des soins : la structure, le processus et le résultat. Aucun des indicateurs sélectionnés n'était axé sur les

composantes structurelles liées aux attributs des fournisseurs de services de santé. La plupart des indicateurs se sont concentrés sur les processus de soins, notamment le dépistage, la prescription, la planification des soins, le suivi, l'orientation et le dépistage de la perte auditive. Un seul indicateur portait sur les résultats (incidence des maladies de l'oreille). En se concentrant principalement sur les indicateurs de traitement, de prévention et de soins plutôt que sur l'incidence des maladies, le cadre adopte une approche axée sur les points forts et les solutions.

A.4.2.6 Overcoming Indigenous Disadvantage (2003-2016) (en anglais seulement)

En 2002, le Conseil des gouvernements australiens (COAG) a chargé un comité directeur d'élaborer un cadre permettant de rendre compte régulièrement des préjudices subis par les Autochtones. Le cadre,

intitulé *Overcoming Indigenous Disadvantage* (surmonter les préjudices subis par les Autochtones), est né en réponse à la volonté du gouvernement de parvenir à une « réconciliation pratique », définie comme la « recherche de l'égalité statistique entre le niveau de vie des Autochtones et celui des autres Australiens dans les domaines de la santé, du logement, de l'éducation et de l'emploi » (Taylor, 2008, p 114). Il s'inspire largement des indicateurs sociaux disponibles dans les recensements et les enquêtes, et est construit autour d'un modèle de préjudice pour les Autochtones qui met l'accent sur la sécurité, la santé et le soutien des familles, des écoles et des communautés pour le développement de l'enfant, y compris des communautés et une identité culturelle fortes, un développement positif de l'enfant, et une amélioration de la création de richesse et de la durabilité économique aux niveaux individuel et collectif (Taylor, 2008). Le cadre est basé par ailleurs sur les données probantes existantes concernant les causes des préjudices subis par les Autochtones et les facteurs de protection qui contribuent au bien-être (Productivity Commission, 2016).

Il définit sept objectifs sociaux et économiques de haut niveau et deux niveaux d'indicateurs. Bien qu'il ne vise pas spécifiquement les enfants aux premiers stades de leur développement, un domaine d'action stratégique se concentre sur le développement des jeunes enfants et comprend des indicateurs liés aux soins prénataux, aux comportements de santé pendant la grossesse, au taux de natalité des adolescentes, au poids à la naissance, aux hospitalisations des jeunes enfants, aux blessures et aux maladies évitables, à la santé des oreilles et aux compétences de base pour la vie et l'apprentissage. En outre, les éléments clés qui influencent l'environnement des enfants et qui affectent leur santé émotionnelle, spirituelle, physique et mentale sont intégrés dans chacun des domaines d'action stratégiques. La culture est profondément ancrée dans le cadre en tant que « gouvernance, leadership et culture », avec des indicateurs liés à la revitalisation des langues autochtones, aux études culturelles, à la participation aux activités communautaires et à l'accès aux terres et aux eaux traditionnelles. Le cadre représente donc une approche globale, holistique, fondée sur les points forts et orientée vers les solutions pour mesurer la santé et le bien-être des enfants.

A.4.2.7 Social, Cultural and Spiritual Well-being Indicators for Indigenous Children in Care (2007) (en anglais seulement)

De nombreux cadres de travail sur la santé et le bien-être des enfants utilisés en Australie ne tiennent pas suffisamment compte des préoccupations des Autochtones concernant le développement social, culturel et spirituel des enfants autochtones. McMahon, Reck et Walker (2007) ont tenté de répondre à cette préoccupation en menant des recherches avec des travailleurs de la protection des enfants autochtones et des familles d'accueil afin de définir des indicateurs dans les domaines du bien-être social, culturel et spirituel des enfants autochtones placés. Une conception relationnelle large du bien-être a été utilisée pour créer dix indicateurs étroitement liés aux connaissances et aux modes de vie autochtones. Les indicateurs sociaux comprennent le lien avec une famille de sang, des compétences sociales appropriées et des compétences appropriées pour vivre de façon indépendante. Les indicateurs culturels comprennent la connaissance des relations familiales étendues, la connaissance du pays, la participation aux cérémonies



culturelles, la connaissance de la langue et la connaissance des codes de conduite des Autochtones. Les indicateurs spirituels comprennent la participation à des cérémonies religieuses et la reconnaissance active du système de croyances d'un enfant. Cette recherche n'indique pas si des sources de données sont disponibles pour les indicateurs ou si ceux-ci sont destinés à être utilisés comme outil d'enquête au sein des communautés autochtones. Bien que ces indicateurs ne soient pas spécifiques aux enfants en phase de développement précoce, le cadre est important car il constitue la première tentative de définir ce que les Australiens autochtones considèrent comme des indicateurs de bien-être pour les enfants placés (McMahon et al., 2007). Dans ce cadre, la santé physique et émotionnelle n'existe qu'au sein d'une communauté culturelle.

A.4.3 Nouvelle-Zélande

En 2007, la Nouvelle-Zélande a adopté un cadre national complet pour évaluer la santé et le bien-être des enfants et des jeunes, basé sur la recherche et les meilleures pratiques, ainsi qu'un processus de consultation en deux étapes impliquant le personnel de santé des enfants et des jeunes (Craig, Jackson, Han et comité directeur du NZCYES, 2007 ; Simpson et al., 2017). Le cadre associe les fonctions

de surveillance de la santé de la population à celles d'évaluation des besoins en matière de santé, ce qui permet de suivre les indicateurs clés et de hiérarchiser les questions essentielles. Il est holistique et comprend les éléments émotionnels, physiques, spirituels, culturels et mentaux de la santé, ainsi que des indicateurs liés à la promotion de la santé, à la prévention des maladies, au dépistage, à l'utilisation des services et au traitement. Il adopte également une approche globale de la surveillance de la santé et des déterminants de la santé, et situe la santé des enfants dans le contexte des relations et de la connexité avec les familles, les communautés, la culture et l'environnement. Cependant, malgré l'inclusion de l'identité culturelle dans le cadre, il manque des indicateurs spirituels et culturels, à l'exception des secteurs de l'éducation et de l'éducation de la petite enfance.

Comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande a condensé son cadre global plus large en un « top 20 » des indicateurs de santé des enfants et des jeunes qui pourrait être utilisé par les conseils de santé pour établir des priorités. Ces 20 indicateurs ne couvrent que trois des domaines, avec 12 indicateurs recommandés sous la rubrique⁵ Santé et bien-

être des individus et des Whānau, quatre indicateurs recommandés sous la rubrique Déterminants socioéconomiques et culturels, et quatre indicateurs recommandés sous la rubrique Facteurs de risque et de protection. Parmi ces 20 indicateurs, la plupart sont soit spécifiquement axés sur le stade de développement de la petite enfance, soit ont une pertinence considérable pour ce stade, notamment le faible poids à la naissance (petit pour l'âge gestationnel, naissance prématurée), la mortalité infantile, la santé bucco-dentaire, les blessures résultant d'agressions sur des enfants, les blessures totales et involontaires, les infections bactériennes graves, la morbidité et la mortalité infantiles dues aux affections des voies respiratoires inférieures, les grossesses d'adolescentes, les enfants de familles aux ressources socioéconomiques limitées, la surpopulation des ménages, la fourniture et l'utilisation des soins de santé primaires, l'allaitement, la surcharge pondérale et l'obésité, l'exposition à la fumée de cigarette à la maison, et la vaccination. Ces indicateurs sont tous pertinents pour évaluer la santé et le bien-être des jeunes enfants autochtones.

⁵ Whānau est un mot māori qui désigne la famille élargie.

ANNEXE B : INDICATEURS DE L'ENQUÊTE SUR LES ENFANTS AUTOCHTONES (EEA) (2006)



DOMAINE	THÈME DE L'INDICATEUR	SOUS-THÈME	INDICATEURS CHOISIS
	Renseignements sur le ménage		<ul style="list-style-type: none"> • Identificateurs des Autochtones • Composition du ménage
Vie saine	Santé des enfants		<ul style="list-style-type: none"> • Poids à la naissance • Accès aux soins de santé (y compris les guérisseurs traditionnels) • Obstacles à l'accès aux professionnels de la santé ou aux médicaments • Limitations de l'activité physique • Affections de longue durée • Trouble déficitaire de l'attention • Autisme • Déficiences • Blessures
	Alimentation et nutrition		<ul style="list-style-type: none"> • Allaitement • Nombre de repas de l'enfant par jour • Consommation d'aliments traditionnels/régionaux et fréquence par type d'aliments • Sécurité alimentaire
	Sommeil		<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'heures de sommeil par nuit • Heures de sommeil dans la journée • L'enfant dort-il seul ou avec d'autres personnes ?
	Étapes du développement (0 à 1 an)		<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant cherche une personne ou une chose perdue ou hors de vue • Enfant porté régulièrement (porte-bébé Snuggli, amauti, planche porte-bébé ou porte-bébé doublé de mousse) • Capacité à s'asseoir sans aide
	Étapes du développement (2 à 5 ans)		<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à s'habiller • Est propre • Peut jouer à tour de rôle

Famille et communauté	Réconfort		<ul style="list-style-type: none"> • D'autres personnes sont-elles impliquées dans l'éducation de l'enfant ? • Participation au programme pour enfants/parents • Démontre son affection
	École		<ul style="list-style-type: none"> • Va actuellement à l'école
	Garde d'enfants		<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant bénéficie-t-il d'une garde régulière ? • Principale raison pour laquelle les enfants ne bénéficient pas de services de garde (obstacles) • Raisons de recourir à la garde d'enfants • Type de garde d'enfants le plus utilisé • S'agit-il d'un service de garde agréé ? • Nombre d'heures par semaine en garde • Langues les plus souvent utilisées dans les services de garde d'enfants • Exposition à d'autres langues dans les services de garde, y compris les langues autochtones • La garde d'enfants promeut-elle les valeurs et les coutumes traditionnelles et culturelles des Premières nations, des Inuits ou des Métis ? • Coût de la garde d'enfants par semaine/mois • Autres types de garde d'enfants utilisés régulièrement • Type de garde d'enfants préféré • Raisons pour lesquelles vous n'utilisez pas ce type de garde d'enfants • L'enfant a-t-il déjà été retiré ou séparé de sa famille par une agence de protection de l'enfance ?
Langue			<ul style="list-style-type: none"> • Langues parlées ou comprises • Langues dans lesquelles l'enfant peut exprimer ses besoins • Langue parlée le plus souvent à la maison • Exposition aux langues autochtones (fréquence) • Importance de parler/comprendre une langue autochtone
Forces et difficultés (2 à 5 ans)			<ul style="list-style-type: none"> • Généralement apprécié par les autres enfants • Facilement distrait, son attention vagabonde
Apprentissage et activités			<ul style="list-style-type: none"> • Participe à des activités traditionnelles • Participer à la chasse, à la pêche, au piégeage ou au camping • Quelqu'un aide-t-il l'enfant à comprendre la culture et l'histoire des Premières nations, des Inuits ou des Métis ?
Profil des parents			<ul style="list-style-type: none"> • Ascendance et identité autochtones • Niveau d'éducation • Langue maternelle • Évaluation générale de la santé • Perception de la communauté par les parents

ANNEXE C : INDICATEURS DU QUESTIONNAIRE SUR LES ENFANTS ET LES JEUNES DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES PEUPLES AUTOCHTONES (EAPA) (2001)

DOMAINE	THÈME DE L'INDICATEUR	SOUS-THÈME	INDICATEURS CHOISIS
36	Renseignements personnels		<ul style="list-style-type: none"> Identificateurs des Autochtones
	État de santé général		<ul style="list-style-type: none"> État de santé de l'enfant évalué par les parents Taille et poids Activité physique Poids à la naissance
	Utilisation de soins de santé		<ul style="list-style-type: none"> Contact avec des professionnels de la santé (pédiatre, infirmière de santé publique, etc.) au cours des 12 derniers mois Nuits passées à l'hôpital
	Activités de la vie quotidienne et affections médicales		<ul style="list-style-type: none"> Déficits sensoriels, mobilité réduite et limitations d'activités Limitations d'activités (à l'école, à la maison) Maladies chroniques Médicaments
	Blessures physiques		<ul style="list-style-type: none"> Blessures survenues au cours des 12 derniers mois Type de blessure Cause de la blessure
	Soins dentaires		<ul style="list-style-type: none"> Traitement dentaire au cours des 12 derniers mois Type de soins dentaires requis
	Nutrition		<ul style="list-style-type: none"> Fréquence à laquelle l'enfant prend son petit déjeuner (semaine précédente) Consommation et fréquence par type d'aliment
	Éducation		<ul style="list-style-type: none"> Assiduité scolaire Participation à un programme de développement de la petite enfance ou à un programme préscolaire Développement de la petite enfance spécifique aux Autochtones ou participation à des programmes préscolaires Antécédents scolaires Facteurs qui entravent le travail scolaire
	Activités et relations sociales		<ul style="list-style-type: none"> Activités en dehors des heures de cours (sports, art/musique, passer du temps avec les aînés) Fréquence à laquelle les enfants se font lire des livres Qualité des relations (avec les pairs ou les camarades de classe, les enseignants, les parents, les frères et sœurs)
	Langue		<ul style="list-style-type: none"> Importance pour l'enfant de parler/comprendre la langue autochtone Capacité à parler/comprendre une langue autochtone Qui aide l'enfant à apprendre une langue autochtone ?

	Dispositions en matière de garde d'enfants		<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous actuellement recours à des services de garde d'enfants, tels qu'une garderie, une gardienne d'enfants ou la prise en charge par un parent ou une autre personne ? • Service de garde d'enfants principal • Heures par semaine que l'enfant passe dans ce type de garde
	Données sur le ménage		<ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'éducation des parents • Fréquentation d'un pensionnat par le parent • Composition du ménage • Source de revenu du ménage

ANNEXE D : INDICATEURS DE L'ENQUÊTE SUR LES MODES D'APPRENTISSAGE ET DE GARDE DES JEUNES ENFANTS (EMAGJE) (2019)

DOMAINE	THÈME DE L'INDICATEUR	SOUS-THÈME	INDICATEURS CHOISIS
	Participation à l'enquête		<ul style="list-style-type: none"> • Date de naissance de l'enfant
Apprentissage et garde des jeunes enfants	Dispositions		<ul style="list-style-type: none"> • Au cours des trois derniers mois, parmi les dispositions suivantes, lesquelles avez-vous utilisé habituellement (par exemple, garderie, école maternelle ou CPE ; garde par un membre de la famille autre qu'un parent) ? • Nombre d'heures par semaine consacrées à la garde d'enfants au cours des trois derniers mois • Actuellement, quel est, selon vous, le principal service de garde d'enfants ? • Le principal service de garde d'enfants est-il agréé ? • Combien payez-vous habituellement pour la garde de vos enfants ? • Quelles sont les principales raisons pour lesquelles vous avez choisi ce type de garde d'enfants plutôt qu'une autre disposition (par exemple, le lieu, le coût, les caractéristiques du programme, la capacité à répondre aux besoins particuliers de l'enfant en raison d'un handicap ou d'une maladie chronique) ? • Difficulté à trouver un service de garde d'enfants • Résultats des difficultés à trouver un service de garde d'enfants • Problèmes de garde d'enfants dans la communauté • Principale(s) raison(s) de la non-utilisation des services de garde d'enfants • Niveau d'éducation des parents • Identificateurs des Autochtones (enfant)

ANNEXE E : INDICATEURS DE L'ENQUÊTE SOCIALE GÉNÉRALE (ESG) (2011)



DOMAINE	THÈME DE L'INDICATEUR	SOUS-THÈME	INDICATEURS CHOISIS
Garde d'enfants	Les services de garde pour les enfants d'âge préscolaire		<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous utilisé une forme quelconque de dispositions en matière de service de garde ? • Avez-vous utilisé cette forme de service de garde de façon régulière ? • Quel type de service de garde décrit le mieux celui auquel vous faites appel ? • Ce service découle-t-il d'un centre ou d'une famille qui s'appuie ou non sur un CPE ? • Où se situe le service en matière de garde ? • Quel est votre rapport avec la personne qui s'occupe de votre enfant ?
	Les services de garde pour les enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire		<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la raison principale qui vous a poussé à choisir ce type de service de garde pour votre enfant ? • Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous fait appel à ce service de garde ? • Combien d'heures par semaine ? • Quel âge avait votre enfant au moment où vous avez fait appel à ce service de garde pour la première fois ? • En moyenne, combien d'argent avez-vous consacré à ce service de garde ? • Ces coûts sont-ils : par jour, par semaine, par mois ? • Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la qualité générale du service (principal) de garde auquel vous avez fait appel ? • Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas satisfait de la qualité générale de ce service de garde ? • Recourez-vous à d'autres types de service de garde autres que celui auquel vous faites appel à l'heure actuelle ?
Caractéristiques/ profil du parent	Activité principale de la personne sondée/du compagnon		<ul style="list-style-type: none"> • Au cours des 12 derniers mois, votre activité principale consistait-elle à travailler dans le cadre d'un emploi rémunéré ou d'une entreprise, à chercher du travail rémunéré, à fréquenter l'école, à vous occuper d'enfants, à effectuer du travail ménager, à être à la retraite ou à autre chose ?
	Activité principale de la personne sondée/du compagnon		<ul style="list-style-type: none"> • Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de semaines avez-vous été employé ?
	Éducation de la personne sondée/du compagnon		<ul style="list-style-type: none"> • Sans compter la maternelle, combien d'années d'études au primaire et au secondaire avez-vous terminé avec succès ? • Obtention du diplôme d'études secondaires • Niveau de scolarité le plus élevé


ANNEXE F : INDICATEURS RELATIFS À LA GARDE D'ENFANTS DE L'ENQUÊTE SOCIALE GÉNÉRALE (ESG) (2017) ET INDICATEURS RELATIFS À LA GARDE D'ENFANTS

DOMAINE	THÈME DE L'INDICATEUR	SOUS-THÈME	INDICATEURS CHOISIS
Garde d'enfants	Éducation des enfants		<ul style="list-style-type: none"> • Assiduité scolaire • Fréquence de l'assiduité scolaire
	Garde d'enfants		<ul style="list-style-type: none"> • Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des mesures pour qu'on s'occupe de votre enfant en raison du travail ou de toute autre raison ? • Fréquence des dispositifs de garde • Type principal de garde d'enfants • Personnes apparentées ou non apparentées fournissant un service de garde • S'agit-il d'un service de garde agréé ?
	Services de garde pour les enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire		<ul style="list-style-type: none"> • Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous fait appel à ce service de garde ? • Combien d'heures par semaine ? • Coût des services de garde
	Préférences en matière de garde d'enfants		<ul style="list-style-type: none"> • Si vous aviez le choix, préféreriez-vous utiliser un autre type de garde d'enfants que celui auquel vous faites appel présentement ? • Type de garde d'enfants préféré • Raison pour laquelle on n'utilise pas ce type de garde d'enfants
	Personnes qui ne recourent pas ou peu à la garde d'enfants		<ul style="list-style-type: none"> • Raison principale pour laquelle on ne fait pas appel à un service de garde d'enfants
Caractéristiques/ profil du parent	Éducation		<ul style="list-style-type: none"> • Assiduité scolaire actuelle • Niveau de scolarité le plus élevé
	Emploi		<ul style="list-style-type: none"> • Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de semaines avez-vous été employé ? • Nombre habituel d'heures travaillées
	Activité principale de la personne sondée/du compagnon		<ul style="list-style-type: none"> • Activité principale du compagnon au cours de la dernière année (p. ex., travail, études))
	Éducation de la personne sondée/du compagnon		<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de scolarité le plus élevé du compagnon de la personne sondée

ANNEXE G : PHASE 1 (ENQUÊTE SUR LES ENFANTS) DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS (ERS) (2002-2003)

DOMAINE	THÈME DE L'INDICATEUR	INDICATEURS CHOISIS
Santé et bien-être de l'enfant	Renseignements personnels	<ul style="list-style-type: none"> • Date de naissance • Lieu de la communauté
	Renseignements sur le ménage	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques du ménage • Composition du ménage • Niveau d'éducation du parent
	Langue et culture traditionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Importance d'inciter l'enfant à apprendre une langue autochtone • Langues comprises ou parlées • Importance des événements traditionnels culturels dans la vie de l'enfant • Qui aide l'enfant à comprendre sa culture ?
	État de santé général	<ul style="list-style-type: none"> • Poids à la naissance • Exposition prénatale (cigarettes) • Allaitement • Taille et poids
	Affections	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes chroniques (p. ex., allergies, asthme, maladie cardiaque, diabète)
	Blessures	<ul style="list-style-type: none"> • Type de blessure • Cause de la blessure
	Accès aux soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Obstacles à l'obtention de soins de santé
	Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Type de traitement dentaire requis • Les dents de l'enfant ont-elles été atteintes par la carie du biberon ?
	Alimentation et nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant a-t-il un régime alimentaire sain et équilibré ? • Consommation et fréquence par type d'aliment • Consommation et fréquence par type d'aliment traditionnel • Partage d'aliments traditionnels
	Activité physique	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence et participation à l'activité physique • Type d'activité physique

Bien-être émotionnel et social	<ul style="list-style-type: none"> • Activités parascolaires • Temps passé devant un écran
Éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquentation scolaire, y compris le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones • Rendement scolaire
Environnement domestique et milieu de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques du ménage • Composition du ménage
Services de garde d'enfants	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant s'est-il fait garder lorsque les parents travaillaient ou étudiaient ? • Principal service de garde d'enfants • Nombre d'heures par semaine en garde • Autres enjeux influençant le bien-être des enfants dans cette communauté qui devraient faire l'objet de questions
Pensionnats indiens	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquentation d'un pensionnat indien par le parent/grand-parent



Remarque : Les indicateurs du tableau ci-haut sont tirés du texte suivant : RHS 2002/03 : Child Questionnaire (FNIGC, 2002). <https://fnigc.inlibro.net/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=47> (en anglais seulement)

Les indicateurs varient légèrement en fonction des phases 1 à 3 de l'Enquête régionale sur la santé. Par exemple, l'immunisation sert d'indicateur dans les phases 2 et 3 de l'enquête. Pour consulter la liste complète d'indicateurs des phases 1 à 3 de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, veuillez-vous référer aux sources suivantes : <https://fnigc.ca/first-nations-regional-health-survey.html>

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). (2005). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002 à 2003*. Ottawa, Ontario : Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations.

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). (2012). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008 à 2010 : Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations*. Ottawa, Ontario : Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations.

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). (2018). *Rapport national de la Phase 3 de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations : Volume 1*. Ottawa, Ontario : Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (Voir les pages 10 et 11 pour une liste complète des indicateurs utilisés dans les phases 1 à 3).

ANNEXE H : INDICATEURS DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA PETITE ENFANCE, L'ÉDUCATION ET L'EMPLOI DES PREMIÈRES NATIONS (EREEEPN) (Y COMPRIS LA COMPARAISON AVEC LES INDICATEURS DE L'EEA)

Indicateurs 0 à 11 de l'EREEEPN	Enfant	Famille	Contexte	Indicateurs 0 à 5 de l'EEA (thème)
Activités parascolaires	✓			
Poids à la naissance	✓			✓
Indice de masse corporelle	✓			
Allaitement ou biberon	✓			✓
Intimidation/sécurité personnelle	✓			✓
Changement d'école	✓			
Garde d'enfants	✓			✓
Communication/développement précoce/étape de développement	✓			✓
Communication avec l'école		✓		
Trajets entre la maison et l'école/le travail	✓	✓		
Culture à l'école	✓	✓		✓
Données démographiques			✓	✓
Éducation			✓	✓
Participation à un programme de développement de la petite enfance (y compris le Programme d'aide préscolaire)	✓			✓
Exposition à la fumée secondaire (au domicile et/ou dans la voiture)	✓			✓
Enseignants des Premières Nations			✓	✓
Alimentation et nutrition/alimentation traditionnelle	✓	✓		✓
⁴² Sécurité alimentaire	✓	✓		✓

Santé générale (auto-évaluation de la santé)	✓			✓
Affections et maladies chroniques	✓			✓
Langue	✓	✓		✓
Alphabétisation	✓	✓		✓
Comportement maternel/santé prénatale/exposition prénatale		✓		
Migration			✓	✓
Réconfort		✓		✓
Caractéristiques parentales (éducation, emploi, etc.)		✓		✓
Participation des parents (à l'école et/ou au domicile)		✓		✓
Source de soutien parental		✓		✓
Activité physique	✓	✓		✓
Racisme	✓			
Pensionnat indien		✓	✓	✓
Assiduité scolaire/absentéisme	✓			✓
Climat scolaire			✓	
Lieu scolaire			✓	
Rendement scolaire	✓			
Temps passé devant un écran/comportement sédentaire	✓			✓
Sommeil	✓			✓
Spiritualité et religion	✓	✓		
Technologie au domicile/accès à la technologie	✓	✓		✓
Savoir/enseignements traditionnels	✓	✓		✓
Tutorat	✓			

ANNEXE I : ENQUÊTE SUR LA SANTÉ AUPRÈS DES ENFANTS INUITS DU NUNAVUT

DOMAINE	THÈME DE L'INDICATEUR	SOUS-THÈME DE L'INDICATEUR	INDICATEURS CHOISIS
Santé des enfants inuits	Appartenance autochtone		<ul style="list-style-type: none"> • Enfants qui ont des rapports quotidiens avec la famille élargie • Qui s'occupe le plus souvent des enfants ? • Où demeure l'enfant au cours de la journée ? • Présence d'un chasseur au domicile • Le ménage distribue des aliments prélevés dans la nature • Réception d'aliments prélevés dans la nature dans le cadre d'un réseau de partage • Préférences alimentaires • Soucis évoqués en matière de la présence de contaminants dans les aliments prélevés dans la nature • Langue principale parlée par l'enfant • Fréquentation d'une garderie par l'enfant
	Environnement physique et social	Renseignements sur le ménage	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre moyen de personnes résidant au domicile • Logement surpeuplé • Logement social • Logement nécessitant des réparations • Soutien au revenu • Visiteurs itinérants au cours des 12 derniers mois • Coût moyen hebdomadaire des aliments et des dépenses • Interdiction de fumer dans la maison
	Comportements en matière de santé/santé	Santé maternelle	<ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme • Consommation d'alcool • L'enfant est allaité • Durée moyenne de l'allaitement • Consommation de vitamines prénatales
		État de santé général	<ul style="list-style-type: none"> • Cote attribuée par le répondant concernant la santé de l'enfant • Otite/traitement d'une otite au cours de la dernière année • Incidence d'hospitalisation durant la vie de l'enfant • Enfant ayant reçu un diagnostic d'allergie, de maladie chronique ou de déficience au cours de la dernière année • L'enfant s'est rendu à un centre de santé ou à l'hôpital en raison d'une blessure au cours de la dernière année

ANNEXE J : MODÉLISATION DES RÉSULTATS PAR RAPPORT AUX PRINCIPES DU CADRE D'APPRENTISSAGE ET DE GARDE DES JEUNES ENFANTS AUTOCHTONES

Chacun des neuf principes de ce cadre fait l'objet d'un examen ci-bas par rapport aux résultats de la vue d'ensemble afin de dégager les points forts et les lacunes. Ces renseignements sont résumés dans le tableau 3.

1. Savoir, langues et cultures autochtones

L'AGJEA est enraciné dans les connaissances, les langues et les cultures des Premières Nations, des Inuits et des Métis auxquels il s'adresse.

Exemples d'indicateurs :

- Le programme compte des composantes relatives à la langue et à la culture
- Programmes de langue destinés aux jeunes enfants et aux familles (possibilités éducatives pour l'apprentissage de la langue)
- Exposition des enfants à la langue au domicile ou au sein de la communauté
- Capacité à employer des mots autochtones

Sources des données et des renseignements :

- Enquête sur les enfants autochtones : questions sur la langue
- Questions d'enquête sur la maturité scolaire du Programme d'aide préscolaire aux

Autochtones (PAPA) en lien avec la participation culturelle et la langue

- Questions sur la langue spécifiques de l'EREEEPN
- L'ISGPNI et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones ont des principes, au sein de leur programme, qui sont centrés sur les langues autochtones. On a recueilli des données sur les programmes et des données administratives.
- Évaluation du PAPACUN : % de parents/gardiens qui rapportent un accroissement de l'exposition de l'enfant à la culture autochtone
- Greenwood et Shawana, 2000
- Saniguq Ullrich, 2019

Lacunes et limites en matière d'information :

- Aucun cadre de mesure des indicateurs spécifiques n'a été élaboré pour le Cadre d'AGJEA

Remarques et réflexions pour les futurs travaux :

- Il pourrait s'avérer utile de jeter un regard plus approfondi sur les initiatives plus larges en matière de langues et sur les cadres qui s'y rapportent
- Envisager des programmes d'immersion culturelle et linguistique complets

2. Pouvoir décisionnel des Premières Nations, des Inuits et des Métis

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont des peuples distincts ayant des droits d'autodétermination, notamment le droit de contrôler la conception, l'exécution et l'administration d'un système d'AGJEA qui reflète leurs besoins, priorités et aspirations uniques.

d'indicateurs :

- Les PN/I/M cocréent un système d'AGJEA avec le Canada
- Les PN/I/M collaborent avec les P/T dans la mise en œuvre d'un système d'AGJEA
- Les communautés participent à la conception et à la mise en œuvre des politiques et des programmes dans leur communauté

Sources des données et des renseignements :

- Cadre du programme de PISGPNI
- Voir aussi Greenwood et Shawana, 2000

Lacunes et limites en matière d'information :

- Aucun indicateur ne mesure le niveau d'autodétermination des PN/I/M.

Remarques et réflexions pour les futurs travaux :

- Les programmes devraient être dirigés et contrôlés au niveau communautaire (participation des parents de la conception jusqu'à l'exploitation des services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants). En Nouvelle-Zélande, la participation active des parents dans le cadre de la programmation peut servir d'exemple (Greenwood, 2009).
- Le Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones répond précisément à ce principe, dans la mesure où il comprend un cadre propre aux PN/I/M. Il existe une possibilité d'élaborer des indicateurs relatifs à ce principe.
- Parmi les sources des données qui illustrent ce principe, on compte l'ERS et l'EREEEPN.

3. Programmes et services de qualité

Les programmes et services d'AGJE adaptés à la culture et distincts sont enracinés et adaptés aux cultures autochtones et offerts dans le cadre d'une approche globale favorisant le bien-être des enfants et des familles et la création de programmes et d'environnements sains, réconfortants et dotés de ressources. S'y rattachent des éducateurs de petite enfance qui sont bien éduqués, bien formés et bien rémunérés et qui travaillent dans un milieu sain, équitable et solidaire.

Exemples d'indicateurs :

- Curriculum/programmation qui s'enracine dans des valeurs et des langues culturelles des PN/I/M
- Ratios éducateurs-enfants
- Formation, certification et salaires du personnel
- Normes, règlements, permis et surveillance
- Environnement physique sécuritaire
- Administration et financement
- Participation de la famille ou de la communauté au programme

Sources des données et des renseignements :

- L'EEA et l'EREEEPN disposent de données sur la langue, sur les enseignants des Premières Nations, sur la participation parentale, sur l'enseignement de la culture traditionnelle
- « Raising the Village » compte des indicateurs se rapportant aux enfants plus âgés et présentent aux élèves des possibilités d'apprendre au sujet de la culture

- L'enquête sur la maturité scolaire du PAPA comporte des questions liées à la participation culturelle et à la langue ainsi qu'aux étapes de développement.
- Le cadre des programmes de l'ISGPNI, du PAPACUN et du PAPA fait référence à des modèles de financement
- Question d'évaluation du PAPACUN : « Dans quelle mesure les praticiens en développement du jeune enfant ont-ils accédé et utilisé les activités en matière de connaissances ? »
- Voir aussi Greenwood et Shawana (2000), Saniguq Ullrich (2019)

Lacunes et limites en matière d'information :

- Manque d'indicateurs uniformes dans l'ensemble des cadres.
- Actuellement, il n'existe pas de cadre de mesure.
- Des mesures sont nécessaires pour le perfectionnement professionnel du personnel

Remarques et réflexions pour les futurs travaux :

- Consulter Greenwood et Shawana (2000) pour obtenir une première étude sur la qualité en matière d'AGJEA.
- Nécessité d'adopter des indicateurs particuliers conçus grâce à des travaux fondés sur la distinction en collaboration avec les PN/I/M.
- Accréditation des programmes de formation afin d'assurer la mise en place de cours axés sur la petite enfance autochtone.
- Mise sur pied de mesures créatives et innovatrices permettant d'évaluer l'acquisition de l'identité culturelle.
- Importance d'enraciner les pratiques et la structure des programmes dans la culture et les valeurs de la communauté. Programmes locaux régis par les communautés.
- Cette section devrait orienter le lecteur vers des renseignements tirés du Cadre d'AGJEA et vers l'accord multilatéral qui s'y rapporte.
- Les normes, les régulations et le suivi, les ratios enfants-personnel et la formation du personnel sont autant de facteurs qui s'inscrivent dans le contexte de la qualité.
- Les résultats des systèmes appuient la prestation des programmes, y compris le financement.
- Les membres du personnel appartiennent à une communauté des PN/I/M.

4. Approche axée sur les enfants et les familles

L'enfant est compris dans le contexte familial et les familles sont directement impliquées dans la prestation d'un continuum de programmes, de services et d'aides, de la période prénatale à l'âge scolaire et au-delà. Les familles sont soutenues dans la guérison des traumatismes passés et présents.

Exemples d'indicateurs :

- Indicateurs relatifs au développement de l'enfant (p. ex., le développement langagier, les capacités motrices, la maturité scolaire)
- Indicateurs de la santé de l'enfant (poids à la naissance, nutrition, maladie chronique ou autre maladie, indice de masse corporelle, immunisation, sommeil, activité physique)
- Indicateurs parentaux ou familiaux centrés sur des déterminants sociaux (la santé et l'exposition prénatale, l'état de santé et les maladies chroniques, le revenu, l'éducation et l'alphabétisation, la sécurité alimentaire, le logement et le surpeuplement, l'appui familial et parental, le navetage, les pensionnats indiens et le traumatisme intergénérationnel)
- Participation parentale aux programmes

Sources des données et des renseignements :

- EEA : 21 questions sur les stades du développement (de 0 à 1 an) et 17 questions sur l'apprentissage précoce et le développement ainsi que les stades du développement (de 2 à 5 ans)
- EREEEP - questions démographiques et familiales
- Info base de la santé publique du Canada - questions spécifiques à la santé des jeunes enfants
- Étude sur la maturité scolaire du PAPACUN - questions sur les effets du développement langagier, des capacités motrices et des compétences académiques et parentales résultant du programme, compréhension des moyens d'assurer la bonne santé de l'enfant grâce au programme
- ISGPNI/PAPACUN/PAPAR - participation parentale
- Évaluation du PAPACUN - % d'enseignants du primaire qui signalent la maturité scolaire; % de parents ou de soignants qui déclarent que le programme a aidé à améliorer la santé et le bien-être

de leurs enfants; % de parents ou de gardiens qui déclarent que leurs compétences parentales se sont améliorées grâce à leur participation au programme; % de parents ou de gardiens qui affirment mieux comprendre les démarches à prendre pour assurer la bonne santé de leurs enfants à la suite de leur participation au programme; croissance du bien-être des communautés au sein desquelles le programme est mis en place

- Programmes centrés sur les déterminants sociaux de la santé de la famille : Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), Grandir ensemble, initiative de réinvestissement de la Prestation nationale pour enfants (RPNE) des Premières Nations

Lacunes et limites en matière d'information :

- Manque de données sur le développement de l'identité autochtone chez les jeunes enfants (comment mesure-t-on ce facteur ?)
- Étapes de vie culturelles et développementales autochtones (p. ex., la cérémonie où l'enfant reçoit son nom, où il fait ses premiers pas, etc.)
- Bien que l'évaluation du PAPACUN offre d'excellents renseignements et questions, son échantillon est petit, ce qui fait que l'applicabilité de ses résultats à d'autres fins est limitée

Remarques et réflexions pour les futurs travaux :

- Il est ici question du bien-être de l'enfant et de la famille.
- Les résultats liés à la santé et au bien-être de l'enfant, ainsi que les indicateurs qui s'y rapportent, constituent le point de départ permettant de conceptualiser l'enfant dans le contexte de la famille.
- En Nouvelle-Zélande, la participation active des parents dans le cadre de la programmation peut servir d'exemple (Greenwood, 2009).
- Le PAPA réussit à bien cerner la maturité scolaire, mais le facteur identité fait défaut ; il s'agit d'un programme axé sur les lacunes. À cet égard, l'ISGPNI est meilleur.
- L'enquête du PAPA en matière de maturité scolaire est une bonne source de données reflétant les effets du programme, y compris les indicateurs de la communauté et du bien-être

5. Inclusivité

Les programmes d'AGJE comprennent une gamme de mesures de soutien répondant aux multiples capacités des enfants, des familles et des communautés (y compris les capacités physiques, psychologiques et cognitives), et qui tiennent compte de leur emplacement géographique et de leur situation socioéconomique.

Exemples d'indicateurs :

- Le programme répond aux besoins de tous les enfants de la communauté, indépendamment de leur niveau de compétence
- Répond aux besoins des familles (p. ex., lieu, heures consacrées à la garde, possibilités de participation parentale)
- Transport offert dans les régions éloignées géographiquement

Sources des données et des renseignements :

- EMAGJE - mesure la capacité de répondre aux besoins particuliers de l'enfant souffrant d'une incapacité ou d'une maladie chronique
- Le PAPACUN et le PAPAR offrent le transport
- Évaluation du PAPACUN - % de sites qui interviennent auprès de familles vulnérables
- Selon l'évaluation du PAPACUN : « Le nombre d'enfants qui peuvent être acceptés dans un site du PAPACUN à un moment quelconque peut également varier selon le nombre d'enfants inscrits au programme qui ont des besoins particuliers, parce que les professionnels de la petite enfance disponibles doivent y consacrer plus de temps et de soin ». En 2015-2016, « 13 % des sites du PAPACUN ont déclaré ne pas avoir été en mesure d'accepter un enfant ayant des besoins particuliers en raison d'un manque de ressources, et 11 % des sites ont déclaré avoir limité leurs inscriptions totales afin de pouvoir accueillir le nombre élevé d'enfants ayant des besoins particuliers qu'ils ont servis » (Bureau de l'audit et de l'évaluation de Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, 2017, p. 22).

Lacunes et limites en matière d'information :

- Il faut avoir davantage de renseignements sur les capacités diverses des enfants (p. ex., compétences liées au développement, différences sur le plan de l'apprentissage, problèmes de santé chroniques, problèmes relatifs à la mobilité).

Remarques et réflexions pour les futurs travaux :

- Il faut établir des liens avec d'autres services connexes destinés aux enfants afin de s'assurer que les approches adhèrent à une collaboration holistique.
- Il faut établir des liens entre le fédéral, les territoires et les provinces ainsi que d'autres programmes afin d'assurer l'accès au financement et la prestation de services holistiques.

6. Approche souple et adaptable

Les programmes et services d'AGJE sont flexibles et répondent aux besoins particuliers des enfants, des familles et des communautés.

Exemples d'indicateurs :

- Répond aux besoins des familles (p. ex., lieu, heures consacrées à la garde, possibilités de participation parentale)
- Les programmes sont souples et peuvent répondre au changement des circonstances des enfants, des familles et des communautés
- Divers modèles de prestation des services (p. ex., groupes, centres, soins familiaux) sont disponibles au besoin

Sources des données et des renseignements :

- ESG 2017 - questions sur les dispositions en matière de garde d'enfants

Lacunes et limites en matière d'information :

- Il faut évaluer les besoins en matière de garde d'enfants dans les communautés autochtones.

7. Accessibilité

Les programmes et services d'AGJE sont disponibles et abordables pour tous les enfants et toutes les familles autochtones qui en ont besoin.

Exemples d'indicateurs :

- Il existe des programmes dans toutes les communautés
- Les programmes sont à la portée des familles et d'autres programmes pertinents
- Les programmes et services sont abordables
- Nombre d'enfants qui fréquentent les programmes
- Nombre d'enfants sur des listes d'attentes

Sources des données et des renseignements :

- EAPA et EREEEP – section sur les dispositions en matière de garde d'enfants
- EEA – questions sur les raisons pour lesquelles les parents ne font pas garder leurs enfants régulièrement (p. ex., manque d'espace pour la garde d'enfants, manque de soins pour des besoins particuliers, transport, langue de choix non disponible, pas de possibilité de participation parentale, heures de travail irrégulières)
- ESG 2017 – questions sur la garde agréée et non agréée et sur les préférences en matière de garde d'enfants
- Questions de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations sur les services de garde d'enfants et sur le nombre d'heures par semaine où l'on fait appel à ces services
- Évaluation du PAPACUN – nombre d'enfants inscrits

Lacunes et limites en matière d'information :

- Manque de données sur le caractère abordable des programmes d'AGJE

Remarques et réflexions pour les futurs travaux :

- Veuillez noter que certaines questions sur l'accessibilité ont trait aux préférences (p. ex., la langue du programme), alors que d'autres portent sur la logistique (p. ex., la capacité à se rendre au programme en raison de problèmes liés au transport) des mesures et des indicateurs utiles, mais l'échantillon ne comprenait pas d'enfants vivant dans les réserves dans les provinces.

8. Transparence et responsabilité

Les programmes d'AGJE sont conçus, livrés et financés de façon responsable vis-à-vis des enfants, des familles, des communautés et des partenaires ; les données sont partagées de façon transparente et éthique, faisant preuve de responsabilité réciproque et mutuelle entre les collaborateurs qui conçoivent, livrent et financent les services.

Exemples d'indicateurs :

- Les parents et les membres des communautés connaissent les programmes
- Évaluations et rapports périodiques au sujet des services communautaires relatifs à l'AGJE et aux objectifs globaux du système
- Il existe des structures de rapports administratives bien établies afin d'informer la communauté, les bailleurs de fonds et les partenaires

Sources des données et des renseignements :

- Il n'existe aucune donnée
- Les principes de l'ISGPNI, du PAPACUN et du PAPAN existent, mais ils n'ont pas été mesurés
- Évaluation du PAPACUN : données probantes des mesures prises pour rehausser l'efficacité ; écart entre les dépenses prévues et réelles, les tendances et les implications; données probantes et avis quant à la question de savoir si les fonds sont ciblés de façon appropriée; recueil d'information sur le rendement (données sur le rendement disponibles, fiables et complètes)

Lacunes et limites en matière d'information :

- Il n'existe aucune donnée

Remarques et réflexions pour les futurs travaux :

- La responsabilité existe à plusieurs niveaux, mais doit fournir un appui efficace à tous les niveaux. La responsabilité s'étale sur le niveau du cadre, des systèmes et des programmes afin d'assurer la prestation de services.
- Il importe d'élaborer un cadre de responsabilité cohérent (un modèle commun) qui permet la collecte de données dès le début de la planification et des programmes.
- La charge administrative est une considération importante lors de la conception d'indicateurs de responsabilité. Toutefois, on peut l'aborder d'une part par l'entremise d'outils simplifiés qui sont uniformes à tous les niveaux de l'opérationnalisation du système et d'autre part grâce à l'évaluation.

9. Respect, collaboration et partenariats

Les peuples autochtones montrent la voie en renforçant et en favorisant la collaboration et les partenariats nouveaux et émergents dans l'ensemble des secteurs, grâce aux nombreux acteurs responsables de la conception et de l'exécution de programmes visant l'atteinte d'objectifs communs. Les réseaux de soutien fondés sur les besoins de la communauté aident les familles et les communautés autochtones à prendre soin de leurs enfants de manière globale, holistique, efficace et efficiente.

Exemples d'indicateurs :

- Liens avec d'autres services connexes destinés aux enfants et aux familles dans les communautés afin d'assurer une prestation de services coordonnée et holistique
- Liens avec d'autres programmes FPT pour accéder au financement et assurer une prestation de services holistique
- Mise à profit des collaborations multisectorielles
- Collaboration avec des intervenants pertinents

Sources des données et des renseignements :

- Il n'existe aucune donnée
- Cadre du programme de l'ISGPNI
- Évaluation du PAPACUN - Nombre et pourcentage de sites qui mettent à profit la collaboration à divers niveaux ; nombre et pourcentage de sites qui ont touché des fonds d'autres sources et une ration de financement supplémentaire par rapport au financement de l'ASPC ; preuve d'une collaboration avec des intervenants pertinents

Remarques et réflexions pour les futurs travaux :

- Besoin d'établir un modèle de partenariat opérationnel de gouvernance





