



Édition 2012

En faisons-nous assez?

Un rapport de la situation des politiques publiques
canadiennes et de la santé des enfants et des
adolescents



Société
canadienne
de pédiatrie



3 **Historique**

4 **Résumé**



Prévention des maladies

6 Programmes de vaccination financés par le gouvernement

8 Mesures pour prévenir l'exposition des enfants et des adolescents au tabagisme



Promotion de la santé

10 Dépistage des troubles de l'audition chez les nouveau-nés

12 Bilan de santé amélioré à 18 mois

14 Plan d'intervention en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence

16 Plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques



Prévention des blessures

18 Loi sur le port du casque de vélo

20 Loi sur la sécurité des véhicules tout-terrain (VTT)

22 Loi sur les sièges d'appoint

24 Loi sur la sécurité en motoneige



Intérêts fondamentaux des enfants et des adolescents

26 Réduction de la pauvreté chez les enfants

28 Principe de Jordan

30 Défenseur à l'enfance et à l'adolescence

32 Politiques et programmes du gouvernement fédéral

34 **Références**

La documentation tirée du présent rapport peut être reproduite sans frais pour des besoins non commerciaux, pourvu que la Société canadienne soit citée comme source.

Société canadienne de pédiatrie
2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Téléphone : 613-526-9397
Télécopieur : 613-526-3332
www.cps.ca

© 2012 Société canadienne de pédiatrie

ISSN 1913-5661

L'élaboration du présent rapport a été financée par la Fondation Générations en santé, la fondation de la Société canadienne de pédiatrie.

This publication is also available in English, under the title *Are We Doing Enough? A status report on Canadian public policy and child and youth health*. (ISSN 1913-5645)

Historique

Les enfants et les adolescents canadiens héritent de nombreux défis que doit relever notre monde, et nous avons la responsabilité collective de les préparer à un avenir complexe. En qualité de familles, de collectivités et de décideurs, nous pouvons beaucoup accomplir pour leur faciliter la voie. Le présent rapport fait ressortir ce que les gouvernements doivent faire pour soutenir la santé, la sécurité et le bien-être des enfants et des adolescents, afin de mieux les protéger aujourd'hui et de les préparer pour demain.

Les mesures en matière de législation et de réglementation peuvent soutenir les parents et les familles dans leurs efforts pour élever des enfants compétents, en bonne santé et en sécurité. De nombreux exemples démontrent à quel point les lois et les politiques publiques ont amélioré la situation des enfants et des adolescents, telles que les lois sur le port de la ceinture de sécurité et sur le port du casque. Le présent rapport traite des politiques actuelles à plusieurs égards, contient des propositions d'améliorations et amène les enjeux essentiels à l'avant-plan des politiques gouvernementales.

Dans cette quatrième édition d'*En faisons-nous assez?*, la Société canadienne de pédiatrie (SCP) continue d'évaluer les principaux indicateurs de la santé des enfants et des adolescents sur les scènes provinciales, territoriales et fédérale. En plus d'évaluer les progrès à l'égard de ces indicateurs, elle fait ressortir des mesures précises pour améliorer les législations et les politiques

gouvernementales. Ces mesures se fondent sur des besoins clairs et sur des données probantes qui démontrent l'efficacité des interventions gouvernementales. Nous espérons que cette démarche orientera les décideurs à agir dans l'intérêt supérieur des enfants et des adolescents.

L'intervalle de deux ans entre les rapports permet de mettre en œuvre les changements de politiques. Dans certains domaines, on constate des améliorations. Par exemple, les provinces et les territoires continuent de renforcer les lois contre le tabagisme qui protègent les enfants. Des lois ou des politiques ont été adoptées pour améliorer l'état de santé mentale des enfants et des adolescents ainsi que pour les extirper de la pauvreté. Il reste toutefois beaucoup à faire. Ainsi, le dépistage des troubles de l'audition et le bilan de santé amélioré à 18 mois sont de nouveaux grands enjeux abordés dans le rapport de cette année.

En faisons-nous assez? contient une évaluation des politiques publiques dans quatre grands secteurs :

- La prévention des maladies
- La promotion de la santé
- La prévention des blessures
- Les intérêts fondamentaux des enfants et des adolescents

L'information contenue dans le présent rapport est à jour au 3 janvier 2012 et provient de documents gouvernementaux, de sites Web et de correspondance personnelle.

Sommaire

La petite enfance a des effets indisputables sur les chances de réussite plus tard dans la vie. Puisque l'on comprend mieux la relation entre les expériences de la petite enfance, le développement du cerveau et les issues, on sait désormais que les premières années de vie offrent des possibilités uniques à chaque enfant, à leur famille et à l'ensemble de la société¹. On sait depuis longtemps qu'en protégeant la santé et le bien-être des enfants, on améliore leur capacité de contribuer à la société à l'âge adulte. Désormais, l'accumulation de données probantes établies par des économistes milite fortement en faveur d'un investissement dans la santé et le développement de la petite enfance comme important catalyseur de la croissance économique.

La Société canadienne de pédiatrie travaille avec de nombreux organismes et organisations à soutenir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. Les gouvernements sont des acteurs clés : leur pouvoir législatif peut contribuer à sauvegarder de nombreux aspects essentiels de la santé et du bien-être des enfants et à créer un environnement public qui favorise la croissance et le développement. Les stratégies de promotion de la santé dirigées par le gouvernement ont un immense pouvoir de protection et de prévention, soit celui de sauver des vies et de prévenir les blessures, les incapacités et les maladies.

La SCP s'inquiète du peu d'améliorations apportées depuis la publication de la troisième édition du présent rapport, en 2009. En fait, les enfants et les adolescents du Canada perdent peut-être du terrain sur le plan des politiques publiques. À juste titre, le gouvernement s'est concentré sur l'économie en raison de la récente récession, mais la SCP est d'avis que les enfants et les adolescents représentent nos atouts les plus précieux. Plus encore, ils offrent le meilleur rendement possible des investissements publics en vue de garantir une économie solide et une nation en santé.

La vulnérabilité de l'enfance

La possibilité que les enfants profitent d'une bonne santé, d'un bien-être affectif et de la réussite dans la vie dépend largement de leur développement pendant

la petite enfance². Un milieu défavorisé peut créer chez l'enfant des déficits permanents, tandis qu'un apprentissage et des soins de qualité pendant la petite enfance peuvent contribuer à stimuler son développement cognitif et social.

D'après les recherches, plus du quart des enfants canadiens ne seraient pas tout à fait prêts à apprendre lorsqu'ils arrivent à la maternelle. Plus de 27 % n'atteignent pas au moins une mesure de développement physique, social, affectif ou cognitif³. Une intervention au secondaire peut arriver trop tard : certains enfants ne rattraperont jamais leur retard⁴. Si les enfants défavorisés sont plus vulnérables, les enfants de classe moyenne le sont également, ce qui fait de la vulnérabilité de la petite enfance un problème généralisé⁵. Outre les effets sur les individus, tels qu'une mauvaise santé et une moins bonne réussite scolaire, la vulnérabilité pendant la petite enfance peut également donner lieu à des problèmes sociétaux comme une plus grande dépendance à l'aide sociale et une plus forte probabilité de comportements criminels^{6,7}. La qualité du travail en souffre également et s'associe à de graves conséquences économiques. Il existe des liens évidents entre la moyenne des résultats scolaires et les taux de croissance économique⁸.

Le développement avant six ans est capital pour tout le monde, y compris les chefs d'entreprises et de gouvernements⁹. Certains économistes sonnent l'alarme et déclarent que le taux de vulnérabilité actuel épuisera considérablement les futures réserves de capital humain¹⁰. Le statut du Canada au sein des pays les plus riches du monde met ces échecs en évidence. En effet, le Canada traîne loin derrière la plupart des riches pays occidentaux et arrive au dernier rang en matière de soutien des politiques familiales et du développement de la petite enfance, à la fois selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)¹¹. Dans un récent rapport de l'UNICEF, le Canada respectait une seule des dix normes de protection des enfants pendant leurs années les plus vulnérables et les plus formatrices¹².

Des arguments économiques probants

Les économistes s'entendent pour affirmer que les interventions en capital humain les plus engagées sont effectuées auprès des jeunes enfants¹³. Au-delà des bienfaits à long terme de la future participation des enfants au marché du travail, les données s'accumulent pour démontrer la valeur des investissements dans la petite enfance pour les enfants et les adolescents.

La pauvreté des enfants : À part ses conséquences sociales, la pauvreté des enfants s'associe à des coûts plus élevés sur la santé et fait des ravages énormes dans le potentiel humain et la productivité économique. Non seulement la pauvreté des enfants nuit-elle à la prospérité future, mais elle coûte également cher aux contribuables d'aujourd'hui. Selon des estimations de la Colombie-Britannique, la pauvreté coûte de huit à neuf milliards de dollars par année à la province, tandis qu'un programme complet en vue de réduire la pauvreté coûterait de trois à quatre milliards de dollars par année¹⁴.

L'apprentissage et les soins de la petite enfance : Les estimations du rendement des dollars dépensés dans le développement de la petite enfance varient, mais elles sont importantes, car elles oscillent entre 4 \$ et 8 \$ par dollar dépensé¹⁵. Selon une étude récente, un programme d'apprentissage et de soins de la petite enfance financé par le gouvernement se paie de lui-même et génère même des revenus grâce à l'augmentation de l'assiette fiscale assurée par les parents qui travaillent¹⁶. Les programmes d'apprentissage et de soins de la petite enfance améliorent l'employabilité des parents, contribuent à produire des millions de dollars en revenus fiscaux et réduisent la nécessité de recourir à de coûteux programmes de rattrapage plus tard dans la vie¹⁷.

La santé mentale : La santé mentale est la deuxième cause d'invalidité et de décès prématuré en importance au Canada. Son coût humain est à peu près impossible à calculer, mais les évaluations des coûts économiques de la maladie mentale oscillent entre 14 et 15 milliards de dollars par année, compte tenu de la perte de productivité¹⁸. On sait que la prévention et une intervention rapide coûtent moins cher et sont plus efficaces qu'un

traitement offert plus tard¹⁹. Des mesures rapides assurent de meilleures issues de santé, un plus grand apport à la société et au marché du travail, sans compter les économies aux systèmes de santé et de justice et aux services sociaux²⁰.

D'autres exemples d'économies et de l'efficacité des mesures gouvernementales figurent tout au long du présent rapport. Bien sûr, pour comprendre les conséquences de politiques et d'interventions précises, le Canada a besoin de se doter d'un solide système de surveillance, assorti d'un débit constant d'information de qualité sur le développement actuel de la petite enfance, les grands déterminants de la santé et les issues du développement à long terme²¹. La SCP demande aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de travailler ensemble à l'élaboration d'un système de surveillance coordonné qui comblera les lacunes sur le plan de la collecte des données et qui contribuera à intégrer la recherche, les pratiques exemplaires et l'échange du savoir. Un tel système est essentiel pour attester les politiques qui influent sur la santé et le bien-être des jeunes enfants et des adolescents et représente une activité cruciale dans une société vraiment industrialisée.

La SCP exhorte également les gouvernements à investir dans un développement efficace de la petite enfance et dans des interventions qui optimisent la santé, le bien-être et le niveau de scolarisation de tous les enfants canadiens, quel que soit leur lieu de résidence, leur situation socioéconomique ou leur culture.

De récentes données neuroscientifiques révèlent que les expériences de la petite enfance sont essentielles à la santé, à l'apprentissage et au comportement futurs. Ce lien est essentiel, non seulement pour ceux qui s'intéressent aux enfants et aux adolescents, mais également pour l'avenir de la nation. Il est impossible de promouvoir la prospérité et la santé sans alimenter et soutenir le développement des enfants.

La SCP encourage fortement tous les paliers du gouvernement à envisager les recommandations contenues dans le présent rapport et à jouer un rôle actif dans la révision des lois en vue de maintenir en santé les jeunes citoyens, de même que l'économie dans laquelle ils évoluent. Nous devons à nos enfants et à nos adolescents d'y parvenir.

Prévention des maladies



EN FAISONS-NOUS ASSEZ?
ÉDITION 2012

6

Programmes de vaccination financés par le gouvernement

Les maladies infectieuses ont déjà été la principale cause de décès au Canada. Elles représentent désormais moins de 5 % des décès, ce qui fait de la vaccination l'effort de santé publique le plus rentable et l'un des plus réussis du siècle dernier. La couverture universelle des vaccins en pédiatrie assure à tous les enfants et les adolescents une protection contre de nombreuses maladies pouvant mettre leur vie en danger.

En plus de la série de vaccins qui font partie du calendrier de vaccination systématique depuis plusieurs années, la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et le Comité consultatif national

de l'immunisation (CCNI) recommandent de vacciner les enfants et les adolescents contre le rotavirus, la varicelle, la coqueluche chez les adolescents, l'influenza et certaines formes de méningite (infections à méningocoque et à pneumocoque). Ils recommandent également l'administration gratuite du vaccin contre le papillome humain (VPH).

La couverture de ces vaccins n'est pas encore systématique partout au pays. La plupart des provinces et des territoires les offrent, mais ils ne les administrent pas tous conformément au calendrier de vaccination recommandé par la SCP et le CCNI, sans compter que les calendriers de vaccination ne sont pas harmonisés au pays.

Programmes de vaccination financés par le gouvernement

Province ou territoire	Situation en 2009	Situation en 2011	Mesures recommandées
Colombie-Britannique	Bonne	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Alberta	Excellente	Passable	Lancer un programme de vaccination contre le rotavirus et ajouter une deuxième dose du vaccin contre la varicelle.
Saskatchewan	Bonne	Bonne	Lancer un programme de vaccination contre le rotavirus
Manitoba	Bonne	Passable	Lancer un programme de vaccination contre le rotavirus et ajouter une deuxième dose du vaccin contre la varicelle.
Ontario	Bonne	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Québec	Bonne	Bonne	Ajouter une deuxième dose du vaccin contre la varicelle.
Nouveau-Brunswick	Bonne	Bonne	Lancer un programme de vaccination contre le rotavirus.
Nouvelle-Écosse	Bonne	Passable	Lancer un programme de vaccination contre le rotavirus et ajouter une deuxième dose du vaccin contre la varicelle.
Île-du-Prince-Édouard	Bonne	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Terre-Neuve-et-Labrador	Bonne	Passable	Lancer un programme de vaccination contre le rotavirus et ajouter une deuxième dose du vaccin contre la varicelle.
Yukon	Bonne	Passable	Lancer un programme de vaccination contre le rotavirus et ajouter une deuxième dose du vaccin contre la varicelle.
Territoires du Nord-Ouest	Bonne	Passable	Lancer un programme de vaccination contre le rotavirus et ajouter une deuxième dose du vaccin contre la varicelle.
Nunavut	Bonne	Passable	Lancer un programme de vaccination contre le rotavirus et ajouter une deuxième dose du vaccin contre la varicelle.

Excellent : La province ou le territoire offre les vaccins contre le méningocoque, la coqueluche chez les adolescents, le pneumocoque, la varicelle, le rotavirus, l'influenza et le VPH conformément au calendrier recommandé par la Société canadienne de pédiatrie et le Comité consultatif national de l'immunisation, sans frais pour les vaccinés.

Bon : La province ou le territoire offre tous les vaccins recommandés, sauf un.

Passable : La province ou le territoire offre tous les vaccins recommandés, sauf deux.

Mauvais : La province ou le territoire n'offre pas plus de trois des vaccins recommandés.

Prévention des maladies



EN FAISONS-NOUS ASSEZ?
ÉDITION 2012

8

Mesures pour prévenir l'exposition des enfants et des adolescents au tabagisme

Les lois en vue de protéger les enfants contre les effets du tabagisme continuent d'être renforcées. Toutes les provinces et tous les territoires interdisent le tabagisme dans les lieux publics. Certaines lois prévoient encore des zones pour fumeurs, mais la tendance consiste à réduire les lieux où il est possible de fumer. L'Alberta, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et le Territoire du Yukon interdisent désormais le tabagisme sur les terrasses publiques et dans les autres lieux d'accueil extérieurs. Le Territoire du Yukon se démarque en interdisant également le tabagisme dans tous les établissements postsecondaires²².

L'ensemble des provinces et des territoires continue de protéger les enfants et les adolescents dans les voitures, le Saskatchewan et la Manitoba s'étant ajoutés pour interdire le tabagisme dans les voitures où se trouvent des enfants. Seuls l'Alberta, le Québec, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Territoire du Yukon ne sont pas dotés d'une loi pour interdire le tabagisme dans les voitures où se trouvent des enfants²³.

Le tabagisme chez les adolescents de 15 à 19 ans a fléchi à environ 13 % en 2009, alors qu'il se situait à 15 % entre 2006 et 2008. Depuis que les statistiques ont commencé à être enregistrées en 1999, le nombre de jeunes fumeurs a fléchi de plus de moitié au Canada (53 %). L'Ontario profite de la réduction annuelle la plus importante et présente le pourcentage le plus faible de fumeurs adolescents au Canada, ayant reculé de 13 % en 2008 à 9 % en 2009. Les adolescents du Québec, du Manitoba et de la Saskatchewan continuent de fumer davantage que ceux du reste du pays, avec un pourcentage de 18 %²⁴. On ne possède pas de données sur le taux de tabagisme des adolescents des Territoires du Nord-Ouest.

Chez les adolescents autochtones de la 9^e à la 12^e année qui vivent hors réserve, 25 % déclaraient fumer en 2008, par rapport à 10 % des adolescents non-autochtones²⁵. Ce groupe est également plus susceptible d'être exposé à la fumée secondaire à la maison et dans les voitures (37 % et 51 %) que les adolescents non-autochtones (20 % et 30 %).

Le prix des cigarettes représente un moyen de dissuader les adolescents de fumer²⁶. Les taxes provinciales et territoriales influent sur le prix des cigarettes et représentent une indication de la détermination des gouvernements à décourager le tabagisme. En 2011, les Territoires du Nord-Ouest ont imposé le prix le plus cher des cigarettes, tandis que le Québec demeure la province où les cigarettes sont les moins coûteuses²⁷. La Nouvelle-Écosse a augmenté le prix des cigarettes plus que tout autre territoire de compétence, arrivant au deuxième rang des coûts les plus élevés au Canada. Cependant, le Québec et l'Ontario font œuvre de pionniers dans l'adoption de lois contre les cigarettes de contrebande, puisque ce sont les seules provinces où des personnes ont été inculpées de possession ou de vente de cigarettes illégales^{28,29}.

Les enfants et les adolescents qui vivent dans la pauvreté continuent d'être plus vulnérables au tabagisme. Ils réussissent moins dans leurs tentatives pour arrêter de fumer, les taux de cessation correspondant à moins de la moitié de ceux des groupes aux revenus les plus élevés³⁰.

Des données probantes démontrent la neurotoxicité de la nicotine pour le cerveau du fœtus, ce qui peut avoir des conséquences négatives et permanentes sur le développement³¹.

Mesures pour prévenir l'exposition des enfants et des adolescents au tabagisme

Province ou territoire	Situation en 2009	Situation en 2011	Mesures recommandées
Colombie-Britannique	Excellente	Excellente	Mettre en œuvre l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics extérieurs de la province afin de compléter les interdictions municipales en place.
Alberta	Bonne	Bonne	Adopter une loi pour interdire le tabagisme dans les voitures où prennent place des passagers de moins de 16 ans. Mettre en œuvre l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics extérieurs de la province afin de compléter les interdictions municipales en place.
Saskatchewan	Bonne	Excellente	Mettre en œuvre l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics extérieurs de la province afin de compléter les interdictions municipales en place.
Manitoba	Bonne	Excellente	Mettre en œuvre l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics extérieurs de la province afin de compléter les interdictions municipales en place.
Ontario	Bonne	Excellente	Mettre en œuvre l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics extérieurs de la province afin de compléter les interdictions municipales en place.
Québec	Bonne	Bonne	Adopter une loi pour interdire le tabagisme dans les voitures où prennent place des passagers de moins de 16 ans. Mettre en œuvre l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics extérieurs de la province afin de compléter les interdictions municipales en place.
Nouveau-Brunswick	Excellente	Excellente	Mettre en œuvre l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics extérieurs de la province afin de compléter les interdictions municipales en place.
Nouvelle-Écosse	Excellente	Excellente	La Nouvelle-Écosse est un chef de file au Canada. Elle interdit le tabagisme dans tous les lieux publics extérieurs de la province.
Île-du-Prince-Édouard	Bonne	Excellente	L'Île-du-Prince-Édouard est un chef de file au Canada. Elle interdit le tabagisme dans tous les lieux publics extérieurs de la province.
Terre-Neuve-et-Labrador	Bonne	Excellente	Terre-Neuve-et-Labrador est un chef de file au Canada. Elle interdit le tabagisme dans tous les lieux publics extérieurs de la province.
Yukon	Excellente	Excellente	Le Territoire du Yukon est un chef de file au Canada. Elle interdit le tabagisme dans tous les lieux publics extérieurs de la province.
Territoires du Nord-Ouest	Bonne	Bonne	Adopter une loi pour interdire le tabagisme dans les voitures où prennent place des passagers de moins de 16 ans. Mettre en œuvre l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics extérieurs de la province afin de compléter les interdictions municipales en place.
Nunavut	Bonne	Bonne	Adopter une loi pour interdire le tabagisme dans les voitures où prennent place des passagers de moins de 16 ans. Mettre en œuvre l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics extérieurs de la province afin de compléter les interdictions municipales en place.

Excellent : La province ou le territoire interdit le tabagisme dans tous les lieux publics. Des lois protègent les enfants et les adolescents contre le tabagisme dans les voitures. La province ou le territoire s'est doté de programmes de prévention axés sur les jeunes.

Bon : La province ou le territoire a adopté des lois pour interdire le tabagisme sur tout son territoire de compétence.

Passable : La province ou le territoire possède des lois qui interdisent le tabagisme dans certains lieux publics, mais pas tous.

Mauvais : La province ou le territoire n'interdit pas le tabagisme.

Promotion de la santé



EN FAISONS-NOUS ASSEZ?
ÉDITION 2012

10

Dépistage des troubles de l'audition chez les nouveau-nés

La déficience auditive permanente est l'un des troubles congénitaux les plus courants, dont l'incidence estimative est de un à trois cas sur mille naissances vivantes. Le dépistage universel des troubles de l'audition chez les nouveau-nés (DUTAN) favorise le diagnostic rapide des déficiences auditives et des interventions qui amélioreront les issues des enfants malentendants³².

Sans dépistage, les enfants ayant une déficience auditive ne sont habituellement pas dépistés avant l'âge de deux ans, et les déficiences auditives légères à modérées peuvent rester non détectées jusqu'à ce que les enfants commencent l'école. Le dépistage universel permettrait de déceler la plupart des nourrissons ayant une déficience auditive avant l'âge de trois mois et d'amorcer des interventions avant qu'ils aient six mois.

Les enfants ayant une déficience auditive qui ne profitent pas d'une intervention rapide démontrent une déficience irréversible des habiletés psychosociales et de communication, de la cognition et de l'alphabétisation. La surdité peut s'associer à un faible rendement scolaire, à un sous-emploi, à une maladaptation sociale et à une détresse psychologique, et ses conséquences sont directement proportionnelles à la gravité de la déficience auditive et au délai entre le diagnostic et l'intervention. Des données probantes

révèlent que les nourrissons qui sont diagnostiqués et profitent d'une intervention avant l'âge de six mois obtiennent de 20 à 40 points de pourcentage de plus dans les mesures liées à l'école (langage, adaptation sociale et comportement) que les enfants ayant une déficience auditive qui profitent d'une intervention plus tard.

L'intervention de dépistage en deux étapes adoptée dans la plupart des programmes de DUTAN est très efficace et rentable, surtout si l'on tient compte des coûts de la surdité sur la vie entière. Selon une étude menée au Québec, la mise en œuvre provinciale d'un programme de DUTAN s'élèverait à environ 5,3 millions de dollars (en 2001), mais assurerait un bénéfice net de 1,7 million de dollars par année aux contribuables³³.

Certains territoires de compétence se sont engagés dans cette voie, mais la Société canadienne de pédiatrie recommande que les provinces et les territoires procèdent au dépistage universel des troubles de l'audition chez tous les nouveau-nés au moyen d'un système complet et interrelié de dépistage, de diagnostic et d'intervention. Les nourrissons canadiens méritent de profiter des bienfaits de la détection rapide et d'une intervention précoce des troubles de l'audition.

Dépistage des troubles de l'audition chez les nouveau-nés

Province ou territoire	Situation en 2009	Situation en 2011	Mesures recommandées
Colombie-Britannique	NON ÉVALUÉE	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Alberta		Passable	Mettre en œuvre un programme universel de dépistage des troubles de l'audition chez les nouveau-nés, incluant l'intervention. Le dépistage n'est offert que dans des hôpitaux sélectionnés.
Saskatchewan		Passable	Mettre en œuvre un programme universel de dépistage des troubles de l'audition chez les nouveau-nés, incluant l'intervention. Le dépistage n'est offert que dans des hôpitaux sélectionnés.
Manitoba		Mauvaise	Mettre en œuvre un programme universel de dépistage des troubles de l'audition chez les nouveau-nés, incluant l'intervention.
Ontario		Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Québec		Bonne	L'adoption du programme universel est annoncée, mais n'est pas encore mise en œuvre.
Nouveau-Brunswick		Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Nouvelle-Écosse		Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Île-du-Prince-Édouard		Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Terre-Neuve-et-Labrador		Passable	Mettre en œuvre un programme universel de dépistage des troubles de l'audition chez les nouveau-nés, incluant l'intervention. Le dépistage n'est offert que dans des hôpitaux sélectionnés.
Yukon		Bonne	Respecte toutes les recommandations de la SCP. Cependant, le programme n'est offert qu'à Whitehorse en raison d'une pénurie de main-d'œuvre.
Territoires du Nord-Ouest		Bonne	Respecte toutes les recommandations de la SCP. Cependant, le programme n'est offert qu'à Yellowknife en raison d'une pénurie de main-d'œuvre.
Nunavut	Mauvaise	Mettre en œuvre un programme universel de dépistage des troubles de l'audition chez les nouveau-nés, incluant l'intervention. Le Nunavut affronte des difficultés particulières à attirer les audiologistes formés nécessaires pour mettre un programme en œuvre.	

Excellent : La province ou le territoire s'est doté d'un programme de dépistage intégré et entièrement subventionné, mis en œuvre par des lois, comportant le dépistage avant l'âge d'un mois, la confirmation du diagnostic avant l'âge de trois mois et l'intervention avant l'âge de six mois.

Bon : La province ou le territoire s'est doté d'un programme de dépistage intégré et entièrement subventionné, comportant le dépistage avant l'âge d'un mois, la confirmation du diagnostic avant l'âge de trois mois et l'intervention avant l'âge de six mois.

Passable : La province ou le territoire s'est doté d'un programme partiel, des tests étant effectués chez les enfants vulnérables à une déficience auditive (p. ex., les nouveau-nés aux unités de soins intensifs néonataux).

Mauvais : La province ou le territoire n'offre pas de dépistage des troubles de l'audition chez les nouveau-nés.

Promotion de la santé



EN FAISONS-NOUS ASSEZ?
ÉDITION 2012

12

Bilan de santé amélioré à 18 mois

Puisque l'on comprend mieux le lien entre le développement de la petite enfance et la santé et le bien-être plus tard dans la vie, le bilan de santé émerge comme une excellente occasion d'évaluer et d'avoir des effets positifs sur les issues au cours de la vie. Pour certaines familles, le bilan de santé à 18 mois peut être le dernier rendez-vous régulier avec un dispensateur de soins de première ligne avant le début de l'école. C'est pourquoi ce bilan représente une occasion idéale d'examiner et d'évaluer les progrès de l'enfant, d'aider les parents à favoriser le développement de leur enfant et à déterminer les secteurs dans lesquels l'enfant ou la famille éprouve des difficultés. Il permet également de présenter aux parents les ressources et programmes communautaires qui leur sont accessibles.

Le bilan du bébé en santé est souvent axé sur la vaccination et le dépistage des anomalies, mais l'examen à 18 mois peut constituer une évaluation charnière de la santé du développement. Non seulement ce bilan a-t-il lieu à un moment important du développement de l'enfant, mais il se produit alors que les familles doivent régler des questions de formation comme les

services de garde, la gestion du comportement, les habitudes de nutrition et d'alimentation et le sommeil. L'évaluation à 18 mois est une excellente occasion de donner des conseils et de renforcer des comportements sains, ainsi que de promouvoir des pratiques parentales positives, la prévention des blessures et l'alphabétisation. On peut également en profiter pour dépister des problèmes de santé des parents, y compris la santé mentale, la violence familiale et la consommation abusive de drogues et d'alcool.

La Société canadienne de pédiatrie propose de renforcer le système relatif au développement et aux soins de la petite enfance au Canada et recommande que l'ensemble des provinces et des territoires mette en œuvre un bilan de santé amélioré. Il faudrait utiliser un outil standardisé de dépistage des troubles du développement et un guide de santé géré par le médecin comportant des suggestions probantes en vue de favoriser un développement en meilleure santé³⁴.

Cette évaluation systématique doit être soutenue par un code d'honoraires spéciaux qui reflète le temps nécessaire pour effectuer une évaluation détaillée.

Bilan de santé amélioré à 18 mois

Province ou territoire	Situation en 2009	Situation en 2011	Mesures recommandées
Colombie-Britannique	NON ÉVALUÉE	Mauvaise	Adopter un bilan de santé amélioré à 18 mois, comportant des lignes directrices normalisées et un code d'honoraires spéciaux.
Alberta		Mauvaise	Adopter un bilan de santé amélioré à 18 mois, comportant des lignes directrices normalisées et un code d'honoraires spéciaux.
Saskatchewan		Mauvaise	Adopter un bilan de santé amélioré à 18 mois, comportant des lignes directrices normalisées et un code d'honoraires spéciaux.
Manitoba		Mauvaise	Adopter un bilan de santé amélioré à 18 mois, comportant des lignes directrices normalisées et un code d'honoraires spéciaux.
Ontario		Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Québec		Mauvaise	Adopter un bilan de santé amélioré à 18 mois, comportant des lignes directrices normalisées et un code d'honoraires spéciaux.
Nouveau-Brunswick		Mauvaise	Adopter un bilan de santé amélioré à 18 mois, comportant des lignes directrices normalisées et un code d'honoraires spéciaux.
Nouvelle-Écosse		Mauvaise	Adopter un bilan de santé amélioré à 18 mois, comportant des lignes directrices normalisées et un code d'honoraires spéciaux.
Île-du-Prince-Édouard		Mauvaise	Adopter un bilan de santé amélioré à 18 mois, comportant des lignes directrices normalisées et un code d'honoraires spéciaux.
Terre-Neuve-et-Labrador		Mauvaise	Adopter un bilan de santé amélioré à 18 mois, comportant des lignes directrices normalisées et un code d'honoraires spéciaux.
Yukon		Mauvaise	Adopter un bilan de santé amélioré à 18 mois, comportant des lignes directrices normalisées et un code d'honoraires spéciaux.
Territoires du Nord-Ouest		Mauvaise	Adopter un bilan de santé amélioré à 18 mois, comportant des lignes directrices normalisées et un code d'honoraires spéciaux.
Nunavut	Mauvaise	Adopter un bilan de santé amélioré à 18 mois, comportant des lignes directrices normalisées et un code d'honoraires spéciaux.	

Excellent : La province ou le territoire a adopté un bilan de santé amélioré à 18 mois, comportant des lignes directrices normalisées et un code d'honoraires spéciaux.

Mauvais : La province ou le territoire n'a pas adopté de bilan de santé amélioré à 18 mois.

Promotion de la santé



Plans d'intervention en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence

En matière de santé mentale, il y a de bonnes raisons de se concentrer sur les enfants et les adolescents. On estime que les symptômes de 70 % des adultes qui ont des problèmes de santé mentale font leur apparition pendant l'enfance et l'adolescence³⁵. Les tentatives de suicide atteignent leur point culminant chez les 15 à 19 ans³⁶. Les problèmes de santé mentale ont tendance à être chroniques et s'associent à des issues négatives importantes³⁷, y compris un taux plus élevé de décrochage au secondaire, de chômage, de pauvreté et d'itinérance, de même qu'un risque plus élevé de comportement criminel³⁸. Il est démontré que la prévention et les interventions précoces sont moins coûteuses et plus efficaces que le traitement³⁹. Les mesures anticipées assurent de meilleures issues de santé, une meilleure assiduité scolaire et une meilleure réussite scolaire, un apport positif à la société et au marché du travail ainsi que des économies sur le plan des soins de santé, de la justice et des services sociaux⁴⁰.

Environ 14 % des enfants et des adolescents de moins de 20 ans, soit 1,1 million de jeunes Canadiens, présentent un trouble de santé mentale qui nuit à leur vie quotidienne⁴¹. Les enfants et les adolescents de familles à faible revenu sont

particulièrement vulnérables⁴². Pire encore, trois enfants et adolescents sur quatre qui ont besoin de services thérapeutiques spécialisés ne les reçoivent pas⁴³.

L'accès aux services de santé mentale continue d'être insuffisant, mais certains territoires de compétence accroissent leurs investissements en santé mentale. Depuis 2009, plusieurs gouvernements ont adopté un plan d'intervention en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence, y compris la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest.

À l'instar du Québec, d'autres provinces ont modifié leur code de facturation des médecins afin de tenir compte du temps nécessaire pour fournir des soins aux enfants et aux adolescents ayant des troubles de santé mentale.

La SCP est encouragée par le travail de plusieurs provinces et territoires en vue d'améliorer les stratégies en santé mentale. Les efforts doivent donc être orientés vers la mise en œuvre de stratégies en vue de répondre aux besoins de santé mentale précis et cruciaux des enfants et des adolescents.

Plans d'intervention en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence

Province ou territoire	Situation en 2009	Situation en 2011	Mesures recommandées
Colombie-Britannique	Bonne	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Alberta	Bonne	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Saskatchewan	Bonne	Bonne	Renforcer l'engagement des pédiatres envers le plan d'intervention en santé mentale et établir des normes de prestation de services.
Manitoba	Bonne	Bonne	Renforcer l'engagement des pédiatres envers le plan d'intervention en santé mentale et établir des normes de prestation de services.
Ontario	Passable	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Québec	Bonne	Bonne	Établir des normes de prestation de services.
Nouveau-Brunswick	Passable	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Nouvelle-Écosse	Passable	Passable	Élaborer une stratégie précise en santé mentale pour les enfants et les adolescents ainsi que des normes de prestation de services. S'assurer que le processus et les consultations en vue d'attester ce plan soient continus.
Île-du-Prince-Édouard	Passable	Passable	Élaborer une stratégie précise en santé mentale pour les enfants et les adolescents ainsi que des normes de prestation de services au-delà du plan actuel visant la création d'un programme contre la toxicomanie.
Terre-Neuve-et-Labrador	Passable	Passable	Élaborer une stratégie précise en santé mentale pour les enfants et les adolescents ainsi que des normes de prestation de services.
Yukon	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer une stratégie précise en santé mentale pour les enfants et les adolescents ainsi que des normes de prestation de services.
Territoires du Nord-Ouest	Passable	Bonne	Établir des normes de prestation de services.
Nunavut	Passable	Bonne	Établir des normes de prestation de services.

- Excellent :** La province ou le territoire s'est doté d'un plan d'intervention complet en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence, lequel comporte l'accès rapide aux professionnels pertinents en santé mentale, y compris une stratégie de temps d'attente aux normes bien établies. Le plan inclut des objectifs précis d'amélioration des services, y compris l'accès à des services de santé mentale non médicaux sans frais pour les familles et un volet de promotion de la santé mentale. Le plan a été élaboré avec l'apport de pédiatres communautaires et tient compte de leur rôle pour respecter les besoins de santé mentale des enfants et des adolescents.
- Bon :** La province ou le territoire s'est doté d'un plan d'intervention en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence, lequel comporte des objectifs précis d'amélioration des services, y compris l'accès à des services de santé mentale non médicaux sans frais pour les familles et un volet de promotion de la santé mentale. Le plan a été élaboré avec l'apport de pédiatres communautaires et tient compte de leur rôle pour respecter les besoins de santé mentale des enfants et des adolescents.
- Passable :** La province ou le territoire s'est doté d'un plan d'intervention en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence, mais ne tient pas compte du rôle des pédiatres dans la prestation des soins de santé mentale.
- Mauvais :** La province ou le territoire n'a pas de plan d'intervention en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence.

Promotion de la santé



EN FAISONS-NOUS ASSEZ?
ÉDITION 2012

16

Stratégie en matière d'effectifs pédiatriques

Le système de santé publique du Canada est conçu pour assurer un accès universel à tous les services médicaux nécessaires. Pour les enfants et les adolescents, cet accès signifie parfois les services spécialisés d'un pédiatre. Malheureusement, les soins spécialisés aux enfants et aux adolescents sont menacés par une importante pénurie de pédiatres et par de longues listes d'attente. S'assurer que le système de santé respecte mieux les besoins des enfants et des adolescents constitue non seulement une obligation morale, mais également un investissement économique judicieux.

La couverture universelle des services des médecins appuie un accès équitable aux soins de santé, mais les personnes plus favorisées sont plus susceptibles de recevoir des soins optimaux, ce qui accroît les disparités en matière de santé⁴⁴. Les familles canadiennes dont le revenu est plus faible ont tendance à recourir davantage à des services d'urgence et à des services hospitaliers coûteux que les familles aux revenus plus élevés,

qui profitent également d'un meilleur accès aux spécialistes⁴⁵.

Selon des sondages menés par la Société canadienne de pédiatrie, les effectifs pédiatriques vieillissent, et les stagiaires ne sont pas en nombre suffisant pour remplacer les départs à la retraite anticipés. En 2005, environ 11 % des répondants affirmaient qu'ils prendraient leur retraite avant 2010, tandis que 36 % d'autres répondants prévoyaient réduire leurs heures de travail⁴⁶. Les petites collectivités sont particulièrement vulnérables, car plus de 80 % des pédiatres canadiens travaillent dans des villes de plus de 100 000 habitants⁴⁷.

Il faut que les stratégies fédérale, provinciales et territoriales en matière d'effectifs pédiatriques qui peuvent répondre aux besoins de santé des enfants et des adolescents soient élaborées en collaboration avec les autorités provinciales en pédiatrie. Elles devront s'attarder sur des questions comme le recrutement et la rétention, la planification des effectifs, la formation en médecine et le perfectionnement professionnel.

Stratégie en matière d'effectifs pédiatriques

Province ou territoire	Situation en 2009	Situation en 2011	Mesures recommandées
Colombie-Britannique	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer un plan propre aux effectifs pédiatriques.
Alberta	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer un plan propre aux effectifs pédiatriques.
Saskatchewan	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer un plan propre aux effectifs pédiatriques.
Manitoba	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer un plan propre aux effectifs pédiatriques.
Ontario	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer un plan propre aux effectifs pédiatriques.
Québec	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer un plan propre aux effectifs pédiatriques.
Nouveau-Brunswick	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer un plan propre aux effectifs pédiatriques.
Nouvelle-Écosse	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer un plan propre aux effectifs pédiatriques.
Île-du-Prince-Édouard	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer un plan propre aux effectifs pédiatriques.
Terre-Neuve-et-Labrador	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer un plan propre aux effectifs pédiatriques.
Yukon	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer un plan propre aux effectifs pédiatriques.
Territoires du Nord-Ouest	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer un plan propre aux effectifs pédiatriques.
Nunavut	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer un plan propre aux effectifs pédiatriques.

- Excellent :** La province ou le territoire s'est doté d'un plan propre aux effectifs pédiatriques élaboré depuis moins de trois ans. Ce plan tient compte de l'offre et de la demande de pédiatres généralistes et surspécialistes, a été mis au point en consultation avec des pédiatres et est approuvé par l'association provinciale ou territoriale de pédiatres ou la section pédiatrique de l'association médicale provinciale ou territoriale.
- Bon :** La province ou le territoire s'est doté d'un plan propre aux effectifs pédiatriques qui tient compte des pédiatres généralistes et surspécialistes et qui a été élaboré depuis moins de six ans.
- Passable :** La province ou le territoire s'est doté d'un plan propre aux effectifs pédiatriques qui n'a pas été élaboré avec l'aide de pédiatres et que l'association provinciale ou territoriale de pédiatres n'appuie pas.
- Mauvais :** La province ou le territoire ne possède pas de plan propre aux effectifs pédiatriques.

Prévention des blessures



EN FAISONS-NOUS ASSEZ?
ÉDITION 2012

18

Loi sur le port du casque de vélo

La plupart des blessures que subissent les enfants et les adolescents sont à la fois prévisibles et évitables. Les gouvernements ont donc toutes les raisons de légiférer de manière proactive. Les graves blessures involontaires (y compris celles causées par des accidents de voiture) demeurent la principale cause de décès chez les enfants de un à 14 ans au Canada. Lorsque des vélos sont en cause, les statistiques sont particulièrement sombres. Chaque année, environ 20 jeunes de 19 ans ou moins meurent en raison d'une blessure liée au vélo, et une cinquantaine d'autres s'en sortent avec une invalidité permanente⁴⁸.

En 2009-2010, 1 364 enfants ou adolescents ont été hospitalisés en raison de graves blessures subies en vélo⁴⁹. Un casque bien ajusté peut réduire le risque de grave traumatisme crânien de 85 % et de lésion cérébrale de 88 %⁵⁰. Pourtant, chez les jeunes de 12 à 19 ans, seulement 31,8 % affirment toujours porter un casque de vélo lorsqu'ils se baladent⁵¹. Les garçons de dix à 14 ans subissent plus du tiers de toutes les blessures à vélo, tandis que ceux de dix à 19 ans sont victimes de 70 % des décès⁵².

Grâce à la législation et à l'utilisation accrue des casques de vélo qui s'en sont suivies, les traumatismes crâniens ont diminué de plus de moitié depuis dix

ans⁵³. Les recherches révèlent que plus de gens portent un casque dans les territoires de compétence dotés de lois sur le port du casque obligatoire et que les taux de blessures sont en moyenne 25 % moins élevés que dans les secteurs ne disposant pas de telle loi⁵⁴. Si chaque cycliste portait un casque, on estime qu'on éviterait la plupart des traumatismes crâniens (quatre sur cinq)⁵⁵.

Les coûts directs et indirects des blessures à vélo subies sur les routes s'élevaient à 443 millions de dollars en 2004, les enfants et les adolescents étant responsables de plus de la moitié de ces coûts⁵⁶. À part la douleur et l'angoisse qui pourraient être évitées, on estime qu'un dollar investi dans un casque de vélo permet de sauver 29 \$ en coûts liés aux blessures⁵⁷. Malgré ce constat, la Saskatchewan, le Manitoba, le Québec, Terre-Neuve-et-Labrador et les trois territoires ne disposent pas de lois sur le port du casque de vélo⁵⁸.

La Société canadienne de pédiatrie recommande que tous les cyclistes soient tenus de porter un casque de vélo approuvé par l'association canadienne de normalisation. Les lois devraient s'accompagner de mesures de mise en application et d'éducation publique, qui accroissent le port du casque de manière probante⁵⁹.

Loi sur le port du casque de vélo

Province ou territoire	Situation en 2009	Situation en 2011	Mesures recommandées
Colombie-Britannique	Excellente	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Alberta	Bonne	Bonne	Modifier la loi actuelle pour inclure tous les groupes d'âge.
Saskatchewan	Mauvaise	Mauvaise	Promulguer une loi qui oblige tous les groupes d'âge à porter un casque. Certains programmes d'éducation sont en place.
Manitoba	Mauvaise	Mauvaise	Promulguer une loi qui oblige tous les groupes d'âge à porter un casque. Des programmes d'achat de casques à faible coût et des programmes d'éducation sont en place.
Ontario	Bonne	Bonne	Modifier la loi actuelle pour inclure tous les groupes d'âge.
Québec	Mauvaise	Mauvaise	Promulguer une loi qui oblige tous les groupes d'âge à porter un casque. Certains programmes d'éducation sont en place.
Nouveau-Brunswick	Excellente	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Nouvelle-Écosse	Excellente	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Île-du-Prince-Édouard	Excellente	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Terre-Neuve-et-Labrador	Mauvaise	Mauvaise	Promulguer une loi qui oblige tous les groupes d'âge à porter un casque.
Yukon	Mauvaise	Mauvaise	Promulguer une loi qui oblige tous les groupes d'âge à porter un casque.
Territoires du Nord-Ouest	Mauvaise	Mauvaise	Promulguer une loi qui oblige tous les groupes d'âge à porter un casque.
Nunavut	Mauvaise	Mauvaise	Promulguer une loi qui oblige tous les groupes d'âge à porter un casque.

- Excellent :** La province ou le territoire s'est doté d'une loi pour que tous les cyclistes portent le casque de vélo, et des contraventions sont prévues en cas de non-respect de cette loi. Les parents sont responsables de s'assurer que leur enfant porte un casque.
- Bon :** La province ou le territoire s'est doté d'une loi pour que tous les cyclistes de moins de 18 ans portent un casque de vélo.
- Mauvais :** La province ou le territoire ne s'est pas doté de loi au sujet du casque de vélo.

Prévention des blessures



EN FAISONS-NOUS ASSEZ?
ÉDITION 2012

20

Loi sur la sécurité des véhicules tout-terrain (VTT)

Les VTT sont très utilisés dans les régions rurales du Canada pour le loisir, le travail et le transport. Ces véhicules sont dangereux lorsqu'ils sont conduits par des enfants et des jeunes adolescents, qui ont tendance à prendre plus de risques et qui ne possèdent pas l'expérience, la taille, la force physique et les aptitudes cognitives et motrices nécessaires pour s'en servir en toute sécurité.

On a constaté une augmentation des hospitalisations causées par des traumatismes en VTT de 31 % au Canada entre 2001 et 2002 et entre 2009 et 2010⁶⁰. Le nombre de graves blessures en VTT augmente plus rapidement qu'à l'égard de toute autre activité sur roue ou activité aquatique⁶¹, près de 20 % des blessures étant liées à un traumatisme crânien⁶². Selon une récente étude menée en Alberta, les graves blessures en VTT représentent des coûts de santé de plus de 6,5 millions de dollars⁶³.

Des enquêtes menées aux États-Unis et au Canada révèlent que les jeunes respectent rarement les pratiques exemplaires relatives à l'utilisation du VTT, moins de 50 % et aussi peu que 24 % des répondants portant toujours un casque et moins du quart prenant des cours en formation à la sécurité⁶⁴. Peu de données probantes indiquent que les véhicules

adaptés aux jeunes et dont la vitesse est limitée sont plus sécuritaires. Le risque que court un enfant ou un adolescent qui conduit un modèle de VTT adapté aux jeunes demeure près de deux fois plus élevé que celui que court un adulte sur un plus gros véhicule.

Un an après que la Nouvelle-Écosse a interdit aux enfants de moins de 14 ans de conduire un VTT, on a constaté une diminution de 50 % des blessures liées au VTT au sein de ce groupe d'âge⁶⁵.

La SCP est déçue par l'absence de législation comparable dans la plupart des territoires de compétence jusqu'à présent et exhorte les gouvernements provinciaux et territoriaux à adopter et à faire respecter des lois sur les véhicules hors route qui exigent au moins les éléments suivants :

- L'établissement d'un **âge minimal** de 16 ans pour conduire
- La restriction du nombre de passagers à celui pour lequel le véhicule a été conçu
- Le port obligatoire du casque et d'autres vêtements protecteurs
- L'interdiction de conduire sous l'influence de l'alcool ou de drogues
- L'obligation de suivre une formation approuvée et d'immatriculer le véhicule

Loi sur la sécurité des véhicules tout-terrain (VTT)

Province ou territoire	Situation en 2009	Situation en 2011	Mesures recommandées
Colombie-Britannique	Mauvaise	Passable	Interdire l'usage du VTT chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans sur les terrains publics ou privés. Le port du casque et les cours de conduite sont déjà obligatoires.
Alberta	Mauvaise	Mauvaise	Interdire l'usage du VTT chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans. Rendre le port du casque et les cours de conduite obligatoires.
Saskatchewan	Passable	Passable	Interdire l'usage du VTT chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans sur les terrains publics ou privés. Rendre le port du casque obligatoire sur les terrains publics ou privés et mettre en œuvre une formation en sécurité obligatoire.
Manitoba	Passable	Passable	Interdire l'usage du VTT chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans sur les terrains publics ou privés. Rendre le port du casque et les cours de conduite obligatoires.
Ontario	Passable	Passable	Interdire l'usage du VTT chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans sur les terrains publics ou privés. Rendre le port du casque obligatoire sur les terrains publics ou privés et mettre en œuvre une formation en sécurité obligatoire.
Québec	Bonne	Bonne	Interdire l'usage du VTT, quelle que soit sa dimension, chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans. Le port du casque et les cours de conduite sont déjà obligatoires.
Nouveau-Brunswick	Passable	Passable	Interdire l'usage du VTT chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans sur les terrains publics ou privés. Le port du casque et les cours de conduite sont déjà obligatoires.
Nouvelle-Écosse	Passable	Passable	Interdire l'usage du VTT chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans sur les terrains publics ou privés. Le port du casque et les cours de conduite sont déjà obligatoires.
Île-du-Prince-Édouard	Passable	Passable	Interdire l'usage du VTT chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans sur les terrains publics ou privés. Le port du casque et les cours de conduite sont déjà obligatoires.
Terre-Neuve-et-Labrador	Bonne	Bonne	Interdire l'usage du VTT chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans plutôt que chez ceux de 14 ans. Le port du casque est déjà obligatoire. Mettre en œuvre une formation en sécurité obligatoire.
Yukon	Mauvaise	Mauvaise	Interdire l'usage du VTT chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans. Rendre le port du casque et les cours de conduite obligatoires.
Territoires du Nord-Ouest	Passable	Passable	Interdire l'usage du VTT chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans. Le port du casque est déjà obligatoire. Mettre en œuvre une formation en sécurité obligatoire.
Nunavut	Passable	Passable	Interdire l'usage du VTT chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans. Le port du casque est déjà obligatoire. Mettre en œuvre une formation en sécurité obligatoire.

Excellent : La province ou le territoire interdit l'utilisation des VTT pour les enfants de moins de 16 ans et rend les cours de conduite et le port du casque obligatoires.

Bon : La province ou le territoire interdit l'utilisation de VTT pour les enfants de moins de 14 ans et rend les cours de conduite et le port du casque obligatoires.

Passable : La province ou le territoire exige une certaine supervision des enfants de moins de 15 ans par des adultes et promulgue des restrictions quant aux lieux où les jeunes de moins de 16 ans peuvent conduire un VTT.

Mauvais : La province ou le territoire n'a pas adopté de loi sur les VTT, ou l'âge minimal du conducteur est très bas.

Prévention des blessures



Loi sur les sièges d'appoint

Les collisions de véhicules automobiles sont la principale cause de décès chez les enfants canadiens de plus d'un an^{66,67}. Les systèmes de retenue pour enfants réduisent de 40 % à 60 % le risque de graves traumatismes^{68,69}. En fait, la meilleure conception des sièges d'auto et l'utilisation accrue des systèmes de retenue pour enfants ont suscité un recul de 50 % du nombre d'enfants morts dans un accident de voiture entre 1993 et 2006⁷⁰.

Bien que toutes les provinces et tous les territoires aient légiféré sur l'utilisation de systèmes de retenue pour enfants jusqu'à quatre ans environ, les enfants de quatre à huit ans passent souvent trop vite aux ceintures de sécurité ordinaires, ce qui accroît leur risque de traumatisme, d'incapacités et de décès. Dans une collision, les enfants attachés à l'aide d'une ceinture de sécurité au lieu d'être installés sur

un siège d'appoint risquent 3,5 fois plus de subir un grave traumatisme et quatre fois plus de souffrir d'un traumatisme crânien⁷¹. Pourtant, même si 78 % des parents appuient l'utilisation du siège d'appoint⁷², seulement 30 % l'utilisent bel et bien⁷³.

La Société canadienne de pédiatrie recommande que les provinces et les territoires exigent que les enfants de 18 kg à 36 kg soient bien attachés dans un siège d'appoint installé sur la banquette arrière lorsqu'ils se déplacent en voiture. Cette modification législative devrait être complétée par des mesures de mise en application pertinentes et par des programmes d'éducation publique qui aident les parents à comprendre comment bien utiliser les sièges d'appoint et qui les incitent à le faire. De plus, les lois devraient être uniformes au Canada afin de faciliter le respect de la réglementation par les familles.

Loi sur les sièges d'appoint

Province ou territoire	Situation en 2009	Situation en 2011	Mesures recommandées
Colombie-Britannique	Excellente	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Alberta	Mauvaise	Mauvaise	Promulguer une loi sur les sièges d'appoint.
Saskatchewan	Mauvaise	Mauvaise	Promulguer une loi sur les sièges d'appoint.
Manitoba	Mauvaise	Passable	Promulguer une loi sur les sièges d'appoint pour les enfants de 22 kg à 36 kg.
Ontario	Excellente	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Québec	Bonne	Bonne	Réviser la loi pour qu'elle inclue la taille de l'enfant (minimum de 145 m) en plus de son poids.
Nouveau-Brunswick	Excellente	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Nouvelle-Écosse	Excellente	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Île-du-Prince-Édouard	Excellente	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Terre-Neuve-et-Labrador	Excellente	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Yukon	Passable	Passable	Promulguer une loi sur les sièges d'appoint pour les enfants de 22 kg à 36 kg.
Territoires du Nord-Ouest	Mauvaise	Mauvaise	Promulguer une loi sur les sièges d'appoint.
Nunavut	Mauvaise	Mauvaise	Promulguer une loi sur les sièges d'appoint.

- Excellent :** La province ou le territoire a adopté des lois exigeant que les enfants s'assoient dans un siège d'appoint approuvé jusqu'à ce qu'ils atteignent 145 cm ou neuf ans et un poids minimal de 18 kg à 36 kg. Des programmes d'éducation publique sont en place.
- Bon :** La province ou le territoire a adopté des lois exigeant que les enfants s'assoient dans un siège d'appoint approuvé jusqu'à ce qu'ils atteignent 145 cm ou un âge précis, inférieur à neuf ans, et un poids minimal de 18 kg à 22 kg. Des programmes d'éducation publique sont en place.
- Passable :** La province ou le territoire exige l'utilisation d'un siège d'appoint après que l'enfant soit trop grand pour utiliser son siège d'auto orienté vers l'avant, mais la loi se fonde sur l'âge ou le poids sans tenir compte de la taille. Des programmes d'éducation publique sont en place.
- Mauvais :** La province ou le territoire ne possède pas de loi sur les sièges d'appoint destinés aux enfants de plus de 18 kg.

Prévention des blessures



EN FAISONS-NOUS ASSEZ?
ÉDITION 2012

24

Loi sur la sécurité en motoneige

Au Canada, la motoneige est la principale cause de blessures graves liées à un sport d'hiver populaire. Ce sont les jeunes qui courent le plus grand risque d'être victimes de ces blessures. Les traumatismes crâniens sont la principale cause de mortalité et de morbidité grave et découlent en grande partie de collisions entre motoneiges ou de capotages. Des enfants sont également blessés lorsqu'ils sont tirés par une motoneige sur divers modes de glisse.

Il n'existe pas de lois provinciales ou territoriales uniformes pour régir l'usage des motoneiges par les enfants et les adolescents, ce qui sème la confusion chez les parents, qui peuvent traverser des frontières provinciales ou territoriales lorsqu'ils font de la motoneige.

Peu de données probantes étayent l'efficacité des cours de certification sur la sécurité en motoneige et aucune recherche ne porte sur son influence sur les blessures subies en motoneige chez les jeunes de moins de 16 ans. De plus, de nombreux enfants et adolescents ne possèdent pas la force et les aptitudes nécessaires pour conduire une motoneige en toute sécurité.

La Société canadienne de pédiatrie (SCP) recommande d'interdire la conduite des motoneiges par des jeunes de moins de 16 ans⁷⁴. Il ne faut pas utiliser la motoneige pour tirer quiconque dans un tube, un pneu, une luge ou une soucoupe. La SCP recommande également un programme de permis progressif pour les motoneigistes de 16 ans et plus.

Loi sur la sécurité en motoneige

Province ou territoire	Situation en 2009	Situation en 2011	Mesures recommandées
Colombie-Britannique	Mauvaise	Mauvaise	Promulguer une loi sur la sécurité en motoneige.
Alberta	Mauvaise	Mauvaise	Interdire aux jeunes de moins de 16 ans de conduire une motoneige. Rendre le port du casque et les cours de formation en sécurité obligatoires.
Saskatchewan	Bonne	Bonne	Interdire aux jeunes de 12 à 16 ans de conduire une motoneige. Rendre le port du casque obligatoire dans toutes les situations.
Manitoba	Passable	Passable	Interdire aux jeunes de moins de 16 ans de conduire une motoneige. Rendre le port du casque et les cours de formation en sécurité obligatoires.
Ontario	Passable	Passable	Interdire aux jeunes de moins de 16 ans de conduire une motoneige et rendre le port du casque et les cours de formation en sécurité obligatoires.
Québec	Excellente	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Nouveau-Brunswick	Bonne	Bonne	Interdire aux jeunes de moins de 16 ans de conduire une motoneige. Le port du casque et les cours de formation en sécurité sont déjà obligatoires.
Nouvelle-Écosse	Bonne	Bonne	Interdire aux jeunes de moins de 16 ans de conduire une motoneige. Le port du casque et les cours de formation en sécurité sont déjà obligatoires.
Île-du-Prince-Édouard	Passable	Bonne	Interdire aux jeunes de 14 à 16 ans de conduire une motoneige. Rendre les cours de formation en sécurité obligatoires. Le port du casque est déjà obligatoire.
Terre-Neuve-et-Labrador	Mauvaise	Passable	Interdire aux jeunes de 12 à 16 ans de conduire une motoneige. Rendre les cours de formation en sécurité obligatoires. Le port du casque est déjà obligatoire.
Yukon	Passable	Bonne	Interdire aux jeunes de moins de 16 ans de conduire une motoneige. Rendre les cours de formation en sécurité obligatoires. Le port du casque est déjà obligatoire.
Territoires du Nord-Ouest	Passable	Passable	Interdire aux jeunes de moins de 16 ans de conduire une motoneige. Rendre le port du casque et les cours de formation en sécurité obligatoires dans toutes les situations.
Nunavut	Passable	Passable	Interdire aux jeunes de moins de 16 ans de conduire une motoneige. Rendre le port du casque et les cours de formation en sécurité obligatoires dans toutes les situations.

Excellent : La province ou le territoire s'est doté de lois sur la sécurité en motoneige qui interdisent de prendre des enfants de moins de six ans comme passagers et aux adolescents de moins de 16 ans d'être conducteurs pour des besoins récréatifs. Les jeunes de 16 ans et plus disposant d'un permis progressif peuvent conduire une motoneige après avoir réussi une formation en sécurité approuvée. Le port du casque est obligatoire.

Bon : La province ou le territoire s'est doté de lois sur la sécurité en motoneige qui prévoient un âge minimal de 14 ans pour conduire, des cours de conduite approuvés et des restrictions sur l'usage de la motoneige. Le port du casque est obligatoire.

Passable : La province ou le territoire a certaines exigences en matière de supervision des enfants et des adolescents de moins de 15 ans par des adultes et restreint les endroits où les jeunes de moins de 16 ans peuvent conduire une motoneige. Le port du casque est obligatoire.

Mauvais : La province ou le territoire ne dispose pas de loi sur l'utilisation des motoneiges par les enfants et les adolescents, ou l'âge minimal pour conduire est inférieur à 14 ans.

Intérêts fondamentaux des enfants et des adolescents



EN FAISONS-NOUS ASSEZ?
ÉDITION 2012

26

Réduction de la pauvreté chez les enfants

De nombreuses données probantes démontrent que la pauvreté chez les enfants peut entraîner de mauvaises issues de santé à l'âge adulte, y compris les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète de type II et les troubles de santé mentale⁷⁵. La situation socioéconomique familiale est un paramètre primaire des disparités de santé chez les enfants et les adolescents canadiens^{76,77}. Les enfants pauvres risquent davantage d'avoir un petit poids de naissance (moins de 2 500 grammes) et présentent généralement un taux plus élevé de décès et de maladie, un taux de croissance plus faible et davantage de troubles du comportement et du développement^{78,79}. Ils risquent également d'atteindre un niveau de scolarité moins élevé, accroissant ainsi leur risque de pauvreté permanente⁸⁰.

Malgré une résolution unanime de la Chambre des communes prise en 1989 en vue de mettre un terme à la pauvreté infantile avant l'an 2000, l'écart entre les riches et les pauvres s'est creusé depuis 20 ans⁸¹. Le pourcentage d'enfants canadiens qui vivaient dans la pauvreté en 2009 (9,5 %) n'avait diminué que légèrement par rapport à 1989 (11,8 %) (après impôts)⁸². En 2009, première année complète après la récession de 2008, 639 000 enfants vivaient encore dans la pauvreté⁸³.

La pauvreté ne va pas de soi. On peut l'éliminer, ou du moins la réduire radicalement. Les lois gouvernementales jouent un rôle prépondérant. En effet, le Québec et Terre-Neuve-et-Labrador, qui possèdent des stratégies de réduction de la pauvreté depuis de nombreuses années, affichent des taux réduits de pauvreté⁸⁴.

Certains groupes continuent d'être surreprésentés, y compris les enfants autochtones (un enfant

autochtone sur quatre vivait dans la pauvreté en 2008) et les familles monoparentales (plus de la moitié des mères monoparentales ayant des enfants de moins de six ans vivent dans la pauvreté). Les enfants ayant des incapacités et les enfants de familles qui ont récemment émigré risquent également davantage de grandir dans la pauvreté⁸⁵.

Sur la scène internationale, aussi récemment qu'en 2007, le Canada se situait au vingtième rang des 30 pays riches et industrialisés en matière de taux de pauvreté des enfants⁸⁶. Il présente la regrettable distinction d'être l'une des quelques nations où les taux de pauvreté des enfants étaient plus élevés que les taux de pauvreté globaux des deux dernières décennies⁸⁷.

La Société canadienne de pédiatrie (SCP) est heureuse de constater un certain recul de la pauvreté des enfants dans plusieurs provinces et territoires. En effet, le Manitoba et le Nouveau-Brunswick ont adopté des lois pour réduire les taux de pauvreté, tandis que l'Île-du-Prince-Édouard et les trois territoires sont à élaborer des stratégies contre la pauvreté.

La SCP invite les autres gouvernements provinciaux à se donner des objectifs et des échéanciers et le gouvernement fédéral à faire preuve d'initiative par la diffusion d'une stratégie nationale. Il existe déjà plusieurs solutions probantes, telles que les mesures de soutien du revenu, les études, la formation à l'emploi et des programmes de services de garde de qualité^{88,89}. La SCP est d'avis que la fin de la pauvreté des enfants et des adolescents devrait revêtir la même importance que la stimulation de la croissance économique. Il est essentiel de faire preuve de responsabilisation publique pour suivre les progrès de cet enjeu de santé crucial.

Réduction de la pauvreté chez les enfants

Province ou territoire	Situation en 2009	Situation en 2011	Mesures recommandées
Colombie-Britannique	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer à la fois une loi et une stratégie de réduction de la pauvreté.
Alberta	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer à la fois une loi et une stratégie de réduction de la pauvreté.
Saskatchewan	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer à la fois une loi et une stratégie de réduction de la pauvreté.
Manitoba	Passable	Bonne	A lancé une stratégie en 2009 et adopté une loi de réduction de la pauvreté en 2010. Élaborer des objectifs précis pour réduire la pauvreté des enfants.
Ontario	Bonne	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Québec	Excellente	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Nouveau-Brunswick	Mauvaise	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP. A lancé une stratégie en 2009 et adopté une loi de réduction de la pauvreté en 2010, comportant des objectifs précis.
Nouvelle-Écosse	Passable	Passable	Ajouter des objectifs précis à la stratégie de réduction de la pauvreté et élaborer une loi pour la mener à bien.
Île-du-Prince-Édouard	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer à la fois une loi et une stratégie de réduction de la pauvreté. La province a entrepris des consultations publiques sur la réduction de la pauvreté.
Terre-Neuve-et-Labrador	Excellente	Excellente	Respecte toutes les recommandations de la SCP.
Yukon	Passable	Passable	Finaliser une stratégie et élaborer une loi de réduction de la pauvreté comportant des objectifs précis. Un cadre de réduction de la pauvreté a été élaboré en 2011.
Territoires du Nord-Ouest	Mauvaise	Passable	Élaborer des objectifs précis de réduction de la pauvreté chez les enfants. A adopté une loi de réduction de la pauvreté en 2010, exigeant une stratégie.
Nunavut	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer à la fois une loi et une stratégie de réduction de la pauvreté. Des consultations publiques sur la réduction de la pauvreté sont en cours.

Excellent : La province ou le territoire s'est doté d'une loi contre la pauvreté favorisant des mesures à long terme et la responsabilisation du gouvernement depuis au moins trois ans et possède une stratégie de réduction de la pauvreté comportant des objectifs précis.

Bon : La province ou le territoire s'est doté d'une stratégie détaillée de réduction de la pauvreté, comportant des objectifs précis.

Passable : La province ou le territoire s'est doté d'une stratégie ou d'une loi de réduction de la pauvreté, mais ne comportant pas d'objectifs précis.

Mauvais : La province ou le territoire ne s'est pas doté de loi contre la pauvreté ou de stratégie de réduction de la pauvreté.

Intérêts fondamentaux des enfants et des adolescents



Principe de Jordan

Le principe de Jordan est un principe de l'enfant d'abord visant à résoudre les conflits de compétences au sein et entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Il s'applique à tous les services gouvernementaux pour les enfants, les adolescents et les familles, y compris les services de santé. Lorsqu'un conflit de compétences surgit à propos de la prestation d'un service à un enfant Indien inscrit ou inuit, le principe de Jordan prévoit que le ministère gouvernemental de premier contact paie le service sans délai ni interruption. Le gouvernement payeur peut alors déférer la question aux autorités intergouvernementales afin d'obtenir le remboursement de la dépense.

Les conflits de compétences liés aux coûts des soins aux enfants des Premières nations sont courants, puisque près de 400 cas se sont produits dans un échantillon de 12 agences de services à l'enfant et à la famille des Premières nations en seulement un an⁹⁰. Récemment, une mère de la Nouvelle-Écosse et son Conseil de bande ont intenté une poursuite contre

le gouvernement fédéral afin de faire appliquer les droits de son fils à l'égalité des soins et des services⁹¹.

Le principe de Jordan honore la mémoire d'un jeune enfant des Premières nations originaire de Norway House, au Manitoba, qui est né avec des troubles de santé complexes et a dépéri deux ans à l'hôpital pendant que les gouvernements fédéral et provincial se disputaient pour savoir qui paierait ses soins à domicile. Jordan est mort à l'hôpital, sans jamais avoir passé une journée dans une famille⁹².

Presque toutes les provinces et tous les territoires ont adopté le principe de Jordan, mais les enfants des Premières nations continuent d'être victimes d'impasses administratives. La Société canadienne de pédiatrie exhorte les gouvernements à mettre en œuvre le principe de Jordan sans délai, à travailler en partenariat avec les communautés des Premières nations à sa mise en œuvre et à prodiguer aux enfants et adolescents des Premières nations les soins auxquels ils ont droit.

Principe de Jordan

Province ou territoire	Situation en 2009	Situation en 2011	Mesures recommandées
Colombie-Britannique	Passable	Passable	Une politique de l'enfant d'abord en vue de réduire les conflits de compétences liés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations a été présentée, et des discussions avec le gouvernement fédéral sont en cours. Un plan de mise en œuvre s'impose.
Alberta	Mauvaise	Mauvaise	Des discussions avec le gouvernement fédéral sont en cours, mais une politique de l'enfant d'abord en vue de réduire les conflits de compétences liés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations doit être présentée.
Saskatchewan	Passable	Passable	Une politique de l'enfant d'abord en vue de réduire les conflits de compétences liés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations a été présentée, et un plan de mise en œuvre provisoire a reçu l'appui unanime des chefs des Premières nations. Un plan de mise en œuvre s'impose.
Manitoba	Passable	Passable	Une politique de l'enfant d'abord en vue de réduire les conflits de compétences liés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations a été présentée, et des discussions avec le gouvernement fédéral sont en cours. Un plan de mise en œuvre s'impose.
Ontario	Passable	Passable	Une politique de l'enfant d'abord en vue de réduire les conflits de compétences liés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations a été présentée, et des discussions avec le gouvernement fédéral sont en cours. Un plan de mise en œuvre s'impose.
Québec	Mauvaise	Mauvaise	Une politique de l'enfant d'abord en vue de réduire les conflits de compétences liés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations doit être présentée.
Nouveau-Brunswick	Mauvaise	Mauvaise	Une politique de l'enfant d'abord en vue de réduire les conflits de compétences liés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations doit être présentée.
Nouvelle-Écosse	Bonne	Bonne	Une entente tripartite entre le gouvernement fédéral, la province et les services micmacs à l'enfant et à l'adolescent prévoit un mécanisme de résolution de conflits tenant compte des besoins des enfants, y compris les besoins médicaux particuliers.
Île-du-Prince-Édouard	Mauvaise	Mauvaise	Une politique de l'enfant d'abord en vue de réduire les conflits de compétences liés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations doit être présentée.
Terre-Neuve-et-Labrador	Mauvaise	Mauvaise	Des discussions avec le gouvernement fédéral sont en cours, mais une politique de l'enfant d'abord en vue de réduire les conflits de compétences liés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations doit être présentée.
Yukon	Mauvaise	Mauvaise	Une politique de l'enfant d'abord en vue de réduire les conflits de compétences liés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations doit être présentée.
Territoires du Nord-Ouest	Mauvaise	Mauvaise	Une politique de l'enfant d'abord en vue de réduire les conflits de compétences liés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations doit être présentée.
Nunavut	Mauvaise	Mauvaise	Une politique de l'enfant d'abord en vue de réduire les conflits de compétences liés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations doit être présentée.

- Excellent :** La province ou le territoire a adopté et mis en œuvre un principe de l'enfant d'abord afin de résoudre les conflits de compétences reliés aux services prodigués aux enfants et aux adolescents des Premières nations.
- Bon :** La province ou le territoire dispose d'un processus de résolution des conflits, y compris un principe de l'enfant d'abord afin de résoudre les conflits de compétences reliés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations.
- Passable :** La province ou le territoire a adopté un principe de l'enfant d'abord afin de résoudre les conflits de compétences reliés aux services des enfants et des adolescents des Premières nations, mais n'a pas encore préparé ou adopté de stratégie de mise en œuvre.
- Mauvais :** La province ou le territoire n'a pas adopté de principe de l'enfant d'abord.

Intérêts fondamentaux des enfants et des adolescents



EN FAISONS-NOUS ASSEZ?
ÉDITION 2012

30

Défenseur à l'enfance et à l'adolescence

Il y a près de 20 ans (en mai 1990), le Canada signait la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, convenant de protéger et de garantir les droits de l'enfant. Cet engagement reconnaît l'obligation qu'a le pays de garantir que tous les enfants se fassent offrir les possibilités dont ils ont besoin pour se développer sur le plan cognitif, physique, socio-affectif et spirituel⁹³. Après tout ce temps, il n'y a pas encore de défenseur à l'enfance et à l'adolescence fédéral au Canada pour tenir le gouvernement responsable de cet engagement, ni de système de surveillance qui inclut les issues de la petite enfance.

À l'exception des Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut et de l'Île-du-Prince-Édouard, l'ensemble des provinces et des territoires possède désormais un défenseur à l'enfance et à l'adolescence, qui se consacre surtout aux enfants et aux adolescents en foyer d'accueil. L'UNICEF souligne que la principale tâche de ces établissements consiste à s'assurer que ces droits se traduisent par des lois, des politiques et des pratiques⁹⁴.

Les publications internationales sur la défense des enfants établissent que les défenseurs les plus efficaces sont indépendants du gouvernement et

agissent sous forme d'organismes autonomes. Une analyse récente des bureaux des commissaires à l'enfance a révélé que la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, l'Ontario et la Saskatchewan possédaient les bureaux les plus féconds, d'après leur pouvoir et leur taux d'activité⁹⁵. Les défenseurs du Manitoba, de l'Ontario et de la Saskatchewan réussissent toutefois le mieux à influencer des réformes, des législations et des politiques systémiques.

Néanmoins, ces bureaux concentrent leurs efforts sur les enfants et les adolescents en foyer d'accueil, tandis que la Société canadienne de pédiatrie affirme que, pour être véritablement efficace, le mandat de chaque commissaire à l'enfance devrait inclure l'ensemble des enfants et des adolescents.

Sur la scène fédérale, le comité sénatorial permanent des droits de la personne de 2007 a recommandé que le Canada nomme un commissaire à l'enfance indépendant afin de surveiller la protection des droits des enfants et de s'assurer que le gouvernement fédéral soit tenu publiquement responsable de respecter ses responsabilités en matière de protection des enfants et des adolescents⁹⁶. Cette recommandation n'a toujours pas été abordée.

Défenseur à l'enfance et à l'adolescence

Province ou territoire	Situation en 2009	Situation en 2011	Mesures recommandées
Colombie-Britannique	Bonne	Bonne	Accorder au défenseur le pouvoir de s'assurer du respect des constatations et des recommandations.
Alberta	Passable	Passable	S'assurer que le défenseur est en mesure de représenter tous les enfants et les adolescents qui reçoivent des services gouvernementaux et rendent compte directement à la législature. Adopter la loi proposée pour lui accorder le pouvoir de lancer des analyses et une surveillance systématiques des organismes de protection de la jeunesse.
Saskatchewan	Bonne	Bonne	Accorder au défenseur le pouvoir de s'assurer du respect des constatations et des recommandations. Le nouveau projet de loi renforcerait son pouvoir.
Manitoba	Bonne	Bonne	Accorder au défenseur le pouvoir de s'assurer du respect des constatations et des recommandations et de représenter tous les enfants et les adolescents qui reçoivent des services gouvernementaux.
Ontario	Bonne	Bonne	Accorder au défenseur le pouvoir de s'assurer du respect des constatations et des recommandations et de représenter tous les enfants et les adolescents qui reçoivent des services gouvernementaux.
Québec	Passable	Passable	Nommer un défenseur à l'enfance et à la jeunesse en plus de la Commission des droits de la personne et des droits des jeunes, ayant le pouvoir d'assurer le respect des constatations et des recommandations.
Nouveau-Brunswick	Bonne	Bonne	Accorder au défenseur le pouvoir de s'assurer du respect des constatations et des recommandations.
Nouvelle-Écosse	Passable	Passable	Nommer un défenseur à l'enfance et à l'adolescence en plus de la division des services à la jeunesse du bureau de l'ombudsman, ayant le pouvoir d'assurer le respect des constatations et des recommandations.
Île-du-Prince-Édouard	Mauvaise	Mauvaise	Nommer un défenseur à l'enfance et à l'adolescence indépendant.
Terre-Neuve-et-Labrador	Bonne	Bonne	Accorder au défenseur le pouvoir de s'assurer du respect des constatations et des recommandations.
Yukon	Passable	Passable	Mettre en œuvre la <i>Child and Youth Act</i> (2009).
Territoires du Nord-Ouest	Mauvaise	Mauvaise	Nommer un défenseur à l'enfance et à l'adolescence indépendant.
Nunavut	Mauvaise	Mauvaise	Nommer un défenseur à l'enfance et à l'adolescence indépendant.

- Excellent :** La province ou le territoire s'est doté d'un défenseur à l'enfance et à l'adolescence qui est indépendant, rend compte à la législature et possède de vastes pouvoirs de surveiller, d'enquêter et d'assurer le respect des observations et des recommandations, tant à l'échelon individuel que systémique.
- Bon :** La province ou le territoire s'est doté d'un défenseur à l'enfance et à l'adolescence qui rend compte à un ministre du gouvernement et a des pouvoirs limités de surveiller, d'enquêter et de mettre en œuvre des recommandations au sujet du bien-être de tous les enfants et adolescents, tant à l'échelon individuel que systémique.
- Passable :** La province ou le territoire s'est doté d'un défenseur à l'enfance et à l'adolescence qui rend compte à un ministre du gouvernement et a des pouvoirs limités d'enquêter au sujet du bien-être de certains enfants et adolescents en foyer d'accueil, mais qui ne traite pas des problèmes systémiques.
- Mauvais :** La province ou le territoire ne s'est pas doté d'un défenseur à l'enfance et à l'adolescence.

Politiques et programmes du gouvernement fédéral

La direction du gouvernement fédéral peut contribuer énormément à améliorer la santé et le bien-être des plus jeunes citoyens du Canada à long terme⁹⁷.

Dans le secteur du développement de la petite enfance et de la prévention des blessures, le gouvernement pourrait renforcer les efforts des provinces et des territoires s'il fournissait des recherches et une surveillance nationale, une stratégie nationale qui pourrait être mise en œuvre sur la scène provinciale ou territoriale, ainsi que des programmes d'éducation publique pour faire connaître ces initiatives.

En matière de pauvreté chez les enfants et les adolescents, le gouvernement fédéral doit jouer un rôle déterminant par ses politiques fiscales et sociales, y compris la sécurité du revenu, les programmes sociaux et des mesures incitant à l'action. Il peut également soutenir la capacité parentale et communautaire, produire et transférer le savoir, favoriser un soutien sociétal pour agir sur les déterminants de la santé et encourager l'action dans différents secteurs. Par ailleurs, le gouvernement fédéral assume des responsabilités fiscales directes envers deux groupes ayant des besoins particulièrement pressants : les enfants et adolescents inuits et des Premières nations.

Les familles ont trop besoin d'avoir accès à des services d'apprentissage et de soins de la petite enfance de qualité pour se heurter aux points de vue divergents des gouvernements. Dans un pays

de près de cinq millions d'enfants de zéro à 12 ans, on compte actuellement moins de 90 000 places réglementées en milieu de garde. La grande majorité des familles trouvent les services de garde coûteux et difficiles d'accès. Parmi les 37 pays de l'OCDE, le Canada arrive en avant-dernière place en matière de dépenses pour les services de garde à l'enfance et l'éducation préscolaire⁹⁸.

Pourtant, une récente étude menée au Québec révèle que le programme d'apprentissage et de soins de la petite enfance (ASPE) financé par le gouvernement est plus que rentable en matière d'augmentation des recettes fiscales⁹⁹. En 2008 au Québec, le nombre de femmes au travail avait progressé de près de 4 %, gonflant le PIB de 5,2 milliards de dollars (1,7 %). Pour chaque dollar affecté aux ASPE, le gouvernement provincial a récupéré 1,05 \$, et le gouvernement fédéral a reçu 0,44 \$ en recettes fiscales, sans participer au programme provincial.

La Société canadienne de pédiatrie continue de demander au gouvernement fédéral de mettre en œuvre une stratégie nationale de services de garde à l'enfance, comportant un système intégré de services universels et financés par l'État.

Un commissaire à l'enfance et à l'adolescence canadien réfléchirait aux besoins des enfants et des adolescents dans toutes les initiatives et politiques du gouvernement fédéral les touchant. La Société canadienne de pédiatrie continue de recommander la création immédiate de ce poste.

Politiques et programmes du gouvernement fédéral

	Situation en 2009	Situation en 2011	Commentaires
Stratégie nationale d'immunisation	Bonne	Bonne	Assurer le financement durable nécessaire pour mettre la stratégie nationale d'immunisation entièrement en œuvre, y compris un registre national et un calendrier de vaccination harmonisé.
Mesures pour prévenir et réduire le tabagisme chez les adolescents	Bonne	Bonne	Reconduire la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme. Travailler avec les jeunes, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organismes non gouvernementaux à élaborer des programmes et des approches qui réduiront davantage le taux de tabagisme chez les adolescents ainsi que la disponibilité du tabac de contrebande.
Santé mentale des enfants et des adolescents	Passable	Passable	Travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, la Commission de la santé mentale du Canada et les organismes non gouvernementaux à l'élaboration d'une stratégie fondée sur le projet Evergreen (voir la référence 37).
Prévention des blessures	Mauvaise	Mauvaise	Travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organismes non gouvernementaux à l'élaboration d'une stratégie nationale.
Pauvreté chez les enfants et les adolescents	Passable	Passable	Élaborer une stratégie nationale de réduction de la pauvreté qui dépasse la prestation universelle pour la garde d'enfants et les autres allocations de complément de ressources à l'intention des familles ayant de jeunes enfants.
Développement de la petite enfance	Mauvaise	Mauvaise	Travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organismes non gouvernementaux à l'élaboration d'une stratégie nationale de la petite enfance, comportant un élément de surveillance et un bilan de santé amélioré à 18 mois pour tous les enfants canadiens.
Principe de Jordan	Passable	Passable	Finaliser les ententes avec l'ensemble des provinces et des territoires afin d'adopter une démarche de l'enfant d'abord pour résoudre les conflits de compétences lorsque les soins des enfants et des adolescents des Premières nations sont en jeu.
Commissaire à l'enfance et à l'adolescence	Mauvaise	Mauvaise	Légiférer la création de ce bureau.
Apprentissage et soins de la petite enfance	Mauvaise	Mauvaise	Élaborer une stratégie d'apprentissage et de soins de la petite enfance. S'assurer que les services provinciaux et territoriaux sont intégrés, réglementés, financés par le gouvernement et universels.

Références

- McCain MN, Mustard JF. 1999. Inverser la véritable fuite des cerveaux : étude sur la petite enfance. Toronto: Secrétariat à l'enfance de l'Ontario : www.ontla.on.ca/library/repository/mor/10000/208726.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- McCain MN, Mustard JF, McCuaig K, novembre 2011. Le point sur la petite enfance 3 : Prendre des décisions, agir. Toronto: Margaret & Wallace McCain Family Foundation : <http://earlyyearsstudy.ca/fr> (consulté le 24 novembre 2011).
- Janus M, Offord D. The economic costs of early vulnerability in Canada. *Can J Public Health* 2010;101(Suppl. 3):S8-S12.
- Kershaw P, Anderson L, Warburton B, Hertzman C. 15 by 15 – A Comprehensive Policy Framework for Early Human Capital Investment in BC. University of British Columbia, Human Early Learning Partnership, August 2009 : <http://earlylearning.ubc.ca/media/uploads/publications/15by15-full-report.pdf> (consulté le 24 novembre 2011).
- Ibid.
- Adamson P. La transition en cours dans la garde et l'éducation de l'enfant : Tableau de classement des services de garde et d'éducation des jeunes enfants dans les pays économiquement avancés. UNICEF, Bilan Innocenti 8 du Centre de recherche Innocenti, 2008 : www.unicef-irc.org/publications/511 (consulté le 24 novembre 2011).
- Mustard JF. Développement du cerveau influencé par les expériences. Présentation de diapositives, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, Québec, le 25 mai 2004.
- Hanushek E, Woessmann L. The role of cognitive skills in economic development. *J Econ Lit* 2008;46(3):607-68 : http://edpro.stanford.edu/hanushek/admin/pages/files/uploads/cognitive_skills.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- Kershaw P, Anderson L, Warburton B, Hertzman C. 15 by 15 – A Comprehensive Policy Framework for Early Human Capital Investment in BC. University of British Columbia, Human Early Learning Partnership, August 2009 : <http://earlylearning.ubc.ca/media/uploads/publications/15by15-full-report.pdf> (consulté le 24 novembre 2011).
- Janus M, Offord D. The economic costs of early vulnerability in Canada. *Can J Public Health* 2010;101(Suppl. 3):S8-S12.
- Ibid.
- Adamson P. La transition en cours dans la garde et l'éducation de l'enfant : Tableau de classement des services de garde et d'éducation des jeunes enfants dans les pays économiquement avancés. UNICEF, Bilan Innocenti 8 du Centre de recherche Innocenti, 2008 : www.unicef-irc.org/publications/511 (consulté le 24 novembre 2011).
- Heckman JJ, 2008. Schools, skills, and synapses. Institute for the Study of Labour (IZA) Discussion Paper Series: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2812935/ (consulté le 24 novembre 2011).
- Ivanova I, juillet 2011. The Cost of Poverty in BC. Canadian Centre for Policy Alternatives – BC Office, the Public Health Association of BC, and the Social Planning and Research Council of BC: www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC%20Office/2011/07/CCPA_BC_cost_of_poverty_full_report.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- Hertzman C. The state of child development in Canada: Are we moving toward or away from equity from the start? *Paediatr Child Health* 2009;14(10):673-76.
- Fortin P, Godbout L, St-Cerny S, le 22 juin 2011. Economic Consequences of Quebec's Educational Childcare Policy. Early Years Economics Forum, Toronto: www.oise.utoronto.ca/atkinson/UserFiles/File/EarlyLearningEconomicForum_Fortin.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- Trefler D. Quality is free: A cost-benefit analysis of early child development initiatives. *Paediatr Child Health* 2009;14(10):681-84.
- Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur les maladies mentales au Canada, 2002 : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/index-fra.php (consulté le 24 novembre 2011).
- Centre for Community Child Health, 2006. Early Childhood and the Life Course. Policy brief no. 1, Melbourne and Victoria, Australia: Centre for Community Child Health: www.rch.org.au/emplibrary/ccch/PB5_Childhood_mental_health.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- Gouvernement de l'Ontario. Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances, juin 2011 : www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ministry_reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- Société canadienne de pédiatrie, groupe de travail de la petite enfance (auteurs principaux : C Hertzman, J Clinton, A Lynk). Les mesures, en appui au développement de la petite enfance. *Paediatr Child Health* 2011;16(10):658-60.
- Association pour les droits des non-fumeurs. Provincial and Territorial Legislation, mars 2011 : www.nsra-adnf.ca/cms/page1461.cfm (consulté le 24 novembre 2011).
- Ibid.
- Statistique Canada. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, La prévalence du tabagisme 1999-2009 : www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_prevalence/prevalence-fra.php#annuel_09 (consulté le 24 novembre 2011).
- Elton-Marshall T, Leatherdale ST, Burkhalter R. Tobacco, alcohol and illicit drug use among Aboriginal youth living off-reserve: Results from the Youth Smoking Survey. *CMAJ* 2011. DOI:10.1503/cmaj.101913: www.cmaj.ca/content/early/2011/05/09/cmaj.101913.full.pdf+html (consulté le 24 novembre 2011).
- Société canadienne de pédiatrie, comité de la pharmacologie et des substances dangereuses. L'effet de la variation du prix de la cigarette sur l'usage du tabac chez les adolescents. *Paediatr Child Health* 1998;3(2):99-100.
- Fondation pour la lutte contre le tabac. Cigarette prices in Canada : www.nsra-adnf.ca/cms/file/cigarette_prices_Canada_1_January_2011%281%29.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- Revenu Québec. Nouvelles mesures pour lutter contre la contrebande de tabac, le 20 avril 2010 : www.revenuquebec.ca/fr/centre-information/nf/2010/2010-04-20.aspx (consulté le 24 novembre 2011).
- Ministère du Revenu de l'Ontario. Vers un Ontario sans fumée : évolution d'un engagement, le 21 avril 2011 : <http://news.ontario.ca/rev/fr/2011/04/vers-un-ontario-sans-fumee-evolution-dun-engagement.html> (consulté le 24 novembre 2011).
- Physicians for a Smoke-Free Canada. Tobacco use in Canada: Findings from the CCHS; Smoking and household income, Canada 2007-2008, December 2010: www.smoke-free.ca/factsheets/pdf/cchs/Canada-2007-2008-householdincome1.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- Slotkin TA. Fetal nicotine or cocaine exposure: Which is worse? *J Pharmacol Exp Ther* 1998; 285(3):931-45.
- Société canadienne de pédiatrie, comité de la pédiatrie communautaire (auteurs principaux : Patel H, Feldman M). Le dépistage universel des troubles de l'audition chez les nouveau-nés. *Paediatr Child Health* 2011;16(5):306-10.
- Le dépistage de la surdité chez le nouveau-né : évaluation des avantages, des inconvénients et des coûts de son implantation au Québec. Rapport produit par un comité d'experts à la demande de l'Institut national de santé publique du Québec. Février 2008 : www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=722 (consulté le 6 décembre 2011).
- Société canadienne de pédiatrie, groupe de travail de la petite enfance (auteurs principaux : Jean Clinton et Robin Williams). Bien faire ce qu'il faut à 18 mois : en appui au bilan de santé amélioré. *Paediatr Child Health* 2011;16(10):647-50.
- Gouvernement de l'Ontario. Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances, juin 2011 : www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ministry_reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf (consulté le 24 novembre 2011).

- 36 Statistique Canada. Rapport annuel 2004. Rapports sur la santé : La santé de la population canadienne (Ottawa: Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, supplément au volume 15 : www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/4060595-fra.htm (consulté le 24 novembre 2011).
- 37 Kutcher S, McLuckie A, 2010. Pour le comité consultatif sur les enfants et les adolescents, Commission de la santé mentale du Canada. *Evergreen : Document-cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada*. Calgary, AB : Commission de la santé mentale du Canada : www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/family/EvergreenFramework_French%20final%20Oct2010.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 38 Gouvernement de l'Ontario. Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances, juin 2011 : www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ministry_reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 39 Centre for Community Child Health, 2006. *Early Childhood and the Life Course*. Policy brief no. 1, Melbourne and Victoria, Australia: Centre for Community Child Health : www.rch.org.au/emplibrary/cch/PB5_Childhood_mental_health.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 40 Gouvernement de l'Ontario. Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances, juin 2011 : www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ministry_reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 41 Waddell C, Offord DR, Shepherd CA, Hua JM, McEwan K. Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: The state of science and the art of the possible. *Can J Psychiatr* 2002;47:825-32.
- 42 Lemstra M, Neudorf C, D'Arcy C, Kunst A, Warren L, Bennett N. A systematic review of depressed mood and anxiety by socioeconomic status in adolescents aged 10-15 years. *Can J Public Health* 2008;99(2):125-29.
- 43 Commission de la santé mentale du Canada, janvier 2009. Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada : www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/boarddocs/15507_MHCC_FR_final.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 44 Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access to care, health status and health disparities in the United States and Canada: Results from a cross-national population-based survey. *Am J Public Health* 2004;96(7):1300-7.
- 45 Groupe de travail sur les disparités en matière de santé, Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Réduire les disparités sur le plan de la santé, Rôles du secteur de la santé : Document de travail. Ottawa, 2004 : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_f.pdf.
- 46 Société canadienne de pédiatrie, 2005. Sondage sur la planification des effectifs pédiatriques. Données non publiées.
- 47 Société canadienne de pédiatrie, 2001. La planification d'un avenir en santé pour les enfants et les adolescents canadiens : Rapport du sondage 1999-2000 sur la planification des effectifs pédiatriques.
- 48 SAUVE-QUI-PENSE, 2009. Le fardeau économique des blessures au Canada : www.smartrisk.ca/downloads/burden/Canada2009/EBI-Fr-Final.pdf (tableau supplémentaire fourni par SAUVE-QUI-PENSE : Injury - Electronic Tool - Cost Summary - 2004 Incidence Costing - Canada - ACCS).
- 49 Institut canadien d'information sur la santé, Number of cycling injuries and cycling-related head injuries by fiscal year: Cases aged 19 and under, Canada 2001-02 to 2009-10. Communication personnelle, le 11 août 2011.
- 50 SécuritéJeunes Canada, Faits et mythes concernant le port du casque de cycliste : www.safekidscanada.ca/Professionnels/Defense-des-interets/Documents/26980-HelmetFactsMyths_FR_Aug2011.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 51 Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Port d'un casque de vélo : www40.statcan.gc.ca/102/cst01/health93b-fra.htm (consulté le 24 novembre 2011).
- 52 SAUVE-QUI-PENSE, 2009. Le fardeau économique des blessures au Canada : www.smartrisk.ca/downloads/burden/Canada2009/EBI-Fr-Resume.pdf (tableau supplémentaire fourni par SAUVE-QUI-PENSE : Injury - Electronic Tool - Cost Summary - 2004 Incidence Costing - Canada - ACCS).
- 53 Institut canadien d'information sur la santé. Number of cycling injuries and cycling-related head injuries by fiscal year: Cases aged 19 and under, Canada 2001-02 to 2009-10. Communication personnelle, le 11 août 2011.
- 54 Macpherson A, Spinks A. Bicycle helmet legislation for the uptake of helmet use and prevention of head injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. DOI: 0.1002/ 14651858. CD005401.pub2.
- 55 SécuritéJeunes Canada. Analyse des blessures non intentionnelles 1994-2003 sur une période de 10 ans, juillet 2007 : www.ccsd.ca/pccy/2006/f/pdf/SKW06NationalReportFR.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 56 SAUVE-QUI-PENSE, 2009. Le fardeau économique des blessures au Canada : www.smartrisk.ca/downloads/burden/Canada2009/EBI-Fr-Resume.pdf (tableau supplémentaire fourni par SAUVE-QUI-PENSE : Injury - Electronic Tool - Cost Summary - 2004 Incidence Costing - Canada - ACCS).
- 57 Ibid.
- 58 SécuritéJeunes Canada. Le tableau des lois provinciales sur le port du casque, février 2010 : www.safekidscanada.ca/Professionnels/Defense-des-interets/Documents/26961-BikeHelmetLegislationChartFR.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 59 Royal ST, Kendrick D, Coleman T. Non-legislative interventions for the promotion of cycle helmet wearing by children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, DOI: 10.1002/14651858.CD003985.pub2.
- 60 Institut canadien d'information sur la santé, le 28 juillet 2011. Fichier minimal du Registre national des traumatismes : La période estivale, haute saison des blessures liées aux sports sur roues et aux sports nautiques : www.cihi.ca/cihi-ext-portal/pdf/internet/NRS_SPRING_2008_FR/ac=homepage_banner_20110728_f (cité le 29 juillet 2011).
- 61 Ibid.
- 62 Institut canadien d'information sur la santé, printemps 2008. ICIS en bref : Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) : www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/NRS_SPRING_2008_FR (consulté le 24 novembre 2011).
- 63 Krauss E, Dyer D, Laupland K, Buckley R. Ten years of all-terrain vehicle injury, mortality and healthcare costs. *J Trauma* 2010;69(6):1338-43.
- 64 Société canadienne de pédiatrie, comité de la prévention des blessures. La prévention des blessures causées par des véhicules tout-terrain (sous presse, 2012).
- 65 SécuritéJeunes Canada. Sécurité des véhicules tout-terrain : www.safekidscanada.ca/Professionnels/Defense-des-interets/Securite-en-VTT/Index.aspx (consulté le 24 novembre 2011).
- 66 Statistique Canada. Principales causes de la mortalité des enfants et des jeunes, par groupe d'âge, 2003 à 2005 : www41.statcan.gc.ca/2009/20000/tbl/cybac20000_2009_000_t07-fra.htm (consulté le 24 novembre 2011).
- 67 Agence de la santé publique du Canada, Étude des blessures chez les enfants et les jeunes, Édition 2009 : Pleins feux sur la sécurité des produits de consommation : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cyi-bej/2009/index-fra.php (consulté le 24 novembre 2011).
- 68 Dalmatas D, Kryzewski J. Restraints system effectiveness as a function of seating position. *Society of Automotive Engineering*. Pub #807 371. 1980.

- 69 Ramsay A, Simpson E, Rovera FP. Booster seat use and reasons for non-use. *Pediatrics* 2000;106(2):e20.
- 70 Transports Canada, cité par SécuriJeunes Canada. Transports Canada dévoile de nouvelles règles de sécurité pour les sièges d'auto : www.safekidsCanada.ca/Professionnels/Renseignements/Securite-des-enfants-en-voiture/Nouvelles-regles/Nouvelles-regles.aspx (consulté le 24 novembre 2011).
- 71 Winston FK, Durbin DR, Kallan MJ, Moll EK. The danger of premature graduation to seat belts for children in crashes. *Pediatrics* 2000;105(6):1179-83.
- 72 SécuriJeunes Canada. Quatre parents sur cinq appuient une loi sur l'utilisation du siège d'appoint, mais seulement 30 pour cent d'entre eux en utilisent, dit SécuriJeunes Canada : <https://www.safekidsCanada.ca/Professionnels/Salle-des-nouvelles/Communiqués-de-presse/2011/SSJ2011-communiqué-de-presse.aspx> (consulté le 24 novembre 2011).
- 73 Auto 21. Rapport technique : Enquête nationale canadienne 2010 sur l'utilisation des dispositifs de retenue d'enfant : www.auto21.ca/userImages/files/2010%20Child%20Restraint%20Survey%20F.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 74 Société canadienne de pédiatrie, comité de la prévention des blessures (auteur principal : R Stanwick). Des recommandations pour la sécurité en motoneige. *Paediatr Child Health* 2004;9(9):643-6.
- 75 Raphael D. Review: Poverty in childhood and adverse health outcomes in adulthood. *Maturitas* 2011;69(1):22-6.
- 76 Lemstra M, Neudorf C, 2008. Health Disparity in Saskatoon: Analysis to intervention : www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/documents/PHO/HealthDisparityExecSummary.pdf (consulté le 16 décembre 2011).
- 77 Health Officers Council of BC, November 2008. Health Inequities in British Columbia: Discussion paper: www.phabc.org/files/HOC_Inequities_Report.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 78 Paul-Sen Gupta R, de Wit ML, McKeown D. The impact of poverty on the current and future health status of children. *Paediatr Child Health* 2007;12(8):667-72.
- 79 Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C, 2007. *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur*, Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé : http://earlylearning.ubc.ca/media/uploads/publications/who_20100204duo_french_lr.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 80 Conference Board du Canada, 2009. Child Poverty: <http://conferenceboard.ca/HCP/Details/society/child-poverty.aspx> (cité le 24 août 2011).
- 81 Conference Board du Canada, juillet 2011. Hot Topic: Canadian Income Inequality – Is Canada becoming more unequal? : <http://conferenceboard.ca/hcp/hot-topics/canInequality.aspx> (consulté le 24 novembre 2011).
- 82 Statistique Canada. Le revenu au Canada 2009 : www.statcan.gc.ca/pub/75-202-x/75-202-x2009000-fra.htm (consulté le 24 novembre 2011).
- 83 Campagne 2000. Rapport 2011 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada : www.campaign2000.ca/reportCards/national/2011FrenchReportCard.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 84 Statistique Canada. Le revenu au Canada : www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=75-202-X&lang=fra (cité le 16 septembre 2011).
- 85 Campagne 2000. Rapport 2011 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada : www.campaign2000.ca/reportCards/national/2011FrenchReportCard.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 86 La base de données de l'OCDE sur la famille, CO2.2 Pauvreté chez les enfants : www.oecd.org/dataoecd/52/43/41929552.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 87 Smeeding T, cité dans Bryant T et coll. Canada: A land of missed opportunity for addressing the social determinants of health. *Health Policy* (2010), doi:10.1016/j.healthpol.2010.08.022.
- 88 Lemstra M, Neudorf C, 2008. Health Disparity in Saskatoon: Analysis to intervention. Saskatoon Health Region: www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/documents/PHO/HealthDisparityRept-complete.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 89 Health Officers Council of BC, November 2008. Health Inequities in British Columbia: Discussion paper: www.phabc.org/files/HOC_Inequities_Report.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 90 Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières nations du Canada, 2005. Wen:De: Nous voyons poindre la lumière du jour : www.fncfcs.com/docs/WendeReport_f.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 91 Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières nations du Canada. Pictou Landing First Nation and Maurina Beadle takes federal government to court to enforce Jordan's Principle, le 24 juin 2011 : www.fncfcs.com/fr/jordans-principe (consulté le 24 novembre 2011).
- 92 Lavalée T. Honouring Jordan: Putting First Nations children first and funding fights second. *Paediatr Child Health* 2005;10(9):527-9.
- 93 Marmot M. Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in English post-2010. *The Marmot Review*, February 2010: www.marmotreview.org/ (consulté le 24 novembre 2011).
- 94 UNICEF. Independent Institutions Protecting Children's Rights. Bilan Innocenti 8 du Centre de recherche Innocenti, juin 2001 : [www.aeforum.org/aeforum.nsf/8f28d4e3625611a780256c5100355eb9/2dc4fd2721951e1f802577e5005b4b65/\\$FILE/_bal720gr8d5m68sj5dojn6826eln68b90a1p6ut35cdq6irj7411mgqbqchp6arg15hpi0kj9ctk78so_.pdf](http://www.aeforum.org/aeforum.nsf/8f28d4e3625611a780256c5100355eb9/2dc4fd2721951e1f802577e5005b4b65/$FILE/_bal720gr8d5m68sj5dojn6826eln68b90a1p6ut35cdq6irj7411mgqbqchp6arg15hpi0kj9ctk78so_.pdf) (consulté le 6 décembre 2011).
- 95 MacLean R, Howe RB. Brief report on Canadian provincial children and youth advocacy offices: Highlights of functions and recent activities. Cape Breton University, Children's Rights Centre, août 2009.
- 96 Comité permanent du Sénat sur les droits de la personne, avril 2007. Les enfants : des citoyens sans voix – Mise en œuvre efficace des obligations internationales du Canada relatives aux droits des enfants : www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/huma-f/rep-f/rep10apr07-f.pdf (consulté le 24 novembre 2011).
- 97 Leitch K. Vers de nouveaux sommets : Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes. Ottawa: Santé Canada, 2007 : www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/child-enfant/advisor-conseillere/index-fra.php (consulté le 24 novembre 2011).
- 98 Friendly M, cité dans Bryant T et coll., 2010. Canada: A land of missed opportunity for addressing the social determinants of health. *Health Policy*. doi:10.1016/j.healthpol.2010.08.022.
- 99 Fortin P, Godbout L, St-Cerny S, June 22, 2011. Economic Consequences of Quebec's Educational Childcare Policy. *Early Years Economics Forum*, Toronto: www.oise.utoronto.ca/atkinson/UserFiles/File/EarlyLearningEconomicForum_Fortin.pdf (consulté le 24 novembre 2011).

Remerciements

La Société canadienne de pédiatrie tient à remercier le comité d'action pour les enfants et les adolescents, présidé par le docteur Andrew Lynk, pour les conseils et la révision du présent rapport de la situation.

La Société canadienne de pédiatrie est une association nationale composée de pédiatres engagés à travailler ensemble à faire progresser la santé des enfants et des adolescents en faisant la promotion de l'excellence des soins de santé, de la défense d'intérêts, de l'éducation, de la recherche et du soutien de ses membres.



Société
canadienne
de pédiatrie

2305, boul. St. Laurent

Ottawa (Ontario) K1G 4J8

Téléphone : 613-526-9397

Télécopieur : 613-526-3332

Courriel : info@cps.ca

www.cps.ca; www.soinsdenosenfants.cps.ca