Édition 2009

# 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

## Prévention des maladies

8 Programmes de vaccination financés par le gouvernement
10 Mesures pour prévenir et réduire le tabagisme chez les adolescents

## Promotion de la santé

12 Plan d'intervention en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence
14 Plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques

## Prévention des blessures

16 Loi sur le port du casque de vélo
18 Loi sur la sécurité des véhicules tout-terrains (VTT)
20 Loi sur les sièges d'appoint
22 Loi sur la sécurité en motoneige

## Intérêts fondamentaux des enfants et des adolescents

24 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 Apprentissage et soins de la petite enfance

La documentation tirée du présent rapport peut être reproduite en totalité ou en partie pour des besoins non commerciaux si la Société canadienne est 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

© 2009 Société canadienne de pédiatrie

ISSN 1913-567X

L'élaboration du présent rapport a été financée par 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

« Il faut un village pour élever un enfant ». Le village canadien se compose de parents, de familles, de collectivités et de gouvernements à divers échelons. Nous avons la responsabilité collective de protéger la santé et la sécurité des enfants et des adolescents. Tandis que les parents et les éducateurs jouent un rôle essentiel dans la croissance et le développement des enfants, les gouvernements doivent soutenir leurs efforts par des politiques publiques pour préserver et améliorer la santé et la sécurité de ses citoyens les plus jeunes.

C'est la troisième édition du rapport de la situation *En faisons-nous assez?* de la Société canadienne de pédiatrie (SCP). Le rapport permet d'évaluer des indicateurs de la santé des enfants et des adolescents étayés par des données probantes qui soulignent la nécessité et l'efficacité d'une intervention gouvernementale. Il est conçu pour inciter les décideurs à jeter un œil critique sur leurs progrès en matière de santé des enfants et des adolescents et à apporter des changements qui contribueront à accroître leur santé et leur sécurité. Le rapport est produit tous les deux ans parce qu'on sait qu'il faut du temps pour apporter des modifications aux lois et aux règlements.

La SCP est heureuse de constater que les rapports passés ont suscité des mesures dans plusieurs secteurs. Par exemple, les provinces ont utilisé l'information fournie par la SCP pour rédiger leurs lois sur les lieux sans fumée, y compris dans les voitures où se trouvent des enfants. Le rapport fait ressortir les progrès réalisés par les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral et il fournit une norme de référence pour se comparer aux autres territoires de compétence. Les défenseurs d'intérêts doivent continuer d'utiliser la puissance des politiques publiques pour favoriser le plein développement des enfants et des adolescents dans un milieu sain et sécuritaire; la SCP s'engage à soutenir ces efforts.

Le rapport traite 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.

Le plan d'intervention en cas de pandémie d'influenza ne fait pas partie du rapport 2009, car le Canada affronte la pandémie de grippe H1N1, et les plans continuent d'être remaniés. De même, puisque l'Agence de la santé publique du Canada et des experts (y compris la SCP) sont à élaborer de nouvelles lignes directrices sur l'activité physique pour les enfants et les jeunes, il a été décidé de ne pas y inclure la prévention de l'obésité et la promotion de l'activité physique. La SCP continuera de surveiller les mesures prises dans chacun de ces secteurs et les inclura dans les prochains rapports.

L'information est à jour au 25 novembre 2009 et provient de documents et de sites Web gouvernementaux, de même que de correspondance personnelle avec les gouvernements.

# Sommaire

En qualité de défenseurs de la santé des enfants et des adolescents, la Société canadienne de pédiatrie (SCP) consacre beaucoup de temps à dépister des approches probantes à l'égard de problèmes de santé cruciaux. Cette priorité s'est révélée très utile pour améliorer la pratique clinique. Cependant, pour assurer le bien-être à long terme des enfants et des adolescents, il faut adopter la perspective plus large de la santé des populations. Dans la présente édition d'*En faisons-nous assez?*, la SCP examine les questions de la promotion de la santé et de la prévention primaire par la lorgnette des déterminants sociaux de la santé. Le revenu et le statut social, l'éducation, le logement, le développement de la petite enfance et le statut culturel jouent tous un rôle beaucoup plus important dans la santé des enfants et des adolescents que n'importe quels services de santé que nous sommes en mesure de leur fournir.

Les qualités de chef des gouvernements ont eu des répercussions impressionnantes sur des enjeux comme la vaccination, le contrôle du tabagisme et le caractère sécuritaire des ceintures de sécurité. La SCP invite tous les gouvernements à agir compte tenu de politiques et d'interventions probantes afin de s'attaquer aux enjeux fondamentaux qui déterminent une bonne santé. Parmi ces enjeux, la disparité de revenus figure en première place.

**La pauvreté chez les enfants :** Les enfants et les adolescents pauvres ne sont pas en aussi bonne santé et ils présentent des taux de mortalité infantile et une espérance de vie plus courte que les autres. Cette affirmation peut sembler évidente, mais elle a récemment fait l'objet de nombreuses recherches, et la conclusion est irréfutable. Les différences de statut socioéconomique familial sont la principale cause de disparités en matière de santé chez les enfants et les adolescents canadiens. Les enfants des nouveaux immigrants et les enfants autochtones y sont particulièrement vulnérables, et ils sont beaucoup plus susceptibles de grandir dans une famille pauvre[1]. D'après le *Health Officers Council of British Columbia*, de tous les secteurs de dépenses visant à réduire l'inégalité en santé, aucun n'est plus important que la sécurité du revenu et les mesures pour réduire la pauvreté dans la province[2].

À part l'impératif moral, il est logique sur le plan économique de vouloir se pencher sur la pauvreté chez les enfants. Les quartiers les plus pauvres font deux fois plus appel aux services de santé que les plus riches[2]. Le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada souligne ce qui suit à l'égard des programmes de développement de la petite enfance : « … 1 $ investi pendant la petite enfance permet des économies ultérieures de 3 $ à 9 $ pour les systèmes de santé et de justice pénale ainsi que pour l'assistance sociale. »[3]

Des efforts ont été consentis au Canada par l'adoption du programme national de prestation fiscale pour enfants et d'autres mesures fiscales, mais ils ne suffisent pas. On n'a constaté qu'une légère réduction du nombre d'enfants qui vivent dans la pauvreté depuis 20 ans[4]. Des stratégies plus complètes qui tirent profit de tous les leviers en matière de réglementation et de programmes s'imposent pour réduire à la

fois la pauvreté chez les enfants au Canada et les répercussions de la pauvreté sur les chances d'épanouissement des enfants et des adolescents. Ces mesures comprennent, sans s'y limiter, les programmes de sécurité du revenu, la formation au milieu du travail, le soutien à l'emploi adapté pour les groupes vulnérables, des politiques sur le salaire minimum, des normes du travail, des programmes de règlement, l'accès à des milieux de garde de qualité et à l'apprentissage de la petite enfance, un logement abordable et des assurances pour les médicaments, la dentition et la vision aux familles à faible revenu.

Les lois et les politiques publiques ont le pouvoir de sauver de jeunes vies et d'assurer le soutien nécessaire pour permettre aux enfants et aux adolescents de réaliser leur potentiel. En Suède, la distribution de la richesse et les politiques en matière de milieux de garde garantissent des taux de pauvreté peu élevés chez les enfants. Les récents efforts déployés au Royaume-Uni ont entraîné des progrès considérables pour réduire la pauvreté[5]. La SCP est d'avis que tous les enfants et les adolescents méritent les mêmes possibilités pour réussir dans la vie.

Les progrès réalisés relativement aux enjeux soulevés dans nos deux derniers rapports étaient mitigés. Bien que des gains importants aient été constatés à certains égards, le mouvement est beaucoup plus lent, sinon nul, à d'autres.

**Le tabagisme :** Les efforts du Canada en matière d'abandon du tabac continuent de porter ses fruits. Le taux de tabagisme chez les adolescents continue de fléchir et a atteint un creux jamais égalé de 15 % chez les jeunes de 15 à 19 ans en 2008[6]. Parallèlement, de trois à quatre fois plus d'adolescents autochtones que d'adolescents canadiens continuent de fumer[7]. Le taux d'enfants et d'adolescents de familles à faible revenu qui fument est également plus élevé que celui de la moyenne nationale[8]. Quatre provinces canadiennes ont récemment adopté des lois contre le tabagisme dans les voitures où se trouvent des enfants, et d'autres l'envisagent[9]. De plus, une toute nouvelle loi fédérale modifie la *Loi sur le tabac* pour finalement interdire toutes les publicités sur le tabac dans les magazines et les journaux. Elle interdit également la vente de cigarillos aromatisés et de petits emballages de ces produits.

**La santé mentale :** Il n'existe toujours pas de démarche détaillée pour se pencher sur la santé mentale chez les enfants et les adolescents du pays. Des travaux sont en cours pour mettre au point une stratégie nationale en santé mentale, y compris un volet axé sur les enfants et les adolescents, mais de nombreuses provinces et de nombreux territoires ne se sont pas dotés d'un plan d'intervention en santé mentale. Là où ces plans existent, l'accès aux services de santé mentale est insuffisant et parfois même en régression. Tant le dépistage que le traitement des troubles de santé mentale continuent de poser de graves problèmes, car les trois quarts des enfants et des adolescents qui ont besoin de traitements spécialisés ne les reçoivent pas[10]. Environ 70 % des maladies mentales trouvent leur origine pendant l'enfance ou l'adolescence, ce qui amplifie l'importance d'une surveillance, d'une prévention et d'un traitement précoces pour en réduire les conséquences possibles sur toute la vie[10].

**Les blessures :** Les blessures non intentionnelles demeurent la principale cause de décès chez les enfants et les adolescents du Canada, mais aucune stratégie nationale cohésive de prévention des blessures ne se profile encore à l'horizon.

Il s'agit d'un cas évident d'inaction devant des données convaincantes. Des lois rigoureuses préviennent les blessures et sauvent des vies. D'après une analyse de données réalisée sur une période de dix ans, les taux d'hospitalisation et de décès ont chuté de près du tiers, en partie grâce à des modifications à l'usage du casque de vélo et à l'adoption de lois sur le port de ce casque dans six provinces pendant cette période[11]. Dans les provinces où des lois sur le port du casque de vélo sont en vigueur, le nombre de blessures a diminué de 25 %[12]. Pourtant, on continue de disposer d'un méli-mélo de lois inégales et parfois même contradictoires, qui met la sécurité des enfants et des adolescents en péril.

Certains enfants sont plus vulnérables aux blessures. En effet, les recherches démontrent que les enfants qui vivent dans la pauvreté présentent un plus fort taux de décès causés par des blessures non intentionnelles que ceux qui ne vivent pas dans ces conditions[13]. Parmi les populations des Premières nations, les blessures constituent l'une des principales causes de décès, et de loin la principale source potentielle d'années de vie perdues, soit près de 3,5 fois la moyenne nationale[14].

**Les effectifs pédiatriques :** Les besoins de santé des enfants et des adolescents sont uniques et complexes. Aucun professionnel de la santé ne peut tous les respecter à lui seul. Un engagement envers une démarche coordonnée d'équipe, composée de médecins de famille, de pédiatres, de psychiatres pour enfants et pour adolescents, d'infirmières et d'autres spécialistes qui travaillent ensemble, est essentiel pour dispenser des soins de qualité aux jeunes[15].

La SCP continue de sonner l'alarme au sujet de la pénurie imminente de pédiatres. À l'instar des autres professionnels de la santé, les pédiatres prennent leur retraite à un rythme croissant, et le nombre de médecins qui les remplacent est insuffisant. Aucun territoire de compétence n'a encore élaboré un plan à cet égard, ce qui compromet la santé future des enfants et des adolescents.

**Les droits des enfants :** Au printemps 2010, le Canada célébrera le vingtième anniversaire de la signature de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. En mai 1990, le Canada a convenu des besoins particuliers des enfants et des adolescents et a accepté de protéger leurs droits. Malheureusement, il n'y a pas de commissaire canadien à l'enfance et à l'adolescence ou d'autre mécanisme indépendant en place pour faire respecter cet engagement. La plupart des provinces (mais aucun des territoires) sont maintenant dotées de défenseurs à l'enfance et à l'adolescence, mais bon nombre ne se penchent que sur les enfants et les adolescents sous la tutelle de la province. Leur mandat limité et leur manque d'indépendance nuisent à leur pouvoir de protéger les droits uniques de tous les enfants et les adolescents.

## L'engagement de la SCP

Le présent rapport soulève plusieurs secteurs d'inquiétude. Nous espérons qu'il incitera les gouvernements à assumer leurs responsabilités envers les enfants et les adolescents et qu'il sera utile à d'autres défenseurs. Nous aspirons au jour où toutes les politiques et tous les programmes qui touchent les enfants et les adolescents seront automatiquement revus par un organisme indépendant conçu pour défendre les droits de nos jeunes. Entre-temps, nous souhaitons que les législateurs prennent au sérieux les enjeux soulevés par les

pédiatres canadiens. Nous nous engageons à travailler avec tous les Canadiens à améliorer la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. Nous en faisons la promesse.


1. Campagne 2000. Rapport 2008 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada. Consulté le 13 novembre 2009, à l'adresse www.campaign2000.ca/reportCards/national/2008FrenchNationalReportCard.pdf.

2. Health Officers Council of BC. Health Inequities in British Columbia: Discussion Paper, November 2008. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.bchealthyliving.ca/files/HOC_Inequities_Report.pdf.

3. Grunewald R et Rolnick A (2005), cités en page 71 du Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2008 de l'administrateur en chef de la santé publique de l'Agence de la santé publique du Canada. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/index-fra.php.

4. Campagne 2000. Rapport 2009 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada : 1989-2009. Copie sous embargo consultée le 10 novembre 2009, accessible à l'adresse www.campaign2000.ca/french/rapports.html.

5. Lemstra M, Neudorf C. Health Disparity in Saskatoon: analysis to intervention, Saskatoon: Saskatoon Health Region; 2008.

6. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada 2006. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2006-fra.php.

7. Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis. L'usage et le mésusage du tabac chez les autochtones – mise à jour 2006. Paediatr Child Health 2006;11(10):687-92. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.cps.ca/francais/enonces/II/FNIH06-01.htm.

8. Pomerleau J, Pederson LL, Østbye T, Speechley M, Speechley KN. Health behaviours and socio-economic status in Ontario, Canada. Eur J Epidemiol 1997;13(6):613-622.

9. Presse canadienne, juin 2008.

10. Commission de la santé mentale du Canada. Vers le rétablissement et le bien être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada, janvier 2009. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse https://mentalhealthcommission.dialoguecircles.com/adx/aspx/adxgetmedia.aspx?MediaID=3067&Filename=Mental_Health_FR.pdf.

11. SécuriJeunes Canada. Analyse des blessures non intentionnelles chez les enfants et les adolescents : 1994-2003, sur une période de dix ans, juillet 2007. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.safekidscanada.ca/SKCForPartnersFR/custom/NationalReportUpdatedFR.pdf.

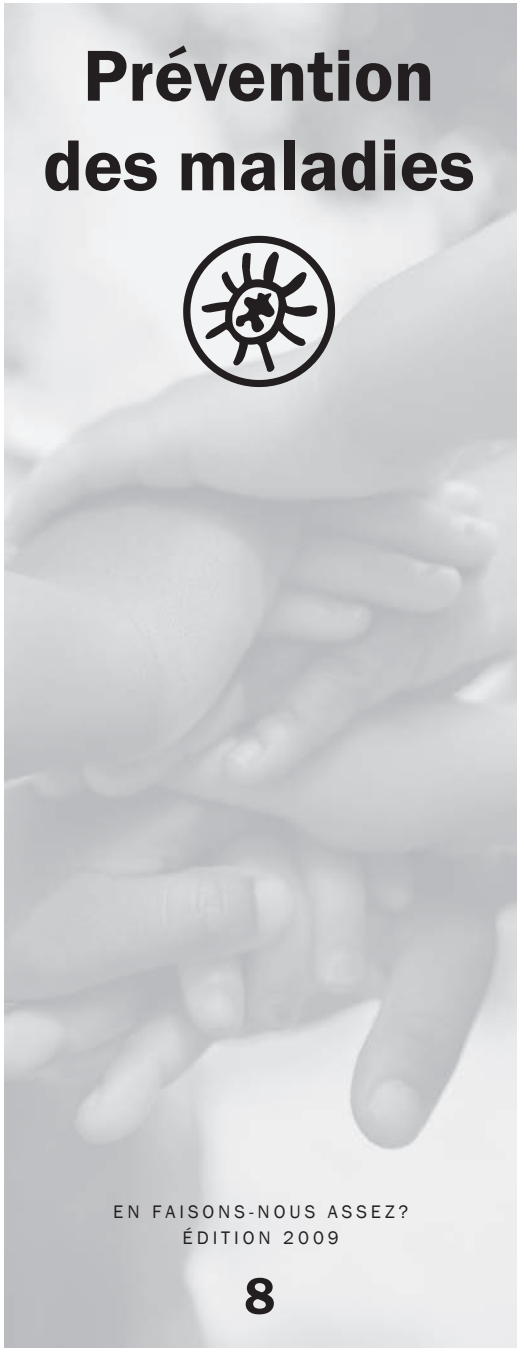
12. Macpherson A, Spinks A. Bicycle helmet legislation for the uptake of helmet use and prevention of head injuries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, numéro 2. Art. no CD005401. DOI: 0.1002/ 14651858.CD005401.pub2.

13. Birken CS, Parkin PC, Macarther C. Trends in rates of death from unintentional injury among Canadian children in urban areas: influence of socioeconomic status. CMAJ 2006; 175(8):867.

14. Santé Canada. Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Utilisation des services de santé dans l'Ouest canadien, 2000. Juin 2009. Consulté le 13 novembre 2009, à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/2009-stats-profil-vol2/index-fra.php.

15. Société canadienne de pédiatrie. Un modèle de la pédiatrie : Repenser les soins de santé pour les enfants et les adolescents, Paediatr Child Health 2009;14(5): 326-32. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.cps.ca/francais/enonces/HR/CPS09-01.htm.

# Prévention des maladies





## 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[1], ce qui fait de la vaccination l'effort de santé publique le plus rentable et l'un des plus efficaces du siècle dernier. La couverture universelle des vaccins pédiatriques assure à tous les enfants et les adolescents une protection contre des 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 également de vacciner les enfants contre la varicelle, la coqueluche chez les adolescents 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 cinq vaccins n'est pas encore systématique au pays. La plupart des provinces et des territoires offrent tous les vaccins, mais ils ne les administrent pas tous conformément au calendrier recommandé par la SCP et le CCNI, sans compter que les calendriers de vaccination ne sont pas harmonisés au pays[2].

La disparité de l'accès aux vaccins entre les provinces et les territoires s'est amenuisée, mais les enfants des familles à faible revenu sont beaucoup plus susceptibles d'avoir une couverture vaccinale incomplète que ceux des familles à revenu plus élevé[3]. Il faut redoubler d'efforts pour que tous les enfants et les adolescents profitent d'une protection convenable.

Le rapport de 2009 ne traite pas du vaccin saisonnier contre l'influenza, car les programmes de vaccination sont en cours d'évaluation en raison du virus de la grippe H1N1.

1. Association canadienne de santé publique. Consulté le 19 novembre 2009 à l'adresse www.immunize.cpha.ca/fr/default.aspx.
2. Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation. Immunization Update 2005: Stepping forward. Paediatr Child Health, 2005; 10(6):315-316. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.cps.ca/english/statements/id/pidnoteimmunization2005.htm.
3. Lemstra M, Neudorf C. Health Disparity in Saskatoon: analysis to intervention, Saskatoon: Saskatoon Health Region; 2008, page 167.

**Excellent :** La province ou le territoire offre les vaccins contre le méningocoque, la coqueluche chez les adolescents, le pneumocoque, la varicelle et le virus du papillome humain conformément au calendrier recommandé par la SCP et le CCNI, sans frais pour les particuliers.

**Bon :** La province ou le territoire offre les cinq vaccins, mais certains ne sont pas administrés conformément au calendrier recommandé par la SCP et le CCNI.

**Passable :** La province ou le territoire offre quatre des cinq vaccins recommandés, mais le calendrier ne correspond pas à celui qui est recommandé par la SCP et le CCNI.

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

| Programmes de vaccination financés par le gouvernement | | | |
|---|---|---|---|
| **Province ou territoire** | **Situation en 2007** | **Situation en 2009** | **Commentaires** |
| **Colombie-Britannique** | Bonne | Bonne | Le programme inclut les cinq vaccins recommandés, mais le vaccin contre le méningocoque n'est pas administré conformément aux recommandations de la SCP et du CCNI. |
| **Alberta** | Excellente | Excellente | Le programme inclut les cinq vaccins recommandés conformément aux recommandations de la SCP et du CCNI. |
| **Saskatchewan** | Bonne | Bonne | Le programme inclut les cinq vaccins recommandés, mais le vaccin contre le méningocoque n'est pas administré conformément aux recommandations de la SCP et du CCNI. |
| **Manitoba** | Bonne | Bonne | Le programme inclut les cinq vaccins recommandés, mais les vaccins contre le méningocoque et contre le pneumocoque ne sont pas administrés conformément aux recommandations de la SCP et du CCNI. |
| **Ontario** | Bonne | Bonne | Le programme inclut les cinq vaccins recommandés, mais le vaccin contre le méningocoque n'est pas administré conformément aux recommandations de la SCP et du CCNI. |
| **Québec** | Bonne | Bonne | Le programme inclut les cinq vaccins recommandés, mais les vaccins contre le méningocoque et contre le pneumocoque ne sont pas administrés conformément aux recommandations de la SCP et du CCNI. |
| **Nouveau-Brunswick** | Bonne | Bonne | Le programme inclut les cinq vaccins recommandés, mais le vaccin contre le méningocoque n'est pas administré conformément aux recommandations de la SCP et du CCNI. |
| **Nouvelle-Écosse** | Bonne | Bonne | Le programme inclut les cinq vaccins recommandés, mais le vaccin contre le méningocoque n'est pas administré conformément aux recommandations de la SCP et du CCNI. |
| **Île-du-Prince-Édouard** | Passable | Bonne | Le programme inclut les cinq vaccins recommandés, mais le vaccin contre le méningocoque n'est pas administré conformément aux recommandations de la SCP et du CCNI. |
| **Terre-Neuve-et-Labrador** | Bonne | Bonne | Le programme inclut les cinq vaccins recommandés, mais le vaccin contre le méningocoque n'est pas administré conformément aux recommandations de la SCP et du CCNI. |
| **Yukon** | Bonne | Bonne | Le programme inclut les cinq vaccins recommandés, mais les vaccins contre le méningocoque et contre le pneumocoque ne sont pas administrés conformément aux recommandations de la SCP et du CCNI. |
| **Territoires du Nord-Ouest** | Bonne | Bonne | Le programme inclut les cinq vaccins recommandés, mais le vaccin contre le méningocoque n'est pas administré conformément aux recommandations de la SCP et du CCNI. |
| **Nunavut** | Bonne | Bonne | Le programme inclut les cinq vaccins recommandés, mais le vaccin contre le méningocoque n'est pas administré conformément aux recommandations de la SCP et du CCNI. |

# Prévention des maladies



## Mesures pour prévenir et réduire le tabagisme chez les adolescents

La Société canadienne de pédiatrie (SCP) appuie les lois qui protègent à la fois les enfants et les adultes de la fumée secondaire et envoie un message clair selon lequel le tabagisme compromet la santé. Elle encourage les provinces et les territoires à créer et à adopter des lois pour interdire le tabagisme dans tous les lieux publics et privés où se trouvent des enfants et des adolescents. Il est démontré que ces politiques protectrices incitent également certains fumeurs à renoncer au tabac pour de bon[1]. Même si des lois sont adoptées pour limiter le tabagisme, la SCP doit demeurer vigilante pour protéger les enfants et les adolescents de l'exposition à la fumée secondaire.

Depuis le dernier rapport de la situation, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et la Colombie-Britannique ont adopté des lois contre le tabagisme dans les voitures où se trouvent des enfants. L'Île-du-Prince-Édouard est en voie de faire de même, tandis que le Québec, la Saskatchewan et le Manitoba l'envisagent[2].

Le tabagisme chez les adolescents continue de fléchir au Canada. Entre 2005 et 2008, le taux de tabagisme chez les jeunes de 15 à 19 ans a chuté de 3 % pour atteindre un creux jamais égalé de 15 %. Le déclin le plus remarquable s'observait au Québec, où le tabagisme est passé de 36 % en 1999 à moins de la moitié, 17 %, en 2008. En Saskatchewan, le taux de 2008 s'élevait à 20 %, par rapport à 31 % en 1999[3].

La consommation de tabac par les adolescents dépend du prix des produits du tabac[4]. Dicté en partie par les taxes, ce prix constitue une indication de la détermination des gouvernements à décourager le tabagisme. L'application des lois contre les cigarettes de contrebande en est une autre.

Toutefois, deux groupes de jeunes demeureraient particulièrement vulnérables. En effet, les taux de tabagisme chez les jeunes autochtones de 15 à 17 ans sont au moins quatre fois plus élevés que le taux national chez les jeunes du même âge[3,5]. Puisque le niveau de revenu est inversement proportionnel au taux de tabagisme, il faut également s'occuper des enfants et des adolescents des familles à faible revenu.

1. Moher M et coll. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2003; (2):CD003440.
2. Presse canadienne, juin 2008.
3. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada 2008. Consulté le 13 novembre 2009, à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2008-fra.php.
4. 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. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.cps.ca/francais/enonces/DT/dt97-01.htm.
5. Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis. L'usage et le mésusage du tabac chez les autochtones – mise à jour 2006. Paediatr Child Health 2006;11(10):687-92. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.cps.ca/francais/enonces/II/FNIH06-01.htm.
6. Pomerleau J, Pederson LL, Østbye T, Speechley M, Speechley KN. Health behaviours and socio-economic status in Ontario, Canada. Eur J Epidemiol 1997;13(6):613-622.

**Excellent :** La province ou le territoire interdit le tabagisme dans tous les lieux publics. Le prix d'une cartouche de 200 cigarettes se situe dans le quartile le plus élevé. Il existe des lois pour protéger les enfants et les adolescents de la fumée du tabac dans les automobiles. La province ou le territoire s'est doté de programmes de prévention axés sur les adolescents.

**Bon :** La province ou le territoire a adopté une loi interdisant le tabagisme dans tous les lieux publics. Le prix d'une cartouche de 200 cigarettes se situe dans le deuxième quartile.

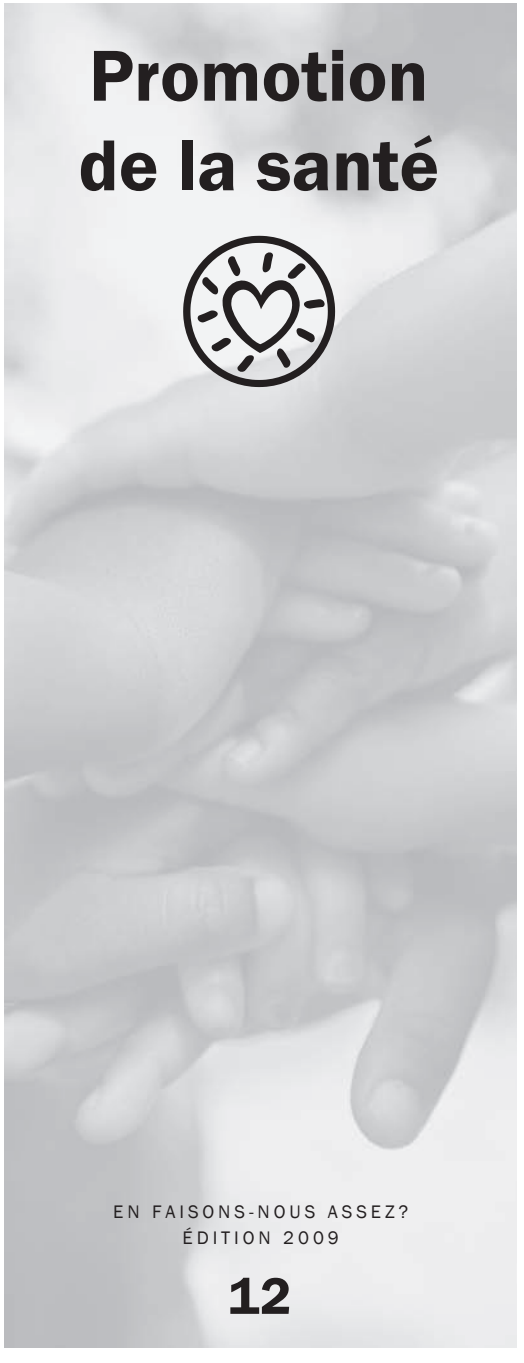
**Passable :** La province ou le territoire interdit le tabagisme dans certains lieux publics, mais pas tous. Le prix d'une cartouche de 200 cigarettes se situe dans le troisième quartile.

**Mauvais :** La province ou le territoire n'interdit pas le tabagisme. Le prix d'une cartouche de 200 cigarettes se situe dans le dernier quartile.

## Mesures pour prévenir et réduire le tabagisme chez les adolescents

| Province ou territoire | Situation en 2007 | Situation en 2009 | Commentaires |
|---|---|---|---|
| **Colombie-Britannique** | Bonne | Excellente | Le tabagisme est interdit dans les lieux publics. Une cartouche de 200 cigarettes coûte 87,40 $. Des programmes de santé publique visent à prévenir le tabagisme chez les enfants et les adolescents. Une loi interdit le tabagisme dans les véhicules où se trouvent des passagers de moins de 16 ans. |
| **Alberta** | Bonne | Bonne | Le tabagisme est interdit dans les lieux publics, les lieux de travail, les véhicules publics et les entrées quasi-publiques. Une cartouche de 200 cigarettes coûte 90,55 $. La province s'est dotée d'une stratégie de réduction du tabagisme. Il n'existe pas de loi pour protéger les enfants de la fumée secondaire dans les voitures. |
| **Saskatchewan** | Excellente | Bonne | Le tabagisme est interdit dans les lieux publics et les lieux de travail. Une cartouche de 200 cigarettes coûte 91,12 $. Des programmes de santé publique visent à réduire le tabagisme expressément chez les adolescents. Il n'existe pas de loi pour protéger les enfants de la fumée secondaire dans les voitures. |
| **Manitoba** | Excellente | Bonne | Le tabagisme est interdit dans les lieux publics. Une cartouche de 200 cigarettes coûte 93,23 $. Des programmes de santé publique visent à réduire le tabagisme, y compris des programmes élaborés avec l'apport des adolescents. Il n'existe pas de loi pour protéger les enfants de la fumée secondaire dans les voitures. |
| **Ontario** | Bonne | Bonne | Le tabagisme est interdit dans les lieux publics. Une cartouche de 200 cigarettes coûte 74,49 $, le deuxième coût le plus faible au Canada. Des programmes de santé publique sont orientés vers les adolescents. Une loi interdit le tabagisme dans les véhicules où se trouvent des passagers de moins de 16 ans. |
| **Québec** | Bonne | Bonne | Le tabagisme est interdit dans les lieux publics. Une cartouche de 200 cigarettes coûte 70,18 $, le coût le plus faible au Canada. Des programmes de santé publique visent à réduire le tabagisme. Il n'existe pas de loi pour protéger les enfants de la fumée secondaire dans les voitures. |
| **Nouveau-Brunswick** | Excellente | Excellente | Le tabagisme est interdit dans les lieux publics. Une cartouche de 200 cigarettes coûte 78,81 $. Des programmes de santé publique visent à réduire le tabagisme, y compris certains orientés expressément vers les adolescents. Une loi interdit le tabagisme dans les véhicules où se trouvent des passagers de moins de 16 ans. |
| **Nouvelle-Écosse** | Excellente | Excellente | À l'exception de certains établissements, le tabagisme est interdit dans tous les lieux publics et à l'extérieur de bon nombre d'entre eux. Une cartouche de 200 cigarettes coûte 100,89 $. Des programmes de santé publique visent à réduire le tabagisme chez les enfants et les adolescents. Une loi interdit le tabagisme dans les véhicules où se trouvent des passagers de moins de 16 ans. |
| **Île-du-Prince-Édouard** | Bonne | Bonne | Le tabagisme est interdit dans les lieux publics et les lieux de travail, mais les fumoirs sont autorisés. Une cartouche de 200 cigarettes coûte 95,70 $. Des programmes de santé publique visent les adolescents. Il n'existe pas de loi pour protéger les enfants de la fumée secondaire dans les voitures. |
| **Terre-Neuve-et-Labrador** | Bonne | Bonne | Le tabagisme est interdit dans les lieux publics et les lieux de travail, mais les fumoirs sont autorisés dans les établissements de soins de longue durée. Une cartouche de 200 cigarettes coûte 92,93 $. Des programmes de santé publique visent à réduire le tabagisme, y compris certains orientés expressément vers les adolescents. Il n'existe pas de loi pour protéger les enfants de la fumée secondaire dans les voitures. |
| **Yukon** | Passable | Excellente | Le tabagisme est interdit dans les lieux publics. Une cartouche de 200 cigarettes coûte 92,65 $. Des programmes de santé publique et des stratégies de réduction du tabagisme visent les adolescents. Une loi interdit le tabagisme dans les véhicules où se trouvent des passagers de moins de 16 ans. |
| **Territoires du Nord-Ouest** | Passable | Bonne | Le tabagisme est interdit dans les lieux publics et les lieux de travail. Une cartouche de 200 cigarettes coûte 104,83 $, le prix le plus élevé au Canada. Des stratégies de prévention et de réduction du tabagisme visent les adolescents. Il n'existe pas de loi pour protéger les enfants de la fumée secondaire dans les voitures. |
| **Nunavut** | Bonne | Bonne | Le tabagisme est interdit dans les lieux publics, y compris toutes les entreprises et tous les lieux de travail fermés. Une cartouche de 200 cigarettes coûte 92,65 $. Des programmes de santé publique visent à réduire le tabagisme chez les adolescents. Il n'existe pas de loi pour protéger les enfants de la fumée secondaire dans les voitures. |

# Promotion de la santé





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

Les troubles de santé mentale continuent de prendre de l'ampleur chez les enfants et les adolescents, et on prévoit qu'ils augmenteront de 50 % d'ici 2020. On estime que 14 % des enfants et des adolescents de moins de 20 ans, représentant 1,1 million de jeunes Canadiens, souffrent d'un trouble de santé mentale qui a une incidence sur leur vie quotidienne[1]. Les enfants de familles à faible revenu sont particulièrement vulnérables, car la défavorisation s'associe à des taux plus élevés de dépression et d'anxiété chez les jeunes de dix à 15 ans[2]. Pis encore, trois enfants et adolescents sur quatre qui ont besoin de services thérapeutiques spécialisés ne les reçoivent pas[3].

La Commission de la santé mentale du Canada est à préparer une stratégie nationale en matière de santé mentale, qui inclura un volet axé sur les enfants et les adolescents[3]. Entre-temps, de nombreuses provinces et de nombreux territoires ne disposent pas encore d'un plan d'intervention en santé mentale. Dans les territoires de compétence où un plan est en place, l'accès aux services de santé mentale continue d'être insuffisant et, dans certains cas, en régression. Par exemple, le vérificateur général de l'Ontario a récemment constaté une diminution globale des investissements destinés aux services de santé mentale dans cette province.

La Société canadienne de pédiatrie exhorte les provinces et les territoires à ne pas attendre la publication d'une stratégie fédérale, mais à agir immédiatement afin de répondre aux besoins cruciaux des enfants et des adolescents en matière de santé mentale par l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies coordonnées. Dans le cadre de ce processus, les provinces et les territoires devraient également revoir leurs dépenses en matière de santé mentale et s'assurer de répondre aux besoins actuels et futurs des enfants et des adolescents à cet égard.

1. Waddell C, Offord DR, Shepherd CA, Hua JM et McEwan K. Child Psychiatric Epidemiology and Canadian Public Policy-Making: The State of Science and the Art of the Possible. Revue canadienne de psychiatrie 2002,47:825-832.
2. 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. La revue canadienne de santé publique 2008;99(2):125-129.
3. Commission de la santé mentale du Canada. Vers le rétablissement et le bien être, Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada, janvier 2009. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key_Documents/fr/Mental_Health_FR.pdf.

**Excellent :** La province ou le territoire s'est doté d'un plan d'intervention complet 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.

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

| Province ou territoire | Situation en 2007 | Situation en 2009 | Commentaires |
|---|---|---|---|
| **Colombie-Britannique** | Bonne | Bonne | Un plan d'intervention quinquennal en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence porte sur les services de traitement et de soutien, les programmes de réduction des risques et de prévention, l'amélioration de la capacité de la famille et de la collectivité et de meilleurs systèmes pour coordonner les services, surveiller les issues et garantir la responsabilisation auprès du public. Le plan tient compte du rôle des pédiatres dans le système de santé mentale des enfants. Le plan a subi un remaniement profond en 2008, témoignant du travail effectué jusqu'à présent et de la nécessité d'investissements supplémentaires. |
| **Alberta** | Bonne | Bonne | Un plan d'intervention en santé mentale de l'enfance (2008-2011) décrit la mise en valeur du potentiel pour favoriser la santé mentale, réduire les risques, assurer un soutien et dispenser des traitements aux enfants, aux adolescents et à leur famille. Des fonds sont affectés pour améliorer la santé mentale et donner accès aux services des enfants et des adolescents ainsi que pour soutenir les familles et les collectivités. Des calendriers de mise en œuvre d'enjeux clés sont établis, y compris la proposition de déterminer des normes de temps d'attente en santé mentale de l'enfance. Le rôle des pédiatres n'est pas défini. |
| **Saskatchewan** | Bonne | Bonne | Le *Plan for Child and Youth Mental Health Services* (2007) porte sur la prévention et l'éducation, les traitements et les interventions, la mise en œuvre de compétences et de partenariats, la surveillance et l'évaluation. Le rôle des pédiatres n'y est pas défini. |
| **Manitoba** | Passable | Bonne | Il n'y a pas de plan d'intervention précis en santé mentale de l'enfance ou de plan provincial en santé mentale. Une stratégie de prévention du suicide chez les adolescents a toutefois été adoptée en 2008. Cependant, la promotion de la santé mentale figure en bonne place dans la stratégie d'Enfants en santé Manitoba. Certains programmes et services axés sur la santé mentale et les dépendances visent les jeunes. Il n'y a pas de stratégie de temps d'attente précise en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence. |
| **Ontario** | Bonne | Passable | Le *Cadre stratégique des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes* (2006-2016) oriente les modifications dans le secteur de la santé mentale de l'enfance et de l'adolescence et aide les autres secteurs à promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes. Le rôle des pédiatres n'y est pas défini. Il n'y a pas de système pour surveiller les listes d'attente en santé mentale pour les enfants. Le rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario révèle une diminution de l'investissement en santé mentale des enfants et des adolescents. |
| **Québec** | Bonne | Bonne | Le *Plan d'action en santé mentale* (2005-2010) contient un chapitre sur les enfants et les adolescents ayant des troubles de santé mentale. Les pédiatres font partie de la séquence des services en santé mentale et sont considérés comme des dispensateurs essentiels dans la collectivité et en première ligne. Le plan contient des buts et objectifs de temps d'attente avant de consulter des psychiatres pour enfants et d'obtenir des soins de première et deuxième ligne. Les codes de facturation des médecins ont été modifiés afin de soutenir les soins en santé mentale des enfants et des adolescents. |
| **Nouveau-Brunswick** | Mauvaise | Passable | Un plan global en santé mentale a été publié en février 2009 et contient des recommandations axées sur les enfants et les adolescents, y compris des programmes en milieu scolaire et le diagnostic précoce. Il n'y a pas de surveillance des temps d'attente de l'enfance et de l'adolescence. Le rôle des pédiatres n'est pas défini. |
| **Nouvelle-Écosse** | Passable | Passable | Les normes *Standards for Mental Health Services in Nova Scotia* (mises à jour en 2007) contiennent des références aux enfants et aux adolescents. Le rôle des pédiatres n'y est pas défini. Dans les orientations *Strategic Directions for Nova Scotia's Mental Health System* (2005), les pédiatres sont désignés comme principaux dispensateurs de services dans les domaines spécialisés des troubles neurodéveloppementaux et des troubles de l'alimentation. |
| **Île-du-Prince-Édouard** | Passable | Passable | La stratégie *For Our Children: A Strategy for Healthy Child Development* (2000) contient des références sur la santé mentale des enfants. Le plan d'intervention convient des efforts nécessaires dans l'ensemble de la collectivité pour la prévention et l'intervention précoce. Il n'y a pas d'information sur la surveillance des temps d'attente en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence. |
| **Terre-Neuve-et-Labrador** | Passable | Passable | Le cadre stratégique *Working Together for Mental Health: A Provincial Policy Framework for Mental Health and Addictions Services* (2005) désigne les enfants et les adolescents comme une population spécialisée et expose une série de services recommandés. Le rôle des pédiatres n'y est pas défini, mais on fait référence à la prestation coopérative des services. Il n'y a pas d'information sur la surveillance des temps d'attente en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence. |
| **Yukon** | Mauvaise | Passable | Il n'y a pas d'information sur un plan d'intervention en santé mentale de l'enfance ou un plan global en santé mentale. Il n'y a pas d'information sur la surveillance des temps d'attente en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence. |
| **Territoires du Nord-Ouest** | Passable | Passable | *A Foundation for Change,* publié en novembre 2009, traite d'enjeux essentiels au sujet du développement de la petite enfance et de la promotion de la santé publique. Il n'y a pas d'information sur le rôle des pédiatres ou sur la surveillance des temps d'attente en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence. |
| **Nunavut** | Passable | Passable | Une stratégie sur les dépendances et la santé mentale est en cours d'élaboration. Il n'y a pas d'information sur un plan d'intervention en santé mentale de l'enfance ou sur la surveillance des temps d'attente en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence. |

# Promotion de la santé

## Plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques

La santé commence à l'extérieur du système médical. Des familles et des collectivités solidaires, des logements et un revenu familial pertinents, l'éducation, l'emploi et des habitudes nutritives et hygiéniques saines font partie des principaux déterminants de la santé. Cependant, lorsque les enfants et les adolescents ont besoin de services de santé, ils doivent accéder rapidement à des professionnels formés pour répondre à leurs besoins particuliers. C'est non seulement une obligation morale que de s'assurer que le système de santé réponde mieux aux besoins des enfants et des adolescents, mais c'est également un investissement économique judicieux.

Les soins de santé aux enfants et aux adolescents sont menacés par une pénurie de pédiatres et des temps d'attente prolongés. Puisque les enfants qui vivent dans la pauvreté ont davantage de maladies aiguës et chroniques, ils souffrent davantage de ces pénuries. Des sondages de la Société canadienne de pédiatrie révèlent que les effectifs pédiatriques vieillissent et qu'il n'y a pas assez de professionnels en formation pour les remplacer. En 2005, environ 11 % des répondants affirmaient qu'ils prendraient leur retraite d'ici 2010, tandis que 36 % prévoyaient réduire leurs heures de travail[1]. Les petites collectivités sont particulièrement vulnérables. En effet, plus de 80 % des pédiatres canadiens travaillent dans des villes ou des grandes villes de plus de 100 000 habitants[1,2].

En collaboration avec les chefs de file provinciaux en pédiatrie, il faut élaborer des stratégies fédérales, provinciales et territoriales en matière d'effectifs pédiatriques, fondées sur les besoins de santé des enfants et des adolescents, afin de tenir compte d'enjeux comme le recrutement et la rétention, la planification des effectifs, la formation et le perfectionnement professionnel.

1. Société canadienne de pédiatrie. Sondage 2005 sur la planification des effectifs pédiatriques. Données non publiées.
2. Société canadienne de pédiatrie. 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. Ottawa: 2001.

**Excellent :** La province ou le territoire dispose d'un plan d'effectifs pédiatriques élaboré depuis moins de trois ans. Ce plan tient compte de l'offre et de la demande de pédiatres généralistes et de 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 d'effectifs pédiatriques qui tient compte des pédiatres généralistes et des surspécialistes et qui a été élaboré depuis moins de six ans.

**Passable :** La province ou le territoire s'est doté d'un plan d'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 d'effectifs pédiatriques.

## Plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques

| Province ou territoire | Situation en 2007 | Situation en 2009 | Commentaires |
|---|---|---|---|
| **Colombie-Britannique** | Mauvaise | Mauvaise | La province n'a pas publié de plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques, mais offre un certain soutien aux pédiatres des collectivités éloignées qui cherchent un médecin suppléant. |
| **Alberta** | Mauvaise | Mauvaise | La province n'a pas publié de plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques. Elle s'est dotée d'un modèle pour prédire le nombre de médecins nécessaires, lequel prévoit une pénurie de pédiatres d'ici 2010. |
| **Saskatchewan** | Mauvaise | Mauvaise | La province n'a pas publié de plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques. La seule disposition en matière d'effectifs pédiatriques porte sur le financement potentiel d'un maximum de quatre postes de formation en résidence pour des diplômés en médecine de l'étranger. |
| **Manitoba** | Mauvaise | Mauvaise | La province possède un plan d'action sur les effectifs de santé, mais aucun plan ne porte expressément sur la pédiatrie. |
| **Ontario** | Mauvaise | Mauvaise | La province a lancé *Professions Santé Ontario* en mai 2006, une stratégie de dix ans en matière d'effectifs. Elle n'a pas publié de plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques. La province a constaté le besoin de pédiatres dans les collectivités mal desservies. |
| **Québec** | Mauvaise | Mauvaise | La province n'a pas publié de plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques. La pédiatrie est considérée comme une priorité en matière de recrutement, mais le nombre actuel de pédiatres est jugé suffisant. |
| **Nouveau-Brunswick** | Mauvaise | Mauvaise | La province possède une stratégie en matière d'effectifs, mais n'a pas publié de plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques. |
| **Nouvelle-Écosse** | Mauvaise | Mauvaise | La province n'a pas publié de plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques. |
| **Île-du-Prince-Édouard** | Mauvaise | Mauvaise | La province n'a pas publié de plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques. |
| **Terre-Neuve-et-Labrador** | Mauvaise | Mauvaise | La province n'a pas publié de plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques. |
| **Yukon** | Mauvaise | Mauvaise | Le territoire n'a pas publié de plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques. |
| **Territoires du Nord-Ouest** | Mauvaise | Mauvaise | Le territoire n'a pas publié de plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques. |
| **Nunavut** | Mauvaise | Mauvaise | Le territoire n'a pas publié de plan d'intervention en matière d'effectifs pédiatriques. |

# Prévention des blessures

## Loi sur le port du casque de vélo

Les blessures à vélo sont la troisième cause de blessures en importance chez les enfants de dix à 14 ans[1], les traumatismes crâniens représentant près du tiers (29 %) de toutes les hospitalisations liées aux accidents de vélo[2]. Le port du casque de vélo réduit de 88 % le risque de traumatisme crânien, mais un sondage de 2002 révèle que seulement 45 % des enfants de 11 à 14 ans affirment en porter un[3]. Dans les territoires de compétence où des lois rendent le port du casque de vélo obligatoire, plus de gens les utilisent, et les taux de blessures sont en moyenne de 25 % inférieures à ceux des régions où ces lois ne sont pas en vigueur[4].

Une analyse des blessures chez les jeunes sur une période de dix ans démontre que les taux d'hospitalisation et de décès ont reculé de 29 % entre 1994 et 2003, ce qui est attribué au moins en partie à des changements à l'usage du casque de vélo et à l'adoption de lois sur le port du casque de vélo dans six provinces pendant cette période[2].

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 sur le port du casque de vélo devraient s'accompagner de mesures de mise en application et d'éducation publique, qui accroissent le port du casque de façon probante[5].

1. Santé Canada. Pour la sécurité des jeunes canadiens : Des données statistiques aux mesures préventives. Ottawa: 1997.
2. SécuriJeunes Canada. Analyse des blessures non intentionnelles chez les enfants et les adolescents : 1994-2003, sur une période de dix ans, juillet 2007. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.safekidscanada.ca/SKCForPartnersFR/custom/NationalReportUpdatedFR.pdf.
3. SécuriJeunes Canada. National Bike Helmet Survey, 2002.
4. Macpherson A, Spinks A. Bicycle helmet legislation for the uptake of helmet use and prevention of head injuries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, numéro 2. Art. nº CD005401. DOI: 0.1002/14651858.CD005401.pub2.
5. Royal ST, Kendrick D, Coleman T. Non-legislative interventions for the promotion of cycle helmet wearing by children. Art. nº CD003985. DOI: 10. 1002/14651858.CD003985.pub2.

**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.

## Loi sur le port du casque de vélo

| Province ou territoire | Situation en 2007 | Situation en 2009 | Commentaires |
|---|---|---|---|
| **Colombie-Britannique** | Excellente | Excellente | Le port du casque de vélo est obligatoire à tout âge. Les parents d'enfants de moins de 16 ans sont responsables de s'assurer de l'utilisation d'un casque bien ajusté. La loi est appliquée par des contraventions pouvant atteindre 100 $. Des programmes d'éducation sont en place. |
| **Alberta** | Bonne | Bonne | Le port du casque de vélo n'est obligatoire que jusqu'à 18 ans. Les parents d'enfants de moins de 16 ans sont responsables de s'assurer de l'utilisation d'un casque bien ajusté. La loi est appliquée par des contraventions de 69 $. Des programmes d'éducation sont en place. |
| **Saskatchewan** | Mauvaise | Mauvaise | Il n'existe pas de loi provinciale sur le port du casque de vélo. Certains programmes d'éducation sont en place. |
| **Manitoba** | Mauvaise | Mauvaise | Il n'existe pas de loi provinciale sur le port du casque de vélo. Un programme d'achat de casques de vélo à faible coût est offert aux enfants. Une campagne d'éducation et de sensibilisation est en place. |
| **Ontario** | Bonne | Bonne | Le port du casque de vélo n'est obligatoire que jusqu'à 18 ans. Les parents d'enfants de moins de 16 ans sont responsables de s'assurer de l'utilisation d'un casque bien ajusté. La loi est appliquée par des contraventions de 60 $. |
| **Québec** | Mauvaise | Mauvaise | Il n'existe pas de loi provinciale sur le port du casque de vélo. Plusieurs programmes d'éducation sur le port du casque de vélo sont en place. |
| **Nouveau-Brunswick** | Excellente | Excellente | Le port du casque de vélo est obligatoire à tout âge. La loi est appliquée par des contraventions de 21 $. |
| **Nouvelle-Écosse** | Excellente | Excellente | Le port du casque de vélo est obligatoire pour toutes les activités sur roues (vélo, planche à roulettes et patin à roues alignées), que ce soit sur des routes ou des terrains publics ou privés, des planchodromes ou des terrains de jeux. La loi est appliquée par des contraventions pouvant atteindre 128,75 $ pour les adultes ou les parents d'enfants de moins de 16 ans qui violent la loi en connaissance de cause. Une campagne d'éducation et des programmes de recherche sont en place. |
| **Île-du-Prince-Édouard** | Excellente | Excellente | Le port du casque de vélo est obligatoire à tout âge. Les parents d'enfants de moins de 16 ans sont responsables de s'assurer de l'utilisation d'un casque bien ajusté. La loi est appliquée par des contraventions pouvant atteindre 100 $. Des campagnes de sensibilisation publique annuelles sont en place. |
| **Terre-Neuve-et-Labrador** | Mauvaise | Mauvaise | Il n'existe pas de loi provinciale sur le port du casque de vélo. |
| **Yukon** | Mauvaise | Mauvaise | Il n'existe pas de loi territoriale sur le port du casque de vélo. |
| **Territoires du Nord-Ouest** | Mauvaise | Mauvaise | Il n'existe pas de loi territoriale sur le port du casque de vélo. |
| **Nunavut** | Mauvaise | Mauvaise | Il n'existe pas de loi territoriale sur le port du casque de vélo. |

# Prévention des blessures

## Loi sur la sécurité des véhicules tout-terrains (VTT)

Les VTT sont très utilisés dans les régions rurales du Canada pour le travail, le loisir et le transport. Ces véhicules sont particulièrement dangereux lorsqu'ils sont conduits par des enfants et des jeunes adolescents, qui ne possèdent pas les connaissances, la taille, la force physique et les aptitudes cognitives et motrices nécessaires pour s'en servir en toute sécurité. Les enfants de 15 à 19 ans représentent la majorité des visites à l'urgence reliées à un traumatisme en VTT, tandis que ceux de moins de 16 ans représentent au moins 30 % des hospitalisations liées à ce type de traumatisme[1].

Pendant les neuf ans au cours desquels des données ont été colligées (1996-2004), le taux d'hospitalisations liées à des traumatismes en VTT est passé de 5,8 à 9,1 cas pour 100 000 habitants au Canada, malgré une diminution de 6,7 % du nombre de VTT vendus chaque année depuis 2000[2].

L'année suivant l'adoption de l'âge minimal de 14 ans pour conduire un VTT en Nouvelle-Écosse, le taux de traumatismes en VTT a régressé de 50 % au sein de ce groupe d'âge. Les traumatismes en VTT n'ont toutefois pas changé de manière significative chez les 14 à 15 ans[3].

D'après ces données et d'autres encore, la Société canadienne de pédiatrie recommande que les provinces et les territoires adoptent et fassent respecter des lois sur les véhicules hors route qui exigent 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, sans exceptions,
- l'obligation de suivre une formation et d'obtenir un permis de conduire et une immatriculation,
- l'interdiction des véhicules à trois roues.

La SCP est déçue de l'absence de lois dans la plupart des provinces et des territoires jusqu'à présent.

1. Société canadienne de pédiatrie, comité de prévention des blessures. La prévention des blessures causées par des véhicules tout-terrains. Paediatr Child Health 2004;9(5): 342-346. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.cps.ca/francais/enonces/IP/IP04-01.htm.
2. Institut canadien d'information sur la santé. Analyse en bref du Registre national des traumatismes : Hospitalisations à la suite de blessures en VTT au Canada, 2004-2005. Toronto: ICIS, 2007. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/ntr_atv_aib_2007_f.pdf.
3. SécuriJeunes Canada, Véhicules tout-terrain (VTT). Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.securijeunescanada.ca/SKCPublicPolicyAdvocacyFR/section.asp?s=V%E9hicules+tout-terrain+%28VTT%29&sID=26558.

**Excellent :** Les VTT sont interdits pour les enfants de moins de 16 ans, les cours de conduite et le port du casque sont obligatoires.
**Bon :** Les VTT sont interdits pour les enfants de moins de 14 ans, les cours de conduite et le port du casque sont obligatoires.
**Passable :** Certaines exigences de supervision par un adulte sont prévues pour les enfants de moins de 15 ans, et des restrictions s'appliquent pour qu'un enfant de moins de 16 ans puisse 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.

## Loi sur la sécurité des véhicules tout-terrains (VTT)

| Province ou territoire | Situation en 2007 | Situation en 2009 | Commentaires |
|---|---|---|---|
| **Colombie-Britannique** | Mauvaise | Mauvaise | Aucune loi ne porte sur l'usage des VTT. Il n'existe pas de loi sur le port du casque. |
| **Alberta** | Mauvaise | Mauvaise | Il n'y a pas d'âge minimal pour conduire. Les conducteurs de moins de 14 ans ne sont pas autorisés à conduire sur les routes, et ils doivent être supervisés par un adulte sur une propriété publique. Il n'y a pas d'exigence quant au port du casque, à la formation ou à la détention de permis. |
| **Saskatchewan** | Passable | Passable | Une loi établit un âge minimal de 16 ans, sous réserve des exceptions suivantes : Les enfants de moins de 16 ans peuvent conduire un VTT sur une propriété familiale, et les enfants de 12 à 15 ans peuvent en conduire un sous supervision. Le port du casque n'est obligatoire que sur les propriétés publiques. |
| **Manitoba** | Passable | Passable | Il n'y a pas d'âge minimal pour conduire. Un adulte doit accompagner et superviser les conducteurs de moins de 14 ans. Le port du casque est obligatoire (sous réserve de quelques exceptions, comme l'agriculture, la chasse, la trappe). Des cours de formation en sécurité sont offerts, mais pas obligatoires. |
| **Ontario** | Passable | Passable | Il n'y a pas d'âge minimal pour conduire. Les conducteurs de moins de 12 ans ne peuvent pas utiliser un VTT sur les propriétés publiques et ils doivent êtes supervisés par un adulte sur une propriété privée. Il faut détenir un permis de conduire pour utiliser un VTT sur les routes. Le port du casque est obligatoire (sauf sur les terres appartenant au propriétaire du véhicule). Des cours de formation en sécurité sont offerts, mais pas obligatoires. |
| **Québec** | Excellente | Bonne | Depuis 2006, il faut avoir au moins 16 ans pour conduire un VTT. De nouveaux règlements adoptés en 2009 autorisent les enfants de moins de 16 ans à conduire des VTT adaptés aux jeunes. Les conducteurs de 16 et 17 ans doivent suivre un cours pour obtenir un certificat de compétence. Le port du casque est obligatoire. |
| **Nouveau-Brunswick** | Passable | Passable | Depuis 2009, sur les propriétés publiques ou privées, les enfants de moins de 16 ans doivent être supervisés par un adulte. Tous les conducteurs doivent réussir un cours de formation en sécurité approuvé. Les enfants de six à 13 ans ne sont autorisés qu'à conduire des véhicules hors route adaptés à leur âge, sur un circuit fermé. Il faut avoir 16 ans pour conduire sur une route. Le port du casque est obligatoire. |
| **Nouvelle-Écosse** | Passable | Passable | La *Loi sur les véhicules hors route* (2006) indique que les conducteurs de VTT doivent avoir 16 ans ou plus pour conduire un véhicule seuls. Les jeunes de moins de 14 ans doivent être supervisés par un adulte et ne peuvent utiliser un VTT que sur un circuit fermé dans des conditions réglementées. Tous les conducteurs, adultes comme enfants, doivent réussir un cours de formation en sécurité. Le port du casque est obligatoire. |
| **Île-du-Prince-Édouard** | Passable | Passable | La *Off-highway Vehicles Act* établit un âge minimal de 14 ans pour conduire un VTT. Les enfants de moins de 14 ans peuvent conduire un VTT sous la supervision d'un adulte qui possède un permis de conduire valide. Des conditions sont imposées aux conducteurs de 14 à 16 ans. Le port du casque est obligatoire. |
| **Terre-Neuve-et-Labrador** | Bonne | Bonne | Il faut avoir au moins 16 ans pour conduire un VTT de taille normale. Les conducteurs de moins de 14 ans ne peuvent pas utiliser un VTT, et ceux de 14 à 16 ans peuvent en conduire un de 90 cc sous la supervision d'un adulte. Une campagne de sensibilisation à la sécurité est proposée, mais il n'y a pas de cours obligatoire. Le port du casque est obligatoire. |
| **Yukon** | Mauvaise | Mauvaise | Aucune loi ne porte sur l'usage du VTT. |
| **Territoires du Nord-Ouest** | Passable | Passable | Il n'y a pas d'âge minimal pour conduire. Il faut avoir au moins 14 ans pour conduire un VTT sur une route. Le conducteur ou le passager peut transporter un nourrisson s'il l'installe dans un porte-bébé. Le port du casque est obligatoire. |
| **Nunavut** | Passable | Passable | Il n'y a pas d'âge minimal pour conduire. Il faut avoir au moins 14 ans pour conduire un VTT sur une route. Le conducteur ou le passager peut transporter un nourrisson s'il l'installe dans un porte-bébé. Le port du casque est obligatoire. |

# Prévention des blessures

## Loi sur les sièges d'appoint

Les collisions de véhicules automobiles sont la principale cause de décès reliés à des traumatismes chez les enfants canadiens[1]. Les systèmes de retenue pour enfants réduisent de 40 % à 60 % le risque de graves traumatismes[2,3].

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 placé sur la banquette arrière risquent 3,5 fois plus de subir un grave traumatisme et quatre fois plus de souffrir d'un traumatisme crânien[4]. Pourtant, les sièges d'appoint sont sous-utilisés, puisque moins du tiers (28 %) des parents d'enfants de quatre à neuf ans déclarent s'en servir[5].

La Société canadienne de pédiatrie recommande que les provinces et les territoires modifient leurs lois pour exiger 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 pertinente et par des programmes d'éducation publique qui aident les parents à comprendre comment bien utiliser les sièges d'appoint et les incitent à le faire. De plus, les lois devraient être uniformes au Canada afin de faciliter le respect de la réglementation par les parents.

1. 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. Ottawa, 2009. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cyi-bej/2009/index-fra.php.
2. Dalmatas D, Kryzewski J. Restraints system effectiveness as a function of seating position. Society of Automotive Engineering. Publication nº 807 371. 1980.
3. Ramsay A, Simpson E et Rovera FP. Booster seat use and reasons for non-use. Pediatrics 2000;106(2):e20.
4. Winston FK, Durbin DR, Kallan MJ et Moll EK. The danger of premature graduation to seat belts for children in crashes. Pediatrics 2000;105(6):1179-83.
5. SécuriJeunes Canada. Les sièges d'appoint au Canada : Un défi national à relever, juin 2004. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.securijeunescanada.ca/SKCForPartnersFR/custom/BoosterSeatReportFR.pdf.

**Excellent :** Une loi exige que les enfants soient installés dans un siège d'appoint approuvé jusqu'à ce qu'ils atteignent 145 cm ou 9 ans et un poids minimal de 18 kg à 36 kg. Des programmes d'éducation publique sont en place.

**Bon :** Une loi exige que les enfants soient installés dans un siège d'appoint approuvé jusqu'à ce qu'ils atteignent 145 cm ou un âge inférieur à 9 ans et un poids minimal de 18 kg à 22 kg. Des programmes d'éducation publique sont en place.

**Passable :** L'utilisation du siège d'appoint est exigée après celle du siège de retenue pour enfant, mais la loi se fonde sur l'âge ou le poids sans préciser la taille. Des programmes d'éducation publique sont en place.

**Mauvais :** Il n'existe pas de loi sur les sièges d'appoint destinés aux enfants de plus de 18 kg.

## Loi sur les sièges d'appoint

| Province ou territoire | Situation en 2007 | Situation en 2009 | Commentaires |
|---|---|---|---|
| **Colombie-Britannique** | Bonne | Excellente | Depuis le 1er juillet 2008, une loi sur les sièges d'appoint est adoptée, comportant les restrictions pertinentes en matière d'âge, de poids et de taille. Certains programmes d'éducation sont en place et grâce à une mesure incitative, des sièges gratuits sont offerts aux familles défavorisées. |
| **Alberta** | Passable | Mauvaise | Il n'existe pas de loi sur les sièges d'appoint, mais la province est à étudier la possibilité d'en adopter une pour les enfants de moins de huit ans et d'un poids inférieur à 37 kg. Les enfants de moins de six ans et d'un poids inférieur à 18 kg doivent être bien installés dans un siège d'appoint faisant face vers l'avant. Certains programmes d'éducation publique sont en place. |
| **Saskatchewan** | Passable | Mauvaise | Il n'existe pas de loi sur les sièges d'appoint. Les enfants de moins de 18 kg doivent être installés dans un système de retenue pour enfant. La province s'est dotée de programmes d'éducation publique et d'un programme pour fournir des systèmes de retenue pour enfant à ceux qui n'ont pas les moyens de s'en procurer. |
| **Manitoba** | Passable | Mauvaise | Il n'existe pas de loi sur les sièges d'appoint. Les enfants de moins de cinq ans et d'un poids inférieur à 22 kg doivent être bien installés dans un système de retenue pour enfant approuvé. La province envisage la possibilité de réviser la loi. |
| **Ontario** | Excellente | Excellente | Une loi sur les sièges d'appoint est adoptée, comportant les restrictions pertinentes en matière d'âge, de poids et de taille. Plus de conducteurs, en plus des parents et des tuteurs légaux, sont tenus d'installer un siège d'auto lorsqu'ils se déplacent avec des tout-petits, tels que les gardiennes et les grands-parents. Des programmes d'éducation et d'encouragement sont en place. |
| **Québec** | Passable | Bonne | Les enfants de moins de 63 cm en position assise (mesurés du siège au sommet du crâne) doivent utiliser un ensemble de retenue ou un coussin d'appoint. Des programmes de sensibilisation publique sont en place. |
| **Nouveau-Brunswick** | Passable | Excellente | Depuis 2008, une loi sur les sièges d'appoint est adoptée, comportant les restrictions pertinentes en matière d'âge, de poids et de taille. Les enfants de moins de cinq ans et d'un poids inférieur à 18 kg doivent être bien installés dans un siège d'appoint faisant face vers l'avant. Certains programmes d'éducation publique sont en place. |
| **Nouvelle-Écosse** | Excellente | Excellente | Une loi sur les sièges d'appoint est adoptée, comportant les restrictions pertinentes en matière d'âge, de poids et de taille. Quiconque transporte un enfant doit bien l'installer dans un siège de bébé, un siège pour enfant ou un siège d'appoint. Des programmes d'éducation publique et d'encouragement sont en place. |
| **Île-du-Prince-Édouard** | Passable | Excellente | Depuis 2008, une loi sur les sièges d'appoint est adoptée, comportant les restrictions pertinentes en matière d'âge, de poids et de taille. Certains programmes d'éducation publique sont en place. |
| **Terre-Neuve-et-Labrador** | Passable | Excellente | Depuis 2008, une loi sur les sièges d'appoint est adoptée, comportant les restrictions pertinentes en matière d'âge, de poids et de taille. Les enfants de moins de cinq ans et d'un poids inférieur à 18 kg doivent être bien installés dans un siège de retenue pour enfant faisant face vers l'avant. Certains programmes d'éducation publique sont en place. |
| **Yukon** | Passable | Passable | Une loi sur les sièges d'appoint est en cours de préparation. Les enfants de moins de six ans doivent être bien installés dans un système de retenue pour enfants. Les exigences dépendent du poids de l'enfant. Certains programmes d'éducation publique et d'encouragement sont en place. |
| **Territoires du Nord-Ouest** | Passable | Mauvaise | Il n'existe pas de loi sur les sièges d'appoint. Les enfants de moins de 18 kg doivent être bien installés dans un siège de retenue pour enfant faisant face vers l'avant. Certains programmes d'éducation publique sont en place. |
| **Nunavut** | Passable | Mauvaise | Il n'existe pas de loi sur les sièges d'appoint. Les enfants de moins de 18 kg doivent être bien installés dans un siège de retenue pour enfant faisant face vers l'avant. Certains programmes d'éducation publique sont en place. |

# Prévention des blessures

## 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[1]. Les traumatismes crâniens sont la principale cause de mortalité et de morbidité grave, découlant en grande partie de collisions entre motoneigistes, de chutes 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 récréative des motoneiges par des jeunes de moins de 16 ans. 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[2].

1. Institut canadien d'information sur la santé. Février : Mois des blessures en motoneige (communiqué de presse, le 25 janvier 2006). Consulté le 13 novembre 2009, à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_25jan2006_f.
2. Société canadienne de pédiatrie, comité de prévention des blessures. Des recommandations pour la sécurité en motoneige. PaediatrChild Health 2004;9(9): 643-646. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.cps.ca/francais/enonces/IP/IP04-02.htm.

**Excellent :** Une loi sur la sécurité en motoneige interdit de prendre un enfant de moins de six ans comme passager 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 un programme de formation approuvé. Le port du casque est obligatoire.

**Bon :** Une loi sur la sécurité en motoneige prévoit un âge minimal de 14 ans pour conduire, un programme de formation approuvé obligatoire et des restrictions sur l'usage de la motoneige. Le port du casque est obligatoire.

**Passable :** Certaines exigences s'appliquent en matière de supervision des enfants et des adolescents de moins de 15 ans par des adultes, et des restrictions portent sur les endroits où les jeunes de moins de 16 ans peuvent conduire une motoneige. Le port du casque est obligatoire.

**Mauvais :** Il n'y a 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.

## Loi sur la sécurité en motoneige

| Province ou territoire | Situation en 2007 | Situation en 2009 | Commentaires |
|---|---|---|---|
| **Colombie-Britannique** | Mauvaise | Mauvaise | Il n'existe pas de loi sur la sécurité en motoneige ou d'âge minimal pour en conduire une. Toutes les motoneiges doivent être immatriculées. Ni le port du casque ni la formation ne sont obligatoires. |
| **Alberta** | Mauvaise | Mauvaise | Les conducteurs doivent avoir au moins 14 ans pour utiliser une motoneige seuls. Les enfants de moins de 14 ans doivent être accompagnés d'un adulte ou être sous son étroite supervision. Il n'y a pas d'âge minimal pour conduire sur les terrains privés. Le port du casque n'est pas obligatoire, sous réserve d'un règlement municipal. La formation n'est pas obligatoire, et il n'est pas nécessaire de détenir un permis, sauf pour conduire sur une route. |
| **Saskatchewan** | Bonne | Bonne | Les conducteurs qui circulent sur une propriété publique doivent détenir un permis de conduire valide, avoir au moins 16 ans et avoir réussi un cours de formation en sécurité. Des restrictions s'appliquent aux conducteurs de 12 à 15 ans. Le port du casque est obligatoire pour les conducteurs et leur passager, sous réserve de certaines exceptions. |
| **Manitoba** | Passable | Passable | Les enfants de moins de 14 ans peuvent utiliser une motoneige sous l'étroite supervision d'un adulte. Les conducteurs doivent avoir 16 ans et détenir un permis de conduire pour traverser une route. Le port du casque est obligatoire, sous réserve de certaines exceptions, mais les cours de formation en sécurité sont facultatifs. |
| **Ontario** | Passable | Passable | Les conducteurs doivent avoir au moins 16 ans et détenir un permis de conduire ou un permis d'utilisateur de motoneige pour traverser une route ou circuler dans des sentiers. Les enfants de 12 ans ou plus qui détiennent un permis d'utilisateur de motoneige ou un permis d'un autre territoire de compétence peuvent circuler sur des sentiers. Le port du casque est obligatoire pour les conducteurs et leur passager. |
| **Québec** | Excellente | Excellente | Le conducteur doit avoir au moins 16 ans. Les conducteurs de 16 et 17 ans doivent réussir un cours de formation et détenir un certificat de compétence. Le port du casque est obligatoire. |
| **Nouveau-Brunswick** | Passable | Bonne | Depuis 2009, les conducteurs de moins de 16 ans peuvent conduire une motoneige sous la supervision d'un adulte qui a réussi un cours de formation en sécurité approuvé. Les enfants de moins de 16 ans doivent réussir un cours de formation en sécurité approuvé. Les enfants de six à 13 ans ne sont autorisés qu'à utiliser des véhicules hors route adaptés à leur âge, sur des circuits fermés. Le port du casque est obligatoire. |
| **Nouvelle-Écosse** | Bonne | Bonne | Les conducteurs de moins de 16 ans ne peuvent conduire un véhicule hors route seuls. Les enfants de 14 et 15 ans doivent être sous la supervision directe d'un parent ou d'un tuteur, et tant les enfants que les parents doivent réussir un cours de formation en sécurité approuvé. Les conducteurs de moins de 14 ans doivent demeurer sur des terrains privés ou des sentiers désignés, sous certaines conditions. Le port du casque est obligatoire pour les conducteurs et leur passager. |
| **Île-du-Prince-Édouard** | Passable | Passable | Les conducteurs doivent avoir au moins 14 ans ou être sous l'étroite supervision d'un adulte détenant un permis de conduire valide. Le port du casque est obligatoire pour les conducteurs et leur passager. Tous les ans, la province organise une campagne de sécurité. |
| **Terre-Neuve-et-Labrador** | Mauvaise | Mauvaise | Les conducteurs doivent avoir au moins 12 ans. Les enfants de 13 ans et plus peuvent conduire une motoneige sans supervision, mais ceux de moins de 13 ans doivent être sous la supervision d'un adulte. Ni le port du casque ni la formation ne sont obligatoires. |
| **Yukon** | Passable | Passable | Les conducteurs doivent avoir au moins 16 ans pour utiliser une motoneige sur une route. Le port du casque est obligatoire pour les conducteurs et leur passager. |
| **Territoires du Nord-Ouest** | Passable | Passable | Les conducteurs doivent avoir au moins 14 ans pour utiliser une motoneige sur une route, et au moins 16 ans pour traverser une route ou une bretelle ou conduire sur une surface de neige durcie. Le port du casque est obligatoire sur les routes. Le conducteur ou le passager peut transporter un nourrisson s'il l'installe dans un porte-bébé. |
| **Nunavut** | Passable | Passable | Les conducteurs doivent avoir au moins 14 ans pour utiliser une motoneige sur une route, et au moins 16 ans pour traverser une route ou une bretelle ou conduire sur une surface de neige durcie. Le port du casque est obligatoire sur les routes. Le conducteur ou le passager peut transporter un nourrisson s'il l'installe dans un porte-bébé. |

# Intérêts fondamentaux des enfants et des adolescents

## Pauvreté chez les enfants

Les disparités en santé chez les enfants et les adolescents canadiens sont surtout imputables aux différences de statut socioéconomique familial[1,2]. Les enfants pauvres risquent davantage d'avoir un petit poids de naissance (moins de 2 500 g) ou d'être en mauvaise santé physique et affective lorsqu'ils grandissent[3]. Ils ont tendance à avoir plus de troubles de comportement et à cesser leurs études plus tôt, ce qui accroît encore davantage leur risque de pauvreté permanente à l'âge adulte[4]. La pauvreté chronique est particulièrement dommageable pour les jeunes enfants et s'associe à une augmentation du risque de mortalité et de morbidité[5].

Les familles à faible revenu vivent souvent dans des conditions stressantes qui peuvent nuire à un fonctionnement familial sain. Les deux tiers des familles à faible revenu ne peuvent pas se permettre d'avoir un logement stable[6]. La santé et le développement des enfants pauvres risquent également davantage d'être compromis par un manque d'aliments nutritifs et la consommation d'aliments riches en calories, mais faibles en éléments nutritifs[7]. Dans de nombreuses familles, les deux parents travaillent de longues journées et occupent plusieurs emplois, ce qui accroît le stress et réduit le temps qu'ils passent avec leurs enfants.

En 1989, la Chambre des communes a adopté à l'unanimité une résolution pour mettre un terme à la pauvreté infantile avant l'an 2000. Malgré une décennie de croissance économique sans précédent à compter de 1996, le nombre d'enfants canadiens qui vivaient dans la pauvreté en 2007 (9,5 %) n'avait diminué que légèrement par rapport à 1989 (11,9 %)[8]. En 2007, environ un enfant ou adolescent non autochtone sur dix et un enfant ou adolescent autochtone sur quatre vivaient dans une famille à faible revenu au Canada[8,9]. Ces chiffres ne reflètent pas les conséquences de la récession économique de 2008-2009, qui a entraîné de très nombreuses pertes d'emploi. D'après l'expérience des récessions passées, les taux de pauvreté devraient augmenter en 2008 et par la suite[10].

La majorité de ces enfants, et de loin, vivaient dans une famille monoparentale dirigée par une femme. Au Canada, plus de la moitié des familles monoparentales vivent dans la pauvreté (51,6 %) par rapport à un taux de 6,7 % en Suède[11]. Les enfants ayant des incapacités ou qui font partie d'une famille néo-immigrante sont surreprésentés chez les pauvres.

Sur la scène internationale, le Canada se situe au douzième rang des 21 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques en matière de bien-être des enfants, loin derrière tous les pays scandinaves, où les taux de pauvreté infantile sont inférieurs à 5 %[12].

La Société canadienne de pédiatrie (SCP) invite tous les échelons du gouvernement à établir des objectifs et des échéanciers et à entreprendre une collaboration sociale et politique généralisée afin de réduire de manière considérable la pauvreté chez les enfants et les adolescents. Il faut s'attarder particulièrement aux populations autochtones, immigrantes ou atteintes d'une invalidité. Il existe plusieurs solutions probantes, y compris des mesures de soutien du revenu, l'éducation, la formation à l'emploi et des programmes de garde à l'enfance de qualité[1,2].

La SCP est d'avis que les taux de pauvreté chez les enfants et les adolescents devraient revêtir la même

importance politique que les taux d'intérêts, d'inflation et d'emploi. Les rapports publics, y compris celui-ci, devraient suivre les progrès de cet enjeu essentiel en matière de santé.


1. Lemstra M, Neudorf C. Health Disparity in Saskatoon: analysis to intervention. Saskatoon: Saskatoon Health Region; 2008.
2. Health Officers Council of BC. Health Inequities in British Columbia: Discussion Paper, November 2008. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse, www.bchealthyliving.ca/sites/all/files/HOC_Inequities_Report.pdf.
3. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C (2007). Early Child Development: A Powerful Equalizer, Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé.
4. Conference Board of Canada (2009). Child Poverty. Consulté le 13 novembre 2009, à l'adresse http://conferenceboard.ca/HCP/Details/society/child-poverty.aspx.
5. Séguin L et coll. Duration of Poverty and Child Health in the Quebec Longitudinal Study of Child Development: Longitudinal Analysis of a Birth Cohort, Pediatrics, volume 119, numéro 5, mai 2007.
6. Rothman L. Oh Canada! Too many children in poverty for too long, Paediatr Child Health. Octobre 2007; 12(8): 661-665.
7. Cook J, Frank D. Food Security, Poverty, and Human Development in the United States. Ann. N.Y.Acad. Sci. Oct 2008.
8. Campagne 2000. Rapport 2009 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada : 1989-2009. Consulté le 13 novembre 2009, à l'adresse www.campaign2000.ca/french/index.html.
9. Seuil de faible revenu (SFR) : Niveau de revenu auquel une famille est jugée aux prises avec des conditions éprouvantes parce qu'elle doit dépenser une plus grosse partie de son revenu que les familles moyennes sur des biens essentiels (nourriture, vêtement et logement).
10. Conseil national du bien-être social. Profil de la pauvreté 2007. Consulté le 13 novembre 2009, à l'adresse www.ncwcnbes.net/fr/research/poverty-pauvrete.html.
11. Hunsley T. Lone parent incomes and social policy outcomes: Canada in international perspective. Kingston: School of Policy Studies, Queen's University; 1997.
12. UNICEF. La pauvreté des enfants en perspective : Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches. Bilan Innocenti 7, 2007. UNICEF, Centre de recherche Innocenti, Florence. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.unicef.ca/portal/Secure/Community/508/WCM/PRESS/IRC7/rc7_fre.pdf.


*Les critères suivants désignent les efforts et les mesures prises. En aucun cas, un classement ne doit être perçu comme indiquant qu'il n'est plus nécessaire de travailler pour régler la question de la pauvreté chez les enfants.*

**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 pendant au moins trois ans. Une stratégie de réduction de la pauvreté aux objectifs précis est mise en œuvre. Le taux de pauvreté chez les enfants et les adolescents se situe dans le quartile le plus faible par rapport aux autres territoires de compétence.

**Bon :** La province ou le territoire s'est doté d'une stratégie détaillée de réduction de la pauvreté, aux objectifs précis. Le taux de pauvreté chez les enfants et les adolescents se situe dans le deuxième quartile le plus faible.

**Passable :** La province ou le territoire s'est doté d'une stratégie de réduction de la pauvreté, sans objectifs précis. Le taux de pauvreté chez les enfants et les adolescents se situe dans le deuxième quartile le plus élevé.

**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

EN FAISONS-NOUS ASSEZ?
ÉDITION 2009

**25**

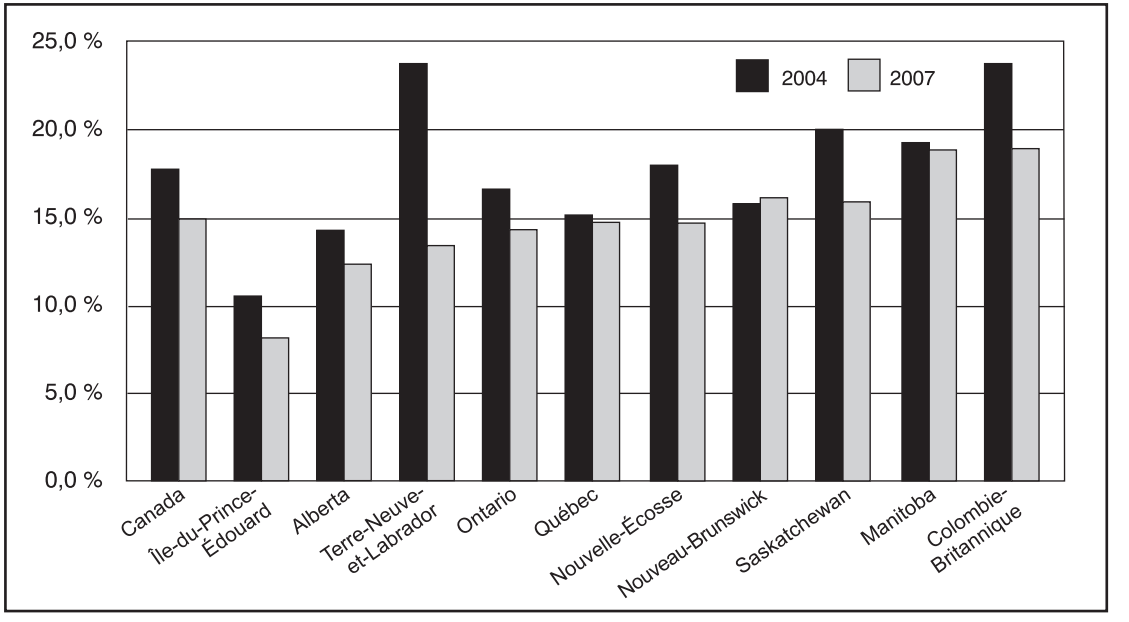
## Pauvreté chez les enfants

| Province ou territoire | Situation en 2009 | Commentaires |
|---|---|---|
| **Colombie-Britannique** | Mauvaise | La province ne possède ni loi ni stratégie pour réduire la pauvreté chez les enfants. Elle présente le taux de pauvreté chez les enfants le plus élevé au pays. |
| **Alberta** | Mauvaise | La province ne possède ni loi ni stratégie pour réduire la pauvreté chez les enfants. Elle présente le deuxième taux de pauvreté chez les enfants le plus faible au pays. Elle offre des prestations de maladie élargies aux enfants dont les parents reçoivent un soutien financier de la province. |
| **Saskatchewan** | Mauvaise | La province ne possède ni loi ni stratégie pour réduire la pauvreté chez les enfants. Elle présente le quatrième taux de pauvreté chez les enfants en importance au pays. |
| **Manitoba** | Passable | La province a lancé une stratégie de réduction de la pauvreté en 2009. Cette stratégie porte sur le logement, l'éducation, les emplois et le soutien au revenu par des services accessibles et coordonnés. Aucun objectif n'est établi pour l'instant, et un groupe interministériel en surveillera les progrès. Le taux de pauvreté chez les enfants est le deuxième en importance au pays. |
| **Ontario** | Bonne | La province a adopté une loi contre la pauvreté et une stratégie de réduction de la pauvreté en 2009. Cette stratégie traite de l'accès aux services de santé, du logement et des défis particuliers que doivent relever les populations vulnérables. Elle s'est fixé l'objectif de réduire le taux de pauvreté chez les enfants de 25 % d'ici 2015. Un comité du cabinet en est responsable. La province présente le quatrième taux de pauvreté le plus faible au pays. |
| **Québec** | Excellente | La province a adopté une loi contre la pauvreté et une stratégie de réduction de la pauvreté en 2002. Cette stratégie traite du filet de sécurité économique, de l'accès à l'emploi, de la petite enfance et de la participation de l'ensemble de la collectivité. Elle s'est donné l'objectif d'être l'une des sociétés industrialisées affichant le taux le plus faible de pauvreté. Un comité ministériel supervise la stratégie. Le taux de pauvreté équivaut à celui de la moyenne canadienne. |
| **Nouveau-Brunswick** | Mauvaise | La province ne possède ni loi ni stratégie pour réduire la pauvreté chez les enfants, mais elle envisage d'adopter une stratégie contre la pauvreté. Elle présente le troisième taux de pauvreté chez les enfants en importance au pays. |
| **Nouvelle-Écosse** | Passable | La province a adopté une stratégie de réduction de la pauvreté en 2009. Elle porte sur la création d'emplois et se concentre sur le développement de la petite enfance. Cette stratégie vise à briser le cycle de la pauvreté d'ici 2020. Un comité ministériel supervise la stratégie. Le taux de pauvreté équivaut à celui de l'ensemble du Canada. |
| **Île-du-Prince-Édouard** | Passable | La province ne possède ni loi ni stratégie pour réduire la pauvreté chez les enfants, mais elle envisage d'adopter une stratégie contre la pauvreté. Elle présente le taux de pauvreté chez les enfants le plus faible au pays, mais Statistique Canada souligne qu'il faut utiliser ces chiffres avec prudence, en raison de la très petite dimension des échantillons. |
| **Terre-Neuve-et-Labrador** | Excellente | La province a adopté une stratégie contre la pauvreté en 2006. Cette stratégie aborde l'accès aux services, un filet de sécurité sociale plus solide, le revenu, le développement de la petite enfance et l'éducation. Elle comporte 20 issues mesurables qui devront être réévaluées en 2010. Un comité ministériel supervise la stratégie. Elle présente le troisième taux de pauvreté le plus faible chez les enfants. |
| **Yukon** | Passable | Le territoire a récemment annoncé une stratégie d'inclusion sociale qui traite de la pauvreté. La stratégie se fondera sur des recherches probantes et mesurera les indicateurs sociaux pour les prises de décision gouvernementales. Il n'existe pas de taux comparable de pauvreté chez les enfants. |
| **Territoires du Nord-Ouest** | Mauvaise | Le territoire ne possède ni loi ni stratégie pour réduire la pauvreté chez les enfants. Il n'existe pas de taux comparable de pauvreté chez les enfants. |
| **Nunavut** | Mauvaise | Le territoire ne possède ni loi ni stratégie pour réduire la pauvreté chez les enfants. Il n'existe pas de taux comparable de pauvreté chez les enfants. |

## Pauvreté des enfants, Canada et provinces 2004 et 2007

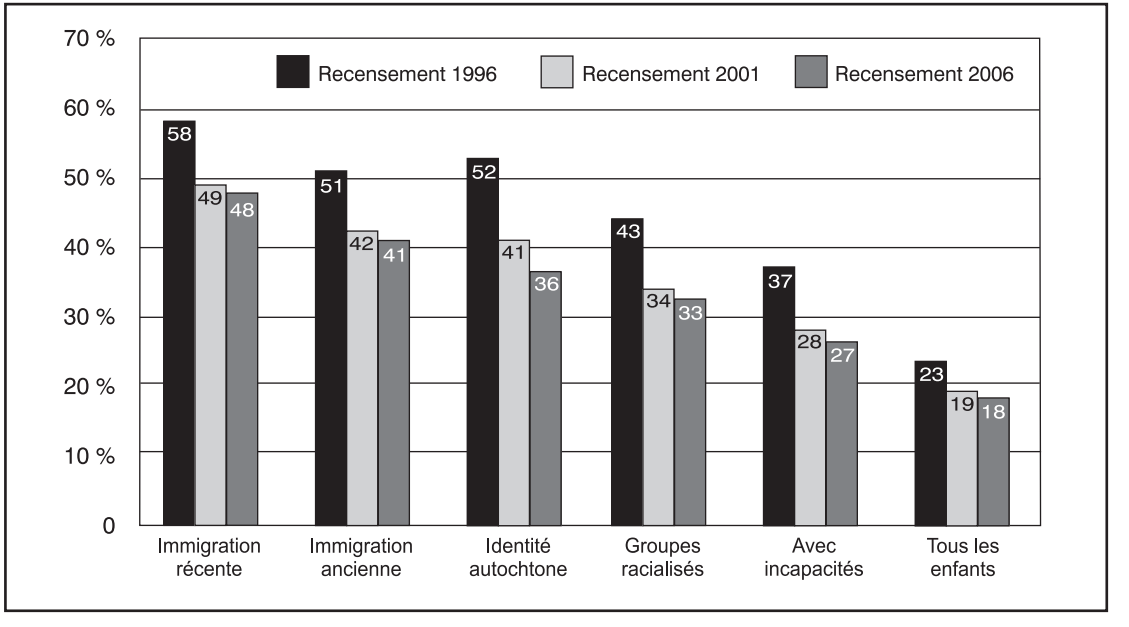
Source : Campagne 2000. Rapport 2009 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada : 1989-2009, faisant appel au tableau 802 de Statistique Canada, intitulé *Tendances en matière de revenu au Canada 1976-2007*. Utilisation autorisée

Remarque : Selon Statistique Canada, les données de l'Île-du-Prince-Édouard doivent être utilisées avec prudence, compte tenu de la petite dimension des échantillons. Les chiffres reflètent le seuil de faible revenu avant impôt.




## Taux de pauvreté infantile, groupes sociaux choisis au Canada, enfants 0-14 ans, 1996-2006

Source : Campagne 2000. Rapport 2009 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada : 1989-2009, faisant appel aux recensements 2006, 2001 et 1996 de Statistique Canada par l'entremise du *Toronto Research and Community Data Consortium* (2006) et de la *Community Social Data Strategy* (1996-2001). Utilisation autorisée



# 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 reliés aux soins des enfants des Premières nations. Si les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux adoptaient et mettaient en œuvre le principe de Jordan, les enfants des Premières nations ne subiraient plus de retard ou d'interruption de services médicaux et de santé essentiels tandis que les gouvernements se disputent pour savoir qui acquittera la facture. D'après un récent rapport de recherche, les conflits de compétences reliés aux coûts des soins aux enfants des Premières nations sont courants, près de 400 cas de ce genre s'étant produits dans un échantillon de 12 agences de services à l'enfance et à la famille des Premières nations en seulement un an[1].

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 famille[2].

Presque toutes les provinces et tous les territoires ont adopté le principe de Jordan, mais aucun n'a préparé ou ne respecte un plan de mise en œuvre. Entre-temps, 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 et à fournir aux enfants et aux adolescents des Premières nations les soins auxquels ils ont droit.

1. Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières nations du Canada. Wen:De : Nous voyons poindre la lumière du jour. 2005. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.fncfcs.com/docs/WendeReport_f.pdf.
2. Lavallee, Trudy. Honouring Jordan: Putting First Nations Children first and funding fights second. Paediatr Child Health 2005:10(9):527-9.

**Excellent :** La province ou le territoire a adopté et créé des mécanismes pour implanter 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.

**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 soins des enfants et des adolescents des Premières nations, mais n'a pas encore préparé de stratégie de mise en œuvre.

**Mauvais :** La province ou le territoire n'a pas adopté de principe de l'enfant d'abord.

| Principe de Jordan | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **Province ou territoire** | **Situation en 2007** | **Situation en 2009** | **Commentaires** |
| **Colombie-Britannique** | Mauvaise | Passable | La province a adopté une politique de l'enfant d'abord pour résoudre les conflits de compétences reliés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations, mais aucun plan de mise en œuvre n'est encore documenté. |
| **Alberta** | Mauvaise | Mauvaise | La province n'a pas adopté de politique de l'enfant d'abord pour résoudre les conflits de compétences reliés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations. |
| **Saskatchewan** | Mauvaise | Passable | La province n'a pas adopté de politique de l'enfant d'abord pour résoudre les conflits de compétences reliés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations. Un plan de mise en œuvre provisoire a reçu l'appui unanime des chefs des Premières nations de la province, mais il reste encore à adopter un plan de mise en œuvre à long terme. |
| **Manitoba** | Mauvaise | Passable | La province a adopté une politique de l'enfant d'abord pour résoudre les conflits de compétences reliés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations, mais aucun plan de mise en œuvre n'est encore documenté. |
| **Ontario** | Mauvaise | Passable | La province a adopté une politique de l'enfant d'abord pour résoudre les conflits de compétences reliés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations, mais aucun plan de mise en œuvre n'est encore documenté. |
| **Québec** | Mauvaise | Mauvaise | La province n'a pas adopté de politique de l'enfant d'abord pour résoudre les conflits de compétences reliés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations. |
| **Nouveau-Brunswick** | Mauvaise | Mauvaise | La province n'a pas adopté de politique de l'enfant d'abord pour résoudre les conflits de compétences reliés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations. |
| **Nouvelle-Écosse** | Bonne | Bonne | Une entente tripartite entre le gouvernement fédéral, la province et les services micmacs à l'enfance et à la famille prévoit un mécanisme de résolution de conflit tenant compte des besoins des enfants, y compris les besoins médicaux particuliers. |
| **Île-du-Prince-Édouard** | Mauvaise | Mauvaise | La province n'a pas adopté de politique de l'enfant d'abord pour résoudre les conflits de compétences reliés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations. |
| **Terre-Neuve-et-Labrador** | Mauvaise | Mauvaise | La province n'a pas adopté de politique de l'enfant d'abord pour résoudre les conflits de compétences reliés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations. |
| **Yukon** | Mauvaise | Mauvaise | Le territoire n'a pas adopté de politique de l'enfant d'abord pour résoudre les conflits de compétences reliés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations. |
| **Territoires du Nord-Ouest** | Mauvaise | Mauvaise | Le territoire n'a pas adopté de politique de l'enfant d'abord pour résoudre les conflits de compétences reliés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations. |
| **Nunavut** | Mauvaise | Mauvaise | Le territoire n'a pas adopté de politique de l'enfant d'abord pour résoudre les conflits de compétences reliés aux soins des enfants et des adolescents des Premières nations. |

# Intérêts fondamentaux des enfants et des adolescents

## 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, qui reconnaissait que les enfants et les adolescents ont besoin d'une protection et de soins particuliers. Le Canada a convenu de protéger les enfants et de garantir leurs droits, mais aucun mécanisme n'est prévu pour tenir le gouvernement responsable de son engagement devant la communauté internationale.

L'UNICEF souligne que sans établissements indépendants qui se consacrent entièrement aux droits des enfants, ces droits reçoivent rarement la priorité qu'ils méritent. La principale tâche de ces établissements consiste à s'assurer que ces droits se traduisent par des lois, des politiques et des pratiques[1].

À l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, toutes les provinces et tous les territoires sont dotés d'un défenseur à l'enfance et à l'adolescence. Cependant, la plupart se consacrent exclusivement aux enfants et aux adolescents en foyer d'accueil. Pour être efficace, leur mandat devrait englober tous les enfants et les adolescents, et les commissaires doivent être indépendants et valablement habilités à protéger les droits et intérêts uniques de tous les enfants et les 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 adolescents[2]. Cette recommandation n'a pas encore été abordée.

1. UNICEF. Independent Institutions Protecting Children's Rights. Innocenti Digest, 8, juin 2001.
2. Comité sénatorial permanent des Droits de la personne. Les enfants : des citoyens sans voix. Mise en œuvre efficace des obligations internationales du Canada relatives aux droits des enfants. Avril 2007. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/huma-f/rep-f/rep10apr07-f.htm.

**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 de la province ou du territoire, 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 d'enfants et d'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.

## Défenseur à l'enfance et à l'adolescence

| Province ou territoire | Situation en 2007 | Situation en 2009 | Commentaires |
|---|---|---|---|
| **Colombie-Britannique** | Bonne | Bonne | Le représentant des enfants et des adolescents (mars 2007) est indépendant, rend compte à l'Assemblée législative et est mandaté pour commenter publiquement les enjeux touchant les enfants et les adolescents, sans interférence gouvernementale. Il soutient la participation des enfants et des adolescents dans la prise de décision et l'élaboration de politiques, de programmes et de services. Il défend les intérêts des enfants et de leur famille, surveille les ministères ou les autres organismes publics, examine et vérifie les services et rend compte des blessures graves et des décès au sein du système de protection de l'enfance. |
| **Alberta** | Passable | Passable | Le défenseur à l'enfance et à l'adolescence fournit des services de défense d'intérêts individuels et systémiques et représente les enfants en foyer d'accueil. Il soumet des rapports à la législation par l'entremise du ministre des services aux enfants. Il peut répondre aux aiguillages et aux demandes de participation et d'aide et peut également entreprendre des examens ou des enquêtes. Des jeunes participent aux processus de prise de décision. |
| **Saskatchewan** | Bonne | Bonne | Le défenseur à l'enfance est indépendant, il rend compte à l'assemblée législative et fournit des enquêtes et des recommandations impartiales. Il peut enquêter sur toute question reliée aux enfants qui reçoivent des services d'un ministère ou d'un organisme du gouvernement. Il publie un rapport annuel qui peut inclure des recommandations de changements systémiques. Les jeunes y participent. |
| **Manitoba** | Passable | Bonne | Le défenseur à l'enfance est indépendant, rend compte à l'Assemblée législative par l'entremise du président de la Chambre, effectue des requêtes, enquête, fait rapport et fait des recommandations sur des sujets reliés aux enfants et aux adolescents en foyer d'accueil. Depuis 2008, il est responsable d'analyser les services après le décès d'un enfant en foyer d'accueil, afin d'améliorer la sécurité et le bien-être des enfants et de s'assurer que la situation ne se reproduise pas. |
| **Ontario** | Passable | Bonne | Le défenseur à l'enfance est indépendant, il rend compte à l'assemblée législative, assure une défense d'intérêts individuelle et systémique, représente les enfants, les adolescents et les familles en foyer d'accueil et fournit de l'éducation et des conseils au sujet de la défense d'intérêts et des droits des enfants. Les jeunes participent aux activités du bureau. |
| **Québec** | Passable | Passable | La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse est un organisme indépendant qui rend compte à l'Assemblée nationale. Elle fait la promotion de la Charte des droits et libertés, qu'elle défend. Elle intervient ou fait enquête dans toute situation où elle considère que les droits d'un enfant ou d'un groupe d'enfants sont bafoués. Elle révise les projets de loi pour s'assurer qu'elles respectent les droits de la jeunesse. |
| **Nouveau-Brunswick** | Passable | Bonne | Le défenseur à l'enfance et à l'adolescence, également ombudsman provincial, est un agent indépendant qui rend compte annuellement à l'Assemblée législative par l'entremise du président de la Chambre. Son mandat consiste à s'assurer de la protection des droits et intérêts des enfants et des adolescents, de faire entendre et d'envisager le point de vue des enfants et des adolescents, d'assurer l'accès des enfants et des adolescents aux services et de recevoir les plaintes au sujet de ces services. Il fournit également de l'information et des conseils au gouvernement. |
| **Nouvelle-Écosse** | Passable | Passable | La division des services aux jeunes du bureau de l'ombudsman examine et résoud les plaintes émanant des enfants et des adolescents qui accèdent aux systèmes de protection de la jeunesse. Il rend compte à l'Assemblée législative. Il fournit un aperçu indépendant et des services d'approche aux jeunes en établissement de détention, en milieu surveillé et en établissements de soins pour enfants en résidence. Il peut examiner des enjeux systémiques au sein du système de soins aux enfants et aux adolescents de la province. Il peut recommander des changements aux politiques, aux pratiques, aux processus, aux lignes directrices, aux règlements ou aux lois afin d'en garantir l'équité. |
| **Île-du-Prince-Édouard** | Mauvaise | Mauvaise | La province n'est pas dotée d'un défenseur à l'enfance et à l'adolescence. |
| **Terre-Neuve-et-Labrador** | Bonne | Bonne | Le bureau du défenseur à l'enfance et à l'adolescence est un bureau indépendant de la Chambre d'assemblée qui rend compte au président de la Chambre. Il est mandaté pour protéger et faire progresser les droits des enfants et des adolescents et pour s'assurer de faire valoir leurs droits, de leur donner accès aux services et programmes gouvernementaux, de fournir de l'information et des conseils au gouvernement et d'agir à titre de défenseur des enfants et des adolescents. Il peut examiner et explorer toute question reliée aux services gouvernementaux touchant les enfants et les adolescents, que quelqu'un en ait ou non fait la demande ou ait ou non porté plainte. Les enfants et les adolescents participent au bureau. |
| **Yukon** | Mauvaise | Passable | La *Child & Youth Advocate Act* a été approuvée en mai 2009, et sa date d'entrée en vigueur sera déterminée par le commissaire au conseil exécutif. Le commissaire à l'enfance rendra compte à l'assemblée législative, aidera les jeunes en foyer d'accueil à évoluer dans des services gouvernementaux ciblés, s'assurera que le point de vue des enfants et des adolescents est entendu et évalué, fera la promotion de leurs droits et intérêts et travaillera avec eux à résoudre des problèmes par une résolution de conflits officieuse. |
| **Territoires du Nord-Ouest** | Mauvaise | Mauvaise | Le territoire n'est pas doté d'un défenseur à l'enfance et à l'adolescence. |
| **Nunavut** | Mauvaise | Mauvaise | Le territoire n'est pas doté d'un défenseur à l'enfance et à l'adolescence. |

# Politiques et programmes du gouvernement fédéral



Comme le démontre la stratégie nationale de vaccination, le leadership du gouvernement fédéral peut contribuer énormément à améliorer la santé et le bien-être des plus jeunes citoyens du Canada.

Dans le secteur de la santé mentale et de la prévention des blessures, le gouvernement fédéral pourrait mobiliser les efforts des provinces et des territoires s'il effectuait des recherches et une surveillance nationales, s'il instaurait des politiques nationales qui pourraient être appliquées aux échelons provinciaux et territoriaux et s'il entreprenait une sensibilisation et une éducation publique pancanadiennes[1].

En matière de pauvreté chez les enfants, 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 une responsabilité directe envers bon nombre des enfants les plus démunis, c'est-à-dire les enfants et les adolescents inuits et des Premières nations.

Des services de garde à l'enfance universels de qualité constituent un sujet trop important pour qu'il se heurte aux points de vue gouvernementaux divergents. Plusieurs organismes produisent une fiche de rendement détaillée sur les services de garde dans les provinces et les territoires[2,3], mais la SCP s'attarde sur ce qui se passe sur la scène nationale et l'aborde plus en détail dans la section suivante.

Un commissaire à l'enfance et à l'adolescence réfléchirait aux besoins des enfants et des adolescents dans toutes les initiatives du gouvernement fédéral les touchant. La SCP recommande de créer ce poste sur-le-champ[3].

1. Société canadienne de pédiatrie. Présentation au Comité permanent des finances au sujet des consultations prébudgétaires de 2006 (le 6 septembre 2006). Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.cps.ca/francais/defensedinterets/rapports/prebudgetaires2006.pdf.
2. Friendly M, Beach J, Ferns C, Turiano M. Early Childhood Education and Care in Canada 2008, 8e éd. Toronto: Childcare Resource and Research Unit, 2008. Consulté le 13 novembre 2009, à l'adresse www.childcarecanada.org/ECEC2006/index.html.
3. Congrès du travail du Canada. Fiche de rendement sur les services de garde. Consulté le 13 novembre 2009, à l'adresse www.congresdutravail.ca/centre-daction/campagne-pour-legalite-economique-des-femmes/fiche-de-rendement-sur-les-services-de-g.
4. Eggertson L. Physicians challenge Canada to make children, youth a priority. CMAJ 2007;176(12). Consulté le 13 novembre 2009, à l'adresse www.cmaj.ca/cgi/rapidpdf/cmaj.070593v1.

| Politiques et programmes du gouvernement fédéral | | | |
|---|---|---|---|
| | **Situation en 2007** | **Situation en 2009** | **Commentaires** |
| **Stratégie nationale d'immunisation** | Bonne | Bonne | Même si la stratégie nationale de vaccination est en place, l'appui des programmes de vaccination provinciaux et territoriaux pour les enfants et les adolescents n'est pas permanent. |
| **Mesures pour prévenir et réduire le tabagisme chez les adolescents** | Non classée | Bonne | Une modification apportée en octobre 2009 à la *Loi sur le tabac* interdit complètement les publicités dans les magazines et les journaux, de même que la vente de cigarillos aromatisés et de petits emballages de ces produits. |
| **Plan d'intervention national en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence** | Passable | Passable | La Commission de la santé mentale du Canada a été formée en 2007 pour créer un système de santé mentale intégré profitant des conseils de huit comités consultatifs, dont l'un portant sur les enfants et les adolescents. Les principaux projets incluent une stratégie en matière de santé mentale, une campagne de lutte contre la stigmatisation, un centre d'échange de connaissances et une stratégie sur les sans-abri. Il n'existe pas de stratégie ou de cadre national à l'égard de la santé mentale des enfants et des adolescents. |
| **Stratégie nationale de prévention des blessures** | Mauvaise | Mauvaise | Il n'existe pas de stratégie nationale de prévention des blessures. |
| **Pauvreté chez les enfants** | Non classée | Passable | Des recherches récentes font ressortir des variations considérables dans les maladies chroniques des citoyens à faible revenu des diverses régions du Canada, en raison de différences de comportement, de politiques sociales et peut-être même de l'environnement social. Les auteurs de ces études concluent qu'une bonne stratégie nationale de lutte contre la pauvreté pourrait améliorer les issues de santé des populations vulnérables et éliminer les effets de la pauvreté sur la santé. Une intervention efficace en matière de politique réduirait les écarts en santé au Canada et pourrait également réduire le coût des maladies chroniques au sein du système de santé.<br><br>Le gouvernement fédéral assume la responsabilité particulière de travailler avec les chefs autochtones pour réduire la pauvreté chez les enfants des Premières nations. Depuis dix ans, les transferts fédéraux aux communautés autochtones ont plafonné à des taux inférieurs au taux d'inflation et à la croissance de la population autochtone. |
| **Stratégie d'apprentissage et de soins de la petite enfance** | Non classée | Mauvaise | Il n'existe pas de stratégie d'apprentissage et de soins de la petite enfance. |
| **Principe de Jordan** | Mauvaise | Passable | Le 12 décembre 2007 à la Chambre des communes, tous les partis fédéraux ont approuvé à l'unanimité une motion d'initiative parlementaire soutenant le principe de Jordan, une politique de l'enfant d'abord visant à régler les conflits de compétence entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à l'égard des soins aux enfants et aux adolescents des Premières nations. Cependant, aucun territoire de compétence ne l'a encore mis en œuvre. |
| **Commissaire à l'enfance et à l'adolescence** | Mauvaise | Mauvaise | Il n'y a pas de commissaire à l'enfance et à l'adolescence. |

# Politiques et programmes du gouvernement fédéral



## Apprentissage et soins de la petite enfance

La plupart des enfants canadiens passent beaucoup de temps en milieu de garde. Près de 80 % des enfants d'âge préscolaire dont la mère occupe un emploi ou est aux études fréquentent un type de service de garde non parental ou un programme d'éducation de la petite enfance. On ne possède pas de données sur la qualité des services et sur leur respect des besoins des parents[1].

D'après des données probantes solides et croissantes, un investissement public dans des programmes de développement de la petite enfance de qualité procurent des bienfaits démontrés non seulement aux enfants et aux familles, mais également aux gouvernements et aux économies nationales. De nombreuses évaluations canadiennes et internationales confirment que des services d'apprentissage et de soins de la petite enfance de qualité améliorent le développement cognitif et social des enfants qui, plus tard, réussissent mieux à l'école, touchent un revenu plus élevé, sont en meilleure santé, affichent un taux moins élevé de grossesse à l'adolescence, dépendent moins de l'aide sociale et risquent moins d'adopter une conduite criminelle. Il n'est peut-être pas surprenant de constater que ce sont les enfants qui vivent dans la pauvreté qui en profitent le plus[2,3].

Malheureusement, l'accès à des services de garde de qualité n'est pas équitable entre toutes les familles. Selon une étude montréalaise, les enfants de quatre à cinq ans fréquentant un centre de mauvaise qualité étaient considérablement plus susceptibles de provenir d'une famille défavorisée sur le plan socioéconomique[4].

Les services de garde sont souvent coûteux et, par conséquent, inabordables pour bien des familles canadiennes. Le Québec et le Manitoba sont les seules provinces où les frais sont régis par le gouvernement provincial. D'après un rapport que le Congrès du travail du Canada a publié en 2008, seulement 16 % des Canadiens ont accès à des services de garde réglementés, dont 50 % au Québec[5].

En 2004, le gouvernement fédéral libéral a octroyé cinq milliards de dollars répartis sur cinq ans à des places en garderie abordables, réglementées par le gouvernement[2], mais le gouvernement conservateur subséquent a annulé ce programme pour lui préférer la Prestation universelle pour la garde d'enfants, qui prévoit un versement imposable de 100 $ par mois aux parents d'un enfant de zéro à six ans. Si le gouvernement fédéral soutenait un programme national de services de garde à l'enfance, le fardeau des parents serait allégé, et beaucoup plus de parents recevant le soutien du revenu pourraient réintégrer le milieu du travail.

La Société canadienne de pédiatrie (SCP) est d'avis que les services d'apprentissage et de soins de la petite enfance doivent être universels, abordables, accessibles et de qualité. Elle exhorte le gouvernement fédéral à jouer un rôle de chef de file par l'élaboration d'une stratégie pancanadienne d'apprentissage et de soins de la petite enfance. La SCP a publié un document de principes qui expose les critères de soins de qualité, y compris le ratio entre les enfants et les éducatrices, la formation et la rémunération du personnel[6]. Enfin, la SCP demande la tenue d'autres recherches de qualité pour déterminer clairement les issues de santé associées aux services de garde non parentaux.

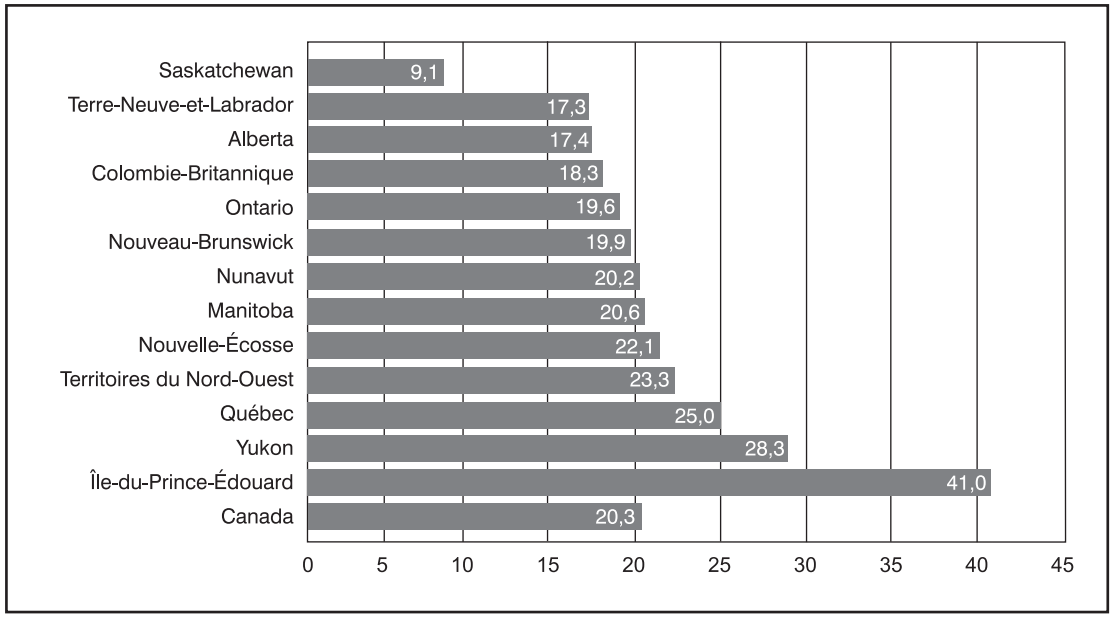
1. Cleveland et coll., 2008, cités par Beach et coll. The State Of Early Childhood Education and Child Care in 2008, huitième édition, juin 2009.
2. Adamson, Peter. La transition en cours dans la garde et l'éducation de l'enfant : Tableau de classement des services de garde et d'éducation des jeunes enfants dans les pays économiquement avancés. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.unicef-irc.org/cgi-bin/unicef/Lunga.sql?ProductID=511. UNICEF. Bilan Innocenti 8, 2008.
3. Mustard, J. Fraser. Développement du cerveau influencé par les expériences, présentation de diapositives, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, Québec, le 25 mai 2004.
4. Hausfather A, Toharia A, LaRoche C, Engelsmann F. Effects of age of entry, day-care quality, and family characteristics on preschool behavior. J Child Psychol Psychiatry 1997;38:441-8.
5. Congrès du travail du Canada. Fiche de rendement sur les services de garde. Consulté le 13 novembre 2009, à l'adresse www.congresdutravail.ca/centre-daction/campagne-pour-legalite-economique-des-femmes/fiche-de-rendement-sur-les-services-de-g.
6. Société canadienne de pédiatrie, comité de la pédiatrie communautaire. Les répercussions de la fréquentation des services de garde sur la santé des enfants. Partie A : Les tendances canadiennes des issues du comportement et du développement des enfants en service de garde. Paediatr Child Health 2008;13(2):869-74. Consulté le 19 novembre 2009, à l'adresse www.cps.ca/francais/enonces/CP/CP08-02.htm.

## Pourcentage d'enfants de 0 à 5 ans ayant une place en milieu de garde réglementé – 2008

Source : Beach J, Friendly M, Ferns C, Prabhu N et Forer B (2009). 8e édition. Toronto: Childcare Resource and Research Unit. Adaptation autorisée

Remarques :

1. D'ordinaire, les données sur le nombre d'enfants fréquentant un service de garde en milieu familial réglementé par groupes d'âge ne sont pas disponibles.
2. Afin de permettre la comparaison avec les autres provinces, les places à temps partiel au jardin d'enfants sont exclues des calculs pour l'Île-du-Prince-Édouard.
3. Le Yukon fournissait le total des places occupées et le total des places réglementées, mais la répartition selon le type de service n'était disponible que pour le total des places occupées. Le total des places réglementées a été privilégié pour tous les totaux et tous les calculs.

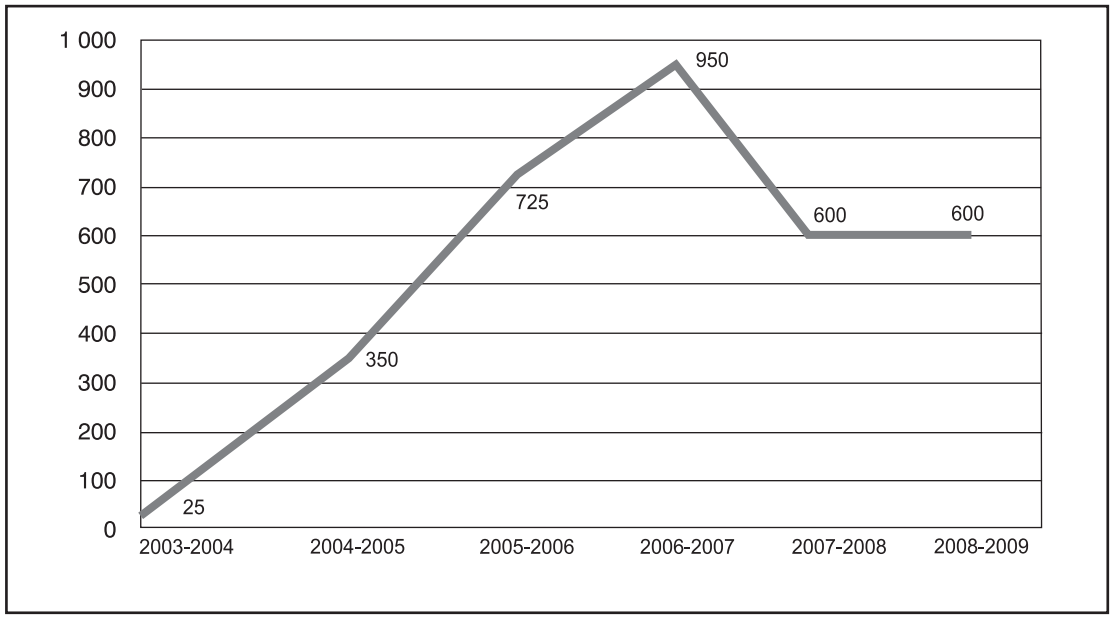



## Transferts fédéraux prévus pour les services d'apprentissage et de soins de la petite enfance (en millions de dollars)

Source : Beach J, Friendly M, Ferns C, Prabhu N et Forer B (2009). 8e édition. Toronto: Childcare Resource and Research Unit. Adaptation autorisée

*Remarque : En outre, les provinces et les territoires ont reçu des transferts de 300 millions de dollars en 2001-2002, de 400 millions de dollars en 2002-2003, de 500 millions de dollars en 2004-2005 et de 500 millions de dollars au cours de chacun des exercices financiers suivants en vertu de l'Entente de développement de la petite enfance (EDPE). Ces fonds peuvent être utilisés pour l'apprentissage et les soins de la petite enfance si la province ou le territoire le décide. L'EDPE s'associe à une clause d'indexation de 3 % à compter de 2009-2010.*

*Certains des fonds figurant dans ce tableau font partie du Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS), un transfert global en appui aux programmes sociaux. Le TCPS global (la fraction en espèces) attribué aux provinces valait 8,3 milliards de dollars en 2004-2005, 8,4 milliards de dollars en 2005-2006 et 8,5 milliards de dollars en 2006-2007. Dans le budget fédéral 2007, on annonçait une forte augmentation du TCPS, de manière que la fraction en espèces totalise 9,5 milliards de dollars en 2007-2008 et 10,8 milliards de dollars en 2008-2009. Le budget fédéral prorogeait les fonds prévus pour le Cadre multilatéral jusqu'en 2013-2014. Il augmentera de 3 % par année en raison de la clause d'indexation du TCPS.*



# 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 membre.

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