



gazette SCP

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE | PRINTEMPS • ÉTÉ 2024

Le risque n'est pas une calamité

Il peut sembler contre-intuitif qu'un groupe axé sur la prévention des blessures se prononce en faveur du jeu risqué, mais c'est exactement ce que le comité de la SCP qui s'y consacre a fait cette année. Le document de principes intitulé *Le développement sain de l'enfant par le jeu risqué extérieur* a fait les manchettes partout au pays et a déjà contribué à l'évaluation des municipalités sur les risques et avantages de conserver des zones de jeu extérieur ouvertes pendant l'hiver.

La *Gazette SCP* s'est entretenue avec les docteurs Emilie Beaulieu et Suzanne Beno, auteures de ce document de principes pour lequel elles ont donné un total de 70 entrevues, afin de comprendre pourquoi ces directives ont été aussi remarquées.

« Je pense que cette réaction reflète l'intérêt envers ce sujet, qui est lié aux styles de parentalité et aux types d'écoles », suppute la docteure Beno, présidente du comité de la prévention des blessures.

Alors que ce qu'on appelle les parents hélicoptères et d'autres types de parentalité très investie gagnent en popularité, certains parents qui permettent à leurs enfants de pratiquer le jeu risqué se sentent jugés. Certaines familles peuvent avoir l'impression que le document les « autorise à... ne pas être en pleine maîtrise de leur enfant en tout temps », explique la docteure Beno.

SUITE EN PAGE 2

DANS CE NUMÉRO

- 3 Pour les petits, mais dynamique : la néonatalogie en 2024
- 4 Protéger les nouveau-nés d'une vieille maladie
- 5 Attribution de la bourse D' Kent Saylor
- 6 Une bourse de la SCP en appui à des projets de résidents en défense d'intérêts
- 7 Sondage ponctuel sur l'utilisation des SRAP
- 8 Un IMPACT durable
- 9 La Nouvelle-Écosse priorise la prise en charge optimale du diabète à l'école
- 10 Congrès sur la santé des enfants et adolescents autochtones
- 11 Un premier congrès de la SCP consacré à la santé mentale



Voir en page 4



« D'après les recherches, on sait que le jeu risqué est très utile pour la santé physique. Les enfants sont plus actifs et améliorent leurs habiletés motrices. Il est également bénéfique pour la santé mentale, y compris l'estime de soi, les amitiés et les interactions positives avec les camarades. »

Docteure Emilie Beaulieu

Le jeu risqué peut améliorer la santé physique, mentale et sociale et contribuer à prévenir ou à prendre en charge des affections comme l'obésité, l'anxiété et les troubles de comportement. Pendant le jeu risqué, les enfants apprennent à reconnaître et à évaluer les difficultés, ce qui les aide à faire confiance à leurs décisions et leurs habiletés. Le jeu risqué peut aussi aider les enfants ayant un handicap à devenir plus autonomes et réduire l'exclusion sociale.

Les adultes peuvent s'inquiéter du risque de blessures associé à ce type de jeu, mais la docteure Beaulieu précise que les avantages sont supérieurs aux risques.

« Il est tellement important de maintenir vos enfants actifs et en bonne santé mentale, remarque-t-elle. D'après les recherches, on sait que le jeu risqué est très utile pour la santé physique. Les enfants sont plus actifs et améliorent leurs habiletés motrices. Il est également bénéfique pour la santé mentale, y compris l'estime de soi, les amitiés et les interactions positives avec les camarades. »

Le jeu risqué ne signifie pas ignorer les mesures de sécurité, laisser les enfants sans supervision dans des endroits dangereux ou les inciter à prendre des risques qui dépassent leur niveau de confort. Les adultes doivent continuer d'avoir conscience des dangers qui dépassent la capacité de l'enfant à percevoir et à gérer le risque. Ils devraient également toujours être prêts à intervenir si le jeu des enfants se met à poser un danger pour eux-mêmes ou pour autrui.

La docteure Beaulieu espère que le document de principes pourra aider les milieux de garde, les écoles et d'autres groupes à trouver les

zones grises entre le danger et des environnements trop sécurisés lors de la formulation de leurs propres politiques.

« Le risque n'est pas une calamité, conclut la docteure Beno. Mon plus grand espoir, c'est qu'il suscite de réels changements pour que les enfants gèrent ces évaluations du risque de manière un peu plus harmonieuse que dans la cohorte actuelle d'adolescents. »

Les soins peau-à-peau, recommandés pour tous les nouveau-nés

Ils comportent de nombreux avantages, même pour les nourrissons prématurés et de petit poids. Des mesures de soutien sont offertes pour limiter les risques.

Amorcez les soins peau-à-peau immédiatement après la naissance. Poursuivez-les pendant une heure, idéalement avec le parent qui a accouché.



© Société canadienne de pédiatrie. Source : Les soins peau-à-peau chez les nourrissons à terme et prématurés, 2024. www.cps.ca/fr

gazette_{SCP}

info@cps.ca | ISSN 1205-5298
Convention de poste-publications n° 40006512

Collaboratrices

Geneviève Brouillette
Maira Munaaba
Jennie Strickland
Lindsay Thistle

Pour connaître les tarifs publicitaires, prenez contact avec Maira Munaaba, au 613-526-9397, poste 238, ou à info@cps.ca.

Conception et graphisme

Fairmont House Design

Société canadienne de pédiatrie
100-2305, boul. St. Laurent, Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397 • Téléc. : 613-526-3332
www.cps.ca/fr • www.soinsdenosenfants.cps.ca

Traduction

Dominique Paré

La SCP se dégage de toute responsabilité à l'égard des dommages occasionnés par des erreurs ou des omissions découlant de l'utilisation d'information ou de conseils contenus dans la Gazette SCP.



« Les parents peuvent vraiment être à la place qu'ils auraient toujours dû occuper : au cœur de l'équipe soignante, où nous les soutenons »

Docteur Michael Narvey

Pour les petits, mais dynamique : la néonatalogie en 2024

Avec son goût pour le travail manuel, les interventions et les bébés, le président du comité d'étude du fœtus et du nouveau-né de la SCP, le docteur Michael Narvey, se destinait à la médecine fœto-maternelle. Une rotation en soins intensifs néonataux l'a toutefois accroché.

« J'ai trouvé attrayante la possibilité de soigner les bébés tout en utilisant mes mains pour intuber, installer des cathéters veineux ombilicaux, etc. J'ai aimé l'aspect manuel du travail, mais j'ai trouvé captivant d'utiliser mon cerveau et mon intellect pour appliquer en contexte critique les principes de physiologie acquis en médecine et en pédiatrie. »

Vingt ans plus tard, le docteur Narvey est toujours impressionné par la résilience des nouveau-nés. « Les gens croient les bébés fragiles. Et à bien des égards, ils le sont, bien sûr », mais il ajoute qu'« ils sont très résilients. Si vous pouvez leur faire traverser la mauvaise passe, la période difficile, ils ont la capacité de se rétablir. »

Pas des visiteurs : la famille à l'avant-plan

Depuis quelques années en soins intensifs, on observe un virage majeur vers des soins axés sur la famille. À juste titre, souligne le docteur Narvey, qui pense que c'aurait toujours dû être le cas.

« Les parents peuvent vraiment être à la place qu'ils auraient toujours dû occuper : au cœur de l'équipe soignante, où nous les soutenons », explique-t-il.

Le nouveau modèle donne aux parents le rôle de défenseurs, leur permet de présenter leur bébé lors des visites et, dans certains centres, d'expliquer comment il va et de formuler les questions ou les préoccupations auxquelles l'équipe soignante doit répondre.

Un changement du même type, que la *Canadian Premature Babies Foundation* a contribué à faire adopter, c'est la notion généralisée que les familles ne sont pas des visiteurs, mais des intervenants essentiels et centraux de l'équipe soignante. Dans de nombreuses unités de soins intensifs néonataux, les proches n'ont plus à respecter des heures de visites strictes.

À la limite de la viabilité

Au début des années 2010, la SCP a reçu des reproches des néonatalogistes de tout le pays à cause d'un document de principes sur la prise en charge en prévision d'une extrême prématurité, jugé trop simpliste et paternaliste. Le document remanié, publié en 2017, abordait le patient dans son ensemble plutôt qu'en fonction de son âge gestationnel.

« C'était une pensée révolutionnaire, confie le docteur Narvey, que de s'éloigner des médecins qui affirment comprendre vos valeurs ou ce qu'elles *devraient* être, pour adopter un modèle coopératif qui réunit l'obstétrique et la néonatalogie et évalue les données sur une base individuelle. » L'équipe examine désormais tous les facteurs de risque d'une issue défavorable, transmet aux parents le portrait le plus juste possible, puis tient compte de leurs croyances et de leur contexte pour éclairer leurs décisions.

Manger, dormir, consoler : les changements à la prise en charge des nouveau-nés exposés aux opioïdes

La consommation d'opioïdes a bondi chez les femmes enceintes depuis 20 ans, et les taux de syndrome d'abstinence néonatale aux opioïdes (SANO) ont suivi le pas.

Les directives sur la prise en charge du SANO délaissent le modèle traditionnel, soit l'administration de morphine en soins intensifs néonataux, pour adopter le modèle « manger, dormir, consoler ».

Comme son nom l'indique, le nouveau protocole repose sur trois grandes catégories d'évaluation : le bébé mange-t-il? Est-il relativement facile à consoler? Dort-il?

« S'ils font tout ça, qu'ils restent dans la même chambre que leur mère, sont allaités et profitent de contacts peau-à-peau, de nombreux bébés éviteront un long séjour hospitalier », souligne le docteur Narvey, qui ajoute que ce modèle favorise l'attachement parental.

Restez à l'affût des directives cliniques sur le SAPO dans cps.ca/fr; le comité d'étude du fœtus et du nouveau-né est à préparer un document de principes sur le sujet.



« Il faut que bien des choses tournent mal pour qu'un bébé naisse avec la syphilis... Ça dénote de multiples échecs en cours de route. »

Docteur Jared Bullard

Protéger les nouveau-nés d'une vieille maladie

Les taux de syphilis connaissent une résurgence au Canada depuis quelques années, et même si cette augmentation des occurrences n'entraîne pas nécessairement plus de décès chez les adultes, ce n'est pas le cas lorsque, sans le vouloir, les mères transmettent l'infection à leur enfant à naître. Cette infection s'appelle « syphilis congénitale » (SC), et plus de bébés meurent lorsque les taux de syphilis augmentent chez les femmes en âge de procréer.

Le comité des maladies infectieuses et d'immunisation de la SCP a lancé un nouveau document de principes sur cette crise sanitaire croissante en mars. Rédigé par les docteurs Michelle Barton-Forbes, Ari Bitnun, Sergio Fanella et Laura Sauvé, il remplace un point de pratique publié en 2009 et mis à jour en 2018. Il revoit la prévalence, le diagnostic et le traitement de cette infection tout à fait évitable, et propose de nouveaux algorithmes et de nouveaux tableaux pour contribuer aux soins et à la prise en charge cliniques dans tous les milieux de soins.

Comment se fait-il que malgré des décennies de sensibilisation des médecins, de tests standardisés et de protocoles thérapeutiques réguliers, le nombre de cas est en hausse?

Comme l'a observé le docteur Jared Bullard, co-investigateur avec le docteur Carston Krueger d'un sondage ponctuel et d'une étude en cours du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) sur la SC : « Il faut que bien des choses tournent mal pour qu'un bébé naisse avec la syphilis... Ça dénote de multiples échecs en cours de route. » Autrement dit, cette propagation accrue a de multiples causes.

Le dépistage sous-optimal de la syphilis pendant la grossesse à cause de soins prénatals inappropriés, aggravé par la pandémie en est une cause importante, comme le constate le récent document de principes de la SCP sur la question.

Des raisons diagnostiques l'expliquent aussi, telles que l'infection de la mère qui est souvent asymptomatique ou ne présente que des signes transitoires et non spécifiques comme la fièvre ou une éruption, faciles à ignorer ou à méprendre pour autre chose. Des échecs de traitement se produisent aussi, comme lorsque les partenaires sexuels ne sont pas soumis au dépistage et traités en même temps que la mère. Les femmes vulnérables, aux prises avec un logement instable, la consommation de substances psychoactives ou d'autres déterminants sociaux de la santé, risquent également davantage de ne pas recevoir les soins et le soutien dont elles ont besoin.

Cependant, même si n'importe quelle personne active sexuellement peut contracter la syphilis, la maladie est facile à dépister et à traiter avec efficacité.

Puisque très souvent, les symptômes physiques de SC ne sont pas spécifiques, la sérologie demeure le pilier du diagnostic, et si une femme enceinte ou une nouvelle mère reçoit un résultat positif, le clinicien doit d'abord examiner son dossier pour s'assurer que tout traitement antérieur était approprié et efficace. Tous les nouveau-nés devraient subir un examen physique pour déceler les signes de SC, qu'ils pourraient toutefois ne pas se manifester avant des semaines ou même des mois. C'est pourquoi il est essentiel de comparer les prélèvements de sang de la mère et du nouveau-né au cours de la période *postpartum* immédiate pour poser un diagnostic et amorcer un traitement précoce.

Lorsqu'une mère dont les résultats du dépistage sont positifs n'a pas été bien prise en charge avant ou pendant sa grossesse, son bébé devra être soumis à un bilan plus approfondi et recevoir un traitement de pénicilline. Un algorithme définit clairement les taux de risque démontrés de SC et établit la prise en charge, le traitement et le suivi relatifs à chaque scénario.

Cette année, l'Agence de la santé publique du Canada réévalue également ses directives sur la syphilis.

LA SYPHILIS CONGÉNITALE

Réagir à la crise sanitaire

Depuis 2018, la syphilis congénitale a connu une résurgence au Canada.

Les taux sont passés de 4,6 à 13,4 cas sur 100 000 naissances vivantes entre 2018 et 2020.



Les facteurs de risque de syphilis pendant la grossesse

- Des soins prénatals limités ou inexistant
- De multiples partenaires sexuels
- Le traitement inapproprié ou inexistant d'une syphilis antérieure
- D'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang
- L'utilisation de méthamphétamines ou d'autres substances

L'évaluation du risque chez le nouveau-né



- La mère présente-t-elle des facteurs de risque? Connaît-on les résultats de ses tests?
- Si la mère est diagnostiquée, déterminer si elle reçoit un traitement approprié. En cas d'inquiétudes à l'égard du risque, reprendre le test de la mère et comparer les résultats à ceux du nourrisson.
- Examiner le nourrisson pour déceler les signes de syphilis congénitale, entre autres un sepsis néonatal, une éruption, une hépatosplénomégalie et une anémie ou une thrombopénie. N'importe quel système organique peut être touché.

Rappel

- À la naissance, de 50 % à 90 % des nouveau-nés sont asymptomatiques.
- Il peut falloir des mois avant l'apparition des signes de la maladie.
- Les symptômes, très variés, peuvent imiter d'autres affections, ce qui complique le diagnostic.
- Si la maladie n'est pas traitée, il peut falloir des années avant l'apparition des séquelles.

Faits saillants

- #1. **Aucun nouveau-né ne devrait obtenir son congé à domicile** sans qu'on ait consigné l'état de syphilis de la mère et le traitement nécessaire ou sans qu'on ait planifié le dépistage de la mère ou du nouveau-né et le suivi.
- #2. **Chacun des nouveau-nés, quel que soit son risque,** devrait être soumis à un examen physique afin de déceler les signes de syphilis congénitale.



Découvrez-en davantage à www.cps.ca/fr.

La toute première lauréate de la bourse D^r Kent Saylor vise à faire progresser les soins aux Autochtones

Taylor Stoesz, la toute première lauréate de la bourse D^r Kent Saylor aux étudiants en médecine autochtones, a décidé de bifurquer vers une carrière dans la santé vers la fin de son baccalauréat en droit.



Taylor Stoesz

La bourse de 2500 \$, créée par Générations en santé et nommée en l'honneur du docteur Kent Saylor, pédiatre mohawk et ancien président du comité de la santé des Premières Nations, des Métis et des Inuits, est remise à un étudiant en médecine autochtone qui souhaite élargir ses connaissances en pédiatrie.

Taylor, une étudiante en troisième année de médecine à l'Université McGill de Montréal et une membre de la Fédération métisse du Manitoba, a étudié le droit à l'Université du Manitoba. Pendant son année de stage dans un cabinet juridique autochtone, elle a travaillé avec des communautés autochtones et découvert les obstacles qu'ils affrontent pour accéder à des soins de qualité. C'est alors qu'elle a décidé de mener une carrière en médecine, dans l'espoir de travailler un jour dans les communautés autochtones rurales et éloignées et d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins pour les enfants.

« Les enfants des communautés autochtones rurales peuvent composer avec des obstacles accrus à l'accès à des soins de qualité. Je suis déterminée à contribuer à accroître l'accès aux soins pour [ces] enfant », affirme-t-elle.

À McGill, Taylor a réalisé des recherches sur l'amélioration de l'accès aux soins pour les enfants autochtones et leur famille, centrées sur la sécurisation culturelle. Elle a récemment terminé un projet qui cible des services de santé et des services sociaux sécuritaires sur le plan culturel pour les enfants autochtones dans les hôpitaux pédiatriques du Canada.

Elle a également aidé sa mentore, la docteure Patricia Li, dans une étude rétrospective des résultats cliniques du traitement par canule nasale à haut débit chez les patients d'âge pédiatrique atteints de bronchiolite. De plus, elle a participé à un projet de recherche avec la docteure Emilie Trinh sur les effets de la néphropathie en phase terminale chez les patients autochtones. Elle planifie de réaliser d'autres recherches pour aider les enfants autochtones, en partie grâce à une bourse des Instituts de recherche en santé du Canada.

À part le temps qu'elle consacre à ses études, Taylor est une bénévole occupée. Elle a participé à un programme sur les professions de la santé chez les Autochtones qui relie des tuteurs à des étudiants autochtones. Elle est aussi bénévole dans un programme visant à favoriser les amitiés avec les enfants et les adolescents ayant des handicaps. Elle a été la mentore de jeunes de minorités et d'origines sous-représentées qui souhaitent évoluer dans le milieu de la santé, par l'entremise du programme de mentorat de McGill dans le milieu de la santé.

Taylor a l'intention d'utiliser sa bourse pour financer un stage extérieur en pédiatrie cette année. Elle trouve qu'un stage est l'occasion de réseauter avec des pédiatres et d'approfondir ses connaissances sur la santé des enfants, notamment la néonatalogie.

Une bourse de la SCP pour les projets des résidents en défense d'intérêts

Deux projets menés par des résidents, qui visent à corriger des lacunes auprès d'enfants et d'adolescents mal desservis, ont été financés par Générations en santé en 2023. La *Gazette* a rencontré les deux boursiers pour en savoir plus sur leur travail.

Le **docteur Taylor Heinzlmeir**, qui est résident en pédiatrie à l'Université Dalhousie, va utiliser sa bourse pour contribuer à la préparation d'un programme axé sur la santé des jeunes en famille d'accueil de Halifax.

« [Les jeunes en famille d'accueil] sont souvent forcés de jouer un rôle plus actif dans leur autonomie que certains de leurs camarades, ce qui inclut la prise en charge de leurs propres soins, explique le docteur Heinzlmeir. Notre projet veut habiliter les jeunes qui sont autrement exclus ou ont déjà vécu d'importantes épreuves. »

Il explique que le projet vise à aider les jeunes à se sentir plus à l'aise et en confiance à l'égard de leurs propres besoins de santé et des demandes de soins. Le docteur Heinzlmeir et ses collègues collaboreront avec une école locale et une agence qui gère des foyers de groupe à Halifax.

Le docteur Heinzlmeir était ravi de s'investir dans ce projet. Il travaillait déjà auprès des jeunes en famille d'accueil et a grandi dans une famille qui accueillait de tels enfants. De plus, il a travaillé dans un établissement de ce type avant d'entreprendre sa médecine.

« J'ai eu plusieurs frères et sœurs en famille d'accueil, et [c'est] toujours quelque chose qui m'a passionné. L'une des raisons pour lesquelles j'ai choisi la pédiatrie, c'est parce que je connaissais les nombreuses difficultés dans la vie des enfants en famille d'accueil », explique le docteur Heinzlmeir.

Il encourage les autres pédiatres à participer à des projets qui peuvent avoir des avantages à long terme sur la santé des jeunes.

« Je pense qu'en imaginant des moyens d'inclure les personnes vulnérables dans la société, nous renforçons les communautés. »



Docteur Taylor Heinzlmeir



Docteur Carolyn Akladious

La **docteur Carolyn Akladious**, une résidente en pédiatrie du Sick Kids de Toronto, a reçu une bourse pour contribuer à la traduction de l'information transmise au congé de l'urgence.

Le Canada continue de se diversifier, et la docteur Akladious trouve que le système de santé doit s'assurer de l'accessibilité et de l'efficacité des soins aux patients de ces populations.

« On insiste beaucoup sur l'utilisation des services d'interprétation lors des rencontres avec les patients. C'est remarquable, mais il semble contre-productif de leur remettre de l'information en anglais au moment de leur congé, même quand ce n'est pas leur langue de prédilection », constate-t-elle.

La bourse de Générations en santé permettra d'embaucher des traducteurs médicaux professionnels qui créeront de l'information en cinq langues sur des manifestations courantes à l'urgence. Les ressources s'ajouteront au dossier médical électronique des familles dont la langue de prédilection n'est pas l'anglais.

Elle espère qu'un système similaire pourra être mis à la disposition de ses collègues d'autres hôpitaux. En attendant, elle invite les pédiatres à songer à l'importance de rendre l'information écrite remise au congé plus accessible pour toutes les familles.

« Nous devons viser à faire de la traduction de l'information au congé une norme des soins. L'urgence peut être un milieu stressant, et naturellement, il peut être difficile de retenir l'information verbale transmise pendant la rencontre. Il est important de remettre des ressources écrites à la famille dans sa langue de prédilection, afin de l'habiliter à gérer les symptômes à la maison et à savoir quand retourner à l'hôpital. »

Grâce à la bourse des résidents pour la défense d'intérêts des enfants,

Générations en santé soutient des projets communautaires dirigés par des stagiaires. Pour en savoir plus, consulter la page generationsensante.ca/grants/residents-pour-la-defense-dinterets-des-enfants.



« De nombreux jeunes ne savent pas vraiment combien ils devraient en prendre ni ce qu'ils devraient faire en cas d'effet secondaire. »

Docteur Kyle Ganson

Un sondage ponctuel sur l'utilisation des SRAP chez les enfants et adolescents canadiens

Ce printemps, les pédiatres recevront un sondage ponctuel du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) sur l'utilisation des substances visant à rehausser l'apparence et la performance (SRAP) chez les enfants et les adolescents. Les docteurs Debra Katzman et Kyle Ganson, investigateurs principaux, espèrent se servir des résultats pour jeter la lumière sur les lacunes des publications scientifiques à l'égard des événements indésirables et des complications liées à l'utilisation des SRAP chez les jeunes, particulièrement au Canada. À l'heure actuelle, le signalement d'événements indésirables aux bases de données publiques des États-Unis et du Canada est sous-utilisé, ce qui empêche de bien comprendre cet enjeu.

L'utilisation de SRAP a augmenté chez les adolescents et les jeunes adultes depuis quelques années. Selon le docteur Ganson, cette hausse est en partie attribuable aux idéaux esthétiques de musculature et de minceur chez les garçons et les jeunes hommes, et de forme physique chez les filles et les jeunes femmes. L'utilisation de SRAP est présumée permettre d'atteindre ces idéaux. De plus, on observe un virage culturel général vers le « santisme », une idéologie qu'il caractérise par une suraccatuation de la santé pour « optimiser la performance du corps humain, accroître la longévité [et] réduire les effets négatifs sur la santé. »

La docteure Katzman et lui conviennent du rôle considérable des réseaux sociaux à perpétuer cette tendance.

« La plupart des gens se renseignent auprès de sources informelles, comme des amis athlètes, des influenceurs ou des sites Web, explique la docteure Katzman. La plupart ne consultent pas les publications scientifiques révisées par un comité de lecture. »

Les deux auteurs soulignent que l'information provenant de ces sources informelles peuvent aller d'exactes à potentiellement trompeuses.

Les jeunes qui cherchent à modifier leur apparence corporelle ont facilement accès à divers compléments alimentaires, y compris les

protéines lactosériques, la créatine, les acides aminés, les poudres à prendre avant les entraînements et le collagène.

La docteure Ganson souligne cependant que selon certaines données probantes, une mauvaise utilisation peut avoir des effets indésirables, particulièrement pour le rehaussement de la performance ou le développement musculaire.

L'ambiguïté de l'information sur une utilisation appropriée et les effets secondaires pose également un risque pour les jeunes, croit le docteur Ganson.

« De nombreux jeunes ne savent pas vraiment combien ils devraient en prendre ni ce qu'ils devraient faire en cas d'effet secondaire. »

Il ajoute que des substances comme les protéines lactosériques et la créatine sont généralement considérées comme sécuritaires, mais qu'elles ne sont pas bien réglementées au Canada, ce qui entraîne un risque d'adultération par des stimulants ou des stéroïdes, de contamination ou de mauvais étiquetage.

Les docteurs Katzman et Ganson ont l'intention d'éduquer les jeunes et leur famille quant aux risques associés à ces substances. La docteure Katzman espère également que le sondage « permettra de faire savoir aux pédiatres que les jeunes prennent effectivement des [SRAP]. »

Les investigateurs se serviront du prochain sondage comme d'un outil pour évaluer le nombre de pédiatres qui dépistent et évaluent l'utilisation des SRAP ou s'en informent lors de leurs interactions avec leurs jeunes patients. Ils envisagent également de procéder à une analyse détaillée des cas pour mieux comprendre les occurrences individuelles d'événements indésirables liés à l'utilisation de SRAP.

En définitive, le sondage sera une étape essentielle pour corriger les lacunes sur le plan du savoir et faire connaître l'utilisation des SRAP chez les jeunes au Canada. Les investigateurs espèrent ainsi habiliter à la fois les familles et les pédiatres à réagir avec efficacité à cette préoccupation croissante.



«IMPACT ne se limitait pas à dénombrer les cas, mais apportait une interprétation claire des cas et une compréhension plus vaste des maladies et du fardeau qui s'y rattachait, y compris une analyse économique du rapport coût-efficacité de la vaccination.»

Docteur Scott Halperin

Un IMPACT durable

Lorsque les médecins ont remarqué un nombre inhabituel de méningites aseptiques chez les enfants au milieu des années 1980, ils se sont demandé si quelque chose clochait avec le vaccin contre les oreillons qui venait d'être homologué. Il a été établi que ce vaccin avait mal été atténué, et il a été retiré du marché canadien.

La faiblesse d'un système passif de surveillance de l'innocuité vaccinale venait d'être démontrée, et le gouvernement fédéral a demandé à la SCP de diriger un programme de surveillance active (qui est devenu «IMPACT») dans les hôpitaux pour enfants du pays.

«C'était très rassurant pour le public», se rappelle le docteur Scott Halperin, codirecteur fondateur d'IMPACT, qui souligne qu'à l'époque, les vaccins faisaient l'objet d'une intense surveillance du public.

Un projet pilote de deux ans a été créé à partir de cinq hôpitaux pour enfants, qui a été élargi à dix établissements en 1993, puis à 12 en 1999. Récemment, le McMaster Children's Hospital de Hamilton et le Children's Hospital de London Health Sciences ont fait passer ce nombre d'établissements à 14, ce qui représente plus de 90 % de tous les lits pédiatriques de soins tertiaires au Canada.

Depuis 1990, IMPACT surveillait non seulement les événements indésirables après la vaccination, mais également l'incidence de maladies évitables par la vaccination. Les données recueillies grâce au programme ont fourni de l'information en temps réel à Santé Canada et à l'ASPC pendant la saison achalandée des virus respiratoires, ont démontré le besoin de nouveaux vaccins et leur efficacité et ont contribué au corpus de connaissances grâce à la publication d'études de qualité révisées par des comités de lecture. Le programme a obtenu un tel succès qu'il est devenu un modèle pour d'autres pays, y compris l'Australie.

Au-delà de compter les cas ou pourquoi corriger ce qui n'est pas brisé?

À l'automne 2023, l'ASPC a attribué le contrat de surveillance des manifestations inhabituelles après la vaccination et des virus respiratoires à un autre groupe, interrompant ainsi 33 ans de collecte régulière et solide des données.



Docteur Scott Halperin

«IMPACT ne se limitait pas à dénombrer les cas, mais apportait une interprétation claire des cas et une compréhension plus vaste des maladies et du fardeau qui s'y rattachait, y compris une analyse économique du rapport coût-efficacité de la vaccination», souligne le docteur Halperin, qui ajoute que le réseau d'IMPACT compte sur la participation de presque tous les infectiologues pédiatres du Canada. «Et tout ça est perdu parce qu'avec le nouveau système de dénombrement des cas mis en place par l'Agence de la santé publique, l'expertise en infectiologie ne sera plus sollicitée.»

L'adoption d'un nouveau système de signalement pendant la saison des virus respiratoires de l'automne fait craindre au docteur Halperin une brèche des connaissances. «C'est un mauvais moment», martèle-t-il, soulignant que la circulation

conjointe de la grippe, de la COVID et du VRS est encore récente. «Les données nationales ne se limitent pas à l'addition des dix provinces et des trois territoires; c'est une surveillance standardisée par des personnes hautement formées qui font la même chose de la même façon chaque jour.»

L'avenir d'IMPACT

Plus tôt cette année, la SCP a obtenu le contrat de surveillance nationale de certaines maladies évitables par la vaccination par l'entremise du réseau d'IMPACT. Il est à souligner que la surveillance des streptocoques invasifs du groupe A y a été incluse pour la première fois, un ajout bienvenu compte tenu du nombre élevé et de la complexité des cas au pays. Les données recueillies contribueront à brosser un portrait plus clair des complications et pourraient indiquer si le problème devient plus virulent.

Et qu'arrivera-t-il du réseau?

«Au bout du compte, notre force provient des gens. Ce sont les chercheuses, les chercheurs et les infirmières contrôleuses qui sont au cœur d'IMPACT, de même que la coordination de la SCP, répond le docteur Manish Sadarangani, cochercheur principal. Nous comprenons très bien où le domaine en est à l'heure actuelle et nous examinerons comment IMPACT pourra soutenir les décisions et améliorer la santé des enfants.»



« Nous pouvons désormais utiliser tous les outils à notre disposition pour aider les familles à bien gérer le diabète, tandis qu'auparavant, nous ne pouvions pas le faire pour tous. »

Docteure Beth Cummings

La Nouvelle-Écosse priorise une prise en charge optimale du diabète à l'école

Plus de régimes d'insuline s'offrent aux parents néo-écossais d'enfants atteints du diabète de type 1 grâce à une politique provinciale qui accroît les soins que les élèves peuvent recevoir à l'école. La politique, pleinement mise en œuvre au début de l'année scolaire 2023-2024, fait de la Nouvelle-Écosse la deuxième province (après la Colombie-Britannique) à se doter d'une politique afin que les élèves puissent recevoir l'aide de personnel formé pour s'injecter de l'insuline.

La docteure Beth Cummings, endocrinologue pédiatre à l'IWK de Halifax, a joué un rôle de premier plan dans l'adoption de cette politique.

« Depuis longtemps, nous savons qu'il faut mieux soutenir les soins du diabète des enfants à l'école. [Depuis que la province a déployé la politique], nous voyons que les familles obtiennent de meilleures mesures de la glycémie, ce vers quoi nous aspirons tous », affirme la docteure Cummings, l'une des médecins responsables du projet *Le diabète à l'école* de la SCP.

Comme les adultes atteints du diabète de type 1, les enfants et les adolescents ont besoin d'un apport continu d'insuline basale, que ce soit par pompe ou par injection, et de doses bolus lorsqu'ils mangent. Jusqu'à récemment en Nouvelle-Écosse, les élèves qui ne pouvaient pas s'administrer leur propre insuline à l'école (par injection ou par pompe) devaient recourir à de l'insuline à action intermédiaire administrée le matin à la maison. Si un parent ne pouvait pas se rendre à l'école chaque midi pour administrer de l'insuline à son enfant, celui-ci devait manger une quantité de nourriture déjà planifiée à des heures précises pour éviter les chutes de glycémie. Non seulement ce régime alimentaire était-il loin d'être idéal, mais il était associé à un contrôle sous-optimal de la glycémie.

« Nous pouvons désormais utiliser tous les outils à notre disposition pour aider les familles à bien gérer le diabète, tandis qu'auparavant,

nous ne pouvions pas le faire pour tous. Nous avons parfois l'impression de devoir inciter les familles à opter pour une pompe avant qu'elles s'y sentent prêtes », déclare la docteure Cummings.

La politique représente un gain important pour les enfants et les adolescents atteints du diabète, mais le processus n'a été ni rapide ni facile.

« C'est un parcours d'au moins dix ans qui a exigé le soutien de multiples intervenants », explique la docteure Cummings.

Le document de principes de la SCP sur la prise en charge du diabète à l'école, que la docteure Cummings a contribué à rédiger, a soutenu ce travail de revendications.

« La force des directives a contribué à faire progresser le processus, mais il a aussi fallu beaucoup de travail et de renforcement des relations [à long terme] au sein du ministère de l'Éducation et du système scolaire », précise-t-elle.

Elle ajoute qu'un facteur clé de la mise en œuvre de la politique provient du système néo-écossais d'infirmières membres du partenariat pour la santé en milieu scolaire. Elles ont facilité la formation du personnel scolaire qu'elles soutenaient déjà auprès des élèves atteints de maladies chroniques pendant leur journée scolaire.

Au départ, les membres du personnel scolaire étaient nerveux d'administrer des injections d'insuline, mais une fois la formation lancée, ils se sont investis.

« Ils l'ont prise et se la sont appropriée », se réjouit la docteure Cummings.

Elle explique qu'il était important de reconnaître les craintes du personnel scolaire à l'idée d'administrer des injections et d'utiliser un

SUITE EN PAGE 10

LE DIABÈTE À L'ÉCOLE

SUITE DE LA PAGE 9

langage accessible, comme « stylo à insuline » plutôt que « seringues » ou « injections ».

« Les mots sont importants, et l'empathie aussi, affirme la docteure Cummings. Ce n'est pas ce pour quoi le personnel scolaire a été formé, mais nous avons réussi à trouver un terrain d'entente : chacun veut ce qu'il y a de mieux pour les élèves. »

La réussite de ce projet repose sur trois facteurs, confie la docteure Cummings : la persévérance, la collaboration et la compréhension.

« Une partie de ce qui diffère du quotidien des rendez-vous d'enfants à la clinique, c'est de créer des partenariats hors de nos milieux et d'écouter les difficultés de chacun, indique-t-elle. Par exemple, il y a eu un problème syndical au conseil scolaire. Nous sommes parfois impatients, mais il est important d'écouter et de comprendre pourquoi c'est si long et ce que fait l'autre partie. Il faut se rappeler que tout le monde a le même objectif et ne pas abandonner. Y revenir constamment nous a aidés à parvenir au résultat souhaité. C'est un aspect satisfaisant de ma carrière d'endocrinologue pédiatre. »

La SCP fournit de l'éducation sur le diabète au personnel scolaire

Un module d'apprentissage pour aider le personnel scolaire du Canada à soutenir les élèves atteints du diabète de type 1 est devenu un volet important de la mise en œuvre de la nouvelle politique néo-écossaise d'administration d'insuline à l'école.

Le diabète de type 1 à l'école : un cours en ligne pour les enseignants et le personnel scolaire est un module d'autoapprentissage d'une heure offert en français et en anglais sur les principes fondamentaux du diabète et les considérations dont il faut tenir compte pendant la journée scolaire. D'après la documentation du site Web *Le diabète à l'école*, il a été préparé par les docteurs Beth Cummings et Sarah Lawrence, endocrinologues pédiatres.

La Nouvelle-Écosse exige que tout le personnel de l'école que fréquente un élève atteint du diabète suive le module. Jusqu'à présent, des milliers de membres du personnel scolaire néo-écossais ont obtempéré.

La création de ce module a été soutenue par Abbott Diabetes Care, Dexcom Canada Co., embeckta, Novo Nordisk Canada Inc. et Sanofi.

Pour en savoir plus, consulter le site diabetealecole.ca et cliquer sur « Soutenir les élèves atteints du diabète », puis sur « Un cours en ligne... ».

Le congrès sur la santé des enfants et adolescents autochtones est le lieu pour « incarner les changements auxquels nous aspirons »

Le 11^e Congrès international sur la santé des enfants autochtones (CISEA) se déroulera en mars 2025 à Winnipeg, sur le territoire du Traité n° 1 et la terre natale des Métis de la rivière Rouge.

La Société canadienne de pédiatrie et l'American Academy of Pediatrics accueillent un nouveau partenaire : le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Après tant d'années de collaboration au CISEA, le CCNSA est désormais coparrain du congrès, avec la SCP et l'AAP.

« Ce congrès est une occasion d'échanger sur les relations et d'incarner les changements auxquels nous aspirons », a affirmé Margo Greenwood au 10^e CISEA qui a eu lieu à Tulsa, en Oklahoma. Madame Greenwood est l'ancienne leader académique du CCNSA et a été nommée au Sénat du Canada en 2022.

Le CISEA est le seul congrès axé sur les besoins de santé des enfants et des adolescents issus des Premières Nations, des Inuits, des Métis, des Autochtones américains et des Autochtones de l'Alaska. Il attire également des conférenciers



et des congressistes des communautés autochtones du monde entier, de l'Australie jusqu'à l'Amérique du Sud.

C'est en 2019 que le congrès bisannuel s'est déroulé pour la dernière fois au Canada. Le CISEA alterne entre les États-Unis et le Canada, et l'événement a été virtuel en 2021. Le tout premier congrès s'est tenu en 2003 à Seattle, Washington.

L'appel à propositions de séances s'est terminé en mai, mais les communications seront acceptées jusqu'au 6 novembre.

Les inscriptions commenceront également en novembre.

Le comité de planification du congrès, présidé conjointement par les docteurs Ryan Giroux (SCP) et Kate Golski (AAP), est formé de représentants de l'Alaska Native Medical Center, de l'Assemblée des Premières Nations, de l'Association of American Indian Physicians, de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, de l'Indian Health Service, d'Inuit Tapiriit Kanatami, du Ralliement national des Métis, du National Indian Health Board, de la Native Health Initiative et de The Aspen Institute, Center for Native American Youth.

Pour en savoir plus sur le CISEA, consulter la page cps.ca/fr/imich ou suivre le congrès sur [facebook.com/IMICH2025](https://www.facebook.com/IMICH2025).



Congrès canadien sur la santé mentale des enfants et des adolescents

1^{ER} AU 3 NOVEMBRE 2024 • TORONTO

Renforcer la résilience dans un monde complexe

La SCP accueillera le tout premier congrès canadien sur la santé mentale des enfants et des adolescents à Toronto, du 1^{er} au 3 novembre.

Coprésidé par la docteure Daphne Korczak, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent et présidente du groupe de travail sur la santé mentale, et la docteure Jae-Marie Ferdinand, pédiatre communautaire et présidente du comité de perfectionnement professionnel continu de la SCP, le congrès réunira des experts réputés en santé mentale des enfants et des adolescents pour aider les pédiatres à gérer les besoins croissants des patients et des familles.

La docteure Ferdinand a récemment décrit l'objectif de cette tribune comme suit : « De plus en plus, les pédiatres sont la principale ressource pour les enfants et les adolescents qui ont des troubles de santé mentale et prennent souvent en charge des problèmes médicaux, sociaux et psychoéducatifs complexes. Cette rencontre d'experts est importante, car une éducation appropriée, une formation continue et un soutien de la part de nos collègues en pédopsychiatrie, en psychologie et en travail social sont essentiels pour optimiser les soins de ces enfants et de leur famille. » Le moment ne pourrait être mieux choisi, car les consultations avec les membres, les résultats de récents sondages du Programme canadien de surveillance pédiatrique et les recherches émergent de la période post-pandémique indiquent tous que les enfants et les adolescents n'ont jamais eu d'aussi grands besoins en santé mentale.

En 2019, la SCP et l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ACPEA) ont coorganisé une populaire formation médicale continue de trois jours sur les troubles de santé mentale et les approches des soins. Les participants ont affirmé qu'ils aimeraient recevoir un enseignement plus fouillé. En 2023, une évaluation des besoins des membres, et une consultation détaillée par la suite, a indiqué que la santé mentale demeure prioritaire pour les pédiatres du Canada.

De nombreux conférenciers déjà retenus sont des membres de la SCP ou de l'ACPEA, et tous sont des experts dans leur domaine. Le programme est conçu pour intéresser tout un éventail d'apprenants : travailleurs de la santé en pédiatrie de tous les milieux, médecins de famille, infirmières praticiennes, éducateurs et travailleurs sociaux. Les séances planifiées incluent, entre autres, la prise en charge du TDAH complexe, le diagnostic et la prise en charge des TOC, la pharmacologie

pour traiter l'anxiété, la dépression et les troubles de l'alimentation et la réponse aux blessures autoadministrées. Les outils de dépistage et les diagnostics représentent une autre priorité. La TCC, la formation des parents et les traitements familiaux seront des sujets d'ateliers, et de nombreux autres sujets seront abordés.

En raison du congrès, il n'y aura pas de cours d'apprentissage continu en pédiatrie à l'automne.

Pour en savoir plus, consulter le site www.cps.ca/fr.

Les soins aux enfants exposés à la violence entre partenaires intimes (VPI)



7,9 % des enfants sont exposés à la VPI dans leur foyer avant l'âge de 16 ans.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012

Lorsque l'enfant habite dans un foyer où sévit la VPI.



Ses relations et sa santé physique et mentale en souffrent.

QUE PEUT FAIRE LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ?

- Ne pas recourir au dépistage universel.
- Poser des questions en cas de VPI présumée (si le cadre est sécuritaire).

EN CAS DE VPI PRÉSUMÉE OU DIVULGUÉE

- Rencontrer individuellement les membres de la famille, s'informer de la vie à la maison.
- Écouter et répondre avec empathie.
- Évaluer le risque pour tous les membres de la famille.
- Continuer de prodiguer des soins.
- Après avoir obtenu le consentement, orienter vers des ressources de soutien.
- Parler des préjudices à l'enfant aux services de protection de l'enfance.



© Société canadienne de pédiatrie. Source : Savoir détecter l'exposition des enfants à la violence entre partenaires intimes, qu'elle soit présumée ou divulguée, et savoir intervenir, 2023. www.cps.ca/fr

Y A-T-IL DES ADOLESCENTS PARMI VOS PATIENTS?

www.cps.ca/fr/cannabis

Vous trouverez des ressources pour vous aider à donner des conseils aux jeunes et à leurs parents au sujet du cannabis.



Société
canadienne
de pédiatrie