



gazette SCP

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE | PRINTEMPS • ÉTÉ 2022

Revendiquer des changements aux politiques en santé mentale chez les jeunes

La pandémie de COVID-19 a exposé des fissures dans le système des soins en santé mentale au Canada, et tous les ordres de gouvernement ont annoncé une hausse des investissements pour répondre à l'accroissement des besoins. La SCP est toutefois d'avis qu'il en faut beaucoup plus pour répondre aux besoins des enfants et des adolescents.

En 2017, la création du groupe de travail en santé mentale a stimulé la capacité de la SCP à revendiquer des améliorations aux politiques en santé mentale pédiatrique. Lors de la campagne électorale 2021, la SCP a exhorté tous les partis à :

- s'assurer de l'accès équitable à tout un éventail de programmes, services et mesures de soutien publics en santé mentale fondés

sur des données probantes pour tous les enfants et les adolescents du Canada, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin;

- investir 25 millions de dollars sur cinq ans pour financer la création de directives cliniques sur des soins échelonnés et axés sur le patient afin d'appuyer des soins en santé mentale fondés sur des données probantes chez les enfants et les adolescents;
- investir 50 millions de dollars sur cinq ans pour financer des ressources et des programmes de formation multidisciplinaires qui accroîtront les compétences à l'égard des soins en santé mentale dans la population pédiatrique.

Depuis, la SCP a continué de revendiquer auprès des députés fédéraux et d'autres intervenants et a obtenu un soutien transpartisan pour prioriser la santé mentale.

SUITE EN PAGE 2

DANS CE NUMÉRO

- 2 Les effets de la pandémie chez les enfants et les adolescents canadiens
- 3 La transition des enfants ayant des besoins médicaux complexes vers les soins aux adultes
- 4 Message du président
- 5 Des soins à la transmission : retour sur l'héritage des conseils pédiatrique
- 6 Les 25 ans du PCSP
- 7 Le Mois de l'histoire des Noirs
- 8 In memoriam : Docteur Richard Goldbloom
- 9 In memoriam : Docteur Claude Paré
- 11 Le colonialisme médical est « indéniable »
- 12 L'antiracisme doit sous-tendre « tout ce que nous faisons »



ARTICLE VEDETTE

Un signe est positif : la nomination d'une nouvelle ministre de la Santé mentale et des Dépendances, responsable de s'assurer que « les soins de santé mentale sont traités de façon égale et intégrale dans le système de santé universel ». La lettre de mandat de la ministre Carolyn Bennett, qui dirige ce nouveau ministère, énumère plusieurs possibilités de revendication et des répercussions pour la SCP, y compris :

- élaborer des normes de santé mentale, en mettant l'accent sur l'équité en matière de santé;
- assurer un accès rapide aux services de santé mentale périnatale;
- mettre en place une ligne téléphonique à trois chiffres pour la prévention du suicide;

- élaborer une stratégie fondée sur les distinctions pour satisfaire aux besoins des Premières Nations, des Inuits et de la nation métisse;
- veiller à ce que les enfants et les jeunes aient accès à des services de santé mentale pendant qu'ils se remettent des effets de la pandémie;
- établir en permanence le Transfert canadien en matière de santé mentale dans le but de favoriser la prestation de services de santé mentale accessibles, gratuits et de grande qualité, notamment des services de prévention et de traitement.

Soulignant les besoins uniques des enfants et des adolescents et l'importance d'un accès rapide et équitable aux soins en santé mentale tôt au cours de leur vie, la SCP préconise qu'un pourcentage du transfert en matière de santé mentale soit affecté aux enfants et aux adolescents.

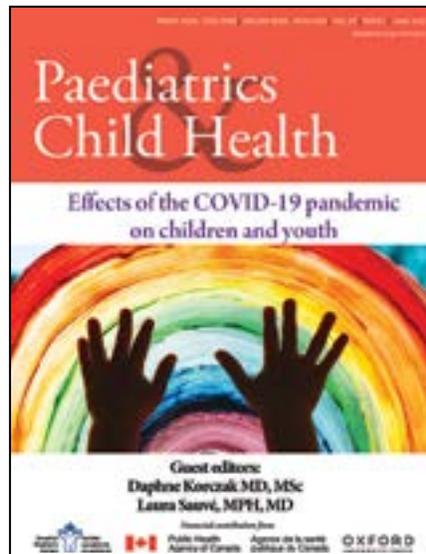
De nouvelles recherches jettent la lumière sur les effets de la pandémie chez les enfants et les adolescents canadiens

Un supplément en ligne de *Paediatrics & Child Health* contient un nouvel aperçu de l'éventail d'effets de la pandémie sur les enfants et les adolescents.

La pandémie et les mesures sanitaires qui s'y associent ont laissé une marque importante sur les enfants, les adolescents et leur famille. L'isolement social, les fermetures d'écoles, le peu d'accès aux activités, aux amis, à la famille et aux services sanitaires et communautaires ont fait germer une autre forme de crise chez les enfants et les adolescents, qui a influé sur leur santé mentale, leur santé physique et leur comportement.

Composé de nouveaux articles rédigés par des chercheurs du Canada, ce supplément en ligne explore des enjeux importants, y compris, entre autres, la santé mentale, les effets de la pandémie sur les enfants et les adolescents qui ont des incapacités ou d'autres problèmes de santé, la relation entre les facteurs socioéconomiques et les hospitalisations attribuables à la COVID-19 ainsi que les effets sur les intoxications à l'urgence pédiatrique.

« Dans nos fonctions de cliniciens et de chercheurs, nous avons observé la multitude d'effets de la pandémie sur la vie des enfants, des adolescents et des familles », constate la docteure Daphne Korczak, directrice du programme de dépression CLIMB



(intégration du corps et de l'esprit chez les enfants), psychiatre des enfants et des adolescents et chercheuse-clinicienne au département de psychiatrie du SickKids et de l'Université de Toronto.

« Dans ce supplément, nous diffusons une partie de l'excellent travail que les chercheurs en santé des enfants ont effectué pour nous aider à comprendre comment les enfants et les adolescents se sont sentis et s'en sont sortis depuis deux ans, qu'ils aient ou non des problèmes de santé. Leur travail est essentiel pour étayer les soins cliniques, la recherche et les initiatives politiques pour améliorer la santé des enfants et de leur famille. »

La docteure Korczak et la docteure Laura Sauvé, professeure adjointe de clinique au service d'infectiologie de l'Université de la Colombie-Britannique, étaient les rédactrices invitées de ce numéro spécial de la revue, dont la version française sera publiée sous peu.

La production de ce supplément a été rendue possible grâce au financement de l'Agence de la santé publique du Canada. Les points de vue exprimés dans le supplément ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence.

Pour lire le supplément, consultez le site <https://academic.oup.com/pch/supplements>.

gazette SCP

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

Collaboratrices :

Elizabeth Moreau
Meaghan Richens
Jennie Strickland
Lindsay Thistle

Conception et graphisme : Fairmont House Design
Traduction : Dominique Paré

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

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

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.



« Il est essentiel de tenir compte de la phase de développement, des aptitudes et des besoins de chaque patient et de sa famille pour assurer une transition réussie. »

Docteure Alène Toulany

Des actions s'imposent pour améliorer la transition des enfants ayant des besoins de santé complexes vers les soins aux adultes

Le processus de transition des jeunes qui ont des besoins de santé complexes vers les soins aux adultes pose des enjeux particuliers pour toutes les personnes concernées.

Un récent document publié par le comité de la santé de l'adolescent de la Société canadienne de pédiatrie recommande que les parents et les proches amorcent la planification de la transition le plus tôt possible, afin que les jeunes ayant des besoins de santé complexes reçoivent des soins continus pendant une période de vulnérabilité.

Puisque le traitement de nombreuses affections infantiles a progressé, le nombre de jeunes qui ont des besoins de santé complexes augmente. Ces besoins peuvent inclure des affections physiques, développementales ou mentales, de même que des soins complexes.

« Malgré nos vastes connaissances des enjeux liés à la transition vers les soins aux adultes, nous n'avons pas réalisé de progrès importants pour rationaliser et préserver les soins aux jeunes en transition vers des services aux adultes », affirme la docteure Megan Harrison, médecin en santé de l'adolescent au CHEO et coauteure du document de principes de la Société canadienne de pédiatrie.

Les jeunes qui ont des besoins de santé complexes ont souvent une santé insatisfaisante lors de la transition des soins pédiatriques aux soins aux adultes, en raison de lacunes en matière d'accès. Des jeunes atteints de diabète de type 1, de fibrose kystique, de cardiopathies congénitales, d'autres affections ou ayant subi une transplantation d'organe se trouvent dans cette situation après la transition.

Puisqu'il n'y a pas d'âge de consentement légal et universel pour prendre des décisions en matière de santé au Canada, il est capital de faire preuve de souplesse au moment de la planification de la transition. Pendant leur adolescence, les jeunes devraient assumer de plus en plus de responsabilités en matière de soins, mais à leur propre rythme.

« Il faut sortir des sentiers battus et revendiquer des limites d'âge plus flexibles pour circonscrire la transition vers les soins aux adultes », affirme la docteure Alène Toulany, spécialiste de la santé de l'adolescent au *Hospital for Sick Children* et coauteure du document de principes.

« Il est essentiel de tenir compte de la phase de développement, des aptitudes et des besoins de chaque patient et de sa famille pour assurer une transition réussie. »

En effet, une transition réussie garantit des soins continus, coordonnés et adaptés au développement et à la maturité de chaque jeune, tout en améliorant (ou du moins en maintenant) le contrôle de sa maladie, sa satisfaction, sa qualité de vie et sa participation sociale au début de l'âge adulte.

Les dispensateurs de soins primaires sont primordiaux pour favoriser la continuité des soins au cours du processus de transition. Une formation et un enseignement spécialisés sur les enjeux liés aux soins de transition s'imposent, car nombreux sont ceux qui ne se sentent pas outillés pour prendre en charge le niveau de soins dont ont besoin les jeunes ayant des besoins de santé complexes.

Afin de favoriser le bien-être des jeunes ayant des besoins de santé complexes, la Société canadienne de pédiatrie recommande que les dispensateurs de soins, les proches et les décideurs contribuent à la réussite de la transition des soins, comme suit :

- S'assurer de soins continus, complets, coordonnés, adaptés au développement et respectueux des besoins de tous les participants : les patients, les familles et les professionnels de la santé.
- Préparer les jeunes à la transition par un plan graduel pour accroître leur autonomie, tenir compte de leur développement et de leurs aptitudes et reconnaître l'évolution des rôles des parents et des proches.
- Préparer des stratégies de santé entre les dispensateurs de soins aux enfants et aux adultes, afin de rationaliser et de préserver les soins aux jeunes pendant leur transition vers les soins aux adultes. Les dispensateurs de soins primaires doivent revendiquer des modèles de soins intégrés en milieu tertiaire, communautaire et primaire, conformément à des approches axées sur les jeunes.
- Appuyer de nouvelles initiatives d'éducation pour renforcer les soins destinés aux jeunes qui ont des besoins de santé complexes dans des milieux cliniques diversifiés. Une approche nationale et coopérative de l'éducation s'impose auprès des jeunes, des familles et des dispensateurs de soins pédiatriques, de soins aux adultes et de soins primaires.
- Financer des programmes adaptables et des systèmes de rémunération des médecins qui appuient des soins continus, communs et intégrés pendant la période de transition. Les modèles de financement et de paiement doivent être flexibles pour ce qui est des limites d'âge et des soins partagés entre les services de santé pédiatriques et aux adultes.



Nous avons peut-être maintenant la possibilité et la volonté collective d'accroître les services diagnostiques et thérapeutiques fondés sur des données probantes en santé mentale. Nous devons saisir toutes les occasions pour rendre le gouvernement responsable de ces engagements.

Il est essentiel d'améliorer l'accès à la santé mentale

Mark Feldman, MD, FRCPC, président, Société canadienne de pédiatrie

Comme bon nombre d'entre vous, je me bats tous les jours pour trouver des ressources à nos patients qui ont des besoins de santé de santé mentale non respectés.

Trop souvent, l'accès d'un jeune aux soins dont il a besoin est déterminé par la capacité des parents ou des tuteurs à payer les services. Lorsque les barrières sociales se conjuguent avec les barrières raciales, les difficultés s'en trouvent exacerbées.

Depuis sa création il y a 100 ans, la SCP cherche à *travailler ensemble et avec d'autres à faire progresser la santé des enfants et des adolescents en faisant la promotion de l'excellence des soins de santé, de la défense des enfants, de l'éducation, de la recherche et du soutien de ses membres*. Par ses efforts de formation professionnelle, de revendications, d'éducation publique, de surveillance et de recherche, la SCP a de quoi être fière, mais il reste encore beaucoup à faire.

En juin, j'ai commencé mon mandat de 101^e président de la Société canadienne de pédiatrie, un rôle intimidant rempli de défis. L'un des principaux défis demeure l'accès inéquitable aux soins de santé mentale qu'affrontent les enfants du pays.

Au Canada, la recherche d'un système de santé public universel a commencé en 1947 avant de s'étendre à tout le pays, où elle a d'abord pris le nom de *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, un système public garantissant des services hospitaliers et diagnostiques. En 1962, la Saskatchewan a de nouveau donné l'exemple par l'adoption de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act*, qui prévoyait le partage des coûts des services des médecins, y compris les services non hospitaliers. Cette législation a ouvert la voie à un système national plus complet. En 1985, la *Loi canadienne sur la santé* a été promulguée pour « protéger, promouvoir et rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent. »

Plus de 30 ans se sont maintenant écoulés depuis la création de la Loi. Il y a encore beaucoup à faire pour vraiment favoriser, « dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé », particulièrement en santé mentale. Il y a toutefois de l'espoir.

Le récent Discours du trône (le 23 novembre 2021) et la lettre de mandat (le 16 décembre 2021) qui a été adressée par la suite à la ministre de la Santé mentale et des Dépendances, Carolyn Bennett, lui ont enjoint de livrer les engagements qui, entre autres, incluaient :

- établir en permanence le transfert du **financement aux provinces** afin d'accroître la prestation de services de santé mentale accessibles et gratuits;
- investir dans des interventions et des soutiens en santé mentale pour les personnes démesurément touchées par la COVID-19, notamment les peuples autochtones, les Canadiens noirs et les Canadiens autochtones.

Nous avons peut-être maintenant la possibilité et la volonté collective d'intensifier les services diagnostiques et thérapeutiques en santé mentale. Nous devons saisir toutes les occasions pour rendre le gouvernement responsable de ces engagements.

Il y a lieu d'espérer encore davantage.

Les changements au Collège royal démontrés par le nouveau programme de compétence par conception pour la formation en résidence pédiatrique ont délibérément mis l'accent sur les soins en santé mentale. De plus, pour les pédiatres en exercice, les possibilités de perfectionnement professionnel continu en santé mentale pédiatrique se sont accrues.

La COVID-19, les soins virtuels et l'apprentissage à distance nous ont forcés à trouver de nouveaux modes de fonctionnement à titre de pédiatres. Maintenant, peut-être plus que jamais, nous devons accroître nos propres compétences en santé mentale grâce aux possibilités de perfectionnement professionnel continu. Nous devons également inciter les apprenants et évidemment les programmes en médecine à prioriser les programmes de formation multidisciplinaires et les ressources de formation en santé mentale, en admettant qu'il faut un vaste effort coopératif pour améliorer la qualité et l'accessibilité des services.

Si nous exerçons tous des pressions, nous pourrions peut-être ouvrir les portes des soins pédiatriques en santé mentale un peu plus grand, pour que les enfants et les adolescents puissent tous y accéder, quel que soit leur code postal ou leur tranche d'imposition.

J'ai hâte de trouver de nouvelles stratégies, d'entendre vos idées, de tirer des leçons de vos initiatives et de vous transmettre plus d'information sur les efforts de la SCP pour avoir une influence positive sur l'accès équitable aux soins de santé mentale fondés sur des données probantes pour les enfants et les adolescents. Ce sera l'une de mes grandes priorités à la présidence de la SCP.

Des soins à la transmission : retour sur l'héritage des conseils pédiatriques

Cette année, nous célébrons le centenaire de la Société canadienne de pédiatrie par des événements de diverses ampleurs. Pour aborder l'histoire de la SCP (et des membres qui l'ont écrite), une approche fascinante est en cours, sous forme d'un regard historique sur les premiers documents de principes.

Les premières directives connues de la SCP ont été publiées en 1968 et s'intitulent *The epidemiology and prevention of ski injuries*. Inspirées des données de l'Organisation de la patrouille canadienne de ski et rédigées par le comité de promotion de la sécurité (devenu par la suite le comité de prévention des blessures), elles recommandaient de renforcer l'éducation, d'assurer la mise en vigueur des règles et de réaliser des recherches opérationnelles. S'appuyant sur les meilleures données probantes et faisant la promotion de pratiques exemplaires, ce premier document était un prototype parfait pour les centaines de directives conçues et rédigées depuis.

Des membres actifs de longue date ou retraités de la SCP ont été invités à jeter un regard rétrospectif sur des directives

décisives issues du passé. Ces mentors ont été invités à rédiger de courts blogues personnels dans lesquels ils réfléchissent aux différences entre le passé et le présent.

Les directives représentatives portent, entre autres, sur la mère adolescente et son bébé (vers 1978), les décisions thérapeutiques pour les nourrissons et les enfants (1986), les directives canadiennes sur le diagnostic prénatal de maladies génétiques (1974) et la menace ou le mythe de l'intoxication au plomb. Elles ont été retenues en raison de l'arc qu'elles décrivent avec les préoccupations d'aujourd'hui.

Les auteurs ont été invités à examiner ce qu'il y avait de surprenant dans les directives; à réfléchir à l'état de la pratique à l'époque où elles ont été publiées et aux leçons que les praticiens modernes peuvent en tirer.

Le premier article publié, sur la mort subite du nourrisson, a été rédigé par le docteur Denis Leduc. Gardez la page du blogue de la SCP en signet pour découvrir les nouveaux articles de la série : <https://cps.ca/fr/blog-blogue>.

La bourse Dr Kent Saylor aux étudiants en médecine autochtones

En 2021, Générations en santé a créé une nouvelle initiative, la bourse Dr Kent Saylor aux étudiants en médecine autochtones. Le docteur Saylor est le premier pédiatre autochtone du Canada. Il œuvre pour que les professionnels de la santé soient mieux en mesure de soigner les enfants et les adolescents autochtones dans un contexte respectueux de leur culture.

Grâce à cette bourse annuelle, un étudiant en médecine autochtone qui s'intéresse à la pédiatrie pourra faire une demande de financement maximale de 2 500 \$. Ces fonds l'aideront à explorer la pédiatrie, à mieux connaître ce domaine de la médecine et, espérons-le, à se diriger vers une carrière en pédiatrie.



Plus d'information sur la bourse Dr Kent Saylor aux étudiants en médecine autochtones figure dans le site <https://generationsensante.ca>. Générations en santé acceptera les candidatures à la bourse l'automne prochain.

Conseil d'administration de la SCP pour 2022-2023

Docteur Mark Feldman, président
Docteur Jeff Critch, président désigné
Docteure Johanne Harvey, vice-présidente
Docteure Ruth Grimes, présidente sortante

Docteure Stacey Bélanger (Québec)
Docteure Heidi Budden (Nouvelle-Écosse)
Docteure Kelly Cox (Colombie-Britannique et Yukon)
Docteur Jeff Critch (Terre-Neuve-et-Labrador)
Docteure Kimberly Dow (Ontario)
Docteur Eddy Lau (Ontario)
Docteure Marianne McKenna (Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard)
Docteure Amber Miners (Manitoba et Nunavut)
Docteure Ayaz Ramji (Saskatchewan)
Docteur Raphael Sharon (Alberta et Territoires du Nord-Ouest)
Docteur Jean-François Turcotte (Québec)

Docteure Ruth Cruikshank, membre du public

Docteur Felipe Fajardo, président, section des résidents
Docteure Stephanie Hosang, vice-président, section des résidents



Depuis 1996, le PCSP a étudié plus de 50 affections et maladies et a contribué à modifier des politiques, des pratiques et des résultats cliniques.

Les 25 ans du PCSP : mobiliser les connaissances pour améliorer les politiques et la pratique

Le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) a souligné 25 ans de surveillance et de recherche en 2021. Créé pour amasser des données sur des affections infantiles peu fréquentes, mais associées à un taux élevé d'incapacité, de morbidité, de mortalité et à des coûts importants pour la société, le PCSP est un projet conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de la Société canadienne de pédiatrie.

Depuis 1996, le PCSP a étudié plus de 50 affections et maladies et a contribué à modifier des politiques, des pratiques et des résultats cliniques. Voici quelques études phares au fil des ans :

Syndrome hémorragique du nouveau-né : Lancée en 1997 après des inquiétudes soulevées en Allemagne, au Royaume-Uni, en Suède et en Australie selon lesquelles la vitamine K par voie orale pouvait être associée à une augmentation de l'incidence du syndrome. Seulement cinq cas ont été confirmés au Canada, où une injection de vitamine K par voie intramusculaire est recommandée pour éviter ce syndrome.

Fasciite nécrosante : Cette étude réalisée de 2001 à 2003 a déterminé que la varicelle était le principal facteur de risque chez les patients atteints d'une infection à fasciite nécrosante liée à un streptocoque du groupe A et a soutenu l'ajout du vaccin contre la varicelle au calendrier de vaccination systématique.

Hyperbilirubinémie néonatale (grave) : Entre 2002 et 2004, cette étude a relevé 258 cas, ce qui a incité la SCP à revendiquer l'évaluation des facteurs de risque d'hyperbilirubinémie chez les nouveau-nés et la mesure de la bilirubine avant le congé. Une étude de suivi (2011 à 2013) a révélé une baisse considérable des cas.

Rachitisme par carence en vitamine D : Entre 2002 et 2004, plus de 100 cas ont été répertoriés et ont confirmé la recommandation de la SCP d'administrer un supplément aux nourrissons allaités exclusivement. Une étude ponctuelle de suivi menée en 2015 a démontré que ce type de rachitisme et que la carence symptomatique grave demeurent problématiques et sont liés à des pronostics graves et même à des décès.

Syndrome de la ceinture de sécurité : De 2003 à 2005, 28 cas de lésions de l'abdomen ou du rachis thoracolombaires ont été liés à des ceintures de sécurité mal ajustées. Ces constatations ont incité les gouvernements provinciaux et territoriaux à adopter des lois sur des sièges d'auto et des sièges d'appoint appropriés.

Blessures associées aux marchettes : Cette étude ponctuelle de 2005 a relevé 132 enfants de moins de 18 mois ayant des blessures associées aux marchettes pour bébés et a ainsi contribué à interdire complètement la vente, l'importation et les publicités de ces produits au Canada.

Déficit en acyl-coenzyme A déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne : De 2005 à 2008, 46 cas ont été observés, dont 74 % par un test de dépistage métabolique du nouveau-né. Les résultats ont confirmé l'efficacité de ce test pour dépister le déficit asymptomatique et d'autres cas asymptomatiques grâce au dépistage familial.

Tuberculose infantile : Entre 2013 et 2016, 200 cas ont été dénombrés. Les enfants des Premières Nations, inuits et non canadiens étaient les plus touchés. Les résultats ont éclairé les décisions politiques et ont contribué à renforcer les interventions auprès des enfants autochtones et d'origine étrangère.

Aide médicale à mourir : Cette étude ponctuelle de 2016 a démontré que cinq fois plus de parents que de mineurs s'informaient et formulaient des demandes au sujet de l'aide médicale à mourir. Bon nombre de ces échanges portaient sur des nourrissons ou des nouveau-nés. Les résultats ont été transmis au Conseil des académies canadiennes, afin de fournir des données probantes à inclure dans un rapport parlementaire.

Maladies et blessures liées au vapotage : Cette étude ponctuelle de 2019 a répertorié 88 maladies et blessures liées à l'utilisation régulière ou au mal fonctionnement d'un dispositif de vapotage ou à l'ingestion de substances de vapotage, ce qui a fait ressortir l'importance d'adopter des mesures politiques pour protéger les jeunes.

COVID-19 : En 2020 et 2021, 572 cas d'hospitalisation à cause d'une COVID-19 confirmée et 405 cas d'hospitalisation découlant du syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfance (SIME) ont été comptabilisés. Les données fournissent de l'information sur les manifestations de la COVID-19 et du SIME ainsi que sur les facteurs de risque de maladies et de pronostics graves dans des groupes d'âge précis.

Pour en savoir plus, consultez le site pcsp.cps.ca.

LE MOIS DE L'HISTOIRE DES NOIRS

Pendant le Mois de l'histoire des Noirs, la SCP a tiré profit de ses plateformes de réseaux sociaux pour souligner l'apport de quelques-uns des nombreux pédiatres noirs qui ont contribué à façonner la pédiatrie au Canada. Au cas où vous auriez manqué ces publications, voici quelques-uns des médecins qui ont été présentés :



Le **docteur Kwadwo Asante** est l'un des premiers médecins à avoir diagnostiqué des enfants ayant un trouble d'alcoolisation fœtale au Canada. Son travail lui a valu une foule de prix et d'hommages, surtout en Colombie-Britannique, sa province de résidence.



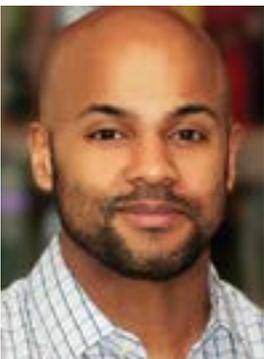
Chef de file en médecine de l'adolescence, la **docteure Natasha Johnson** est également vice-rectrice de l'équité, de la diversité et de l'inclusion au département de pédiatrie de l'Université McMaster. Elle a déjà fait partie du comité de la santé de l'adolescent de la SCP, pour lequel elle a rédigé et révisé des documents de principes.



La **docteure Sharon Smile** est pédiatre du développement au *Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital* et chercheuse clinique au *Bloorview Research Institute*. Également professeure adjointe au département de pédiatrie de l'Université de Toronto, elle effectue des travaux novateurs pour régler les problèmes d'alimentation des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme.



Le **docteur Mark Awuku**, longtemps président du comité de perfectionnement professionnel de la Société canadienne de pédiatrie, a pris sa retraite de la pédiatrie après avoir consacré 40 ans aux enfants et familles de Windsor. Il poursuit son travail auprès de la SCP à titre de coprésident du groupe de travail de la formation continue de la stratégie de lutte contre le racisme.



Le **docteur Jared Bullard** est infectiologue pédiatre à l'Université du Manitoba et au *Children's Hospital* de Winnipeg et directeur médical adjoint au laboratoire provincial de santé publique. C'est l'un des investigateurs principaux d'une étude en cours du Programme canadien de surveillance pédiatrique sur la syphilis congénitale.



La **docteure Yvette Bonny** est une pédiatre hématalogue d'origine haïtienne qui a fait l'histoire en 1980 lorsqu'elle a réalisé la première greffe de moelle osseuse chez une fillette du Québec. De 1980 à 1998, alors qu'elle était à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal, elle a dirigé le programme provincial de greffes de moelle osseuse.

Les cours d'apprentissage continu en pédiatrie sont de retour!

Cet automne, soyez des nôtres à Niagara-on-the-Lake dans le cadre d'un cours d'apprentissage continu en pédiatrie.

Les participants peuvent échanger avec de grands experts dans les domaines de la **dermatologie**, de la **gastroentérologie**, de la **génétique** et de la **rhumatologie**, découvrir de nouvelles approches et de nouveaux outils et réseauter avec des collègues qui vivent les mêmes réalités.

Pour en savoir plus, consultez le site <https://cps.ca/fr/llp>.

Canadian Paediatric Society
Niagara-on-the-Lake
ONTARIO
White Oaks Resort & Spa
CPS Lifelong Learning
in Paediatrics
FALL COURSE
October 21-23, 2022

- Dermatology
- Gastroenterology
- Genetics
- Rheumatology

Le docteur Goldbloom en compagnie de sa petite-fille Ellen, endocrinologue pédiatre, et de l'un de ses 11 arrière-petits-enfants.



C'est un pionnier des soins axés sur le patient, qui a reconnu l'importance des parents et des proches pour le traitement et la convalescence.

« Il avait quelque chose de magique »

Le docteur Richard Goldbloom, un géant de la pédiatrie dont la cordialité, l'humour et la générosité lui ont valu l'admiration de générations d'étudiants, de collègues et de familles, est décédé en novembre 2021 à l'âge de 96 ans.

« Il avait quelque chose de magique », affirme son ancien étudiant, le docteur Andrew Lynk, chef de la pédiatrie au *IWK Health Centre* et directeur de la pédiatrie à l'Université Dalhousie.

En effet, la magie du docteur Goldbloom a métamorphosé les soins pédiatriques au Canada. C'est un pionnier des soins axés sur le patient, qui a reconnu l'importance des parents et des proches pour le traitement et la convalescence. Pour faire participer les familles aux soins de leur enfant, il fallait corriger leurs interactions.

« La communication est [au] cœur de la médecine, a-t-il déclaré au *Halifax Chronicle Herald* en 2013. C'est apprendre à observer, à écouter, et c'est plus important que les paroles du médecin – l'écoute et l'observation. »

Le docteur Goldbloom est né à Montréal d'un autre pédiatre pionnier, Alton (l'un des fondateurs de la Société canadienne de pédiatrie), et d'Annie (Ballon). Avec son frère Victor, qui allait également devenir pédiatre, il a grandi entouré d'objets médicaux. Le cabinet de son père occupait le rez-de-chaussée de la maison de trois étages.

« Quand j'ai été assez vieux pour écrire, je paraphais mon nom de manière ostentatoire : "Richard Goldbloom MD", raconte-t-il dans son autobiographie publiée en 2013, *A Lucky Life*. Aucun membre de ma famille ou de la profession ne s'y est opposé. »

Le docteur Goldbloom a épousé l'amour de sa vie, Ruth Schwartz, tout en étudiant la médecine à l'Université McGill de Montréal. Connus simplement sous le nom de Ruth et Dick, ils ont été mariés pendant 66 ans, jusqu'au décès de madame Goldbloom en 2012.



Richard and Ruth Goldbloom le jour de leur mariage en 1944

Ruth était sa source d'énergie; il a été irrémédiablement affaibli par son décès, peut-on lire dans sa notice nécrologique. Elle affirmait que l'optimisme serait la seule maladie dont il mourrait jamais. Son optimisme n'a pas été fatal, mais a plutôt été une force vitale pendant neuf décennies.

Après une formation à Montréal et à Boston, le docteur Goldbloom a été recruté au tout nouveau *Izaak Walton Killam Hospital for Children* en 1967, et il a passé le reste de sa vie et de sa carrière fécondes à Halifax.

La liste de ses réalisations et des hommages qu'il a reçus est pratiquement infinie : premier médecin-chef et directeur de la recherche de l'IWK pendant près de 18 ans, chancelier de l'Université Dalhousie

de 2001 à 2007, auteur de plus de 140 articles scientifiques, professeur et conférencier invité autour du monde, Ordre de la Nouvelle-Écosse, Ordre du Canada et Temple de la renommée médicale canadienne.

Hors de la médecine, c'était un pianiste accompli, et Ruth et lui étaient des mécènes des arts et de la culture à Halifax. Ensemble, ils ont fondé le Musée canadien de l'immigration au Quai 21.

Ancien président de la SCP et participant immuable au congrès annuel pendant des décennies, le docteur Goldbloom a reçu le prix Alan Ross en 1997. Le club de lecture Goldbloom, un événement incontournable du congrès qu'il a animé pendant de nombreuses années, a été rebaptisé en son honneur.

Il laisse dans le deuil ses enfants, Alan, Barbara et David, sept petits-enfants et 11 arrière-petits-enfants. D'après sa notice nécrologique, c'est entouré des quatre générations de sa famille qu'il était le plus heureux, chacune formant un nouvel auditoire pour ses plus vieilles blagues.



Où qu'il soit, il se trouvait toujours quelqu'un pour l'accoster et le remercier des soins qu'il avait prodigués ou de l'enseignement qu'il avait transmis.

Néonatalogiste, bénévole, enseignant

Le docteur Claude Paré est décédé en novembre à l'âge de 91 ans. C'est un ancien président de la SCP et un chef de file de la néonatalogie au Québec. Nous remercions sa fille, Dominique, qui est traductrice pour la SCP, de nous avoir transmis la notice nécrologique qu'elle a rédigée pour son père et dont vous pouvez lire un extrait ci-dessous.

Le docteur Claude Paré a vécu à Châteauguay au sein d'une famille de 12 enfants dirigée par un père enseignant et une mère infirmière. Après avoir fait son cours classique au Collège Sainte-Marie, des études en médecine à l'Université de Montréal et une spécialité à l'Hôpital de Verdun, au *Hospital for Sick Children* de Toronto et à l'Université de Pennsylvanie, il a exercé en pédiatrie à l'Hôpital de Verdun de 1960 à 1970. À l'invitation du docteur Gilles Pigeon, il a ensuite intégré la toute nouvelle équipe de pédiatres du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, où il a été médecin-professeur pendant 27 ans.

En 1974, il a cofondé l'unité de néonatalogie, qu'il a dirigée pendant plus de vingt ans, et a cumulé les fonctions de chef du département de pédiatrie pendant huit ans. Une plaque à l'entrée de l'unité de néonatalogie atteste de son titre de père de la néonatalogie en Estrie.

Comme bien des médecins, le docteur Paré exerçait des activités professionnelles diversifiées. Ainsi, il a participé à une trentaine de publications spécialisées, a donné une foule de communications scientifiques et prononcé des conférences un peu partout dans le monde, y compris à Lyon et en Chine. Il a été appelé à contribuer pendant plusieurs années à la préparation des examens du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Il s'est beaucoup investi à titre bénévole. Entre autres, il a participé à la fondation de l'école Plein-Soleil de Sherbrooke, qu'il a présidée pendant un an, a siégé de nombreuses années au conseil d'administration de la Société canadienne de pédiatrie, qu'il a présidée en 1991-1992, et il a également présidé le Comité provincial d'enquête sur la mortalité et morbidité périnatales de 1992 à 1998.

Il était très fier de l'approche globale du malade, qui a été intégrée à l'enseignement au département de pédiatrie et qui est devenue un modèle partout au Québec par la suite. Afin de souligner son engagement, l'Association des pédiatres du Québec lui a décerné le prix Letondal en 1995 pour son apport exceptionnel au développement des soins pédiatriques au Québec.

Après avoir accompagné quelque 5000 nouveau-nés, il a pris sa retraite en 1997, mais a poursuivi son travail bénévole encore longtemps, entre autres au Dispensaire diététique de Montréal, dont la mission s'accordait avec ses convictions.

Il était conscient de l'importance de son travail, mais également de celle de toutes les équipes qui l'entouraient, des concierges aux infirmières en passant par les secrétaires. Il conversait avec tout le monde avec le même intérêt et le même respect. Par ailleurs, de nombreux étudiants ont été marqués par son enseignement. Où qu'il soit, il se trouvait toujours quelqu'un pour l'accoster et le remercier des soins qu'il avait prodigués ou de l'enseignement qu'il avait transmis.

Le docteur Paré a fait de nombreux voyages et entretenu de multiples amitiés. Toujours partant pour rire et s'amuser, il a organisé des *parties* mémorables avec son épouse. Il a pratiqué l'ornithologie et la pêche à la mouche avec bonheur. Il a adoré sa femme pendant plus de 66 ans et aimé profondément ses enfants et ses petits-enfants. Ses dernières années ont été plus difficiles, mais tous le manqueront et se souviendront de lui avec amour et fierté.

La production de ce numéro était pratiquement terminée lorsque nous avons appris le décès d'un autre ancien président. Le docteur Frederick Baker, de Canmore, en Alberta, a présidé la SCP en 1984-1985 et est également un ancien président du comité de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. La SCP lui est reconnaissante de son apport et tient à offrir ses condoléances à la famille.



**Paediatricians, including Department Chief
Full Time & Locum Opportunities
Bluewater Health, Sarnia, Ontario**

Bluewater Health is recruiting a progressive Chief to provide leadership to the Department. The Chief remuneration is 0.5 day/week, and it is expected that the physician leader will also have a clinical practice.

The Chief will work in collaboration with the Medical Director and Administrative Director of the Maternal Infant Child Program, to provide leadership in program visioning, planning, resource allocation, service excellence, research, and quality improvement. In addition, the Chief is responsible for ensuring that quality medical care is delivered, that professional medical practice is advanced, and that physicians function as partners in the care of patients within the program.

A Paediatrician interested in practicing at Bluewater Health will find:

- An Ideal opportunity for full spectrum community paediatric practice
- Exciting opportunity to develop a chronic disease centre of excellence
- A level IIB NICU
- State of the art equipment
- Child & adolescent psychiatry available
- A child and family friendly community
- Children's mental health centre, and children's treatment centre available in community
- Remuneration is fee for service.

The ideal candidate for the position will have:

- FRCPC or acceptable equivalent in Paediatrics
- Eligible for Independent License with the College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO)
- Strong interpersonal & collaborative skills and dedicated to service excellence
- Participation in training of residents/medical students is desirable.
- Canadian Permanent Residency or be a Canadian citizen.

Bluewater Health operates 300 beds at hospitals in Sarnia and Petrolia. We are award winning, Accredited with Exemplary Standing, and have state-of-the art facilities. We offer an array of specialized acute, complex continuing care, allied health and ambulatory care services including:

- A broad range of diagnostic services, including CT and MRI.
- Full spectrum of specialists available 24/7 (neurosurgery not available)
- Fully staffed 24-hour high volume 2 emergency departments (Sarnia & Petrolia)
- Affiliated with Western University's Distributed Education Network
- Collegial Medical staff community

For the third year in a row, Newsweek has recognized Bluewater Health as one of the best hospitals in Canada. We are committed to improving the patient experience using engagement, Lean, and innovation.

Practicing at Bluewater Health from a physician perspective: https://youtu.be/xLmrdZm4j_c

Situated on the shores of Lake Huron at the Michigan border, Sarnia offers excellent quality of life, sports, arts and culture, education, state of the art health care, and beautiful natural environment.

To apply, please send CV and references to:
Dr. Michel Haddad, Chief of Staff
Medical_affairs@bluewaterhealth.ca
Phone: 519-464- 4534





« Une culture de “colonialisme médical” de longue date et la possibilité de modifier les cultures sont indéniablement deux éléments clés que j’espère que les lecteurs retiendront après avoir lu le livre. »

Docteur Samir Shaheen-Hussain

Le colonialisme médical est « indéniable »

Le docteur Samir Shaheen-Hussain est un pédiatre urgentiste à l’Hôpital pour enfants de Montréal dont le livre, intitulé *Plus aucun enfant autochtone arraché : Pour en finir avec le colonialisme médical canadien*, publié en 2020, a remporté deux prix de la *Quebec Writers’ Federation*. Il a parlé à la *Gazette SCP* de l’écriture de son livre et de ce qu’il pense que les pédiatres doivent savoir — et faire — au sujet du colonialisme médical.

Gazette SCP : Quels enjeux le livre explore-t-il?

Docteur S-H : *Plus aucun enfant autochtone arraché* expose le rôle de l’establishment médical canadien dans la déportation, la colonisation et le génocide des peuples autochtones, que je qualifie de génocide colonial. Le livre fait valoir que ce passé et que le colonialisme médical continu empêchent les communautés autochtones de respecter des mesures de santé et de bien-être social reconnues sur la scène internationale, en raison d’une culture omniprésente de racisme systémique envers les Autochtones qui persiste dans le système canadien de santé publique et dans l’ensemble de la société capitaliste coloniale.

Gazette SCP : Pourquoi avez-vous écrit ce livre?

Docteur S-H : L’idée a commencé à germer lors de la campagne #Tiensmamain, qui contestait la pratique de longue date du gouvernement québécois de séparer les enfants de leur famille lors des évacuations aéromédicales. Cette pratique touchait les communautés autochtones et éloignées de manière démesurée dans la province, notamment les enfants Eeyou (cris) et inuits.

Pendant la campagne, j’ai été invité à être témoin expert à la Commission d’enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics du Québec. Mes présentations reposaient sur les apports et les commentaires des familles touchées, des membres et des partisans de la campagne. Grâce à la recherche, aux entrevues, aux échanges et aux discussions nécessaires pour écouter les témoignages, j’ai pu rédiger le manuscrit du livre pendant l’été 2019.

Gazette SCP : Qu’espérez-vous que les lecteurs tirent de ce livre?

Docteur S-H : M’inspirant des travaux de militants et de chercheurs autochtones et non autochtones, j’avance que le « colonialisme médical » désigne une culture ou une idéologie, ancrée dans le racisme systémique envers les Autochtones, qui fait appel aux

pratiques et politiques médicales pour établir, maintenir ou faire évoluer un projet colonial génocidaire. Je trouve cette approche utile pour s’éloigner de l’idée répandue, mais fautive, selon laquelle la médecine est plutôt neutre, ou même bienveillante. Une culture de « colonialisme médical » de longue date et la possibilité de changer les cultures sont indéniablement deux éléments clés que j’espère que les lecteurs retiendront après avoir lu le livre.

Gazette SCP : Qu’aimeriez-vous que les autres pédiatres sachent au sujet du colonialisme médical?

Docteur S-H : L’une des citations que j’utilise dans l’introduction du livre provient d’une pédiatre formée à l’Hôpital de Montréal pour enfants. En 2018, elle m’a envoyé un courriel au sujet de la campagne #Tiensmamain pour me faire part de son soulagement de voir que les choses bougeaient enfin dans ce dossier : « Je ne compte même plus le nombre de fois où, pendant ma résidence, je me suis trouvée dans une situation où cette politique touchait un enfant que je soignais. Nous savions que c’était la règle, nous savions que c’était horrible et pourtant, nous continuions comme si de rien n’était. » Ses paroles décrivent notre complicité – la mienne tout autant – à accepter les injustices infligées aux communautés autochtones. Le danger lorsqu’on normalise l’injustice, c’est que même la personne la plus sensible peut devenir désensibilisée à la souffrance.

Gazette SCP : Qu’espérez-vous que les pédiatres fassent?

Docteur S-H : Trois choses, qui portent sur le passé, le présent et l’avenir. D’abord, réparer les dommages du colonialisme médical sur les communautés autochtones; ensuite, décoloniser le système de santé pour que les peuples autochtones puissent avoir accès à des soins compatissants, compétents, sécuritaires et dignes; et enfin, soutenir les mouvements d’autodétermination et de souveraineté dirigés par les Autochtones, afin que les communautés autochtones puissent reconstruire en toute autonomie leurs connaissances en matière de santé et leurs systèmes de santé détruits par le colonialisme.

Pour les pédiatres, la première étape consiste à s’informer personnellement pour comprendre le fonctionnement du colonialisme médical. Au-delà de ces considérations, ils peuvent exercer des pressions auprès des gouvernements provinciaux et fédéraux pour mettre en œuvre les recommandations de l’analyse, des enquêtes et des commissions que les gouvernements ont eux-mêmes créées.

Pour en savoir plus, consultez le site <https://luxediteur.com/plus-aucun-enfant-autochtone-arrache-pour-en-finir-avec-le-colonialisme-medical-canadien/>.



« Pour devenir une organisation activement antiraciste, nous devons intégrer ce point de vue à tous nos échanges et à toutes nos décisions. »

Docteure Kassia Johnson

L'antiracisme doit « sous-tendre tout ce que nous faisons »

Cent ans après la création de la Société canadienne de pédiatrie, un groupe diversifié de pédiatres de tout le pays s'est réuni pour modifier les politiques et les pratiques de longue date, tant dans l'organisation que dans l'ensemble du système de santé.

C'est un objectif ambitieux, et chaque membre du nouveau comité de direction antiraciste sait que ces changements exigeront un travail soutenu.

Le comité sera orienté par la politique antiraciste de la SCP publiée en décembre 2021. Trois groupes de travail — sur les revendications, l'adoption de politiques et la formation médicale — s'attacheront à ces secteurs précis.

« La politique doit sous-tendre tout ce que nous faisons, affirme la docteure Kassia Johnson, coprésidente du comité de direction, pédiatre du développement de Hamilton. Pour devenir une organisation activement antiraciste, nous devons intégrer ce point de vue à tous nos échanges et à toutes nos décisions. »

Il faut donc repenser à tout, du leadership aux communications, en passant par la gouvernance et aux membres.

La docteure Johnson affirme que bien que le groupe se consacre à l'antiracisme, son travail tiendra compte des effets du racisme sur d'autres groupes qui méritent l'équité et la souveraineté. « Nous effectuons ce travail antiraciste selon un prisme d'intersectionnalité, affirme la docteure Johnson. Nous comprenons que le racisme orienté vers une femme, une personne non binaire ou une personne handicapée peut être vécu différemment, mais c'est tout de même du racisme, et nous devons nous y attaquer. »

Pour en savoir plus, consultez le site <https://cps.ca/fr/policy-and-advocacy/initiative-contre-le-racisme>.

Comité directeur de l'initiative contre le racisme

Docteure Kassia Johnson, coprésidente

Docteur Sam Wong, coprésident

Docteure Mahli Brindamour, groupe de travail sur Les soins aux enfants néo-canadiens

Docteur Mark Feldman, président la SCP

Docteure Cheyenne LaForme, comité de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis

Docteure Tatiana Sotindjo, spécialiste en médecine de l'adolescence

Docteur Mark Awuku, coprésident, groupe de travail sur la formation médicale

Docteur Ming-Ka Chan, coprésident, groupe de travail sur la formation médicale

Docteure Muna Chowdhury, coprésidente groupe de travail sur les revendications

Docteure Tehseen Ladha, coprésidente, groupe de travail sur les revendications

Docteure Minoli Amit, coprésidente, groupe de travail sur la mise en œuvre de la politique

Docteur Shazeen Suleman, coprésidente, groupe de travail sur la mise en œuvre de la politique

EPIC
PROGRAMME DE FORMATION
SUR LES COMPÉTENCES
EN MATIÈRE D'IMMUNISATION

**Nouveau 4^e édition
maintenant disponible**

Information complète et à jour sur
tous les aspects de la vaccination,
y compris la COVID-19

Conçue pour tous les professionnels
de la santé qui administrent des vaccins

 cps.ca/fr/epic