PCSP
1996 • 2016
PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

Résultats 2016

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

Agence de la santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

Canadian Paediatric Society
Société canadienne de pédiatrie

PCSP

1996 • 2016 PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

Mission

Contribuer à l'amélioration de la santé des enfants et des adolescents au Canada grâce à un programme national de surveillance et de recherche portant sur des troubles infantiles qui entraînent des incapacités, une morbidité et une mortalité graves et des coûts économiques élevés dans la société, malgré leur faible fréquence.

Le PSCP à travers les âges

Fier de célébrer 20 ans de surveillance sur des maladies et pathologies pédiatriques rares

Retour sur des études et des sondages ponctuels marquants de l'histoire du programme

1997

Paralysie flasque aiguë
La surveillance continue permet au Canada de maintenir son statut certifié sans polio auprès de l'Organisation mondiale de la Santé.

2000

Syndrome hémorragique du nouveau-né
Les données des unités de surveillance internationale, y compris le PCSP, démontrent les avantages et l'importance de la prophylaxie à la vitamine K par voie intramusculaire.

2001

Fasciite nécrosante
Les résultats ont confirmé l'énoncé du Comité consultatif national de l'immunisation préconisant la vaccination universelle des enfants contre la varicelle dans le cadre du calendrier de vaccination recommandé.

2003

Syndrome de la ceinture de sécurité
Les résultats ont stimulé les prises de position dans l'ensemble des provinces et des territoires afin de garantir l'adoption de lois convenables sur les sièges d'auto et les sièges d'appoint.

2004

Blessures associées aux marchettes
Les données ont contribué à l'interdiction totale de la vente, de l'importation et de la publicité des marchettes pour bébés au Canada.

Microcéphalie grave
Conjointement avec plusieurs unités internationales, la surveillance a été lancée rapidement en juin 2016, en réponse aux inquiétudes émergentes en santé publique associées au lien entre la microcéphalie et le virus Zika.

Aide médicale à mourir
Pour éclairer l'analyse indépendante réalisée par le Parlement sur les mineurs matures dans le cadre du projet de loi C-14 (aide médicale à mourir), les résultats du sondage ont quantifié la fréquence à laquelle les pédiatres canadiens recevaient des demandes d'aide médicale à mourir pour des mineurs.

2005

Déficit en acyl-coenzyme A déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne
Les résultats ont confirmé l'efficacité du dépistage par tache de sang du nouveau-né pour déceler les cas asymptomatiques, ce qui a soutenu les efforts en vue d'élargir les programmes de dépistage du nouveau-né partout au pays.

2008

Maladies liées à des calculs rénaux associés à des produits contaminés par la mélamine
Après l'éclosion de calculs rénaux ou d'insuffisance rénale aiguë chez des jeunes enfants de la Chine après la consommation de lait en poudre contaminé par la mélamine, les résultats d'un sondage d'urgence ont confirmé que la contamination par la mélamine ne provoquait pas de maladies rénales chez les nourrissons du Canada.

2011

Hyperbilirubinémie néonatale grave
Les résultats de la première étude, menée en 2002, ont favorisé la création d'un document de principes de la Société canadienne de pédiatrie recommandant l'évaluation de tous les nouveau-nés pour les facteurs de risque d'hyperbilirubinémie et la mesure de leur taux de bilirubine avant le congé. L'étude a été reprise neuf ans plus tard, et beaucoup moins de cas ont alors été signalés, ce qui laisse supposer que le document de principes a accru les connaissances et contribué à cette tendance à la baisse.

2013

Tuberculose infantile
Les résultats préliminaires de l'étude ont démontré que la tuberculose infantile touche les enfants inuits et des Premières nations de manière disproportionnée dans certaines régions, de même que des enfants nés à l'extérieur du Canada.

2016

Microcéphalie grave
Conjointement avec plusieurs unités internationales, la surveillance a été lancée rapidement en juin 2016, en réponse aux inquiétudes émergentes en santé publique associées au lien entre la microcéphalie et le virus Zika.

Aide médicale à mourir
Pour éclairer l'analyse indépendante réalisée par le Parlement sur les mineurs matures dans le cadre du projet de loi C-14 (aide médicale à mourir), les résultats du sondage ont quantifié la fréquence à laquelle les pédiatres canadiens recevaient des demandes d'aide médicale à mourir pour des mineurs.

www.pcsp.cps.ca

PCSP
PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

Table des matières

Avant-propos ... 3
Ministre de la Santé fédérale ... 3
Administratrice en chef de la santé publique du Canada ... 3
Président de la Société canadienne de pédiatrie ... 4
Président du PCSP ... 4
Remerciements ... 5
Financement ... 5
Comité directeur du PCSP ... 6
Au sujet du Programme canadien de surveillance pédiatrique ... 7
Aperçu ... 7
Objectifs ... 7
Processus ... 7
Taux de réponse ... 8
Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique ... 9
Possibilité de nouvelles études et de sondages ponctuels ... 10
Études sous surveillance en 2016 ... 11
Effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments ... 11
Hypoglycémie chez les nouveau-nés à terme à faible risque (rapport définitif) ... 13
Listeria chez le nouveau-né et en début de vie ... 15
Maladie de Lyme chez l'enfant ... 17
Microcéphalie grave ... 19
Paralysie flasque aiguë ... 21
Sensibilisation Rh ... 23
Troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitants ... 25
Tuberculose infantile (rapport définitif) ... 27
Sondages ponctuels ... 30
Aide médicale à mourir : nourrissons, enfants et adolescents ... 30
Blessures graves et décès causés par les véhicules tout-terrain (VTT) ... 32
Problèmes de santé physique et mentale des enfants et adolescents réfugiés syriens ... 34
Test de saturométrie néonatale ... 36
Publications de 2014 à 2016 ... 38
Articles publiés relativement aux études et aux sondages ponctuels ... 38
Faits saillants du PCSP publiés en 2016 dans *Paediatrics & Child Health* ... 39
Présentations en 2016 ... 39
Nationales ... 39
Internationales ... 40

Avant-propos

Ministre de la Santé fédérale

L'honorable Jane Philpott

Pour améliorer le diagnostic et le traitement des nouveaux problèmes de santé et des maladies infantiles rares, il est essentiel de les étudier et d'en faire le suivi.

C'est grâce au Programme canadien de surveillance pédiatrique que nous disposons de données fiables sur toutes sortes de maladies infectieuses graves, de maladies génétiques, de maladies neurologiques rares, de nouvelles sources de risque de blessures et d'autres problèmes de santé chez les jeunes Canadiens. Les professionnels de la santé, les chercheurs et les décideurs ont pu faire usage de ces données pour mettre au point des stratégies de santé publique et de traitement dans le but d'améliorer la santé de nos enfants.

Je tiens à remercier et à féliciter sincèrement la Société canadienne de pédiatrie et les quelque 2 500 pédiatres et pédiatres avec surspécialité pour leur contribution au Programme canadien de surveillance pédiatrique depuis 20 ans. Vos efforts collectifs ont permis de créer une ressource précieuse qui sert ici, au Canada, et partout dans le monde.

Votre dévouement à l'égard de la surveillance aide à améliorer la santé et le bien-être des enfants. Le gouvernement du Canada est fier de collaborer avec la Société canadienne de pédiatrie et avec ses membres pour contribuer à assurer à nos enfants et à nos jeunes un avenir plus sain.

Administratrice en chef de la santé publique du Canada

Docteure Theresa Tam

Des systèmes de surveillance solides sont la pierre angulaire de la santé publique.

Le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) fournit des données utiles aux chercheurs et aux professionnels de la santé depuis les 20 dernières années et il fait la lumière sur plusieurs maladies rares et leurs facteurs de risque, les pratiques de prévention et l'efficacité de l'intervention.

Le PCSP sensibilise le milieu médical et la population à des troubles pédiatriques moins connus, ainsi que des menaces et des risques en émergence pour la santé des enfants. Depuis un an, la mise en œuvre rapide de la surveillance par le PCSP en réponse à l'émergence du virus Zika dans les Amériques est un excellent exemple de la flexibilité et de l'importance du Programme pour le Canada pendant une urgence mondiale de santé publique.

Le PCSP appuie également la participation du Canada aux efforts de surveillance pédiatrique à l'échelle internationale par l'intermédiaire du Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique, ce dont nous pouvons être particulièrement fiers.

À l'occasion du 20e anniversaire du PCSP, nous célébrons l'accroissement de sa capacité en matière de collecte de données, de présentation de rapports et d'analyse concernant plus de 90 maladies et problèmes. Les constatations du PCSP ont permis d'améliorer la santé des enfants au Canada et fournissent à la communauté de santé publique des renseignements fiables et à jour sur les problèmes de santé dont souffrent les jeunes Canadiens de nos jours.

Président de la Société canadienne de pédiatrie

Docteur Jonathan Kronick

En qualité de président de la Société canadienne de pédiatrie (SCP), je suis fier que le Programme canadien de surveillance pédiatrique ait célébré son vingtième anniversaire en 2016. Le programme, qui a connu une croissance énorme depuis les deux dernières décennies, est un important véhicule pour procéder à la surveillance nationale de maladies rares ou de complications rares de maladies plus fréquentes.

Le PCSP est inspirant par sa capacité de regrouper des investigateurs de diverses disciplines de la pédiatrie et de diverses régions du Canada. La bourse de recherche des résidents, lancée en 2015, est un merveilleux ajout au programme, car il permet à des résidents et à des stagiaires de travailler en collaboration avec des mentors et de colliger des données sur des préoccupations importantes en pédiatrie. Les premiers gagnants de cette bourse se sont intéressés aux blessures graves et aux décès causés par les véhicules tout-terrain (voir en page 32).

La SCP s'est récemment dotée des priorités stratégiques suivantes : santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, santé mentale, pédiatrie sociale, apprentissage de la petite enfance et médicaments en pédiatrie. Alors que la SCP détermine les objectifs de chacune de ces priorités stratégiques, j'invite fortement les équipes d'investigateurs à proposer des projets connexes dans le cadre d'études pluriannuelles du PCSP ou de sondages ponctuels, afin de renforcer les efforts dans ces secteurs.

Au nom de la SCP et de son conseil d'administration, je tiens à profiter de l'occasion pour remercier l'Agence de la santé publique du Canada de collaborer constamment avec le PCSP et de le soutenir sans arrêt. Je tiens également à remercier les milliers de participants au PCSP, qui contribuent au programme à divers égards. Nous sommes chanceux de compter sur un programme de surveillance pédiatrique solide comme le PCSP au Canada!

Président du PCSP

Docteur Jonathon Maguire

Le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) s'est de nouveau affairé en 2016 à traiter de sujets importants en santé publique et de problèmes émergents touchant des enfants et des adolescents canadiens. Le PCSP a entrepris trois nouvelles études de surveillance pluriannuelles et quatre sondages ponctuels sur des thèmes souvent abordés par les médias. De plus, le programme a lancé son tout premier concours auprès des résidents afin de renforcer les capacités en matière de surveillance pédiatrique au Canada. Il s'est également soumis à une analyse approfondie de ses mesures de protection des renseignements personnels.

Les sondages ponctuels du PCSP nous ont permis de comprendre les répercussions des nouvelles lois sur l'aide médicale à mourir du point de vue des pédiatres canadiens (voir en page 30). Dans la foulée de l'engagement du Canada à réinstaller 25 000 réfugiés syriens avant la fin de décembre 2016, un sondage ponctuel a fourni des renseignements importants sur les problèmes de santé physique et mentale qu'affrontent les enfants et adolescents syriens (voir en page 34).

En réponse à la crise de santé mondiale causée par le virus Zika, le PCSP a lancé une étude pluriannuelle sur la microcéphalie grave afin de mieux comprendre l'épidémiologie et l'étiologie de cette pathologie (voir en page 19). Les efforts ont été coordonnés avec les unités de surveillance pédiatrique du monde entier afin de garantir l'uniformité des définitions de cas et des protocoles et de procéder à une comparaison internationale des résultats. Pour mieux comprendre le spectre des maladies causées par le virus Zika, le PCSP lancera une deuxième étude de surveillance en 2017, axée sur le syndrome associé à l'infection congénitale à virus Zika.

En plus de respecter les besoins de surveillance pédiatrique de l'Agence de la santé publique du Canada, le PCSP continue de recevoir de nombreux projets de haut calibre de la part de groupes d'études pédiatriques dévoués du Canada, qui démontrent l'importance du PCSP pour ses intervenants. Je tiens à remercier le comité directeur du PCSP, qui démontre ses compétences et son engagement envers le programme en évaluant ces projets. Les prochaines études de surveillance fourniront des données canadiennes de qualité pour éclairer les politiques de santé et les pratiques cliniques de pointe en matière de santé des enfants au Canada. Je tiens également à remercier personnellement les pédiatres du Canada pour leur dévouement constant envers le programme. Sans les pédiatres qui répondent fidèlement tous les mois et qui remplissent les questionnaires cliniques détaillés, aucun aspect de ce travail ne serait réalisable. Comme le dit le dicton, il faut un village pour élever un enfant. Si nous travaillons ensemble, le PCSP continuera de fournir des données importantes pour améliorer la santé et le bien-être des enfants canadiens.

Remerciements

La principale force du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) repose sur son engagement à améliorer la santé des enfants et adolescents au Canada et dans le monde. On ne pourrait y parvenir sans la participation des pédiatres, surspécialistes et autres dispensateurs de soins canadiens qui procèdent à la collecte mensuelle d'information sur des affections pédiatriques rares, sans les investigateurs principaux qui conçoivent les études et analysent les données colligées afin de transmettre des connaissances et des solutions de formation et sans les conseils des membres du comité directeur. Nous les remercions tous.

Nous remercions également les centres du Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT) pour le rôle qu'ils jouent dans la vérification des données colligées dans le cadre de l'étude sur la paralysie flasque aiguë et pour leur appui du PCSP.

Le solide partenariat entre la Société canadienne de pédiatrie et l'Agence de la santé publique du Canada permet au programme de croître au Canada et de jouer un rôle de chef de file sur la scène internationale.

Financement

Le financement du PCSP est nécessaire pour appuyer la gestion du programme. Le programme de surveillance est financé par un ensemble de soutien gouvernemental et de subventions sans restrictions accordées par des organismes de bienfaisance, des établissements de recherche, des hôpitaux et des sociétés du Canada. Les capitaux sont attribués pour subvenir aux besoins du programme et lui donner de l'expansion.

Nous sommes reconnaissants au Centre de prévention des maladies chroniques de l'Agence de la santé publique du Canada, au Bureau de l'efficacité thérapeutique et des politiques de Santé Canada et aux sources non gouvernementales suivantes pour le soutien financier reçu en 2016 :

- La bourse *EAT, PLAY, THINK! Catalyst* du *Centre for Healthy Active Kids* de *The Hospital for Sick Children*, en partenariat avec :
  — le *Centre for Brain & Mental Health*, *The Hospital for Sick Children;*
  — le *Fraser Mustard Institute for Human Development*, université de Toronto;
  — le *Centre for Child Nutrition, Health and Development*, faculté de médecine de l'université de Toronto.

Comité directeur du PCSP

Jonathon Maguire, MD (président)	Société canadienne de pédiatrie
Christine Armour, MD	Collège canadien de généticiens médicaux (représentante)
Peter Buck, D.M.V., M. Sc.	Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique, Agence de la santé publique du Canada
Claude Cyr, MD	Société canadienne de pédiatrie
Marie Adèle Davis, MBA	Société canadienne de pédiatrie
Elizabeth Donner, MD	Association canadienne de neurologie pédiatrique (représentante)
Ciaran Duffy, MB	Directeurs de pédiatrie du Canada
Krista Jangaard, MD	Société canadienne de pédiatrie
Melanie Laffin Thibodeau, B. Com.	Société canadienne de pédiatrie
Juan Andrés León, MD, M. Sc.	Centre de prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada
Dorothy Moore, MD	IMPACT (Programme canadien de surveillance active de l'immunisation) (représentante)
Charlotte Moore Hepburn, MD	Société canadienne de pédiatrie
Paul Muirhead, LL. M.	Conseiller
Jay Onysko, MA	Centre de prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada
Jennifer Pennock, M. Sc.	Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, Agence de la santé publique du Canada
Jorge Pinzon, MD	Société canadienne de pédiatrie
Anne Rowan-Legg, MD	Société canadienne de pédiatrie
Dorcas Taylor, M. Sc.*	Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada

* En 2016, Yogesh Choudhri et Sarah McDermott ont remplacé Dorcas Taylor qui est en affectation.

Le PCSP exprime ses sincères remerciements à la docteure Dorothy Moore pour son dévouement envers le comité directeur du PCSP et ses précieuses compétences, particulièrement, dans le domaine de l'infectiologie. La docteure Moore est devenue membre du comité de direction en 2009, à titre de représentante d'IMPACT. Le comité directeur lui souhaite ce qu'il y a de mieux dans le cadre de sa retraite et de ses projets.

Au sujet du Programme canadien de surveillance pédiatrique

PCSP
PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

Aperçu

Le Programme canadien de surveillance pédiatrique est un projet conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de la Société canadienne de pédiatrie qui contribue à améliorer la santé des enfants et des adolescents du Canada par la surveillance et la recherche nationale sur des maladies infantiles rares qui s'associent à une incapacité, à une morbidité et à des coûts financiers élevés pour la société, malgré leur faible fréquence. Tous les mois, le PCSP collige des données provenant de plus de 2 500 pédiatres et pédiatres spécialisés, afin de surveiller les maladies et pathologies rares chez les enfants canadiens.

Objectifs

- Maintenir un système de surveillance nationale active qui suit des pathologies et maladies à faible fréquence, mais à fort impact chez les enfants et adolescents canadiens.
- Faire participer les pédiatres, pédiatres surspécialisés et autres professionnels de la santé de disciplines connexes à la surveillance de pathologies rares qui sont importantes pour la santé publique et la médecine.
- Produire de nouvelles connaissances sur des maladies infantiles rares pour favoriser l'amélioration des traitements, la prévention et la planification des soins.
- Répondre rapidement à des urgences de santé publique liées aux enfants et adolescents canadiens par la production rapide de sondages ponctuels et de nouvelles études.
- Participer aux efforts de surveillance internationaux en pédiatrie, par l'entremise du Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique (RIUSP).

Processus

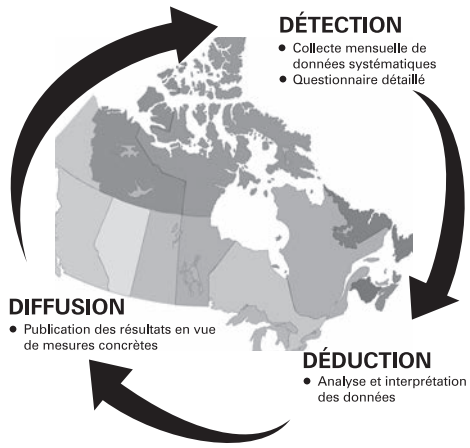
- Le processus de surveillance complet est résumé à la figure 1 et comprend les trois « D » de la surveillance : le dépistage, la déduction et la diffusion.
- Chaque chercheur du Canada est invité à soumettre des projets de nouvelles études ou de sondages ponctuels qui respectent les « critères de soumission », énumérés dans le site Web du PCSP, à www.pcsp.cps.ca/apply-proposez.
- Deux fois l'an, le comité directeur du PCSP analyse les projets et sélectionne ceux qui ont le plus d'importance pour la médecine et la santé publique. Les projets sont évalués d'après des critères établis et font l'objet de commentaires détaillés du comité directeur multidisciplinaire, composé de représentants de l'Agence de la santé publique du Canada, de la Société canadienne de pédiatrie, d'anciens investigateurs du PCSP, de chercheurs-cliniciens de diverses spécialités et de pédiatres communautaires.

Coup d'œil sur le PCSP

Le saviez-vous?

- Le PCSP a célébré son 20e anniversaire en 2016.
- Le PCSP se compose de plus de 2 500 pédiatres et pédiatres surspécialisés dévoués.
- Depuis sa création, le PCSP a étudié 65 pathologies ou maladies rares et réalisé 42 sondages ponctuels.
- Plus de 60 manuscrits révisés par des pairs sur les résultats des études et des sondages ont été publiés dans des revues à fort impact.
- Le taux de réponse mensuel moyen s'élève à 80 %.
- Le taux de réponse moyen aux questionnaires détaillés se situe entre 80 % et 90 %.
- En décembre 2016, 72 % des participants avaient accepté de recevoir leur formulaire mensuel par voie électronique.

Figure 1 – Sommaire du processus de surveillance



- Chaque mois, les participants du PCSP du Canada reçoivent un formulaire sur lequel figurent les pathologies en cours d'étude. Les participants avisent le programme s'ils ont observé un cas ou s'ils n'ont « rien à déclarer ».
- Les participants qui ont observé un cas reçoivent un questionnaire clinique détaillé afin de le remplir et le remettre au PCSP.
- Tous les identifiants uniques sont supprimés du questionnaire clinique complet qui est expédié à l'investigateur principal de l'étude en vue de l'analyse des données.
- Il est important de souligner que, même si les études du PCSP font appel à des données tirées des dossiers des patients, les investigateurs n'ont aucun contact direct avec chacun de ces patients.
- L'équipe de l'étude est responsable de l'analyse des données et de la mise en place d'un solide plan d'application du savoir, afin que les résultats soient diffusés avec rapidité et efficacité.
- Les résultats des études sont publiés chaque année et utilisés pour améliorer la santé des enfants et des adolescents canadiens. Par exemple, les résultats des études du PCSP contribuent à faire ressortir des problèmes de santé publique en émergence, à repérer des dangers pour la sécurité, à mobiliser les connaissances sur des maladies et pathologies rares et à éclairer de nouvelles politiques et lignes directrices.

Taux de réponse

Le taux de réponse mensuel moyen au PCSP s'élève à 80 %, et le taux d'exécution moyen des questionnaires détaillés se situe entre 80 % et 90 %.

TABLEAU 1 – Taux de déclarations initiales (%) et nombre de participants en 2016

Provinces et territoires	Taux de déclarations (%)*	Nombre de participants†
Alberta	78	352
Colombie-Britannique	73	272
Île-du-Prince-Édouard	98	9
Manitoba	82	117
Nouveau-Brunswick	81	29
Nouvelle-Écosse	100	3
Nunavut	83	3
Ontario	77	1 007
Québec	74	589
Saskatchewan	70	59
Terre-Neuve-et-Labrador	83	52
Territoires du Nord-Ouest	93	90
Yukon	100	1
Canada	**78**	**2 583**

* Le taux de déclarations mensuel national au PCSP atteint une moyenne de 80 %. Tout est mis en œuvre pour maximiser la déclaration. Les taux annuels sont susceptibles de changer en raison des retards de déclaration.

† Plus de 2 500 personnes participent au PCSP. Dans le présent tableau, le nombre de participants canadiens est toutefois calculé d'après la déclaration individuelle et collective. Lorsqu'une personne désignée répond au nom d'un groupe, le PCSP enregistre une seule réponse.

TABLEAU 2 – Taux national de déclarations initiales entre 2012 et 2016

Année de déclaration	Taux de déclarations (%)
2012	84
2013	82
2014	81
2015	82
2016	78

TABLEAU 3 – Taux de réponses aux questionnaires détaillés en 2016, au 1er mai 2017

Études ou pathologies	Cas déclarés*	Cas en attente	% de réponse
Effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments	49	10	83
Hypoglycémie chez les nouveau-nés à terme à faible risque	21	2	91
Listeria chez le nouveau-né et en début de vie	7	0	100
Maladie de Lyme chez l'enfant	58	11	84
Microcéphalie grave	30	5	86
Paralysie flasque aiguë	72	5	94
Sensibilisation Rh	25	6	81
Troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitants	150	20	88
Tuberculose infantile	81	7	92
Nombre total de cas (toutes les études)	**493**	**66**	**88**

* Sans tenir compte des cas dédoublés et exclus

Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique

Le 16 août 2016, le Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique (RIUSP, ou INOPSU en anglais) a tenu le 9e congrès de son comité scientifique et directeur à Vancouver, en Colombie-Britannique. Le comité directeur du RIUSP a sélectionné le lieu de son congrès pour qu'il corresponde à celui de l'Association internationale de pédiatrie (AIP), afin que des chercheurs et des conférenciers de pointe du monde entier puissent assister aux deux événements.

Le thème du congrès était *Aligning for IMPACT: The power of international surveillance*. Le programme scientifique incluait les résultats cliniques de la surveillance de maladies pédiatriques rares (séance 1) et l'optimisation de la surveillance du virus Zika (séance 2).

La première séance soulignait l'importance de l'application intégrée des connaissances acquises en surveillance pédiatrique et incluait d'excellentes présentations de Michael Sgro (PCSP) sur l'hyperbilirubinémie néonatale grave, de Shazhan Amed (PCSP) sur le diabète non associé au type 1, d'Elizabeth Elliott (*Australian Paediatric Surveillance Unit* [APSU]) sur le syndrome d'alcoolisation fœtale, d'Yvonne Zurynski (APSU) sur les troubles de l'alimentation à apparition précoce et de Christoph Rudin (unité suisse de surveillance pédiatrique) sur les répercussions des études de surveillance en Suisse.

La deuxième séance a permis à l'Australie, au Royaume-Uni, au Canada et à la Nouvelle-Zélande de présenter la réponse rapide de leur unité à une urgence épidémiologique, par le lancement d'études similaires sur le syndrome associé à l'infection congénitale à virus Zika ou la microcéphalie grave. Des représentants de chaque unité participante ont présenté leurs projets, soulignant l'importance d'harmoniser les définitions de cas et la saisie de données sur la scène internationale pour faciliter le regroupement de données de haute qualité et les comparaisons internationales.

La séance scientifique comprenait également le lancement du prix Danielle-Grenier, créé pour saluer l'excellence de la recherche sur la surveillance pédiatrique et l'application des connaissances. Nous félicitons Yvonne Zurynski, à qui ce premier hommage a été décerné.

La docteure Yvonne Zurynski (APSU), lauréate du prix Danielle-Grenier, que vient de lui remettre le docteur Luc Charette.

Programme canadien de surveillance pédiatrique

Possibilité de nouvelles études et de sondages ponctuels

La possibilité

- Profiter de la plateforme de surveillance du PCSP qui est à la fois bien établie, efficace, rentable et réputée sur la scène internationale.
- Le PCSP peut surveiller avec efficacité des maladies et pathologies à faible fréquence, mais à fort impact qu'observent les pédiatres généraux et les pédiatres surspécialisés.

Le dossier

- Le taux de réponse mensuel moyen, obtenu auprès d'environ 2 500 pédiatres, s'élève à 80 %.
- Le taux de réponse moyen aux questionnaires détaillés se situe entre 80 % et 90 %.

Les thèmes

Quelques exemples d'études réussies du PCSP

- Maladies rares (y compris des maladies génétiques, métaboliques ou rares)
  - Déficit en acyl-coenzyme A déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne
  - Dystrophie myotonique congénitale
- Complications rares de maladies plus courantes
  - Problèmes de santé liés à la consommation de boissons énergisantes
  - Suppression surrénalienne causée par un traitement aux glucocorticoïdes
- Infections émergentes
  - Maladie de Lyme
  - Syndrome congénital à virus Zika
- Menaces pour la santé et la sécurité publique
  - Blessures graves et décès causés par les véhicules tout-terrain
  - Effets indésirables liés à l'exposition à des capsules de détergent liquide

Les facteurs de réussite des études

- Étude ou maladie ayant une incidence de moins de 500 cas par année
- Équipe multidisciplinaire, comptant des représentants de tout le pays
- Porte-parole locaux qui encouragent la déclaration des cas dans leur établissement

Les répercussions des études

Application des connaissances : Les études ont été publiées dans des revues à fort impact révisées par des pairs. Le PCSP est connu et renommé auprès des comités de rédaction réputés.

Politiques de santé publique et lois : Les résultats ont éclairé l'interdiction totale des marchettes pour bébé et la promotion des sièges d'appoint afin de prévenir le syndrome de la ceinture de sécurité.

Lignes directrices professionnelles en médecine : Les résultats ont éclairé des lignes directrices comme le document de principes de la Société canadienne de pédiatrie sur l'hyperbilirubinémie néonatale ainsi qu'un point de pratique sur le test de dépistage par saturométrie néonatale.

Promotion et formation en santé publique : Les résultats ont éclairé les efforts en vue de prévenir le rachitisme par carence en vitamine D et la consommation de cigarettes électroniques chez les personnes qui n'ont pas l'âge légal pour consommer les produits du tabac traditionnels.

« Depuis près de 20 ans, le PCSP est un atout coopératif déterminant pour la recherche, l'élaboration de politiques en santé et la surveillance active de maladies infantiles moins courantes. Les centaines de pédiatres et surspécialistes en pédiatrie canadiens qui participent tous les mois au programme s'assurent que le PCSP demeure un moyen efficace de favoriser la formation médicale continue sur un large spectre de troubles cliniques qui, autrement, passeraient peut-être largement inaperçus. »

Bryce Larke, MD, professeur de pédiatrie, université de l'Alberta à Edmonton, de 1975 à 2001; médecin hygiéniste en chef, Whitehorse, Yukon, de 2001 à 2008; membre du comité directeur du PCSP de 2004 à 2010

PCSP
PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

Pour en savoir plus, téléphonez au 613-526-9397, poste 239, écrivez à cpsp@cps.ca ou consultez le site www.pcsp.cps.ca.

Études sous surveillance en 2016

Effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments

Étude en cours depuis janvier 2004

Margaret Zimmerman

Investigatrice principale
Margaret Zimmerman, B. Sc., section de la sécurité des patients, Direction des produits de santé commercialisés, Santé Canada; margaret.zimmerman@hc-sc.gc.ca

Question

Quels événements graves et potentiellement mortels présumés être reliés aux effets indésirables des médicaments (EIM) ont été déclarés en 2016 chez les enfants et les adolescents?

Importance

- Une minorité de produits pharmaceutiques sur ordonnance offerts sur le marché de l'Amérique du Nord ont fait l'objet d'essais cliniques auprès des populations pédiatriques, et la plupart sont utilisés sans avoir fait l'objet de lignes directrices appropriées en matière de sécurité ou d'efficacité.
- La surveillance postcommercialisation est essentielle pour déceler rapidement les EIM, et elle contribue à la surveillance continue du profil risques-avantages des produits de santé utilisés chez les enfants.

Méthodologie

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.pcsp.cps.ca/surveillance.

Définition de cas

Effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments* observés chez un nourrisson ou un enfant de 18 ans ou moins, par suite de l'emploi d'un produit sur ordonnance, en vente libre, biologique (immunoglobulines), de médecine parallèle (y compris les préparations à base d'herbes médicinales) ou radiopharmaceutique

* Réaction grave, nocive et non intentionnelle à un médicament, qui survient à n'importe quelle dose et exige une observation à l'urgence ou une hospitalisation, ou entraîne une invalidité durable ou importante ou un décès

Critères d'exclusion

Effets causés par un instrument médical, des produits sanguins (plaquettes, globules rouges, plasma d'un seul donneur), des vaccins, une intoxication ou une surdose autoadministrée

Particularités de la présente étude

Les résultats importants de l'étude sur les EIM contribuent aux conseils mensuels sur les EIM que distribue le Programme canadien de surveillance pédiatrique.

Résultats 2016

Cas confirmés

- Au moment de l'analyse pour 2016, l'étude avait confirmé 28 cas d'EIM présumés en pédiatrie.
- Dans 12 déclarations, plus d'un produit était présumé causer l'effet indésirable.
- Au tableau 1 figurent les 37 produits de santé décrits dans les 28 déclarations, classés selon le nombre de déclarations reçues par produit.
- L'acide valproïque, l'amoxicilline, le cotrimoxazole, l'ibuprofène, la lamotrigine, le propofol et le sévoflurane étaient les produits les plus déclarés en 2016.

- Les catégories de produits de santé (en fonction du système de classification anatomique, thérapeutique et chimique) les plus souvent présumées comme responsables de réactions indésirables étaient les antibactériens pour une utilisation systémique (sept déclarations), les antiépileptiques (six déclarations), les produits anti-inflammatoires et antirhumatismaux (quatre déclarations), les analgésiques, les psychoanaleptiques, les immunosuppresseurs (trois déclarations chacun) ainsi que les anesthésiques et les antihypertenseurs* (deux déclarations chacun). Les produits pour le système digestif, les antiseptiques ou désinfectants, les bêtabloquants, les agents pour des tests diagnostiques et d'autres agents thérapeutiques ont été signalés dans une déclaration chacun.

TABLEAU 1 – Produits de santé vraisemblablement responsables en 2016

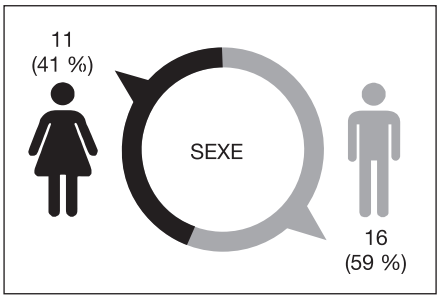
Produit de santé vraisemblablement responsable	Nombre de déclarations
Acide valproïque, amoxicilline, cotrimoxazole*, ibuprofène, lamotrigine, propofol, sévoflurane	2 chacun
Acétaminophène, acide acétylsalicylique, acyclovir, antiépileptique (non précisé), cefprozil, ceftriaxone, chlorhexidine, ciprofloxacine, clonazépam, clonidine, cyclosporine, dextroamphétamine, diazoxide, ésoméprazole, fluoxétine, guanfacine, infliximab, l-arginine, leuprolide, lévétiracétam, méloxicam, méthylphénidate, morphine, mofétil de mycophénolate, oxcarbazépine, phénobarbital, sotalol, sulfasalazine, tacrolimus, vancomycine	1 chacun

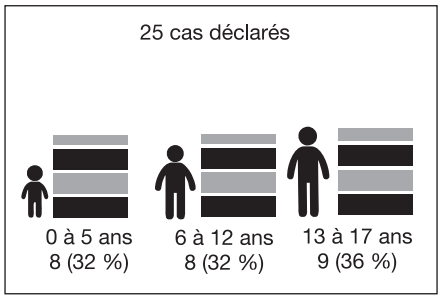
* Association de produits contenant deux ingrédients actifs

* Inclut une déclaration de guanfacine, un agoniste alpha-2a adrénergique indiqué pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, et une déclaration de clonidine utilisée pour un test de stimulation de l'hormone de croissance.

Données démographiques

- Dans 59 % des cas (16 sur 27), les patients étaient de sexe masculin et dans 41 % des cas (11 sur 27), de sexe féminin.
- Les cas faisaient partie des groupes d'âge suivants (lorsqu'ils était indiqués) : 32 % (huit sur 25) avaient de 0 à cinq ans, 32 % (huit sur 25), de six à 12 ans et 36 % (neuf sur 25), de 13 à 17 ans.





Présentation

- Les 28 cas étaient classés comme graves d'après les critères suivants (dans 11 déclarations, plus d'une raison en expliquait la gravité) : huit cas étaient considérés comme ayant un potentiel fatal, 18 cas ont nécessité une hospitalisation et 15 cas étaient considérés comme importants sur le plan médical (définis comme un cas qui n'a pas un potentiel fatal immédiat ou qui n'entraîne pas de décès ou d'hospitalisation, mais qui peut compromettre l'état du patient ou nécessiter une intervention pour en prévenir l'aggravation).
- Aucun décès n'a été déclaré en 2016.
- La majorité des réactions indésirables décrivaient des troubles cutanés et sous-cutanés. Cette constatation respecte la tendance observée dans toutes les déclarations reçues par le PCSP depuis 2004.
- La majorité des déclarations décrivait des réactions généralement décrites dans les monographies de produits approuvées au Canada.
- Trois déclarations faisaient état de réactions exclues des monographies des produits présumés comme responsables.

Traitement et pronostic

- Les résultats cliniques des 28 cas s'établissaient comme suit : 18 patients (64 %) se sont rétablis, quatre (14 %) étaient considérés comme en convalescence ou en voie de guérison, deux (7 %) étaient décrits comme ne se rétablissant pas, et chez les quatre derniers patients (14 %), les résultats cliniques n'étaient pas précisés.

Limites de l'étude

- Les effets indésirables (EI) de produits de santé sont considérés comme présumés parce qu'il est souvent impossible d'établir une association causale définitive. Les déclarations spontanées d'EI ne peuvent être utilisées pour évaluer l'incidence d'EI, car ceux-ci demeurent sous-déclarés et qu'on ne sait pas quelle est l'exposition des patients.

Conclusions

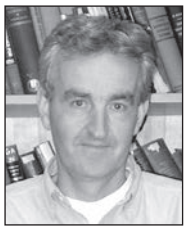
- En 2016, les produits présumés avoir causé une ou plusieurs réactions indésirables les plus déclarés étaient l'acide valproïque, l'amoxicilline, le cotrimoxazole, l'ibuprofène, la lamotrigine, le propofol et le sévoflurane.
- Depuis le début de l'étude en 2004, les antibactériens pour un usage systémique, les psychoanaleptiques et les antiépileptiques font partie des produits de santé les plus souvent présumés être responsables de réactions indésirables.

Effets anticipés de l'étude

- Le partage continu d'information sur l'innocuité des médicaments, grâce à la déclaration volontaire des réactions indésirables des médicaments en provenance de diverses sources, comme le PCSP, est précieux pour Santé Canada, car il assure une surveillance continue du profil risques-avantages des produits de santé utilisés chez les enfants et peut favoriser l'adoption de mesures d'atténuation des risques.

Hypoglycémie chez les nouveau-nés à terme à faible risque

avril 2014 à mars 2016 – rapport définitif



Michael Flavin

Investigateur principal
Michael Flavin, MB BCh, FRCPC, université Queen's, département de pédiatrie, *Kingston General Hospital*; flavinm@kgh.kari.net

Co-investigateurs
Coughlin K, Gallipoli A, Gregoire K, Grewal K, Hu L, León JA, Osiovich H, Ray J, Sgro M

Question

Quelle est la fréquence d'hypoglycémie marquée chez les nouveau-nés à terme non surveillés, et quelles caractéristiques sont courantes au sein de ce groupe?

Importance

- L'hypoglycémie néonatale est un problème de santé important qui peut être responsable d'une atteinte neurodéveloppementale. Les protocoles de surveillance permettent de la diagnostiquer rapidement chez les nouveau-nés à haut risque.
- On ne connaît pas l'incidence d'hypoglycémie chez les nouveau-nés à terme à faible risque. Le retard de diagnostic au sein de ce groupe peut accroître la morbidité.
- Un examen détaillé des cas permettraient peut-être de déterminer des caractéristiques communes, qui pourraient être utilisées dans des protocoles de surveillance susceptibles de saisir d'autres groupes vulnérables.

Méthodologie

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.pcsp.cps.ca/surveillance.

Définition de cas

Nouveau-né autrement en santé de moins de 96 heures (quatre jours) ayant toutes les caractéristiques suivantes :
- Gestation à terme : 37 à 42 semaines
- Poids à la naissance : 2 500 grammes à 3 999 grammes
- Hypoglycémie, définie par une concentration de glucose de moins de 2,0 mmol/L dans le sang entier ou dans le sérum
- Hypoglycémie traitée à l'aide de dextrose IV

Critères d'exclusion

Les nouveau-nés chez qui on surveille l'hypoglycémie en raison de facteurs de risque connus, soit le diabète de la mère (gestationnel ou prégestationnel), un retard de croissance, une macrosomie ou une maladie néonatale grave.

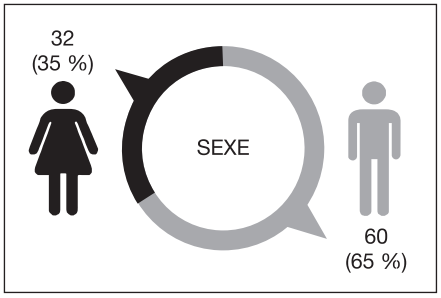
Résultats – avril 2014 à mars 2016

Cas confirmés

- Au moment de l'analyse, 92 cas étaient confirmés.

Données démographiques

- On a recensé 60 garçons (65 %) et 32 filles (35 %).
- Les groupes de population les plus représentés étaient blancs, représentant 46 des 77 cas (60 %), et issus des Premières nations, représentant six des 77 cas (8 %).
- Une césarienne a été pratiquée dans 32 des 86 cas (37 %).



Présentation

- Dans 22 des 81 cas (27 %), les répondants ont constaté des problèmes d'alimentation antérieurs, la majorité étant liée à un désintérêt à s'alimenter.

- Les principales raisons de mesurer la glycémie étaient une agitation dans 33 cas (36 %) et des signes majeurs, définis comme des convulsions, une apnée ou une cyanose, dans 18 cas (20 %).
- La plupart des nouveau-nés (69 %) présentant des signes majeurs les ont manifestés après l'âge de six heures. En revanche, seulement 33 % de ceux ne présentant pas de signes majeurs les ont manifestés après l'âge de six heures (p=0,008). La glycémie des nouveau-nés présentant des signes majeurs était considérablement plus basse (médiane : 0,8 mmol/L, écart interquartile [ÉIQ] : 0,5) que celle des nouveau-nés ne présentant pas de signes majeurs (médiane : 1,6 mmol/L, ÉIQ : 0,7 [p = 0,001]).
- Cinquante-sept des 73 nourrissons (78 %) présentaient au moins un indicateur de stress périnatal potentiel (césarienne d'urgence, méconium, brève réanimation ou pH de l'artère du cordon inférieur à 7,10). Les cas assortis d'un indicateur de stress étaient plus susceptibles de présenter une hypoglycémie précoce (à l'âge de six heures ou auparavant) que ceux sans indicateur de stress (p = 0,02).
- Vingt-trois des 91 cas (25 %) avaient un poids de naissance inférieur au dixième percentile sur les courbes de croissance de Kramer.

Traitement et pronostic

- Dans 47 cas (51 %), le nourrisson avait subi un bilan d'hypoglycémie. Les investigateurs ont observé un diagnostic sous-jacent ou un facteur aggravant dans 31 cas. Les causes endocriniennes étaient prédominantes dans 17 cas, dont 14 avaient une hyperinsulinémie.
- Dans 13 cas (14 %), le nourrisson a subi une imagerie par résonance magnétique cérébrale, dont dix étaient anormales. Au moins quatre cas étaient compatibles avec une lésion cérébrale hypoglycémique.
- Dans 17 cas (19 %), les répondants ont souligné des inquiétudes sur le plan neurodéveloppemental au congé.

Limites de l'étude

- Il se peut que les personnes qui s'occupent d'un nourrisson ayant des signes subtils (p. ex., alimentation insuffisante) n'aient pas remarqué l'hypoglycémie, ce qui peut avoir réduit le nombre de cas déclarés.
- Cette étude souligne les facteurs de risque potentiels d'hypoglycémie et les morbidités s'y associant, mais d'autres sources de données s'imposent pour obtenir des dénominateurs suffisants pour en calculer le risque.

Conclusions

- L'hypoglycémie semble peu fréquente chez les nouveau-nés à faible risque, mais s'associe à un taux relativement élevé de problèmes neurodéveloppementaux au congé.

Effets anticipés de l'étude

- L'adoption généralisée des normes standards de Kramer chez les nourrissons petits par rapport à leur âge gestationnel accroîtrait le diagnostic rapide de l'hypoglycémie marquée chez les nouveau-nés à terme.
- Plusieurs aspects devraient faire l'objet d'études plus approfondies. Par exemple, selon les données, l'inclusion de certains indicateurs de stress périnatal dans l'évaluation du risque permettrait peut-être de saisir un groupe vulnérable à l'hypoglycémie précoce.

Publication et diffusion

Hypoglycemia in unmonitored term newborns. Flavin M, Osiovich H, Coughlin K, Gregoire K, Hu L, León JA, Ray J, Sgro M, Gallipoli A, Grewal K. *Neonatal Update 2016*, Londres, Royaume-Uni, en novembre 2016 (présentation d'affiche)

Hypoglycemia in unmonitored term newborns in Canada. Flavin M, Osiovich H, Coughlin K, Gregoire K, Hu L, León JA, Ray J, Sgro M, Gallipoli A, Grewal K. Congrès annuel des *Pediatric Academic Societies*, San Francisco, en mai 2017 (présentation d'affiche)

Remerciements
Nous remercions Helen Coo pour son expertise dans l'analyse des données.

Listeria chez le nouveau-né et en début de vie

mai 2015 à avril 2017

Tobias R. Kollmann

Investigateurs principaux

Julie Bettinger, Ph. D., professeure agrégée, département de pédiatrie, université de la Colombie-Britannique, *Vaccine Evaluation Center*; jbettinger@bcchr.ubc.ca

Robert Bortolussi, MD, FRCPC, professeur émérite de pédiatrie, université Dalhousie, *IWK Health Centre*; bob.bortolussi@iwk.nshealth.ca

Tobias R. Kollmann, MD, Ph. D., FRCPC, professeur de pédiatrie, université de la Colombie-Britannique, chef, division d'infectiologie, *BC Children's Hospital*; tkollmann@cw.bc.ca

Co-investigateurs

Galanis E, Grabowski J, Hillyer E (collaboratrice), Lacaze T, Robinson J

Question

- Quelle est l'incidence de la listériose néonatale liée à l'âge au Canada?
- Quels facteurs de risque maternels et périnatals s'associent à la listériose d'apparition précoce plutôt qu'à la listériose d'apparition tardive au Canada?
- Quels facteurs s'associent à des résultats plus graves (p. ex., admission à l'unité de soins intensifs néonatale ou décès)?

Importance

- La listériose est liée à une morbidité et une mortalité importantes, particulièrement pendant la période néonatale.
- Les facteurs épidémiologiques de l'infection précoce sont bien caractérisés, mais ceux qui contribuent à l'infection tardive du nouveau-né ne sont pas bien définis.
- À l'heure actuelle, l'administration empirique d'antibiotiques représente la norme de soins de la listériose néonatale. On ne sait pas exactement l'âge auquel la *Listeria* ne représente plus un risque ni le moment où il n'est plus nécessaire d'administrer d'antibiotiques empiriques pour écarter un sepsis présumé causé par la *Listeria*.
- Il est essentiel de connaître les critères fondés sur des données probantes pour déterminer les antibiotiques de choix contre la *Listeria* en début de vie afin de préparer des directives thérapeutiques fondées sur des données probantes et de faire progresser le bon usage des antimicrobiens.

Méthodologie

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.pcsp.cps.ca/surveillance.

Définition de cas

Signaler tout nouveau patient de moins de six mois qui respecte les critères suivants :

1) Définitif
   - Culture positive de *Listeria* prélevée dans un site normalement stérile, comme le sang, le liquide céphalorachidien ou le liquide pleural; ou
   - Culture positive de *Listeria* prélevée dans le placenta en présence de caractéristiques cliniques compatibles avec la listériose (sepsis, méningite, détresse respiratoire, etc.)
2) Probable
   - PCR positive de *Listeria* prélevée dans un site normalement stérile du placenta, en présence de caractéristiques cliniques compatibles avec la listériose (sepsis, méningite, détresse respiratoire, etc.)

Particularités de cette étude

- Puisque la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) effectue une surveillance continue de la listériose invasive, le rôle de l'ASPC dans ce projet consiste à fournir le nombre national cumulatif de cas pédiatriques qui lui a été déclaré par la surveillance systématique pendant la période de l'étude. Le recensement national des cas fourni par l'ASPC exclut ceux observés dans la province de Québec. En raison de restrictions d'ordre juridique, cette province ne participe pas au programme national de surveillance continue.
- Si le nombre de cas pédiatriques déclaré chaque année par le PCSP ne correspond pas à celui déclaré à l'ASPC dans le cadre de la surveillance systématique continue, l'investigateur principal et les co-investigateurs peuvent recourir à leurs réseaux pour chercher les cas manquants, soit le *Paediatric Investigators Collaborative Network on Infections in Canada* (PICNIC) et d'autres réseaux informels de professionnels de la santé au Canada.

Résultats – mai 2015 à décembre 2016

Remarque : Cette étude se poursuit jusqu'en avril 2017 et l'analyse n'est pas terminée. Étant donné le petit nombre de cas, ce rapport porte sur 20 mois plutôt que sur 12 mois de données.

Cas confirmés

- Au moment de l'analyse, huit cas avaient été confirmés sur une période de 20 mois.

Données démographiques

- Jusqu'à présent, il n'y a pas d'association claire avec la race ou l'ethnie, le mode d'accouchement ou le mode d'alimentation.

Présentation

- Des huit cas de listériose néonatale déclarés, six étaient d'apparition précoce et deux, d'apparition tardive.
- Les six cas d'apparition précoce étaient septiques le jour de la naissance.
- L'un des cas d'apparition tardive est devenu symptomatique (sepsis) à l'âge de neuf jours et le deuxième a fait des convulsions à l'âge de 20 jours.
- Cinq des six cas d'apparition précoce s'associaient à de la fièvre chez la mère.
- Aucun des deux cas d'apparition tardive ne s'associait à des facteurs de risque évidents saisis par le questionnaire de l'étude.

Traitement et pronostic

- Tous les cas d'apparition précoce ont dû être hospitalisés en soins intensifs.
- Deux des six cas d'apparition précoce sont décédés.
- Les deux cas d'apparition tardive ont survécu, mais l'un des deux présente des séquelles permanentes (hémiplégie).

Limites de l'étude

- Étant donné le peu de cas déclarés, il est impossible de décrire les facteurs de risque et les résultats cliniques des cas d'apparition tardive pour l'instant.

Conclusions

- D'après la cohorte annuelle d'environ 370 000 naissances au Canada et l'incidence déclarée de listériose néonatale au Royaume-Uni et aux États-Unis (cinq cas sur 100 000 naissances vivantes et 8,6 cas sur 100 000 naissances vivantes, respectivement), on prévoyait un total de 19 à 30 cas de listériose néonatale chaque année au Canada.
- Puisque huit cas ont été déclarés à cette étude de surveillance sur une période des 20 mois (corroborés par le programme de surveillance de l'ASPC), l'incidence de listériose néonatale pourrait bien être plus faible que prévu au Canada.
- Étant donné le petit nombre de cas déclarés jusqu'à présent, il est difficile de tirer des conclusions définitives sur les facteurs de risque sous-jacents ou les résultats cliniques de la listériose tardive. Les résultats correspondent aux conclusions énoncées dans les publications au sujet de la listériose précoce.

Effets anticipés de l'étude

- Compte tenu de la capacité de saisir les cas par le PCSP et le PICNIC et de comparer les nombres à ceux obtenus par la surveillance systématique de l'ASPC (la listériose invasive est une maladie à déclaration obligatoire au pays), les mesures actuelles pour saisir les cas fonctionnent bien au Canada. Ce modèle de surveillance pourrait être utile pour d'autres infections néonatales ou pédiatriques rares.
- D'après les données tirées de cette étude en cours, le traitement empirique de la listériose néonatale devrait peut-être réévalué en raison de son incidence plus faible que prévu.

Remerciements
Nous tenons à remercier les membres du PICNIC et de l'Agence de la santé publique du Canada pour leur apport à ce projet.

Maladie de Lyme chez l'enfant

juillet 2014 à juin 2017

Joanne M. Langley

Investigateurs principaux

Joanne M. Langley, MD, M. Sc., FRCPC, professeure de pédiatrie, de santé communautaire et d'épidémiologie, université Dalhousie, et division d'infectiologie, *IWK Health Centre*; joanne.langley@dal.ca

Nicholas Ogden, B. Sc. V., D. Phil., chercheur scientifique principal, Laboratoire de lutte contre les zoonoses, Agence de la santé publique du Canada; nicholas.ogden@phac-aspc.gc.ca

Co-investigateurs

Barton M, Koffi JK, Leonard E, Lindsay LR

Question

Quelle est l'épidémiologie de la maladie de Lyme chez les enfants canadiens?

Importance

- La maladie de Lyme est une maladie multisystémique causée par la bactérie *Borrelia burgdorferi* transmise par des tiques.
- Les symptômes se manifestent souvent dans les semaines suivant une piqûre de tique, sous forme d'érythème migrant caractéristique ou, plus tard, sous forme de maladie cardiaque, articulaire, cutanée ou du système nerveux, représentative de la maladie de Lyme disséminée.
- Le fardeau de la maladie est élevé chez les enfants, particulièrement chez les garçons de cinq à neuf ans.
- On ne possède pas d'évaluation précise du fardeau de la maladie au Canada, mais l'incidence devrait augmenter à cause de l'incursion du vecteur de populations de tiques dans des régions du sud de l'Ontario, du Québec, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et du Manitoba.

Méthodologie

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.pcsp.cps.ca/surveillance.

Définition de cas

Un patient de moins de 16 ans atteint de la maladie de Lyme qui respecte les critères suivants :

Maladie de Lyme confirmée – Le patient respecte l'une des deux conditions suivantes :

1. Manifestations cliniques de maladie accompagnées d'une confirmation de laboratoire
   a. Isolement de *Borrelia burgdorferi* dans un échantillon clinique pertinent OU
   b. Détection de l'ADN du *B burgdorferi* par PCR dans les tissus pertinents
2. Manifestations cliniques de maladie accompagnées d'antécédents de résidence dans une région endémique ou de visite dans une telle région*, ainsi qu'une preuve d'infection confirmée en laboratoire
   - Test sérologique positif au moyen de l'approche sérologique en deux étapes (test ELISA suivi du transfert Western [*Western blot*])

Maladie de Lyme probable – Le patient respecte l'une des deux conditions suivantes :

1. Manifestations cliniques de maladie sans antécédents de résidence dans une région endémique ou de visite dans une telle région*, ainsi qu'une preuve d'infection confirmée en laboratoire
   - Test sérologique positif au moyen de l'approche sérologique en deux étapes (test ELISA suivi du transfert Western)
2. Érythème chronique migrateur sans preuve d'infection confirmée en laboratoire, mais accompagné d'antécédents de résidence dans une région endémique ou de visite dans une telle région*

Critères d'exclusion

- Confirmation de l'infection par une maladie non à tiques, qui explique entièrement les symptômes.
- Cas diagnostiqués par des méthodes ou des laboratoires non recommandés par l'Agence de la santé publique du Canada ou les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis.

* Une région endémique est définie comme un lieu où des populations reproductrices de tiques vectorielles d'*Ixodes scapularis* ou d'*Ixodes pacificus* sont présentes et où la transmission de *B burgdorferi* se produit.

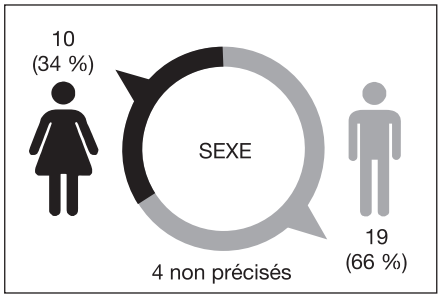
Résultats 2016

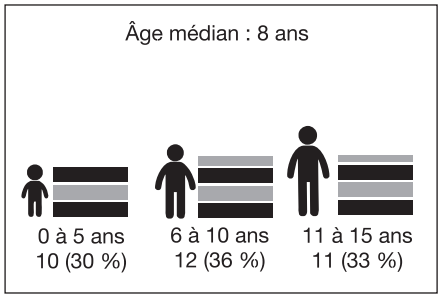
Cas confirmés

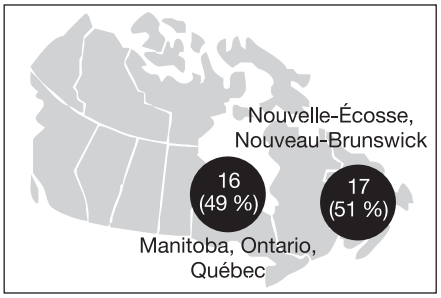
Au moment de l'analyse, 33 cas respectaient la définition de maladie de Lyme confirmée ou probable.

Données démographiques

- Les cas confirmés au diagnostic avaient un âge médian de huit ans. Les plages d'âge se répartissaient comme suit : dix (30 %) avaient de zéro à cinq ans, 12 (36 %), de six à dix ans, et 11 (33 %), de 11 à 15 ans.
- Dans les cas où le sexe était précisé, 66 % (19 sur 29) étaient des garçons et 34 % (dix sur 29), des filles. Dans quatre cas, le sexe n'était pas précisé.
- Les cas confirmés provenaient des provinces suivantes : 16 cas du Manitoba, de l'Ontario et du Québec, et 17 cas de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick (les provinces sont regroupées pour les besoins de la déclaration, car les nombres sont inférieurs au seuil de déclaration).
- Presque tous les cas (31; 94 %) avaient des antécédents, y compris un voyage dans une région où le risque de maladie de Lyme est connu au Canada.







Présentation

- La majorité des diagnostics (21; 64 %) a été posée pendant la principale saison d'activité des tiques, entre mai et octobre.
- Les manifestations de la maladie de Lyme s'établissaient comme suit : six cas (18 %) de maladie de Lyme primaire (une seule lésion d'érythème migrant [ÉM]), neuf cas (27 %) de maladie de Lyme disséminée précoce (multiples lésions d'ÉM, symptômes neurologiques ou cardiaques) et 21 cas (64 %) de maladie de Lyme disséminée tardive (arthrite).
- Dix cas (30 %) présentaient des manifestations non spécifiques de céphalées ou de fièvre.
- Dans 18 cas (55 %), les manifestations étaient multiples.

Traitement et pronostic

- Quinze cas (45 %) se sont rétablis après une antibiothérapie incluant un traitement de deux à trois semaines à l'amoxicilline, à la doxycycline ou à la ceftriaxone.
- Neuf cas (27 %) présentaient des manifestations persistantes (arthrite ou fatigue) et ont reçu d'autres traitements antibiotiques.
- On ne connaît pas le pronostic de neuf cas (27 %).

Limites de l'étude

- On espérait obtenir de l'information plus détaillée sur le risque d'exposition, mais cet espoir était souvent irréaliste en raison du délai entre la consultation et la complétion du questionnaire.
- On ne possède pas d'information sur un grand nombre de patients jusqu'à présent, mais elle corrobore les chiffres obtenus par la surveillance nationale. Ce pourrait être parce que les patients atteints d'une maladie de Lyme précoce sont diagnostiqués et pris en charge par des médecins de famille plutôt que par des pédiatres.

Conclusions

- En 2016, l'étude a recensé 33 cas de maladie de Lyme confirmée ou probable en provenance de cinq provinces (Manitoba, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse).
- Les cas confirmés avaient un âge médian de huit ans, et 66 % des cas étaient de sexe masculin.
- Un fort pourcentage de cas présentait des manifestations de maladie de Lyme disséminée tardive (arthrite). Le diagnostic et le traitement tardifs peuvent expliquer quelques cas, mais dans bien des situations, les manifestations de maladie de Lyme disséminée tardive étaient les seules déclarées. Il est donc possible que l'arthrite se présente plus rapidement chez les enfants que chez les adultes.

Effets anticipés de l'étude

- Les résultats de l'étude contribueront à définir le spectre des présentations cliniques de la maladie de Lyme chez les enfants du Canada, de même que les méthodes diagnostiques et les traitements utilisés.
- Les résultats permettront de déterminer les régions où les risques de maladie de Lyme et où l'exposition à des tiques infectées sont les plus fréquentes. Cette information sera précieuse pour éclairer des stratégies de prévention ciblées contre cette maladie auprès des populations à risque du Canada.
- Cette étude contribuera à circonscrire les régions du Canada où les médecins de première ligne ont le plus besoin d'information sur le diagnostic et le traitement appropriés de la maladie de Lyme. Elle contribuera également à décrire les présentations cliniques les plus fréquentes de la maladie de Lyme chez les enfants du Canada. Cette information favorisera le dépistage et le traitement rapides et précis de la maladie de Lyme.

Microcéphalie grave

juin 2016 à mai 2018

Chantal Nelson

Investigateurs principaux

Alex Demarsh, Ph. D. (c), Agence de la santé publique du Canada; alex.demarsh@phac-aspc.gc.ca

Chantal Nelson, Ph. D., Agence de la santé publique du Canada; chantal.nelson@phac-aspc.gc.ca

Co-investigateurs

Bitnun A, Miller S, Moore A, Moore Hepburn C, Morris S, Shevell M

Collaboratrices : Evans J, Tataryn J

Question

Quelles sont l'épidémiologie et l'incidence minimale de microcéphalie grave au Canada et y a-t-il des cas de microcéphalie associés au virus Zika au Canada?

Importance

- La microcéphalie est une anomalie congénitale du système nerveux central. Dans cette pathologie, le périmètre crânien du nourrisson est considérablement plus petit que celui des autres enfants du même âge et du même sexe.
- Le nombre de cas de microcéphalies déclarées dans le monde a augmenté depuis une éclosion du virus Zika. Cette augmentation a surtout été constatée en Amérique du Sud au début de 2015, alors qu'il était difficile de comprendre l'éclosion en raison du peu d'information épidémiologique de base sur la microcéphalie.
- Étant donné les modes de transmission possibles du virus Zika et les fréquents voyages de Canadiens dans les pays chauds, il est essentiel d'obtenir des données épidémiologiques de base sur la microcéphalie grave pour bien surveiller cette menace importante et émergente en santé publique. Les investigateurs ont entrepris la surveillance de la microcéphalie grave au Canada le 1er juin 2016.

Méthodologie

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.pcsp.cps.ca/surveillance.

Définition de cas

Déclarer tout nouveau patient de moins de 12 mois ayant une circonférence crânienne de moins de trois écarts-types sous la moyenne (0,13e percentile) par rapport à l'âge gestationnel et au sexe, d'après les paramètres de croissance de l'Organisation mondiale de la Santé :

- Nourrisson à terme de sexe féminin ayant une circonférence crânienne inférieure à 30,3 cm
- Nourrisson à terme de sexe masculin ayant une circonférence crânienne inférieure à 30,7 cm
- Nourrisson prématuré (de moins de 38 semaines d'âge gestationnel), conformément aux normes de l'étude intercroissance

Particularités de cette étude

Compte tenu de l'intérêt international marqué envers cet enjeu, le PCSP s'est associé au Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique pour harmoniser les questions de recherche et les définitions de cas. Des études parallèles sont en cours au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande, et les données multinationales seront colligées et comparées à la fin du projet de surveillance. Ce partenariat constitue la plus grande collaboration internationale de recherche sur l'épidémiologie de la microcéphalie grave.

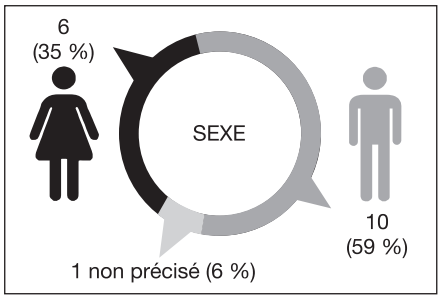
Résultats – juin 2016 à décembre 2016

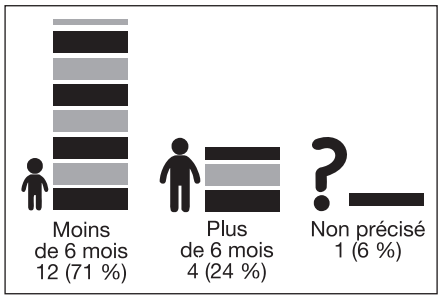
Cas confirmés

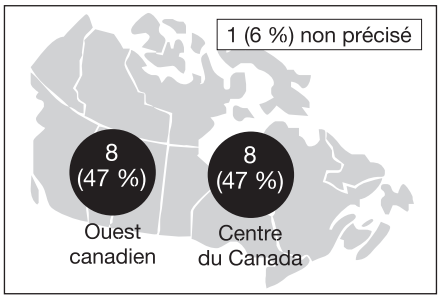
Au moment de l'analyse, 17 cas de microcéphalie grave étaient confirmés.

Données démographiques

- On a recensé dix garçons (59 %) et six filles (35 %). Dans un cas (6 %), le sexe n'était pas précisé.
- Les cas étaient répartis dans les groupes d'âge suivants : 12 de moins de six mois (71 %), quatre de plus de six mois (24 %) et un dont l'âge n'était pas précisé (6 %).
- Huit cas (47 %) provenaient de l'Ouest canadien, huit (47 %), du centre du Canada et le lieu de résidence d'un cas (6 %) n'était pas précisé.







Présentation

- Les 17 cas étaient des nourrissons nés d'une grossesse monofœtale, d'un âge gestationnel moyen de 38,2 (±1,6) semaines à la naissance.
- Dans tous les cas, le périmètre crânien moyen à la naissance était de 30,4 (± 1,6) cm.

Traitement et pronostic

- Les causes présumées de microcéphalie étaient variées et incluaient des causes génétiques ou ischémiques, des infections et d'autres causes ou des causes inconnues.
- Jusqu'à présent, aucun cas déclaré dans le cadre de l'étude n'est présumé avoir été causé par le virus Zika.

Limites de l'étude

- La définition de cas de microcéphalie grave est restrictive et ne permet donc de colliger des données que pour les cas les plus graves.
- Cette étude saisit seulement les nourrissons nés vivants, ce qui sous-estime l'effet de la microcéphalie grave.
- Il se peut que certains nourrissons ne voient pas de pédiatre (ou de pédiatre surspécialisé), ce qui peut nuire à la saisie des cas de microcéphalie grave dans le cadre de cette étude.

Conclusions

- Des 17 cas confirmés jusqu'à présent, aucun n'a été attribué au virus Zika.

Effets anticipés de l'étude

- Cette étude fournira une incidence et des renseignements étiologiques de base précieux sur la microcéphalie grave au Canada.
- L'étude permet la surveillance de la microcéphalie grave associée au virus Zika presque en temps réel au pays.
- Les résultats de l'étude et la collaboration internationale permettront une surveillance plus efficace du virus Zika et d'autres menaces émergentes en santé publique associées à la microcéphalie congénitale grave, tant au Canada que dans des régions sociosanitaires similaires.

Paralysie flasque aiguë

étude en cours depuis janvier 1996

Shalini Desai

Investigatrice principale
Shalini Desai, MD, FRCPC, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, Agence de la santé publique du Canada; shalini.desai@phac-aspc.gc.ca

Co-investigatrice
Caron-Poulin L

Question

Le Canada a-t-il maintenu son statut sans polio en 2016?

Importance

- La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) est essentielle pour suivre l'évolution de la polio, dont la souche sauvage continue d'être transmise dans quelques pays du monde.
- Le Canada assure la surveillance de la PFA auprès de la population des moins de 15 ans, conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Méthodologie

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.pcsp.cps.ca/surveillance.

Définition de cas

Apparition soudaine d'une faiblesse ou d'une paralysie localisée caractérisée par une flaccidité (tonus réduit), sans autre cause évidente (p. ex., traumatisme) chez un enfant de moins de 15 ans. Les faiblesses transitoires (p. ex., faiblesse postconvulsive) ne doivent pas être déclarées.

Particularité de cette étude

Les cas sont saisis à la fois par l'entremise du PCSP et du Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT) installé dans 12 centres de soins tertiaires.

Résultats 2016

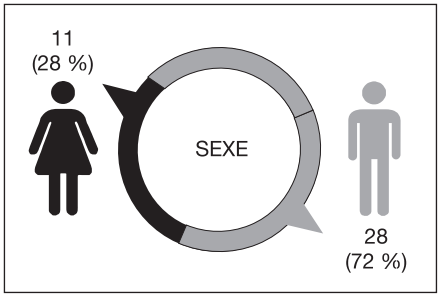
Remarque : En raison de retards de déclaration, ce rapport présente un portrait au 18 avril 2017.

Cas confirmés

- Au total, 72 cas de PFA ont été déclarés à l'Agence de la santé publique du Canada : 21 (29 %) provenaient du réseau du PCSP et 51 (71 %), d'IMPACT.
- Tous les cas de PFA ont été évalués d'après les définitions de cas nationales de PFA et de polio.
- Au moment de l'analyse, 39 cas respectaient officiellement la définition de cas de PFA, et aucun ne correspondait à la polio.
- La période moyenne entre l'apparition du cas et la déclaration est de 78 jours (plage de huit à 314 jours).

Données démographiques

- On a dénombré 28 garçons (72 %) et 11 filles (28 %).
- Les cas avaient entre moins d'un an et 14 ans, pour une moyenne de sept ans (IC à 95 % 5,5 à 8,5) et une médiane de 5,9 ans.



Présentation

- Hospitalisation : Les 39 cas (100 %) ont tous été hospitalisés, et leur séjour a oscillé entre un et 105 jours, pour une moyenne de 18 jours (IC à 95 % 9,8 à 26,2) et une médiane de 7,5 jours.
- Vaccins : 25 cas (64 %) avaient reçu leurs vaccins à jour contre la polio, neuf (23 %) étaient sous-vaccinés et les cinq autres (13 %) n'étaient assortis d'aucune donnée sur la vaccination.

- Diagnostics : Dix-huit cas (46 %) étaient des syndromes de Guillain-Barré et 12 (31 %), des myélites transverses. Les neuf autres cas (23 %) étaient diagnostiqués comme suit : encéphalomyélite aiguë disséminée, neuropathie axonale motrice ou sensorielle aiguë, myélite flasque aiguë, processus infectieux aigu et transitoire d'étiologie inconnue, paralysie à tiques et polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique.
- Aucun échantillon de selle n'était positif à la polio.
- Les échantillons de selle ont permis de dépister des *Campylobacter*, des entérovirus, des virus Coxsackie et des salmonelles.

Traitements et pronostic

- Le pronostic des 35 cas (90 %) connus au moment du rapport initial s'établissait comme suit : trois cas (9 %) s'étaient complètement rétablis et 32 (91 %) s'étaient rétablis partiellement et conservaient une faiblesse résiduelle.
- Le pronostic des 13 cas (33 %) déclarés au moins 60 jours après l'apparition de la paralysie ou de la faiblesse résiduelle s'établissait comme suit : sept cas (54 %) s'étaient complètement rétablis et six 6 (46 %) s'étaient partiellement rétablis.

TABLEAU 1 – Mesure des cibles de surveillance de la PFA par l'OMS au Canada en 2016[1]

Nombre de cas	Taux d'incidence*	% dotés d'une coproculture adéquate[2]†	% dotés d'un suivi au 60e jour‡
39	0,67	36 %	33 %

* La cible est de 1,0 cas de PFA sur 100 000 personnes de moins de 15 ans.
† La cible est d'au moins 80 % de cas confirmés assortis d'un échantillon de selle approprié.
‡ La cible est d'au moins 80 % d'examen de suivi de la paralysie résiduelle au moins 60 jours après son apparition.

Limites de l'étude

- Puisque cette étude est en cours, des retards de déclaration se produisent. Par conséquent, les chiffres devraient changer.
- L'incapacité du Canada à respecter la cible d'incidence définie par l'OMS relativement à la PFA semble dénoter une sous-déclaration.
- Il est parfois difficile d'obtenir les échantillons de selle chez les patients atteints de la PFA à cause de la nature de leurs symptômes, qui incluent la constipation. De plus, puisqu'on a accès rapidement aux tests diagnostiques avancés, on obtient souvent les diagnostics avant la collecte de l'échantillon de selle.

Conclusions

- Les données sont suffisantes pour indiquer qu'aucun cas de polio ne s'est manifesté au Canada, même si le Canada n'a pas respecté les indicateurs de rendement de l'OMS en matière de surveillance nationale de la PFA en 2016.

Effets anticipés de l'étude

- Le statut sans polio du Canada demeure intact.
- Dans ses efforts pour continuer de soutenir la *Polio Endgame Strategy* et renforcer la surveillance de la PFA, le Canada est à mettre à jour son protocole sur l'investigation de la PFA et la définition de cas nationale de la polio.

Publication et diffusion

Acute flaccid paralysis in Canadian youth, 1996 to 2014. Rotondo J, Desai S, Beaulieu M, Booth TF. *Canadian Journal of Neurological Sciences Conference*: 51e congrès annuel de la Fédération des sciences neurologiques du Canada, Québec, en juin 2016 (présentation orale)

Remerciements
Les investigatrices tiennent à remercier tous ceux qui participent à la collecte des données. Ils remercient également Jenny Rotondo, Susan Squires, Jenne Cunliffe et Marc-André Beaulieu pour leur excellent travail.

1. De l'information détaillée sur les indicateurs de rendement de la surveillance de l'OMS figurent à l'adresse http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/surveillance-indicators, en anglais.
2. Un échantillon de selle convenable désigne un prélèvement de selle obtenu dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie.

Sensibilisation Rh

juin 2016 à mai 2018

Michael Sgro

Investigateur principal

Michael Sgro, MD, FRCPC, université de Toronto, chercheur adjoint, *Li Ka Shing Knowledge Institute,* département de pédiatrie, *St. Michael's Hospital*; sgrom@smh.ca

Co-investigateurs

Baker J, Bhutani V, Campbell D, Decou ML, Hollamby K, Jegathesan T, Pavenski K, Zipursky A

Question

Quelle est l'incidence actuelle de sensibilisation Rh et d'hyperbilirubinémie néonatale grave associée à la maladie du groupe Rh nul au Canada?

Importance

- La sensibilisation Rh se produit lorsque les mères dont les globules rouges sont négatifs aux antigènes Rh(D) développent des anticorps anti-Rh(D), soit lors d'une grossesse antérieure alors que le fœtus était Rh(D) positif, soit par l'exposition à des antigènes Rh contenus dans des produits sanguins ou une transfusion.
- Les nouveau-nés d'une mère présentant une sensibilisation Rh peuvent souffrir d'un ictère grave ou d'une anémie, mourir d'une encéphalopathie bilirubinémique aiguë ou chronique ou présenter des lésions cérébrales découlant d'une hyperbilirubinémie néonatale grave.
- Plusieurs études récentes ont démontré que l'hyperbilirubinémie grave s'associe à des troubles du développement comme l'autisme, le retard du langage et le retard de développement global, même sans paralysie cérébrale choréo-athétosique concomitante.
- La maladie du groupe Rh nul est désormais considérée comme rare dans les pays où la prophylaxie à l'immunoglobuline Rh est administrée et où l'on connaît généralement le groupe sanguin et la sensibilisation Rh de la mère au moment de l'accouchement.

Méthodologie

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.pcsp.cps.ca/surveillance.

Définition de cas

Tout nourrisson âgé de 60 jours ou moins atteint de sensibilisation Rh(D) qui respecte TOUS les critères suivants :
- La mère est Rh négatif (D négatif).
- La mère obtient un dépistage des anticorps positifs anti-D. Il doit s'agir d'une allo-immunisation anti-D et non d'anticorps anti-D passifs provenant de l'immunoglobuline Rh (RhoGAM).
- Le sang du cordon ou le groupe sanguin du nourrisson est Rh positif (D positif).

Résultats – juin à décembre 2016

Cas confirmés

- Au moment de l'analyse, sept cas étaient confirmés.

Données démographiques

- Les cas confirmés provenaient de l'Ontario, de l'Alberta et du Québec.
- Six cas étaient nés au Canada. On ne connaissait pas le lieu de naissance du septième.

Présentation

- Les nourrissons avaient un âge gestationnel moyen de 36,5 semaines (plage de 35 à 38 semaines +6 jours).
- Les nourrissons avaient un âge moyen de 10,5 heures à la présentation.
- Leur moyenne d'hémoglobine était de 141 g/L (plage de 101 g/L à 200 g/L).
- Les nourrissons présentaient un taux de microbilirubine de pointe (MBR) de 283 µmol/L (plage de 29 µmol/L à 338 µmol/L).

Traitement et pronostic

- Les nourrissons ont reçu une moyenne de 960 heures de photothérapie.
- Deux cas ont reçu une exsanguinotransfusion et cinq, non.

Limites de l'étude

- Avant la naissance, l'obstétricien reçoit les rapports sur les anticorps. Par conséquent, il se peut que le pédiatre ne voie pas les résultats si le nourrisson est en bonne santé.

Conclusions

- La maladie du groupe Rh nul continue de se manifester au Canada.
- Malgré les mesures de santé publique en place au Canada, il faudra en ajouter d'autres pour prévenir la maladie du groupe Rh nul. Les facteurs à considérer sont les modifications aux tendances d'immigration, le refus de laisser administrer l'immunoglobuline Rh (RhoGAM) et la sensibilisation Rh avant 28 semaines de grossesse.

Effets anticipés de l'étude

- L'étude permettra de cerner les déclencheurs ou les facteurs de risque associés à l'hyperbilirubinémie néonatale grave, y compris l'apport de la maladie du groupe Rh nul à ce type d'hyperbilirubinémie au Canada.
- Les résultats de l'étude contribueront à comprendre comment mieux dépister la maladie du groupe Rh nul en fonction des tendances actuelles de l'immigration et d'autres causes de prophylaxie inadéquate à l'immunoglobuline Rh.

Remerciements
Les investigateurs tiennent à remercier Aidan Campbell de son aide dans la saisie des données.

Troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitants

janvier 2016 à décembre 2017

Debra Katzman

Investigateurs principaux

Debra Katzman, MD, FRCPC, *The Hospital for Sick Children* et université de Toronto; debra.katzman@sickkids.ca

Mark L. Norris, MD, FRCPC, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario et Université d'Ottawa; mnorris@cheo.on.ca

Co-investigateurs

Agostino H, Couturier J, Dominic A, Findlay S, Lam P-Y, Lane M, Spettigue W, Steinegger C, Taddeo D, Vyver E

Question

Quelle est l'incidence minimale de troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitants (TCARÉ) au sein de la population pédiatrique canadienne?

Importance

- Les TCARÉ désignent un trouble alimentaire qui vient d'être défini dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 5e édition* (DSM-5). Ils s'associent à une comorbidité physique et psychiatrique marquée.
- Les TCARÉ englobent les principales caractéristiques cliniques de consommation alimentaire évitante ou restrictive sans distorsion de la perception du poids et de la silhouette, tel qu'on l'observe chez les patients atteints d'anorexie nerveuse.
- L'évaluation de l'incidence de TCARÉ se situe entre 6 % et 14 % dans les centres pédiatriques de soins tertiaires qui disposent d'un programme sur les troubles de l'alimentation pédiatrique, mais aucune donnée ne porte sur l'incidence de TCARÉ dans des échantillons communautaires.
- On possède de l'information limitée sur le diagnostic, les caractéristiques cliniques, l'évolution et le traitement des TCARÉ chez les enfants et les adolescents.

Méthodologie

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.pcsp.cps.ca/surveillance.

Définition de cas

Tout enfant ou adolescent de l'âge de cinq ans jusqu'à son dix-huitième anniversaire, vu pendant le mois précédent, qui présente un trouble du comportement alimentaire nouvellement diagnostiqué (p. ex., manque d'intérêt apparent envers l'alimentation, évitement en fonction des caractéristiques sensorielles des aliments, préoccupation envers les conséquences répulsives de l'alimentation), démontré par l'échec persistant à respecter des besoins nutritionnels ou énergétiques suffisants et lié à au moins l'un des éléments suivants :

- Perte de poids importante (ou incapacité de prendre le poids prévu ou ralentissement de croissance chez les enfants)
- Carence nutritionnelle importante
- Dépendance envers l'alimentation entérale ou les suppléments alimentaires par voie orale
- Interférence marquée avec le fonctionnement psychosocial

Critères d'exclusion

Le trouble du comportement alimentaire :

- découle d'un manque de nourriture disponible,
- découle d'une pratique légitime selon la culture,
- est attribué à de l'anorexie mentale ou à de la boulimie,
- s'associe à des anomalies de la perception du poids ou de la forme corporelle,
- s'explique par un autre problème de santé ou par un trouble de santé mentale, et disparaîtra si cet autre problème est traité.

Résultats 2016

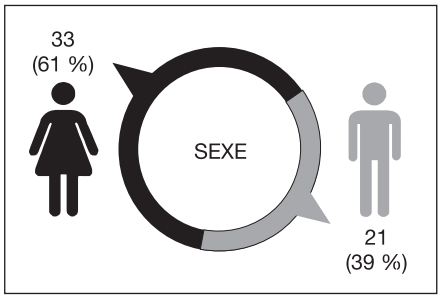
Cas confirmés

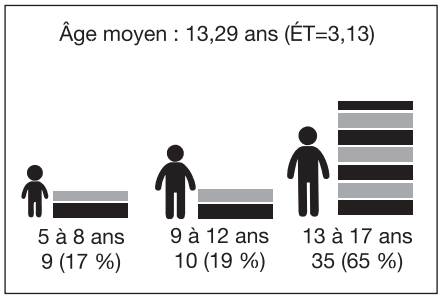
- Au moment de l'analyse, 54 cas étaient confirmés.

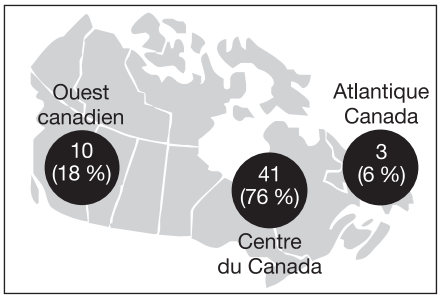
Données démographiques

- On recensait 33 filles (61 %) et 21 garçons (39 %).

- L'âge moyen des cas était de 13,29 ans (ÉT = 3,13). Les âges s'établissaient comme suit : neuf cas (17 %) avaient de cinq à huit ans, dix (19 %) avaient de neuf à 12 ans et 35 (65 %), de 13 à 17 ans.
- Les cas provenaient de l'Ouest canadien (dix, 18 %), du centre du Canada (41, 76 %) et de l'Atlantique (trois, 6 %).
- La majorité des cas (76 %) étaient blancs, mais neuf autres groupes de population ont été signalés.







Présentation

- La maladie s'était déclarée depuis une moyenne de 35 mois (ÉT = 36) avant le diagnostic.
- Les troubles de l'alimentation anormaux les plus courants s'établissaient comme suit : 46 cas (85 %) d'évitement des aliments, 46 cas (85 %) qui mangeaient, mais trop peu, 43 cas (80 %) qui ne se mettaient pas à manger ou qui ne cherchaient pas des aliments comme on aurait pu s'y attendre et 41 (76 %) qui ne semblaient pas intéressés par les aliments ou ne semblait pas souhaiter en manger.
- Les cas associés à des signes cliniques incluaient 32 patients (59 %) qui présentaient une interférence marquée avec le fonctionnement psychosocial, 30 (56 %) qui ne parvenaient pas à atteindre la prise de poids prévue, 27 (50 %) qui avaient perdu beaucoup de poids, 19 (35 %) qui présentaient une dépendance à l'alimentation entérale ou à des suppléments nutritionnels par voie orale, 11 (20 %) ayant un retard de croissance et 13 (24 %), une carence nutritionnelle marquée.
- Les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes observées dans les cas déclarés s'établissaient comme suit : 29 (54 %) souffraient d'anxiété, neuf (17 %), d'un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et six (11 %), d'une dépression.

Traitement et pronostic

- Au moment du rapport, les cas de TCARÉ subissaient les traitements suivants : 42 (78 %) recevaient un suivi médical ambulatoire, 32 (59 %), les conseils nutritionnels d'un diététiste, 24 (44 %), une psychoéducation, 22 (41 %), une thérapie familiale et 16 (30 %), une thérapie individuelle.
- Vingt-deux cas (41 %) avaient été hospitalisés. Les principales raisons de cette hospitalisation étaient, dans sept cas (32 %), un refus de s'alimenter, et dans cinq cas (23 %), une importante perte de poids ou une instabilité médicale.

Limites de l'étude

- Les pédiatres ne sont peut-être pas assez sensibilisés ni à l'aise pour appliquer les critères du DSM-5 à un trouble de l'alimentation qui est répertorié depuis relativement peu de temps chez les enfants et les adolescents.
- Les enfants et les adolescents des régions rurales ou éloignées n'ont pas toujours accès rapidement à un pédiatre qui posera le bon diagnostic.

Conclusions

- À l'heure actuelle, une longue période s'écoule entre l'apparition des symptômes et le diagnostic de TCARÉ. Il faudra mieux dépister les TCARÉ pour accélérer l'adoption d'un traitement pertinent.
- Chacun des critères diagnostiques du DSM-5 lié aux TCARÉ a été signalé dans la présente étude.
- La majorité des patients atteints de TCARÉ étaient des filles, mais les répondants ont déclaré un plus fort pourcentage de garçons atteints de TCARÉ que dans les populations d'adolescents plus âgés et d'adultes présentant une anorexie mentale ou une boulimie.
- La majorité des enfants et des adolescents étaient en traitement, et leur suivi médical était généralement de nature ambulatoire.

Effets anticipés de l'étude

- Cette étude sera la première à établir l'incidence minimale de TCARÉ chez les enfants et les adolescents du Canada.
- Les résultats de l'étude feront progresser les connaissances des cliniciens canadiens et des intervenants pertinents afin de faciliter le diagnostic et la prise en charge précoces des TCARÉ. Ces constatations pourraient donner lieu à des initiatives en matière de politiques, de formation et de santé publique.

Publication et diffusion

ARFID & medical monitoring: A focus on pediatric eating disorders. Katzman DK, Norris ML. Congrès annuel du réseau de l'*Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders*, Toronto, décembre 2016 (présentation orale)

Remerciements
Nous tenons à remercier Karizma Mawjee, MA, pour son aide dans le cadre de l'étude du PSCP sur les TCARÉ.

Tuberculose infantile

octobre 2013 à septembre 2016 – rapport définitif

Ian Kitai

Investigateurs principaux

Ian Kitai, MB, BCh, FRCPC, spécialiste de la tuberculose, division d'infectiologie, *The Hospital for Sick Children*; ian.kitai@sickkids.ca

Shaun K. Morris, MD, MHP, FRCPC, clinicien-chercheur, division d'infectiologie, *The Hospital for Sick Children*; shaun.morris@sickkids.ca

Co-investigateurs

Al-Azem A, Alvarez G, Archibald C, Baikie M, Consunji-Araneta R, Cook V, Elwood K, Gallant V, Grueger B, Hui C, Langley JM, Miners A, Pernica J, Radziminski N, Rea E, Salvadori M, Sauvé L, Stewart K, Tse-Chang A, Wong S, Wong T, Zielinski D

Question

Quelle est l'épidémiologie et la présentation clinique de la tuberculose infantile au Canada et à quel point le diagnostic, la microbiologie, le traitement et les pronostics varient-ils?

Importance

- Les modifications aux tendances d'immigration en provenance de régions endémiques à la tuberculose, la hausse du nombre d'enfants immunodéprimés en raison d'une maladie sous-jacente, d'un traitement ou de transplantations et l'évolution rapide des tendances de résistance microbienne font ressortir l'importance de comprendre l'épidémiologie et les antécédents cliniques de la tuberculose infantile au Canada.
- À l'heure actuelle, on possède peu d'information détaillée issue de la population sur l'incidence, la présentation clinique, les méthodes diagnostiques et les réponses au traitement de la tuberculose infantile au Canada.

Méthodologie

On peut se procurer la version intégrale du protocole à l'adresse suivante : www.pcsp.cps.ca/surveillance.

Définition de cas

Nouveau cas de tuberculose active ou reprise du traitement de la tuberculose chez un patient de moins de 15 ans

Tuberculose démontrée

1. Confirmée en laboratoire
   Isolement du *Mycobacterium tuberculosis* complexe dans tout échantillon clinique : Culture positive **OU** test positif d'amplification des acides nucléiques (TAAN), notamment *M tuberculosis, M africanum, M canetti, M caprae, M microti, M pinnipedii* ou *M bovis* (à l'exception de la souche de BCG *M bovis*)
2. Confirmée en clinique

Probablement intrathoracique	**Probablement extrapulmonaire – non pleurale**
Signes et symptômes, histologie indicateurs d'une tuberculose ou contact étroit avec un cas source infectieux	Signes et symptômes, histologie ou constatations à la radiologie diagnostique évocateurs d'une tuberculose
Radiographie pulmonaire évocatrice d'une tuberculose intrathoracique	
et au moins l'un des éléments suivants : • Réponse clinique positive à un traitement contre la tuberculose • Exposition étayée à un cas actif de *M tuberculosis* infectieux • Manifestations immunologiques d'infection par le *M tuberculosis* : Test positif de sensibilité à la tuberculine (TST) ou test positif de libération d'interféron-gamma (TLIG)	

Tuberculose présumée

Traitement de tuberculose présumée à tout foyer à l'aide d'au moins trois médicaments contre la tuberculose

Les cas sont qualifiés de « nouveau » ou de « reprise du traitement » d'après les critères suivants :

- **Nouveau cas actif de tuberculose :** Aucune donnée étayée ou aucuns antécédents de tuberculose active par le passé.
- **Reprise du traitement de la tuberculose :**
  1. a) Données étayées ou antécédents pertinents de tuberculose active par le passé, qui a été déclarée guérie ou dont le traitement était terminé selon les normes à jour;

b) Au moins six mois d'intervalle depuis le dernier jour du traitement précédent;
c) Diagnostic d'épisode subséquent de tuberculose qui respecte la définition de cas de tuberculose active.
OU

2. a) Données étayées ou antécédents pertinents de tuberculose active par le passé, qui ne peut pas être déclarée guérie ou dont le traitement n'était pas terminé selon les normes à jour;
b) Maladie inactive pendant au moins six mois après le dernier jour du traitement précédent;
c) Diagnostic d'épisode subséquent de tuberculose qui respecte la définition de cas de tuberculose active.

Critères d'exclusion

- Isolement d'un autre pathogène, y compris des mycobactéries atypiques
- Arrivée du patient au Canada en traitement contre la tuberculose pour soigner une tuberculose présumée, mais dont le traitement est abandonné parce qu'un bilan au Canada laisse supposer qu'il ne s'agit pas d'une tuberculose
- Patient atteint d'une tuberculose latente (positive au TST ou au TLIG, sans anomalies cliniques ou radiologiques)

Particularité de cette étude

Outre les pédiatres, les investigateurs ont recruté des non-pédiatres qui prennent en charge des enfants atteints de tuberculose. Ceux-ci ont colligé des données de suivi tous les six mois, jusqu'à six mois suivant la fin du traitement.

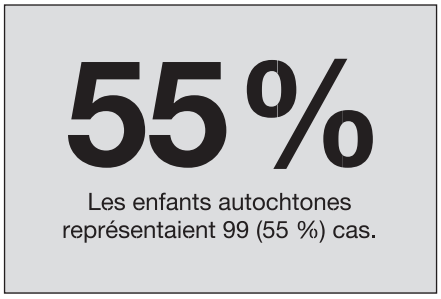
Résultats – octobre 2013 à septembre 2016

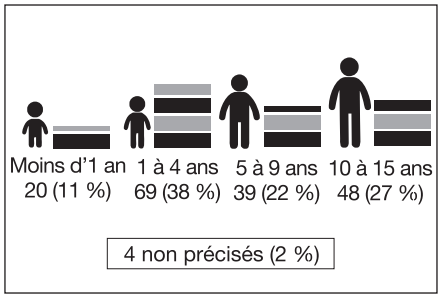
Cas confirmés

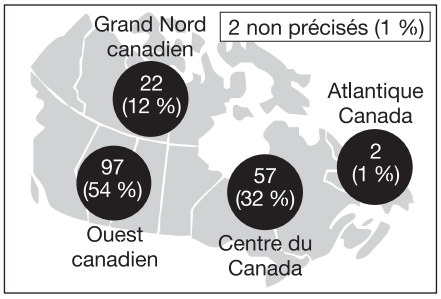
- Au moment de l'analyse, 180 cas étaient confirmés. Puisque l'analyse est en cours, il se peut que les totaux indiqués ci-dessous ne reflètent pas ce nombre. D'autres cas n'ont pas encore été confirmés ni ajoutés.

Données démographiques

- Les enfants atteints avaient les âges suivants : 20 (11 %) avaient moins d'un an, 69 (38 %), de un à quatre ans, 39 (22 %), de cinq à neuf ans, 48 (27 %), de dix à 15 ans, et dans quatre cas (2 %), l'âge n'était pas précisé.
- Il y avait 88 garçons (49 %) et 87 filles (48 %). Le sexe n'était pas indiqué dans cinq cas (3 %).
- La province ou le territoire de résidence s'établissait comme suit (les données de la Saskatchewan n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction) : dix (6 %) provenaient de la Colombie-Britannique, 23 (13 %), de l'Alberta, 64 (36 %), du Manitoba, 34 (19 %), de l'Ontario, 23 (13 %), du Québec, deux (1 %), de l'Atlantique, 22 (12 %), du Nunavut et dans deux cas (1 %), le lieu de résidence avait été omis.
- Les cas confirmés faisaient partie des groupes de population suivants : 68 (38 %) faisaient partie des Premières nations, 39 (22 %), étaient nés au Canada, mais n'étaient pas d'origine autochtone, 30 (17 %), étaient inuits, un (< 1 %), était autochtone, mais l'origine n'était pas précisée, 11 (6 %) étaient nés au Canada, mais leur origine n'était pas précisée, 29 (16 %) n'étaient pas nés au Canada et dans deux cas (1 %), l'origine n'était pas indiquée.
- Les enfants autochtones représentaient 99 (55 %) cas.
  — Chez les enfants des Premières nations, 54 cas sur 68 (79 %) habitaient dans une réserve et 61 sur 68 (90 %), au Manitoba.
  — Chez les enfants inuits, 20 sur 30 (67 %) habitaient au Nunavut et dix sur 30 (33 %), au Québec.
  — Douze enfants autochtones (12 %) étaient atteints d'une tuberculose latente traitée auparavant, par rapport à quatre cas sur 68 (6 %) chez les enfants d'origine non autochtone.







Présentation

Foyer de la maladie

- Intrathoracique : 160 cas sur 180 (89 %), dont au moins 111 avaient une atteinte pulmonaire. Les autres foyers incluaient la plèvre (15) et les ganglions intrathoraciques[†].
- Extrathoracique : 36 cas sur 180 (20 %), dont 22 touchant le système nerveux central (SNC), cinq, les glandes miliaires, cinq, les ganglions lymphatiques extrathoraciques ainsi que d'autres foyers incluant le péricarde, l'abdomen et les os[*].
  — Près de la moitié des cas extrathoraciques (17 sur 36, 47 %) touchaient des enfants de dix à 15 ans.
  — L'atteinte du SNC touchait surtout des enfants autochtones (17 cas sur 22; 77 %).

Microbiologie

- Les investigateurs ont recensé un cas de *Mycobacterium bovis*. Dans tous les autres cas, le *Mycobacterium tuberculosis* était en cause.

- Les cultures étaient positives dans 58 des 139 cas (42 %) qui avaient fait l'objet d'une tentative de mise en culture de prélèvements respiratoires‡.
- Les enfants dont la culture était positive avaient les âges suivants : cinq sur 14 (36 %) avaient moins d'un an, 18 sur 53 (34 %), de un à quatre ans, 11 sur 30 (37 %), de cinq à neuf ans, 23 sur 40 (58 %), de dix à 15 ans et dans la moitié des cas (50 %), l'âge n'était pas précisé.

* Puisque les foyers ne sont pas mutuellement exclusifs, les totaux ne sont pas représentatifs.
† Certains cas intrathoraciques sont en attente d'un classement définitif.
‡ Expectorations, aspirats gastriques ou lavage bronchoalvéolaire.

Résistance aux médicaments

- Deux cas de tuberculose étaient multirésistants (un démontré par des tests microbiologiques et un démontré sur le plan clinique, d'après les sensibilités du cas source).
- Deux cas étaient monorésistants (isoniazide et streptomycine).

Traitement et pronostic

- Traitement : 138 cas sur 149 (93 %) avaient reçu un traitement directement observé.
- Hospitalisation : Une hospitalisation s'est imposée dans 93 des 163 cas (57 %). Ces cas sont demeurés hospitalisés pendant une période médiane de 14 jours (écart interquartile de sept à 21 jours), dont 11 (12 %) en soins intensifs.
- Médication : Au total, 18 cas sur 169 (11 %) ont souffert de réactions indésirables à un ou plusieurs médicaments qui les ont obligés à changer leur médication. Ces réactions étaient surtout attribuables à la pyrazinamide (12) et à l'isoniazide (5).
- Aucun décès n'a été déclaré.

Limites de l'étude

- Il est difficile de diagnostiquer la tuberculose chez les enfants, et la prise en charge s'étend sur de nombreux mois, ce qui complique la collecte des données.
- Souvent, le médecin qui pose le diagnostic initial et déclare le cas au PCSP ne prend pas le suivi du patient en charge, ce qui complique l'obtention des données de suivi.

Conclusions

- La tuberculose infantile touche un nombre disproportionné d'enfants des Premières nations et inuits et d'enfants nés à l'extérieur du Canada.
- La majorité des enfants présentant une atteinte pulmonaire ont obtenu des cultures négatives, tandis que le taux de cas extrathoraciques chez les enfants plus âgés et les adolescents était plus élevé que ce qui a été décrit par le passé.
- Le taux de résistance aux médicaments était faible.
- Chez 11 % des enfants, des réactions indésirables au traitement se sont manifestées.

Effets anticipés de l'étude

- Cette première étude prospective pancanadienne de la tuberculose infantile démontre une variation régionale importante sur le plan de l'incidence, du foyer de la maladie et de sa gravité dans des groupes définis, particulièrement les enfants autochtones.
- Les résultats contribueront à éclairer les décisions politiques en matière de prévention, de dépistage et de traitement de la tuberculose chez les enfants canadiens, ainsi qu'à renforcer les interventions auprès des enfants autochtones et nés à l'étranger.

Publication et diffusion

Midpoint results of national surveillance of childhood tuberculosis. Giroux R, Jamal A, Kitai I, Consunji-Araneta R, Baikie M, Morris SK & the CPSP Childhood TB Study Group. Congrès annuel des *Pediatric Academic Societies*, Baltimore, en avril-mai 2016 (présentation par affiche)

Midpoint results of national surveillance of childhood tuberculosis. Giroux R, Jamal A, Kitai I, Consunji-Araneta R, Baikie M, Morris SK & the CPSP Childhood TB Study Group. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Charlottetown, en juin 2016 (présentation par affiche)

Preliminary results of national surveillance of childhood tuberculosis in Canada. Giroux R, Montgomery-Soong A, Consunji-Araneta R, Kitai I, Morris SK & the CPSP Childhood TB Study Group. Congrès de l'*International Union against Tuberculosis and Lung Disease-NAR*, Vancouver, en février 2017 (présentation orale et par affiche)

Remerciements
Nous remercions tous les co-investigateurs pour leur contribution, de même que nos trois étudiants : Ryan Giroux, Alainna Jamal et Aaryn Montgomery-Song. Nous remercions également le *Centre for Global Child Health* de *The Hospital for Sick Children* et l'Agence de la santé publique du Canada.

Sondages ponctuels

Aide médicale à mourir : nourrissons, enfants et adolescents

mai 2016

Dawn E. Davies

Investigatrice principale
Dawn E. Davies, MD, hématologie, oncologie et soins palliatifs, *Stollery Children's Hospital*; dawn.davies@albertahealthservices.ca

Question

À quelle fréquence les pédiatres canadiens participent-ils à des conversations exploratoires ou reçoivent-ils des demandes explicites d'aide médicale à mourir?

Importance

- Après le jugement Carter contre Canada (Cour Suprême du Canada 2015), la loi C-14 a été adoptée en juin 2016. Celle-ci autorise l'aide médicale à mourir pour les adultes aptes (d'au moins 18 ans) dans des situations particulières.
- L'inclusion des mineurs émancipés a fait l'objet de débats. Même s'ils ne sont pas admissibles à l'aide médicale à mourir pour l'instant, le Parlement recevra une analyse indépendante de cette question d'ici décembre 2018.
- L'aide médicale à mourir est autorisée au Québec depuis décembre 2015 (loi 52). L'admissibilité est limitée aux personnes de 18 ans et plus.
- Il n'existe aucune donnée canadienne sur les demandes d'aide médicale à mourir faites par des mineurs. Ces demandes peuvent également émaner des parents.

Méthodologie

Les pédiatres et pédiatres spécialisés ont reçu un sondage ponctuel par l'entremise du PCSP. Il est possible de le consulter à l'adresse www.pcsp.cps.ca/surveillance.

Particularité de ce sondage

Tous les membres de la Société canadienne de pédiatrie ont reçu un sondage complémentaire, conçu pour explorer les attitudes et les convictions des médecins à l'égard de l'aide médicale à mourir. Les investigateurs utiliseront les deux groupes de données pour procéder à l'analyse scientifique.

Résultats

Le taux de réponse au sondage s'élevait à 40 % (1 050 répondants sur 2 597 professionnels de la santé).

La plupart des répondants étaient des pédiatres généraux (588; 56 %). Les autres faisaient partie de diverses surspécialités, dont le pourcentage le plus important travaillait en néonatologie (62; 6 %).

Soins palliatifs ou soins de fin de vie

- Un peu plus du tiers des participants a déclaré fournir des soins palliatifs ou des soins de fin de vie (370; 35 %).
- Près des deux tiers des participants ont indiqué disposer d'un accès convenable aux soins palliatifs (690; 66 %).

Conversations directes avec des mineurs

- Dans l'ensemble, 35 participants ont déclaré avoir eu des discussions exploratoires sur l'aide médicale à mourir avec des mineurs, pour un total de 60 patients des âges suivants : quatre (7 %) de moins de dix ans, 11 (18 %) de dix à 13 ans, 40 (67 %) de 14 à 18 ans et cinq (8 %) dont l'âge n'était pas précisé.
- Neuf participants se souviennent d'une demande explicite d'aide médicale à mourir, faite par 17 mineurs des âges suivants : un de moins de dix ans, trois de dix à 13 ans et 13 de 14 à 18 ans.

Conversations avec des parents pour le compte d'enfants mineurs

- Dans l'ensemble, 118 participants ont déclaré avoir eu des discussions exploratoires sur l'aide médicale à mourir avec des parents, pour un total de 419 patients mineurs des âges suivants : 157 nouveau-nés (37 %) de 30 jours ou moins, 70 nourrissons (17 %) de un à 12 mois, 144 enfants (34 %) de un à 13 ans et 48 adolescents (11 %) de 14 à 18 ans.
- Quarante-cinq participants se rappellent une demande explicite d'aide médicale à mourir faite par 91 parents d'enfants ou d'adolescents ayant les âges suivants : 42 nouveau-nés (46 %) de 30 jours ou moins, 19 nourrissons (21 %) de un à 12 mois, 22 enfants (24 %) de un à 13 ans et huit adolescents (9 %) de 14 à 18 ans.

Limites du sondage

- Les patients peuvent être comptés plus d'une fois (s'il a parlé d'aide médicale à mourir à plus d'un répondant).
- Certains répondants ont soumis l'incidence cumulative des discussions tout au long de leur carrière, et non « depuis un an ».

Conclusions

- Les participants au PCSP du Canada entier ont signalé des conversations sur l'aide médicale à mourir et des demandes d'aide médicale à mourir à la fois de mineurs et de parents.
- Il y avait plus de cinq fois plus de discussions avec les parents et de demandes explicites de leur part qu'avec les mineurs.
- Une forte proportion des discussions et des demandes explicites d'aide médicale à mourir de la part des parents touchait un nourrisson ou un nouveau-né.
- Les discussions avec les mineurs et les demandes explicites de leur part sont relativement rares.
- Quinze des 60 mineurs (25 %) avec qui les répondants ont eu des discussions exploratoires avaient moins de 14 ans. Il est donc peu probable qu'ils soient considérés comme des mineurs émancipés dans le cadre du débat juridique actuel.

Effets anticipés du sondage

- Le Conseil des académies canadiennes recevra les résultats du sondage, car il est responsable de l'analyse indépendante visant à évaluer l'inclusion des mineurs émancipés aux critères d'admissibilité de l'aide médicale à mourir. Une fois l'analyse terminée, les résultats pourraient éclairer de futures lois en matière de santé.
- Les résultats éclaireront également le document de principes que la Société canadienne de pédiatrie est en train de préparer sur l'aide médicale à mourir.

Publication et diffusion

Headline news, Physician-assisted dying: Should kids ever be considered? Davies D, Shariff M, Emberley J. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Charlottetown, juin 2016 (présentation orale)

Remerciements
Nous remercions sincèrement monsieur Vimal Goundar pour son aide dans l'analyse des données.

Blessures graves et décès causés par les véhicules tout-terrain (VTT)

octobre 2016

Peter Gill

Lauréats de la bourse de recherche du PCSP pour les résidents

Investigateurs principaux

Peter Gill, MD, département de pédiatrie, *The Hospital for Sick Children*; peter.gill@sickkids.ca

Thomas McLaughlin, MD, département de pédiatrie, *The Hospital for Sick Children*; thomas.mclaughlin@sickkids.ca

Daniel Rosenfield, MD, département de pédiatrie, *The Hospital for Sick Children*; daniel.rosenfield@mail.utoronto.ca

Co-investigateurs

Beno S, Moore Hepburn C, Yanchar N

Question

Quel est le fardeau des blessures graves et des décès liés au VTT chez les enfants et les adolescents du Canada, et à quel point les participants au PCSP connaissent-ils les lois et les pratiques de promotion de la santé liés aux VTT?

Importance

- Les VTT sont l'unes des principales causes de blessures graves chez les enfants et les adolescents.
- Au Canada, 36 % des hospitalisations causées par des blessures en VTT touchent des enfants de cinq à 19 ans, et 15 % à 21 % des décès liés à un VTT touchent des enfants de moins de 16 ans, généralement à cause d'un traumatisme crânien.
- Certaines provinces canadiennes (p. ex., le Québec) ont adopté des lois sur la sécurité, y compris des restrictions liées à l'âge, une formation obligatoire sur la sécurité et le port du casque.
- Les régions sociosanitaires où les lois sur la sécurité des VTT sont plus sévères présentent un taux de blessures plus faible à court terme.

Méthodologie

Les pédiatres et pédiatres surspécialisés ont reçu un sondage ponctuel par l'entremise du PCSP. Il est possible de le consulter à www.pcsp.cps.ca/surveillance.

Résultats

Le taux de réponse au sondage s'élevait à 32 % (904 répondants sur 2 793 professionnels de la santé).

Répondants

- Les répondants faisaient partie des champs de pratique suivants : 497 (55 %) étaient pédiatres généraux, 364 (40 %), pédiatres surspécialisés, 29 (3 %), urgentologues et 14 (2 %), pédiatres intensivistes.
- Les milieux de pratique s'établissaient comme suit (certains participants exercent dans plus d'un milieu) : 95 (11 %) en milieu rural ou éloigné, 142 (16 %) en milieu suburbain, et 733 (81 %) en milieu urbain.
- Quatre-vingts répondants (9 %) ont déclaré des cas.
- Les 78 participants qui ont déclaré le lieu des cas ont indiqué que six (8 %) venaient de la Colombie-Britannique, 12 (15 %) de l'Alberta, neuf (12 %) de la Saskatchewan, six (8 %) du Manitoba, 26 (33 %) de l'Ontario, 15 (19 %) du Québec, et quatre (5 %) de l'Atlantique.

Blessures et décès liés aux VTT

- Les participants ont déclaré 181 cas de blessures graves ou fatales liées à un VTT, y compris six décès.
- Les décès ont été déclarés par des participants de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Québec.
- Les décès et les blessures liés aux VTT étaient plus fréquents entre les mois de mai et d'août. En effet, 48 % des cas (71 cas sur 147) se produisaient en juillet-août et 25 % (37 cas sur 147) en mai-juin.

Données démographiques

- On a recensé 133 garçons (78 %) et 37 filles (22 %) sur 170 cas.
- Les cas se situaient dans les plages d'âge suivantes : 11 (6 %) avaient de un à quatre ans, 40 (22 %) de cinq à neuf ans, 82 (45 %) de dix à 14 ans, et 48 (27 %) de 15 à 19 ans. Aucun cas n'a été déclaré chez des enfants de 12 mois et moins. .

Présentation

- Au moment des blessures et des décès liés à un VTT, 83 % des cas (139 sur 167) utilisaient le véhicule à des fins récréatives. Les autres activités incluaient six cas (4 %) de course, six cas (4 %) de travaux agricoles, six cas (4 %) de déplacements et dix cas (6 %) inconnus.
- Le lieu des blessures et des décès était déclaré dans 167 cas, comme suit : 57 (34 %) sur des terrains privés, 32 (19 %) sur des terrains publics, 17 (10 %) sur les territoires des Premières nations et aucun (0 %) dans des parcs de VTT. Dans 61 cas (37 %), le lieu n'était pas précisé.
- Dans 52 % des cas (87 sur 167), la blessure ou le décès en VTT n'avait pas eu lieu sur une route.
- Un enfant ou un adolescent était le conducteur dans 59 % des cas (99 sur 168).

Sensibilisation des professionnels de la santé

- Quatre-vingt-quatre pour cent des répondants (604 sur 722) connaissaient le document de principes de la Société canadienne de pédiatrie sur la prévention des blessures en VTT.
- Soixante-huit pour cent des répondants (486 sur 720) savaient qu'il ne faut pas transporter des passagers en VTT.
- Près de la moitié des répondants (351 sur 722; 49 %) savait que les enfants et les adolescents qui conduisent un VTT doivent recevoir des cours de formation en sécurité des VTT, qui sont obligatoires dans certaines provinces.
- Même si les professionnels de la santé étaient très informés, 86 % des répondants (615 sur 718) ont affirmé n'avoir jamais parlé de la sécurité en VTT avec leurs patients, ou sinon seulement occasionnellement.

Limites du sondage

- Dans le cadre d'un sondage ponctuel, il n'est pas possible d'obtenir de l'information précise sur chaque cas, et particulièrement sur les décès.
- Certaines observations sont limitées en raison des réponses incomplètes qu'ont données les participants au sondage relativement à certains éléments des données. Par exemple, les questions sur les données démographiques de médecins étaient complètes dans plus de 95 % des sondages, mais les questions relatives aux connaissances des médecins n'avaient pas été remplies dans 20 % à 25 % des cas.

Conclusions

- Malgré les efforts pour réduire les blessures des enfants et adolescents canadiens en VTT, un nombre important de graves blessures et de décès sont encore causés par leur utilisation.
- Les blessures et les décès causés par les VTT chez les enfants canadiens en 2016 étaient plus courants chez les enfants plus âgés qui étaient conducteurs et utilisaient le véhicule à des fins récréatives.
- La plupart des médecins qui ont déclaré des cas (68 %; 53 sur 78) exerçaient dans des régions où il n'y avait pas de formation obligatoire sur la sécurité en VTT pour les enfants, soit l'Ontario, l'Alberta, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique. Tous les décès, sauf un, ont été déclarés par des médecins qui exerçaient dans ces provinces.

Effets anticipés du sondage

- Les blessures graves et les décès causés par les VTT représentent un problème grave au Canada, qui peut être résolu avec efficacité par une réponse multidimensionnelle, y compris l'adoption de lois et une meilleure sensibilisation des parents et des professionnels de la santé aux questions de sécurité.
- Les résultats du sondage seront transmis dans les provinces et les territoires qui envisagent des lois sur les VTT pour contribuer à réduire le nombre de décès et d'accidents causés par les VTT chez les enfants et les adolescents.
- Les résultats du sondage seront communiqués aux pédiatres canadiens, car bon nombre ont déclaré ne pas parler de sécurité en VTT avec leurs patients, même s'ils connaissaient le document de principes de la Société canadienne de pédiatrie sur la prévention des blessures en VTT.

Problèmes de santé physique et mentale des enfants et adolescents réfugiés syriens

août 2016

Charles P.S. Hui

Investigateur principal

Charles P.S. Hui, MD, division infectiologie, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario; chui@cheo.on.ca

Co-investigateurs

Audcent T, Auger L, Barozzino T, Banerji A, Beiser M, Moore Hepburn C, Pottie K, Rashid M, Rowan-Legg A

Question

Quelle était l'expérience des pédiatres et pédiatres surspécialisés dans les soins aux enfants et adolescents réfugiés issus de la Syrie?

Importance

- L'éclatement de la guerre civile en Syrie et la crise humanitaire qui en a découlé ont contraint la population à un exode. Ainsi, des millions de personnes ont été déplacées pendant plus d'un an. En transit, dans les camps de réfugiés ou dans des villes avoisinantes, les réfugiés n'ont souvent pas accès à des soins.
- Le Canada a réinstallé plus de 40 000 réfugiés syriens entre novembre 2015 et février 2017, dont 50 % étaient des enfants.
- Il est démontré que la santé des enfants migrants est à risque. Très peu de données sont publiées sur l'état de santé des enfants et adolescents réfugiés d'origine syrienne.
- Pour faire progresser les soins fondés sur des données probantes des enfants et adolescents réfugiés et pour éclairer la planification des systèmes de santé provinciaux et fédéral tenant compte de cette population unique et vulnérable, il faut colliger de l'information sur l'état de santé des enfants et adolescents réfugiés d'origine syrienne.

Méthodologie

Les pédiatres et pédiatres surspécialisés ont reçu un sondage ponctuel par l'entremise du PCSP. Il est possible de le consulter à l'adresse www.pcsp.cps.ca/surveillance.

Particularité de cette étude

Les cliniciens qui participent aux soins dans les cliniques pour les réfugiés, y compris ceux qui ne font pas partie de la liste habituelle des participants au PCSP, ont été invités à remplir le sondage.

Résultats

Le taux de réponse au sondage s'est élevé à 31 % (856 répondants sur 2 798 professionnels de la santé).

Soins des enfants et adolescents réfugiés issus de la Syrie

- Trente-six pour cent des répondants (304 sur 856) ont indiqué avoir vu ou évalué des enfants ou des adolescents syriens au cours des 12 mois précédents ou avoir pris leurs soins en charge. De ce nombre, 144 (47 %) étaient des pédiatres généraux, 137 (45 %) des surspécialistes et 23 (8 %) d'autres professionnels de la santé des enfants.
- La majorité (62 %) avait soigné moins de cinq enfants et adolescents réfugiés issus de la Syrie.

Besoins de santé

- Une forte proportion des répondants a déclaré avoir observé des problèmes de santé physique et mentale importants au sein de la population d'enfants et d'adolescents réfugiés issus de la Syrie, y compris des maladies non infectieuses comme le retard de croissance staturo-pondérale ou la malnutrition et une grave anémie ferriprive (221 répondants; 73 %), des problèmes médicaux complexes (160 répondants; 53 %), des troubles psychosociaux comme un syndrome de stress post-traumatique et une anxiété ou une dépression (110 répondants; 36 %) et une maladie infectieuse comme une hépatite B, une leishmaniose cutanée et des strongyloïdoses (31 répondants; 10 %).

- Un peu moins de la moitié des répondants (143; 47 %) ont participé aux soins de réfugiés syriens hospitalisés.
- Quatre-vingt-sept répondants (29 %) ont soigné des enfants qui avaient besoin d'être dirigés d'urgence vers un dentiste. De ce nombre, 28 % ont éprouvé de la difficulté à trouver un dentiste pour accepter la demande.

Services d'interprètes

- La majorité des répondants (263; 87 %) a déclaré avoir eu accès aux services d'interprètes dans la majorité des cas.
- Chez ceux qui avaient eu accès aux services d'interprètes, 67 % avaient recouru aux services d'interprètes professionnels, 50 (19 %), à ceux d'interprètes non professionnels et 32 (12 %), à ceux d'amis et de membres de la famille.

Limites du sondage

- Les pédiatres, les pédiatres surspécialisés faisant partie du PCSP et les cliniciens qui soignent des réfugiés ont reçu ce sondage ponctuel. La majorité des enfants et adolescents réfugiés ne rencontreront probablement pas de spécialiste, car la supervision systématique des patients en santé est assurée en grande partie par des médecins de famille. Les spécialistes voient surtout des pathologies complexes et graves, quelle que soit la population. Le PCSP ne permet pas de procéder à des mesures de la santé en population, et les résultats ne devraient pas être interprétés comme représentatifs de toute la population de réfugiés syriens.
- La majorité des répondants était des pédiatres de milieu urbain et universitaire, c'est-à-dire qu'ils formaient un groupe de professionnels de la santé qui prend en charge les problèmes de santé les plus complexes et les plus graves chez les enfants et les adolescents.
- Il est difficile de dépister les troubles de santé mentale en raison de l'obstacle de la langue (et de la nécessité de recourir aux services d'interprètes) et des autres entraves associées à la prestation des soins dans un nouveau contexte culturel. De plus, le dépistage des troubles de santé mentale ne convient souvent pas à une première rencontre clinique, sans compter que de nombreuses familles de réfugiés syriens venaient à peine d'arriver au Canada au moment de ce sondage.

Conclusions

- Les pédiatres, les pédiatres surspécialisés et les cliniciens de première ligne des réfugiés ont déclaré avoir observé une variété de problèmes de santé physique et mentale dans le cadre de leurs soins aux enfants et adolescents réfugiés issus de la Syrie. Grâce à l'accès à des soins appropriés, bon nombre des problèmes de santé les plus fréquents peuvent être traités sans problème.
- Les pédiatres et pédiatres surspécialisés de divers milieux cliniques ont rencontré des enfants et adolescents réfugiés issus de la Syrie. Par conséquent, tous les professionnels de la santé, et non seulement ceux qui exercent dans des cliniques réservées aux réfugiés, ont besoin d'une formation sur la santé des réfugiés.
- L'accès à des services dentaires et aux services d'interprètes professionnels n'est pas optimal et peut avoir compromis à la fois le pronostic et l'intégration des nouveaux arrivants syriens au Canada.

Effets anticipés du sondage

- Les résultats de l'étude peuvent éclairer la formation de tous les professionnels de la santé en matière de santé des réfugiés. Le dépistage et les outils de prise en charge fondés sur des données probantes (y compris des lignes directrices à jour sur l'évaluation de santé des enfants et des adolescents néo-canadiens), la formation pour s'y retrouver dans le système et la compétence culturelle amélioreront les soins médicaux de ce groupe vulnérable.
- Les données de ce sondage peuvent également éclairer les efforts plus vastes en vue d'étendre à la fois les soins dentaires et les services d'interprètes professionnels à tous les Canadiens vulnérables, y compris, sans s'y limiter, la population des réfugiés.

Remerciements

Nous tenons à remercier l'unité de recherche clinique de l'Institut de recherche clinique du CHEO (Yael Kamil, Tyrus Crawford, Vid Bijelic, Nick Barrowman) qui ont contribué à la saisie et à l'analyse des données.

Test de saturométrie néonatale

février 2016

Kenny K. Wong

Investigateurs principaux

Kimberly E. Dow, MD, *Kingston General Hospital*; dowk2@kgh.kari.net

Kenny K. Wong, MD, *IWK Health Centre*; kenny.wong@iwk.nshealth.ca

Question

Quelles sont les perceptions des pédiatres canadiens envers le test de dépistage par saturométrie néonatale (TDSN) et dans quelle mesure ce test est-il utilisé au Canada?

Importance

- La cardiopathie congénitale critique (CPCC) demeure une cause importante de décès des nourrissons, et un diagnostic précoce réduit la morbidité, la mortalité et les incapacités.
- Les stratégies de dépistage actuelles, y compris l'échographie prénatale et l'examen physique du nouveau-né, sont très utiles, mais une lacune demeure sur le plan du diagnostic.
- Il est démontré que le test de dépistage par saturométrie néonatale (TDSN) améliore le dépistage de la CPCC, car il permet de repérer des niveaux d'hypoxémie autrement impossibles à détecter à l'évaluation clinique. L'*American Academy of Pediatrics* (AAP) a approuvé l'utilisation du TDSN en 2012, mais on ne connaît pas le statut de ce test de dépistage au Canada.

Méthodologie

Les pédiatres et pédiatres surspécialisés ont reçu un sondage ponctuel par l'entremise du PCSP. Il est possible de le consulter à l'adresse www.pcsp.cps.ca/surveillance.

Résultats

Le taux de réponse au sondage s'élevait à 25 % (660 répondants sur 2 601 professionels de la santé).

De ce nombre, 405 (61 %) étaient des pédiatres généraux, 254 (38 %), des pédiatres surspécialisés et un a indiqué « autre ».

Soins des nouveau-nés atteints d'une CPCC

- Les répondants ont indiqué qu'au cours des deux années précédentes, 190 sur 518 (37 %) d'entre eux avaient soigné des nouveau-nés atteints d'une CPCC non décelée à l'échographie prénatale ni à l'examen physique du nouveau-né.
- De ce nombre, 139 participants (73 %) se rappelaient des cas diagnostiqués après le congé, 102 (54 %) se souvenaient de cas ayant eu besoin d'une réanimation et 23 (12 %) étaient intervenus dans des cas où le nouveau-né était décédé avant l'intervention.

Connaissances des répondants

- Au total, 74 % des répondants (389 sur 524) connaissaient le TDSN.
- Des 405 pédiatres généraux, 337 (83 %) connaissaient le TDSN. Plus précisément, 216 (53 %) connaissaient le protocole de l'AAP sur le TDSN et 83 (20 %) effectuaient le TDSN.

Utilisation du TDSN

- Dans l'ensemble, 135 répondants utilisent le TDSN.
- La majorité (119; 88 %) le faisait en l'absence de programme provincial ou sans savoir si un tel programme existait dans leur province.
- Au total, 95 répondants (70 %) utilisaient les protocoles de dépistage par le bras droit et un pied.
- Dans 126 cas (93 %), un pédiatre a été appelé en raison de résultats anormaux.

Appui et obstacles au TDSN

- Au total, 380 répondants n'utilisaient pas le TDSN ou ne savaient pas si leur centre procédait à ce dépistage. De ce nombre, 243 (64 %) appuyaient l'utilisation du TDSN dans leur centre, 119 (31 %) n'étaient pas certains s'ils l'appuyaient et 18 (5 %) ne l'appuyaient pas.
- Selon 301 répondants, il y avait des obstacles à l'utilisation TDSN, qui s'établissaient comme suit : 141 (47 %) ont souligné l'absence de document de principes clair sur le TDSN de la part de la Société canadienne de pédiatrie (SCP), 162 (54 %) s'inquiétaient des résultats faussement positifs et 123 (41 %) citaient les ressources infirmières insuffisantes.

Accès aux services d'échocardiographie néonatale

- Les services d'échocardiographie néonatale étaient en place chez 77 % des répondants (405 sur 524), soit directement dans leur centre (54 %), soit dans leur ville (23 %).
- Chez les répondants qui effectuaient le TDSN, 52 % (70 sur 135) ne possèdent pas d'échocardiogramme dans leur ville.
- Chez les répondants indécis ou contre l'adoption du TDSN, 81 % (111 sur 137) possèdent un échocardiogramme dans leur ville.

Limites du sondage

- Les participants n'ont pas répondu pleinement à toutes les questions, ce qui donne lieu à des dénominateurs variés.

Conclusions

- Les cas de CCPC qui se présentent *in extremis* après le congé du nouveau-né demeurent problématiques, et le TDSN pourrait en accroître la détection.
- La plupart des répondants connaissent le TDSN, mais seul un faible pourcentage l'a adopté.
- Du total des répondants qui n'utilisaient pas le TDSN ou qui ne savaient pas si leur centre y faisait appel, la majorité (64 %) en appuyait l'adoption dans leur centre.
- La présence d'un échocardiogramme dans une autre ville n'empêchait pas les répondants de procéder au TDSN.

Effets anticipés du sondage

- Les résultats du sondage font ressortir la nécessité d'une formation continue et d'une sensibilisation au TDSN.
- Les résultats seront utilisés pour alimenter un document de principes de la SCP sur l'utilité du TDSN et qui pourrait contribuer à son adoption.

Remerciements
Nous remercions particulièrement Laura Irving pour son soutien administratif.

Publications de 2014 à 2016

Articles publiés relativement aux études et aux sondages ponctuels

(Pour obtenir la liste complète et les hyperliens, consulter la zone www.pcsp.cps.ca/publications/articles-publies-relativement-aux-etudes.)

Albuminurie persistante
Persistent albuminuria in children with type 2 diabetes: A Canadian Paediatric Surveillance Program study. Sellers EA, Hadjiyannakis S, Amed S, Dart AB, Dyck RF, Hamilton J, Langlois V, Panagiotopoulos C, Dean HJ. J Pediatr 2016 Jan;168:112–7

Anémie ferriprive sévère
Severe iron-deficiency anaemia and feeding practices in young children. Parkin PC, DeGroot J, Maguire JL, Birken CS, Zlotkin S. Public Health Nutr 2016;19(4):716–22

Commotions – prise en charge
Concussion management by paediatricians: A national survey of Canadian paediatricians. Gordon KE, Do MT, Thompson W, McFaull S. Brain Inj 2014;28(3):311–7.

Courbes de croissance
Use of growth charts in Canada: A National Canadian Paediatric Surveillance Program survey. Lawrence S, Cummings E, Chanoine J-P, Metzger D, Palmert M, Sharma A, Rodd C. Paediatr Child Health 2015;20(4):185–8

Effets secondaires suivant l'immunisation
Canadian paediatricians' approaches to managing patients with adverse events following immunization: The role of the Special Immunization Clinic network. Top KA, Zafack J, De Serres G, Halperin SA. Paediatr Child Health 2014;19(6):310–4

Hyperbilirubinémie néonatale
Severe neonatal hyperbilirubinemia decreased after the 2007 Canadian guidelines. Sgro M, Kandasamy S, Shah V, Ofner M, Campbell D. J Pediatr 2016 Apr;171:43–7

Infection à cytomégalovirus congénitale
Congenital cytomegalovirus infection in Canada: Active surveillance for cases diagnosed by paediatricians. Vaudry W, Lee BE, Rosychuk RJ. Paediatr Child Health 2014;19(1):e1–5

Infections par le virus respiratoire syncytial
Respiratory syncytial virus infections in pediatric transplant recipients: A Canadian Paediatric Surveillance Program study. Robinson JL, Grenier D, MacLusky I, Allen UD. Pediatr Transplant 2015;19(6):659–62

Médecine complémentaire et parallèle
Serious adverse events associated with pediatric complementary and alternative medicine. Zorzela L, Boon H, Mior S, Yager J, Gross A, Vohra S. Eur J Integr Med 2014;6(4):467–72

Paralysie flasque aiguë
Performance of acute flaccid paralysis surveillance compared to WHO standards. Desai S, Smith T, Thorley BR, Grenier D, Dickson N, Altpeter E; SPSU Committee, Sabbe M, Elliott E, Zurynski Y. J Paediatr Child Health 2015;51(2):209–14

Guillain-Barré syndrome after immunization in Canadian children (1996–2012). Top KA, Desai S, Moore D, Law BJ, Vaudry W, Halperin SA, Bettinger JA for members of the Canadian Immunization Monitoring Program Active. Pediatr Infect Dis J 2015;34(12):1411–3

Acute flaccid paralysis surveillance: The need for ruling out polio infection. Rotondo J, Desai S, Pless R, Ahmad R, Squires S, Booth TF. Paediatr Child Health 2015;20(6):309–10

La phase finale de l'éradication de la poliomyélite : Pourquoi l'immunisation et la surveillance continue sont essentielles. Booth TF, Grudeski E, McDermid A, Rotondo J. RMTC 2015;41(10):267–74

Suppression surrénalienne
Symptomatic adrenal suppression among children in Canada. Goldbloom EB, Mokashi A, Cummings EA, Abish S, Benseler SM, Huynh H, Watson W, Ahmet A. Arch Dis Child 2016 Nov 9. doi:10.1136/archdischild-2016-311223 [Cyberpublication avant impression]

Surveillance
An innovative web based system for reporting rare diseases in paediatrics. Mukhi SN, Laffin Thibodeau M, Szijarto B. Online J Public Health Informatics 2015;7(2):e215

Trouble dépressif majeur
Major depressive disorder among pre-adolescent Canadian children: Rare disorder or rarely detected? Korczak DJ, Ofner M, LeBlanc J, Wong S, Feldman M, Parkin PC. Acad Pediatr 2016;17(2):191–7

Faits saillants du PCSP publiés en 2016 dans *Paediatrics & Child Health*

(Pour obtenir la liste complète et les hyperliens, consulter la zone www.pcsp.cps.ca/publications/faits-saillants-publies-dans-paediatrics-child-health.)

The CPSP: An active surveillance program protecting and promoting the health of Canadian children and youth. Moore Hepburn C, Laffin Thibodeau M, on behalf of CPSP investigators. Paediatr Child Health 2016;21(5):263–4

Minor injuries... major implications: Watching out for sentinel injuries. Barrett R, Ornstein A, Hanes L. Paediatr Child Health 2016;21(1):29–30

Présentations en 2016

(Pour obtenir la liste complète et les hyperliens, consulter la zone www.pcsp.cps.ca/publications/presentations1.)

Nationales

Aide médicale à mourir
Headline news, Physician-assisted dying: Should kids ever be considered? Davies D, Shariff M, Emberley J. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Charlottetown, en juin (présentation orale)

Blessures sentinelles
Awareness of sentinel injuries amongst Canadian paediatricians: A CPSP one-time survey. Barrett R, Hanes L, Ornstein A. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Charlottetown, en juin (affiche)

Hésitation envers la vaccination
Physician response to vaccine hesitancy in paediatric care. Allan K, Tran D, Fallon B. *International Congress of Pediatrics,* Vancouver, en août (affiche)

Intoxication alcoolique sévère
Severe alcohol intoxication in Canadian adolescents: 2-year surveillance data. Acker A, Dow K, Norris M, Allain D, Thomas K. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Charlottetown, en juin (affiche)

Paralysie flasque aiguë
Acute flaccid paralysis in Canadian youth, 1996 to 2014. Rotondo J, Desai S, Beaulieu M, Booth TF. Canadian Journal of Neurological Sciences Conference: 51e congrès annuel de la Fédération canadienne des sciences neurologiques, Québec, en juin (présentation orale)

Sepsis néonatal
Early-onset neonatal sepsis in Canada: 2011-2012. Sgro M, Kobylianskii A, Sankaran K, Tran D, Yudin M, Campbell D. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Charlottetown, en juin (affiche)

Early-onset neonatal sepsis in Canada: 2011–2012. Sgro M, Sankaran K, Yudin M, Kobylianskii A, Campbell D. *International Congress of Pediatrics,* Vancouver, en août (affiche)

Syndromes de fièvre périodique
Surveillance of periodic fever syndromes in Canada. Dancey P, Benseler S, Miettunen P, Turner L, Gattorno M, Laxer RM, Junker A. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Charlottetown, en juin (affiche)

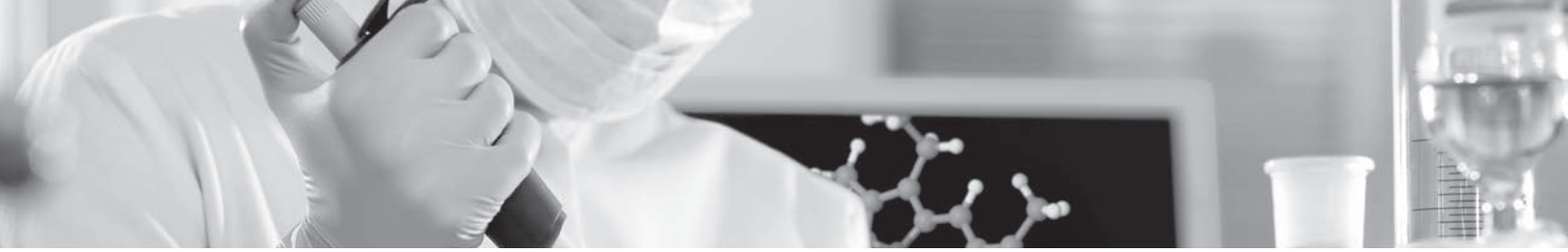
Troubles du comportement alimentaire restrictifs ou *évitants*
ARFID & medical monitoring: A focus on pediatric eating disorders. Katzman DK, Norris ML. Congrès annuel du réseau de l'*Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders*, Toronto, en décembre (présentation orale)

Tuberculose
Midpoint results of national surveillance of childhood tuberculosis. Giroux R, Jamal A, Kitai I, Consunji-Araneta R, Baikie M, Morris SK. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, Charlottetown, en juin (affiche)

Internationales

Hypoglycémie néonatale
Hypoglycemia in unmonitored term newborns. Flavin M, Osiovich H, Coughlin K, Gregoire K, Hu L, León JA, Ray J, Sgro M, Gallipoli A, Grewal K. *Neonatal Update 2016*, London, en novembre (affiche)

Tuberculose
Midpoint results of national surveillance of childhood tuberculosis. Giroux R, Jamal A, Kitai I, Consunji-Araneta R, Baikie M, Morris SK & the CPSP Childhood TB Study Group. *Pediatric Academic Societies Annual Meeting*, Baltimore, en avril–mai (affiche)



Pour obtenir de plus amples renseignements sur le Programme canadien de surveillance pédiatrique ou pour demander une version anglaise du présent rapport, prenez contact avec la :

Société canadienne de pédiatrie
Melanie Laffin Thibodeau, gestionnaire de la surveillance
2305, boul. St. Laurent, bureau 100
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Téléc. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.pcsp.cps.ca

Envoi de poste-publications convention de vente nº 40006512

PCSP
1996 • 2016
PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE