

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

Résultats 2024





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.

Résultats annuels du Programme canadien de surveillance pédiatrique

La surveillance fait partie intégrante de la santé publique. Selon la définition qu'en donne l'Organisation mondiale de la Santé, la surveillance de la santé publique comprend la collecte et l'analyse systématiques des données ainsi que la diffusion rapide de l'information en vue de leur évaluation et de l'obtention de réponses sanitaires. Au cœur même de ce mandat, le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) se consacre à diffuser l'information précieuse tirée de la surveillance active d'affections rares chez les enfants et les adolescents du Canada. Les résultats essentiels des études pluriannuelles et des sondages ponctuels du PCSP sont publiés dans le présent rapport annuel. Ils font ressortir les constats importants et orientent les professionnels de la santé, les chercheurs et les décideurs dans l'élaboration de stratégies pour améliorer la santé des enfants et des adolescents du Canada.

Citation recommandée

Résultats 2024 du Programme canadien de surveillance pédiatrique. Ottawa (ON) : Société canadienne de pédiatrie; 2025.

Gestionnaire de projet

Melanie King, gestionnaire, surveillance

Révision scientifique

Catherine Farrell, MD, présidente, comité de direction scientifique du PCSP
Sam Wong, MD, directeur des affaires médicales, PCSP et Société canadienne de pédiatrie

Révision scientifique et révision de la traduction

Evelyn D. Trottier, MD, représentante de la Société canadienne de pédiatrie, comité de direction scientifique du PCSP

Traduction

Dominique Paré, trad. a., Traduction Le bout de la langue inc.

Graphisme et conception

John Atkinson, Fairmont House Design

Édition et production

Una McNeill, conseillère du PCSP

Les termes « surveillance » et « recherche » sont souvent utilisés de manière interchangeable, car les différences entre les deux sont souvent mal comprises. Ils ont de nombreux points communs, mais il y a des différences fondamentales entre les deux. La surveillance désigne la collecte, l'analyse et la diffusion continues de données sur la santé pour suivre les tendances des maladies et déterminer les problèmes sanitaires en temps réel, afin d'apporter des réponses immédiates. La recherche sous-tend des études plus approfondies pour produire de nouvelles connaissances et une meilleure compréhension de problèmes de santé, souvent dans le but d'éclairer de futures interventions. Essentiellement, la surveillance consiste à recueillir de l'information pour agir *maintenant*, tandis que la recherche vise à enrichir le corpus de connaissances pour l'avenir.

La surveillance ou la recherche en santé publique

Quelles sont les principales différences?

	SURVEILLANCE	RECHERCHE
Définition	« La surveillance de la santé publique constitue le recueil systématique et continu de données pertinentes ainsi que leur consolidation et leur évaluation efficaces, s'accompagnant de la diffusion rapide des résultats aux personnes concernées, en particulier celles en mesure d'agir. » ¹	La recherche « s'entend d'une démarche visant le développement des connaissances au moyen d'une étude structurée ou d'une investigation systématique. » ²
Objectif	Orienté les politiques et les mesures de la santé publique.	Produit de nouvelles connaissances.
Processus	Doit intégrer les « 3D » (détection, déduction et diffusion).	N'a pas besoin d'intégrer les « 3D ».
Vecteur	Motivée par la responsabilité du gouvernement de promouvoir et de protéger la santé publique.	Motivée par le désir de produire de nouvelles connaissances.
Rigueur	Sacrifie la précision pour la rapidité (« pragmatisme »).	S'attache à la précision absolue (« rigueur »).
Collecte de données	Fait généralement appel à des méthodes de collecte de données standards et largement acceptées.	Fait généralement appel à des méthodes standards, mais peut recourir à des méthodes de collecte de données expérimentales et non traditionnelles.
Éthique	Soutenue par les principes de l'éthique de la santé publique — il n'est généralement pas nécessaire d'obtenir l'approbation d'un comité d'éthique de la recherche.	Soutenue par les principes de l'éthique médicale et de l'éthique de la recherche — il est généralement nécessaire d'obtenir l'approbation d'un comité d'éthique de la recherche.
Hypothèses	Produit des hypothèses.	Vérifie des hypothèses.

Exemples de ce que fait le Programme canadien de surveillance pédiatrique pour transformer la surveillance en gestes concrets :

Une étude sur l'hyperbilirubinémie néonatale grave (de 2002 à 2004) a éclairé le document de principes de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) de 2007 qui recommandait d'évaluer l'hyperbilirubinémie et de mesurer la bilirubine de tous les nouveau-nés après la naissance. L'étude a été reprise de 2011 à 2013 et a révélé une baisse de l'incidence d'hyperbilirubinémie néonatale grave après l'adoption des directives.

Depuis son lancement en 1996, la surveillance active de la paralysie flasque aiguë a démontré le maintien du statut sans polio du Canada.

Les résultats de l'étude sur le cannabis à des fins non médicales (récréatives) (depuis 2018) ont éclairé le mémoire de la SCP soumis dans le cadre de l'examen de la *Loi sur le cannabis*. Les recommandations tirées de l'examen de 2024 incluaient l'importance d'emballages à l'épreuve des enfants, de messages d'intérêt public sur l'entreposage sécuritaire du cannabis et les risques d'exposition accidentelle pour les enfants.

L'étude sur le syndrome de la ceinture de sécurité (de 2003 à 2005) a produit des données qui ont entraîné des prises de position dans l'ensemble des provinces et des territoires en vue de l'adoption de lois appropriées sur les dispositifs de retenue et les sièges rehausseurs.

L'étude sur les marchettes à roulettes pour bébé publiée en 2002 a contribué à en interdire la vente, l'importation et la publicité au Canada.

Les données recueillies grâce à l'étude sur la syphilis congénitale (de 2021 à 2023) ont contribué à la mise à jour du document de principes de la SCP publié en mars 2024.

- 1 Organisation mondiale de la Santé. Surveillance de la santé publique. www.emro.who.int/fr/health-topics/public-health-surveillance/Page-1.html
- 2 Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Décembre 2018. https://publications.gc.ca/collections/collection_2019/irsc-cihrr/RR4-2-2019-fra.pdf

Table des matières

Avant-propos.....	4
Message de la ministre de la Santé fédérale.....	4
Message de l'administrateur en chef intérimaire de la santé publique du Canada	5
Message de la présidente de la Société canadienne de pédiatrie	6
Message de la présidente du Programme canadien de surveillance pédiatrique	7
Remerciements.....	8
Financement.....	8
Comité de direction scientifique du Programme canadien de surveillance pédiatrique.....	9
À propos du Programme canadien de surveillance pédiatrique	10
Aperçu.....	10
Objectifs.....	10
Surveillance.....	10
Processus	10
Limites de la surveillance	11
Taux de réponse	11
Glossaire des termes utilisés dans les résultats des études.....	12
Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique	13
Études sous surveillance en 2024	14
Affection post-COVID-19 (COVID longue) (rapport définitif)	14
Diagnostic de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale chez les enfants d'âge scolaire.....	17
Effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments	19
État d'hyperglycémie hyperosmolaire.....	21
Événements graves et au potentiel mortel associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales (récréatives) chez les enfants et les adolescents canadiens	23
Événements indésirables liés aux soins virtuels.....	26
Hypoglycémie lors du traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë (rapport définitif)	28
Méfaits aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs.....	31
Paralysie flasque aiguë.....	33
Sondages ponctuels.....	36
Effets indésirables liés aux préparations magistrales en pédiatrie	36
Événements indésirables associés au lithium	38
Événements indésirables associés aux médicaments et substances rehaussant l'apparence et la performance chez les enfants et les adolescents	41
Publications de 2021 à 2024.....	43
Articles révisés par un comité de lecture publiés en lien avec les études pluriannuelles et les sondages ponctuels.....	43
Faits saillants du PCSP publiés dans <i>Paediatrics & Child Health</i>	45
Présentations en 2024.....	46
Possibilité de nouvelles études pluriannuelles et de nouveaux sondages ponctuels	48

Avant-propos



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Message de la ministre de la Santé fédérale

Honorable Marjorie Michel, C.P., députée

Les *Résultats annuels 2024 du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP)* récapitulent une année d'observation continue des maladies rares et émergentes chez les enfants ainsi que des effets indésirables au Canada. Le rapport fait état des recherches et des principales études qui soulignent les répercussions sur la santé des enfants et des jeunes, notamment les risques que les substances psychoactives peuvent poser pour les enfants.

Les enfants et les jeunes devraient tous être en mesure d'obtenir les soins dont ils ont besoin. À cette fin, il est essentiel d'avoir accès à des données à jour sur les affections pédiatriques et le bilan de santé. Le recueil de données et la recherche fournissent aux professionnels de la santé, aux chercheurs et aux décideurs les outils nécessaires pour promouvoir la santé des enfants et des jeunes au Canada.

Merci aux quelques milliers de professionnels de la santé, pédiatres et pédiatres avec surspécialité à travers le pays, qui ont fait part de leurs données et leurs connaissances pour alimenter ce programme. Je tiens également à féliciter les experts de la Société canadienne de pédiatrie, de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada pour leur collaboration dans le cadre de cette initiative d'importance. En collaborant, nous pourrions offrir une meilleure qualité de vie à ceux qui représentent l'avenir de notre pays.





Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Message de l'administrateur en chef intérimaire de la santé publique du Canada

Docteur Howard Njoo

Depuis plus de 25 ans, l'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada et la Société canadienne de pédiatrie soutiennent les activités de surveillance et de recherche au Canada. Les *Résultats 2024 du Programme canadien de surveillance pédiatrique* fournissent des renseignements précieux sur l'état de santé des enfants et des adolescents du Canada et apportent une contribution essentielle à la santé des générations futures.

Les professionnels de la santé publique ont besoin de données fiables et actualisées pour cerner, surveiller et comprendre les problèmes et les tendances émergentes et en rapide évolution dans le domaine de la santé. Des données exactes et actualisées nous permettent de mieux nous préparer aux défis en matière de santé et, au bout du compte, de contribuer à l'optimisation de la santé de toute la population canadienne.

Je tiens à remercier les milliers de fournisseurs de soins et d'experts en pédiatrie de partout au pays qui consacrent non seulement leur temps et leurs efforts, mais aussi leur expertise et leurs connaissances inestimables à la production des rapports mensuels du Programme canadien de surveillance pédiatrique.

Cette année, le rapport examine un certain nombre d'études liées à la sécurité et aux méfaits de la consommation de substances. Cela comprend la surveillance continue des événements graves et potentiellement mortels associés à l'usage de cannabis à des fins non médicales, ainsi qu'à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs. Il fournit également de l'information essentielle sur les événements indésirables liés à la consommation de drogues et de substances chez les enfants et les adolescents, notamment l'usage de lithium, les produits améliorant l'apparence et la performance ainsi que les préparations magistrales en pédiatrie. Ces études soulignent l'importance de surveiller et de traiter les répercussions de la consommation de substances sur la santé, en particulier chez les populations vulnérables.

Le rapport améliore également notre compréhension des maladies aiguës et chroniques chez les enfants, telles que les affections post-COVID-19, le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, la paralysie flasque aiguë, l'état d'hyperglycémie hyperosmolaire et l'hypoglycémie lors du traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë.

Je félicite la Société canadienne de pédiatrie pour la publication des *Résultats 2024 du Programme canadien de surveillance pédiatrique*. C'est une source essentielle de données sur les maladies rares et émergentes et sur les événements indésirables chez les enfants. Les renseignements qu'ils contiennent apportent une contribution significative à la santé publique au Canada, tant pour aujourd'hui que pour les générations futures.



Message de la présidente de la Société canadienne de pédiatrie

Docteure Johanne Harvey

En qualité de présidente de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et de spécialiste de la médecine de l'adolescence qui exerce au Québec, je suis fière de participer au Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP). Ce programme fournit de l'information à la fois nouvelle et nécessaire sur des troubles infantiles rares ou des complications rares d'affections plus courantes, afin de favoriser des améliorations au traitement, à la prévention et à la planification des soins. Grâce à son infrastructure à la fois bien établie et bien développée, le PCSP peut répondre rapidement à des problèmes de santé publique émergents touchant les enfants et les adolescents canadiens par l'élaboration rapide de sondages ponctuels et de nouvelles études de surveillance.

La SCP s'est récemment dotée de trois priorités stratégiques pour 2024 à 2027 : la santé mentale des enfants et des adolescents, la santé environnementale et les effectifs pédiatriques. La SCP fixe les objectifs de chacune de ces priorités stratégiques, mais le PCSP peut également y jouer un rôle. J'invite fortement les équipes d'investigateurs à proposer des projets connexes dans le cadre des études pluriannuelles ou des sondages ponctuels du PCSP, afin de renforcer les efforts dans ces secteurs prioritaires.

Je tiens à remercier mes collègues de prendre le temps de signaler les cas au PCSP et je les invite tous et toutes à demeurer des participants actifs et à continuer d'utiliser les résultats découlant des études de surveillance pour améliorer les soins et éclairer les prises de position. Enfin, pour le compte de la SCP et du conseil d'administration, je tiens à remercier l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada. Nous vous sommes reconnaissants de votre soutien et de votre collaboration sans faille.



Message de la présidente du Programme canadien de surveillance pédiatrique

Docteure Catherine Farrell

Le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) a connu une autre belle année en 2024 et s'est penché sur d'importants enjeux de santé publique et sur des préoccupations émergentes auxquels se heurtent les enfants et les adolescents du Canada. Si ce travail est possible, c'est grâce à mes collègues qui continuent de déclarer fidèlement les cas tous les mois au PCSP. Leur engagement auprès du programme est essentiel à sa réussite constante.

La collaboration entre la Société canadienne de pédiatrie et l'Agence de la santé publique du Canada envers la surveillance nationale du PCSP continue de reposer sur des assises solides. Le programme continue de surveiller les effets indésirables graves et au potentiel mortel aux médicaments, de même que les événements indésirables et au potentiel mortel associés à l'utilisation du cannabis à des fins non médicales. La surveillance continue de la paralysie flasque aiguë chez les enfants démontre que le Canada demeure exempt de polio. La surveillance demeure capitale en raison de la mobilité mondiale et de la circulation du virus de la polio dans plusieurs pays.

À la fin de 2024, en raison du nombre croissant de jeunes victimes de surdoses au potentiel mortel, le PCSP a lancé une nouvelle étude sur les méfaits aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs. Une autre nouvelle étude porte sur le diagnostic du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale chez les enfants d'âge scolaire afin de mieux comprendre comment les nouveaux cas sont diagnostiqués au Canada et d'obtenir des données probantes en vue de soutenir la prévention, le diagnostic et les services de santé auprès des enfants touchés.

Je vous invite à lire les résultats définitifs des études sur les affections post-COVID-19 (COVID longue) et sur l'hypoglycémie lors du traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë, qui figurent dans le présent rapport annuel. De plus, les trois sondages envoyés aux participants et participantes en 2024 portent tous sur des événements indésirables liés à des médicaments et à l'utilisation de produits de santé naturels chez les enfants (lithium, préparations magistrales et médicaments et substances rehaussant l'apparence). L'étude de ces événements rares, mais importants, constitue une excellente occasion de faire connaître ces enjeux aux pédiatres.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude aux membres du comité de direction scientifique du PCSP, à la Société canadienne de pédiatrie et aux investigateurs du PCSP. Je tiens également à remercier l'Agence de la santé publique du Canada pour son engagement envers la surveillance de la santé publique et la progression des connaissances sur des affections pédiatriques rares et émergentes.



Remerciements

La principale force du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) repose sur son engagement à améliorer la santé des enfants et des adolescents du Canada et du reste du 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 qui conçoivent les études et analysent les données colligées afin de transmettre des connaissances et de susciter des solutions de formation ni sans les conseils des membres du comité de direction scientifique. 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 pour l'étude sur la paralysie flasque aiguë et pour leur appui au PCSP.

Par ailleurs, le solide partenariat entre la Société canadienne de pédiatrie, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada permet au programme de prendre de l'expansion au Canada et d'exercer un rôle de leadership sur la scène internationale.

Financement

Le financement du PCSP s'impose pour appuyer la gestion du programme. Ce financement est assuré par une combinaison de soutien gouvernemental et de subventions sans restrictions octroyées par des organismes de bienfaisance, des établissements de recherche, des hôpitaux et des sociétés du Canada. Tous les capitaux sont attribués pour subvenir aux besoins du programme et lui donner de l'expansion.

Nous sommes reconnaissants au Centre de surveillance et de recherche appliquée de l'Agence de la santé publique du Canada, à la Direction des produits de santé commercialisés de Santé Canada et aux sources non gouvernementales suivantes pour leur soutien en 2024 :

- The Hospital for Sick Children, division d'endocrinologie, fonds de recherche interne de la docteure Jill Hamilton
- Université de Toronto, stage de perfectionnement Elizabeth Arbuthnot Dyson, accordé au docteur Paul MacDaragh Ryan

Comité de direction scientifique du Programme canadien de surveillance pédiatrique

Catherine Farrell, MD
Jill Borland Starkes, MD
Peter Buck, DVM, M. Sc.

Paul Dancey, MD
Marie Adèle Davis, MBA
Elizabeth Donner, MD
Evelyn Doyon-Trottier, MD
Alison Eaton, MD
Karen Forbes, MD
Meghan Grainger, B. Sc.
Megan Harrison, MD
Melanie King, BA
Joanna Lazier, MD
Shaun Morris, MD
Stevie O'Brien, JD
Jay Onysko, MA
Christina Ricci, MHP
Chelsea Ruth, MD
Miriam Santschi, MD
Patrick Seitzinger, MD
Sam Wong, MD

Société canadienne de pédiatrie (présidente)
Société canadienne de pédiatrie
Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique, Agence de la santé publique du Canada
Directeurs de pédiatrie du Canada (représentant)
Société canadienne de pédiatrie
Association canadienne de neurologie pédiatrique (représentante)
Société canadienne de pédiatrie (entrante)
Collège canadien de généticiens médicaux (représentante) (entrant)
Société canadienne de pédiatrie
Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada
Société canadienne de pédiatrie
Société canadienne de pédiatrie
Collège canadien de généticiens médicaux (représentante) (sortante)
IMPACT (Programme canadien de surveillance active de l'immunisation)
Conseiller (entrant)
Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada
Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada
Société canadienne de pédiatrie
Société canadienne de pédiatrie (sortante)
Société canadienne de pédiatrie (résident)
Société canadienne de pédiatrie

La docteure Miriam Santschi a terminé un mandat de huit ans au comité de direction scientifique du PCSP à titre de représentante de la Société canadienne de pédiatrie. Elle manquera énormément aux membres du comité, qui tiennent à lui offrir leurs remerciements les plus sincères pour son dévouement envers le programme et pour ses précieuses compétences. Nous lui souhaitons tout ce qu'il y a de mieux dans ses projets.



Le comité de direction scientifique du PCSP tient à exprimer sa gratitude à la docteure Joanna Lazier, auprès duquel elle représentait le Collège canadien de généticiens médicaux. Le comité a beaucoup apprécié son administration et ses conseils, particulièrement sur les questions de génétique médicale. Nous lui offrons tous nos vœux de succès pour la suite.

À propos du Programme canadien de surveillance pédiatrique

Aperçu

Le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) 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 nationales axées sur des affections infantiles rares associées à des incapacités, une morbidité et des coûts financiers élevés pour la société, malgré leur faible fréquence. Tous les mois, le PCSP collige des données auprès d'environ 2 700 pédiatres et surspécialistes en pédiatrie, afin de surveiller des maladies et affections rares chez les enfants canadiens.

Objectifs

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

Surveillance

- Le processus de surveillance complet est résumé à la figure 1 et comprend les trois «D» de la surveillance : la détection, la déduction et la diffusion.
- La surveillance de la santé peut se définir par le suivi d'un événement lié à la santé ou d'un déterminant de la santé au moyen de la collecte continue de données de qualité (détection); par l'intégration, l'analyse et l'interprétation des données (déduction) à des produits de surveillance; et par la diffusion de ces produits de surveillance auprès de ceux qui doivent les connaître (diffusion).

Processus

- Des équipes de recherche de partout au Canada sont invitées à soumettre des projets de nouvelles études pluriannuelles ou de nouveaux sondages ponctuels qui respectent les «critères de soumission» énumérés dans le site Web du PCSP, à www.pcsp.cps.ca/apply-proposez/criteres-dinclusion-des-etudes.
- Deux fois l'an, le comité de direction scientifique du PCSP analyse les projets et sélectionne ceux qui ont le plus d'importance pour le milieu médical et la santé publique. Il les évalue d'après des critères établis, et les membres de son équipe multidisciplinaire, composée 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, donnent des commentaires détaillés.
- Chaque mois, les participants au PCSP de tout le pays reçoivent un formulaire sur lequel figurent les affections en cours d'étude. Les participants indiquent au programme s'ils ont observé des cas qui respectent l'une des définitions de cas ou s'ils n'ont «rien à déclarer». Ils sont invités à déclarer tous les cas, y compris les cas présumés ou probables. Ce fonctionnement peut entraîner des dédoublements, mais permet d'éviter des omissions.
- Les participants qui ont observé un cas reçoivent un questionnaire clinique détaillé, qu'ils doivent remplir et remettre au PCSP.
- Tous les identifiants uniques sont supprimés du questionnaire détaillé à sa remise au PCSP, avant que celui-ci soit expédié aux investigateurs en vue de l'analyse des données. Toutes les déclarations de cas potentielles sont évaluées en fonction de la définition de cas. Les cas dédoublés ou qui ne respectent pas la définition de cas sont exclus.

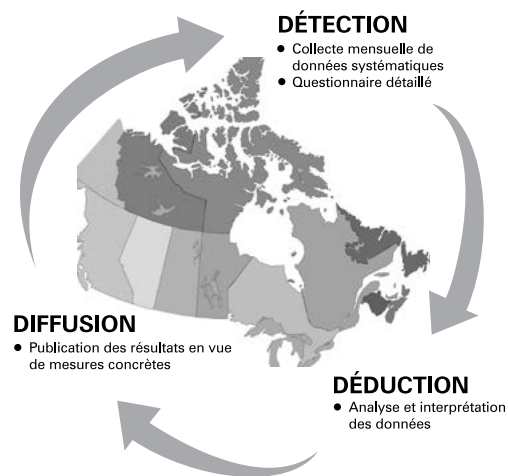
Fait saillants du PCSP

Le saviez-vous?

- Le PCSP a célébré son 28^e anniversaire en 2024.
- Le PCSP se compose d'environ 2 700 pédiatres et pédiatres surspécialisés dévoués.
- Depuis sa création, le PCSP a étudié 89 affections rares et réalisé 62 sondages ponctuels.
- Plus de 100 manuscrits soumis à un comité de lecture sur les résultats des études pluriannuelles et des sondages ponctuels 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 2024, 98 % des participants avaient accepté de recevoir leur formulaire mensuel par voie électronique.

Figure 1 – Sommaire du processus de surveillance

Surveillance sanitaire pancanadienne



- Il est important de souligner que les études du PCSP font appel à des données anonymisées tirées des dossiers des patients. Les investigateurs n'ont aucun contact direct avec les patients.
- L'équipe d'investigateurs est responsable de l'analyse des données et de la mise en place d'un solide plan d'application des connaissances, afin de diffuser les résultats 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 sanitaires en émergence, à repérer des dangers pour la sécurité, à mobiliser les connaissances sur des maladies et affections rares et à éclairer de nouvelles politiques et lignes directrices.

Limites de la surveillance

Comme tout système de surveillance à déclaration volontaire, le PCSP convient que son système de surveillance comporte certaines limites, y compris les suivantes :

- Les résultats présentés dans le présent rapport annuel sont provisoires. Lorsque les investigateurs sont invités à préparer les rapports d'études, certains questionnaires cliniques sont parfois en attente. Après l'analyse de ces questionnaires, les conclusions peuvent changer. Notamment dans les rapports d'étude provisoires, la répartition des cas par province ou par territoire n'est pas nécessairement représentative des résultats définitifs de l'étude.
- Les données du Québec sont incomplètes. En raison des lois québécoises, les cas déclarés dans cette province ne peuvent être inclus dans l'analyse des données que s'ils proviennent d'un centre où un projet donné est approuvé par un comité d'éthique de la recherche.
- La déclaration d'un taux d'incidence minimal peut sous-représenter les événements en population. Par exemple, certains cas ne sont peut-être pas inclus dans les totaux de surveillance parce qu'ils consultent un médecin de famille ou un autre dispensateur de soins et non un pédiatre, tandis que d'autres habitent en région rurale ou éloignée et sont moins susceptibles de recevoir des soins spécialisés rapidement.
- Certains éléments de données (p. ex., les examens de laboratoire, les affections préexistantes) ne figurent peut-être pas dans le dossier du patient au moment de la déclaration, auquel cas ils seront absents des totaux de surveillance. Toutes les mesures ont été prises pour s'assurer de saisir des données complètes et pour traiter les données manquantes de manière appropriée lors de l'analyse.
- Les études peuvent seulement colliger des données sur la race, l'ethnie ou l'identité autochtone autodéclarée du patient ou de sa famille si un comité d'éthique de la recherche l'autorise et, depuis 2023, seulement si le milieu d'exercice du médecin déclarant les recueille déjà systématiquement.
- Pendant la pandémie de COVID-19, en raison de la charge de travail sans précédent imposée aux dispensateurs de soins de première ligne, il se peut que certains cas n'aient pas été déclarés.

Malgré ces limites, la surveillance joue un rôle important et fournit des données cliniques précieuses pour mieux comprendre les maladies et affections rares à l'étude.

Taux de réponse

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

TABLEAU 1 – Taux de déclarations initiales (en %) et nombre de participants en 2024

Province ou territoires	Taux de déclarations (en %)*	Nombre de participants†
Alberta	85	355
Colombie-Britannique	82	319
Île-du-Prince-Édouard	94	12
Manitoba	89	96
Nouveau-Brunswick	70	35
Nouvelle-Écosse	89	79
Nunavut	—	<5
Ontario	84	1 014
Québec	77	484
Saskatchewan	87	62
Terre-Neuve-et-Labrador	77	43
Territoires du Nord-Ouest	—	<5
Yukon	—	<5
Canada	82	2 508

* Le taux de déclaration mensuel national au PCSP atteint une moyenne de 80 %. Tout est mis en œuvre pour maximiser la déclaration. Les taux de déclarations annuels sont susceptibles de changer en raison des retards de déclaration. Conformément à la politique du PCSP en matière de confidentialité, certaines valeurs ont été supprimées.

† Environ 2 700 personnes participent au PCSP. Dans ce tableau, le nombre de participants canadiens au PCSP est toutefois calculé d'après la déclaration individuelle et collective. En effet, lorsqu'une personne désignée répond au nom d'un groupe, le PCSP enregistre une seule réponse.

TABLEAU 2 – Taux national de déclarations initiales entre 2020 et 2024

Année de déclaration	Taux de déclaration (en %)
2020	81
2021	80
2022	80
2023	83
2024	82

TABEAU 3 – Taux de réponses aux questionnaires détaillés de 2024, au 8 avril 2025*

Affections à l'étude	Signalement de cas potentiels	Cas en attente	Taux d'achèvement (en %)
Affection post-COVID-19 (COVID longue)	21	2	91
Diagnostic de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale chez les enfants d'âge scolaire	17	4	77
Effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments	7	3	57
État d'hyperglycémie hyperosmolaire	11	0	100
Événements graves et au potentiel mortel associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales (récréatives) chez les enfants et les adolescents canadiens	48	7	85
Événements indésirables liés aux soins virtuels	—	—	—
Hypoglycémie lors du traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë	—	—	—
Méfais aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs	7	1	86
Paralysie flasque aiguë†	57	1	98
Total des cas (toutes les études)	177	19	89

* Les chiffres de ce tableau ont été compilés plus tard que ceux contenus dans le rapport de chaque étude; les totaux peuvent donc être différents en raison de la déclaration ou de l'analyse tardive de cas. Conformément à la politique du PCSP en matière de confidentialité, certaines valeurs ont été supprimées.

† Inclut les signalements de cas du Québec provenant de centres où un projet donné est approuvé par un comité d'éthique de la recherche. Tous les cas provenant du Québec portant sur des études qui ne font pas partie de cette catégorie ont été exclus.

Glossaire des termes utilisés dans les résultats des études

Déclarés : Signalement de cas potentiels reçus par le PCSP

Dédoublés : Cas déclarés par plus d'un participant

Exclus : Cas ne respectant pas la définition de cas et cas déclarés par des établissements du Québec provenant de centres où un projet donné n'est pas approuvé par un comité d'éthique de la recherche

Au milieu de 2018, le PCSP a été informé de modifications aux lois du Québec qui ont une incidence sur sa capacité à recueillir des renseignements détaillés auprès des médecins de cette province. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a approuvé la collecte continue de signalements de cas par le PCSP (date de naissance et sexe) auprès des pédiatres et des surspécialistes du Québec. Le PCSP peut également recueillir de l'information plus détaillée sur les cas au Québec, auprès d'établissements où un projet donné est approuvé par un comité d'éthique de la recherche. Ainsi, les cas que les médecins du Québec ont déclarés après le 1^{er} août 2018 sont inclus dans l'analyse des données **seulement** s'ils ont été signalés dans un établissement où un projet donné du PCSP est approuvé par un comité d'éthique de la recherche.

En attente : Questionnaire détaillé non reçu ou dont la conformité à la définition du cas n'est pas établie

Respect de la définition de cas : Cas dont la conformité à la définition est établie, à l'exception des rapports de cas dédoublés, des cas qui ne respectent pas la définition, des cas en attente de vérification et des cas déclarés au Québec dans des établissements où un projet donné n'est pas approuvé par un comité d'éthique de la recherche.

Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique

Le PCSP offre une occasion de collaboration internationale avec d'autres unités de surveillance pédiatrique dans le monde, par l'entremise du Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique (RIUSP, ou INOPSU en anglais). Le réseau est une plateforme de surveillance internationale à la fois efficace et facile d'accès. Aucun autre réseau ne permet de comparer des caractéristiques démographiques, diagnostiques et thérapeutiques et des résultats d'affections infantiles rares dans le monde entier.

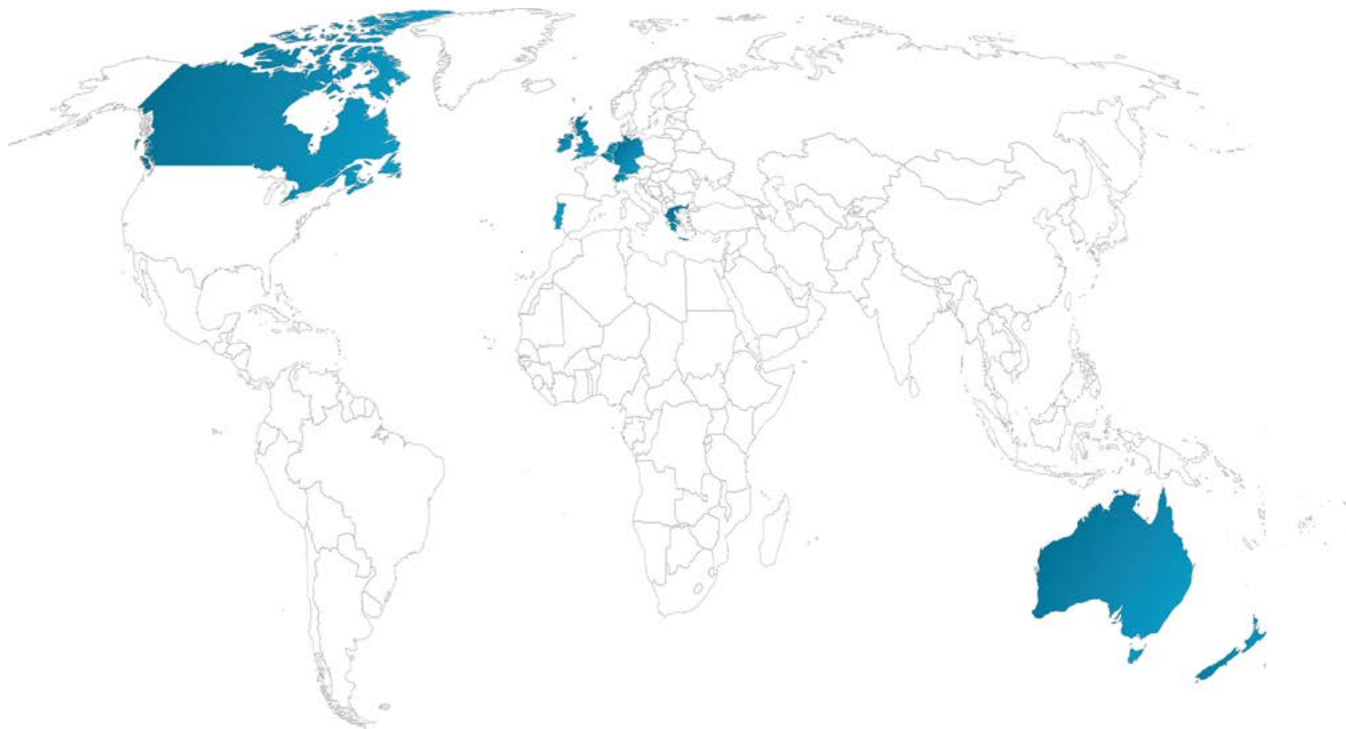
Créé en 1998, le RIUSP est formé de nombreuses unités de surveillance pédiatrique qui proviennent des quatre coins du monde, du Canada à la Nouvelle-Zélande. Plusieurs unités de surveillance pédiatrique cumulent des données sur des affections infantiles rares depuis au moins 20 ans. Elles en ont étudié plus de 300 jusqu'à maintenant, y compris des infections rares et des maladies évitables par la vaccination, des troubles de santé mentale, des blessures chez les enfants et des affections immunologiques. Le réseau englobe environ 10 000 professionnels de la santé des enfants qui, chaque mois, procèdent à la transmission volontaire de données sur ces maladies rares.



Les études coopératives conjointes sont considérées comme une méthode importante pour faire progresser les connaissances sur des troubles infantiles peu courants dans le monde. Par exemple, grâce à des travaux coopératifs, les données tirées des études du PCSP sur le syndrome associé à l'infection congénitale à virus Zika et sur la microcéphalie grave ont été combinées à celles tirées de projets de surveillance nationaux semblables réalisés au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

Pendant les congrès du RIUSP, les pays membres peuvent mettre en valeur les activités de leur programme de surveillance, explorer des idées d'études novatrices d'intérêt pour le réseau, échanger sur l'application des connaissances et les possibilités de publications conjointes et établir des stratégies pour mieux assurer la mobilisation active des participants.

Pour en savoir plus sur le RIUSP, consulter le site Web suivant, en anglais : www.inopsu.com.



Études de surveillance en 2024

Affection post-COVID-19 (COVID longue)

Durée de l'étude : septembre 2022 à août 2024 – rapport définitif



Anu Wadhwa

Investigateurs principaux

Anu Wadhwa, MD, M. Éd., FRCPC, Université de Toronto, The Hospital for Sick Children;
anupma.wadhwa@sickkids.ca

Shaun Morris, MD, MHP, FRCPC, FAAP, Université de Toronto, The Hospital for Sick Children;
shaun.morris@sickkids.ca

Sanjay Mahant, MD, FRCPC, Université de Toronto, The Hospital for Sick Children;
sanjay.mahant@sickkids.ca

Co-investigateurs

Rebecca Barmherzig, Michelle Barton, Jared Bullard, Malini Dave, Claire De Souza, Marie-Jo lle Doré-Bergeron, Leah Ethier, Anne Fuller, Jo-Anna Hudson, Charles Hui, Christos Karatzios, Kirk Leifso, Charlotte Moore Hepburn, Nisa Mullaithilaga, Nancy Nashid, Rupeena Purewal, Stanley Read, Christina Ricci, Sima Saleh, Katia Sinopoli, Alena Tse, Sze Man Tse, Otto Vanderkooi, Mumtaz Virji, Jacquie Wong, Peter Wong, Rae Yeung



Questions

- Quelle est l'incidence minimale de la COVID longue chez les enfants et les adolescents du Canada?
- Quels sont les facteurs démographiques et les caractéristiques des enfants et des adolescents qui sont atteints de la COVID longue?
- Quelles sont les caractéristiques cliniques de cette affection à la première consultation? Plus particulièrement, quels sont les symptômes (y compris leur durée) et leurs effets sur la participation de l'enfant aux activités quotidiennes?



Importance

- Peu de données portent sur l'incidence ou les caractéristiques cliniques de la COVID longue chez les enfants et les adolescents du Canada, et la pleine portée de cette maladie n'est pas établie chez les enfants au pays.
- D'après les premiers rapports publiés et les expériences cliniques de prise en charge des enfants atteints de la COVID longue, chaque patient peut mobiliser beaucoup de services de santé.
- Il faudra mieux comprendre l'ampleur et la nature de cette nouvelle affection chez les enfants pour que les systèmes de santé puissent mieux se préparer à soutenir leur convalescence.



Méthodologie

La version intégrale du protocole figure à l'onglet <https://pcsp.cps.ca/surveillance/study-etude/affection-post-covid-19>.

Définition de cas

Déclarer tout patient de moins de 18 ans (jusqu'à son 18  anniversaire) qui respecte les deux critères suivants :

- 1) Présence d'au moins un symptôme nouveau ou persistant après la guérison de la COVID-19 aiguë (démontrée par des tests de laboratoire ou hautement soupçonnée en raison des antécédents cliniques)
ET
- 2) Persistance de ces symptômes pendant au moins huit semaines



Résultats – septembre 2022 à août 2024

TABLEAU 1 – Cas d'affection post-COVID-19 du 1�r septembre 2022 au 31 août 2024					
Année	Déclarés	Dédoublé	Exclus	En attente	Respect de la définition de cas*
2022†	21	0	3	2	16
2023	47	0	9	6	32
2024‡	23	0	3	3	17
Total	91	0	15	11	65

*  tant donné les lois québécoises, les cas signalés par les participants du Québec sont comptabilisés dans la colonne « Déclarés », mais l'information détaillée n'a pas été colligée, et ces cas ont été exclus de l'analyse des données.

† Du 1 r septembre au 31 décembre 2022

‡ Du 1 r janvier au 31 août 2024

Cas qui respectaient la définition de cas

Au moment de l'analyse, 65 des cas déclarés respectaient la définition de cas de COVID longue entre le 1^{er} septembre 2022 et le 31 août 2024. Cependant, 11 autres cas étaient en attente d'être vérifiés.

Caractéristiques démographiques

- Des cas de COVID longue ont été déclarés dans quatre provinces, et 86 % provenaient de l'Ontario.
- Des 65 cas, 34 étaient de sexe féminin (52 %) et 31, de sexe masculin (48 %).
- Dans 48 cas (74 %), le groupe de population déclaré était Blanc.
- Les cas étaient âgés de trois à 17 ans, pour une médiane de 12 ans.

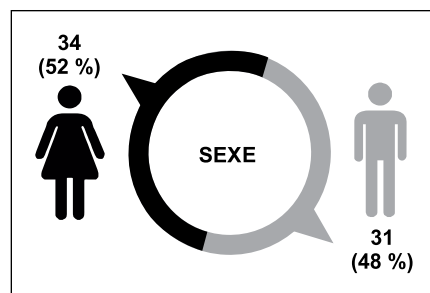
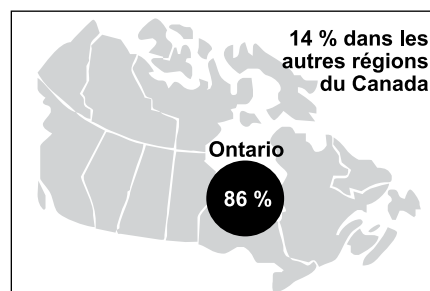


Tableau clinique et diagnostic

- Au moins une affection connexe était déclarée dans 44 cas (68 %). Les plus courantes étaient l'anxiété (n=17), le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H; n=10), la dépression (n=10) et les allergies (n=9).
- Aucun des cas confirmés n'a souffert du syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfance (SIME).
- La majorité des patients (57 sur 65, 88 %) ont souffert d'une COVID-19 aiguë légère traitée à la maison, tandis que six des 65 cas (9 %) ont consulté à l'urgence ou ont été hospitalisés pendant la phase aiguë de leur maladie.
- La fatigue (n=57), les céphalées (n=39), les étourdissements (n=36), le brouillard cérébral (n=31), la myalgie (n=31) et les troubles du sommeil (n=29) étaient les symptômes persistants les plus courants. Des 57 cas (88 %) qui avaient signalé de la fatigue, 43 (75 %) ressentaient de la fatigue après l'effort.
- Les cas de COVID longue ont consulté en pédiatrie une médiane de neuf mois après l'apparition des symptômes.
- Des 57 cas qui s'étaient prêtés à un test microbiologique pour diagnostiquer une COVID-19 aiguë, 36 ont subi un test antigénique rapide et 16, une amplification en chaîne par polymérase (PCR).
- La plupart des cas (55 sur 65, 85 %) avaient reçu au moins deux doses de vaccin contre la COVID-19. Huit d'entre eux (15 %) ont ressenti des symptômes de COVID longue avant leur première dose de vaccin. Dans 35 des 55 cas (64 %), le patient avait reçu au moins deux doses d'un vaccin contre la COVID-19 avant l'apparition de la COVID longue, et dans sept des 55 cas (13 %), il avait reçu au moins trois doses de vaccin avant l'apparition des symptômes.
- Dans 21 cas (32 %), le patient avait reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 après l'apparition de la COVID longue. Cependant, la plupart des familles n'ont déclaré aucun effet de la vaccination sur les symptômes de COVID longue ou ne savaient pas s'il y avait eu un effet.



Traitement et pronostic

- La prise en charge des 65 enfants et adolescents atteints de COVID longue incluait des mesures liées à l'hygiène de sommeil (n=48), un soutien en santé psychologique ou mentale (n=42), des stratégies de réadaptation (p. ex., physiothérapie, ergothérapie; n=41), une orientation vers d'autres spécialistes (n=41) et des modifications au programme scolaire (n=20). Les consultations les plus courantes ont été demandées en psychiatrie, en soulagement de la douleur chronique et en cardiologie.
- La COVID longue a eu diverses répercussions sur les activités quotidiennes. La grande majorité des patients (60 sur 65, 92 %) signalés ont restreint leur participation aux activités physiques, tandis que 55 d'entre eux (85 %) ont souligné éprouver des répercussions négatives sur leur performance scolaire, et 63 patients et des membres de leur famille (97 %) ont déclaré de la détresse découlant des symptômes de COVID longue. Notamment, 15 patients (23 %) ont indiqué être moins en mesure de voir à leurs soins personnels (p. ex., s'habiller, prendre son bain).

Limites de l'étude

Les limites que partagent toutes les études du Programme canadien de surveillance pédiatrique sont énumérées à la page 11.

Conclusions

- Ces observations sont les résultats des 24 mois d'une étude de surveillance à déclaration volontaire auprès de pédiatres et de surspécialistes en pédiatrie.
- Partout au Canada, des enfants et des adolescents ont consulté des pédiatres à cause de multiples symptômes persistants après une COVID-19 aiguë. La fatigue, les étourdissements, les céphalées, le brouillard cérébral et les troubles du sommeil font partie des principaux symptômes persistants.
- La majorité des cas de COVID longue déclarés jusqu'à maintenant ont été atteints d'une COVID-19 aiguë légère.
- L'affection a eu des répercussions importantes sur les activités quotidiennes des enfants et des adolescents. Ils ont presque tous déclaré une diminution de leurs activités physiques, et plus de 85 % ont constaté des répercussions négatives sur leur performance scolaire. Un pourcentage moins important, mais notable (23 %), a signalé être moins en mesure de s'occuper de leurs soins personnels.
- La prise en charge des patients atteints de COVID longue incluait de multiples stratégies visant la santé physique et mentale.



Effets anticipés de l'étude

- Les résultats de l'étude permettront de mieux comprendre l'incidence, les caractéristiques cliniques et les répercussions de cette nouvelle affection sur les activités quotidiennes des enfants et des adolescents du Canada.
- Il faudra mieux comprendre l'étendue et la nature de la COVID longue chez les enfants et les adolescents pour que les systèmes de santé puissent mieux soutenir leur convalescence.



Publication et diffusion

Persistent symptoms after COVID-19 in children: Long COVID syndrome or long pandemic syndrome? Wadhwa A, Barmherzig R. Séances scientifiques canadiennes en médecine de l'adolescence, virtuelles, en septembre 2022 (présentation orale)

Post-COVID-19 condition in children and youth in Canada: A Canadian Paediatric Surveillance Program study. Wadhwa A, Ricci C, Morris S, Mahant S (au nom de l'équipe du PCSP sur l'étude sur la COVID longue). Forum scientifique de Santé Canada, Ottawa, en février 2023 (présentation d'affiche)

Post-COVID-19 condition in children: The long and the (not so) short of it. Wadhwa A, Barmherzig R, Fuller A. SickKids Pediatric Update à Toronto, en mai 2023 (présentation orale)

What do we know about long COVID in children and youth? Wadhwa A, Fuller A. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie à Halifax, en mai 2023 (présentation orale)

Post-COVID-19 condition in children: The long and the (not so) short of it. Wadhwa A. Séances scientifiques sur les maladies infectieuses de la ville du Réseau universitaire de santé, virtuelles, en octobre 2023 (présentation orale)

Post-COVID-19 condition in children: The long and the (not so) short of it. Wadhwa A. Série de webinaires sur la COVID longue, virtuelle, en janvier 2024 (présentation orale)

Diagnostic de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale chez les enfants d'âge scolaire

Durée de l'étude : novembre 2024 à octobre 2026



Adam Probert

Investigateurs principaux

Adam Probert, M. Sc., épidémiologiste principal, Division des maladies et affections chroniques, Agence de la santé publique du Canada; adam.probert@phac-aspc.gc.ca

Sabrina Eliason, MD, FRCPC, directrice médicale, clinique des TSAF pédiatriques, Glenrose Rehabilitation Hospital; professeure adjointe de clinique, département de pédiatrie, Université de l'Alberta; présidente, section de la pédiatrie du développement, Société canadienne de pédiatrie; sabrina.eliason@albertahealthservices.ca

Christine Looch, MD, FRCPC, professeure agrégée, département de pédiatrie, faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique; membre du comité directeur, section de la pédiatrie sociale, Société canadienne de pédiatrie; cloock@cw.bc.ca

Co-investigateurs

Sarah Palmeter, Gurpreet Salh, Michael Sgro, Melissa Tremblay, Leigh Wincott



Questions

- Comment le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) est-il diagnostiqué chez les enfants de six à 12 ans, y compris les directives cliniques utilisées, la participation d'autres professionnels de la santé et les services et mesures de soutien fournis?
- Quelle est l'incidence minimale de TSAF diagnostiqué par des pédiatres chez les enfants de six à 12 ans au Canada, comment ces diagnostics varient-ils en fonction de l'âge, du sexe et du lieu et quels sont les diagnostics connexes courants?



Importance

- Cette étude permettra de mieux comprendre comment et où les nouveaux cas de TSAF sont diagnostiqués chez les enfants du Canada ainsi que l'influence des pratiques diagnostiques sur leur prévalence. Les renseignements colligés peuvent soutenir la création de directives et les stratégies d'intervention précoce ou de prévention liées au TSAF.
- Il est essentiel de déterminer l'incidence du TSAF, car il est impossible de tirer cette information d'enquêtes en population ni de les dériver avec efficacité des données administratives sur la santé. Des programmes de surveillance pédiatrique comparables de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de la Grande-Bretagne ont réalisé des études analogues sur le TSAF auprès de leurs membres du Réseau international d'unités de surveillance pédiatrique.



Méthodologie

La version intégrale du protocole figure à l'adresse <https://pcsp.cps.ca/surveillance/study-etude/diagnostic-de-trouble-du-spectre-de-l'alcoolisation-ftale-chez-les-enfants-dage-scolaire>.

Définition de cas

Déclarer tout nouveau diagnostic de TSAF chez des enfants de six à 12 ans (jusqu'au jour de leur 13^e anniversaire, exclusivement), au moyen des directives diagnostiques reconnues ou établies du TSAF.

Particularités de l'étude

Le questionnaire clinique de cette étude repose sur celui d'une étude de l'unité australienne de surveillance pédiatrique, ce qui facilitera les comparaisons entre les résultats.



Résultats — novembre à décembre 2024

TABLEAU 1 — Cas de diagnostic de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale chez les enfants d'âge scolaire entre le 1 ^{er} novembre et le 31 décembre 2024				
Déclarés	Dédouble	Exclus	En attente	Respect de la définition de cas*
20	1	6	5	8

* Étant donné les lois québécoises, les cas signalés par les participants du Québec sont comptabilisés dans la colonne « Déclarés », mais l'information détaillée n'a pas été colligée, et ces cas ont été exclus de l'analyse des données.

Cas qui respectaient la définition de cas

Au moment de l'analyse, huit cas respectaient la définition de cas entre le 1^{er} novembre et le 31 décembre 2024, et cinq autres cas étaient en attente d'être vérifiés.

Caractéristiques démographiques

Les cas ont été observés chez des enfants de neuf à 12 ans.

Tableau clinique et diagnostic

Tous les cas vérifiés étaient associés à une exposition confirmée à l'alcool pendant la période prénatale, et le diagnostic a été posé en fonction des directives canadiennes sur le TSAF.

Traitement et pronostic

Parmi les cas, le suivi psychologique ou le counseling, le soutien à l'information et les mesures de répit, le mentorat et le soutien communautaire étaient les services et mesures de soutien les plus courants.

Limites de l'étude

- Les limites que partagent toutes les études du PCSP sont énumérées à la page 11.
- Il se peut que l'accès aux soins pédiatriques soit insuffisant dans certaines régions du pays, ce qui entraîne une sous-déclaration des cas. L'évaluation précoce de la répartition géographique des cas et le suivi avec les pédiatres qui ne répondent pas au PCSP dans les régions sous-représentées pourraient atténuer le problème.
- Le PCSP n'inclut pas les médecins de famille. Ainsi, les cas diagnostiqués et pris en charge par des médecins de famille ne seront pas saisis. Toutefois, puisque les directives canadiennes sur le TSAF prévoient que des pédiatres posent le diagnostic, ce n'est peut-être pas une préoccupation.



Conclusions

Puisque les données n'ont été recueillies que sur une période de deux mois en 2024, il est impossible de tirer des conclusions à cette étape de l'étude. La collecte de données se poursuivra jusqu'en octobre 2026.



Effets anticipés de l'étude

- Des études comme celle-ci contribuent à mieux faire connaître le TSAF et à accumuler des données probantes indispensables à la prévention, au diagnostic et aux services de santé.
- Les renseignements amassés grâce à cette étude pourraient contribuer à la préparation d'un document de principes de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et à d'autres activités d'application des connaissances liées au diagnostic du TSAF. Si des variations aux pratiques diagnostiques, aux standards et aux normes sont observées, l'information pourrait éclairer la préparation d'outils de formation (p. ex., séminaires ou ateliers au congrès annuel de la SCP) sur la détection et le diagnostic des cas de TSAF.
- Les renseignements sur les groupes racisés ou autochtones peuvent contribuer à déterminer les facteurs potentiels d'iniquité liés au diagnostic de TSAF au sein des populations.



Publication et diffusion

Nouvelle étude du PCSP sur le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale. Société canadienne de pédiatrie. *Gazette SCP* : automne-hiver 2024 : <https://cps.ca/uploads/publications/GazetteSCP-automne-hiver-2024.pdf>

Remerciements

Les investigateurs tiennent à remercier tous les médecins qui ont déclaré des cas et fourni des données à l'étude du PCSP. Ils remercient également les docteurs Tracey Tsang et Elizabeth Elliot de l'unité australienne de surveillance pédiatrique pour leur aide dans l'élaboration du questionnaire clinique.

Effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments

Durée de l'étude : en cours depuis janvier 2004



Sally Pepper

Investigatrice principale

Sally Pepper, B. Sc. Pharm., Rph, section de la sécurité des patients, Direction des produits de santé commercialisés, Santé Canada; sally.pepper@canada.gc.ca

? Question

Quels événements graves et potentiellement mortels présumés être reliés aux effets indésirables des médicaments (EIM) ont été déclarés chez des enfants et des adolescents en 2024?

! Importance

- Peu 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 lignes directrices appropriées ou précises en matière d'innocuité ou d'efficacité auprès de cette population.
- 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

La version intégrale du protocole figure à l'adresse <https://pcsp.cps.ca/surveillance/study-etude/effets-indesirables-graves-et-potentiellement-mortels-des-medicaments>.

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 l'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 (PCSP).

✓ Résultats — janvier à décembre 2024

TABLEAU 1 — Cas d'effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments en 2024

Déclarés	Dédouble	Exclus	En attente	Respect de la définition de cas*
9	0	<5	<5	<5

* Étant donné les lois québécoises, les cas signalés par les participants du Québec sont comptabilisés dans la colonne « Déclarés », mais l'information détaillée n'a pas été colligée, et ces cas ont été exclus de l'analyse des données.

TABLEAU 2 — Comparaison annuelle des cas d'EIM entre 2020 et 2024

Année	Total des cas
2024	<5
2023	9
2022	11
2021	5
2020	9

Cas qui respectaient la définition de cas

- Au moment de l'analyse, moins de cinq cas d'effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments présumés respectaient la définition de cas pour 2024.
- Conformément aux tendances des années antérieures, les antibactériens représentaient la catégorie de produits de santé (tirées du système de classification anatomique, thérapeutique et chimique) la plus souvent présumée être responsable d'effets indésirables en 2024.

Caractéristiques démographiques

Conformément à la politique du PCSP, le nombre de cas et les données relatives à moins de cinq cas ne peuvent pas être présentés.

Tableau clinique, diagnostic, traitement et pronostic

Il est impossible de présenter de l'information précise au sujet de l'étude en raison du petit nombre de cas déclarés en 2024.

Limites de l'étude

- Les limites que partagent toutes les études du PCSP sont énumérées à la page 11.
- Les effets indésirables des produits de santé sont tous considérés comme des présomptions parce qu'il est souvent impossible d'établir une association causale définitive. On n'en connaît pas la véritable incidence, car ils demeurent sous-déclarés et que le total des patients exposés n'est pas établi.



Conclusions

- Les antibactériens représentent la catégorie de produits de santé la plus présumée être responsable d'EIM en 2024.
- Depuis le lancement de la surveillance des EIM par le PCSP en 2004, les catégories de produits les plus associées à des présomptions d'EIM sont les antibactériens pour une utilisation systémique, les antiépileptiques et les psychoanaleptiques. Les médicaments présumés les plus déclarés dans ces catégories sont l'amoxicilline, la carbamazépine et le méthylphénidate, respectivement. L'étude n'a reçu aucune déclaration d'antiépileptiques ni de psychoanaleptiques respectant les critères en 2024.



Effets anticipés de l'étude

- Santé Canada convient de l'importance de renforcer l'information liée à la santé pédiatrique, car l'innocuité et l'efficacité des médicaments peuvent différer considérablement chez les enfants et les adultes, et les données sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments dans la population pédiatrique sont limitées.^{1,2} L'échange continu d'information sur l'innocuité des médicaments, grâce à la déclaration volontaire des EIM 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.
- Étant donné l'importance de l'information sur la sécurité en matière d'innocuité que fournissent les déclarations sur les EIM, Santé Canada a adopté la *Loi de Vanessa*, qui modifie la *Loi sur les aliments et drogues* et qui exige que certains établissements de santé décèlent et déclarent les EIM graves et les incidents liés au matériel médical à l'organisme de réglementation fédéral (pour en savoir plus, voir la page www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medeffet-canada/declaration-effetsindesirables/declaration-obligatoire-hopitaux/education/module-1.html). L'objectif clé de la déclaration obligatoire consiste à améliorer la qualité et le nombre de déclarations d'EIM graves et à accroître la quantité de données concrètes pour surveiller la sécurité des produits de santé utilisés chez les enfants.

1 Klassen TP, Hartling L, Craig JC et coll. Children are not just small adults: the urgent need for high-quality trial evidence in children. *PLoS Medicine* 2008;5(8):1180-2.

2 Abi Khaled L, Ahmad F, Brogan T et coll. Prescription medicine use by one million Canadian children. *Paediatr Child Health* 2003;8(A):6A-56A.

État d'hyperglycémie hyperosmolaire

Durée de l'étude : juin 2023 à mai 2025



Jill Hamilton

Investigateurs principaux

Paul MacDaragh Ryan, MB, BCh, BAO, Ph. D., résident en pédiatrie, département de pédiatrie, Université de Toronto, The Hospital for Sick Children; paul.ryan@sickkids.ca

Jill Hamilton, MD, M. Sc., FRCPC, chef de l'unité d'endocrinologie, The Hospital for Sick Children; professeure, département de pédiatrie, Université de Toronto; chercheuse associée principale, SickKids Research Institute; jill.hamilton@sickkids.ca

Co-investigatrices

Shazhan Amed, Elizabeth Sellers

Collaborateurs

Ereny Bassilious, Tracey Bridger, Stasia Hadjiyannakis, Andrea M. Haqq, Andrew Helmers, Josephine Ho, Mona Jabbour, Munier Nour, Mona Patel, Teresa Pinto

Questions

- Quelle est l'incidence minimale annuelle de l'état d'hyperglycémie hyperosmolaire (ÉHH) chez les enfants et les adolescents du Canada?
- Quelles sont les populations les plus à risque d'ÉHH et quels sont les facteurs précipitants?
- Quelles sont la morbidité et la mortalité associées à l'ÉHH?
- Quel est l'apport relatif des divers types de diabète aux cas d'ÉHH?
- À quelle fréquence l'ÉHH est-elle la première manifestation du diabète chez les enfants et les adolescents?

Importance

- Les cas d'ÉHH sont relativement peu fréquents dans les publications scientifiques, mais leur taux de morbidité, et même de mortalité, est souvent élevé.
- L'ÉHH est probablement une urgence hyperglycémique sous-dépiée, qui peut être confondue avec l'acidocétose diabétique hyperosmolaire, et on ne connaît pas les conséquences d'un diagnostic tardif ou raté.
- Il s'agit de la première étude de surveillance du genre à tenter d'évaluer l'incidence minimale d'ÉHH chez les enfants et les adolescents.

Méthodologie

La version intégrale du protocole figure à l'adresse <https://pcsp.cps.ca/surveillance/study-etude/etat-dhyperglycemie-hyperosmolaire>.

Définition de cas

Déclarer tout patient de moins de 18 ans (jusqu'à son 18^e anniversaire) qui a obtenu ou non un diagnostic de diabète auparavant et qui consulte à l'hôpital en état d'hyperglycémie hyperosmolaire (ÉHH), défini comme :

- une glycémie sérique supérieure à 33 mmol/L;
- une osmolalité sérique supérieure à 320 mOsm/kg;
- l'absence d'acidose marquée :
 - une concentration de bicarbonate sérique supérieure à 15 mEq/L;
 - un pH artériel ou capillaire supérieur à 7,30 ou un pH veineux supérieur à 7,25.

Cette définition de cas respecte les critères diagnostiques d'ÉHH de Diabète Canada, sous réserve d'une modification importante : la cétose n'est PAS un facteur d'exclusion. L'inclusion de la cétose s'explique par le fait que la définition originale d'ÉHH repose sur les manifestations chez les adultes, et il est bien démontré que plus de 40 % des enfants et des adolescents atteints du diabète de type 2 ont des cétones à la consultation (même s'ils ne sont pas acidotiques).

Résultats — janvier à décembre 2024

TABLEAU 1 — Cas de l'état d'hyperglycémie hyperosmolaire en 2024

Déclarés	Dédouble	Exclus	En attente	Respect de la définition de cas*
11	1	5	0	5

* Étant donné les lois québécoises, les cas signalés par les participants du Québec sont comptabilisés dans la colonne « Déclarés », mais l'information détaillée n'a pas été colligée, et ces cas ont été exclus de l'analyse des données.

Cas qui respectaient la définition de cas

Au moment de l'analyse, cinq cas respectaient la définition de cas d'ÉHH au Canada entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2024.

Caractéristiques démographiques

- La majorité des cinq cas étaient de sexe masculin; l'ÉHH se manifestait à un âge moyen de 12,4 ans (ÉT 4,4 ans) et était prédominante dans les populations minoritaires.
- Les affections connexes préexistantes incluaient le diabète, les troubles du développement ou les déficiences intellectuelles, les convulsions, l'obésité et l'apnée du sommeil.

Tableau clinique et diagnostic

- Les déclencheurs détectés de la maladie incluent l'infection et la déshydratation, de même que les traumatismes et les interventions chirurgicales.
- Les tableaux cliniques les plus courants étaient l'altération du niveau de conscience, ou un score de Glasgow inférieur à 13, et la polyurie. D'autres signes peuvent être présents à la consultation, soit la polydipsie, les nausées et les vomissements, ainsi que l'acanthosis nigricans.
- Le pH veineux moyen s'élevait à 7,32 (ÉT 0,04), la glycémie sérique moyenne, à 39,8 mmol/L (ÉT 6,1), le bicarbonate sérique moyen, à 24,4 mEq/L (ÉT 7,8) et une osmolarité sérique moyenne de 377,4 mOsm/kg (ÉT 34,8).

Traitement et pronostic

- Le bolus initial, les volumes supplémentaires et la composition de liquide de réhydratation intraveineux (plage de 10 à 20 mL/kg) étaient hétérogènes, mais une perfusion d'insuline a été amorcée chez tous les enfants à un moment ou à un autre de leur hospitalisation.
- L'hypokaliémie, l'hyperkaliémie et une atteinte du fonctionnement rénal étaient les principales complications déclarées pendant l'hospitalisation.
- La plupart des enfants ont dû être admis en soins intensifs, et les données sur la durée de leur séjour hospitalier étaient variables, mais ont révélé une hospitalisation moyenne de 21,8 jours (ÉT 21,2).
- Aucun décès n'avait été observé au moment du congé.

Limites de l'étude

- Les limites que partagent toutes les études du PCSP sont énumérées à la page 11.
- La présente étude exclut tous les cas déclarés au Québec en raison des lois provinciales sur la protection des renseignements personnels.
- Le faible nombre de cas déclarés peut limiter la généralisabilité des conclusions tirées de cette étude.



Conclusions

- Même si l'ÉHH est une urgence hyperglycémique relativement rare chez les enfants du Canada et qu'aucun décès n'a été enregistré pendant cette période, les tableaux cliniques étaient graves, incluaient généralement une altération importante du niveau de conscience et exigeaient une admission en soins intensifs.
- Plusieurs autres déclarations de cas d'hyperglycémie hyperosmolaire ont été observés pendant la période de déclaration, mais il s'agissait de cas d'acidocétose hyperosmolaire attribuables au diabète de type 1.
- Les enfants issus d'une ethnie minoritaire étaient surreprésentés.
- De même, les personnes ayant un retard de développement, des problèmes neurodéveloppementaux ou une déficience intellectuelle étaient plus souvent touchées.
- La collecte de données se poursuivra pendant encore six mois, pour un total de 24 mois.



Effets anticipés de l'étude

- On espère que les résultats de l'étude éclaireront les directives cliniques prospectives et fourniront de l'information particulière au Canada sur les manifestations, la prise en charge et le taux de complications des ÉHH chez les enfants et les adolescents.
- De plus, cette étude pourrait faire ressortir les populations particulières les plus à risque de présenter un ÉHH, ce qui permettrait d'adopter des mesures préventives.



Publication et diffusion

Hyperglycaemic hyperosmolar state: No longer an endocrine crisis exclusive to adulthood. Ryan PM, Sellers EAC, Amed S, Hamilton JK. *Paediatr Child Health* le 7 novembre 2023;29(2):81–3. doi : 10.1093/pch/pxad073. Publication en ligne en mai 2024

Remerciements

Les investigateurs tiennent à remercier Melanie Laffin, ancienne gestionnaire principale de la surveillance de la Société canadienne de pédiatrie, pour son excellent travail, et Christina Ricci, épidémiologiste à l'Agence de la santé publique du Canada, pour avoir fait progresser cette étude jusqu'à son lancement.

Événements graves et au potentiel mortel associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales (récréatives) chez les enfants et les adolescents canadiens

Durée de l'étude : depuis septembre 2018



Richard Bélanger

Investigateurs principaux

Richard E. Bélanger, MD, département de pédiatrie, Centre mère-enfant Soleil – CHU de Québec – Université Laval; richard.belanger.med@ssss.gouv.qc.ca

Christina Grant, MD, professeure, service de médecine de l'adolescence, département de pédiatrie, Université McMaster; chgrant@mcmaster.ca

Co-investigateurs

Hanan Abramovici, Amy Acker, Seth D. Ammerman, Nathalie Gingras, Stephanie Jack, Charlotte Moore Hepburn, Shahid Perwaiz, Sieara Plebon-Huff, Robert Yates

Collaborateur

Dirk Huyer, MD, coroner en chef de l'Ontario

? Questions

- Quelle est l'incidence minimale d'événements graves et au potentiel mortel associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales chez les enfants et les adolescents du Canada?
- Quels sont les manifestations cliniques et les besoins médicaux connexes des enfants et des adolescents qui consultent à cause d'un événement grave ou au potentiel mortel associé à la consommation de cannabis à des fins non médicales?
- A-t-on remarqué des changements à l'incidence d'événements graves et au potentiel mortel depuis la légalisation du cannabis?

! Importance

- Actuellement, les données scientifiques qui quantifient les répercussions de la légalisation du cannabis sur la santé des enfants et des adolescents du Canada sont limitées.
- Les données tirées de cette étude permettront d'évaluer les répercussions de la légalisation et de la réglementation du cannabis sur la santé des populations pédiatriques et d'éclairer les politiques, les lois et la réglementation, de même que l'éducation publique et les communications pour faire connaître la maladie.

↻ Méthodologie

La version intégrale du protocole figure à l'adresse <https://pcsp.cps.ca/surveillance/study-etude/evenements-graves-et-au-potentiel-mortel-associes-a-la-consommation-de-cannabis-a-des-fins-non-medicales-recreatives-chez-les-enfants-et-les-adolescents-canadiens>.

Définition de cas

Déclarer tout enfant ou adolescent de moins de 18 ans (jusqu'à son 18^e anniversaire) qui présente une nouvelle affection ou est atteint d'une affection chronique ou déjà diagnostiquée qui se détériore et provoque soit une hospitalisation (en soins généraux, à l'unité de soins intensifs ou en psychiatrie), soit une incapacité permanente, soit un décès, qui, selon toute probabilité, découle principalement de la consommation de cannabis à des fins non médicales (récréatives).

Ces situations incluent l'exposition volontaire ou involontaire de l'enfant ou de l'adolescent au cannabis ou une affection découlant de la consommation par un autre individu, tel qu'un ami, un parent ou une personne qui s'occupe de l'enfant et qui est sous l'influence du cannabis.

Critères d'exclusion

- Affection causée par la consommation de cannabis à des fins non médicales pendant la grossesse ou l'allaitement
- Affection causée par la consommation de cannabis à des fins médicales



Résultats – janvier à décembre 2024

TABLEAU 1 – Cas d'événements graves et au potentiel mortel associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales (récréatives) chez les enfants et les adolescents canadiens en 2024

Déclarés	Dédouble	Exclus	En attente	Respect de la définition de cas*
50	0	2	14	34

* Étant donné les lois québécoises, les cas signalés par les participants du Québec sont comptabilisés dans la colonne « Déclarés », mais l'information détaillée n'a pas été colligée, et ces cas ont été exclus de l'analyse des données.

Cas qui respectaient la définition de cas

- Au total, 50 cas d'événements graves et au potentiel mortel associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales chez les enfants et les adolescents ont été déclarés par l'entremise du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) en 2024.
- Au moment de l'analyse, 34 de ces cas confirmés respectaient la définition de cas en 2024, et 14 cas étaient en attente d'être vérifiés.
- En comparaison, au cours des années précédentes de l'étude, le nombre annuel de cas qui respectaient la définition de cas a varié entre 21 et un pic de 50 en 2020.

TABLEAU 2 – Comparaison annuelle des cas d'événements graves et au potentiel mortel associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales de 2020 à 2024

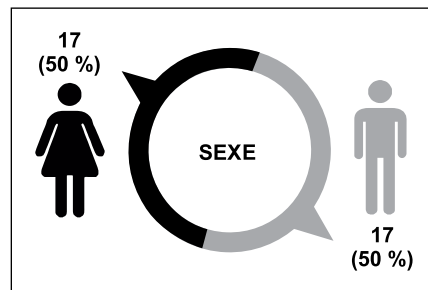
Année	Nombre de cas qui respectent la définition de cas
2024	34
2023	21
2022	28
2021	34
2020	50

Caractéristiques démographiques

- Au total, 17 des 34 cas étaient de sexe féminin (50 %, IC à 95 %, 33 à 67) et 17 des 34 cas, de sexe masculin (50 %, IC à 95 %, 33 à 67).
- Les cas avaient un âge moyen de 6,5 ans et un âge médian de 5,7 ans. La plupart ont été observés chez des enfants de 12 ans ou moins (30 cas sur 34, 88 %, IC à 95 %, 72 à 96).

Tableau clinique et diagnostic

- Comme par les années passées, les principales manifestations primaires étaient l'empoisonnement ou l'intoxication non intentionnelle (27 cas sur 34, 79 %, IC à 95 %, 62 à 90), suivies des troubles liés au cannabis (huit cas sur 34, 24 %, IC à 95 %, 12 à 41). Certains de ces cas incluaient de multiples tableaux cliniques primaires (six cas sur 34, 18 %, IC à 95 %, 8 à 35).
- Presque tous les cas d'empoisonnement ou d'intoxication non intentionnels touchaient des enfants de 12 ans ou moins (26 cas sur 27, 96 %, IC à 95 %, 76 à 100), et la plupart des cas (23 cas sur 27, 85 %, IC à 95 %, 65 à 95) étaient causés par des produits comestibles du cannabis.
- Dans l'ensemble, 29 des 34 cas (85 %, IC à 95 %, 68 à 94) ont ingéré du cannabis sous forme de produit comestible, y compris des bonbons, des chocolats, des biscuits, des bonbons gélifiés et des gâteaux maison.
- Dans la majorité des cas, le cannabis provenait d'une source inconnue (28 cas sur 34, 82 %, IC à 95 %, 65 à 92), d'après ce que le médecin traitant avait déclaré. Des multiples produits provenant de diverses sources peuvent être déclarés pour un seul cas.
- Lorsque le médecin traitant connaissait la réponse, le cannabis avait surtout été acquis par un ami (neuf cas sur 22, 41 %, IC à 95 %, 22 à 63) ou par un parent ou un proche (huit cas sur 22, 36 %, IC à 95 %, 19 à 59).



Traitement et pronostic

- Tous les cas ont dû être hospitalisés, pendant un séjour hospitalier moyen de 1,1 jour.
- Au total, 24 des 34 cas (71 %, IC à 95 %, 53 à 84) ont reçu un traitement médical, tels que des liquides par voie intraveineuse et une assistance respiratoire, et ont été mis sous surveillance.
- La présence de cannabinoïdes a été vérifiée de manière qualitative dans 13 des 34 cas (38 %, IC à 95 %, 23 à 56).

Limites de l'étude

Les limites que partagent toutes les études du PCSP sont énumérées à la page 11.



Conclusions

- Des événements graves et au potentiel mortel associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales se produisent bel et bien chez les enfants et les adolescents du Canada. Ainsi, 34 cas respectaient la définition de cas en 2024. La plupart avaient ingéré des produits comestibles du cannabis.

- Il faudra plus de données pour déterminer les répercussions de la légalisation et de la réglementation du cannabis sur la santé des enfants et des adolescents. Dans la plupart des cas d'événements graves et au potentiel mortel associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales, le cannabis provenait d'une source inconnue. Les mesures de sensibilisation se poursuivent pour faire comprendre la distinction entre le cannabis légal et le cannabis illégal, afin que cette information clé soit bien saisie dans cette étude.
- La principale manifestation primaire était l'empoisonnement ou l'intoxication non intentionnel touchant surtout des enfants de 12 ans ou moins qui avaient consommé du cannabis comestible. Cette tendance, qui continue d'être surveillée, fait ressortir l'importance de l'éducation publique et de la transmission d'information sur l'entreposage sécuritaire du cannabis pour éviter que les enfants y soient exposés accidentellement.

Effets anticipés de l'étude

- Cette étude continuera de fournir des données canadiennes sur les répercussions de la légalisation et de la réglementation du cannabis en matière de santé des enfants et des adolescents. Ces données sont utilisées pour éclairer des politiques, des lois et d'autre réglementation sur le cannabis utilisé à des fins non médicales. Jusqu'à présent, les résultats ont contribué au mémoire de la Société canadienne de pédiatrie présenté lors de l'examen législatif de la *Loi sur le cannabis* et des [recommandations finales](#) du comité d'experts au sujet de l'examen législatif de la *Loi sur le cannabis*.
- L'information tirée de cette étude pourrait être adaptée en vue de préparer du matériel d'éducation publique et de communications.

Publication et diffusion

Serious and life-threatening events associated with non-medical cannabis use in Canadian children and youth. Grant C, Plebon-Huff S, Perwaiz S, Abramovici H, Bélanger RE. *Paediatr Child Health* le 26 juin 2023;29(1):3–4. doi : 10.1093/pch/pxad036. Publication en ligne en février 2024

Remerciements

Les investigateurs remercient Sieara Plebon-Huff, de Santé Canada, pour sa participation à l'analyse des données de cette étude et à la rédaction du présent rapport annuel.

Événements indésirables liés aux soins virtuels

Durée de l'étude : février 2023 à janvier 2025



Ellen Goldbloom

Investigatrices principales

Ellen Goldbloom, MD, FRCPC, agente adjointe de l'information médicale, directrice médicale des soins ambulatoires, endocrinologue pédiatre, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario; professeure agrégée, département de pédiatrie, Université d'Ottawa; chercheuse clinicienne, Institut de recherche du CHEO; egoldbloom@cheo.on.ca

Shelley Vanderhout, Ph. D., chercheuse, Learning Health Systems, Trillium Health Partners; shelley.vanderhout@thp.ca

Co-investigateurs

Dominic Allain, Imaan Bayoumi, Jill Chorney, Megan Cooney, David Creery, Janet Curran, Tammie Dewan, Olivier Drouin, Gary Garber, Sarah Hall, Michael Hill, Brenden Hursh, Sara Jassemi, Kristopher Kang, Jim King, Patricia Li, Lillian Lim, Julia Orkin, Dawn Pickering, Hasu Rajani, Phillippe Robaey, Daniel Rosenfield, Anne Rowan-Legg, Sumeet Sadana, Holden Sheffield, Sam Wong, Kelley Zwicker

Collaborateurs

Kim Courtney, Christine Kouri, Alex Petiquan, Martha Pinheiro-Maltez, Cecile Rousseau, Julianna Saoud

Questions

- Quels sont le fardeau et la nature des événements indésirables (ÉI) décelés présumés être liés à la prestation des soins virtuels auprès de la population pédiatrique du Canada?
- Y a-t-il une association entre les caractéristiques cliniques et sociodémographiques, d'une part, et la probabilité d'ÉI lié à des soins virtuels, d'autre part?

Importance

- Il y a des avantages aux soins virtuels, mais on ne sait pas s'ils sont responsables d'ÉI qui auraient été évités si les soins avaient été prodigués en personne.
- Les résultats de la présente étude de surveillance pourraient aider les pédiatres, les autorités sanitaires et les systèmes de santé à prendre des décisions fondées sur des données probantes pour orienter les recommandations et les programmes en matière de prestation des soins pour les enfants et les adolescents qui reçoivent des soins virtuels.

Méthodologie

La version intégrale du protocole figure à l'adresse <https://pcsp.cps.ca/surveillance/study-etude/evenements-indesirables-lies-aux-soins-virtuels>.

Définition de cas

Déclarer tout patient de moins de 18 ans (jusqu'à son 18^e anniversaire) qui consulte à cause d'un nouvel ÉI associé à des préjudices que le médecin déclarant présume être liés à des soins virtuels, y compris :

- *Mauvais diagnostic* : Les limites des soins virtuels à évaluer les patients sont responsables d'une erreur, d'une omission ou d'un retard de diagnostic.
- *Urgence sans la capacité d'intervenir* : Le dispensateur de soins virtuels décèle une urgence clinique ou sociale, mais n'est pas en mesure d'offrir rapidement des soins d'urgence.

Critères d'exclusion

- ÉI non présumés être liés aux soins virtuels
- Incident évité de justesse (*near miss*) et incident sans préjudice
- Événement causé par des problèmes de connexion qui ont nui aux soins du patient, mais n'ont pas entraîné de préjudice
- ÉI liés à une violation de la vie privée

Résultats — janvier à décembre 2024

TABLEAU 1 — Cas d'événements indésirables liés aux soins virtuels en 2024				
Déclarés	Dédoublé	Exclu	En attente	Respect de la définition de cas*
<5	0	0	0	<5

* Étant donné les lois québécoises, les cas signalés par les participants du Québec sont comptabilisés dans la colonne « Déclarés », mais l'information détaillée n'a pas été colligée, et ces cas ont été exclus de l'analyse des données.

Cas qui respectaient la définition de cas

Moins de cinq cas respectaient la définition de cas d'ÉI liés aux soins virtuels en 2024.

Caractéristiques démographiques

Conformément à la politique du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP), les données relatives à moins de cinq cas ne peuvent pas être présentées.

Tableau clinique, diagnostic, traitement et pronostic

Il est impossible de présenter de l'information précise au sujet de l'étude en raison du petit nombre de cas déclarés en 2024.

Limites de l'étude

- Les limites que partagent toutes les études du PCSP sont énumérées à la page 11.
- La présente étude ne saisit pas les ÉI non détectés ni les ÉI qui ne sont pas perçus comme liés aux soins virtuels.
- Les ÉI ont été déclarés d'après la présomption qu'ils sont liés aux soins virtuels; mais il peut être impossible de déterminer le lien causal.
- La présente étude vise à recueillir des données sur les ÉI responsables de préjudices que constatent des pédiatres et des surspécialistes qui participent au PCSP et non les préjudices constatés par les patients, les familles et les proches ou les autres professionnels de la santé.

Conclusions

- Les ÉI qu'on croit reliés aux soins virtuels chez les enfants qui consultent des pédiatres et des pédiatres surspécialisés ne semblent pas fréquents au Canada jusqu'à présent, d'après 23 mois de données de surveillance.
- Si l'évaluation des cas est exacte et que l'incidence d'ÉI est véritablement faible, les soins virtuels peuvent être privilégiés lorsqu'ils sont retenus dans des situations appropriées pour offrir des soins axés sur le patient et sur la famille. En revanche, les techniques de collecte de données n'ont peut-être pas pleinement saisi les ÉI liés aux soins virtuels; d'autres études associées à d'autres mécanismes de déclaration pourraient contribuer à élucider cette question.

Effets anticipés de l'étude

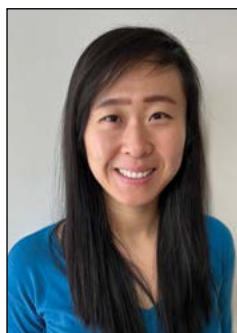
Les résultats s'ajouteront aux données probantes sur les soins virtuels pédiatriques et contribueront à éclairer les directives sur l'utilisation sécuritaire des soins virtuels en pédiatrie, y compris les situations dans lesquelles les soins virtuels ne peuvent pas remplacer les soins en personne de manière appropriée et les personnes pour qui ce type de soins ne convient pas.

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier tous les médecins qui ont déclaré des cas et fourni des données à la présente étude du PCSP.

Hypoglycémie lors du traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë

Durée de l'étude : octobre 2022 à septembre 2024 — rapport définitif



Mary Jiang

Investigateurs principaux

Mary Jiang, MD, FRCPC, stagiaire postdoctorale en endocrinologie pédiatrique, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Université d'Ottawa; MJiang@cheo.on.ca

Alexandra Ahmet, MD, FRCPC, endocrinologue pédiatre, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario; professeure agrégée de pédiatrie, Université d'Ottawa; AAhmet@cheo.on.ca

Scott Somerville, MD, FRCPC, endocrinologue pédiatre, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario; SSomerville@cheo.on.ca

Co-investigateurs

Mylene Bassal, Andrea Ens, Hannah Geddie, Paul Gibson, Geneviève Goulet, Melissa Harvey, Ara Healey, Caroline Laverdière, Paola Luca, Seth D. Marks, John Mitchell, Arati Mokashi, Constadina Panagiotopoulos, Angela Punnett, Isabelle Rousseau-Nepton, David Saleh, Judith Simoneau-Roy, Matthew Speckert, Richelle Waldner, Daphne Yau

Questions

- Quelle est l'incidence minimale de premiers épisodes d'hypoglycémie démontrée sur le plan biochimique lors du traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë (LLA)?
- Quelle est la fréquence de premiers épisodes d'hypoglycémie symptomatique lors du traitement de la LLA?
- Quel est le moment d'apparition et la durée de l'hypoglycémie associée au traitement de la LLA?
- Quelles sont les stratégies de prise en charge de l'hypoglycémie associée au traitement de la LLA?

Importance

- L'hypoglycémie est un effet indésirable important associé au traitement standard de la LLA qui a été découvert récemment, mais qui est probablement sous-dépié. Deux médicaments ont une association démontrée à l'hypoglycémie, soit l'asparaginase (plus fréquemment sous forme de L-asparaginase et de peg-asparaginase) et la 6-mercaptopurine (6-MP).
- L'hypoglycémie rend les enfants vulnérables à une diminution du niveau de conscience, à des convulsions et peut-être à des séquelles neurocognitives, particulièrement chez les jeunes enfants.

Méthodologie

La version intégrale du protocole figure à l'adresse <https://pcsp.cps.ca/surveillance/study-etude/hypoglycemie-lors-du-traitement-de-la-leucemie-lymphoblastique-aigue>.

Définition de cas

Déclarer tout patient de moins de 18 ans (jusqu'à son 18^e anniversaire) ayant un **premier épisode connu** d'hypoglycémie démontrée sur le plan biochimique par une mesure de la glycémie sérique en laboratoire (si c'est impossible, utiliser le point de service) de moins de 3,0 mmol/L pendant la chimiothérapie contre la LLA (tous les agents et les protocoles).

Critères d'exclusion

Patients qui ont déjà présenté un épisode confirmé d'hypoglycémie démontrée sur le plan biochimique lors de la chimiothérapie de la LLA (glycémie de moins de 3,0 mmol/L)

Particularités de l'étude

L'équipe d'investigateurs collaborera avec le programme Cancer chez les jeunes au Canada (CCJC) pour circonscrire clairement le dénominateur de patients atteints d'une LLA qui ont reçu un traitement par les diverses formes d'asparaginase tout au long de l'étude.

TABLEAU 1 — Cas d'hypoglycémie lors du traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë entre le 1^{er} octobre 2022 et le 30 septembre 2024

Année	Déclarés	Dédoublé	Exclu	En attente	Respect de la définition de cas*
2022 [†] et 2023	10	0	0	0	10
2024 [‡]	7	1	0	1	5
Total	17	1	0	1	15

* Étant donné les lois québécoises, les cas signalés par les participants du Québec sont comptabilisés dans la colonne « Déclarés », mais l'information détaillée n'a pas été colligée, et ces cas ont été exclus de l'analyse des données.

† Du 1^{er} octobre au 31 décembre 2022

‡ Du 1^{er} janvier au 30 septembre 2024

Cas qui respectaient la définition de cas

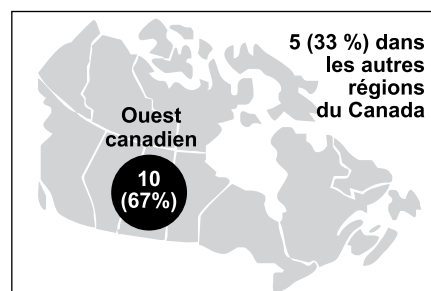
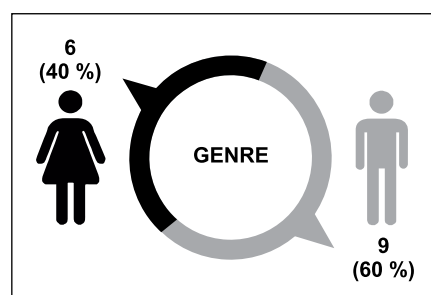
Au moment de l'analyse, un total de 15 cas confirmés avait respecté la définition de cas entre le 1^{er} octobre 2022 et le 30 septembre 2024. Un cas était en attente d'être vérifié.

Caractéristiques démographiques

- La plupart des cas étaient de sexe masculin (neuf cas sur 15, 60 %).
- Ils avaient un âge médian de 5,31 ans (écart interquartile [ÉIQ] : 2,67 à 7,83) à la consultation.
- Ils avaient un percentile médian de l'indice de masse corporelle de 43 % (ÉIQ 27 à 98).
- Les deux tiers des cas (dix cas sur 15, 67 %) provenaient de l'Ouest canadien.

Tableau clinique et diagnostic

- Près de la moitié des cas étaient hospitalisés au moment du diagnostic (sept cas sur 15, 47 %), le tiers a été dépisté lors d'une consultation à la clinique ambulatoire d'oncologie (cinq cas sur 15, 33 %) et les autres cas ont consulté à l'urgence ou se sont déclarés à la maison.
- Les patients chez qui la présence ou l'absence de symptômes était confirmée étaient asymptomatiques dans la moitié des cas (sept cas sur 14, 50 %), et c'est le bilan sanguin régulier qui a révélé une hypoglycémie. La moitié a souffert de symptômes (sept cas sur 14, 50 %), y compris une altération du niveau de conscience, des convulsions, des tremblements et une agitation, une diaphorèse, la faim, des nausées, de la fatigue et des étourdissements. Les tremblements et l'agitation étaient les symptômes les plus courants (cinq cas sur sept, 71 %).
- Un peu plus de la moitié des patients ont souffert de multiples occurrences d'hypoglycémie (huit cas sur 15, 53 %). Presque tous les patients ont eu besoin d'être traités pour prévenir une hypoglycémie subséquente (voir *Traitement et pronostic*, ci-dessous).
- La plupart des patients ne suivaient pas de traitements aux stéroïdes lors de leur épisode d'hypoglycémie, mais y avaient été exposés auparavant (11 cas sur 15, 73 %). Chez ceux qui avaient déjà été exposés aux stéroïdes, presque tous avaient reçu de la dexaméthasone (dix cas sur 11, 91 %) et dans plus de la moitié de ces cas, plus de 14 jours s'étaient écoulés depuis la dernière prise de stéroïdes (six cas sur 11, 55 %).
- La glycémie médiane à la consultation s'élevait à 2,6 mmol/L (ÉIQ 2,3 à 2,9). Plus de la moitié des patients (neuf sur 15, 60 %) avaient subi un prélèvement de glucose veineux en laboratoire plutôt qu'une mesure de glycémie au point de service. Le tiers des patients avait fait prélever un échantillon critique (cinq cas sur 15, 33 %).
- Neuf patients avaient souffert d'hypoglycémie dans les 40 jours suivant l'exposition à la peg-asparaginase (neuf cas sur 15, 60 %).
- Six patients ont souffert d'hypoglycémie dans les sept jours suivant la fin du traitement au 6-MP (six cas sur 15, 40 %).
- Aucun patient n'a été soumis au test au glucagon pour évaluer l'étiologie de l'hypoglycémie.
- L'hypoglycémie s'est manifestée une médiane de 17 jours (plage de neuf à 38 jours) après l'exposition à la peg-asparaginase, d'une durée médiane de 7,5 jours (plage de un à 89 jours).
- L'hypoglycémie s'est manifestée une médiane de 51 jours (plage de deux à 697 jours) après le début du plus récent traitement de 6-MP, qui a persisté pendant une durée médiane d'un jour (plage de un à 389 jours).



Traitement et pronostic

- Presque tous les patients ont eu besoin d'une certaine forme d'intervention pour traiter leur hypoglycémie (14 cas sur 15, 93 %). Sur les 14 patients, six étaient en cours de traitement au moment de la déclaration (43 %).
- Chez les personnes qui avaient terminé leur traitement au moment de la déclaration (huit cas sur 14, 57 %), le traitement avait été administré pendant une période médiane de deux jours (plage de un à huit).

- Les deux tiers des patients ont eu besoin de glucose entérique (p. ex., jus, collations, alimentation nasogastrique) pour traiter leur hypoglycémie (dix cas sur 15, 67 %). Six patients ont eu besoin de dextrose par voie intraveineuse (six cas sur 15, 40 %), tandis que les autres ont eu besoin d'autres types de traitement de l'hypoglycémie (p. ex., fécule de maïs, modification du moment d'administrer le 6-MP).
- Chez les patients hospitalisés, l'hypoglycémie n'avait prolongé l'hospitalisation d'aucun patient.

Limites de l'étude

- Les limites que partagent toutes les études du Programme canadien de surveillance pédiatrique sont énumérées à la page 11.
- Cette étude se limite à la collecte de données auprès de patients atteints d'hypoglycémie démontrée sur le plan biochimique. Par conséquent, elle ne pourra pas saisir la véritable incidence d'hypoglycémie, y compris les patients symptomatiques ou asymptomatiques chez qui on n'a jamais mesuré la glycémie.
- Chez les patients hospitalisés, l'hypoglycémie peut être masquée par l'utilisation de liquides intraveineux contenant du glucose.
- Il est difficile de définir l'hypoglycémie à l'aide d'une seule valeur de glycémie, car elle dépend également des antécédents de troubles susceptibles d'être responsables d'une hypoglycémie, de l'état clinique du patient à ce moment, de la disponibilité des sources d'énergie et des besoins d'énergie continus. Par conséquent, la définition utilisée dans l'étude (moins de 3,0 mmol/L) ne saisit peut-être pas tous les cas.



Conclusions

- L'hypoglycémie est un événement indésirable rare, mais important, du traitement de la LLA.
- La moitié des patients atteints d'hypoglycémie pendant le traitement de la LLA étaient asymptomatiques à la consultation, même si des symptômes graves, y compris une altération du niveau de conscience et des convulsions, ont été déclarés. Ce résultat fait ressortir l'importance du dépistage pour garantir la prise en charge et la prévention d'une hypoglycémie marquée.
- Il a été démontré que l'hypoglycémie après l'administration de peg-asparaginase peut se manifester plus tard et durer plus longtemps que dans les cas d'hypoglycémie par L-asparaginase déclarés auparavant. L'étiologie de l'hypoglycémie après la prise de peg-asparaginase semble être plus susceptible d'être attribuable à l'hyperinsulinisme en présence de taux d'insuline élevés.
- L'hypoglycémie attribuable au 6-MP peut se manifester n'importe quand pendant le traitement.
- Presque tous les patients ont eu besoin d'une intervention pour traiter l'hypoglycémie.
- Selon l'étude, les cliniciens doivent savoir que l'hypoglycémie est un effet secondaire possible du traitement de la LLA et devraient envisager le dépistage de l'hypoglycémie chez les enfants exposés à l'asparaginase ou au 6-MP.
- Puisque l'hypoglycémie peut se manifester à différents moments pendant le traitement, les familles devraient à tout le moins être informées du risque d'hypoglycémie dans le cadre du traitement de la LLA et des symptômes qui devraient les inciter à consulter un médecin. Les cliniciens peuvent également envisager d'informer les proches du traitement des symptômes d'hypoglycémie légère à modérée par un liquide contenant du sucre à l'apparition des symptômes et avant de consulter un médecin.
- Plus de recherches devront être réalisées pour déterminer la véritable incidence et l'étiologie de l'hypoglycémie afin de contribuer à éclairer l'élaboration de futures directives.



Effets anticipés de l'étude

- Cette étude donnera un aperçu de l'ampleur de cet effet secondaire iatrogène chez les enfants en cours de traitement de la LLA.
- Les résultats de l'étude pourraient éclairer les directives cliniques, le dépistage et les stratégies pour prévenir de l'hypoglycémie lors du traitement de la LLA, tout en favorisant un meilleur dépistage de cette réaction indésirable à un médicament.



Publication et diffusion

Hypoglycemia during treatment of acute lymphoblastic leukemia. Jiang M, Ahmet A. *Paediatr Child Health* le 15 mai 2023;28(5):305–6. doi : 10.1093/pch/pxad019. Publication en ligne en août 2023

Hypoglycemia during treatment of acute lymphoblastic leukemia – A Canadian Paediatric Surveillance Program study. Jiang MR, Somerville S, Duan LX, Ens A, Geddie H, Gibson P et coll. 19^e congrès scientifique annuel du Groupe canadien d'endocrinologie pédiatrique, London, Ontario, en février 2025 (présentation orale)

Remerciements

Les investigateurs tiennent à remercier les médecins qui ont déclaré des cas à cette étude.

Méfais aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs

Durée de l'étude : octobre 2024 à septembre 2027



Matthew Carwana

Investigateurs principaux

Matthew Carwana, MD, MHP, FRCPC, FAAP, pédiatre, BC Children's Hospital; professeur adjoint de clinique, Université de la Colombie-Britannique, chercheur, BC Children's Hospital Research Institute; matthew.carwana@cw.bc.ca

Nicholas Chadi, MD, MHP, FRCPC, FAAP, pédiatre spécialisé en médecine de l'adolescence et en toxicomanie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine; professeur adjoint de clinique, département de pédiatrie, Université de Montréal; nicholas.chadi.med@ssss.gouv.qc.ca

Eva Moore, MD, MSPH, FRCPC, FAAP, spécialiste de la médecine de l'adolescence, BC Children's Hospital, professeure adjointe de clinique, département de pédiatrie, Université de la Colombie-Britannique; eva.moore@cw.bc.ca

Co-investigateurs

Richard Bélanger, Daniel Brody, Sara Citron, Jessica Foulds, Camille Fournier, Sarah Gander, Christina Grant, Laurie Horricks, Karen Leslie, Charlotte Moore Hepburn, Tatiana Sotindjo, Laurence Truchon, Trisha Tulloch

Collaboratrice

Bridget Maloney-Hall

? Questions

- Quelle est l'incidence minimale de toxicité liée à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs chez les enfants et les adolescents du Canada?
- Quelles principales affections connexes et caractéristiques du tableau clinique les professionnels de la santé devraient-ils connaître?

! Importance

Les surdoses découlant de la toxicité des drogues sont la principale cause de décès chez les adolescents de la Colombie-Britannique et sont de plus en plus préoccupantes au Canada. On ne possède pas assez d'information sur l'épidémiologie de cette affection, y compris les caractéristiques démographiques détaillées des patients, les affections connexes dont ils sont atteints et les résultats de leurs traitements.

➡ Méthodologie

La version intégrale du protocole figure à l'adresse <https://pcsp.cps.ca/surveillance/study-etude/mefaits-aigus-au-potentiel-mortel-lies-a-lutilisation-illicite-ou-non-medicale-dopioïdes-de-stimulants-ou-de-sedatifs>.

Définition de cas

Déclarer tout patient de moins de 18 ans (jusqu'à son 18^e anniversaire) qui a besoin de l'une ou l'autre ou des deux interventions suivantes :

- Soins à l'urgence, hospitalisation ou admission en soins intensifs
- Réanimation (p. ex., naloxone) hors de l'hôpital*

En raison de l'une ou l'autre des situations suivantes :

- Utilisation d'un opioïde, d'un stimulant ou d'un sédatif illicite ou non prescrit
- Utilisation non médicale d'un opiacé (p. ex., codéine, hydromorphone, oxycodone), d'un stimulant (p. ex., psychostimulants) ou d'un sédatif (p. ex., benzodiazépines, barbituriques) sur ordonnance (p. ex., utilisation d'un médicament sur ordonnance d'une autre façon que celle prescrite, utilisation d'un médicament sur ordonnance prescrit à quelqu'un d'autre)

Critères d'exclusion

- Une affection causée par l'exposition accidentelle aux substances d'une autre personne (p. ex., un enfant qui ingère par erreur les substances d'un adulte)
- Une affection causée par l'utilisation d'une substance illicite pendant la grossesse ou l'allaitement (information déjà saisie ailleurs)
- Une affection découlant de l'utilisation indiquée de médicaments prescrits au patient à des fins médicales

- Une affection découlant du mésusage accidentel de médicaments prescrits au patient à des fins médicales
- Une affection découlant uniquement de l'utilisation d'alcool, de cannabis, de produits de vapotage, de cigarettes ou de produits du tabac, seuls ou combinés

* Les enfants et les adolescents victimes d'un incident de toxicité critique qui ont reçu seulement une réanimation d'urgence hors de l'hôpital (p. ex., administration de naloxone dans la communauté) sont admissibles à la présente étude s'ils se rendent à une première visite en clinique après une réanimation dans la communauté.

Particularités de l'étude

- C'est la seule étude de surveillance nationale connue à être réalisée auprès des professionnels de la santé pédiatrique sur les adolescents victimes de méfaits liés à l'utilisation de substances illicites au Canada.
- C'est la première étude nationale qui recueille les caractéristiques démographiques des patients, y compris les affections connexes.



Résultats — octobre à décembre 2024

TABLEAU 1 — Cas de méfaits aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs, du 1 ^{er} octobre au 31 décembre 2024				
Déclarés	Dédouble	Exclus	En attente	Respect de la définition de cas*
10	1	2	2	5

* Étant donné les lois québécoises, les cas signalés par les participants du Québec sont comptabilisés dans la colonne «Déclarés», mais l'information détaillée n'a pas été colligée, et ces cas ont été exclus de l'analyse des données.

Cas qui respectaient la définition de cas

Au moment de l'analyse, cinq cas avaient respecté la définition de cas entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 2024, et deux cas étaient en attente d'être vérifiés.

Caractéristiques démographiques

Conformément à la politique du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP), les éléments de données relatifs à moins de cinq cas ne peuvent pas être présentés.

Tableau clinique et diagnostic

Tous les cas déclarés (cinq sur cinq, 100 %) étaient liés à au moins un autre trouble de santé mentale (p. ex., trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble de déficit de l'attention/hyperactivité).

Traitement et pronostic

Conformément à la politique du PCSP, les éléments de données relatifs à moins de cinq cas ne peuvent pas être présentés.

Limites de l'étude

Les limites que partagent toutes les études du PCSP sont énumérées à la page 11.



Conclusions

- Au moment de l'analyse, l'étude venait tout juste d'être lancée. Il faudra plus de temps avant de pouvoir tirer des conclusions. La collecte de données se poursuivra jusqu'en septembre 2027.
- À partir des données limitées disponibles, les patients qui consultent à cause de syndromes de surdose présentent des taux élevés de troubles de santé mentale concomitants.



Effets anticipés de l'étude

Cette étude permettra aux cliniciens et aux décideurs d'élaborer conjointement des interventions en cas de surdose auprès des jeunes afin d'atténuer les méfaits et d'améliorer les pronostics.

Remerciements

Les investigateurs et investigatrices remercient l'équipe du PCSP, notamment Melanie King, pour son soutien dans le cadre de l'étude.

Paralysie flasque aiguë

Durée de l'étude : en cours depuis janvier 1996



Marina Salvadori

Investigatrice principale (par intérim)

Marina I. Salvadori, MD, FRCPC, médecin-conseil principale, Direction générale des programmes sur les maladies infectieuses et de la vaccination, Agence de la santé publique du Canada; marina.salvadori@phac-aspc.gc.ca

Co-investigatrice

Nicole Salem



Question

Le Canada a-t-il maintenu son statut sans polio en 2024?



Importance

- La poliomyélite constitue une cible d'éradication, le poliovirus sauvage n'étant transmis que dans deux pays, mais plusieurs pays connaissent des éclosions de polio dérivées de la vaccination. La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), qui est la pierre angulaire de la surveillance de la polio, est essentielle pour confirmer que cette maladie ne circule pas et pour qu'un pays soit déclaré exempt de polio.
- Le Canada assure la surveillance de la PFA auprès des enfants de moins de 15 ans, conformément aux recommandations et aux normes de pratique de l'Organisation mondiale de la Santé.



Méthodologie

La version intégrale du protocole figure à l'adresse <https://pcsp.cps.ca/surveillance/study-etude/paralysie-flasque-aigue>.

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 respectent pas la définition de cas.

Particularités de l'étude

Les cas sont saisis à la fois par l'entremise du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) et du Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT) installé dans 13 centres pédiatriques de soins tertiaires. Au Québec, seuls les cas de PFA déclarés par les centres d'IMPACT de la province sont admissibles à l'analyse des données dans le présent rapport.



Résultats – janvier à décembre 2024

Note : Le présent rapport présente un portrait au 4 février 2025. Des cas n'ont peut-être pas été saisis à cause des retards de déclaration. Le total des cas de PFA entre 2020 et 2024 a été mis à jour pour inclure tous les cas confirmés qui ont été déclarés; ceux-ci sont présentés au tableau 2.

TABLEAU 1 – Cas de paralysie flasque aiguë en 2024

Déclarés	Dédoublés	Exclus	En attente	Respect de la définition de cas*
50	2	8	8	32

* Étant donné les lois québécoises, les cas signalés par les participants du Québec sont comptabilisés dans la colonne « Déclarés », mais l'information détaillée n'a pas été colligée, et ces cas ont été exclus de l'analyse des données, à moins de provenir d'un centre où le projet est approuvé par un comité d'éthique de la recherche. Les cas déclarés par les centres suivants ont été inclus dans l'analyse des données du présent rapport : CHU Sainte-Justine, Hôpital de Montréal pour enfants et Centre mère-enfant Soleil du CHU de Québec – Université Laval.

TABLEAU 2 – Comparaison annuelle des cas de paralysie flasque aiguë entre 2020 et 2024

Année	Total des cas
2024	32
2023	34
2022	28
2021	10
2020	30

Cas qui respectaient la définition de cas

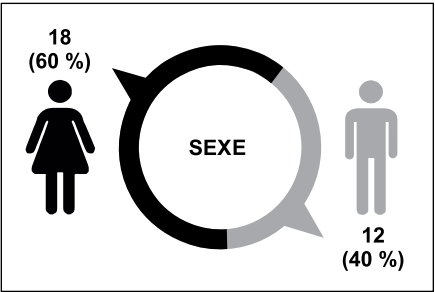
- Au moment de l'analyse, 32 cas confirmés respectaient la définition de cas de PFA en 2024, mais aucun ne respectait la définition de cas de polio. Par ailleurs, 28 de ces 32 cas (88 %) ont été déclarés par un centre d'IMPACT.
- La durée médiane entre l'apparition de la paralysie et la déclaration à l'Agence de la santé publique du Canada était de 56 jours (écart interquartile [ÉIQ] : 30,8 à 206,5 jours).

Caractéristiques démographiques

- Au total, 18 des 30 cas dont le sexe était déclaré étaient de sexe féminin (60 %) et 12, de sexe masculin (40 %).
- Les cas étaient âgés d'un mois à 14,6 ans, pour un âge médian de 5,8 ans.

Tableau clinique et diagnostic

- Les 32 cas (100 %) ont tous été hospitalisés, pendant un séjour médian de huit jours (ÉIQ : 6,0 à 13,0 jours).
- Près de la moitié des cas (15 sur 32, 47 %) a reçu un diagnostic de syndrome de Guillain-Barré. Les autres causes les plus courantes incluaient la myélite transverse et l'encéphalomyélite aiguë disséminée. Aucun cas n'était lié à un diagnostic définitif raté ou inconnu.
- L'état de vaccination contre la polio était précisé dans 23 des 30 cas qui y étaient admissibles (77 %), et ces cas étaient déclarés à leur vaccin contre la polio, conformément aux calendriers de vaccination systématique de leur région sociosanitaire.
- Seulement neuf des 32 cas (28 %) avaient fait l'objet d'un prélèvement de selles en vue d'un test viral. Chez six de ces neuf cas (67 %), le prélèvement avait été effectué dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie. Aucun échantillon de selle n'a donné de résultat positif à la polio.



Traitement et pronostic

- Les résultats de 30 des 32 cas (94 %) cas ont été consignés au dossier au moment du rapport initial, et 24 (80 %) se sont complètement ou partiellement rétablis.
- Au total, les résultats cliniques de 14 cas ont été déclarés au moins 60 jours après l'apparition de la paralysie ou de la faiblesse, ce qui représente 45 % des cas admissibles au suivi (ce qui exclut ceux n'ayant pas fait l'objet d'un suivi en raison d'un rétablissement complet à l'évaluation initiale). Parmi les cas ayant fait l'objet d'un suivi, 11 se sont complètement rétablis (79 %). Aucun décès n'a été signalé lors de l'évaluation initiale ou du suivi.

TABLEAU 3 — Mesure du rendement du Canada en 2024 par rapport aux indicateurs de rendement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë établis par l'Organisation mondiale de la Santé ¹			
Nombre de cas	Incidence*	Pourcentage doté d'un échantillon de selle approprié [‡]	Pourcentage doté d'un suivi au 60 ^e jour ^{§¶}
32	0,51	18,8 %	45,2 %

* Sur 100 000 habitants de moins de 15 ans. La cible est d'au moins 1,0 cas de PFA sur 100 000 habitants de moins de 15 ans.
† La cible est d'au moins 80 % des cas dotés d'un échantillon de selle approprié dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie.
‡ La cible est d'au moins 80 % des cas ayant fait l'objet d'un examen de suivi pour dépister toute paralysie résiduelle au moins 60 jours après l'apparition de la maladie.
§ Les pourcentages doivent être interprétés avec prudence en raison du faible nombre de cas.
¶ Le cas considérés comme non applicables au suivi en raison d'un plein rétablissement ou d'un décès à l'évaluation initiale sont exclus du dénominateur.

Limites de l'étude

- Les limites que partagent toutes les études du PCSP sont énumérées à la page 11.
- Le rendement du Canada aux indicateurs de surveillance de l'Organisation mondiale de la Santé doit être interprété avec prudence. Le Canada, de même que de nombreux autres pays qui ont réussi à éradiquer la polio, ne respectent pas systématiquement les indicateurs de rendement recommandés pour la surveillance de la PFA, et ce, pour plusieurs raisons, y compris :
 - La disponibilité de tests diagnostiques et examens d'imagerie rapides détermine souvent un diagnostic définitif avant la collecte de selles, et le résultat au 60^e jour n'est peut-être pas disponible ou le clinicien peut déterminer qu'il n'est pas applicable.
 - Des données rétrospectives sont colligées périodiquement pour accroître la sensibilité des déclarations. Ainsi, les données de surveillance des cas sont extraites après la rencontre clinique au cours de laquelle les échantillons de selle n'ont peut-être pas été prélevés et le suivi n'a peut-être pas été planifié. Il se peut aussi que l'information n'ait pas été disponible au moment de la déclaration.
 - Il est parfois difficile d'obtenir des échantillons de selle chez les patients atteints de PFA à cause de la nature de leurs symptômes, qui incluent la constipation.

1. De l'information détaillée sur les indicateurs de rendement de la surveillance établis par l'Organisation mondiale de la Santé figure à l'adresse <https://polioeradication.org/what-we-do/surveillance-indicators>.

Conclusions

- Même si le Canada n'a pas respecté les indicateurs de rendement de l'Organisation mondiale de la Santé pour la surveillance nationale de la PFA en 2024, les données probantes étaient suffisantes pour laisser supposer qu'aucun cas de polio ne s'était manifesté au Canada.
- La surveillance de la PFA au Canada est réalisée par un système de surveillance sensible et actif qui favorise les examens rapides et appropriés des cas de PFA pour détecter la polio. La polio est une maladie à déclaration obligatoire dans toutes les provinces et tous les territoires, de même que sur la scène nationale.

Effets anticipés de l'étude

Le statut sans polio du Canada demeure intact, conformément à l'évaluation annuelle du Comité national pour la certification de l'éradication de la poliomyélite du Canada.

Publication et diffusion

Acute flaccid paralysis: A call for clinical vigilance. Salem N, Grudeski E, Booth TF, Bhagat D, Salvadori MI. *Paediatr Child Health* le 15 décembre 2024;30(1):6–7. doi : 10.1093/pch/pxae100. Publication en ligne en février 2025

Remerciements

Les investigateurs tiennent à remercier toutes celles et tous ceux qui ont participé à la collecte de données. Ils souhaitent également souligner l'excellent travail de Sagikaa Rajakumar, Disha Bhagat et Kristyn Franklin de l'Agence de la santé publique du Canada.

Sondages ponctuels

Effets indésirables liés aux préparations magistrales pédiatriques

Septembre 2024



Charlotte Moore Hepburn

Investigatrice principale

Charlotte Moore Hepburn, MD, FRCPC, FAAP, directrice médicale, accélérateur des politiques de santé de l'enfant, département de pédiatrie, The Hospital for Sick Children; pédiatre, division de pédiatrie, The Hospital for Sick Children; professeure agrégée, département de pédiatrie, École de médecine Temerty, Université de Toronto; professeure adjointe, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto; coprésidente, groupe de référence externe en pédiatrie, Bureau des politiques sur les produits thérapeutiques pédiatriques, Santé Canada; charlotte.moorehepburn@sickkids.ca

Co-investigateurs

Geert 't Jong, Catherine Litalien, Derek McCreath

? Questions

- À quelle fréquence les pédiatres en exercice envisagent-ils qu'un effet indésirable (EI) lié aux préparations magistrales puisse être une cause d'échec thérapeutique ou de toxicité inexplicables?
- À quelle fréquence les médecins en exercice détectent-ils et déclarent-ils des EI liés aux préparations magistrales pédiatriques?

! Importance

- Lorsque les formulations pharmacologiques pédiatriques ne sont pas disponibles, les préparations magistrales constituent une pratique courante et essentielle. De nombreuses mesures de sécurité sont en place pour optimiser la qualité et l'innocuité des préparations magistrales, mais la pratique est associée à un potentiel d'erreurs et à des risques intrinsèques.
- En pédiatrie, de nombreux prescripteurs ne se rendent pas compte de la fréquence à laquelle leurs prescriptions doivent faire l'objet d'une préparation magistrale pour être délivrées et administrées.
- Les pédiatres doivent envisager, détecter et déclarer les EI liés aux préparations magistrales si des erreurs de préparations magistrales sont confirmées, et ils doivent les détecter et les prendre en charge de manière appropriée.
- Le Canada accuse du retard par rapport à des territoires comparables pour ce qui est de la commercialisation des formulations pédiatriques commerciales. Grâce à un meilleur accès à des formulations commerciales adaptées aux enfants, il sera possible de moins se fier aux préparations magistrales dans le but ultime d'améliorer l'innocuité et l'efficacité de la pharmacothérapie pédiatrique.

➡ Méthodologie

Les pédiatres et surspécialistes en pédiatrie ont reçu un sondage ponctuel par l'entremise du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP). Il est possible de le consulter à l'onglet <https://pcsp.cps.ca/surveillance/sondages-ponctuels>.

Particularités du sondage

- Ce sondage a été préparé en collaboration avec des collègues en pharmacie pédiatrique, qui l'ont également révisé, de même qu'avec le Centre de formulations pédiatriques Goodman du CHU Sainte-Justine.
- Ce sondage complète le travail en cours de la Société canadienne de pédiatrie (SCP), y compris l'élaboration d'un prochain document de principes de la SCP sur les formulations pédiatriques.

✓ Résultats

- Le sondage a suscité 887 réponses (sur un total de 2555 participants au PCSP), ce qui correspond à un taux de réponse de 35 %.
- La majorité des répondants (852 sur 880, 97 %) ont déclaré connaître la pratique des préparations magistrales en pédiatrie.

- Même si 69 % des répondants (606 sur 881) ont déclaré savoir que la pratique des préparations magistrales était associée à un risque plus élevé d'EI, seulement 26 % (230 sur 882) ont déclaré avoir déjà envisagé un EI lié aux préparations magistrales comme cause possible d'échec ou de toxicité thérapeutique autrement inexpliquée au cours de leur carrière.
- Au total, 57 répondants ont déclaré avoir détecté au moins un EI lié aux préparations magistrales au cours des 12 mois précédents, pour un total de 69 EI. De ce nombre, 12 (12 sur 57, 21 %) ont déclaré en avoir détecté au moins deux.
- Les sédatifs, les analgésiques et les relaxants musculaires formaient la catégorie thérapeutique la plus courante à être associée aux EI liés aux préparations magistrales, pour un total de 14 % (dix sur 69) des EI déclarés.
- Parmi les EI déclarés, 12 % (huit sur 69) ont dû être hospitalisés, 10 % (sept sur 69) ont dû consulter aux urgences et 9 % (six sur 69) ont eu besoin de soins intensifs.
- Une minorité d'EI (huit sur 69, 12 %) avait été confirmée à une autorité ou un organisme de réglementation.
- L'analyse des EI déclarés liés aux préparations magistrales se poursuit.

Limites du sondage

Les limites que partagent tous les sondages du PCSP sont énumérées à la page 11.

Conclusions

- Même si les préparations magistrales constituent une pratique courante et essentielle en pédiatrie, une majorité de répondants a déclaré n'avoir jamais envisagé un EI lié aux préparations magistrales comme une cause possible d'échec ou de toxicité thérapeutique autrement inexpliquée. De la formation s'impose pour que les EI liés aux préparations magistrales soient bien détectés et pris en charge.
- Les EI liés aux préparations magistrales peuvent être graves, et certains patients doivent consulter aux urgences, être hospitalisés ou être admis en soins intensifs. Il est prioritaire de s'assurer que les enfants canadiens aient accès à des formulations commerciales adaptées.
- Une minorité d'EI liés aux préparations magistrales est déclarée aux autorités sanitaires ou aux organismes de réglementation. Il est essentiel d'investir dans des systèmes et processus pour s'assurer de déclarer tous les EI importants sur le plan clinique afin d'optimiser la sécurité des médicaments.

Effets anticipés du sondage

- Ce sondage enrichira les données canadiennes pour faire progresser les connaissances et les prises de position liées à l'accès aux médicaments pédiatriques, y compris les mesures pour faire progresser le Plan d'action sur les médicaments pédiatriques et la Liste nationale des médicaments pédiatriques prioritaires de Santé Canada.
- La publication et la diffusion de ces résultats complèteront le prochain document de principes de la Société canadienne de pédiatrie sur les formulations pédiatriques (dont la publication est prévue pour 2025).
- Une diffusion internationale des résultats est anticipée, puisque les données seront soumises au European Paediatric Formulation Initiative Conference en septembre 2025.

Publication et diffusion

En 2025, le Centre de la politique, de la pédiatrie et de la collaboration internationale de Santé Canada recevra des publications, des présentations et la diffusion ciblée des résultats.

Remerciements

Les investigateurs tiennent à remercier les membres dévoués du comité de pharmacologie de la SCP d'avoir révisé le sondage et donné de précieux commentaires au sujet du projet.

Événements indésirables associés au lithium

Janvier 2024



Rachel Mitchell

Investigatrices principales

Rachel Mitchell, MD, FRCP, psychiatre, département de psychiatrie, Sunnybrook Health Sciences Centre; chercheuse associée, programme de recherche en sciences du cerveau Hurvitz, Sunnybrook Research Institute; professeure adjointe, département de psychiatrie, faculté de médecine Temerty, Université de Toronto; rachel.mitchell@sunnybrook.ca

Charlotte Moore Hepburn, MD, FRCP, FAAP, directrice médicale, accélérateur des politiques de santé de l'enfant, département de pédiatrie, The Hospital for Sick Children; pédiatre, division de pédiatrie, The Hospital for Sick Children; professeure agrégée, département de pédiatrie, École de médecine Temerty de l'Université de Toronto; professeure adjointe, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto; coprésidente, groupe de référence externe en pédiatrie, Bureau des politiques sur les produits thérapeutiques pédiatriques, Santé Canada; charlotte.moorehepburn@sickkids.ca

Simina Toma, MD, FRCP; psychiatre, département de psychiatrie, Sunnybrook Health Sciences Centre; professeure adjointe, département de psychiatrie, faculté de médecine Temerty, Université de Toronto; simina.toma@sunnybrook.ca

Co-investigateurs

Jasmine Amini, Simran Dhaliwal, Maggie Dobbin, Geert 't Jong, Mathieu Lemaire, Tom McLaughlin, Michael Rieder, Ayal Schaffer, Sam Wong

? Question

Quelle est la fréquence d'événements indésirables (ÉI) associés au lithium pour traiter le trouble bipolaire chez un enfant ou un adolescent, tels qu'ils sont détectés par les pédiatres du Canada?

! Importance

- Le trouble bipolaire (TB) chez les enfants et les adolescents est associé à une symptomatologie plus grave que celui qui se déclare à l'âge adulte.
- Les données probantes pour éclairer le traitement du TB chez les enfants et les adolescents sont limitées, mais à l'heure actuelle, il existe peu de possibilités thérapeutiques. Le lithium est le traitement de référence du TB chez les adultes, mais les directives sur son utilisation dans les populations pédiatriques demeurent erratiques.
- Les données sur l'incidence d'ÉI associés au lithium sont limitées chez les jeunes de 18 ans ou moins.

➡ Méthodologie

Les pédiatres et surspécialistes en pédiatrie ont reçu un sondage ponctuel par l'entremise du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP). Il est possible de le consulter à l'onglet <https://pcsp.cps.ca/surveillance/sondages-ponctuels>.

✓ Résultats

Conformément à la politique du PCSP, le nombre de cas et les données relatives à moins de cinq cas ont été supprimés. Les membres avaient de février à avril 2024 pour répondre au sondage du PCSP. Le taux de réponse s'élève à 36 % (917 répondants sur une possibilité de 2530).

Caractéristiques démographiques des répondants

- Sur le total de 917 répondants, 102 (11 %) ont déclaré avoir soigné en carrière au moins un patient à qui du lithium avait été prescrit.
- Parmi les répondants qui avaient déclaré avoir soigné un patient à qui du lithium avait été prescrit, la majorité (97 %) ont indiqué qu'à eux seuls, ils n'entreprendraient jamais (90 répondants sur 102, 88 %) ou rarement (neuf sur 102, 9 %) un traitement au lithium.

Nombre total d'événements indésirables

- Environ 30 % des répondants qui ont déclaré avoir soigné en carrière au moins un patient à qui du lithium avait été prescrit ont signalé avoir observé **au moins un ÉI** associé au lithium (33 répondants sur 102; 32 %).
- Au **total, 56 cas d'ÉI** associés au lithium ont été déclarés par ces 33 répondants.

Système de déclaration fédéral de la sécurité des médicaments (Santé Canada)

Chez les 33 répondants qui ont déclaré avoir observé au moins un ÉI associé au lithium, moins de cinq ont signalé un ÉI à un système de déclaration fédéral sur la sécurité des médicaments.

Événements indésirables déclarés

Les répondants au sondage ont observé les ÉI associés au lithium suivants :

TABLEAU 1 – Événements indésirables déclarés associés au lithium (n=56)	
Événement indésirable	Nombre de réponses
Anomalies thyroïdiennes	12 (21 %)
Toxicité du lithium	11 (20 %)
Problèmes gastro-intestinaux	6 (11 %)
Augmentation de la créatinine causée par un diabète insipide	6 (11 %)
Augmentation de la créatinine causée par une néphrite interstitielle	<5
Surdose intentionnelle ou non accidentelle	5 (9 %)
Insuffisance rénale nécessitant une dialyse	<5
Prise de poids	<5
Acné	<5
Surdose non intentionnelle ou accidentelle	<5
Autre	5 (9%)

Résultats cliniques des effets indésirables déclarés

Des 56 ÉI déclarés, 15 (27 %) étaient associés à des résultats cliniques graves, qui sont présentés ci-dessous :

TABLEAU 2 – Résultats cliniques de l'événement indésirable déclaré associé au lithium (n=56)*	
Résultat clinique de l'événement indésirable	Nombre de réponses
Hospitalisation en vue de recevoir des soins médicaux dans un service d'hospitalisation	6 (11 %)
Hospitalisation en vue de recevoir des soins médicaux à l'unité de soins intensifs	<5
Hospitalisation en vue de recevoir des soins psychiatriques	<5
Transplantation rénale	0
Décès	0
Autre	<5
Pas de réponse à la question	41 (73 %)

* Seulement 15 répondants au sondage ont répondu à cette question. Le pourcentage de chaque résultat clinique a été calculé d'après le total d'ÉI utilisé comme dénominateur.

Limites du sondage

- Les limites que partagent tous les sondages du PCSP sont énumérées à la page 11.
- Le sondage excluait les ÉI observés par des professionnels de la santé qui n'étaient pas des pédiatres (p. ex., des psychiatres), qui prescrivent peut-être le lithium davantage et sont témoins des ÉI qui y sont associés. Cependant, il était postulé que les ÉI plus importants associés au traitement par le lithium ne seraient pas pris en charge seulement par des professionnels de la santé qui ne sont pas des pédiatres.
- Le biais de rappel constitue une limite, mais il est peut-être plus faible dans ce sondage que dans d'autres sondages rétrospectifs en raison de la période de déclaration d'un an et de la rareté des ÉI associés au lithium chez les adolescents, ce qui les rend probablement plus mémorables pour les répondants.

Conclusions

- Le type, la fréquence et la répartition des ÉI chez les adolescents ayant un TB qui se sont fait prescrire du lithium étaient semblables à ceux observés chez les adultes ayant un TB.
- Nonobstant les limites du sondage, la fréquence d'ÉI associés au lithium dans la population pédiatrique est relativement faible et conforme aux ÉI associés à d'autres médicaments psychotropes utilisés chez les enfants, sinon plus faible.
- Les pédiatres déclarent peu d'ÉI aux systèmes de sécurité des médicaments établis. Il est capital de les déclarer pour surveiller la sécurité des médicaments et il faut encourager cette déclaration.

+ Effets anticipés du sondage

Les résultats contribueront à amasser des données probantes sur le lithium et le trouble bipolaire chez les enfants et les adolescents. Ils éclaireront l'élaboration de directives sur l'innocuité du lithium chez les jeunes.



Publications et diffusion

Investigating the safety of lithium use for youth with bipolar disorder. Dobbin M, Moore Hepburn C, Amini J, Toma S, Dhaliwal S, King M, Wong S, Lemaire M, Schaffer A, Mitchell RHB. Conférence des utilisateurs de données sur la santé de Statistique Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada, à Ottawa, en novembre 2024 (présentation par affiche)

Investigating the safety of lithium use for youth with bipolar disorder. Dobbin M, Moore Hepburn C, Amini J, Toma S, Dhaliwal S, King M, Wong S, Lemaire M, Schaffer A, Mitchell RHB. 24^e congrès mondial de psychiatrie, Mexico, Mexique, en novembre 2024 (présentation par affiche)

Remerciements

Les investigateurs tiennent à remercier les pédiatres du Canada qui ont rempli ce sondage du PCSP et contribué à la réalisation de ce projet.

Événements indésirables associés aux médicaments et substances rehaussant l'apparence et la performance chez les enfants et les adolescents

Mai 2024



Kyle Ganson

Investigateurs principaux

Kyle Ganson, Ph. D., MTS, professeur adjoint, faculté de travail social Factor-Inwentash, Université de Toronto; kyle.ganson@utoronto.ca

Debra K. Katzman, MD, professeure de pédiatrie, division de la médecine de l'adolescence, département de pédiatrie, The Hospital for Sick Children, Université de Toronto; debra.katzman@sickkids.ca

Co-investigateurs

Zahra Alebraheem, Jennifer Coelho, Camille Fournier, Christina Grant, Margo Lane, Simone Lebeuf, David Martens, Mark Norris, Ellie Vyver, Elisabeth York

? Questions

- Quels sont les événements indésirables associés aux médicaments et substances rehaussant l'apparence et la performance (MSAP) qu'observent les pédiatres et les surspécialistes en pédiatrie chez les adolescents du Canada?
- Que savent les pédiatres et les surspécialistes en pédiatrie au sujet des MSAP et quelles sont leurs pratiques de dépistage?

! Importance

- Les adolescents utilisent des MSAP couramment. Cette utilisation a déjà été reliée à des événements indésirables, y compris l'hospitalisation et les handicaps.
- Aucune recherche connue n'a porté sur les événements indésirables associés aux MSAP chez les adolescents canadiens.

🔄 Méthodologie

Les pédiatres et surspécialistes en pédiatrie ont reçu un sondage ponctuel par l'entremise du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP). Il est possible de le consulter à l'onglet <https://pcsp.cps.ca/surveillance/sondages-ponctuels>.

Particularités du sondage

Dans ce sondage, les MSAP s'entendaient des médicaments, des suppléments alimentaires et des substances utilisés pour améliorer la performance athlétique, accroître le développement musculaire ou altérer le poids ou l'apparence. Ils sont offerts sous de multiples formes, y compris des produits de santé naturels légaux, comme les poudres de protéines de lactosérum, le monohydrate de créatine et les acides aminés, ainsi que des médicaments illégaux, comme les stéroïdes anabolisants androgènes et les modulateurs sélectifs du récepteur des androgènes. Une liste de MSAP, également fournie aux participants au PCSP en guise de référence, incluait, par exemple, les acides aminés ou acides aminés à chaîne ramifiée, les stéroïdes anabolisants androgènes, les boissons énergisantes, les boissons ou poudres à prendre avant l'entraînement et les poudres ou boissons de protéines de lactosérum.

✓ Résultats

Des 2 497 pédiatres et surspécialistes en pédiatrie du PCSP qui ont reçu le sondage, 935 l'ont rempli, pour un taux de réponse de 37 %. Sur le total de sondages remplis, 78 ont été retirés pendant le nettoyage des données, puisque les répondants ont déclaré qu'ils ne traitaient pas d'enfants et d'adolescents de dix à 18 ans. L'échantillon analytique définitif était donc composé de 857 réponses complètes.

Événements indésirables associés à l'utilisation de MSAP

- De nombreux pédiatres ont déclaré avoir observé un événement indésirable associé à l'utilisation de MSAP chez leurs patients adolescents dans les 12 mois précédents (143 répondants sur 856, 17 %). Au total, 55 cas ont été déclarés en détail.

- Plus de la moitié des cas d'événements indésirables associés à l'utilisation de MSAP ont été observés chez des jeunes de 13 à 15 ans (31 sur 55, 56 %), tandis que 31 % (17 sur 55) étaient âgés de dix à 12 ans et 13 % (sept sur 55), de 16 à 18 ans. La majorité s'identifiaient comme des garçons cisgenres (49 sur 55, 89 %).

MSAP associés à des événements indésirables

- Des 55 cas déclarés, 40 % (n=22) étaient associés à l'utilisation de poudres ou de boissons de protéines de lactosérum et 29 % (n=16), à l'utilisation de boissons ou de poudres à prendre avant l'entraînement.
- Dans environ le quart des cas, des MSAP illégaux (p. ex., stéroïdes anabolisants androgènes) avaient été utilisés (13 sur 55, 24 %).
- Un peu plus de la moitié de ces cas d'événements indésirables n'était associé qu'à un MSAP (31 sur 55, 56 %), 20 % étaient associés à deux MSAP (11 sur 55) et 16 %, à trois ou plus (neuf sur 55).

Description des cas

- Près du tiers des cas associés à un événement indésirable avaient des effets sur le système rénal (17 sur 55, 31 %), et le quart, sur le système gastro-intestinal (14 sur 55, 25 %).
- La surveillance ambulatoire était le type de soin médical le plus offert (20 sur 55, 36 %), et 16 % des cas (neuf sur 55) ont été hospitalisés.
- La majorité des cas se sont complètement rétablis (35 sur 55, 64 %), 16 % (neuf sur 55) ont éprouvé des problèmes de santé continus, tandis que le résultat clinique est demeuré inconnu ou non déclaré dans 20 % des cas (11 sur 55).
- Une affection médicale physique ou psychiatrique connexe a été déclarée dans 20 % des cas (11 sur 55).
- Plus du tiers des événements indésirables ont été déclarés officiellement à Santé Canada (19 sur 55, 35 %).

Connaissances et pratiques de dépistage des participants au PCSP associées aux MSAP

- Des 857 pédiatres et surspécialistes en pédiatrie participants, plus du quart a déclaré ne pas avoir de connaissances sur les MSAP (240 sur 855, 28 %).
- Plus de la moitié des répondants ont déclaré ne jamais procéder au dépistage des MSAP dans leur pratique régulière (456 sur 854, 53 %).

Limites du sondage

- Les limites que partagent tous les sondages du PCSP sont énumérées à la page 11.
- Il se peut qu'il y ait des dédoublements de cas déclarés parmi les participants au PCSP.
- Étant donné le peu de connaissances des MSAP chez les répondants au sondage et l'absence de dépistage officiel des MSAP dans la pratique régulière, il se peut que les événements indésirables soient considérablement sous-déclarés.

Conclusions

- Les pédiatres et les surspécialistes en pédiatrie du Canada ont déclaré avoir observé un total de 55 cas d'adolescents qui ont éprouvé des événements indésirables associés à la consommation de MSAP au cours des 12 mois précédents.
- La majorité de ces cas mettait en cause des suppléments alimentaires, comme les protéines de lactosérum, qui sont largement considérés comme inoffensifs, et peuvent être liés à des résultats cliniques négatifs, comme des complications gastro-intestinales et rénales.
- Environ le quart des cas était associé à l'utilisation de MSAP illégaux, comme les stéroïdes anabolisants androgènes, et le tiers des cas qui avaient éprouvé un événement indésirable était lié à l'utilisation d'au moins deux MSAP.
- La majorité des cas était prise en charge en milieu ambulatoire et, même si la plupart des patients se rétablissaient complètement, neuf ont été hospitalisés et neuf ont éprouvé des problèmes de santé continus.
- Le sondage a également révélé une importante lacune sur le plan des connaissances relatives aux MSAP chez les pédiatres et surspécialistes en pédiatrie participants, puisque plus du quart d'entre eux a déclaré n'avoir aucune connaissance au sujet de ces substances. Par ailleurs, plus de la moitié des répondants au sondage ont déclaré ne jamais procéder au dépistage des MSAP pendant leur pratique clinique régulière.

Effets anticipés du sondage

- Dans l'ensemble, les résultats de ce sondage font ressortir l'importance d'accroître la recherche, l'enseignement et la formation sur les MSAP auprès des pédiatres et surspécialistes en pédiatrie au Canada.
- Pour prodiguer des soins complets, les professionnels de la santé doivent s'informer systématiquement de l'utilisation de MSAP chez les adolescents et déclarer les événements indésirables à Santé Canada.
- Les données peuvent contribuer à éclairer les décideurs, les professionnels de la santé et les organismes de réglementation quant à l'importance de renforcer les normes de sécurité, de mieux transmettre l'information aux consommateurs et de réduire les méfaits liés à l'utilisation de MSAP chez les adolescents.

Publications de 2021 à 2024

Articles révisés par un comité de lecture publiés en lien avec les études pluriannuelles et les sondages ponctuels

(Pour obtenir la liste complète et les hyperliens, consulter l'onglet www.pcsp.cps.ca/publications/articles-publiees-relativement-aux-etudes-et-aux-sondages-ponctuels.)

Amyotrophie spinale 5q

A study on the incidence and prevalence of 5q spinal muscular atrophy in Canada using multiple data sources. Price TR, Hodgkinson V, Westbury G, Korngut L, Innes MA, Marshall CR et coll. *Can J Neurol Sci* septembre 2024;51(5):660–71. doi : 10.1017/cjn.2024.1. Publication en ligne le 5 janvier 2024

Blessures auto-infligées

Near-fatal self-harm among Canadian adolescents. Mitchell RH, Ani C, Cyr C, Irvine J, Joffe AR, Skinner R, Wong S et coll. *Can J Psychiatry* août 2022;67(8):598–607. doi : 10.1177/07067437211058602. Publication en ligne le 30 novembre 2021

COVID-19

Characteristics of children hospitalized with acute SARS-CoV-2 infection in Canada in 2020. Drouin O, Moore Hepburn C, Farrar DS, Baerg K, Chan K et coll. *CMAJ* le 27 septembre 2021;193:E1483–93. doi : 10.1503/cmaj.210053

Risk factors for severe COVID-19 in hospitalized children in Canada: A national prospective study from March 2020–May 2021. Farrar DS, Drouin O, Moore Hepburn C, Baerg K, Chan K et coll. *Lancet Reg Health Am* novembre 2022;15:100337. doi : 10.1016/j.lana.2022.100337. Publication en ligne le 1^{er} août 2022

Clinical manifestations and disease severity of SARS-CoV-2 infection among infants in Canada. Piché-Renaud PP, Panetta L, Farrar DS, Moore Hepburn C, Drouin O, Papenburg J et coll. *PLoS ONE* le 24 août 2022;17(8):e0272648. doi : 10.1371/journal.pone.0272648. Collection en ligne en 2022

Paediatric inflammatory multisystem syndrome in Canada: Population-based surveillance and role of SARS-CoV-2 linkage. El Tal T, Morin MP, Morris SK, Farrar DS, Berard RA, Kakkar F et coll. *Pediatr Res* novembre 2023;94(5):1744–53. doi : 10.1038/s41390-023-02668-1. Publication en ligne le 5 juin 2023

Resource use and disease severity of children hospitalized for COVID-19 versus multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) in Canada. Farrar DS, Moore Hepburn C, Drouin O, El Tal T, Morin MP, Berard R et coll. *Can Commun Dis Rep* le 1^{er} avril 2023;49(4):103–12. doi : 10.14745/ccdr.v49i04a03

Dépistage de la maltraitance d'enfants lors des rendez-vous médicaux virtuels

Identifying child maltreatment during virtual medical appointments through the COVID-19 pandemic: A physician-based survey. Lim-Reinders S, Ward M, Malic C, Keely K, Kang K, Jain N et coll. *Paediatr Child Health* le 28 septembre 2023;29(1):23–8. doi : 10.1093/pch/pxad064. Collection en ligne en février 2024

Diabète non associé au type 1

Incidence trends of type 2 diabetes mellitus, medication-induced diabetes, and monogenic diabetes in Canadian children, then (2006–2008) and now (2017–2019). Patel TJ, Ayub A, Bone JN, Hadjiyannakis S, Henderson M, Nour MA et coll. *Pediatr Diabetes* le 14 novembre 2023;1–10. doi : 10.1155/2023/5511049. Collection en ligne en 2023

Ingestion de piles boutons

Clinical features, management, and complications of paediatric button battery ingestions in Canada: an active surveillance study using surveys of Canadian paediatricians and paediatric subspecialists, Hudson AS, Carroll MW, *J Can Assoc Gastroenterol* le 28 septembre 2024;7(6):416–22. doi : 10.1093/jcag/gwae032. Collection en ligne en décembre 2024

Listeria chez les nouveau-nés en début de vie

Listeriosis in infants: Prospective surveillance studies in Canada and Switzerland. Abu-Raya B, Jost M, Bettinger JA, Bortolussi R, Grabowski J, Lacaze-Masmonteil T et coll. *Paediatr Child Health* le 19 juin 2021;26(7):e277–82. doi : 10.1093/pch/pxab035. Collection en ligne en novembre 2021

Maladies et lésions liées au vapotage

Acute injury or illness related to the inhalation of vaping aerosols among children and adolescents across Canada: A cross-sectional survey of Canadian paediatricians. Zutruen S, Do MT, Ghandour L, Moore Hepburn C, Beno S, Richmond SA, Chadi N. *Paediatr Child Health* le 23 août 2021;27(1):43–9. doi : 10.1093/pch/pxab062. Collection en ligne en mars 2022

Opportunities and challenges in capturing severe vaping-related injuries among children and youth. Chadi N, Richmond SA, Tulloch T, Grant CN, Venugopal J, Moore Hepburn C. *Prev Med Rep* le 25 mars 2023;33:102186. doi : 10.1016/j.pmedr.2023.102186. Collection en ligne en juin 2023

Microcéphalie grave et syndrome associé à l'infection congénitale à virus Zika

Population-based surveillance of severe microcephaly and congenital Zika syndrome in Canada. Morris SK, Farrar DS, Miller SP, Ofner M, Bitnun A, Nelson CRM et coll. *Arch Dis Child* septembre 2021;106(9):855–61. doi : 10.1136/archdischild-2020-320968. Publication en ligne le 8 janvier 2021

Obésité sévère et retard global du développement chez les enfants d'âge préscolaire

Severe obesity and global developmental delay in preschool children: Findings from a Canadian Paediatric Surveillance Program study. Gehring ND, Birken CS, Bélanger S, Bridger T, Chanoine JP, Gibson WT et coll. *Paediatr Child Health* mai 2023;28(2):107–12. doi : 10.1093/pch/pxac109. Publication en ligne le 12 novembre 2022

Programme fédéral de santé intérimaire

Interim Federal Health Program (IFHP): Survey of access and utilization by pediatric health care providers. Leps C, Monteiro J, Barozzino T, Bowry A, Rashid M, Sgro M, Suleman S. *Paediatr Child Health* octobre 2021;26(supplement_1):e79–80. doi : 10.1093/pch/pxab061.090

Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les enfants ayant des complexités médicales

The impact of the COVID-19 pandemic on children with medical complexity. Diskin C, Buchanan F, Cohen E, Dewan T, Diaczun T, Gordon M et coll. *BMC Pediatr* le 23 août 2022;22(1):496. doi : 10.1186/s12887-022-03549-y

Soins aux enfants et aux adolescents des familles des militaires

Caring for children and youth from Canada's military families. Cramm H, Mahar A, Tam-Seto L, Rowan-Legg A. *Paediatr Child Health* mai 2022;27(2):88–92. doi : 10.1093/pch/pxab053. Publication en ligne le 13 septembre 2021

Syndrome douloureux régional complexe

Canadian surveillance study of complex regional pain syndrome in children. Baerg KL, Tupper SM, Chu LM, Cook N, Dick BD, Doré-Bergeron MJ et coll. *Pain* le 1^{er} juin 2022;163(6):1060–9. doi : 10.1097/j.pain.0000000000002482. Publication en ligne le 13 septembre 2021

Thromboembolie pulmonaire pédiatrique

Pediatric pulmonary thromboembolism: A 3-year Canadian Paediatric Surveillance Program study. Krmpotic K, Ramsay L, McMullen S, Chan AKC, Plint AC, Moorehead P. *J Thromb Haemost* mai 2024;1–6. doi : 10.1016/j.jtha.2024.01.005. Publication en ligne le 22 janvier 2024

Troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitants

Incidence and age- and sex-related differences in the clinical presentation of children and adolescents with avoidant restrictive food intake disorder. Katzman DK, Spettigue W, Agostino H, Couturier J, Dominic A, Findlay SM et coll. *JAMA Pediatr* le 1^{er} décembre 2021;175(12):e213861. doi : 10.1001/jamapediatrics.2021.3861. Publication en ligne le 6 décembre 2021

Tuberculose

Epidemiology, clinical features, and outcomes of incident tuberculosis in children in Canada in 2013–2016: Results of a national surveillance study. Morris SK, Giroux RJP, Consunji-Araneta R, Stewart K, Baikie M, Kakkar F et coll. *Arch Dis Child* décembre 2021;106(12):1165–70. doi : 10.1136/archdischild-2021-322092. Publication en ligne le 20 août 2021

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

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

Carences en micronutriments et trouble du spectre de l'autisme

Micronutrient deficiencies in autism spectrum disorder: A macro problem? Kinlin LM, Birken CS. *Paediatr Child Health* le 5 juin 2021;26(7):436–7. doi : 10.1093/pch/pxab032. Collection en ligne en novembre 2021

État d'hyperglycémie hyperosmolaire

Hyperglycaemic hyperosmolar state: No longer an endocrine crisis exclusive to adulthood. Ryan PM, Sellers EAC, Amed S, Hamilton JK. *Paediatr Child Health* le 7 novembre 2023;29(2):81–3. doi : 10.1093/pch/pxad073. Collection en ligne en mai 2024

Événements graves et au potentiel mortel associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales (récréatives) chez les enfants et les adolescents canadiens

Serious and life-threatening events associated with non-medical cannabis use in Canadian children and youth. Grant C, Plebon-Huff S, Perwaiz S, Abramovici H, Bélanger RE. *Paediatr Child Health* le 26 juin 2023;29(1):3–4. doi : 10.1093/pch/pxad036. Collection en ligne en février 2024

Événements indésirables liés aux soins virtuels

A Canadian Paediatric Surveillance Program study to guide safe integration of virtual care for children. Vanderhout S, Rosenfield D, Goldbloom EB. *Paediatr Child Health* le 5 septembre 2023;28(8):468–9. doi : 10.1093/pch/pxad059. Collection en ligne en décembre 2023

Hypoglycémie lors du traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë

Hypoglycemia during treatment of acute lymphoblastic leukemia. Jiang M, Ahmet A. *Paediatr Child Health* le 15 mai 2023;28(5):305–6. doi : 10.1093/pch/pxad019. Collection en ligne en août 2023

Paralysie flasque aiguë

Acute flaccid paralysis: A call for clinical vigilance. Salem N, Grudeski E, Booth TF, Bhagat D, Salvadori MI. *Paediatr Child Health* le 15 décembre 2024;30(1):6–7. doi : 10.1093/pch/pxae100. Collection en ligne en février 2025

Première hospitalisation en raison de l'anorexie mentale pendant la pandémie de COVID-19

Anorexia nervosa : A paediatric health crisis during the COVID-19 pandemic. Vyver E, Katzman DK. *Paediatr Child Health* le 18 juin 2021;26(5):317–8. doi : 10.1093/pch/pxab031. Collection en ligne en août 2021

Présentations en 2024

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

Affection post-COVID-19

Post-COVID-19 condition in children: The long and the (not so) short of it. Wadhwa A. Série de webinaires sur la COVID longue, virtuelle, en janvier (présentation orale)

Besoins des enfants et adolescents transgenres et de diverses identités de genre

An approach to gender-affirming care. Kadoura B, Mooney J. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, à Vancouver, en juin (présentation orale)

Carences en micronutriments et trouble du spectre de l'autisme

Micronutrient deficiencies in children and youth with autism spectrum disorder: Findings from a national surveillance study. Kinlin L, Shouldice M. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, à Vancouver, en juin (affiche)

COVID-19

Clinical features and severity of COVID-19 with respiratory virus coinfections versus SARS-CoV-2 monoinfection in hospitalized children: a Canadian national surveillance study. Di Chiara C, Farrar D, Bettinger JA, Campigotto A, Deeks S, Drouin O et coll. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, à Vancouver, en juin (affiche)

Clinical features and severity of COVID-19 with respiratory virus coinfections versus SARS-CoV-2 monoinfection in hospitalized children: a Canadian national surveillance study. Di Chiara C, Farrar D, Bettinger JA, Campigotto A, Deeks S, Drouin O et coll. Congrès des Pediatric Academic Societies, à Toronto, en mai (présentation orale)

Clinical features and outcomes of children hospitalized in Canada for COVID-19 with comorbid neurologic and neurodevelopmental disorders. Huang R, Farrar DS, Donner EJ, Bettinger JA, Campigotto A, Di Chiara C, et coll. Congrès des Pediatric Academic Societies, à Toronto, en mai (présentation orale)

Diagnostic de PANDAS ou de PANS

Demystifying PANDAS/PANS: A practical approach for paediatricians. Shouldice M, Yeh A. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, à Vancouver, en juin (présentation orale)

Événements indésirables associés au lithium

Investigating the safety of lithium use for youth with bipolar disorder. Dobbin M, Moore-Hepburn C, Amini J, Toma S, Dhaliwal S, King M, Wong S, Lemaire M, Schaffer A, Mitchell RHB. Conférence des utilisateurs de données sur la santé de Statistique Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada, à Ottawa, en novembre (affiche)

Investigating the safety of lithium use for youth with bipolar disorder. Dobbin M, Moore-Hepburn C, Amini J, Toma S, Dhaliwal S, King M, Wong S, Lemaire M, Schaffer A, Mitchell RHB. 24^e Congrès mondial de psychiatrie, Mexico, au Mexique, en novembre (affiche)

Graves blessures auto-infligées chez les jeunes devant être admis en soins intensifs

Understanding and treating self-injurious behaviours in children with neurodevelopmental disorders. MacEachern S, Richardson A. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, à Vancouver, en juin (présentation orale)

Méfais graves ou au potentiel mortel liés à de l'utilisation d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs

The time is now: How paediatricians can support adolescents with severe substance use disorder. Carwana M, Chadi N. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, à Vancouver, en juin (présentation orale)

Photothérapie à domicile

Home-based phototherapy for neonatal hyperbilirubinemia: A one-time Canadian Paediatric Surveillance Program survey. Holyer K. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, à Vancouver, en juin (affiche)

Syphilis congénitale

Overview of existing social and structural barriers. Bullard J. Prendre des mesures face à la syphilis congénitale au Canada : Conférence nationale, Congrès national, à Ottawa, en février (présentation orale)

Congenital syphilis in Canada: Clinical and health-care related diagnosis and treatment findings of a Canadian Paediatric Surveillance Program study (June 2021-May 2023). Bullard J. Conférence de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada, à Vancouver, en avril (présentation orale)

Thromboembolie pulmonaire pédiatrique

Spotting the clotting: a 3-year national surveillance study of paediatric pulmonary thromboembolism. Krmpotic K, Ramsay L. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie, à Vancouver, en juin (affiche)



Programme canadien de surveillance pédiatrique

Possibilité de nouvelles études pluriannuelles et de nouveaux sondages ponctuels

La possibilité

- Profiter de la plateforme de surveillance du PCSP, qui est à la fois bien établie, rapide, rentable et réputée sur la scène internationale.
- Le PCSP peut surveiller avec efficacité des maladies et affections à faible fréquence, mais à fort impact, que voient les pédiatres généraux et les surspécialistes en pédiatrie.

Le bilan

- Le taux de réponse mensuel moyen, obtenu auprès d'environ 2700 pédiatres, s'élève à 80 %.
- Le taux de réponse moyen aux questionnaires détaillés se situe entre 80 % et 90 %.

Les thèmes d'intérêt

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
 - Effets indésirables graves associés aux approches complémentaires et parallèles
 - Suppression surrénalienne causée par un traitement aux glucocorticoïdes
- Infections émergentes
 - COVID-19
 - Maladie de Lyme
- Menaces pour la santé et la sécurité publiques
 - Effets graves ou au potentiel fatal de l'utilisation d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs
 - Syndrome d'abstinence néonatale
 - Vapotage

Les facteurs de réussite des études

- Étude ou affection 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 sont publiées dans des revues à fort impact dotées d'un comité de lecture. Le PCSP est connu et renommé auprès de comités de rédaction réputés.

Politiques et lois en matière de santé

public : Les résultats ont inspiré l'interdiction totale des marchettes pour bébé et la promotion des sièges rehausseurs afin de prévenir le syndrome de la ceinture de sécurité.

Directives professionnelles en médecine :

Les résultats ont inspiré des directives comme les documents de principes de la Société canadienne de pédiatrie sur l'hyperbilirubinémie néonatale et sur l'aide médicale à mourir.

Promotion et formation en santé publique :

Les résultats ont inspiré les efforts en vue de prévenir le rachitisme par carence en vitamine D et l'utilisation de cigarettes électroniques chez les personnes qui n'ont pas l'âge légal pour utiliser les produits du tabac traditionnels.

« À titre de représentant des Directeurs de pédiatrie du Canada au comité de direction scientifique du PCSP, j'ai été témoin de la capacité extraordinaire du PCSP à rassembler des investigateurs de diverses disciplines de la pédiatrie de partout au Canada pour étudier des maladies pédiatriques rares. Dans le cas d'affections qui s'associent à des incapacités, à une morbidité et une mortalité élevées et à des coûts importants pour la société malgré leur faible fréquence, la surveillance nationale est essentielle pour saisir des données relatives à chaque cas. Au nom du comité de direction scientifique, je remercie sincèrement les milliers de participants au PCSP. Nous sommes vraiment chanceux de compter sur un programme de surveillance aussi solide au Canada. »

Ciarán M. Duffy, MB, BCH, M. Sc.,
FRCPC, FRCPI; professeur,
département de pédiatrie, faculté
de médecine, Université d'Ottawa;
ancien représentant des Directeurs
de pédiatrie du Canada au PCSP



Pour en savoir plus, téléphonez au 613-526-9397, poste 244, écrivez à pcsp@cps.ca
ou consultez le site www.pcsp.cps.ca.



**Pour en savoir plus sur le
Programme canadien de surveillance pédiatrique
ou obtenir la version anglaise du présent rapport,
prenez contact avec la :**

Société canadienne de pédiatrie

Gestionnaire de la surveillance
2305, boul. St. Laurent, bureau 100
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Téléphone : 613-526-9397, poste 244
Télécopieur : 613-526-3332

pcsp@cps.ca
www.pcsp.cps.ca

