

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

Résultats 2025





Mission

Contribuer à l'amélioration de la santé des enfants et des adolescents au Canada grâce à un programme national de surveillance 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, la compilation 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 en santé publique. 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 de maladies rares et d'affections émergentes 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 prestataires de soins, les équipes de recherche et les décideurs dans l'élaboration de stratégies pour améliorer la santé des enfants et des adolescents du Canada.

Citation recommandée

Résultats 2025 du Programme canadien de surveillance pédiatrique. Ottawa (ON) : Société canadienne de pédiatrie; 2026.

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

La surveillance active protège la patientèle

On n'insistera jamais assez sur l'importance de la surveillance pédiatrique pancanadienne : elle renforce l'adoption de mesures sanitaires rapides, éclaire les soins fondés sur des données probantes et, au bout du compte, protège la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. Les enfants représentent l'avenir et un investissement crucial dans la force et la résilience de la société à long terme.

Le Programme canadien de surveillance pédiatrique renforce les efforts nationaux en santé publique comme suit :

Alerte

quant aux problèmes émergents en santé publique

L'ingestion accidentelle de cannabis comestible représente un danger pour les jeunes enfants, et des directives s'imposent sur leur entreposage sécuritaire; les résultats de l'étude éclairent l'examen législatif de la *Loi sur le cannabis*.

Les résultats de l'étude sur la COVID-19 inspirent les soins cliniques et les recommandations sanitaires au sujet des enfants.

L'utilisation de substances psychoactives au potentiel mortel et les surdoses à l'adolescence sont inquiétantes pour l'ensemble de la population. Les résultats d'un sondage justifient une surveillance nationale.

Détection

des dangers des produits pour la santé et la sécurité

L'ingestion de piles boutons est responsable de préjudices et de complications pour la santé; les résultats d'un sondage appuient la prise de position de la Société canadienne de pédiatrie (SCP), qui préconise un emballage, un entreposage et une mise au rebut plus sécuritaires.

Les enfants et les adolescents ont besoin d'être protégés contre les maladies et les blessures liées au vapotage; les résultats d'un sondage corroborent les prises de position et le document de principes de la SCP.



Mobilisation

des connaissances sur le potentiel d'événements indésirables

Les préparations magistrales peuvent être responsables de graves événements indésirables; un document de principes de la SCP réclame la commercialisation de formulations pédiatriques adaptées aux enfants.

Les soins virtuels en pédiatrie ont entraîné peu de déclarations d'événements indésirables et semblent constituer un mode d'exercice sécuritaire de la médecine dans des situations cliniques appropriées.

Les médicaments et les substances rehaussant l'apparence et la performance sont impliqués dans un nombre inattendu d'événements indésirables; les résultats d'un sondage justifient une surveillance nationale.

www.pcsp.cps.ca

Table des matières

Avant-propos.....	4
Message de la ministre de la Santé fédérale.....	4
Message de l'administratrice en chef 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 2025	14
Diagnostic de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale chez les enfants d'âge scolaire.....	14
Effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments	17
État d'hyperglycémie hyperosmolaire — rapport définitif.....	20
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 — rapport définitif	26
Hyperbilirubinémie néonatale — grave (2025-2027).....	29
Méfais aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs	31
Paralysie flasque aiguë.....	34
Sondages ponctuels.....	37
Appareils de transport personnel motorisés — blessures graves et décès	37
Comportements d'automutilation graves chez les enfants et les adolescents neuroatypiques	40
Nourrissons nés de parents atteints de la maladie de Graves	42
Publications de 2021 à 2025.....	44
Articles révisés par un comité de lecture, publiés en lien avec les études pluriannuelles et les sondages ponctuels.....	44
Faits saillants du PCSP publiés dans <i>Paediatrics & Child Health</i>	46
Présentations en 2025.....	47
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

Promouvoir la santé de tous les enfants et de tous les jeunes est une priorité pour le gouvernement du Canada, et il est essentiel de soutenir la collecte et la diffusion de données actualisées sur les affections pédiatriques et les événements liés à la santé pour atteindre cet objectif.

Nos systèmes de santé doivent continuer à évoluer et à s'adapter afin de mieux répondre aux besoins de toute la population canadienne. La collecte de données et la recherche fournissent aux professionnels de la santé, aux chercheurs et aux décideurs les outils dont ils ont besoin pour mieux comprendre et répondre aux besoins des jeunes au Canada.

Depuis près de 30 ans, des experts de la Société canadienne de pédiatrie, de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada collaborent pour soutenir le développement de meilleurs traitements, de stratégies de dépistage et de prévention. Je tiens à exprimer ma gratitude à la Société canadienne de pédiatrie pour son engagement dans l'élaboration de ce rapport annuel, et je remercie les milliers de professionnels de la santé, de pédiatres et d'investigateurs de partout au pays qui ont constamment partagé des données et des connaissances pour alimenter ce programme; ce travail important ne serait pas possible sans votre dévouement. Ces efforts ont contribué à une meilleure compréhension des enjeux de santé pédiatrique et ont orienté les mesures visant à améliorer les résultats en matière de santé des enfants et des jeunes partout au pays.

Ensemble, nous contribuons à bâtir un Canada plus sain et plus fort pour les générations à venir.





Message de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada

Docteure Joss Reimer

Des systèmes de santé publique solides s'appuient sur des données fiables et actualisées pour repérer, surveiller et mieux comprendre les problèmes de santé émergents et en constante évolution. L'accès à des données probantes fiables renforce notre capacité collective à anticiper les défis de santé publique, à nous y préparer et à y répondre, tout en soutenant les efforts collectifs visant à promouvoir la santé et le bien-être de la population canadienne.

Depuis près de trois décennies, la Société canadienne de pédiatrie, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada collaborent pour faire progresser la surveillance et la recherche chez les enfants et les jeunes partout au pays. Grâce à cette collaboration de longue date, le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) constitue une source essentielle et fiable de données sur les affections pédiatriques rares et émergentes ainsi que sur les événements indésirables graves liés à la santé au Canada.

Le rapport annuel intitulé *Résultats 2025 du Programme canadien de surveillance pédiatrique* fournit des renseignements précieux sur la santé des enfants et des jeunes au Canada et soutient les efforts de santé publique visant à améliorer les résultats en matière de santé pour les générations futures. Le rapport de cette année met en lumière plusieurs enjeux de santé publique urgents et en constante évolution. La surveillance continue de recenser des cas de méfaits aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs, ainsi que d'événements graves associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales. Ces constatations soulignent les répercussions persistantes de la consommation de substances psychoactives et l'importance cruciale des efforts de prévention, de réduction des risques et de sensibilisation du public.

De plus, la surveillance continue de certaines affections pédiatriques aiguës et chroniques continue de faire progresser les connaissances cliniques et d'orienter l'action en matière de santé publique. Les études sur la paralysie flasque aiguë contribuent au maintien du statut « sans polio » du Canada, tandis que la recherche sur l'hyperbilirubinémie néonatale grave, l'état d'hyperglycémie hyperosmolaire et les diagnostics de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale fournit des renseignements précieux pour orienter la prévention, la détection précoce et le traitement.

Dans l'ensemble, les données présentées dans le rapport de cette année démontrent le rôle vital de la surveillance nationale dans le repérage des risques, l'orientation d'interventions ciblées et l'amélioration des résultats de santé pour les enfants et les jeunes au Canada.

Je félicite la Société canadienne de pédiatrie pour la publication de ce rapport annuel et je remercie les milliers de professionnels de la santé et de surspécialistes en pédiatrie dans tout le pays dont les contributions soutiennent le PCSP chaque mois. Leur engagement continu, ainsi que leur expertise et leurs connaissances, sont essentiels au succès et aux retombées durables du programme.



Message de la présidente de la Société canadienne de pédiatrie

Docteure Laura Sauvé

Dans mon rôle d'infectiologue pédiatre qui exerce en Colombie-Britannique et qui s'intéresse à la surveillance en santé publique, je tiens à souligner l'importance d'un programme de surveillance comme le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP), de même que ses répercussions continues sur la santé des enfants et des adolescents du Canada. Grâce à la collecte et à l'analyse systématiques d'affections pédiatriques rares et émergentes, le PCSP est en mesure de transformer les résultats en meilleurs soins cliniques, en politiques sanitaires fondées sur des données probantes et en prises de position pour renforcer des lois visant à protéger les enfants de certains dangers.

En 2025, le PCSP a conclu des études sur les événements indésirables liés aux soins virtuels et sur l'état d'hyperglycémie hyperosmolaire et a effectué des sondages ponctuels sur les blessures graves et les décès causés par l'utilisation d'appareils de transport personnel motorisés, les comportements d'automutilation graves chez les enfants et les adolescents neuroatypiques et les nourrissons nés de parents atteints de la maladie de Graves.

Je tiens à remercier mes collègues qui déposent leur déclaration mensuelle au PCSP avec diligence. Votre dévouement envers le programme continue de nous permettre d'amasser l'information dont nous avons besoin pour améliorer la vie des enfants et des adolescents canadiens. Enfin, au nom de la Société canadienne de pédiatrie et de son conseil d'administration, je tiens à remercier l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada; sans leur soutien sans faille, ce travail serait impossible.



Message de la présidente du Programme canadien de surveillance pédiatrique

Docteure Catherine Farrell

Le Canada profite de plusieurs systèmes de surveillance de la santé publique conçus pour mesurer et suivre les changements en matière de santé, déterminer les facteurs de risque et les options thérapeutiques, détecter les menaces émergentes pour la santé et évaluer les répercussions de politiques sanitaires déjà en place. Le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP), qui fait partie de ces systèmes, revêt une importance particulière pour les enfants et les adolescents atteints de maladies rares ou émergentes (ou d'une complication rare d'affections plus courantes). La collecte de données dans l'ensemble du Canada permet d'accumuler un bassin de données suffisant pour effectuer des analyses plus complètes et tirer des conclusions plus importantes.

En 2025, le PCSP a continué de jouer un rôle essentiel pour répondre à l'évolution des problèmes de santé publique qui touchent les enfants et les adolescents du Canada. En début d'année, le PCSP a repris une étude sur l'hyperbilirubinémie néonatale grave afin d'évaluer l'effet de la mise à jour des lignes directrices de la Société canadienne de pédiatrie sur l'hyperbilirubinémie, notamment par rapport aux résultats de deux études antérieures réalisées entre 2002 et 2004, puis entre 2011 et 2013.

Le présent rapport annuel expose également le rôle du programme en cas d'enjeux émergents en santé pédiatrique. Étant donné les inquiétudes croissantes à l'égard des surdoses de drogues chez les adolescents, la surveillance se poursuit sur les méfaits aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs. Compte tenu de l'importance de surveiller les effets de la légalisation du cannabis sur la population pédiatrique, l'étude sur les événements graves et au potentiel mortel associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales a été prolongée.

En qualité de présidente du PCSP, je tiens à remercier investigateurs des études et des sondages, dont le travail assidu d'analyse des données et les rapports des résultats permettent de mieux comprendre de nombreuses affections pédiatriques rares. Je tiens également à remercier mes collègues du comité de direction scientifique, qui donnent de leur temps pour garantir que les études du PCSP revêtent la plus grande rigueur scientifique. Les données obtenues grâce à ces études sont rendues possibles grâce au dévouement de plus de 2 700 pédiatres et pédiatres surspécialisés qui contribuent tous les mois au programme. Nous leur sommes reconnaissants de leur temps et de leur engagement, qui contribuent à la santé et au bien-être des enfants et des adolescents de tout le Canada. Enfin, je tiens à exprimer ma plus sincère gratitude à l'Agence de la santé publique du Canada pour son soutien continu du PCSP.



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 prestataires 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 en matière 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 sur 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 PCSP a besoin de financement pour en appuyer la gestion. Ce financement est assuré par une combinaison de soutien gouvernemental et de subventions sans restriction octroyées par des organismes de bienfaisance, des établissements de recherche, des hôpitaux et des sociétés du Canada. Tous les capitaux sont affectés aux besoins et à l'expansion du programme.

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 2025 :

- The Hospital for Sick Children, unité 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.

Craig Campbell, MD
Paul Dancey, MD
Marie Adèle Davis, MBA
Elizabeth Donner, MD
Evelyne Doyon-Trottier, MD
Alison Eaton, MD
Karen Forbes, MD
Meghan Grainger, B. Sc.
Megan Harrison, MD
Melanie King, BA
Shaun Morris, MD, MSP
Stevie O'Brien, JD
Jay Onysko, MA
Christina Ricci, MSP
Chelsea Ruth, MD
Paul Ryan, MB, Bch, BAO, Ph. D.
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 entrant)
Directeurs de pédiatrie du Canada (représentant sortant)
Société canadienne de pédiatrie
Association canadienne de neurologie pédiatrique (représentante)
Société canadienne de pédiatrie
Collège canadien de généticiens médicaux (représentante)
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
IMPACT (Programme canadien de surveillance active de l'immunisation)
Conseiller
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 (résident entrant)
Société canadienne de pédiatrie (résident sortant)
Société canadienne de pédiatrie

Les membres du comité de direction scientifique du PCSP tiennent à exprimer leur profonde gratitude au **docteur Paul Dancey** pour son mandat au comité à titre de représentant des Directeurs de pédiatrie du Canada. Ses points de vue, son dévouement et ses réflexions éclairées se sont révélés inestimables. Nous lui souhaitons beaucoup de succès dans ses projets.



Le comité souhaite également remercier le **docteur Patrick Seitzinger**, représentant des résidents, dont les points de vue précieux, l'enthousiasme et l'engagement ont donné lieu à des échanges réfléchis et importants. Nous lui sommes reconnaissants du temps qu'il a consacré au programme et lui souhaitons de poursuivre sur la voie de la réussite et de l'épanouissement au cours des années à venir.

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 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 pédiatres surspécialisés du pays 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 les adolescents canadiens.
- Faire participer les pédiatres, pédiatres surspécialisés et autres prestataires de soins 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 aux 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 de 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) et par la diffusion des résultats auprès des personnes qui doivent les connaître (diffusion) afin de prendre les mesures appropriées.

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 l'équipe multidisciplinaire de son comité de direction scientifique, 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. Ils 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 doublons, 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 doublés ou qui ne respectent pas la définition de cas sont exclus.

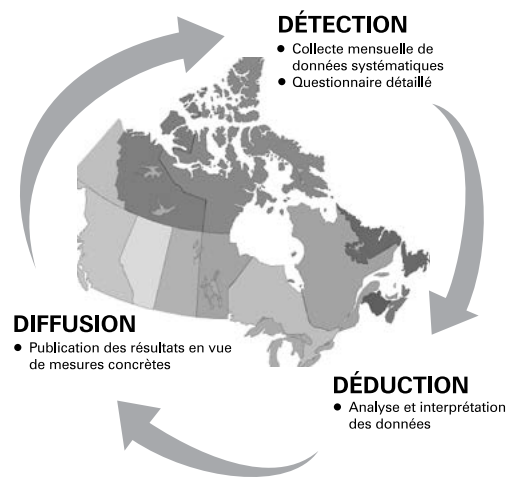
Fait saillants du PCSP

Le saviez-vous?

- Le PCSP a célébré son 29^e anniversaire en 2025.
- Le PCSP se compose d'environ 2 700 pédiatres et pédiatres surspécialisés dévoués.
- Depuis sa création, le PCSP a étudié 90 affections rares et réalisé 65 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 2025, 100 % 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 de recherche est responsable de l'analyse des données et de la mise en place d'un plan rigoureux 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.
- Les données du Québec sont incomplètes. En raison des lois québécoises, les cas déclarés dans cette province peuvent être inclus dans l'analyse des données seulement 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 prestataire 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 autodéclarées 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.
- Conformément à la politique de confidentialité du PCSP, seules des données regroupées sont déclarées, et si elles portent sur moins de cinq cas, elles sont supprimées. Bien qu'elle vise à protéger la confidentialité, cette politique peut limiter l'utilité des données et la capacité de rendre compte des résultats, particulièrement dans le cas de maladies très rares.

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 2025

Province ou territoire	Taux de déclarations (en %)*	Nombre de participants†
Alberta	81	355
Colombie-Britannique	83	319
Île-du-Prince-Édouard	87	12
Manitoba	84	98
Nouveau-Brunswick	76	35
Nouvelle-Écosse	85	84
Nunavut	—	<5
Ontario	81	1 020
Québec	81	470
Saskatchewan	84	64
Terre-Neuve-et-Labrador	78	40
Territoires du Nord-Ouest	—	<5
Yukon	—	<5
Canada	81	2 506

* 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 déclaration annuels sont susceptibles de changer en raison des retards de déclaration. Conformément à la politique de confidentialité du PCSP, 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 2021 et 2025

Année de déclaration	Taux de déclaration (en %)
2021	80
2022	80
2023	83
2024	82
2025	81

TABLEAU 3 – Taux de réponses aux questionnaires détaillés de 2025, au 1^{er} juin 2026*

Affections à l'étude	Signalement de cas potentiels	En attente	Taux d'achèvement (en %)
Diagnostic de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale chez les enfants d'âge scolaire	172	45	76
Effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments	16	4	75
État d'hyperglycémie hyperosmolaire	<5	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	42	3	93
Événements indésirables liés aux soins virtuels‡	0	0	—
Hyperbilirubinémie néonatale — grave (2025-2027)	17	1	94
Méfais aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs†	26	6	77
Paralysie flasque aiguë†	33	2	94
Total des cas (toutes les études)	>306	61	80

* 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 de confidentialité du PCSP, 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.
‡ Étude terminée le 31 janvier 2025

Glossaire des termes utilisés dans les résultats des études

Déclarés : Signalement de cas potentiels reçus par le PCSP

Dédoublets : Cas déclarés par plus d'un participant au PCSP

Exclus : Cas ne respectant pas la définition de cas ou 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*

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 dédoublets, des cas qui ne respectent pas la définition, des cas en attente d'être vérifiés 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

* 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 auprès d'établissements où un projet donné est approuvé par le 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 est 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.

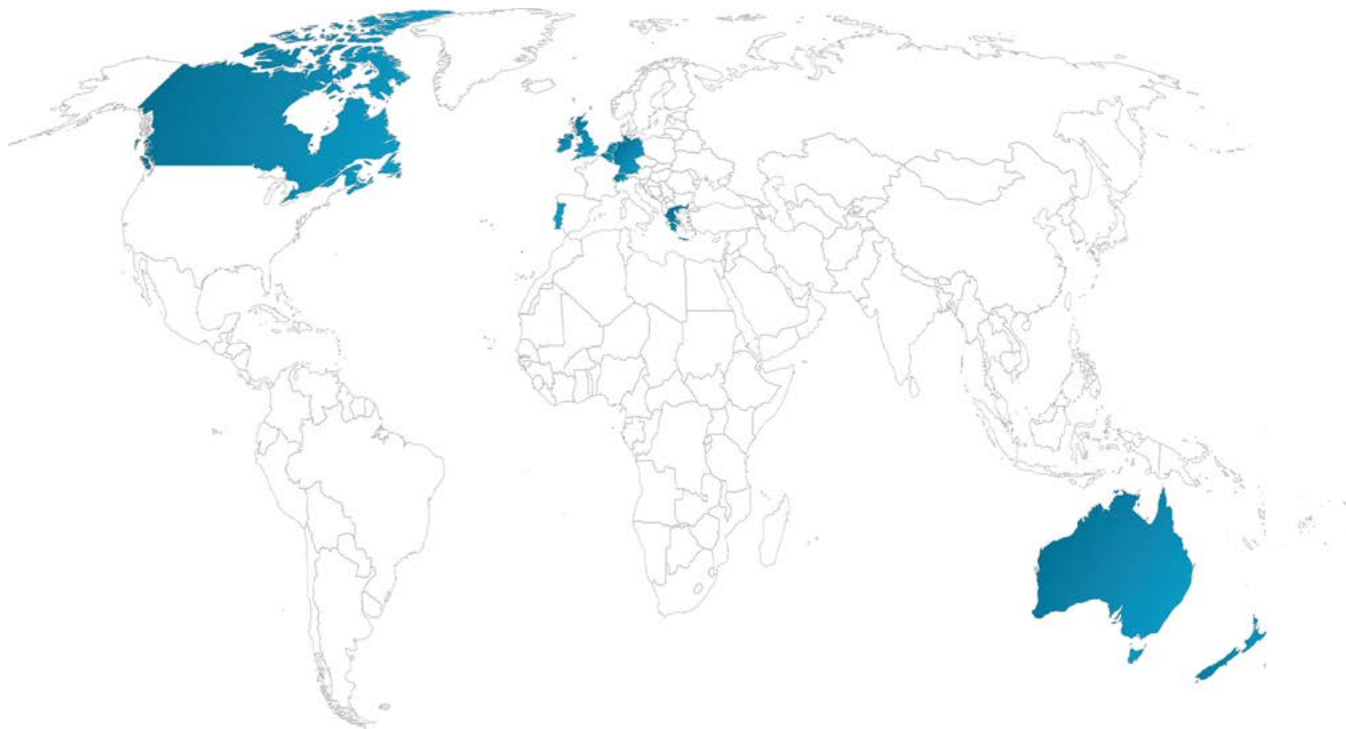
Créé en 1998, le RIUSP est formé de nombreuses unités de surveillance pédiatrique qui proviennent des quatre coins du monde, du Canada à la Nouvelle-Zélande. Plusieurs unités de surveillance pédiatrique cumulent des données sur des affections infantiles rares depuis au moins 20 ans. Elles en ont étudié 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 prestataires de soins pédiatriques 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 sous surveillance en 2025

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

Durée de l'étude : de 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 neurodéveloppementale interdisciplinaire en pédiatrie, Glenrose Rehabilitation Hospital; professeure adjointe, département de pédiatrie, Université de l'Alberta; sabrina.eliason@ualberta.ca

Christine Looock, 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 prestataires de soins et les services et mesures de soutien fournis?
- Quelle est l'incidence minimale de TSAF diagnostiqués 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 des 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 la 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 — de janvier à décembre 2025

TABLEAU 1 — Cas de diagnostic de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale chez les enfants d'âge scolaire en 2025

Déclarés	Dédouble	Exclus	En attente	Respect de la définition de cas*
132	0	23	50	59

* 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, 59 cas respectaient la définition de cas de TSAF chez les enfants d'âge scolaire entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2025.
- De plus, 50 cas sont en attente d'être vérifiés, 23 ont été exclus de l'analyse parce qu'ils provenaient du Québec ou qu'ils ne respectaient pas la définition de cas (ils ne font pas partie du groupe d'âge ou l'utilisation de directives de TSAF reconnues n'était pas précisée).

Caractéristiques démographiques

- Les cas avaient un âge moyen de 9,5 ans.
- Plus d'enfants diagnostiqués étaient de sexe masculin (37 cas sur 59, 63 %) que de sexe féminin (22 cas sur 59, 37 %).
- Le Nouveau-Brunswick a déclaré la plus forte proportion d'enfants diagnostiqués (22 cas sur 59, 37 %), suivi de la Colombie-Britannique (15 cas sur 59, 25 %) et du Manitoba (dix cas sur 59, 17 %).
- Parmi les cliniques qui avaient recueilli des données sur l'identité ethnique, raciale ou autochtone du patient ou de sa famille, plus de la moitié des cas (27 cas sur 47, 57 %) étaient blancs, tandis que plus du tiers (19 cas sur 47, 40 %) était autochtone.
- Plus de la moitié des enfants diagnostiqués (34 cas sur 59, 58 %) habitaient en foyer d'accueil.

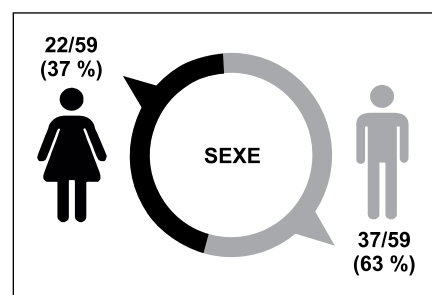
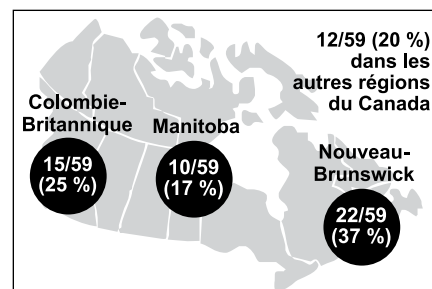


Tableau clinique et diagnostic

- Presque tous les enfants diagnostiqués avaient une exposition confirmée à l'alcool pendant la période prénatale.
- Tous les enfants avaient obtenu un diagnostic posé à l'aide des directives diagnostiques canadiennes de TSAF.
- Un pédiatre (23 cas sur 59, 39 %), suivi d'une agence de protection de l'enfance (huit cas sur 59, 14 %) étaient les principales sources d'orientation vers un évaluation du TSAF.
- L'exposition à plusieurs substances psychoactives était courante : 76 % (45 cas sur 59) des enfants diagnostiqués avaient été exposés à au moins une substance en plus de l'alcool pendant la période prénatale. La nicotine et le cannabis étaient les plus déclarés, suivis des méthamphétamines ou des amphétamines, de la cocaïne, des opioïdes et d'autres substances psychoactives.



Traitement et pronostic

Chez les enfants diagnostiqués, le soutien pédagogique (52 cas sur 59, 88 %), l'ergothérapie (28 cas sur 59, 47 %) et les soins de répit, le mentorat et le soutien communautaire (25 cas sur 59, 42 %) étaient les types de services et de soutien les plus offerts.

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

- À plus de la moitié de la période de collecte des données, les résultats démontrent que les lignes directrices canadiennes du TSAF ont été utilisées dans tous les cas.
- D'après les données préliminaires actuellement disponibles, plus des trois quarts des enfants diagnostiqués ont été exposés à des substances psychoactives en plus de l'alcool.
- La majorité des enfants ayant un diagnostic de TSAF ont reçu un soutien pédagogique, mais ils sont moins nombreux à avoir reçu d'autres types de soutien.
- La collecte de données pour cette étude se poursuivra jusqu'en octobre 2026, puis l'incidence minimale sera établie.

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 en 2025

Asking difficult questions about fetal alcohol spectrum disorder: Finding a new path forward for children with neurodevelopmental differences. Eliason S, Gibbard B, Salh P. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie à Québec en mai (présentation orale)

Remerciements

Les investigateurs remercient les docteurs Tracey Tsang et Elizabeth Elliot de l'unité australienne de surveillance pédiatrique pour leur aide à élaborer le questionnaire clinique. Ils remercient également tous les médecins qui ont déclaré des cas et fourni des données à cette étude du PCSP, de même que Melanie King et l'équipe du PCSP pour leur soutien.

Effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments

Durée de l'étude : 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@hc-sc.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 2025?

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 ont contribué aux conseils mensuels sur les EIM qu'a distribués le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) jusqu'en décembre 2025.

Résultats — de janvier à décembre 2025

Ce rapport présente un portrait au 31 décembre 2025. Étant donné les retards de déclaration, certains cas survenus en 2025 n'ont peut-être pas été saisis. Le nombre de cas annuels présentés au tableau 2 a été mis à jour pour inclure tous les cas déclarés jusqu'à maintenant qui respectent la définition de cas.

TABLEAU 1 — Cas d'effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments en 2025

Déclarés	Dédouble	Exclu	En attente	Respect de la définition de cas*
7	0	1	0	6

* 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, six cas d'effets indésirables graves et potentiellement mortels des médicaments présumés respectaient la définition de cas en 2025.

TABLEAU 2 – Comparaison annuelle des cas d'EIM entre 2018 et 2025	
Année	Total des cas
2018	20
2019	13
2020	9
2021	5
2022	11
2023	9
2024	<5
2025	6

TABLEAU 3 – Produits de santé présumément responsables en 2025	
Catégorie de produit de santé	Nom du produit de santé
Antibactériens pour un usage systémique	Amoxicilline
Médicaments contre les maladies respiratoires obstructives	Omalizumab
Immunosuppresseurs	Infliximab
Autres préparations dermatologiques	Dupilumab
Psychoanaleptique	Sertraline
Psycholeptique	Aripiprazole

Caractéristiques démographiques

- Les cas étaient répartis entre des garçons et des filles.
- Les cas faisaient partie des groupes d'âge suivants : zéro à cinq ans, six à 12 ans et 13 à 17 ans.

Tableau clinique et diagnostic

- Les six cas étaient classés comme graves d'après les critères suivants (dans certaines déclarations, plus d'une cause était fournie) : moins de cinq cas ont été considérés comme ayant un potentiel mortel, moins de cinq cas ont dû être hospitalisés et cinq cas ont été considérés comme importants sur le plan médical, c'est-à-dire qu'ils n'avaient pas un potentiel fatal immédiat ou n'ont pas entraîné de décès ni d'hospitalisation, mais pouvaient compromettre l'état de santé du patient ou nécessiter une intervention pour éviter l'un de ces autres résultats cliniques.
- La majorité des effets indésirables décrivaient des troubles cutanés et des tissus sous-cutanés. Cette observation est conforme à la tendance observée dans tous les rapports reçus par le PCSP depuis le lancement de l'étude en 2004.
- Les effets indésirables décrivaient également les troubles suivants, entre autres, les troubles gastro-intestinaux, les troubles respiratoires, pulmonaires et médiastinaux ainsi que les troubles du système nerveux.

Traitement et pronostic

- Les résultats cliniques étaient connus dans la totalité des six cas, et la majorité des patients se sont complètement rétablis. Les autres cas déclarés ne se sont pas encore rétablis.
- Aucun décès n'a été signalé.

Limites de l'étude

- Les limites que partagent toutes les études du PCSP sont énumérées à la page 11.
- Les effets indésirables de 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 les effets indésirables demeurent sous-déclarés et que le total des patients exposés n'est pas établi.

Conclusions

- En 2025, des produits de santé provenant de six catégories de produits distinctes ont été déclarés. Ces catégories sont déterminées conformément au système de classification du Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique de l'Organisation mondiale de la Santé.
- 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 un usage systémique, les antiépileptiques et les psychoanaleptiques. Les médicaments présumés être les plus déclarés dans ces catégories sont l'amoxicilline, la carbamazépine et le méthylphénidate, respectivement. L'étude n'a reçu aucune déclaration d'antiépileptiques respectant les critères en 2025.

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.

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.

- Étant donné l'importance de l'information sur l'efficacité et l'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 détectent 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 <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medeffet-canada/declaration-effets-indesirables/declaration-obligatoire-hopitaux.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.

Remerciements

L'aide de Maria Longo est très appréciée.

État d'hyperglycémie hyperosmolaire

Durée de l'étude : de juin 2023 à mai 2025 — rapport définitif



Paul MacDaragh Ryan

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 déclencheurs?
- 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 parfois de mortalité, est souvent élevé.
- L'ÉHH est probablement une urgence hyperglycémique sous-détectée, qui peut être confondue avec l'acidocétose diabétique hyperosmolaire, et on ne connaît pas les conséquences d'un diagnostic tardif ou omis.
- 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 — de juin 2023 à mai 2025

TABEAU 1 — Cas d'état d'hyperglycémie hyperosmolaire déclarés du 1^{er} juin 2023 au 31 mai 2025

Années	Déclarés	Dédoublets	Exclus	En attente	Respect de la définition de cas*
2023 [†] à 2025 [‡]	24	2	12	3	7

* 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} juin au 31 décembre 2023

‡ Du 1^{er} janvier au 31 mai 2025

Cas qui respectaient la définition de cas

Au moment de l'analyse, sept cas respectaient la définition de cas d'ÉHH et avaient été déclarés pendant la période de l'étude, ce qui fait foi d'une incidence annuelle minimale de 0,053 cas sur 100 000 enfants. Trois cas étaient en attente d'être vérifiés.

Caractéristiques démographiques

- Les cas, qui avaient un âge médian de 14,8 ans à la consultation (écart interquartile [ÉIQ] de 5,25), étaient surtout de sexe masculin.
- Les ethnies déclarées, par ordre de fréquence, étaient issues des Premières Nations ou des Métis, blanches, noires et inconnues.
- Dans tous les cas, le diabète venait d'être diagnostiqué au moment du tableau clinique d'ÉHH, et la répartition entre le diabète de type 1 et le diabète de type 2 était relativement équilibrée.
- Par ordre de fréquence, les troubles neurodéveloppementaux ou les déficiences intellectuelles, l'obésité et l'hypertension étaient les cooccurrences symptomatiques courantes à la consultation.

Tableau clinique et diagnostic

- Les déclencheurs déclarés, par ordre de fréquence, étaient une infection, un traumatisme et une intervention chirurgicale.
- Le score de Glasgow médian à l'arrivée s'établissait à 12 (ÉIQ 7), et un enfant a eu besoin d'une intervention à cause de signes cliniques de lésion cérébrale.
- Les valeurs de laboratoire médianes à la consultation s'établissaient comme suit : glucose de 38,2 mmol/L (ÉIQ 6,6), pH de 7,3 (ÉIQ 0), bicarbonate de 21,0 mmol/L (ÉIQ 6,5), osmolalité sérique de 369,0 mOsm/kg (ÉIQ 23,0), sodium sérique de 150,0 mmol/L (ÉIQ 22,0), potassium sérique de 4,9 mmol/L (ÉIQ 1,3), créatinine sérique de 93,0 µmol/L (ÉIQ 58,5), urée sérique de 12,3 mmol/L (ÉIQ 6,6), β-hydroxybutyrate de 6,6 mmol/L (ÉIQ 2,2) et cétones urinaires de 1,5 mmol/L (ÉIQ 1,0).

Traitement et pronostic

- Le soluté de chlorure de sodium à 0,9 % était toujours favorisé pour le bolus initial, mais il n'y avait pas de volume préféré (c'est-à-dire 10 mL/kg par rapport à 20 mL/kg). La composition du liquide de réhydratation et le taux de perfusion d'insuline subséquents étaient très hétérogènes (plage de 0,02 à 0,1 unité/kg/h).
- La plupart des patients ont eu besoin de séjourner en soins intensifs (cinq sur sept, 71 %).
- Le séjour hospitalier médian était d'une durée de six jours (ÉIQ 11).
- L'hypokaliémie et les lésions rénales aiguës étaient les principales complications.

Limites de l'étude

- Les limites que partagent toutes les études du PCSP sont énumérées à la page 11.
- Tous les cas déclarés du Québec ont été exclus de l'analyse en raison des lois provinciales sur la protection des renseignements personnels.
- Le très petit nombre de cas déclarés limite l'interprétabilité des données, notamment en raison des restrictions relatives aux résultats de déclaration portant sur moins de cinq cas.



Conclusions

- L'incidence annuelle minimale d'ÉHH chez les enfants et les adolescents du Canada correspond à environ la moitié de celle anticipée.
- Les groupes minoritaires et les enfants ayant un trouble neurodéveloppemental ou une déficience intellectuelle étaient surreprésentés.
- Tous les cas étaient représentatifs des premières manifestations du diabète, et les enfants atteints du diabète de type 1 semblaient courir un risque semblable à ceux atteints du diabète de type 2, ce qui diffère des cohortes adultes, chez qui l'ÉHH se manifestait exclusivement chez des personnes atteintes du diabète de type 2.



Effets anticipés de l'étude

- L'ÉHH est une urgence hyperglycémique très rare chez les jeunes, ce qui laisse supposer que la plupart des prestataires de soins primaires, des prestataires de soins d'urgence et des endocrinologues pédiatres ne le verront pas régulièrement. Il faut toutefois l'inclure dans diagnostic différentiel lors des premières manifestations du diabète. La détection des signes et symptômes établis de diabète *de novo* (polyurie, polydipsie) pourrait favoriser une intervention précoce et peut-être prévenir l'évolution vers de graves complications.
- Les médecins en soins primaires et les urgentistes devraient savoir que les enfants ayant une déficience intellectuelle ou une neurodivergence peuvent courir un risque accru de diabète non dépisté et d'évolution subséquente vers un ÉHH.
- Il faudrait colliger un plus grand nombre de cas pour déterminer les stratégies de réhydratation les plus efficaces et les plus sécuritaires dans les cas d'ÉHH pédiatrique.



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. Collection en ligne de mai 2024

Remerciements

Les investigateurs tiennent à remercier madame Melanie Laffin, ancienne gestionnaire principale de la surveillance à la Société canadienne de pédiatrie, pour son excellent travail, de même que madame Christina Ricci, épidémiologiste à l'Agence de la santé publique du Canada, pour avoir fait évoluer l'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



Christina Grant

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 — de janvier à décembre 2025

Ce rapport présente un portrait au 6 janvier 2026. Étant donné les retards de déclaration, certains cas survenus en 2025 n'ont peut-être pas été saisis. Le nombre de cas annuels présentés au tableau 2 a été mis à jour pour inclure tous les cas déclarés jusqu'à maintenant qui respectent la définition de cas. Les différences de cas par rapport aux publications antérieures reflètent l'inclusion des rapports de cas reçus après la date limite de l'analyse.

TABLEAU 1 – Cas d'événements graves et au potentiel mortel associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales en 2025				
Déclarés	Dédoublé	Exclus	En attente	Respect de la définition de cas*
47	0	8	4	35

* 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, 47 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 au Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) en 2025.
- Au moment de l'analyse (janvier 2026), 35 de ces cas respectaient la définition de cas en 2025, et quatre étaient en attente d'être vérifiés.
- En comparaison, au cours des années précédentes, le nombre annuel de cas qui respectaient la définition a varié entre 31 en 2022 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 2019 à 2025	
Année	Total de cas
2019	38
2020	50
2021	34
2022	31
2023	42
2024	35
2025	35

Caractéristiques démographiques

- Au total, 17 des 35 cas étaient de sexe masculin (48 %, IC à 95 %, 32 à 65) et 16 des 35 cas, de sexe féminin (46 %, IC à 95 %, 29 à 62); dans deux des 35 cas, le sexe n'était pas précisé (6 %, IC à 95 %, 0 à 13).
- Les cas avaient un âge moyen de 5,1 ans et un âge médian de 3,5 ans. La grande majorité des cas (32 cas sur 35, 91 %, IC à 95 % 82 à 100) ont été observés chez des enfants de moins de 13 ans, et un bon nombre l'a été chez des enfants de cinq ans ou moins (23 cas sur 35, 66 %, IC à 95 %, 50 à 81).

Tableau clinique et diagnostic

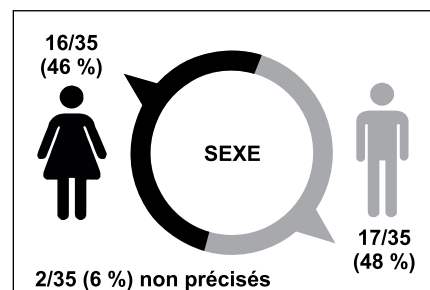
- Comme par les années passées, les principales manifestations primaires étaient l'empoisonnement ou l'intoxication non intentionnelle (24 cas sur 35, 69 %, IC à 95 %, 53 à 84), suivies de troubles neurologiques autres que les convulsions (cinq cas sur 35, 14 %, IC à 95 %, 3 à 26).
- Presque tous les cas d'empoisonnement ou d'intoxication non intentionnels touchaient des enfants de cinq ans ou moins (19 cas sur 24, 79 %, IC à 95 %, 62 à 97), et la plupart de ces cas (16 cas sur 24, 67 %, IC à 95 %, 46 à 87) étaient causés par des produits comestibles du cannabis.
- Dans l'ensemble, 21 des 35 cas (60 %, IC à 95 %, 44 à 76) ont ingéré du cannabis sous forme de produit comestible, y compris des bonbons gélifiés, des bonbons et des chocolats.
- Dans la majorité des cas, le cannabis provenait d'une source inconnue (32 cas sur 35, 91 %, IC à 95 %, 82 à 100), d'après ce que le médecin traitant avait déclaré.
- Dans la plupart des cas, on ne savait pas qui s'était procuré le cannabis (23 cas sur 35, 66 %, IC à 95 %, 50 à 81). Dans sept des 35 cas (20 %, IC à 95 %, 7 à 33), c'est le parent qui se l'était procuré.

Traitement et pronostic

- Tous les cas ont dû être hospitalisés, pendant une durée moyenne de 1,6 jour.
- Tous les cas ont eu besoin d'un traitement physique, souvent une période de surveillance ou d'observation, ou de soins de soutien comme des liquides par voie intraveineuse.
- Huit des 35 cas (23 %, IC à 95 %, 9 à 37) ont eu besoin de soins de santé mentale, lesquels ont souvent été orientés en travail social (six cas sur huit, 75 %, IC à 95 %, 45 à 100).
- La présence de cannabinoïdes a été confirmée dans 14 des 35 cas (40 %, IC à 95 %, 24 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 continuent de se produire chez les enfants et les adolescents du Canada. Ainsi, 35 cas respectaient la définition de cas en 2025. 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 prises pour faire comprendre la distinction entre le cannabis légal et illégal contribueront à s'assurer que cette information clé est bien saisie dans cette étude.
- La principale manifestation primaire était l'empoisonnement ou l'intoxication non intentionnel touchant surtout des enfants de cinq ans ou moins et les produits comestibles du cannabis. 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 d'y exposer accidentellement les enfants.

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 sur la 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 du matériel de communications.
- Cette étude a été renouvelée pour une nouvelle période de cinq ans, soit jusqu'au 30 septembre 2030.

Publication et diffusion en 2025

The inpatient needs of children hospitalized for cannabis ingestion in Canada – insights from the Canadian Paediatric Surveillance Program. Bélanger RE, Grant C. Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les données liées au cannabis, visioconférence, en juillet (présentation orale)

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 : de février 2023 à janvier 2025 — rapport définitif



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 cette 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 virtuels aux enfants et aux adolescents.

➡ 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 — de février 2023 à janvier 2025

TABEAU 1 — Cas d'événements indésirables liés aux soins virtuels du 1^{er} février 2023 au 31 janvier 2025

Années	Déclarés	Dédoublé	Exclus	En attente	Respect de la définition de cas*
2023† à 2025‡	12	1	3	0	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.

† Du 1^{er} février au 31 décembre 2023

‡ Du 1^{er} au 31 janvier 2025

Cas qui respectaient la définition de cas

Au moment de l'analyse, huit cas d'ÉI liés aux soins virtuels avaient respecté la définition de cas pendant la durée de l'étude, du 1^{er} février 2023 au 31 janvier 2025.

Caractéristiques démographiques

- Des cas de sexe masculin et de sexe féminin ont été déclarés.
- Les patients avaient un âge médian de 13,7 ans, la plupart étaient âgés de 12 à 14 ans (cinq sur huit, 63 %).
- Les enfants provenaient de trois provinces différentes, mais cinq sur huit (63 %) habitaient en Ontario.
- La majorité des patients étaient nés au Canada (six sur huit, 75 %), et le groupe de la population était déclaré comme blanc (six sur huit, 75 %).
- La plupart des médecins qui ont déclaré des cas étaient des pédiatres généraux, et les autres étaient des pédiatres surspécialisés. La proportion de rencontres virtuelles avec les patients au cours du dernier mois s'élevait à moins de 40 % pour tous les médecins déclarants. La plupart des médecins exerçaient en clinique ambulatoire et habitaient en région urbaine.

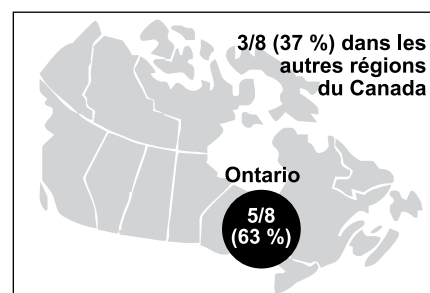


Tableau clinique et diagnostic

- Dans les huit cas, on constate un mélange de diagnostics erronés, de diagnostics tardifs et de diagnostics omis. Il n'y a pas eu d'urgences sans possibilité de réagir.
- La plupart des ÉI liés aux soins virtuels ont été détectés lors de rencontres subséquentes en personne, par exemple lors de consultations aux services d'urgence, en santé mentale ou auprès de consultants ou de spécialistes.
- Les médecins traitants ont classé la gravité des ÉI comme un mélange de possibilité de préjudices permanents et de préjudices temporaires. Plus de la moitié des cas (cinq sur huit, 63 %) ont dû faire l'objet d'une surveillance médicale ou d'une intervention pour régler l'ÉI.

Traitement et pronostic

- Dans tous les cas, le médecin traitant avait la perception que l'ÉI aurait été évité si le rendez-vous virtuel avait eu lieu en personne.
- Les facteurs susceptibles d'avoir contribué à l'ÉI étaient l'absence d'examen physique dans tous les cas, de même que l'absence de soins de suivi et les problèmes de communication (p. ex., l'incapacité de percevoir les indices non verbaux).
- Pour autant qu'on le sache, aucun cas déclaré n'avait été signalé à un mécanisme de déclaration officiel (p. ex., le système de déclaration d'incident de sécurité de l'établissement) à part cette étude.
- La plupart des ÉI ont été décelés par un autre médecin que celui qui avait participé au rendez-vous virtuel associé à l'ÉI. Cinq médecins déclarants ont indiqué que l'ÉI avait été divulgué par le patient, sa famille ou un proche.

Limites de l'étude

- Les limites que partagent toutes les études du PCSP sont énumérées à la page 11.
- Cette étude n'a pas saisi les ÉI non détectés ou les ÉI qui ne sont pas perçus comme liés aux soins virtuels.
- Les ÉI ont été déclarés d'après la présomption qu'ils étaient liés aux soins virtuels, mais il n'était pas possible d'en déterminer le lien causal.
- Tous les médecins déclarants ont indiqué que les ÉI ne se seraient pas produits si les soins avaient été prodigués en personne, mais il n'est pas possible de confirmer cette assertion, puisque les erreurs cliniques demeurent possibles, même dans le cadre de rencontres en personne.
- Un groupe d'étude national représentatif a probablement contribué à promouvoir la déclaration au pays, mais il se peut que la variabilité géographique du nombre de cas ait été influencée par d'autres facteurs et ne reflète pas la véritable variabilité de l'incidence.
- Cette étude a recueilli des données sur les ÉI ayant causé des préjudices constatés ou divulgués par des pédiatres ou des surspécialistes qui participent au PCSP et ne tiennent pas compte de ceux qu'ont observés les patients, leur famille ou leurs proches ou d'autres prestataires de soins.

Conclusions

- Les patients, les familles et les prestataires de soins aiment les soins virtuels en pédiatrie en raison de leur caractère pratique, de leur accessibilité et de leur continuité et espèrent qu'ils sont disponibles quand la situation convient^{1,2,3}.
- Des ÉI peuvent se produire lors des soins virtuels, mais les pédiatres en ont déclaré très peu. Ces résultats appuient la prestation continue de soins virtuels de qualité conjointement avec l'élaboration de directives fondées sur des données probantes pour orienter l'utilisation appropriée des soins virtuels pour les enfants, les familles et les prestataires de soins.

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.

Publication et diffusion

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

Remerciements

Les investigateurs tiennent à remercier Melanie Laffin, Melanie King et Marie Adèle Davis pour leur participation à la conception et à la tenue de cette étude, de même que tous les médecins qui participent au PCSP pour avoir fourni des données en vue de leur analyse.

1. Philipp DA, Szczech K, Hanson NL, O'Hara G, Puckett J. Virtual care delivery of whole family assessment and intervention with infants and preschoolers: a thematic analysis of clinician and family experiences. *Aust N Z Fam Ther* 2023;44(4):521–36.
2. Curfman AL, Haycraft M, McSwain SD, Dooley M, Simpson KN. Implementation and evaluation of a wraparound virtual care program for children with medical complexity. *Telemed J E Health* Juin 2023;29(6):947–53.
3. Lawrence J, Measey MA, Hoq M, Hiscock H, Rhodes A. Virtual health care for children: Parental willingness to adopt virtual health-care technologies. *J Paediatr Child Health* 2022;58(8):1323–9.

Hyperbilirubinémie néonatale — grave (2025-2027)

Durée de l'étude : de février 2025 à janvier 2027



Michael Sgro

Investigateur principal

Michael Sgro, MD, FRCPC, Université de Toronto, département de pédiatrie, St. Michael's Hospital; michael.sgro@unityhealth.to

Co-investigateurs

Sloane Freeman, Saisujani Rasiah, Douglas Campbell, Vibhuti Shah

Question

Les taux d'hyperbilirubinémie néonatale grave et d'ictère ont-ils changé avant et après l'adoption des Directives de 2025 sur l'hyperbilirubinémie publiées par la Société canadienne de pédiatrie (SCP)?

Importance

- L'hyperbilirubinémie néonatale grave demeure une cause évitable d'encéphalopathie bilirubinique aiguë et d'ictère nucléaire.
- Même si la surveillance antérieure du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) a démontré une diminution des cas graves, des cas se produisent encore.
- La mise à jour des directives nationales de la SCP publiées en 2025 fait ressortir la nécessité de reprendre la surveillance afin d'évaluer les pratiques thérapeutiques concrètes et les pronostics de l'hyperbilirubinémie néonatale.

Méthodologie

La version intégrale du protocole figure à l'adresse <https://pcsp.cps.ca/surveillance/study-etude/hyperbilirubinemie-neonatale-grave-2025-2027>.

Définition de cas

Tout nourrisson atteint d'hyperbilirubinémie non conjuguée né à 35 semaines d'âge gestationnel ou plus et d'un maximum de 60 jours de vie :

- 1) dont la bilirubine sérique totale de pointe est supérieure à 425 µmol/L
- OU
- 2) qui a subi une exsanguinotransfusion néonatale.

Critère d'exclusion

Nourrissons qui ont subi une exsanguinotransfusion à cause d'une iso-immunisation Rh démontrée

Particularités de l'étude

Cette étude comporte un volet unique, celui de comparer les résultats de 2025 à 2027 à ceux obtenus lors des deux études précédentes du PCSP, de 2002 à 2004 et de 2011 à 2013.

Résultats – de février à décembre 2025

TABEAU 1 – Cas d'hyperbilirubinémie néonatale grave du 1^{er} février au 31 décembre 2025

Déclarés	Dédouble	Exclus	En attente	Respect de la définition de cas*
23	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.

Cas qui respectaient la définition de cas

Au moment de l'analyse, moins de cinq cas respectaient la définition de cas d'hyperbilirubinémie néonatale grave chez les nourrissons de 60 jours ou moins.

Caractéristiques démographiques

Conformément aux politiques du PCSP, les caractéristiques démographiques ne peuvent pas être présentées si moins de cinq cas sont déclarés.

Tableau clinique et diagnostic

Conformément à la politique du PCSP, il est impossible de présenter des données détaillées sur le tableau clinique et le diagnostic lorsque moins de cinq cas sont déclarés.

Traitement et pronostic

En général, l'hyperbilirubinémie néonatale grave inclut la photothérapie, l'exsanguinotransfusion ou le traitement aux immunoglobulines par voie intraveineuse. Cependant, conformément aux politiques du PCSP, les données sur le traitement et le pronostic à l'égard de moins de cinq cas ne peuvent pas être présentées.

Limites de l'étude

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



Conclusions

- Des cas d'hyperbilirubinémie néonatale grave continuent d'être déclarés au Canada après l'adoption de directives nationales révisées.
- Il semble que l'incidence d'hyperbilirubinémie grave continue de reculer au Canada par rapport aux deux études de surveillance du PCSP précédentes.



Effets anticipés de l'étude

- Contribuer à l'évaluation des directives de 2025 sur l'hyperbilirubinémie de la SCP dans les véritables milieux de pratique.
- Déterminer les facteurs de risque cliniques et systémiques persistants.
- Appuyer l'amélioration de la qualité, la formation et les initiatives d'orientation visant à prévenir l'hyperbilirubinémie néonatale grave.



Publication et diffusion en 2025

Severe neonatal hyperbilirubinemia in infants aged 60 days or less (2025 to 2027). Sgro M, Freeman S, Rasiah S, Campbell D, Shah V. *Paediatr Child Health* Le 25 juillet 2025;30(6):469–70. doi : 10.1093/pch/pxaf062. Collection en ligne de septembre 2025

Remerciements

Les investigateurs remercient tous les médecins qui ont déclaré des cas au PCSP, de même que l'équipe du PCSP pour son soutien.

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

Durée de l'étude : d'octobre 2024 à septembre 2027



Matthew Carwana

Investigateurs principaux

Matthew Carwana, MD, MSP, 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, MSP, FRCPC, FAAP, pédiatre spécialisé en médecine de l'adolescence et en toxicomanie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine; professeur agrégé 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 agrégée 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 cooccurrences symptomatiques et caractéristiques du tableau clinique les prestataires de soins pédiatriques 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 ailleurs au Canada. On ne possède pas assez d'information sur l'épidémiologie de cette affection, y compris les caractéristiques démographiques détaillées des patients, leurs cooccurrences symptomatiques 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) ou indication de réanimation 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 opioïde (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)

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

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

Particularités de l'étude

C'est la seule étude de surveillance nationale connue à être réalisée sur les adolescents victimes de méfaits liés à l'utilisation de substances psychoactives illicites au Canada et la première qui recueille les caractéristiques démographiques des patients sur la scène nationale, y compris les cooccurrences symptomatiques.

Résultats — d'octobre à décembre 2025

Il a été décidé de combiner les données de 2024 et 2025 pour pouvoir présenter les résultats de 2024 qui seraient autrement supprimés conformément à la politique de confidentialité du PCSP.

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 2024 au 31 décembre 2025				
Déclarés	Dédoublés	Exclus	En attente	Respect de la définition de cas*
37	2	6	15	14

* 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 qu'ils proviennent du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, dont le comité d'éthique de la recherche a approuvé cette étude.

Cas qui respectaient la définition de cas

Au moment de l'analyse, 14 cas respectaient la définition de cas entre le 1^{er} octobre 2024 et le 31 décembre 2025 et sont inclus dans ce rapport. Quinze autres cas étaient en attente d'être vérifiés.

Caractéristiques démographiques

- Autant de cas de sexe masculin que de sexe féminin ont été déclarés (sept cas sur 14, 50 % de chaque sexe).
- Les patients étaient âgés de 14 à 17 ans (âge médian de 16 ans).
- L'anglais était la langue de préférence de presque tous les cas.
- Les pédiatres spécialisés en médecine de l'adolescence ont déclaré le plus de cas (huit cas sur 14, 57 %); les autres cas ont été déclarés par des médecins en pratique générale, des urgentistes pédiatres et des médecins spécialisés en soins intensifs pédiatriques.

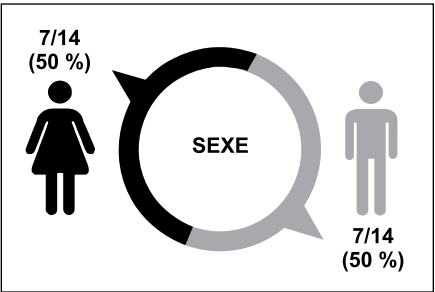


Tableau clinique et diagnostic

- Tous les cas (14 cas sur 14, 100 %) avaient au moins un trouble de santé mentale concomitant, et plus de la moitié (neuf cas sur 14, 64 %), de multiples troubles de santé mentale.
- Les troubles les plus fréquents étaient les troubles de l'humeur (huit cas sur 14, 57 %), les troubles anxieux (sept cas sur 14, 50 %), le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) (six cas sur 14, 43 %) et des idées suicidaires ou des blessures auto-infligées (cinq cas sur 14, 36 %).
- Dans neuf des 14 cas (64 %), l'utilisation de plusieurs substances psychoactives a été déclarée, et cinq des 14 cas (36 %) ont consulté à cause d'une surdose isolée d'opioïdes.
- Chez les 12 patients dont la voie d'exposition était précisée, six y avaient été exposés par ingestion (50 %).
- Les symptômes liés aux surdoses d'opioïdes (p. ex., diminution de l'état de conscience, dépression respiratoire) étaient les principales causes de soins médicaux dans dix cas sur 14 (71 %).
- Chez les 11 patients qui ont été soumis à un dépistage des drogues, les substances psychoactives les plus fréquentes étaient le fentanyl ou d'autres opioïdes (11 cas sur 11, 100 %), les amphétamines et les méthamphétamines (cinq cas sur 11, 45 %) et le tétrahydrocannabinol (THC; cinq cas sur 11, 45 %). Les patients pouvaient obtenir de multiples résultats positifs au dépistage.

Traitement et pronostic

- La plupart des patients ont eu besoin d'être réanimés à l'aide de naloxone (dix cas sur 14, 71 %).
- Douze des 14 patients ont dû être hospitalisés (86 %), et leur séjour hospitalier a duré de trois à 23 jours (médiane de cinq jours). Moins de cinq patients ont dû être hospitalisés en soins intensifs, pendant un séjour de deux à cinq jours (médiane de quatre jours).

- La moitié des patients (sept cas sur 14, 50 %) s'était pleinement rétablie au congé, tandis que les autres avaient obtenu leur congé malgré des problèmes de santé, étaient toujours hospitalisés ou étaient décédés.

Limites de l'étude

- Les limites que partagent toutes les études du PCSP sont énumérées à la page 11.
- Les cas admissibles peuvent consulter des prestataires de soins non pédiatriques, ce qui peut entraîner une sous-évaluation du fardeau des préjudices au potentiel fatal causés par l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de sédatifs ou de stimulants dans la population des moins de 18 ans. Pour contribuer à atténuer le problème, l'équipe de recherche a nommé des déclarants rattachés à l'étude dans les régions éloignées et rurales et dans les milieux accueillant surtout des adultes afin qu'ils signalent les cas dans les lieux où les prestataires de soins pédiatriques qui participent au PCSP ne prodiguent probablement pas de soins directement aux jeunes. L'équipe de recherche collaborera avec l'Agence de la santé publique du Canada pour recouper les données de l'étude avec celles d'autres sources de données disponibles (p. ex., données sur la mortalité par surdose).



Conclusions

Cette étude en est encore à ses débuts. À partir des données limitées disponibles, les patients qui consultent à cause de syndromes de surdose présentent des taux élevés de cooccurrences symptomatologiques en santé mentale et ont souvent été exposés à de multiples substances psychoactives. La plupart des symptômes liés aux surdoses d'opioïdes sont déclarés, et la majorité des patients ont besoin d'être réanimés à l'aide de naloxone ou d'être hospitalisés. Jusqu'à présent, les pronostics indiquent une morbidité et une mortalité élevées.



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

Paralysie flasque aiguë

Durée de l'étude : 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 2025?

! Importance

- La poliomyélite constitue une cible d'éradication mondiale, 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 14 centres pédiatriques de soins tertiaires. Au Québec, seuls les cas de PFA déclarés par les centres d'IMPACT de la province (Centre hospitalier universitaire [CHU] Sainte-Justine, Hôpital de Montréal pour enfants et Centre mère-enfant Soleil – CHU de Québec – Université Laval) sont admissibles à l'analyse des données dans ce rapport.

✓ Résultats — de janvier à décembre 2025

Ce rapport présente un portrait au 30 janvier 2026. Étant donné les retards de déclaration, certains cas survenus en 2025 n'ont peut-être pas été saisis. Au tableau 2 figure le nombre total de cas répertoriés entre 2021 et 2025, qui a été mis à jour pour inclure tous les cas confirmés déclarés jusqu'à maintenant.

TABLEAU 1 – Cas de paralysie flasque aiguë en 2025				
Déclarés	Dédouble	Exclus	En attente	Respect de la définition de cas*
23	1	4	1	17

* 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 – CHU de Québec – Université Laval.

TABLEAU 2 – Comparaison annuelle des cas de paralysie flasque aiguë entre 2021 à 2025	
Année	Total des cas
2021	10
2022	29
2023	34
2024	45
2025	17

Cas qui respectaient la définition de cas

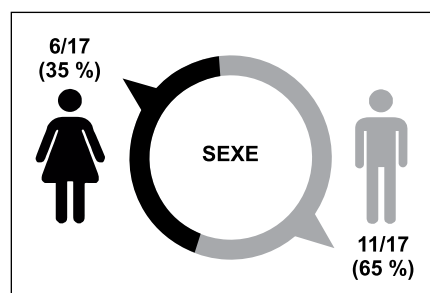
- Au moment de l'analyse, 17 cas confirmés respectaient la définition de cas de PFA en 2025, mais aucun ne respectait la définition de cas de polio. Ces 17 cas (100 %) ont tous été déclarés aux centres d'IMPACT.
- La durée médiane entre l'apparition de la paralysie et la déclaration à l'Agence de la santé publique du Canada était de 51 jours (écart interquartile [ÉIQ] : 46,0 à 119,0 jours).

Caractéristiques démographiques

- Au total, 11 des 17 cas dont le sexe était confirmé étaient de sexe masculin (65 %) et six des 17 cas (35 %), de sexe féminin.
- Les cas étaient âgés de neuf mois à 14,3 ans, pour un âge médian de 8,6 ans.

Tableau clinique et diagnostic

- Les 17 cas (100 %) ont tous été hospitalisés, pendant un séjour médian de 11 jours (ÉIQ : 5,0 à 26,5 jours).
- Près de la moitié des cas (dix cas sur 17, 59 %) a reçu un diagnostic de syndrome de Guillain-Barré. Les autres diagnostics incluaient la myélite transverse, l'encéphalomyélite aiguë disséminée, le botulisme et la myélite flasque aiguë virale. Aucun cas n'était lié à un diagnostic définitif omis ou inconnu.
- L'état de vaccination contre la polio était précisé dans dix des 15 cas qui y étaient admissibles en fonction de leur âge (67 %), et ces cas étaient déclarés à jour pour leur vaccin contre la polio, conformément aux calendriers de vaccination de leur région sociosanitaire.
- Moins de cinq cas avaient fait l'objet d'un prélèvement de selle en vue d'un test viral. Tous les prélèvements avaient été effectués 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

- Tous les cas (100 %) ont été consignés au dossier au moment du rapport initial. La majorité (dix cas sur 17, 59 %) s'est complètement ou partiellement rétablie.
- Au total, les résultats cliniques de cinq cas ont été déclarés au moins 60 jours après l'apparition de la paralysie ou de la faiblesse, ce qui représente seulement 31 % des cas admissibles au suivi (à l'exclusion de 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 dans les 60 jours, la majorité s'est complètement rétablie.
- Aucun décès n'a été signalé lors de l'évaluation initiale ou du suivi.

TABLEAU 3 — Mesure du rendement du Canada en 2025 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 ^{§¶}
17	0,27	—	31,2 %

* Sur 100 000 habitants de moins de 15 ans. La cible de l'Organisation mondiale de la Santé est d'au moins 1,0 cas de PFA sur 100 000 habitants de moins de 15 ans.

† La cible de l'Organisation mondiale de la Santé 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 de l'Organisation mondiale de la Santé 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.

§ Pourcentage supprimé en raison du faible nombre de cas (<5).

¶ Les 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 d'examen 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 que la collecte 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

- Au moment de l'analyse, le nombre de cas de PFA confirmés en 2025 était plus faible qu'au cours des dernières années. Même si d'autres cas devraient s'ajouter pour 2025 grâce à la déclaration rétrospective, l'interprétation de cette diminution est limitée et devrait être évaluée en fonction d'autres tendances épidémiologiques, y compris l'activité de causes fréquentes de PFA non poliomyélitique, telles que les entérovirus en circulation au Canada.
- 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 2025, les données probantes étaient suffisantes pour laisser supposer qu'aucun cas de polio ne s'était manifesté chez les enfants du 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 et de la Commission régionale de certification pour l'éradication de la poliomyélite dans la région des Amériques.

Remerciements

Les investigatrices tiennent à remercier toutes les personnes qui ont participé à la collecte de données. Elles souhaitent également souligner l'excellent travail d'Elsie Grudeski, de Sagikaa Rajakumar, de Shannon Magee et de Kristyn Franklin de l'Agence de la santé publique du Canada.

Sondages ponctuels

Appareils de transport personnel motorisés — blessures graves et décès

Novembre 2025 — lauréat de la bourse aux résidents 2024 en vue d'un sondage ponctuel



Amir Wachtel

Investigateurs principaux

Amir Wachtel, MD, Université Queen's, Kingston Health Sciences Centre; amir.wachtel@queensu.ca

Amy Acker, MD, FRCPC, professeure agrégée, Université Queen's; pédiatrie générale, Kingston Health Sciences Centre; ackera@queensu.ca

Suzanne Beno, MD, FRCPC, directrice médicale du service de traumatologie en médecine d'urgence pédiatrique, The Hospital for Sick Children; professeure agrégée de pédiatrie, Université de Toronto; suzanne.beno@sickkids.ca

Daniel Rosenfield, MD, FRCPC (pédiatrie, médecine d'urgence pédiatrique); président, comité de la prévention des blessures, Société canadienne de pédiatrie; professeur agrégé de pédiatrie, Université de Toronto; médecin, médecine d'urgence pédiatrique, The Hospital for Sick Children; daniel.rosenfield@sickkids.ca

? Questions

Quel est le fardeau des blessures modérées à graves, définies par une hospitalisation de plus de 48 heures, une admission en soins intensifs ou un décès, découlant de l'utilisation d'un appareil de transport personnel motorisé (ATPM) au sein de la population pédiatrique canadienne?

! Importance

- Les ATPM sont des formes de déplacement de plus en plus populaires sur de courtes distances. Ils comprennent, entre autres, les vélos et les trottinettes électriques. L'augmentation de cette popularité s'accompagne d'une hausse des blessures qui s'y associent. Les enfants sont peut-être plus à risque en raison de leur inexpérience à conduire des véhicules motorisés, de leur comportement moins prudent ou de leur plus grande prise de risque, ainsi que de différences anatomiques comme l'immaturité squelettique et le ratio plus élevé entre leur tête et leur corps.
- Il existe peu de données sur le fardeau, la distribution et les facteurs de risque connexes de blessures découlant de l'utilisation des ATPM dans la population pédiatrique canadienne. De plus, la législation canadienne qui établit les règles entourant l'utilisation des ATPM n'est pas claire et se compose d'un ensemble disparate de réglementations qui varient selon la province ou le territoire.
- Plus de données devront être recueillies pour déterminer le véritable risque que posent les ATPM pour la population pédiatrique canadienne et pour détecter les facteurs de risque pertinents.

↻ Méthodologie

Les pédiatres et pédiatres surspécialisés 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 le cadre de ce sondage, les ATPM incluaient les vélos électriques, les trottinettes électriques, les planches à roulettes électriques, les monocycles électriques, les planches gyroscopiques et les aides à la mobilité motorisées. Les véhicules tout-terrains, les motomarines et les motoneiges étaient exclus. Les répondants au sondage étaient invités à déclarer les blessures graves et les décès découlant de l'utilisation d'un ATPM ou d'une collision avec un ATPM.

Résultats

Taux de réponse

Le sondage a obtenu un taux de réponse de 32 % (800 réponses sur 2 471 participants), et les répondants provenaient de toutes les provinces et de tous les territoires, sauf le Nunavut.

Total des cas déclarés de blessures graves et de décès causés par un ATPM

- Sur les 800 répondants au sondage, 4 % (34) ont déclaré avoir traité une blessure causée par un ATPM qui a entraîné une hospitalisation de plus de 48 heures, une admission en soins intensifs ou un décès dans les 12 mois précédents.
- Au total, ces 34 répondants ont déclaré 57 cas, et certains n'ont pas transmis d'autres données de classification. Parmi les 48 cas qui pouvaient être classés, dix décès, 12 admissions en soins intensifs et 26 hospitalisations de plus de 48 heures ont été répertoriés.

Données sur les blessures et les traitements

- Les parties du corps les plus touchées étaient la tête (27 cas sur 57, 47 %) et les membres ou les extrémités (23 cas sur 57, 40 %). Certains enfants ont été blessés au cou ou au rachis (dix cas sur 57, 18 %) ou au torse (dix cas sur 57, 17 %). Certains cas étaient blessés à plusieurs parties du corps.
- Environ le tiers des cas a dû être opéré (20 cas sur 57, 35 %), la neurochirurgie étant l'intervention chirurgicale la plus courante (six cas sur 20, 30 %).

Caractéristiques démographiques des patients

- La plupart des cas étaient de sexe masculin (34 cas sur 57, 60 %), tandis que 9 % étaient de sexe féminin (cinq cas sur 57). Dans 31 % des cas (18 cas sur 57), le sexe n'était pas déclaré.
- Les groupes d'âge les plus touchés avaient de dix à 15 ans (24 cas sur 57, 42 %), suivis des cinq à neuf ans (dix cas sur 57, 18 %), puis des 16 et 17 ans (neuf cas sur 57, 16 %). L'âge des patients n'était pas indiqué dans 24 % des cas (14 cas sur 57). Aucun patient de zéro à cinq ans n'a été déclaré.

Caractéristiques démographiques des répondants

- La plupart des cas ont été soignés par un pédiatre général (14 répondants sur 34, 41 %) ou un médecin d'urgence pédiatrique (neuf répondants sur 34, 26 %), et les autres l'ont été par d'autres pédiatres surspécialisés ou des médecins spécialisés dans un domaine non précisé.
- La majorité des répondants qui ont déclaré avoir observé des cas exerçaient en milieu urbain (28 répondants sur 34, 82 %) ou dans un centre universitaire (26 répondants sur 34, 76 %).
- Près du tiers des blessures causées par un ATPM a été signalé par des pédiatres de l'Ontario et du Québec (22 répondants sur 34, 65 %), tandis que 18 % (six répondants sur 34) provenaient de l'Alberta et de la Colombie-Britannique et que les autres habitaient au Manitoba, en Nouvelle-Écosse ou en Saskatchewan.
- Plus de la moitié des décès a été déclarée en Ontario (six répondants sur dix, 60 %).

Connaissances des pédiatres au sujet des règles et règlements relatifs aux ATPM

Seulement 7 % des répondants (53 répondants sur 800) ont déclaré être au courant des règles et règlements régissant l'utilisation des ATPM dans leur municipalité ou leur province. Plus de la moitié ne les connaissait pas (428 répondants sur 800, 53 %), tandis que 39 % les connaissaient un peu (311 répondants sur 800) et que 1 % n'a pas répondu (huit répondants sur 800).

Contexte des blessures graves ou des décès survenus à cause d'un ATPM (voir le tableau 1)

- Lorsque le contexte de la blessure était précisé, la grande majorité des cas étaient survenus sur une trottinette électrique (12 cas sur 14, 86 %) conduite sur la route, le trottoir ou un sentier (14 cas sur 17, 82 %).
- Dans la plupart des cas, les blessures ont été subies pendant la fin du printemps ou l'été, puis dans les deux premiers mois de l'année.
- La plupart des incidents ne touchaient qu'un conducteur, qui utilisait l'ATPM pour les loisirs, sans casque et sans la supervision d'un adulte.

TABEAU 1 – Réponses les plus fréquentes au sujet du contexte des blessures graves ou des décès survenus à cause d'un ATPM

Catégorie contextuelle	Nombre de cas déclarés par des pédiatres (en %)
Type d'appareil	(n=14)
Trottinette électrique	12 (86 %)
Mois de la blessure	(n=22)
Fin du printemps et été (de mai à août)	15 (68 %)
Reste de l'année	7 (32 %)
Lieu de la blessure	(n=17)
Route	8 (47 %)
Trottoir ou sentier	6 (35 %)
Propriété des terres	(n=12)
Terrain public	5 (41 %)
Territoire des Premières Nations ou terrain privé	7 (58 %)
Activité pendant la blessure	(n=16)
Loisirs	12 (75 %)
Utilisation de l'ATPM	(n=15)
Conduite	12 (80 %)
Nombre d'enfants sur l'ATPM	(n=16)
1 seul	13 (81 %)
Port du casque	(n=16)
Casque	7 (44 %)
Pas de casque	9 (56 %)

- Dans presque toutes les situations, les cas n'avaient pas subi de blessure antérieure causée par un ATPM et n'avaient pas utilisé de drogues ni d'alcool.

Limites du sondage

- Les limites que partagent tous les sondages du PCSP sont énumérées à la page 11.
- Les résultats du sondage peuvent contenir des dédoublements de cas déclarés par divers médecins (deux médecins témoins du même cas). Des cas déclarés par un même répondant peuvent également avoir été dédoubleés. En effet, lorsqu'un répondant signalait plusieurs admissions en soins intensifs et plusieurs décès, les chercheurs n'étaient pas en mesure de conclure s'il s'agissait d'un seul cas comportant les deux résultats ou de deux cas distincts. Les cas ont donc été répertoriés séparément.



Conclusions

- Chez les pédiatres et pédiatres spécialisés sondés au Canada, 34 ont indiqué avoir traité un patient ayant subi une blessure grave ou étant décédé à cause d'un ATPM au cours des 12 mois précédents. Ils ont déclaré un total de 57 cas, y compris dix décès, 12 admissions en soins intensifs et 26 hospitalisations de plus de 48 heures.
- Les trotinettes électriques étaient les plus responsables des incidents, et un seul conducteur l'utilisait lorsque la plupart des blessures se sont produites, sur une route dans un cadre de loisirs, pendant les mois de la fin du printemps et de l'été (de mai à août), sans avoir utilisé de substances psychoactives.
- Le groupe qui a subi le plus de blessures était composé de garçons de dix à 15 ans, surtout touchés à la tête, et l'intervention chirurgicale la plus fréquente était une neurochirurgie.
- Il y avait presque autant de patients de cinq à neuf ans que de 16 et 17 ans, et près de 80 % des cas dont l'âge était précisé avaient moins de 16 ans, ce qui fait ressortir un secteur d'éducation publique et de prise de position pour l'avenir.
- Les réponses, qui comportaient de nombreuses données manquantes, démontrent l'importance de systématiser la surveillance des blessures subies à cause d'un ATPM pour mieux prédire les facteurs de risque et déterminer les personnes à risque.
- Seulement 7 % des répondants ont déclaré être bien au fait des règles régissant l'utilisation des ATPM dans la population pédiatrique au sein de leur municipalité ou de leur province. Ainsi, les politiques devront être coordonnées et les efforts d'éducation publique, amplifiés afin de mieux faire connaître ces lois.



Effets anticipés du sondage

Dans le monde, les décideurs éprouvent des difficultés relativement à l'utilisation des ATPM et à la réglementation s'y rapportant. Il existe peu de données pédiatriques, et ces résultats contribueront à l'ensemble de données probantes sur les blessures à cause d'ATPM dans la population pédiatrique canadienne. De nombreux territoires de compétence ont banni les ATPM chez les enfants de moins de 16 ans, mais les résultats de ce sondage révèlent que les enfants et les jeunes adolescents les utilisent, ce qui s'associe à des décès et à une grave morbidité. Compte tenu de l'utilisation croissante de ces appareils dans le monde, ce sondage contribuera à éclairer de futures études sur les blessures que la population pédiatrique du Canada subit sur des ATPM, y compris de possibles projets à long terme qui puiseront dans des bases de données sur les blessures ou les hospitalisations de la population pédiatrique canadienne, ou un accroissement de la surveillance.

Remerciements

Les investigateurs remercient les pédiatres de tout le Canada qui ont participé à ce sondage du PCSP et contribué à la réalisation complète de ce projet.

Comportements d'automutilation grave chez les enfants et les adolescents neuroatypiques

Mars 2025



Sarah MacEachern and Anamaria Richardson

Investigatrices principales

Sarah MacEachern, MD, Ph. D., FRCPC, professeure adjointe, département de pédiatrie, École de médecine Cumming, Université de Calgary; sjmaceac@ucalgary.ca

Anamaria Richardson, MD, FRCPC, professeure adjointe de clinique, département de pédiatrie, faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique; anamaria.richardson@cw.bc.ca

Co-investigateurs

Myka Estes, Kyle Morin

? Question

Quelles sont les expériences des pédiatres canadiens auprès des patients qui adoptent des comportements d'automutilation graves (CAG)?

! Importance

- Les CAG ont des conséquences importantes chez les enfants ayant des troubles neurodéveloppementaux, y compris les blessures qui doivent faire l'objet de soins cliniques, les hospitalisations, l'incapacité de fréquenter l'école ou l'expulsion de l'école, l'incapacité de vivre en sécurité à la maison et, dans de rares cas, le décès.
- Les pédiatres sont aux prises avec des difficultés majeures dans leurs soins aux patients ayant des CAG, y compris la difficulté d'accès à des médecins spécialisés, l'accès à d'autres prestataires de soins et les services de répit, les longues listes d'attente pour obtenir des services spécialisés intensifs, de même que le temps accru nécessaire pour prodiguer des soins.
- Même si près de la moitié des pédiatres canadiens s'occupent d'enfants ayant des CAG, on sait peu de choses sur cette population de patients, et aucune évaluation standardisée ni directives thérapeutiques n'existent sur le sujet.

➡ Méthodologie

Les pédiatres et pédiatres surspécialisés ont reçu un sondage ponctuel par l'entremise du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) au printemps 2025. Les résultats ont été analysés au moyen de statistiques descriptives. Il est possible de consulter le sondage à l'onglet <https://pcsp.cps.ca/surveillance/sondages-ponctuels>.

Particularités du sondage

À la connaissance des investigateurs, il s'agit du premier sondage qui explore les expériences de soins des pédiatres canadiens auprès des enfants ayant des CAG.

✓ Résultats

Taux de réponse

- Le sondage du PCSP a été expédié à 2 437 pédiatres généraux ou surspécialisés, et 827 d'entre eux y ont répondu, pour un taux de réponse de 34 %.
- Près de la moitié des pédiatres répondants (396* répondants sur 827, 48 %) prodiguent ou ont prodigué des soins à des patients ayant des CAG.

* Les 396 répondants n'ont pas tous répondu à toutes les questions du sondage, et c'est pourquoi les dénominateurs indiqués ci-dessous peuvent varier.

Caractéristiques démographiques des répondants

- La majorité des répondants exerçait en milieu urbain (258 répondants sur 386, 67 %), tandis que 16 % (62 répondants sur 386) exerçaient en banlieue, que 9 % (33 répondants sur 386) exerçaient en région rurale ou éloignée et que 9 % (33 répondants sur 386) exerçaient dans plus d'un milieu.

- Les rôles principaux les plus fréquents des pédiatres qui prodiguaient des soins à des enfants ayant des CAG incluait la prise en charge des CAG (202 répondants sur 389, 52 %), les soins continus (70 répondants sur 389, 18 %) et les épisodes de soins aigus (52 répondants sur 389, 13 %).
- Dans les 12 mois précédents, 62 % des pédiatres répondants (242 répondants sur 388) ont déclaré avoir vu de un à cinq patients ayant des CAG, 21 % (82 répondants sur 388) en ont vu de six à dix, 12 % (48 répondants sur 388), de dix à 20, et 4 % (16 répondants sur 388), plus de 20.

Stratégies de prise en charge

- La majorité des pédiatres répondants (269 répondants sur 391, 69 %) prenaient directement en charge les patients ayant des CAG dans le cadre de leur pratique, tandis que 31 % (122 répondants sur 391) les orientaient ailleurs.
- L'orientation vers d'autres spécialistes et services se produisait surtout après l'essai des médicaments qui n'avaient pas entraîné d'améliorations des comportements (176 répondants sur 292, 60 %).
- La transmission de conseils ou de ressources (261 répondants sur 287, 91 %) et la prescription de médicaments (264 répondants sur 287, 92 %) étaient des stratégies de prise en charge courantes chez les patients ayant des CAG. Les antipsychotiques représentaient la catégorie de médicaments la plus prescrite (247 répondants sur 278, 89 %). Parmi les approches non pharmacologiques, les stratégies comportementales étaient les plus utilisées ou les plus recommandées (255 répondants sur 276, 92 %).

Conséquences des CAG et difficultés qui y sont liées

- Le sondage indique que les CAG ont de vastes conséquences sur les enfants, qui dépassent les soins médicaux. Les pédiatres ont déclaré que les enfants étaient incapables de fréquenter l'école (268 répondants sur 393, 68 %), consultaient régulièrement à l'urgence (200 répondants sur 393, 51 %) et ne pouvaient pas vivre en sécurité à la maison (156 répondants sur 393, 40 %).
- Les pédiatres composaient avec d'importants obstacles aux soins des enfants ayant des CAG. Le manque de ressources nuisait aux soins, et les pédiatres soulignaient les longues listes d'attente pour obtenir des services spécialisés (271 répondants sur 388, 70 %), l'absence de soutien aux familles, tels que l'absence d'accès à des services de répit (213 répondants sur 388, 54 %), les ressources de prestataires de soins connexes limitées (212 répondants sur 388, 55 %) et le temps excessif associé aux soins cliniques (210 répondants sur 388, 54 %).
- La moitié des pédiatres qui exercent en milieu rural ou éloigné (27 répondants sur 54, 50 %) ont déclaré qu'il est particulièrement difficile de prodiguer des soins aux patients ayant des CAG en milieu rural. C'est en partie à cause de facteurs liés aux régions rurales (p. ex., absence de services spécialisés) et qui touchent les enfants de tous les milieux (p. ex., ressources financières limitées des familles, fardeau administratif supplémentaire non rémunéré).

Limites du sondage

- Les limites que partagent tous les sondages du PCSP sont énumérées à la page 11.
- Une limite potentielle de ce sondage est liée au terme CAG que certains répondants ne connaissaient peut-être pas. Les investigateurs ont tenté d'atténuer ce problème par une définition claire des CAG et par des exemples précis au début du sondage.

Conclusions

- Les pédiatres canadiens observent souvent des CAG et éprouvent souvent des difficultés à cause de la complexité des cas.
- Les pédiatres affrontent d'importants obstacles systémiques à l'accès aux ressources, qui limitent leur capacité de prodiguer des soins complets.
- Les conséquences des CAG peuvent être importantes pour les cas et les familles, ce qui fait ressortir l'importance de réaliser des recherches plus approfondies, de prendre position, d'améliorer la pratique et d'offrir une évaluation standardisée et des directives thérapeutiques.

Effets anticipés du sondage

- Les résultats de ce sondage rehausseront considérablement les publications sur les soins aux enfants ayant des CAG au Canada et jetteront les bases de futures recherches, prises de position et directives cliniques nationales, qui pourraient contribuer à établir une norme des soins pour les CAG.
- Ces futurs travaux aideront les pédiatres à prendre en charge ces patients complexes afin d'améliorer les soins aux enfants ayant des CAG et à leur famille au Canada.

Publication et diffusion en 2025

Severe self-injurious behaviours: A significant paediatric problem. Richardson A, Estes M, MacEachern SJ. *Paediatr Child Health* Le 11 septembre 2025;30(7):545–6. doi : 10.1093/pch/pxaf076. Collection en ligne de novembre 2025

Remerciements

Les investigateurs remercient les répondants du PCSP qui ont pris du temps dans leur pratique pour participer au sondage et le personnel du PCSP qui a fourni le soutien logistique au sondage.

Nourrissons nés de parents atteints de la maladie de Graves

Juin 2025 — lauréate de la bourse aux résidents 2023 en vue d'un sondage ponctuel



Sarah Tougas

Investigatrice principale

Sarah Tougas, MD, FRCPC, pédiatrie, Alberta Health Services; sarah.tougas@albertahealthservices.ca

Co-investigateurs

Alexandra Ahmet, Jonathan Dawrant, Leonora Henderson, Lauren Redgate

? Questions

- À quelle fréquence les pédiatres et pédiatres surspécialisés voient-ils des nourrissons symptomatiques dont le parent qui a accouché est atteint de la maladie de Graves ou d'hyperthyroïdie et à quelle fréquence ces nourrissons ont-ils eu besoin d'un traitement à l'hôpital?
- Chez ces nourrissons symptomatiques, quelles sont les manifestations cliniques les plus fréquentes et comment leurs soins sont-ils généralement pris en charge?

! Importance

- Les nourrissons dont le parent qui a accouché est atteint de la maladie de Graves ou d'hypothyroïdie sont à risque de complications graves pendant la période anténatale et néonatale, entre autres un goitre, un faible poids à la naissance, de l'hyperthermie, de la diarrhée, une faible prise de poids, une tachycardie ou une insuffisance cardiaque.
- La prévalence d'hyperthyroïdie transitoire est largement inconnue, et aucune étude en population récente n'est disponible auprès de nourrissons dont le parent qui a accouché est atteint de la maladie de Graves.
- Cette étude permettra de mieux comprendre la prise en charge des nourrissons symptomatiques au Canada et pourrait contribuer à l'élaboration de directives thérapeutiques sur les nourrissons dont le parent qui a accouché est atteint de la maladie de Graves.

➡ Méthodologie

Les pédiatres et pédiatres surspécialisés 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

Taux de réponse

Le sondage a reçu 908 réponses sur un total de 2452 participants au PCSP, pour un taux de réponse de 37 %.

Protocoles

Une minorité de répondants (166 répondants sur 757, 22 %) ont déclaré que leur établissement ou que leur hôpital était doté d'un protocole pour soigner les nourrissons dont le parent qui avait accouché était atteint de la maladie Graves. Un peu plus du tiers des répondants (272 répondants sur 757, 36 %) ne savaient pas si leur centre disposait d'un protocole, un peu moins du tiers (237 répondants sur 757, 31 %) ont déclaré que leur établissement ne disposait pas d'un tel protocole; une petite proportion (82 répondants sur 757, 11 %) ne travaillait ni dans un établissement ni dans un hôpital.

Cas déclarés

Au total, 32 des 757 répondants au sondage (4 %) ont déclaré que dans les 12 mois précédents, ils avaient soigné un nourrisson dont le parent qui avait accouché était atteint de la maladie Graves ou d'hyperthyroïdie, et que ce nourrisson était symptomatique et avait dû être traité à l'hôpital. Ces 32 répondants ont déclaré 34 cas.

Tableau clinique des patients

- Lorsque les manifestations symptomatologiques étaient déclarées, les symptômes les plus fréquents étaient la tachycardie (13 cas sur 19, 68 %), les troubles d'alimentation (11 cas sur 19, 58 %) et une faible prise de poids (six cas sur 19, 32 %). Chez un peu moins de la moitié des nourrissons, le répondant ne se souvenait pas des manifestations symptomatologiques du nourrisson au moment de la consultation (15 cas sur 34, 44 %).
- Chez les nourrissons dont l'âge à la consultation était précisé, environ les deux tiers (14 cas sur 23, 61 %) avaient moins d'une semaine de vie et plus du tiers (neuf cas sur 23, 39 %) étaient âgés d'une semaine de vie ou plus. Pour plus du tiers des nourrissons (12 cas sur 34, 35 %), le répondant ne se souvenait plus de l'âge à la consultation.

Milieu de soins et traitement

- La moitié des nourrissons (17 cas sur 34, 50 %) a été soignée en soins intensifs et l'autre moitié (17 cas sur 34, 50 %), dans une aile d'hospitalisation pédiatrique ou dans une pouponnière néonatale ou postnatale.
- Lorsque le traitement était déclaré, les nourrissons recevaient surtout un traitement au méthimazole seul (13 cas sur 24, 54 %), suivi d'une association de méthimazole et de bêta-bloquants (six cas sur 24, 25 %). Le cinquième des nourrissons (cinq cas sur 24, 21 %) a reçu un traitement aux bêta-bloquants seulement ou à la thyroxine seulement.

Limites du sondage

- Les limites que partagent tous les sondages du PCSP sont énumérées à la page 11.
- Les biais de rappel constituent une limite, car plusieurs répondants ont répondu qu'ils ne se souvenaient plus des symptômes du nourrisson, du type de traitement ou de la durée du traitement.
- Il se peut que des dédoublements de cas fassent partie des réponses des participants au PCSP.



Conclusions

- Trente-deux pédiatres et pédiatres surspécialisés du Canada ont déclaré avoir vu, au cours des 12 mois précédents, un total de 34 cas de nourrissons symptomatiques dont le parent qui avait accouché était atteint de la maladie Graves.
- La majorité des cas déclarés devenaient symptomatiques au cours de leur première semaine de vie, et la moitié a eu besoin de soins intensifs.
- La tachycardie, les troubles d'alimentation et la faible prise de poids étaient les manifestations symptomatologiques les plus déclarées.
- La majorité des nourrissons (79 %) a reçu un traitement de méthimazole seul ou une association de méthimazole et de bêta-bloquants.
- Une minorité de répondants au sondage ont indiqué connaître l'existence d'un protocole dans leur établissement ou leur hôpital sur les soins aux nourrissons dont le parent qui avait accouché était atteint de la maladie de Graves.



Effets anticipés du sondage

- Dans l'ensemble, les résultats de ce sondage contribuent à la compréhension des manifestations cliniques, de la prise en charge et des taux minimaux de nourrissons symptomatiques dont le parent qui avait accouché était atteint de la maladie Graves au Canada.
- De prochaines études pourraient porter sur une caractérisation plus détaillée des manifestations symptomatologiques, de la durée du traitement et des résultats cliniques.
- Les résultats du sondage font ressortir la nécessité d'élaborer des directives et des activités d'application du savoir liées aux soins des nourrissons dont le parent qui avait accouché était atteint de la maladie Graves.

Remerciements

Les investigateurs tiennent à remercier les pédiatres du Canada qui ont participé au sondage du PCSP, ainsi que l'équipe du PCSP pour son soutien.

Publications de 2021 à 2025

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 <https://pcsp.cps.ca/publications/articles-publies-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 de 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

Pediatric COVID-19 severity by SARS-CoV-2 lineage and vaccine status in Canada: an IMPACT study. Farrar DS, Bettinger JA, Campigotto AJ et coll. *Pediatr Res* Août 2025;98(2):697–705. doi : 10.1038/s41390-025-03853-0. Publication en ligne le 24 septembre 2025

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 de 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 de 2023

Habilité des pédiatres canadiens à effectuer des interventions

Procedural skill needs for Canadian paediatricians: A national profile. White J, Rowan-Legg A, Writer H, Chanchlani R, Gupta R. *Paediatr Child Health* Octobre 2021;26(6):e265–71. doi : 10.1093/pch/pxaa103. Publication en ligne le 7 novembre 2020

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. Publication 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 de 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 de 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 de juin 2023

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

Illicit drug toxicity from opioid, stimulant or sedative use in adolescents: Results of a Canadian one-time cross-sectional study. Carwana M, Moore E, Shariati H, Samji H, Chadi N. *Paediatr Child Health* Le 1^{er} avril 2025;30(4):320–6. doi : 10.1093/pch/pxae104. Collection en ligne de juillet 2025

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

Photothérapie à domicile

Home-based phototherapy for neonatal hyperbilirubinemia: A one-time Canadian Paediatric Surveillance Program survey. Young K, Moore Hepburn C, Miller M, Abdulsatar F. *Paediatr Child Health* Le 1^{er} avril 2025;30(4):279–83. doi : 10.1093/pch/pxae045. Collection en ligne de juillet 2025

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 M, 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;22(5):1366–71. 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 <https://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 de novembre 2021

Comportements d'automutilation graves chez les enfants et les adolescents neuroatypiques

Severe self-injurious behaviours: A significant paediatric problem. Richardson A, Estes M, MacEachern SJ. *Paediatr Child Health* Le 11 septembre 2025;30(7):545–6. doi : 10.1093/pch/pxaf076. Collection en ligne de novembre 2025

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 de mai 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 de décembre 2023

Événements graves et au potentiel mortel associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales

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 de février 2024

Hyperbilirubinémie néonatale grave

Severe neonatal hyperbilirubinemia in infants aged 60 days or less (2025 to 2027). Sgro M, Freeman S, Rasiah S, Campbell D, Shah V. *Paediatr Child Health* Le 25 juillet 2025;30(6):469–70. doi : 10.1093/pch/pxaf062. Collection en ligne de septembre 2025

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 d'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 de 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 d'août 2021

Présentations en 2025

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

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

Asking difficult questions about fetal alcohol spectrum disorder: Finding a new path forward for children with neurodevelopmental differences. Eliason S, Gibbard B, Salh P. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie à Québec en mai (présentation orale)

Événements graves et au potentiel mortel associés à la consommation de cannabis à des fins non médicales (récréatives)

The inpatient needs of children hospitalized for cannabis ingestion in Canada – insights from the Canadian Paediatric Surveillance Program. Bélanger RE, Grant C. Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les données liées au cannabis, visioconférence, en juillet (présentation orale)

Hypoglycémie lors du traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë

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 à London, en Ontario, en février (affiche)

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. Congrès annuel de la Société canadienne de pédiatrie à Québec en mai (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 et réputée sur la scène internationale.
- Le PCSP peut surveiller avec efficacité des maladies à faible fréquence, mais à fort impact, que voient les pédiatres généraux et spécialisés.

Le bilan

- Le taux de réponse mensuel moyen, obtenu auprès d'environ 2 700 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

- Maladie 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 comité de
direction du 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

