

La santé des enfants au XXI^e siècle : Le rôle du pédiatre dans un cadre interprofessionnel

Symposium et atelier sur invitation

Les 17 et 18 novembre 2006 • Toronto, Ontario

Sommaire et Actes

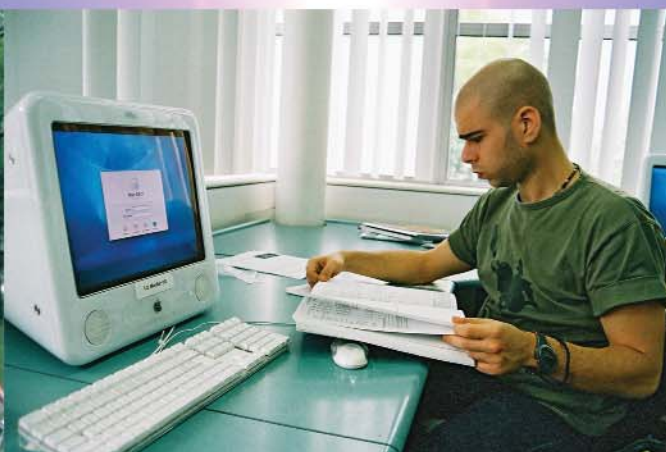


Table des matières

Sommaire et réflexions sur le symposium	1
Introduction et contexte	4
Actes	5
Bienvenue – Jonathan Kronick	6
Thème n° 1 : Satisfaire les besoins de nos populations hétérogènes ou vulnérables	5
1.1 Connaître les besoins des enfants et des adolescents vivant en région rurale et éloignée – Robert Armstrong	5
1.2 Notre population urbaine – Fernando Alvarez	5
1.3 Notre population autochtone – Michael Young	6
1.4 Populations vulnérables : Point de vue des familles – Frank Gavin	6
1.5 Groupes de travail	7
Discours liminaires : La santé des enfants dans l’environnement professionnel – Brian Postl	8
Thème n° 2 : Satisfaire les besoins des enfants atteints d’une maladie chronique	9
2.1 Santé mentale – Ian Manion	9
2.2 Enfants, adolescents et familles ayant des besoins complexes – Peter Rosenbaum	9
2.3 Enfants, adolescents et familles ayant des besoins complexes : Point de vue de la famille – Frank Gavin	9
2.4 Promotion de la santé et prévention : Prévention primaire du diabète de type 2 – Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake – Ann C. Macaulay	10
2.5 Groupes de travail	11
Structures de soins interprofessionnels : Présentation des comités Judith Ritchie, Francine Lemire, Hugh O’Brodivich, Sue Tallet	12
Thème n° 3 : Ressources humaines en matière de santé pour les enfants	13
3.1 Point de vue de la Société canadienne de pédiatrie – Ian Wilson	13
3.2 Point de vue fédéral, provincial et territorial – Nora Kelly	13
3.3 Point de vue du Collège des médecins de famille du Canada – John Maxted	13
3.4 Point de vue de la recherche – Astrid Guttman	14
Thème n° 4 : Études et formation : Satisfaire les besoins futurs des nourrissons, des enfants et des adolescents	14
4.1 Formation des médecins de famille pour les soins aux enfants et aux adolescents – Elizabeth Shaw	14
4.2 Point de vue du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada – Deborah Danoff	15
4.3 Point de vue de l’enseignant – Sue Tallett	15
4.4 Point de vue du Comité des spécialistes – Robert Hilliard	16
Recommandations et interventions qui mettent l’accent sur le rôle du pédiatre dans un contexte interprofessionnel	16
Prochaines étapes	16
Sommaire des recommandations	17
Objectifs et recommandations, thèmes, chefs de file et porte-parole et mesure du progrès	19

Sommaire et réflexions sur le symposium

Jonathan B. Kronick, Université Dalhousie/IWK Health Centre, Halifax, Nouvelle-Écosse

Les enfants du Canada doivent recevoir en cas de maladie les meilleurs soins possibles et, par conséquent, il est essentiel que les professionnels de la santé qui les prennent en charge suivent un programme d'études et de formation pertinents pour répondre à leurs besoins futurs. Si de nombreux professionnels de la santé participent à la prestation de soins, les pédiatres ont joué et continuent de jouer un rôle important voire essentiel dans la prise en charge des soins aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents. Il est important de bien définir les aptitudes, les compétences et les rôles que l'on attend des pédiatres en fonction des besoins pour qu'ils puissent soigner les enfants de manière optimale en particulier dans un monde où les soins pédiatriques et le système de santé continuent d'évoluer rapidement. Parmi les changements, mentionnons une pratique interprofessionnelle et des structures de soins en collaboration, un nombre croissant de sous-spécialités agréées et leur incidence sur le rôle du pédiatre, les médecins hospitaliers, des communautés de pratique plus variées et autres. Il est nécessaire de déterminer réellement les besoins futurs en matière de services de santé pédiatrique au Canada et de mettre en évidence les compétences que doivent posséder les pédiatres pour jouer un rôle pertinent dans la prise en charge des soins de santé aux enfants. C'est la raison d'être du symposium intitulé *La santé des enfants au XXI^e siècle : Le rôle du pédiatre dans un cadre interprofessionnel*, organisé les 17 et 18 novembre 2006. Ce symposium pluridisciplinaire sur invitation a permis de définir les qualités, notamment les connaissances, les aptitudes, les compétences et les rôles que doivent avoir les pédiatres du Canada pour prendre en charge les soins de santé des enfants de demain.

La Société canadienne de pédiatrie (SCP), les Directeurs de pédiatrie du Canada (DPC) et l'Association canadienne des centres de santé pédiatrique ont été les premiers commanditaires du symposium. Par la suite, Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada sont devenus des commanditaires officiels du symposium.

Objectifs

- L'objectif premier était de déterminer les rôles futurs du pédiatre dans la prise en charge thérapeutique des enfants canadiens dans le contexte d'un cadre interprofessionnel en évolution. Il s'agissait de déterminer les connaissances, les aptitudes et les compétences que doivent posséder les pédiatres et les rôles qu'ils doivent assumer en tant que généralistes, sous-spécialistes, médecins praticiens en cabinet médical, médecins praticiens universitaires, chercheurs recueillant des connaissances nouvelles pertinentes pour la santé des enfants et des adolescents, promoteurs de la santé et partenaires des établissements d'enseignement et de santé publique.
- L'objectif secondaire était d'examiner les besoins en ressources humaines, entre autres le nombre de pédiatres et d'autres professionnels de la santé nécessaire pour assumer les divers rôles requis dans le système de soins de santé interprofessionnels en évolution, tout en reconnaissant la nécessité d'optimiser l'utilisation de toutes les ressources.

Pour atteindre ces objectifs, on a demandé la participation de nombreux intervenants qui participent directement ou indirectement à la santé des enfants. Les délégués au symposium venus de partout au pays représentaient un large éventail de groupes et de professions de la santé, notamment le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), les établissements d'enseignement, les enseignants en médecine, l'Agence de santé publique du Canada, le Conseil canadien de la santé, les organisations de soins infirmiers, des psychiatres et des psychologues, des familles et des pouvoirs publics. Le comité de planification du symposium incluait des représentants de la SCP, de Directeurs de pédiatrie du Canada, de l'ACCSP, des Directeurs de programme de premier cycle en pédiatrie, de l'Association of Canadian Pediatric Program Directors, le directeur du RCPSC Pediatric Specialty Committee, du CMFC, de l'Agence de santé publique, de Santé Canada, du Canadian Family Advisory Network et de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC).

Grandes lignes du symposium

L'orateur principal était le docteur Brian Postl, président et directeur général de la Winnipeg Health Authority et conseiller fédéral sur les temps d'attente. Le symposium était articulé autour de quatre thèmes :

- 1. Satisfaire les besoins de nos populations hétérogènes ou vulnérables;**
- 2. Satisfaire les besoins des enfants atteints d'une maladie chronique;**
- 3. Ressources humaines en matière de santé pour les enfants;**
- 4. Études et formation : Satisfaire les besoins futurs des nourrissons, des enfants et des adolescents.**

Chaque thème a d'abord été abordé en séance plénière par des experts des différentes régions du pays. Ensuite, les groupes de travail se sont attaqués aux questions difficiles ayant émergé des séances plénières. Chaque groupe de travail a résumé ses débats et en a ensuite rendu compte en séance plénière. Un comité pluridisciplinaire a débattu des soins interprofessionnels.

Le dernier après-midi du symposium a été consacré à l'élaboration des recommandations et des étapes suivantes. Présentées dans la dernière section des actes, les recommandations représentent le résultat le plus important du symposium. Pour que le symposium soit véritablement un succès, toutefois, les recommandations doivent déboucher sur des mesures concrètes et des résultats mesurables. Les recommandations portent sur quatre grands domaines :

- Promouvoir les meilleurs services de santé pour tous les enfants canadiens.
- Répondre aux besoins en matière de santé des populations vulnérables, notamment les nourrissons, les enfants et les adolescents autochtones, les enfants démunis, les enfants immigrants, handicapés ou maltraités.
- Améliorer l'accès des enfants aux services de santé mentale.
- Améliorer les soins de santé grâce à la coopération et à la collaboration interdisciplinaires.

Chacun de ces domaines incluait des recommandations concernant la promotion de la santé ou la défense des intérêts, le programme d'études, la prestation de soins et la recherche.

Réflexions du président du symposium

Bien que le symposium porte sur de nombreux enjeux résumés dans les présents actes, en ma qualité de président j'aimerais souligner ceux qui m'interpellent et qui m'apparaissent particulièrement dignes d'intérêt. Si à bien des égards la prestation de services de santé aux enfants et les soins qui leur sont dispensés par les pédiatres sont efficaces, comme on le mentionne au cours du symposium, je tiens à attirer l'attention du lecteur sur les lacunes et les besoins non comblés :

- **La communication avec les parents :** Les parents jouent un rôle essentiel et trop souvent sous-évalué dans l'organisation, la gestion et la prestation des soins à leurs enfants. Il est impératif que le personnel soignant communique efficacement, de manière ouverte et répétée avec les parents pour instaurer avec eux une véritable collaboration et un véritable partenariat au cours de la prise en charge thérapeutique de leur enfant. Or, nous avons souvent entendu déplorer, et avec une grande éloquence, que les parents d'enfants atteints d'une maladie chronique se sont trop souvent sentis marginalisés et dévalorisés au cours de la prise en charge thérapeutique de leurs enfants.
- **Le problème de la rémunération à l'acte :** La rémunération à l'acte a souvent été mentionnée comme un obstacle à la prestation de soins optimaux aux enfants, en particulier ceux ayant des troubles du comportement, une maladie mentale ou une maladie chronique. Si la rémunération à l'acte semble convenir dans le cas des soins actifs, pour les maladies chroniques présentant des difficultés à la fois d'ordre médical et psychiatrique, il y a lieu de mettre rapidement en place d'autres modes de rémunération pour faciliter la prise en charge de ces patients et de leurs familles. De même, la rémunération à l'acte, loin d'aider les soins interprofessionnels dont on fait souvent valoir l'importance – et qui semblent appropriés pour ces populations – se révèle souvent un obstacle.
- **L'amélioration du programme d'études médicales :** L'enseignement dispensé aux étudiants en médecine, aux internes en pédiatrie et aux internes en médecine familiale et axé sur la santé des enfants a besoin de toute évidence de mettre davantage l'accent sur la santé mentale, les populations vulnérables, les structures de soins interprofessionnels, la santé publique, la diversité culturelle, les déterminants sociaux de la santé, la défense des intérêts et la prévention

- **La nécessité d'une plus grande collaboration interprofessionnelle pour la prise en charge thérapeutique** : Bien que les pédiatres soient et demeureront un élément essentiel dans la prise en charge thérapeutique des nourrissons, des enfants et des adolescents, d'autres professionnels de la santé prendront une importance croissante puisque les pédiatres en activité ne peuvent à l'heure actuelle, en raison de leur nombre, répondre à tous les besoins et seront encore moins capables de le faire dans l'avenir. C'est pourquoi il y a lieu de mettre encore plus l'accent sur des structures de soins interprofessionnels à l'intention des nourrissons, des enfants et des adolescents.
- **Les besoins non comblés des populations vulnérables** : Malheureusement, de nombreux enfants appartenant à des groupes vulnérables soit n'ont pas accès de manière appropriée aux soins ou ne bénéficient pas de soins optimaux. Appartiennent à ces groupes, nombre d'enfants et d'adolescents vivant en région rurale ou éloignée, d'enfants autochtones et immigrants, d'enfants ayant de nombreux troubles chroniques ou atteints d'une maladie mentale. Ces besoins non comblés représentent un défi important auquel les pédiatres et les autres professionnels de la santé du Canada doivent s'attaquer ensemble de toute urgence. Cela étant dit, les pouvoirs publics, de même que de nombreuses institutions, devront être parties aux solutions à adopter d'urgence pour mettre fin à ces disparités flagrantes en matière de soins de santé.
- **La nécessité de défendre les intérêts** : On a souligné à maintes reprises la nécessité pour les pédiatres d'être les porte-parole, non seulement de leurs propres patients mais également de ces groupes et de militer en faveur d'améliorations institutionnelles et sociétales étant donné que de nombreux facteurs, directement et indirectement, ont une incidence sur la santé et le bien-être des enfants. En fait, s'il n'y avait qu'une seule et unique recommandation à formuler à l'issue de ce symposium, ce serait celle de promouvoir et de défendre les intérêts des défavorisés.
- **La nécessité d'un plus grand nombre de professionnels pour la prise en charge de la santé des enfants** : Enfin, bien que ce ne soit pas l'objectif premier du symposium, il est clair que les besoins en matière de santé des nourrissons, des enfants et des adolescents sont nombreux, ce qui a amené de nombreux intervenants à faire observer qu'il y a un nombre insuffisant de pédiatres et d'autres professionnels de la santé pour assurer la prise en charge thérapeutique des enfants, et l'on s'attend à ce que ce problème s'aggrave à l'avenir. Cette situation présentera des difficultés d'autant plus grandes que le système de soins de santé canadien est essentiellement axé sur les adultes. Dans notre rôle de promoteurs de la santé des enfants, nous ne devons pas oublier qu'il est nécessaire de disposer d'un nombre suffisant de pédiatres et d'autres professionnels de la santé qui mettront l'accent sur la santé des enfants et qu'il faut les répartir de manière adéquate. Une planification judicieuse, fondée sur les données probantes, sera indispensable pour relever ces défis.

Commanditaires du symposium

Le soutien généreux, en argent et en nature, des commanditaires du symposium est grandement apprécié. Cet événement n'aurait pas eu lieu sans l'appui des commanditaires et, naturellement, la participation des délégués, de l'orateur principal et des nombreux conférenciers experts.



Introduction et contexte

Les 17 et 18 novembre 2006, la Société canadienne de pédiatrie, les Directeurs de pédiatrie du Canada, l'Association canadienne des centres de santé pédiatriques, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ont parrainé un symposium pluridisciplinaire sur invitation intitulé *La santé des enfants au XXI^e siècle : le rôle du pédiatre dans un cadre interprofessionnel*. Un large éventail de professionnels représentant de nombreuses organisations de partout au pays ont participé au symposium à Toronto, notamment les organisations commanditaires, le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Conseil canadien de la santé, des regroupements d'infirmières et d'infirmiers, des établissements d'enseignement, des pouvoirs publics, des chirurgiens, psychiatres et psychologues pédiatriques et d'autres. Un comité de planification pluridisciplinaire composé de représentants des organismes commanditaires a organisé l'événement de deux jours.

Le symposium avait deux objectifs :

- L'objectif premier était de déterminer les rôles futurs du pédiatre dans la prise en charge thérapeutique des enfants canadiens dans le contexte d'un cadre interprofessionnel en évolution, c'est-à-dire déterminer les connaissances, les aptitudes et les compétences que doivent posséder les pédiatres et les rôles qu'ils doivent assumer en tant que généralistes, sous-spécialistes, médecins praticiens exerçant en cabinet, médecins professeurs d'université, chercheurs obtenant des connaissances nouvelles relatives à la santé des enfants et des adolescents, porte-parole et partenaires des établissements d'enseignement et de santé publique.
- L'objectif secondaire était d'examiner les besoins en ressources humaines, entre autres le nombre de pédiatres et d'autres professionnels de la santé qui devront assumer ces divers rôles dans le système de soins de santé interprofessionnel en évolution, tout en reconnaissant la nécessité d'optimiser l'utilisation de toutes les ressources.

Le symposium portait sur quatre thèmes :

- 1. Satisfaire les besoins de nos populations vulnérables et hétérogènes.**
- 2. Satisfaire les besoins des enfants atteints d'une maladie chronique.**
- 3. Ressources humaines en matière de santé pour les enfants.**
- 4. Études et formation : satisfaire les besoins des nourrissons, des enfants et des adolescents.**

Des groupes de conférenciers spécialisés ont présenté chacun des quatre thèmes en parlant des recherches en cours, en donnant de l'information à jour et en soulevant des questions clés. Par ailleurs, un groupe pluridisciplinaire de conférenciers a examiné les structures de soins reposant sur une collaboration interprofessionnelle. Des groupes de discussion ont examiné de manière plus approfondie les questions difficiles et se sont employés à trouver des solutions concrètes et à formuler des recommandations auxquelles on peut donner suite.

Les travaux

Bienvenue

Jonathan Kronick, directeur, Département de pédiatrie, Université Dalhousie, IWK Health Centre, Halifax, Nouvelle-Écosse

Il est à la fois opportun et extrêmement important d'examiner le rôle du pédiatre dans le milieu des soins de santé interprofessionnels en évolution. Les pédiatres jouent plusieurs rôles au Canada, notamment celui de généraliste, sous-spécialiste, médecin praticien exerçant en cabinet, médecin professeur d'université, chercheur obtenant des connaissances nouvelles relatives à la santé des enfants et des jeunes, porte-parole et partenaire des établissements d'enseignement et de santé publique. Les pédiatres travaillent dans un cadre où les questions relatives à la santé des enfants et des jeunes attirent moins l'attention que celles des adultes. Les enfants et les jeunes constituent une proportion relativement petite de la population canadienne. De plus, comme les enfants et les jeunes ne votent pas, ils ont peu d'influence sur les priorités du gouvernement et celles en matière de santé publique.

Même si, de façon générale, les enfants et les jeunes sont en bonne santé, le défi consiste à venir en aide à ceux qui sont à risque et à ceux qui ne sont pas bien servis par le système. Ceux-ci incluent, sans s'y limiter, les enfants atteints de maladies chroniques, ceux qui vivent en région rurale et éloignée au Canada et ceux qui appartiennent à des populations vulnérables, comme les enfants et les jeunes autochtones, les 73 000 enfants et jeunes immigrants qui arrivent au Canada chaque année (2005), les 23 p. 100 d'enfants et de jeunes qui vivent dans des familles à faible revenu, et d'autres. Les participants au symposium formuleront des recommandations utiles et réalisables qui permettront aux pédiatres d'améliorer la santé des enfants et des jeunes et les soins de santé au Canada.

Thème n° 1 : Satisfaire les besoins de nos populations vulnérables et hétérogènes

1.1 Connaître les besoins des enfants et des jeunes vivant en région rurale et éloignée

Robert Armstrong, président, Département de pédiatrie, Université de la Colombie-Britannique, British Columbia Children's Hospital, Vancouver, Colombie-Britannique

La santé dans les régions rurales et éloignées est une question de lieu. Une récente étude de l'Institut canadien d'information sur la santé portant sur la santé des Canadiens vivant en région rurale indique que « lieu... il s'agit d'une façon abrégée de décrire un ensemble de facteurs susceptibles

d'avoir des conséquences sur la santé des collectivités, des populations, des familles et des personnes. le lieu devrait avoir un statut spécial dans le débat sur la population et la santé » (2006). Par rapport à la population vivant en région urbaine, les personnes vivant en région rurale ont généralement un statut socio-économique inférieur, sont moins nombreuses à avoir terminé leurs études secondaires, enregistrent des taux plus élevés de mortalité, de morbidité, de blessure et de suicide et sont aux prises avec des problèmes de santé publique plus importants. L'accès aux soins de santé et la prise en charge continue des soins dispensés aux enfants et aux jeunes ne sont pas toujours faciles ou simples. Ceci est particulièrement vrai pour les enfants et les jeunes ayant des problèmes de santé chroniques et ceux ayant des problèmes de santé mentale liés à des troubles du développement ou du comportement. Les enfants et les jeunes vivant en région rurale et éloignée ont le droit de vivre dans des collectivités qui encouragent un développement sain et offrent un environnement sûr et protégé; de bénéficier d'interventions préventives en santé et de services adéquats de dépistage des maladies, des troubles et des déficiences; d'avoir accès à des soins de qualité qui tiennent compte de leur besoins et de ceux de leur famille; et d'obtenir les mêmes résultats que les enfants et les jeunes vivant en région urbaine. Les rôles que les pédiatres peuvent jouer dans les soins de santé en région rurale sont les suivants : i) faire office de consultants régionaux pour les populations d'enfants et de jeunes, en partenariat avec le système de santé publique; ii) travailler activement avec les services sociaux et de protection de l'enfance pour venir en aide aux enfants et jeunes à risque; iii) travailler avec les services préscolaires et scolaires au lieu de juste leur dire quoi faire; iv) participer aux nouveaux modèles de développement de l'enfant, d'apprentissage et de soins de santé mentale; et v) renforcer les modèles de prise en charge des maladies chroniques. Les pédiatres sont en mesure de déterminer les besoins thérapeutiques des populations d'enfants et d'adolescents. Ils doivent changer leurs modèles de formation et mettre davantage l'accent sur la santé publique, la santé de la population, les maladies chroniques, le développement de l'enfant, la santé mentale, d'autres modes de financement et instaurer de nouvelles structures interdisciplinaires de soins partagés qui font appel à un plus large éventail d'intervenants en santé.

1.2 Notre population urbaine

Fernando Alvarez, professeur de pédiatrie, Université de Montréal, Hôpital Sainte-Justine, Montréal, Québec

Les collectivités urbaines du Canada comportent un large éventail de dimensions sociales et culturelles qui influent sur la santé et les résultats pour la santé. La réponse des enfants et des jeunes au traitement médical ne dépend pas

uniquement de la gestion de l'aspect biomédical et pharmacologique, mais aussi du cadre social et culturel dans lequel ils vivent. On ne peut ignorer l'influence de la famille sur l'enfant malade et l'issue de la maladie. Nos travaux de recherche ciblent les enfants et les jeunes de Montréal. Entre 2001 et 2006, le Québec a accueilli plus de 600 000 immigrants, dont plus de 60 000 ne parlaient ni français ni anglais et plus de 50 000 étaient des enfants et des adolescents. Montréal a accueilli la plus grande partie des nouveaux immigrants du Québec (77 p. 100). Les pédiatres soignent une population très hétérogène qui a des besoins variés. Reconnaisant l'importance pour les pédiatres d'adopter une approche culturelle à l'égard des soins, notre équipe de chercheurs a établi des associations entre les cliniciens et les anthropologues. Le principal objectif était de créer une alliance thérapeutique entre l'équipe soignante, les enfants malades et leur famille. On utilise trois approches pour atteindre cet objectif : i) mener de la recherche qualitative en sciences humaines dans les hôpitaux, entre autres examiner les relations entre le domicile et l'hôpital, en particulier depuis que les patients sont de moins en moins hospitalisés et reçoivent de plus en plus de soins ambulatoires; ii) créer des équipes de consultation interdisciplinaire qui reconnaissent la complexité des soins. Ces équipes incluent des cliniciens, des pédiatres, des médecins, des psychiatres, des anthropologues médicaux, des étudiants, des internes et d'autres. L'amélioration de la technologie a entraîné des conditions d'exercice de la profession médicale qui sont devenues plus complexes et introduit de nombreux enjeux, comme le choix de vie et les nouvelles pratiques cliniques. La situation de ces enfants dans leur famille et la société sera évaluée; iii) changer la formation médicale. Actuellement, l'enseignement médical met l'accent sur les aspects biologiques des soins en excluant les aspects sociaux, culturels et humanistes. Le but de notre recherche n'est pas de livrer des réponses, mais d'encourager les médecins à soulever des questions qui leur sont pertinentes. Au cours des quatre prochaines années, un nouveau cadre conceptuel sera élaboré à l'appui de notre recherche qualitative sur les enfants et leur famille.

1.3 Notre population autochtone

Michael Young, pédiatre, Stanton Territorial Health Authority, Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest

Le Canada se classe au huitième rang dans l'Indice de développement humain des Nations Unies, mais la communauté des Premières nations du Canada occupe le 68^e rang (comme le Venezuela). Le Canada compte 1,3 million d'Autochtones (4,4 p. 100) et environ 5 p. 100 des enfants canadiens sont d'ascendance autochtone. Or, un enfant des Premières nations sur quatre vit dans la pauvreté. Le statut économique et social de la communauté

autochtone est inférieur à tous les niveaux par rapport à celui des autres membres de la société canadienne. Les taux de mortalité infantile, d'invalidité, de tuberculose, de blessure, de suicide et de toxicomanie sont plus élevés chez les enfants et les jeunes autochtones canadiens et les taux de vaccination moins élevés. L'accès des enfants aux soins de santé pose problème. Selon une enquête de l'Organisation nationale de la santé autochtone, les familles ont mentionné que les pédiatres arrivaient en quatrième position sur la liste des spécialistes les plus difficiles d'accès. Il est particulièrement difficile de soigner les enfants et les jeunes dans les collectivités éloignées quand la personne gravement malade doit quitter la collectivité pour recevoir des soins de longue durée et bénéficier d'un suivi continu. Le sommet *Rassemblés autour d'un rêve*, qui a réuni l'an dernier 13 organisations autochtones et de soins de santé nationales en vue d'améliorer la santé des enfants autochtones, a souligné le fait que la santé ne désigne pas simplement l'absence de maladie. Les fournisseurs de soins aux enfants, y compris les pédiatres, doivent comprendre, apprendre et respecter la culture, les approches et les réalités des collectivités autochtones. Ils doivent également respecter la prise de décisions des Autochtones et travailler avec les collectivités pour appuyer leurs programmes et leurs idées. La santé des enfants autochtones est compliquée; il n'y pas qu'un seul problème ni une seule solution. Il s'agit d'une population hétérogène qui compte plus de 600 collectivités des Premières nations et 50 groupes linguistiques, en plus des collectivités inuites et métisses. Chaque collectivité et groupe déterminera ses propres problèmes et solutions. La formation en pédiatrie doit inclure un contenu propre aux Autochtones, des modules de formation pédiatrique dans les collectivités autochtones et l'acquisition de compétences pour travailler avec les collectivités et promouvoir leurs intérêts. Par ailleurs, les organisations nationales doivent défendre les groupes et les collectivités vulnérables dont la santé est à risque et dont les besoins en matière de santé ne sont pas satisfaits, c'est-à-dire comprendre l'importante répercussion que les déterminants sociaux de la santé (revenu suffisant, éducation, logement, eau salubre, etc.) ont sur la santé. L'enseignement doit également s'attacher à faire mieux comprendre les répercussions de l'histoire et de la culture sur la prestation des soins.

1.4 Populations vulnérables : point de vue des familles

Frank Gavin, codirecteur, Canadian Family Advisory Network

Une cinquantaine de parents, dont la plupart sont des membres bénévoles d'organes consultatifs familiaux dans des hôpitaux pour enfants et des centres de réadaptation, et les membres de deux conseils de l'enfance et de la jeunesse d'hôpitaux pour enfants, ont répondu à un questionnaire ou

ont été interrogés en vue de la préparation du présent exposé. D'après leurs commentaires et l'observation de ce qu'eux et d'autres font, il ressort clairement que les familles – y compris les plus vulnérables et celles qui disposent de peu de ressources –, bien qu'on parle souvent d'elles comme des « consommatrices » des soins de santé, sont en fait les principaux fournisseurs de soins à leurs enfants et la ressource la plus utile aux professionnels de la santé et « au système ». Par ailleurs, presque toutes les familles ayant des enfants atteints d'une maladie qui bouleverse leur vie, aussi uniques soient-elles, ont beaucoup en commun : le besoin et le désir

- 1) de fonctionner comme une famille, quoiqu'il arrive et quel que soit le cadre;
- 2) d'informer et d'être informées;
- 3) de faire leur possible et d'obtenir de l'aide pour assurer que leur enfant vit pleinement, même si sa vie est relativement courte ou limitée.

Les familles veulent que tous les médecins qui soignent leurs enfants possèdent d'excellentes compétences en diagnostic, soient au courant de la recherche en cours et des protocoles en vigueur, soient conscients de leurs limites et soient prêts et en mesure d'aiguiller leur enfant vers un professionnel plus compétent, au besoin. Plus précisément, elles veulent des médecins qui

- 1) peuvent leur faire jouer un rôle actif à elles et à leur enfant et joueront un rôle actif au moment de leur première rencontre cruciale, par les mots qu'ils choisissent, dans leur « rapport » avec les enfants et les adolescents et
- 2) peuvent unir leurs efforts avec ceux des enfants et des familles dans l'établissement des plans de soins avec les familles et les enfants et parfois en se laissant diriger, en se montrant confiants et transparents, en partageant ouvertement l'information, en étant ouverts à des thérapies complémentaires ou non conventionnelles, etc. et
- 3) qui ne font pas simplement preuve d'empathie (compassion pour les patients et les familles), mais aussi d'imagination (se représenter le monde de l'enfant et de la famille selon leur perspective).

Les familles veulent des médecins qui ont une idée de ce qu'ils vivent et de ce que vivent leurs enfants.

1.5 Groupes de travail

Rapport du groupe de travail :

Quel est le rôle du pédiatre dans la défense des intérêts des populations vulnérables et hétérogènes?

- Nous devons reconnaître que la défense peut s'écrire avec un grand D ou un petit d.
- La défense des intérêts avec un grand D n'est pas une responsabilité majeure des pédiatres, bien qu'il puisse y avoir des occasions uniques pour eux d'influencer des enjeux plus importants. Ces efforts de haut niveau devraient être stratégiques et cibler des secteurs particuliers.
- Les pédiatres jouent un rôle important dans la défense des intérêts avec un petit d, qui inclut la sensibilisation aux populations vulnérables et à leurs besoins, le recensement des pratiques exemplaires dans les soins fournis aux

populations hétérogènes ou vulnérables, la mise à profit des pratiques exemplaires et la modification des pratiques pour répondre à l'évolution des besoins. On peut appuyer les efforts de défense des intérêts avec un petit d dans le cadre de la formation pédiatrique : comment faire mieux connaître les besoins des populations hétérogènes et vulnérables?

- Les pédiatres doivent déterminer et appuyer des modèles de rôle solides. Les modèles de rôle pour la défense des intérêts avec un grand D pourraient faire appel à d'autres fournisseurs de soins ainsi qu'à des membres des populations vulnérables. Ce dernier groupe influencerait grandement sur le changement d'attitude des internes et des professionnels.
- Nous devrions apprendre de ceux qui défendent avec succès la cause des populations hétérogènes et vulnérables, et trouver des façons de faire fond sur les pratiques exemplaires. Il ne faut pas oublier que les populations vulnérables diffèrent sur le plan géographique; tous les groupes sont différents et des stratégies différentes de défense des intérêts s'imposent selon le groupe.
- Les pédiatres ont une possibilité exceptionnelle de faire office de porte-parole crédibles et de défendre de manière stratégique la cause des populations vulnérables.

Rapport du groupe de travail :

Comment apprendre aux pédiatres à être attentifs aux différences culturelles et à éviter les stéréotypes culturels?

- La sensibilisation aux réalités culturelles doit se faire à deux niveaux. 1) Le pédiatre devrait être formé de manière à être mieux sensibilisé aux réalités culturelles et être encouragé tout au long de l'exercice de ses fonctions à tenir compte des réalités culturelles. Les pédiatres doivent être « culturellement compétents ».
- Nous devons examiner qui entre à l'école de médecine et qui est formé pour devenir pédiatre. Il faudrait encourager et aider les membres des groupes socio-économiques défavorisés et ethno-raciaux et des groupes autochtones et les personnes vivant en région rurale à devenir médecins et pédiatres. Il faudra peut-être examiner les programmes d'études secondaires, les conditions d'accès à la profession et le processus d'admission à l'école de médecine.
- Nous devons nous pencher sur l'actuel programme d'études pédiatriques officiel et les objectifs en matière d'enseignement, et inclure la pédiatrie sociale, l'humanisme et les compétences culturelles. Par ailleurs, les internes devraient effectuer obligatoirement des stages en région rurale et éloignée et auprès des populations vulnérables. Les attitudes discriminatoires que les internes peuvent adopter pendant les entrevues et durant la formation devraient être abordées immédiatement. Les évaluations

finales des étudiants et des internes devraient inclure une évaluation de la sensibilisation aux réalités culturelles.

- Les professeurs qui enseignent à l'école de médecine et dans les programmes d'internat doivent être sensibilisés aux différences et aux stéréotypes culturels. Le programme caché doit être remis en question, en particulier quand il fait la promotion de stéréotypes culturels discriminatoires.
- Nous devons encourager les chefs de file et les porte-parole qui font la promotion de la sensibilisation aux différences culturelles et jouent des rôles de premier plan dans des organes comme le Collège royal et la Société canadienne de pédiatrie.

**Rapport du groupe de travail :
Pour répondre aux besoins des populations
hétérogènes et vulnérables, comment les pédiatres
devraient-ils s'y prendre pour créer des partenariats
communautaires et avec qui?**

- Il y a trop peu de pédiatres pour répondre à tous les besoins des populations hétérogènes ou vulnérables. De plus, il ne revient pas aux pédiatres uniquement de répondre à ces besoins. Les pédiatres devraient travailler en partenariat avec les fournisseurs de soins primaires et communautaires et aider à renforcer la capacité dans les collectivités afin de satisfaire les besoins des populations hétérogènes et vulnérables. Il s'agit entre autres d'améliorer les compétences d'autres fournisseurs de soins, comme les éducateurs, les infirmiers praticiens, les médecins de famille, les intervenants en santé publique voire celles des enfants, des adolescents et de leur famille. Toutes ces personnes devraient être mises à contribution lorsqu'on détermine les besoins thérapeutiques et qu'on propose des stratégies pour répondre à ces besoins. En fait, les enfants, les adolescents et leur famille devraient être au cœur de tous les processus de planification et de soins.
- La santé publique et de la population relève de la responsabilité des pédiatres et devrait faire partie de leur formation. Pour aider à créer des partenariats communautaires, les internes en pédiatrie devraient suivre une formation obligatoire en milieu rural et éloigné. Il faut éviter le « tourisme médical » où les internes et les « spécialistes » sont parachutés dans une région ou une collectivité pour une courte période, puis s'en vont. Il est préférable d'établir de véritables partenariats entre la collectivité et les pédiatres, et des réseaux de soins entre la collectivité et tous les fournisseurs de soins.
- On peut parvenir à la même solution en empruntant des voies différentes. Nos réussites et nos échecs ont une force de frappe. Nous devrions recueillir ces récits et les modèles de partenariat efficaces et les faire connaître (application des connaissances).

- En général, nous sommes encadrés par des spécialistes de nos propres disciplines alors que nous avons besoin de systèmes d'encadrement et d'enseignement interdisciplinaires.
- La rémunération à l'acte n'incite pas suffisamment les médecins à prendre le temps d'établir des partenariats communautaires.
- Les pédiatres peuvent défendre la cause des populations hétérogènes et vulnérables, mais ils ne devraient pas être tenus de diriger le changement. Nous pouvons mobiliser des associations et organisations à l'échelle nationale, provinciale, régionale et locale. Les pédiatres devraient également encourager les réseaux de soins qui établissent un lien entre les collectivités et les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux.

**Rapport du groupe de travail :
Quel type de structures de soins reposant sur une
collaboration interprofessionnelle pourrait-on mettre
en place pour répondre aux besoins des enfants et des
adolescents issus de populations hétérogènes ou
vulnérables?**

- Les équipes de soins interprofessionnelles devraient s'inspirer des principes suivants : i) compétences des membres et de l'équipe; ii) continuité des services; iii) soins fournis aussi près du domicile que possible; iv) communication et collaboration; v) axé sur la collectivité; et vi) modèles canadiens.
- Il faut être conscient de l'unité d'intérêt lorsque l'on met sur pied des équipes : est-ce l'enfant, l'enfant au sein de la famille ou l'enfant au sein de la famille dans la collectivité?
- Les structures de prise en charge thérapeutique doivent tenir compte des besoins de la population et faire appel à différents intervenants, notamment des pédiatres, des médecins de famille, des travailleurs sociaux, des infirmières, des auxiliaires médicaux, des interprètes, des éducateurs et autres. Chaque membre de l'équipe doit offrir aide et conseils et jouer un rôle clair. La famille et l'enfant ou l'adolescent devraient être au centre de l'équipe (et non le pédiatre, le médecin de famille ou le fournisseur de soins de santé).
- Différents modèles fonctionnent bien dans différentes collectivités. Par exemple, les spécialistes peuvent se rendre dans des collectivités plus petites et s'informer sur les gens, les services disponibles et la collectivité et mettre l'accent sur l'établissement d'une confiance mutuelle et de communications bilatérales.
- Nous devons présenter des structures de soins reposant sur une collaboration interprofessionnelle qui donnent satisfaction et les inclure dans le programme d'études.

Discours liminaire : La santé des enfants dans l'environnement professionnel

Brian Postl, président et directeur général, Winnipeg Regional Health Authority, Winnipeg, Manitoba

Les enfants et les jeunes de moins de 18 ans constituent 25 p. 100 de la population canadienne. Il est rare que l'on parle d'eux quand des politiques en matière de santé sont élaborées, que les services de santé sont planifiés et que les données sur la santé sont recueillies. Les raisons sont nombreuses : la proportion d'enfants et de jeunes diminue en fait par rapport à celle de personnes âgées, les jeunes sont généralement en bonne santé, les taux de mortalité infantile sont faibles et les taux de décès ont diminué, et les enfants et les adolescents ne votent pas et leurs problèmes ne suscitent donc pas autant l'attention de la classe politique.

Il existe de graves préoccupations en matière de santé chez certains groupes de jeunes. Par exemple, le taux de mortalité infantile est plus élevée et l'espérance de vie à la naissance plus faible chez les Autochtones. Les cas de diabète de type 2, d'obésité, de suicide, de blessures, de traumatismes graves, d'hospitalisation pour la plupart des maladies, de problèmes de santé mentale, de mort subite du nourrisson, d'infections respiratoires et de tuberculose sont plus fréquents chez les enfants et les jeunes autochtones. La grande majorité de ces problèmes est attribuable à des déterminants sociaux de la santé, notamment des taux plus élevés de pauvreté, des niveaux d'instruction moins élevés, un plus grand décrochage scolaire et des taux de roulement accrus ainsi qu'à une moins bonne alimentation et hygiène. Outre l'amélioration des soins aux enfants et aux jeunes autochtones, il est également nécessaire d'améliorer les soins aux enfants et aux adolescents atteints d'une maladie chronique et de troubles du comportement.

Même si le nombre de pédiatres demeure stable ou augmente légèrement, leur rôle changera considérablement (tout comme le rôle de nombreux fournisseurs de soins). De plus en plus, les médecins de famille, les infirmiers praticiens et d'autres seront intégrés à des équipes de soins pédiatriques. Cette tendance doit être appuyée par une formation sur la façon de travailler efficacement dans des équipes pluridisciplinaires.

Ensemble, les pédiatres ont une possibilité extraordinaire de promouvoir la santé des enfants et des adolescents et d'améliorer leur santé et leur prise en charge en cas de maladie. Les pédiatres doivent se faire entendre et user de leur influence pour faire valoir les besoins des enfants et des jeunes. Ce rôle est d'autant plus important que ceux les plus vulnérables vivent dans des familles défavorisées qui n'ont pas les moyens de défendre ou d'appuyer leurs enfants.

Les pédiatres peuvent jouer un rôle influent en élaborant une vision et une mission nationales pour les enfants. Ce programme national pour les enfants devrait séduire la classe politique, avoir un objectif clair, établir les priorités d'intervention au moyen de critères convenus, déterminer les avancées rapides et les avancées à long terme et inclure une approche d'intervention stratégique. Les priorités devraient cibler les enfants qui ont le plus besoin d'aide, tout en étant bénéfiques au plus grand nombre. Les enfants doivent être au centre de ce que nous faisons et des raisons pour lesquelles nous le faisons.

Thème n° 2 : Répondre aux besoins des enfants et des jeunes atteints d'une maladie chronique

2.1 Santé mentale

Ian Manion, directeur exécutif, Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados, Ottawa

Le taux de maladie psychiatrique chez les enfants et les adolescents varie entre 15 et 25 p. 100 selon le pays. On reconnaît de plus en plus que la santé mentale des enfants et des jeunes est un problème national et provincial. Un enfant et adolescent sur six en Ontario chez lequel on a diagnostiqué une maladie mentale obtient les services dont il a besoin. Comme il n'existe aucun plan détaillé de ressources humaines en santé, on ne sait pas combien il y a de professionnels de la santé mentale et de combien on en a besoin. Malgré l'existence de centres d'excellence et d'exemples de programmes de santé mentale efficaces, la plupart des services ont tendance à être fragmentés et on observe un manque de normalisation, de pratiques exemplaires et d'intégration dans le continuum (prévention, promotion, dépistage rapide, intervention, réhabilitation, soins spécialisés, soins aux malades chroniques). Nos travaux de recherche ont démontré que lorsque les jeunes ont des problèmes de santé mentale, ils en parlent d'abord à leurs amis. Et ils s'adressent généralement au médecin de famille ou au pédiatre aussi souvent qu'à un psychologue, un psychiatre ou un travailleur social. Bien que les médecins de famille et les pédiatres soient souvent le premier point de contact, ils n'ont guère de formation structurée sur la promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes, la prévention des maladies, le dépistage, le diagnostic rapide et l'intervention. Les pédiatres doivent comprendre que la santé mentale est une question de santé, de maladie et de médecine. Ils doivent avoir suivi une formation pour fournir des soins de santé mentale continus et formatifs, et être disposés à utiliser des moyens novateurs pour faire jouer un rôle actif aux enfants et aux jeunes dans le maintien de leur santé mentale. De façon générale, il faut que chaque professionnel de la santé possède un niveau minimum de connaissance de base sur la santé mentale des

enfants et des jeunes. Cette formation devrait inclure une connaissance du fonctionnement du système, de la langue et des politiques communes et du respect mutuel, une compréhension des rôles de chacun, et des connaissances pour savoir comment placer les enfants dans la « bonne file » pour obtenir les services requis. Outre le système de soins de santé, il faut qu'il y ait une plus grande collaboration interprofessionnelle et intersectorielle entre les systèmes de santé mentale, de santé physique, d'éducation, de justice pour les jeunes, d'aide à l'enfance, de services aux personnes atteintes d'un handicap de développement, de loisirs et de justice pénale.

2.2 Enfants, adolescents et familles ayant des besoins complexes multiples

Peter Rosenbaum, cofondateur, CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University, Hamilton

Le *modèle traditionnel* de formation pédiatrique et d'exposition clinique est un modèle hospitalier, qui met l'accent sur les enfants et les adolescents les plus malades et sur les besoins les plus complexes, qui souligne les cas les plus intéressants et adopte une approche radicale établissant un lien entre le diagnostic et le traitement. Le « spécialiste » prononce le verdict tandis que la famille écoute et suit les « ordres ». En l'absence d'un diagnostic clair, le médecin est généralement incertain du traitement à administrer. Les enfants et les adolescents ayant des besoins complexes sont souvent considérés comme des cas désespérés car ils ne peuvent être guéris. En raison du manque de formation en counseling et en soins, la prévention secondaire et tertiaire est rare, la prise en charge épisodique plutôt que continue et les familles participent peu. Le manque de formation peut également renforcer les attitudes négatives éventuelles des étudiants en médecine à propos des incapacités. Le modèle habituel de rémunération à l'acte empire la situation puisque les médecins sont payés pour effectuer des unités de travail. Comme les soins chroniques ne sont pas constitués d'unités de travail, la rémunération à l'acte ne convient pas dans ce cas. *Dans une perspective d'avenir, de nouvelles façons de penser à propos de la santé des enfants évoluent.* Plus précisément, quatre éléments sont mis en évidence. 1) la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation mondiale de la santé fait la promotion d'un modèle systémique dynamique de santé qui comporte de nombreux points d'ancrage et d'intervention auprès des enfants et des adolescents et leur famille. 2) Les services centrés sur les familles s'attendent à ce que les celles-ci jouent un rôle de plus en plus actif et complexe dans la vie de leurs enfants atteints d'un handicap chronique. 3) De nouveaux modèles de financement paient différemment les intervenants afin qu'ils utilisent mieux leur

temps. 4) De nouveaux paradigmes de recherche mettent l'accent sur la recherche qualitative, l'écoute des récits et le partenariat avec les familles et fournisseurs d'autres domaines et étrangers. Il faut une volonté politique pour modifier la façon dont les pédiatres et d'autres intervenants sont formés, modifier le mode de financement des services de santé pédiatrique et créer des modèles collaboratifs de services faisant appel à des équipes. Le rôle du pédiatre est de fournir son point de vue, des orientations et ses avis et de mettre sa sagesse à profit dans le contexte d'un modèle centré sur la famille, d'être attentifs aux problèmes familiaux, d'être un intervenant important, voire principal, dans la satisfaction de besoins complexes et multiples et d'aller au-delà du diagnostic, de la guérison et de l'oubli.

2.3 Enfants, adolescents et familles ayant des besoins complexes multiples : Point de vue de la famille

Frank Gavin, codirecteur, Canadian Family Advisory Network

De nombreuses familles, même plusieurs années après avoir appris que leur enfant était atteint d'une maladie chronique ont mentionné le moment du *diagnostic* ou de la *divulgence* de la maladie comme une étape cruciale. A leur avis, la qualité de cette rencontre a eu une incidence sur la suite de la relation thérapeutique. Les familles ont indiqué à quel point il était important que le médecin transmette le message avec clarté, en employant des mots précis et exacts, que son attitude soit empathique et qu'il leur donne un « espoir réaliste » et la possibilité d'en discuter par la suite et de planifier peu après le diagnostic ou la divulgation. Les familles ont également fourni plusieurs exemples de l'accablement qu'elles avaient ressenti en présence de médecins qui leur semblaient définir leur enfant par rapport à ses limites ou lorsque le médecin graduellement, mais indubitablement, avait manifesté de moins en moins d'intérêt pour leur enfant au fil du temps. Plusieurs parents ont exprimé le désir d'avoir des médecins qui à la fois ont un intérêt et une bonne connaissance des ressources communautaires et sont capables de proposer, au moins une fois, de se rendre à leur domicile. Nombre de familles ont trouvé que les médecins étaient réticents à les aider à se mettre en rapport – ou n'avaient aucune idée de l'importance que pouvait revêtir ce contact – avec d'autres familles et avec d'autres enfants ayant eu connaissance récemment d'un diagnostic équivalent ou de leurs adolescents avec des enfants plus âgés ou plus expérimentés ou d'autres adolescents pouvant faire figure de mentors ou de modèles. Les familles ont souligné l'importance d'offrir à leur enfant une véritable prise en charge par une équipe pluridisciplinaire concertée, où tous les services sont reliés et coordonnés, mais peu ont fait état d'exemples formidables de ce genre de prise en charge. La

gestion des cas apparaît comme une préoccupation commune. Presque tous les parents qui se sont attaqués à la question ont déclaré qu'en réalité le parent se retrouve inévitablement le seul gestionnaire de cas d'un enfant ayant besoin de soins complexes. Ce que les familles attendent des pédiatres, c'est la compétence en matière médicale (naturellement), le soutien, un accès facile à toute l'information, et de l'aide pour s'orienter dans le système. Enfin, les familles veulent des pédiatres qui les aident à prévoir ce qui se produira et à s'y préparer, au cours de la longue série d'étapes, grandes et petites, que franchit l'enfant au fil des années qui le conduisent à l'âge adulte. De plus en plus, les familles se tournent vers les pédiatres et d'autres pour obtenir de l'aide afin de se préparer à affronter le moment où les parents ou ne seront plus là ou ne seront plus capables de prendre soin de leurs enfants.

2.4 Promotion de la santé et prévention : Prévention primaire du diabète de type 2 : Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake

Ann C. Macaulay, professeure, médecine familiale, Université McGill, Montréal

Kahnawake est une collectivité mohawk de 7 500 personnes, située à 15 km de Montréal. Le Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake (PPDEK) (www.ksdpp.org) est une étude de cas portant sur une recherche participative où la collectivité et les chercheurs ont regroupé leurs compétences et travaillé en équipe. La collectivité a choisi de s'attaquer au taux élevé de diabète de type 2 à Kahnawake en mettant plus particulièrement l'accent sur les enfants. Financé par le Programme national de recherche et développement en matière de santé (PNRDS) en 1994, ce projet était supervisé par un comité consultatif communautaire constitué de bénévoles et d'organismes communautaires. Le Comité a participé à l'élaboration des questions de recherche et a aidé à déterminer les données à recueillir ainsi qu'à interpréter et diffuser les résultats à l'échelle locale, nationale et internationale. Il a élaboré un code d'éthique de la recherche et mis en évidence les objectifs à court et à long terme pour créer une capacité et s'inscrire dans la durée. Les enseignants ont dispensé un nouveau programme d'éducation en matière de santé en mohawk et en anglais, et la commission scolaire a interdit les aliments vides en 1994. Les enseignants ont fait office de modèles et encouragé les enfants à adopter des comportements sains et la collectivité a fait équipe avec des organisations dans le cadre d'activités comme des marches communautaires. En 1994, les enfants de la première à la sixième année avaient à peu près le même poids que leurs homologues d'Amérique du Nord et leur absorption des graisses était bonne, à 30 p. 100. Des améliorations touchant

l'activité physique et une réduction du nombre d'heures de télévision ont été introduites dans les quatre premières années du projet, mais en 1999 on en était revenu à la case départ. Les résultats en 2002 indiquaient que les enfants de la première à la sixième année buvaient beaucoup moins de boissons gazeuses et mangeaient moins de frites, de croustilles et de bonbons, et davantage de pain de blé entier mais ils ne consommaient guère de fruits et légumes. Au chapitre des résultats positifs de l'initiative et des changements écologiques, mentionnons l'élaboration d'une politique nutritionnelle pour les écoles et les centres de jeunes, l'aménagement d'un sentier récréatif et l'établissement d'un programme de formation à la prévention du diabète pour les autres collectivités autochtones. Des membres de la collectivité se sont par ailleurs inscrits à des programmes d'études supérieures en santé et se sont mobilisés pour faire connaître les données recueillies à l'échelle nationale et internationale. Les principales leçons tirées du projet nous enseignent qu'il est important de répondre à un besoin collectif, de s'appuyer sur les forces vives de la collectivité, de faire équipe avec d'autres organismes, de cerner les domaines sur lesquels mettre l'accent en utilisant la Charte d'Ottawa comme guide, de créer une capacité en formant des promoteurs des idées dans la collectivité et à l'université, et de progresser dans l'application des connaissances. Les pédiatres doivent réfléchir aux mesures qu'ils peuvent prendre pour travailler en collaboration avec les collectivités et les écoles, et améliorer la santé dans ces milieux.

2.5 Groupes de travail

Rapport du groupe de travail :

Quel type de structure de prise en charge interprofessionnelle pourrait-on mettre en place pour répondre aux besoins des enfants et des adolescents atteints d'une maladie chronique?

- En fonction des besoins des enfants, des adolescents et de leur famille, la structure de soins pourrait comprendre des pédiatres, d'autres médecins, des pharmaciens, des diététiciennes, des infirmières ou infirmiers, des internes, des travailleurs sociaux, des professionnels de la santé mentale et des spécialistes de la promotion de la santé. Les enfants et les adolescents ont besoin d'être dans une structure qui leur convient, et il y a lieu de déterminer la structure optimale au stade préliminaire. Les pédiatres sont les mieux placés pour promouvoir la mise en place d'une structure de soins optimale.
- Les structures de soins varient et évoluent en fonction du niveau de soins requis et de l'« étape de la vie » de l'enfant et de la famille. Les soins de santé primaires pourraient être assurés par des fournisseurs de services de santé primaires et des groupes de la collectivité (p. ex., les équipes Santé familiale de l'Ontario). Quant aux soins secondaires, ils nécessitent des soins pédiatriques pédiatre,

qui doit les prendre en charge. Les soins tertiaires et quaternaires nécessitent des soins pédiatriques spécialisés. Il nous faut décrire les niveaux de soins, le rôle du professionnel de la santé à chaque niveau ainsi que les stratégies de communication entre les niveaux et les professionnels de la santé. Les professionnels de la santé de chaque niveau doivent dispenser les soins en équipe. Chaque enfant doit disposer d'un programme de soins qui indique qui est responsable des soins et services à chaque niveau.

- Les éléments des structures de prise en charge des soins quaternaires par une équipe interprofessionnelle devraient comprendre des dossiers électroniques, les échanges avec les familles et les dossiers gérés par les parents. Des méthodes comme l'envoi par la poste des résultats aux enfants et à leur famille ne sont pas efficaces.
- Il y a lieu de choisir la structure de soins la plus appropriée avant de se pencher sur la rémunération. Il est clair, toutefois, que différents types de rémunération – outre le paiement à l'acte – s'imposent pour appuyer une prise en charge interprofessionnelle des soins aux malades chroniques (p. ex., par personne, salaire, majoration du paiement à l'acte, modes de rémunération mixte).

Rapport du groupe de travail :
Quel changement de paradigme faut-il introduire dans les principes et la formation des professionnels de la santé de façon à ce qu'ils offrent les meilleurs soins aux enfants et aux adolescents atteints d'une maladie chronique?

- Nous savons ce qu'il faut changer, mais il n'est pas facile de trouver les solutions et d'y parvenir. Il nous faut déterminer en premier lieu si les pédiatres doivent assurer des soins de santé primaires ou s'ils doivent être des médecins-conseils pour les professionnels de la santé qui assurent ces soins. La réponse variera d'une province à l'autre voire au sein de chaque province.
- Il nous faut abandonner le modèle où le pédiatre est le chef d'équipe pour adopter une véritable démarche de travail en équipe. Lorsqu'on aborde en équipe la prise en charge des maladies chroniques, les médecins dirigent rarement l'équipe. Les équipes sont le plus souvent dirigées par des travailleurs sociaux, des travailleurs auprès des enfants et des adolescents, des infirmières cliniciennes spécialisées et autres. C'est ce qui se produit le plus souvent lorsqu'on manque de pédiatres (p. ex., en région rurale).
- La formation pédiatrique n'aborde pas la question des soins assurés en équipe. Les internes en pédiatrie ont besoin de faire partie d'équipes pluridisciplinaires, de travailler auprès de patients externes, dans des cliniques de soins complexes et dans des centres de santé rurale. En outre, les pédiatres et les médecins qui ne veulent pas être

pédiatres titulaires d'un certificat de spécialité, mais qui veulent passer un an ou deux à suivre une formation spécialisée dans un domaine particulier ont besoin d'une bonne formation permanente. L'actuelle structure d'appel et de remboursement des services à l'acte n'encourage pas une formation flexible. En outre, le modèle traditionnel de rémunération à l'acte limite l'intervention des pédiatres en qualité de médecins conseils pour la prestation de services de santé aux malades chroniques..

- Il est difficile de former des équipes lorsque chacun défend son territoire. Il faut structurer différemment le système de santé de façon à surmonter ces difficultés.
- Les pédiatres (et les médecins en général) sous-estiment l'importance pour la qualité de vie des familles du souci pour un enfant atteint d'une maladie chronique. Il faut également prendre en compte la santé de la famille.
- Il convient d'évaluer des nouvelles structures pour voir si elles aboutissent à de bons résultats.

Rapport du groupe de travail :
Comment les pédiatres devraient-ils s'y prendre pour créer des partenariats communautaires et avec qui, afin de répondre aux besoins des enfants et des adolescents atteints d'une maladie chronique?

- Les pédiatres doivent s'efforcer de créer des partenariats communautaires, étant donné que les besoins thérapeutiques deviennent de plus en plus complexes et que davantage de maladies deviennent des maladies chroniques. On n'a pas assez de pédiatres pour répondre à tous les besoins. Il faut que les pédiatres aient recours à des structures locales et se dotent d'une capacité dans la collectivité en travaillant avec des familles dans leurs foyers, dans les écoles, dans les centres de jour ainsi qu'avec les professionnels de la santé de la collectivité. Si les pédiatres travaillent avec un large éventail de personnes, partagent leur savoir et consultent, les collectivités seront mieux en mesure de répondre aux besoins des enfants et des adolescents atteints d'une maladie chronique (effet multiplicateur).
- Il est nécessaire de préciser le rôle du pédiatre par rapport aux autres médecins, aux psychiatres, aux psychologues et aux autres professionnels de la santé qui assurent des soins aux mêmes enfants.
- Au niveau local, les pédiatres doivent reconnaître l'importance du médecin de famille et travailler en étroite collaboration avec lui, en particulier dans le cas des adolescents qui sont dans la période de transition vers l'âge adulte. Au niveau provincial, les propositions novatrices d'appui aux enfants, aux adolescents et à leur famille devraient être présentées au gouvernement en vue de l'obtention d'un financement.

- Il y a lieu de mettre l'accent sur les enfants et les adolescents ainsi que sur leur famille plutôt que sur la maladie chronique.
- Les non-pédiatres dispensant des soins de santé, les écoles et la collectivité peuvent être des défenseurs efficaces de l'importance des soins pédiatriques.

Rapport du groupe de travail :

De quelles compétences, expertise et information a-t-on besoin pour être un gestionnaire de cas efficace pour les enfants et adolescents atteints d'une maladie chronique? Dans quels cas les pédiatres sont-ils les meilleurs gestionnaires de cas?

- On ne s'entend pas sur ce qu'est un gestionnaire de cas. Parmi les autres termes que l'on peut utiliser, mentionnons coordonnateur de soins aux familles, intervenant social et intervenant-pivot.
- Il n'est pas nécessaire que le gestionnaire de cas soit un pédiatre. Généralement, les parents peuvent être des gestionnaires de cas pour leur enfant dépendant de la situation. Toutefois, on observe un besoin de fluidité car la gestion des soins de l'enfant varie selon la situation. À divers moments, le gestionnaire de cas peut être le parent, le médecin de famille, le pédiatre ou le spécialiste.
- Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a bien rédigé les objectifs de formation mais, dans la pratique, il est difficile d'enseigner aux internes ce que doit faire un gestionnaire de cas. Cette compétence s'acquiert avec la pratique et l'expérience. Malgré cela, les internes (et les pédiatres) devraient toujours être des défenseurs des enfants et des adolescents, en particulier lorsqu'il s'agit d'avoir accès à des services et à des médicaments qu'on ne peut obtenir facilement.
- Un bon gestionnaire de cas doit avoir une perspective globale, connaître les services disponibles dans la collectivité et ailleurs, savoir comment les obtenir et être en mesure de communiquer avec les différents intervenants des autres disciplines (p. ex., internes, travailleurs sociaux, infirmières, enseignants, etc.). Il nous faut enseigner à nos étudiants de premier cycle et des cycles supérieurs ainsi qu'aux internes la façon de faire valoir et de défendre les intérêts de leurs patients.
- Le paiement à l'acte n'est pas un mode de paiement pertinent pour encourager les pédiatres à assumer le rôle de gestionnaire de cas, de défenseur des intérêts de l'enfant ou de fournisseur d'un programme complet de soins à leurs malades chroniques. D'autres programmes de financement sont mieux adaptés.

Structures de soins interprofessionnels : Présentation des comités

Judith Ritchie, directrice associée, Recherche en sciences infirmières, Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec)

Les structures de soins interprofessionnels doivent comprendre un large éventail de fournisseurs de soins, y compris les enseignants, la famille et les patients qui devraient pouvoir renseigner sur les soins, dans la mesure du possible. Il y a diverses tâches au sein de la pratique des soins infirmiers que les pédiatres et les médecins de famille accomplissent à l'heure actuelle. En général, les infirmières ont tendance « à en faire plus » s'il y a pénurie de pédiatres et de médecins de famille. Compte tenu de la pénurie de pédiatres – et de leur formation et compétences hautement spécialisées – nous devons nous demander s'il y a lieu de faire participer les pédiatres aux soins visant les enfants bien portants.

Francine Lemire, directrice associée, Affaires professionnelles, Collège des médecins de famille et chirurgiens du Canada

Il est utile pour divers membres de l'équipe interprofessionnelle d'être dans les mêmes locaux ou d'être reliés par téléphone (p. ex., une équipe constituée d'un médecin de famille et d'un pharmacien). D'autres professionnels de la santé devraient être intégrés à l'équipe soignante. Il y a lieu de déterminer le rôle de chacun d'un commun accord, plutôt que de supposer que les remplacements seront automatiques. Le paiement à l'acte n'est pas le meilleur mode de paiement pour favoriser les soins en collaboration. Les équipes Santé familiale de l'Ontario – qui incluent des équipes et prévoient un mode de paiement mixte comprenant un montant par personne et une majoration du paiement à l'acte pour certains services – offrent une meilleure structure de soins en collaboration. Il est essentiel pour les soins en collaboration de faire appel à la technologie des données électroniques.

Hugh O'Brodovich, ancien directeur, professeur au Département de pédiatrie, Université de Toronto, The Hospital For Sick Children, Toronto, Ontario

Tous les pédiatres devraient être initiés à la recherche au cours de leur formation, ce qui renforcerait leur aptitude à évaluer les publications de recherche fondamentale et de recherche clinique. Cette compétence améliorerait directement la qualité de leurs soins aux patients et aux familles tout au long de leur carrière. Certains pédiatres devraient entreprendre une formation approfondie en recherche de façon à pouvoir participer directement au développement de nouveaux traitements et stratégies à l'appui de la santé. Comme la recherche devient de plus en plus complexe et que nous voulons exploiter les découvertes de la recherche fondamentale au profit des patients

hospitalisés et à domicile, la recherche doit être réalisée de plus en plus par des équipes interdisciplinaires. Il est nécessaire d'effectuer de la recherche de qualité dans chacun des quatre domaines essentiels des IRSC pour être en mesure de protéger la santé, d'élaborer de nouveaux traitements et d'étayer une politique optimale en matière de soins de santé.

Sue Tallett, directrice associée de pédiatrie (Enseignement); professeure, Département de pédiatrie, Université de Toronto; enseignante en formation clinique, The Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario

La collaboration interprofessionnelle suscite bien des espoirs, mais on ignore à l'heure actuelle si les méthodes d'enseignement utilisées à ce jour atteignent les objectifs souhaités. Il nous faut des modèles dûment documentés de pratique en collaboration pour étoffer nos programmes d'enseignement. L'enseignement de la matière se fait de manière optimale en petits groupes voués à la résolution de problèmes et met l'accent sur les compétences. Il faut former les pédiatres à la prévention et les rendre aptes à assumer des responsabilités de promotion de la prévention auprès du gouvernement.

Thème n° 3 : Ressources humaines en matière de santé pour les enfants et les adolescents

3.1 Point de vue de la Société canadienne de pédiatrie

Ian Wilson, président du Health Human Resources Committee, Société canadienne de pédiatrie; pédiatre, Grand River Hospital, Kitchener, Ontario

De 1995 à 2005, la Société canadienne de pédiatrie a mené trois enquêtes. Les pédiatres estimaient qu'ils travaillaient beaucoup trop. Environ le tiers envisageaient de réduire leur nombre d'heures de travail par la suite et 11 p. 100 de prendre leur retraite dans les cinq années suivantes. Les pédiatres sont peu nombreux à travailler en cabinet, de même que dans les régions comptant moins de 100 000 habitants. Selon eux, ils effectuent davantage de recherche et participent à un plus grand nombre d'activités de perfectionnement professionnel et de formation qu'auparavant. Environ la moitié des pédiatres assurent certains soins primaires, près des deux tiers assurent des soins en qualité de médecins conseils, un tiers assurent des soins en qualité de sous-spécialistes et deux tiers participent à la médecine hospitalière. Les pédiatres ont fait état de difficulté pour avoir accès aux médecins de soins primaires et aux divers professionnels (p. ex., travailleurs sociaux, psychologues, diététiciennes); 58 p. 100 avaient eu de la difficulté à avoir accès à des sous-spécialistes en pédiatrie. L'étude la plus récente – qui mettait l'accent sur les internes – a révélé que 75 p. 100 étaient des femmes, et que les deux tiers envisageaient de travailler dans

un centre universitaire, 10 p. 100 dans un cabinet médical et 11 p. 100 dans de petites collectivités de moins de 100 000 habitants. Un peu plus du tiers (36 p. 100) voulaient travailler dans une sous-spécialité, 22 p. 100 voulaient faire office de médecins conseils et 5 p. 100 assurer des soins primaires. Environ un tiers des internes désiraient travailler dans un cadre international. Interrogés sur leurs priorités, 50 p. 100 des internes ont classé au premier rang l'emplacement, suivi du mode de vie, soit 49 p. 100. La rémunération était au milieu de la liste de priorités. À l'heure actuelle, la Société canadienne de pédiatrie cherche des participants à la rédaction d'un modèle en pédiatrie. Le modèle a pour ambition d'améliorer l'accès aux soins pédiatriques en assurant une meilleure répartition des pédiatres en cabinet médical dotés de ressources adéquates pour prendre en charge les soins, d'appuyer les médecins de famille pour offrir des soins de qualité optimale en pédiatrie, d'explorer une répartition plus appropriée des sous-spécialistes, d'élaborer des modes de rémunération à l'appui des différentes structures de soins (p. ex., enseignement pluridisciplinaire et modèle de soins, écoles, groupes de soins primaires, soins permanents), d'examiner le rôle des pédiatres dans l'aiguillage des patients et de veiller à ce que les pédiatres respectent leurs engagements concernant les soins tertiaires et secondaires.

3.2 Point de vue fédéral, provincial et territorial

Nora Kelly, sous-ministre, ministère de la Santé, province du NouveauBrunswick

Les sous-ministres de la Santé s'intéressent de très près aux services de santé et aux ressources humaines nécessaires pour assurer ces services (p. ex., nombre, rôle, portée, formation, recrutement et maintien en poste). Les efforts de planification des ressources humaines et les méthodes varient d'une région à l'autre au Canada. La planification des ressources humaines fait partie de la planification élargie des services de santé qui inclut la définition des structures de prestation de services appropriés pour répondre aux besoins de la population et la détermination du nombre et du type de professionnels de la santé requis à l'appui de ces structures. Les quatre provinces de l'Atlantique ont investi dans des méthodes de prévision des ressources humaines qui peuvent intégrer des hypothèses concernant les différentes structures de soins. En collaboration avec les associations professionnelles, les provinces de l'Atlantique ont comparé les ressources humaines actuelles avec les prévisions relatives à la demande et s'attachent à combler les lacunes par la formation. À l'issue d'ententes fédérales, provinciales et territoriales, des fonds ont été engagés et l'on est déterminé à travailler sur un cadre de ressources humaines en santé et un modèle prévisionnel. À l'heure actuelle, on recherche des participants pour

travailler au cadre canadien de ressources humaines en santé. Nul doute que les pédiatres ont un rôle à jouer dans les équipes interdisciplinaires (on préfère d'ailleurs le terme « interdisciplinaire » au terme « interprofessionnel » étant donné que les membres des équipes ne sont pas tous des professionnels). On manque de pédiatres pour travailler dans le système communautaire ainsi qu'avec les systèmes scolaires. En outre, il faut s'attaquer au fait que de nombreux internes en pédiatrie envisagent de travailler en milieu urbain et d'assurer des soins tertiaires spécialisés alors que les besoins à l'extérieur des grands centres sont considérables. Comment modifier ces attentes?

3.3 Le point de vue du Collège des médecins de famille du Canada

John Maxted, directeur exécutif associé, Health and Public Policy, le Collège des médecins de famille du Canada

Des études de l'Institut canadien d'information sur la santé indiquent que 85 à 90 p. 100 des médecins de famille pratiquent encore la médecine en cabinet médical et assurent une gamme de services, notamment en santé mentale et des services de base. Même si les médecins de famille sont moins nombreux à assurer des services comme l'assistance chirurgicale, la chirurgie, l'anesthésie, l'obstétrique et les interventions chirurgicales avancées, les médecins pratiquant ces activités en font davantage. L'Enquête nationale sur les médecins (ENM 2004) indique que 57 p. 100 des médecins de famille ayant moins de 35 ans sont des femmes et que les femmes préfèrent la médecine familiale plutôt que la médecine spécialisée. Les jeunes femmes effectuent un moins grand nombre d'heures, mais les heures de travail des médecins de famille femmes et hommes culminent au même nombre au même âge (tranche de 45 à 54 ans). Nombre de médecins de famille désirent réduire leur nombre d'heures de travail; 14 p. 100 envisageaient de réduire l'envergure de leur pratique au cours des deux années suivantes et nombre d'entre eux préféreraient des mode de paiement différents pour un meilleur équilibre vie professionnelle-vie personnelle et pour la satisfaction au travail (55 p. 100 des médecins de famille appartenaient à des cabinets de groupe, seulement 51 p. 100 percevaient plus de 90 p. 100 de leur revenu à l'acte et 48 p. 100 des médecins préféraient un mode de paiement mixte). L'ENM 2004 révèle que les priorités des internes en médecine familiale en seconde année sont de nouer des relations chaleureuses avec leurs patients et de disposer de flexibilité dans l'exercice de la profession médicale. Comparativement aux internes en médecine spécialisée, les perspectives de gain et de prestige sont moins prioritaires pour les médecins de famille. Selon la source de données, de 41 à 80 p. 100 des médecins de famille au Canada dispensent des soins de santé primaire aux enfants et aux adolescents. Les pédiatres prennent davantage en charge

les enfants ayant des besoins thérapeutiques complexes et assurent des soins primaires, plus particulièrement dans les grands centres urbains. Il est nécessaire de hiérarchiser l'accès aux soins pédiatriques primaires et spécialisés, de gérer les disparités en matière de services de santé touchant les populations rurales et vulnérables, de promouvoir des structures de soins partagées pour les soins primaires et spécialisés, de recentrer la formation des médecins de famille pour les préparer à prendre en charge des maladies chroniques complexes, de recruter et de maintenir en poste des médecins de famille désireux de travailler auprès des enfants et des adolescents, d'élaborer des systèmes d'information partagés et de créer des liens plus solides avec la santé publique.

3.4 Point de vue de la recherche

Astrid Guttmann, Institute for Clinical Evaluative Sciences, professeure adjointe de pédiatrie, Université de Toronto, Service de médecine pédiatrique et de médecine d'urgence, The Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario

La recherche joue un rôle déterminant dans la planification des ressources humaines en matière de santé. Il existe de nombreuses études très poussées sur les relations complexes entre le nombre de médecins et les résultats en matière de santé, et il est clair que l'augmentation du nombre de médecins ne garantit pas nécessairement un meilleur accès ou de meilleurs résultats en matière de santé. Il est donc essentiel de définir le « besoin » pour planifier les ressources humaines en matière de santé. Bien que de nombreuses provinces disposent de données couplées qui peuvent améliorer notre compréhension des liens entre les besoins des enfants en matière de santé et l'utilisation des services, d'une part, et les résultats en matière de santé, d'autre part, il y a relativement peu de chercheurs travaillant dans ce domaine au Canada. On a réalisé relativement peu de travaux sur les ressources humaines en matière de santé pédiatrique et, à l'heure actuelle, les données sur le nombre de pédiatres en activité publiées à l'échelle nationale ne sont pas uniformes et ne sont pas utiles aux fins de planification. La recherche sur les services de santé peut améliorer ces données et préciser où sont les plus grandes lacunes concernant les besoins des enfants en matière de services de santé et de professionnels de la santé. Les questions de recherche concernant les ressources humaines peuvent être classées dans trois grandes catégories – 1) Décrire : il faut disposer d'information pour répondre à des questions comme celles de la définition des besoins actuels en matière de services de santé (quel est le fardeau de la maladie à l'heure actuelle); de quels services a-t-on besoin, et quels services reçoivent à l'heure actuelle les enfants et les adolescents. (Les analyses fondées sur les besoins doivent inclure les besoins des enfants et des adolescents sur le plan physique, mental et social. Il n'est pas

suffisant d'utiliser simplement des ajustements en fonction de l'âge, les taux de natalité ou des mesures comme la pondération du volume des ressources qui ne reflètent pas exactement les besoins généraux en matière de ressources.); 2) Évaluer : déterminer si les services reçus ont une incidence sur les résultats en matière de santé; 3) Améliorer : que peut-on faire au niveau du système de santé pour améliorer l'équilibre entre les besoins et les services. À l'heure actuelle, les chercheurs ont tendance à concentrer leurs efforts sur la description des disparités et des problèmes en s'attachant moins à définir les interventions au niveau du système pour améliorer l'accès aux soins et les résultats en matière de santé. Il nous faut avoir recours au talent des cliniciens, des chercheurs et des artisans de la politique pour apporter des améliorations à la prise en charge thérapeutiques des enfants et des adolescents. Enfin, il existe des initiatives nationales et des mécanismes de déclaration pour nous donner une meilleure idée du nombre de médecins en activité au Canada (y compris de meilleures méthodes pour déterminer la charge de travail de médecins salariés comme les pédiatres). Il est tout à fait possible d'améliorer l'exactitude actuelle des données concernant à la fois les pédiatres en cabinet médical et les sous-spécialistes, ce qui permettra d'améliorer la planification des ressources humaines en fonction des besoins.

Thème n° 4 : Études et formation : Prévoir les besoins futurs des enfants et des adolescents en matière de santé

4.1 Formation des médecins de famille pour les soins aux enfants et aux adolescents

Elizabeth Shaw, directrice du Programme de médecine familiale; Département de médecine familiale, Faculté des sciences de la santé, Université McMaster. Hamilton, Ontario

Les principes de la formation en médecine familiale sont les suivants : 1) Le médecin de famille est un clinicien qualifié; 2) La relation médecin-patient est au cœur du rôle du médecin de famille. (En ce qui concerne la santé des enfants et des adolescents, elle ne peut pas être axée sur le patient sans être au cœur de la famille); 3) La médecine familiale se pratique en cabinet médical (dans la collectivité); 4) Le médecin de famille est une ressource pour la population définie où il exerce. La médecine familiale est un programme de deux ans avec une troisième année facultative. La formation en pédiatrie (tronc commun) est de deux à quatre mois et de nombreux internes pratiquent dans des collectivités où le médecin de famille s'occupe des admissions et des soins à ses propres patients en pédiatrie. Tous les internes passent dix mois en médecine familiale où les enfants font partie du nombre de patients. Les difficultés de formation sont les suivantes : l'expérience des unités de soins tertiaires est moins

pertinente pour la médecine familiale; les ressources en pédiatrie sont rares; « la disparition du pédiatre généraliste » a une incidence sur les programmes de formation en médecine familiale. La population pédiatrique affiche un recul dans certaines provinces, il y a moins d'enfants dans les cabinets de médecine familiale des collectivités où les pédiatres administrent les soins primaires. Les médecins de famille et les pédiatres partagent les mêmes objectifs généraux concernant la santé des enfants et peuvent fort bien travailler ensemble en équipe. Les directeurs de programme de médecine familiale collaborent aisément avec les départements de pédiatrie pour élaborer des programmes de formation en médecine familiale. Certaines initiatives novatrices de formation en médecine familiale pédiatrique incluent des internes exerçant la pédiatrie dans divers cadres et des internes suivant la formation de trois ans en pédiatrie qui comprend des cours en santé mentale et sur les handicaps. (Les enquêtes ont montré que les membres du corps médical et les internes sont énormément déstabilisés lorsqu'ils doivent prendre soin d'enfants et d'adolescents ayant des incapacités et des problèmes de santé mentale.) Les possibilités pour l'avenir sont les suivantes : les collectivités peuvent délibérément recruter des médecins pour assurer des soins pédiatriques (les universités, peuvent en tenir compte à titre d'expérience dans le dossier des étudiants); promouvoir les possibilités de formation en pédiatrie en collaboration (pédiatrie, médecine familiale, sciences infirmières, travail social et psychiatrie); et structurer et élaborer des compétences de prise en charge thérapeutique en équipe interdisciplinaire en ayant recours aux centres d'enseignement universitaire. On ne peut s'attendre à ce que les finissant n'ayant pas été initiés à ces modes de fonctionnement et n'ayant reçu aucune formation théorique sur les aptitudes à fonctionner en équipe interdisciplinaire possèdent ces aptitudes lorsqu'ils obtiennent leur diplôme.

4.2 Point de vue du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Deborah Danoff, directrice de l'enseignement, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Le Collège royal s'intéresse de très près aux orientations futures des soins de santé et à la façon dont le contexte de formation peut éclairer et influencer ces orientations. Au cours des dernières années, le Collège royal s'est concentré sur le Cadre de compétences (CanMEDS) qui a évolué à partir du Projet de formation des futurs médecins de l'Ontario, lequel définissait les compétences nécessaires aux médecins. Les sept éléments de l'enseignement de la médecine et les changements qui sont prévus sont les suivants : 1) *Méthode* : l'enseignement de la médecine sera mieux réparti, il fera appel aux TI et utilisera davantage de simulations hautement technologiques et rudimentaires pour

évaluer les compétences individuelles et interprofessionnelles; 2) *Contenu* : il y aura un tronc commun pour tous les étudiants de l'école de médecine du cycle supérieur, un contenu général pour tous les pédiatres qui fera état du partage interprofessionnel des responsabilités, et un contenu différencié en fonction des groupes servis (p. ex., âge des patients, pathologie et discipline); 3) *Emplacement* : l'emplacement de l'enseignement de la médecine sera décentralisé, les cours ne se donneront plus tous dans de grands hôpitaux universitaires et on aura recours plus fréquemment à des modèles de précepteur où le précepteur ne sera pas toujours un médecin; 4) *Qui sont les enseignants* : les enseignants seront choisis et formés de façon à donner une image du résultat souhaité et tous les membres de l'équipe seront mobilisés; 5) *Qui sont les apprenants* : les apprenants seront représentatifs de la diversité croissante de la population canadienne et comprendront des personnes formées en dehors des modèles de formation canadiens traditionnels ainsi que des personnes ayant des attentes et des valeurs différentes de celles de leurs enseignants; 6) *Méthodes d'évaluation* : la majorité des évaluations doivent se faire au cours de la formation (l'examen final du Collège royal étant la dernière petite étape), et faire appel à des technologies plus récentes; 7) *Résultats* : les résultats seront clairement définis et structurés en fonction des sept rôles recensés par CanMED (c.-à-d. expert médical, communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit, professionnel). Par exemple, le rôle de collaborateur inclut la capacité de travailler en équipe au sein d'une discipline et interdisciplinaire, de mettre l'accent sur les relations avec les patients et les familles, et de cerner les conflits à un stade préliminaire et de les désamorcer. Il semble que nous soyons confrontés aux mêmes grands problèmes de formation au Canada qu'aux Etats-Unis, malgré les différences dans nos systèmes de prestation des services de santé.

4.3 Point de vue de l'enseignant

Sue Tallett, directrice associée, Pédiatrie (Éducation); professeure, Département de pédiatrie, Université de Toronto; enseignante-clinicienne, The Hospital For Sick Children, Toronto, Ontario

Les directeurs de programme de pédiatrie de toutes les régions du pays ont présenté le point de vue du professeur de pédiatrie. *Les changements dans les tendances* sont les suivants : changements démographiques; les étudiants prennent davantage de temps avant d'entrer à l'école de médecine (ils sont plus nombreux à être titulaires d'un diplôme d'études supérieures); les titulaires de diplôme d'études supérieures d'écoles de médecine étrangères sont plus nombreux à s'inscrire aux programmes de formation ou d'évaluation, les étudiants ont davantage de choix de carrière; la flexibilité en matière de formation diminue dans certaines provinces qui

contraignent les étudiants (dans le cadre de problèmes de financement) à prendre des décisions plus tôt concernant la spécialisation; un moins grand nombre d'internes s'intéressent à la pratique en cabinet médical; le Collège royal a des normes, des structures et des exigences plus élevées; on accorde une attention croissante aux choix du style de vie et aux heures de travail; des évaluations plus approfondies sont requises; et un contenu de plus en plus étoffé s'impose (p. ex., pathologies nouvelles, éthique, qualité et sûreté, TI/GI, gestion des ordinateurs et des données, art de communiquer de l'information à des patients et des familles très bien renseignés au sujet de la maladie. *Les problèmes et tensions actuels* incluent ce qui suit : tension entre la pratique en tant que généraliste et spécialiste; la durée de la formation est considérée comme étant à la fois trop longue et trop courte par les diverses parties intéressées; les difficultés de financement à l'appui des postes de formation en internat, le besoin de recruter davantage de professeurs en pédiatrie issus de la pratique de la médecine communautaire pour l'enseignement et la nécessité de plus d'activités de formation et d'évaluation; les diplômés des écoles de médecine étrangères et la mise à jour de leurs compétences; la formation des étudiants pour qu'ils assument différents rôles; la demande d'internes pour les études supérieures (p. ex., MA et PhD). *Les défis et les interrogations* sont les suivants : Qui assurera des soins aux enfants? Qui prendra les décisions en matière de carrière et déterminera le lieu d'exercice de la profession médicale (le stagiaire ou le gouvernement?) Quelle structure de formation efficace et efficiente doit-on envisager (p. ex., tronc commun de deux ans avec formation en recherche, passage d'un tronc commun de quatre à cinq ans)? Où doit-on former les internes (les hôpitaux offrent un certain confort pour traiter les cas complexes mais il faut accroître la formation dans la collectivité)? Comment intégrer le nouveau contenu? (Je pense qu'il nous faut enseigner aux étudiants la façon d'apprendre et qu'il faut leur permettre d'acquérir des principes d'apprentissage continu, introduire des notions et promouvoir des communautés d'apprenants et de pratique pour aider les gens à progresser avec le mode d'apprentissage qui leur convient.) Comment former les enseignants de demain et améliorer les bourses en éducation et en recherche?

4.4 Point de vue du Comité des spécialistes

Robert Hilliard, ancien directeur, Paediatric Specialty Committee, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; professeur, Département de pédiatrie, Université de Toronto, The Hospital For Sick Children, Toronto, Ontario

Le Collège royal a défini dans CanMEDS sept rôles pour le médecin spécialiste au Canada (c.-à-d. expert médical, communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit, professionnel). Ces rôles orientent et dirigent les activités de formation et d'évaluation. L'évaluation répond

à plusieurs finalités : évaluer si l'étudiant ou interne a atteint les objectifs prévus et a les aptitudes voulues pour obtenir le diplôme ou le certificat, guider et surveiller les progrès des étudiants au fil de la formation; diriger l'apprentissage des étudiants. Il existe toute une variété d'évaluations en cours de formation. Chaque programme canadien a une série d'évaluations par roulement en cours de formation s'appuyant sur les rôles de CanMEDS et des évaluations finales; tous les internes passent les examens de l'American Board of Paediatrics Practice; de nombreux centres administrent des examens oraux et cliniques, des simulations d'examen oral et des examens cliniques structurés par objectif. Certains centres évaluent les projets de recherche et d'assurance de la qualité et établissent des profils d'apprentissage. D'autres évaluations – notamment l'évaluation 360 degrés – ne sont pas largement utilisées au Canada. L'examen final du Collège royal en pédiatrie inclut un examen à choix multiples, des questions nécessitant des réponses courtes et un examen clinique structuré par objectif. Le but est que ces examens soient valides, fiables et utiles et qu'ils évaluent l'expertise médicale ainsi que les sept rôles prévus par CanMEDS. Le maintien de la compétence se fait par 80 heures de formation continue annuellement (fondée sur les principes d'apprentissage des adultes et accrédités par FMC). (Les États-Unis envisagent une recertification à partir de données probantes comme le statut professionnel, la formation continue, l'expertise cognitive, une performance satisfaisante et des commentaires de patients). Le système d'évaluation du Collège royal et le maintien des compétences sont généralement reconnus par les pédiatres canadiens (p. ex., l'étude a montré que 96 p. 100 des pédiatres praticiens étaient heureux et satisfaits de leur formation). Il y a lieu de s'attaquer au problème des médecins non formés au Canada. Quelles devraient être les normes pour un pédiatre exerçant au Canada et comment doit-on évaluer ces compétences? Si une compétence est importante, elle doit être dans le processus d'évaluation et de formation étant donné que les étudiants apprennent les choses qui seront évaluées. En outre, il devrait y avoir une seule norme pour les pédiatres en exercice.

Recommandations et interventions qui mettent l'accent sur le rôle du pédiatre dans un contexte interprofessionnel

Les participants au symposium ont formulé des recommandations ou des mesures à prendre qui mettent l'accent sur le rôle du pédiatre dans un contexte interprofessionnel dans des domaines comme le programme d'études, la défense ou la promotion des intérêts, des structures de soins interprofessionnels et d'autres. Dans la formulation des recommandations ou des mesures préconisées, on s'est attaché à choisir des initiatives particulières qui sont réalisables à court terme (de 12 à 24 mois) et dont on peut mesurer les progrès.

Prochaines étapes

Un groupe de travail formé du Comité de planification du symposium et d'autres partenaires examinera et hiérarchisera les recommandations et les mesures préconisées. Le groupe de travail s'est engagé à faire rapport aux participants au symposium et à fournir des mises à jour régulières. Il élaborera un plan de travail sur deux ans décrivant les mesures, les chefs de file ou porte-parole et la mesure du progrès.

Sommaire des recommandations

Objectif 1 : Promouvoir les meilleurs soins de santé pour les nourrissons, enfants et adolescents du Canada.

Promotion

Appuyer la mise en place d'un commissaire responsable des nourrissons, des enfants et des jeunes pour le Canada.

Faire valoir aux décideurs provinciaux que les besoins en soins des enfants – en particulier ceux des nourrissons, enfants et jeunes médicalement vulnérables – doivent être inclus dans les méthodes d'affectation des ressources en santé (financières et humaines) en fonction des besoins.

Promotion et recherche

Appuyer les efforts des ministères de la santé national (p. ex., Institut canadien d'information sur la santé) et provinciaux en vue d'améliorer les données sur les ressources humaines en santé et les rendre utiles pour la prestation de soins de santé aux nourrissons, aux enfants et aux jeunes.

Aspect clinique

Élaborer un répertoire des modèles interdisciplinaires axés sur la famille les meilleurs et les plus prometteurs pour les soins aux nourrissons, aux enfants et aux jeunes. Distribuer ce répertoire avec un gabarit que les groupes interdisciplinaires d'intervenants peuvent utiliser pour sélectionner les modèles les plus pertinents qui répondent aux besoins de leur collectivité.

Élaborer un manuel ou un répertoire en ligne pour les pédiatres et les médecins de famille qui comprend des processus d'aiguillage, des personnes-ressources éventuelles et des conseils pour se diriger dans le système de soins de santé aux nourrissons, enfants et jeunes dans chaque province ou territoire.

Études

Élaborer et mettre en œuvre un programme d'études souple sur les soins aux nourrissons, aux enfants et aux jeunes pour les diplômés de premier cycle et les internes en médecine familiale et en pédiatrie qui porte entre autres sur la vie active saine; la santé publique; la pédiatrie communautaire; la santé des Autochtones; le développement du jeune enfant; la prévention des blessures et de la maltraitance; l'obésité; les répercussions des déterminants sociaux sur la santé physique, mentale et émotionnelle (c'est-à-dire la pédiatrie sociale); et la promotion de la santé.

Recherche

Examiner les répercussions sur les services de santé efficaces pour les nourrissons, les enfants et les jeunes (maladies aiguës, chroniques, santé mentale, troubles du comportement, etc.) de i) divers modèles de financement des médecins (autres programmes de financement, rémunération à l'acte, etc.); et ii) des moyens novateurs de fournir des soins pédiatriques secondaires qui encouragent des initiatives de réforme des soins primaires.

Objectif 2 : Promouvoir l'amélioration de la santé et la prise en charge thérapeutique des nourrissons; enfants vulnérables, notamment ceux d'ascendance autochtone; les nouveaux immigrants; les démunis; les enfants maltraités; et les enfants atteints d'une maladie chronique ou ayant des incapacités.

Promotion

Élaborer et mettre en œuvre des modules d'enseignement concerté en pédiatrie qui font appel aux nourrissons, aux enfants, aux adolescents et à leur famille, et qui mettent l'accent sur la défense des intérêts des nourrissons, enfants et jeunes vulnérables (p. ex., santé mentale des Autochtones, alphabétisation précoce, prévention des blessures).

Créer un rapport de haut niveau de style Institut de médecine qui souligne les disparités dans les soins aux enfants au Canada.

Aspect clinique et recherche

Valider les indicateurs de la santé existants pour les nourrissons, les enfants et les jeunes, et élaborer de nouveaux indicateurs qui aideront à améliorer la prestation des services de santé en particulier aux nourrissons, enfants et jeunes vulnérables.

Études

Intégrer régulièrement les enjeux nouveaux et émergents dans le programme d'études en pédiatrie, en particulier en ce qui a trait à la santé et aux soins des nourrissons, enfants et jeunes vulnérables.

Objectif 3 : Améliorer l'accès des enfants aux services de santé mentale.

Promotion

Appuyer le travail de l'Infant, Child and Youth Mental Health Consortium visant l'élaboration d'une stratégie nationale en santé mentale.

Études

Évaluer le contenu se rapportant à la santé mentale des nourrissons, des enfants et des adolescents dans les programmes d'internat en pédiatrie, relever les domaines à améliorer et promouvoir des améliorations au contenu.

Objectif 4 : Améliorer les soins de santé fournis aux nourrissons, aux enfants et aux jeunes grâce à la coopération et la collaboration interdisciplinaires.

Promotion

Publier un sujet thématique dans *Paediatrics and Child Health* consacré aux modèles efficaces d'équipes de soins interdisciplinaires qui prennent en charge les nourrissons, les enfants et les adolescents.

Promouvoir l'élaboration d'ateliers et de séminaires interprofessionnels interactifs portant sur les soins aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents qui utilisent l'apprentissage basé sur des cas, sont offerts dans des cadres universitaires et communautaires et auxquels participent des nourrissons, des enfants, des adolescents et leurs familles, des pédiatres, des médecins de famille, des infirmiers et d'autres intervenants comme des pharmaciens, des travailleurs sociaux, etc.

Confier à la Société canadienne de pédiatrie, à l'Association canadienne des centres de santé pédiatriques, au Collège des médecins de famille du Canada et à d'autres l'organisation d'une session annuelle qui porte sur les pratiques exemplaires

interdisciplinaires dans les soins aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents.

Demander qu'un représentant pédiatrique siège au comité conjoint du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada pour aider à appuyer les initiatives interdisciplinaires concertées se rapportant à la santé des nourrissons, des enfants et des jeunes.

Études

Élaborer un modèle de soins interdisciplinaires aux nourrissons, aux enfants et aux jeunes, encourager les programmes universitaires en sciences de la santé à tenir compte de ce modèle dans leur programme d'études et évaluer l'adoption du modèle.

Recherche

Confier aux Instituts de recherche en santé du Canada et à la National Child and Youth Health Coalition l'élaboration d'un appel de demandes pour évaluer les modèles interdisciplinaires de soins aux nourrissons, aux enfants et aux jeunes.

Objectifs et recommandations, thèmes, chefs de file et porte-parole et mesure du progrès

Objectif 1 : Promouvoir les meilleurs soins de santé pour les nourrissons, enfants et adolescents du Canada.			
Recommandations	Thème	Organisations ou porte-parole responsables proposés	Mesure du progrès
1 Appuyer la mise en place d'un commissaire responsable des nourrissons, des enfants et des jeunes pour le Canada.	Promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Société canadienne de pédiatrie • National Child and Youth Health Coalition 	<ul style="list-style-type: none"> • Création du poste de commissaire
2 Faire valoir aux décideurs provinciaux que les besoins thérapeutiques des enfants – en particulier ceux des nourrissons, enfants et jeunes médicalement vulnérables – doivent être inclus dans les méthodes d'affectation des ressources en santé (financières et humaines) en fonction des besoins.	Promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Société canadienne de pédiatrie • Directeurs de pédiatrie du Canada • Association canadienne des centres de santé pédiatriques • Associations et organisations pédiatriques provinciales 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte des besoins en soins des enfants dans les méthodes d'affectation des ressources en fonction des besoins
3 Appuyer les efforts des ministères de la santé national (p. ex., Institut canadien d'information sur la santé) et provinciaux en vue d'améliorer les données sur les ressources humaines en santé et les rendre utiles pour la prestation de soins de santé aux nourrissons, aux enfants et aux jeunes.	Promotion et recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Association canadienne des centres de santé pédiatriques • Société canadienne de pédiatrie • Directeurs de pédiatrie du Canada • Associations et sections pédiatriques provinciales 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorations apportées aux données pour qu'elles se rapportent davantage aux soins prodigués aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents (p. ex., rendre compte des médecins équivalents temps plein qui participent à des régimes de rémunération différents; identifier les sous-spécialistes en pédiatrie comme pédiatres plutôt que comme sous-spécialistes; identifier les autres professionnels de la santé qui soignent les nourrissons, les enfants et les jeunes en hôpital et dans la collectivité; et utiliser les dénominateurs de la population pour rendre compte de données sur les nourrissons, les enfants et les jeunes).
4 Élaborer un répertoire des modèles interdisciplinaires axés sur la famille les meilleurs et les plus prometteurs pour les soins aux nourrissons, aux enfants et aux jeunes. Distribuer ce répertoire avec un gabarit que les groupes interdisciplinaires d'intervenants peuvent utiliser pour sélectionner les modèles les plus pertinents qui répondent aux besoins de leur collectivité.	Aspect clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Association canadienne des centres de santé pédiatriques 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un répertoire et d'un modèle • Élaboration de nouvelles connaissances et information • Élaboration d'une ressource nationale

¹ Il y a neuf recommandations concernant la promotion; une recommandation combinée concernant la promotion et la recherche; deux recommandations concernant l'aspect clinique; quatre recommandations sur les études; deux recommandations sur la recherche et une recommandation combinée sur l'aspect clinique et la recherche.

Objectif 1 : Promouvoir les meilleurs soins de santé pour les nourrissons, enfants et adolescents du Canada.

Recommandations	Thème	Organisations ou porte-parole responsables proposés	Mesure du progrès
<p>5 Élaborer un manuel ou un répertoire en ligne pour les pédiatres et les médecins de famille qui comprend des processus d'aiguillage, des personnes-ressources éventuelles et des conseils pour se diriger dans le système de soins de santé aux nourrissons, enfants et jeunes dans chaque province ou territoire.</p>	Aspect clinique	<ul style="list-style-type: none"> Associations et organisations provinciales et régionales, au besoin Associations et sections pédiatriques provinciales 	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration d'un manuel ou d'un répertoire en ligne.
<p>6 Élaborer et mettre en œuvre un programme d'études souple sur les soins aux nourrissons, aux enfants et aux jeunes pour les diplômés de premier cycle et les internes en médecine familiale et en pédiatrie qui porte entre autres sur la vie active saine; la santé publique; la pédiatrie communautaire; la santé des Autochtones; le développement du jeune enfant; la prévention des blessures et de la maltraitance; l'obésité; les répercussions des déterminants sociaux sur la santé physique, mentale et émotionnelle (c'est-à-dire la pédiatrie sociale); et la promotion de la santé.</p>	Études	<ul style="list-style-type: none"> Société canadienne de pédiatrie Directeurs de pédiatrie du Canada Association canadienne des centres de santé pédiatriques Directeurs du programme de pédiatrie de premier cycle Directeurs de la formation des internes en pédiatrie Collège des médecins de famille du Canada Directeurs de programme de médecine familiale Rassemblés autour d'un rêve : santé des enfants inuits et des Premières nations 	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration de modules dans tous les programmes (c'est-à-dire programmes d'études) Vérification des directeurs de programme de premier cycle dans un délai de 12 mois Élaboration d'un bulletin national Évaluation réalisée (avant et après) Satisfaction élevée des internes et des programmes à l'égard des possibilités de formation offertes
<p>7 Examiner les répercussions sur les services de santé efficaces pour les nourrissons, les enfants et les jeunes (maladies aiguës, chroniques, santé mentale, troubles du comportement, etc.) de i) divers modèles de financement des médecins (autres programmes de financement, rémunération à l'acte, etc.); et ii) des moyens novateurs de fournir des soins pédiatriques secondaires qui encouragent des initiatives de réforme des soins primaires.</p>	Recherche	<ul style="list-style-type: none"> Directeurs de pédiatrie du Canada Société canadienne de pédiatrie Association canadienne des centres de santé pédiatriques Associations et sections pédiatriques provinciales 	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation d'études d'impact qui renferment des recommandations bien formulées.

Objectif 2 : Promouvoir l'amélioration de la santé et la prise en charge des soins aux nourrissons, enfants et adolescents vulnérables, notamment ceux d'ascendance autochtone, les nouveaux immigrants, les démunis, les enfants maltraités et les enfants atteints d'une maladie chronique ou ayant des incapacités.

Recommandations	Thème	Organisations et porte-parole responsables proposés	Mesures du progrès
8 Élaborer et mettre en œuvre des modules d'enseignement concerté en pédiatrie qui font appel aux nourrissons, aux enfants, aux adolescents et à leur famille, et qui mettent l'accent sur la défense des intérêts des nourrissons, enfants et jeunes vulnérables (p. ex., santé mentale des Autochtones, alphabétisation précoce, prévention des blessures).	Promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Société canadienne de pédiatrie • Directeurs de pédiatrie du Canada • Directeurs des programmes de premier cycle et d'études supérieures en pédiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration de modules • Évaluation de la mesure dans laquelle les modules sont utilisés dans les programmes d'études de premier cycle et d'études supérieures
9 Créer un rapport de haut niveau de style Institut de médecine qui souligne les disparités dans les soins aux enfants au Canada.	Promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Conseils fédéral et provinciaux de la qualité de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement d'un rapport
10 Valider les indicateurs de la santé existants pour les nourrissons, les enfants et les jeunes, et élaborer de nouveaux indicateurs qui aideront à améliorer la prestation des services de santé en particulier aux nourrissons, enfants et jeunes vulnérables.	Aspect clinique et recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Association canadienne des centres de santé pédiatriques • National Child and Youth Health Coalition • Conseils fédéral et provinciaux de la qualité de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'une série détaillée d'indicateurs de la santé • Validation des indicateurs • Évaluation afin de déterminer si les indicateurs sont utilisés pour améliorer la prestation des soins
11 Intégrer régulièrement les enjeux nouveaux et émergents dans le programme d'études en pédiatrie, en particulier en ce qui a trait à la santé et aux soins des nourrissons, enfants et jeunes vulnérables.	Études	<ul style="list-style-type: none"> • Directeurs de pédiatrie du Canada • Directeurs de programme de premier cycle et d'études supérieures en pédiatrie • Directeurs de programme de spécialisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration et mise en œuvre d'un mécanisme pour suivre et communiquer les nouveaux enjeux émergents pour les enseignants en pédiatrie • Évaluation de la prise en charge des enjeux

Objectif 3 : Améliorer l'accès des enfants aux services de santé mentale.

Recommandations	Thème	Organisations et porte-parole responsables suggérés	Mesures du progrès
12 Appuyer le travail de l'Infant, Child and Youth Mental Health Consortium visant l'élaboration d'une stratégie nationale en santé mentale.	Promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Société canadienne de pédiatrie • National Child and Youth Health Coalition 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'une stratégie
13 Évaluer le contenu se rapportant à la santé mentale des nourrissons, des enfants et des adolescents dans les programmes de résidence en pédiatrie, relever les domaines à améliorer et promouvoir des améliorations au contenu.	Études	<ul style="list-style-type: none"> • Directeurs de programme de premier cycle et d'études supérieures en pédiatrie • Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du contenu, recensement des domaines à améliorer et évaluation des améliorations apportées

Objectif 4 : Améliorer les soins de santé fournis aux nourrissons, aux enfants et aux jeunes grâce à la coopération et la collaboration interdisciplinaires.

Recommandations	Thème	Organisations et porte-parole responsables proposés	Mesures du progrès
14 Publier un sujet thématique dans Paediatrics and Child Health consacré aux modèles efficaces d'équipes de soins interdisciplinaires qui prennent en charge les nourrissons, les enfants et les adolescents.	Promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Société canadienne de pédiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Publication du numéro
15 Promouvoir l'élaboration d'ateliers et de séminaires interprofessionnels interactifs portant sur les soins aux nourrissons, aux enfants et aux jeunes qui utilisent l'apprentissage basé sur des cas, sont offerts dans des cadres universitaires et communautaires et auxquels participent des nourrissons, des enfants, des jeunes et leurs familles, des pédiatres, des médecins de famille, des infirmiers et d'autres intervenants comme des pharmaciens, des travailleurs sociaux, etc.	Promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Société canadienne de pédiatrie • Association canadienne des centres de santé pédiatriques • Directeurs de pédiatrie du Canada • Collège des médecins de famille du Canada • Éducateurs • Dans les hôpitaux communautaires, les chefs du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement d'un rapport d'étape après un an
16 Confier à la Société canadienne de pédiatrie, à l'Association canadienne des centres de santé pédiatriques, au Collège des médecins de famille du Canada et à d'autres l'organisation d'une session annuelle qui porte sur les pratiques exemplaires interdisciplinaires dans les soins aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents.	Promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Société canadienne de pédiatrie • Association canadienne des centres de santé pédiatriques • Collège des médecins de famille du Canada • Canadian Association of Paediatric Nurses 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue d'une session annuelle
17 Demander qu'un représentant pédiatrique siège au comité conjoint du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada pour aider à appuyer les initiatives interdisciplinaires concertées se rapportant à la santé des nourrissons, des enfants et des jeunes.	Promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Société canadienne de pédiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Demande à l'égard d'un représentant présentée et acceptée
18 Élaborer un modèle de soins interdisciplinaires aux nourrissons, aux enfants et aux jeunes, encourager les programmes universitaires en sciences de la santé à tenir compte de ce modèle dans leur programme d'études et évaluer l'adoption du modèle.	Études	<ul style="list-style-type: none"> • Société canadienne de pédiatrie • National Child and Youth Health Coalition • Directeurs de programme de premier cycle en pédiatrie • Directeurs de la formation des internes en pédiatrie • Directeurs de la formation en soins infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration et adoption du modèle
19 Confier aux Instituts de recherche en santé du Canada et à la National Child and Youth Health Coalition l'élaboration d'un appel de demandes pour évaluer les modèles interdisciplinaires de soins aux nourrissons, aux enfants et aux jeunes.	Recherche	<ul style="list-style-type: none"> • National Child and Youth Health Coalition 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un appel de demandes

La santé des enfants au XXI^e siècle : Le rôle du pédiatre dans un cadre interprofessionnel

Les 17 et 18 novembre 2006 • Sheraton Gateway Hotel • Pearson International Airport, Toronto (Ontario)

Commanditaires



**CAPHC
ACCSP**

Association canadienne des centres de santé pédiatrique



Canadian
Paediatric
Society

Société
canadienne
de pédiatrie



Health
Canada

Santé
Canada



Paediatric
Chairs of
Canada

Directeurs
de pédiatrie
du Canada



Public Health
Agency of Canada



THE SOCIETY OF OBSTETRICIANS
AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA

LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS
ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

