



Les répercussions de la fréquentation des services de garde sur la santé des enfants

Partie B : Les blessures et les infections

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Comme il est exposé dans la *Partie A : Les tendances canadiennes des issues du comportement et du développement sur les enfants en service de garde* (1), le recours aux services de garde est courant et augmente au Canada. Il est important que les familles, les travailleurs de la santé et les décideurs comprennent ces tendances canadiennes et les répercussions de la fréquentation des services de garde sur la santé des enfants. La présente partie a été préparée pour décrire les tendances de blessures et d'infections chez les enfants canadiens qui fréquentent un service de garde et pour fournir des recommandations en matière de prévention et de promotion de la santé.

MÉTHODOLOGIE

Les auteurs ont effectué des recherches dans MEDLINE (1950 à août 2008), EMBASE (1988 à août 2008), PsycInfo (1985 à 2008) et Cochrane Reviews au moyen des termes d'indexation *day care* et *child day care centres*, qu'ils ont combinés avec *injuries* ou *infections*. La recherche bibliographique était limitée aux recherches sur les humains et aux articles rédigés en anglais.

EXPOSÉ

Les blessures

Les blessures que subissent les enfants demeurent une cause importante de morbidité et de mortalité. Naturellement, les parents et les tuteurs s'inquiètent de la sécurité de leur enfant, notamment lorsqu'on les confie à une personne extérieure à la maison. Cependant, les enfants qui passent plus de temps dans un milieu de garde non parental courent un risque réduit de blessure (non intentionnelle) (2). C'est peut-être parce que les services de garde et les milieux de garde familiaux assurent une plus grande supervision ou fournissent du matériel de jeu plus sécuritaire (3). Quoi qu'il en soit, les blessures en milieu de garde demeurent une préoccupation de santé importante, mais évitable. Elles peuvent se diviser en deux catégories : les facteurs reliés aux enfants (chutes, collisions, pincements de compression, poussées ou coups, objets lancés et morsures) et les facteurs environnementaux (plancher mouillé ou glissant, matériel ou fournitures, objets sur le plancher, objets coupants, fenêtres ou portes) (4). Dans le cadre d'une enquête (4) menée dans quatre services de garde de la région de la baie

de San Francisco (aux États-Unis), 56 % des blessures étaient attribuables à des facteurs reliés aux enfants, 42,9 % à des facteurs reliés aux enfants et à des facteurs environnementaux, et seulement 1,5 % à des facteurs purement environnementaux. Ainsi, même si du matériel et une conception sécuritaires contribuent à prévenir les blessures, une bonne supervision du comportement des enfants est essentielle (4). Des 112 000 rapports figurant dans la base de données du Système hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (1990 à mars 1992), 1 008 blessures s'étaient produites en milieu de garde, chez des enfants de moins de cinq ans (dont 60,5 % chez des garçons). On constatait beaucoup plus de coupures et d'ecchymoses ou d'abrasions dans le groupe fréquentant un service de garde, mais statistiquement moins de brûlures, d'empoisonnements et d'insertion d'un corps étranger que dans celui n'en fréquentant pas (groupe témoin). La plupart des blessures en service de garde découlent de chutes des structures de jeu, d'une interaction avec un autre enfant ou de collisions ou de chutes d'un meuble. Néanmoins, la seule différence statistique de traitement entre ces groupes, c'est que plus d'enfants (4,4 %) du groupe témoin devaient se faire hospitaliser par rapport à 2,4 % de ceux fréquentant le service de garde ($P=0,003$) (5). Les données de la région sanitaire de l'île de Vancouver (en Colombie-Britannique) (1995 à 2005) (6) et d'une grande étude américaine (7) ont fait état de schèmes similaires de blessures chez les enfants fréquentant un service de garde (plus élevé chez les garçons et sur les structures de jeu). L'étude de la Colombie-Britannique révélait également que la plupart des blessures se produisaient une heure avant le dîner (6). Puisque la démographie des blessures en service de garde est relativement bien documentée, il faut s'attarder à la prévention des blessures. L'ouvrage *Le bien-être des enfants : Un guide sur la santé en milieu de garde* (2) contient des listes de sécurité qui peuvent être utilisées sur une base hebdomadaire, mensuelle, saisonnière et annuelle pour vérifier le caractère sécuritaire des services de garde. Dans une enquête menée en 1994 (8), près de 50 % des services de garde de Toronto (en Ontario) réglaient la température de l'eau chaude à plus de 43 °C, et 23 % avaient des problèmes de sécurité qui auraient pu entraîner de graves préjudices aux enfants, mais seulement cinq de ces services de garde utilisaient régulièrement les listes de vérification du *bien-être des enfants*. Les

services de garde suédois qui avaient adopté un plan régulier de formation du personnel en sécurité des enfants, y compris une liste de vérification de la sécurité, présentaient beaucoup moins de risques pour la sécurité. (9). Avec la publication de la deuxième édition de l'ouvrage *Le bien-être des enfants*, on espère que plus de services de garde seront en mesure d'en adopter les lignes directrices. Que ce soit grâce aux listes de vérification ou à la supervision accrue qui accompagne ces mesures, il pourrait y avoir une diminution du nombre de blessures en service de garde. De plus, il faudrait mettre à la disposition de tous les services de garde un formulaire de rapport d'incident et une marche à suivre en cas d'incident, et tout le personnel devrait posséder une formation de base en premiers soins et en réanimation cardiorespiratoire (2). Dans une tentative pour prévenir les blessures, il faut assurer un ratio personnel-enfants pertinent en tout temps et s'assurer que le matériel de jeu respecte les recommandations à jour de l'Association canadienne de normalisation (2). La région sanitaire de l'île de Vancouver fournit de l'information pour rendre le matériel sécuritaire (6). *Le bien-être des enfants* contient une liste des règles de sécurité à enseigner aux enfants et fournit des renseignements sur la sécurité des structures de jeu intérieures et extérieures, ainsi que sur l'utilisation des jouets adaptée à l'âge et sécuritaire en service de garde (2).

Les infections

De nombreuses variables contribuent au risque d'infection infantile. Selon une étude prospective canadienne (Île-du-Prince-Édouard) (10) qui tentait de contrôler ces variables chez les enfants d'âge préscolaire, pour chaque tranche de neuf heures de fréquentation hebdomadaire d'un service de garde, on remarquait une augmentation des jours de maladies respiratoires de 12 %. Les enfants n'ayant pas de frères ou de sœurs à la maison voyaient l'incidence de maladie respiratoire tripler. Les enfants de plus d'un an présentaient le plus grand nombre de jours de maladie. Cependant, on ne remarquait aucun effet sur les nourrissons de moins de trois mois. Les auteurs ont postulé que ce phénomène pouvait être imputable à l'effet protecteur des anticorps maternels (10) ou au fait qu'un nourrisson, moins mobile en raison de son étape de développement, entre en contact avec un moins grand nombre de microbes. Dans une autre étude canadienne (11), les enfants allaités qui fréquentaient un service de garde recevaient moins de traitements antibiotiques. Une étude (12) avance qu'après avoir fréquenté un milieu de garde pendant six mois, les enfants souffraient d'un nombre considérablement moins élevé d'infections des voies respiratoires supérieures (IVRS), d'otite moyenne et de conjonctivite que ceux qui le fréquentaient depuis moins de six mois.

Les maladies gastro-intestinales sont un autre élément important qui contribue aux maladies en service de garde. En Amérique du Nord, le principal pathogène est le rotavirus, qui peut provoquer une importante morbidité chez les nourrissons et les enfants et qui peut contribuer au stress des parents, ainsi qu'à l'absence de l'école et du travail. Les travailleurs de la

santé devraient discuter avec les parents ou tuteurs des indications pour administrer le vaccin contre le rotavirus. La transmission de la diarrhée infectieuse diminue lorsque les éducatrices connaissent la bonne hygiène des mains et ont un meilleur accès aux lavabos (13). Le désinfectant pour les mains peut être utile lorsque les lavabos ne sont pas accessibles.

Ces dernières années, on a observé des flambées de maladies évitables par les vaccins au Canada, y compris la rougeole, les oreillons et la varicelle. La coqueluche, notamment, est relativement courante, et les adultes dont l'immunité vaccinale s'est amoindrie avec les années demeurent une source primaire d'infection des nourrissons. Pour réduire au minimum la transmission des maladies, tous les enfants qui fréquentent un service de garde devraient se faire vacciner conformément aux recommandations de leur province ou de leur territoire. De plus, les éducatrices devraient se faire vacciner tous les ans contre l'influenza et s'assurer que leur dose de rappel du vaccin contre le tétanos et la diphtérie est à jour. Elles devraient envisager de se faire administrer le vaccin contre la coqueluche acellulaire au moment de la dose de rappel du vaccin contre le tétanos et la diphtérie. Certaines éducatrices canadiennes peuvent être vulnérables à une infection à l'hépatite A. Le dépistage et la vaccination des éducatrices contre l'hépatite A peuvent s'imposer dans les régions endémiques ou en cas de flambée locale (14). D'après une petite étude (15), la transmission de l'hépatite B est rare en milieu de garde. Certains enfants en mordent d'autres, mais les risques pour la santé sont rares. Si un enfant en mord un autre au sang et que l'un des deux enfants a l'hépatite B, il existe un très faible risque de transmission du virus. Si tel est le cas, il est recommandé de consulter un médecin, notamment si aucun des enfants n'est vacciné contre l'hépatite B. La transmission du VIH ou de l'hépatite C est fort peu probable par suite d'une morsure d'enfant, et on n'a jamais déclaré de cas (16,17). Les autres infections transmises en service de garde sont les infections cutanées (l'impétigo et la gale [18]), le cytomégalovirus (19) et l'*Helicobacter pylori* (20).

Les situations où il faut exclure l'enfant malade

Les enfants ayant des troubles respiratoires peuvent continuer de fréquenter le service de garde s'ils sont assez bien pour participer pleinement à toutes les activités (2). Les enfants atteints d'une pharyngite streptococcique ou d'une conjonctivite bactérienne doivent prendre des antibiotiques pendant 24 heures avant de réintégrer le service de garde. De plus, les enfants ayant de la diarrhée doivent être exclus si leurs selles débordent de leur couche, s'ils sont incapables de se contrôler même s'ils sont propres ou s'ils manifestent des signes d'entérite bactérienne (fièvre, sang ou mucus dans les selles). On remarque parfois ces symptômes en présence d'une gastroentérite virale. C'est pourquoi il peut être nécessaire de consulter un médecin. Les services de garde devraient s'informer auprès des services locaux de santé publique, car les règlements d'exclusion de certains types d'entérite (p. ex., *Shigella*, *Escherichia coli* O157, *Giardia*, *Salmonella typhi* et *Campylobacter*) varient selon la province ou le territoire (2). *Le bien-être des enfants* (2) contient la

description de plusieurs infections courantes, y compris les critères détaillés d'exclusion du service de garde. D'après un sondage téléphonique auprès de travailleurs en milieu de garde de l'Ontario, on n'appliquait pas l'exclusion des enfants ayant des symptômes évocateurs d'IVRS s'ils avaient une ordonnance d'antibiotiques (69 % du personnel) et si les parents ne pouvaient s'absenter du travail (14 % du personnel). Au total, 64 % du personnel étaient victimes d'autres pressions de la part des parents afin que le service de garde ne renvoie pas à la maison leur enfant atteint d'une IVRS. De nombreux membres du personnel et de nombreux services de garde exigeaient l'administration d'antibiotiques en présence de symptômes évocateurs d'IVRS virale avant que l'enfant réintègre le service de garde (21). Ce facteur pourrait contribuer à l'augmentation de l'antibiorésistance observée chez les enfants qui fréquentent un milieu de garde (22) ainsi qu'aux effets secondaires des médicaments, tels que la diarrhée. Selon une enquête qualitative (23) auprès de travailleurs australiens en milieu de garde, certains répondants pensaient qu'il était difficile de maintenir le personnel en bonne santé lorsque les parents emmènent constamment leur enfant malade et hautement contagieux au service de garde. Cette attitude peut influencer sur le comportement des parents à demander des conseils médicaux et risque de susciter l'utilisation inutile d'antibiotiques.

LA MISE EN PLACE DE SERVICES DE GARDE SÉCURITAIRES

Afin d'évaluer l'utilisation des recommandations originales de l'ouvrage *Le bien-être des enfants* (1992) sur la sécurité des enfants et sur la prévention et la prise en charge des infections, on a procédé à une évaluation des besoins auprès des 235 services de garde autorisés de Toronto pendant l'été de 1994. Sur près de 11 000 enfants fréquentant des services de garde, 85 % étaient d'âge préscolaire ou scolaire, et 15 % étaient des nourrissons ou des tout-petits. La plupart des services sondés (91 %) disposaient d'une politique écrite d'exclusion ou de réadmission des enfants malades, mais bon nombre d'entre eux (24 %) ne considéraient pas les raisons des absences. Moins des deux tiers des services de garde étaient dotés de mesures ou de matériel pertinents pour affronter les épanchements de liquides organiques, et seulement 62 % des superviseurs comprenaient correctement les précautions habituelles. La pénurie de personnel était souvent évoquée pour expliquer qu'une partie du matériel et des jouets n'était pas nettoyée conformément aux recommandations du *bien-être des enfants*. De plus, lorsque les enfants participaient à des jeux d'eau comme une activité avec une « table bac à eau » (obligatoire pour les tout-petits et les enfants plus âgés fréquentant les services de garde en Ontario), il était précisé qu'il aurait fallu assurer une supervision accrue et un meilleur lavage des mains. Étant donné le risque de forte présence de coliformes fécaux pendant les jeux d'eau, une bonne désinfection est essentielle pour réduire le nombre de maladies diarrhéiques (8). Cette étude a eu lieu il y a près de 15 ans, et on a beaucoup appris au sujet du contrôle des infections depuis. Il pourrait être

utile de procéder à une enquête de suivi avec la parution des nouvelles lignes directrices du *bien-être des enfants*. En ce moment au Canada, les services de garde ne sont pas tenus de se doter d'une politique sur la prise en charge d'un enfant malade, mais il pourrait être judicieux de connaître les infections courantes ou graves.

Les coûts potentiels

Pendant l'automne et l'hiver 1996 et 1997, on a administré un questionnaire portant sur une période de six mois auprès des enfants de 18 à 36 mois qui fréquentaient 48 services de garde du Québec (24). Le taux d'absentéisme était de 2,7 %, et la période moyenne de rhume, de diarrhée ou de vomissements, en pourcentage, était de 23,4 %, de 2,3 % et de 0,9 %, respectivement, la durée médiane étant de 8,4 jours, deux jours et un jour, respectivement. Plus de 90 % des parents devaient acheter au moins un médicament pour leur enfant malade, soit 78 % de médicaments en vente libre et 67 % de médicaments sur ordonnance (78 % de ces médicaments étaient des antibiotiques et 18 %, des médicaments pour le traitement de l'asthme). Selon des évaluations supplémentaires, chaque enfant recevait deux médicaments sur ordonnance par période de six mois. Dans l'ensemble, le coût estimatif des médicaments s'élevait à 5,84 \$ par mois. En outre, chaque enfant s'était rendu 2,4 fois chez un médecin pendant la période d'étude de six mois, pour un coût estimatif de 8,18 \$ par enfant par mois. Ces résultats représentent des frais médicaux moins élevés que dans les études américaines et internationales, ce qui reflète probablement la différence de structure d'honoraires des médecins au Québec et dans le reste du Canada. Le coût moyen total des soins d'un enfant était évalué à 43,13 \$ par enfant par IVRS et, selon une incidence de 6,1 IVRS, un coût total de 260,96 \$ pendant la période d'étude de six mois. En plus des coûts des médicaments et des visites chez le médecin, ce montant tenait compte du temps de travail perdu et de la nécessité d'embaucher une gardienne. Une analyse plus approfondie des coûts indiquait que dans l'ensemble de la province de Québec, le coût de tous les enfants de 18 à 36 mois atteints d'une IVRS fréquentant un service de garde s'élèverait à un peu plus de un million de dollars par période de six mois, pendant l'automne et l'hiver (24). On ne sait pas en quoi les coûts seraient comparables si ces mêmes enfants restaient à la maison. Ces coûts dépendraient de la perte éventuelle de salaire d'un parent qui devrait rester à la maison pour s'occuper de l'enfant malade.

Il faudrait envisager de mettre sur pied plus de services de garde pour enfants malades où travailleraient des dispensateurs de soins. Selon un sondage de 1998 (25), on dénombrait 323 services de garde pour enfants malades aux États-Unis, et on pensait qu'ils assuraient une meilleure satisfaction des parents, qu'ils réduisaient l'anxiété des parents et qu'il diminuait l'absentéisme au travail. On estime que les mères au travail ont besoin de prendre de 5,6 à 28,8 jours de congé par année pour s'occuper de leurs enfants malades. Dans un sondage (26) auprès de services de garde autorisés de la Caroline du Nord (aux États-Unis), 70 % des 134 mères au travail sondées

auraient aimé profiter d'une possibilité de service de garde pour enfants malades à l'extérieur de la maison, y compris une salle d'infirmier au service de garde habituel de l'enfant ou au milieu de travail du parent. Non seulement ces possibilités auraient-elles un potentiel positif sur le bien-être de la mère, mais d'après les données du recensement de 1985 aux États-Unis, elles permettraient d'épargner de deux à douze milliards de dollars par année en frais d'absentéisme au travail (26). On ne sait pas combien de services de ce genre existent au Canada.

RECOMMANDATIONS

- Tous les services de garde doivent se doter d'une politique écrite (conformément aux politiques provinciales ou territoriales en matière de santé) sur la prise en charge d'un enfant malade, et la réviser avec tout le personnel. Cette politique doit contenir de l'information pour dépister une maladie ou une blessure nécessitant des soins d'urgence et déterminer les situations où il faut appeler une ambulance, le bon usage des antibiotiques, les caractéristiques des infections pédiatriques courantes et la marche à suivre en matière d'exclusion du milieu de garde. Pour contribuer à contrôler les flambées, il faut documenter la raison de l'exclusion. Il faut prévoir un nombre suffisant d'éducatrices pour qu'au moins un adulte reste avec un enfant malade en attendant son départ à la maison ou l'arrivée des secours médicaux. Il faut informer les parents de cette politique.
- Tout le personnel doit posséder une formation en premiers soins de base et en réanimation cardiorespiratoire

(p. ex., certification en soins immédiats en réanimation cardiorespiratoire).

- Les protocoles pour laver les mains, changer les couches et aller aux toilettes doivent s'accompagner d'information écrite et visuelle et être révisés par l'ensemble du personnel. Il faut assurer l'accès à des aires de lavage des mains ou à des distributeurs de désinfectant pour les mains.
- Les enfants et les éducatrices doivent recevoir tous les vaccins recommandés dans leur province ou leur territoire.
- Les services de garde doivent connaître le risque de blessure et savoir comment prévenir les blessures les plus graves et les plus fréquentes. Le respect des ratios de supervision et une supervision de qualité par des adultes sont essentiels pour prévenir les blessures.
- Les services de garde doivent effectuer des vérifications hebdomadaires, mensuelles, saisonnières et annuelles systématiques de la sécurité et se servir des recommandations de l'ouvrage *Le bien-être des enfants* comme référence en matière de sécurité.
- Le matériel et les surfaces de jeu doivent respecter les recommandations de l'Association canadienne de normalisation (www.csa.ca). Les enfants d'âge préscolaire ne doivent utiliser que le matériel conçu pour leur groupe d'âge.
- Les employeurs devraient envisager de permettre à leurs employés de prendre congé, sans les pénaliser, pour prendre soin de leur enfant malade qui doit être exclu du service de garde.

RÉFÉRENCES

1. Société canadienne de pédiatrie, comité de la pédiatrie communautaire. [auteure principale : M Lang]. Les répercussions de la fréquentation des services de garde sur la santé des enfants. Partie A : Les tendances canadiennes des issues du comportement et du développement sur les enfants en service de garde. *Paediatr Child Health* 2008;13:869-74.
2. Grenier D, Leduc D, éd. *Le bien-être des enfants : Un guide sur la santé en milieu de garde*, 2^e éd. Ottawa: Société canadienne de pédiatrie, 2008.
3. Schwebel DC, Brezausk CM, Belsky J. Does time spent in child care influence risk of unintentional injury? *J Pediatr Psychol* 2006;31:184-93.
4. Alkon A, Genevro JL, Kaiser PJ, Tschann JM, Chesney M, Boyce WT. Injuries in child-care centers: Rates, severity and etiology. *Pediatrics* 1994;94:1043-6.
5. Mackenzie SG, Sherman GJ. Day-care injuries in the data base of the Canadian hospitals injury reporting and prevention program. *Pediatrics* 1994;94:1041-3.
6. Vancouver Island Health Authority. BC Injury Research and Prevention Unit. Reported injuries in child care services 2006:1-33.
7. Briss PA, Sacks JJ, Addiss DG, Kresnow M, O'Neil J. A nationwide study of the risk of injury associated with day care centre attendance. *Pediatrics* 1994;93:364-8.
8. Ying J, Braithwaite J, Kogon R. Needs assessment of child care centres in the former city of Toronto. *Can J Public Health* 1998;89:308-14.
9. Sellström E, Bremberg S. Education of staff – a key factor for a safe environment in day care. *Acta Paediatr* 2000;89:601-7.
10. Dales RE, Cakmak S, Brand K, Judek S. Respiratory illness in children attending daycare. *Pediatr Pulmonol* 2004;38:64-9.
11. Dubois L, Girard M. Breast-feeding, day-care attendance and the frequency of antibiotic treatments from 1.5 to 5 years: A population-based longitudinal study in Canada. *Soc Sci Med* 2005;60:2035-44.
12. Collet JP, Burtin P, Kramer MS, Floret D, Bossard N, Ducruet T. Type of day-care setting and risk of repeated infections. *Pediatrics* 1994;94:997-9.
13. Kotch JB, Weigle KA, Weber DJ et coll. Evaluation of an hygienic intervention in child day-care centers. *Pediatrics* 1994;94:991-4.
14. Meucke CJ, Béliveau C, Rahme E, Soto JC, Gyorkos TW. Hepatitis A seroprevalence and risk factors among day-care educators. *Clin Invest Med* 2004;27:259-64.
15. Foy HM, Swenson PD, Freitag-Koontz MJ, Boase J, Tianji-Yu, Alexander ER. Surveillance for transmission of hepatitis B in child day care. *Pediatrics* 1994;94:1002-4.
16. Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation [auteure principale : D Moore]. Une morsure dans la salle de jeu : La prise en charge des morsures humaines en milieu de garde. *Paediatr Child Health* 2008;13:522-6.
17. Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation [auteure principale : J Robinson]. La transmission verticale du virus de l'hépatite C : Les connaissances et les enjeux courants. *Paediatr Child Health* 2008;13:536-41.
18. Sargent SJ, Martin JT. Scabies outbreak in a day-care center. *Pediatrics* 1994;94:1012-3.
19. Dobbins JG, Adler SP, Pass RF, Bale JF Jr, Grillner L, Stewart JA. The risks and benefits of cytomegalovirus transmission in child day care. *Pediatrics* 1994;94:1016-8.
20. Sherman PM. Appropriate strategies for testing and treating *Helicobacter pylori* in children: When and how? *Am J Med* 2004;117:30S-5S.

21. Skull SA, Ford-Jones EL, Kulin NA, Einarson TR, Wang EE. Child care centre staff contribute to physician visits and pressure for antibiotic prescription. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:180-3.
22. Elston DM. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:1-16.
23. Slack-Smith LM, Read AW, Darby J, Stanley FJ. Health of caregivers in child care. *Child Care Health Dev* 2006;32:111-9.
24. Carabin H, Gyorkos TW, Soto JC, Penrod J, Joseph L, Collet JP. Estimation of direct and indirect costs because of common infections in toddlers attending day care centers. *Pediatrics* 1999;103:556-64.
25. Herman RE, Koppa D, Sullivan P. Sick-child daycare promotes healing and staffing. *Nurs Manage* 1999;30:46-7.
26. Landis SE, Earp JA. Sick child care options: What do working mothers prefer? *Women Health* 1987;12:61-77.

COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE

Membres : Docteurs Minoli Amit, St Martha's Regional Hospital, Antigonish (Nouvelle-Écosse); Carl Cummings, Montréal (Québec); Barbara Grueger, Whitehorse General Hospital, Whitehorse (Yukon); Mark Feldman (président), Toronto (Ontario); Mia Lang, Royal Alexandra Hospital, Edmonton (Alberta); Janet Grabowski (représentante du conseil), Winnipeg (Manitoba)

Conseillère : Docteure Anita Greig, Mount Sinai Hospital, Toronto (Ontario)

Représentant : Docteur David Wong, Summerside (Île-du-Prince-Édouard) (Société canadienne de pédiatrie, section de la pédiatrie générale)

Auteure principale : Docteure Mia Lang, Royal Alexandra Hospital, Edmonton (Alberta)

Les recommandations contenues dans le présent document ne sont pas indicatrices d'un seul mode de traitement ou d'intervention.

Des variations peuvent convenir, compte tenu de la situation.

Tous les documents de principes et les articles de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement évalués, révisés ou supprimés, au besoin.

Pour en obtenir la version à jour, consultez la zone « Documents de principes » du site Web de la SCP (www.cps.ca/Francais/publications/Enonces.htm).