

# La carie de la petite enfance dans les communautés autochtones

Un document de principes conjoint avec l'*American Academy of Pediatrics*

*JD Irvine, S Holve, D Krol, R Schroth; Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, et American Academy of Pediatrics, comité de la santé des enfants autochtones américains*



Société  
canadienne  
de pédiatrie

English on page 351  
Résumé en page 351

Les enfants autochtones du Canada (Premières nations, Inuits et Métis) et des États-Unis (autochtones américains et autochtones de l'Alaska [AA et ADA]) affrontent de nombreuses disparités en matière de santé par rapport aux populations générales américaines et canadiennes. Les disparités des enfants autochtones en matière de santé buccodentaire illustrent de nombreuses inégalités ainsi que toute l'importance de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des services de soins aux jeunes enfants dans leur communauté. Divers organismes disposent de lignes directrices pour inclure la promotion de la santé, la prévention des maladies et les services de soins dentaires précoces. Cependant, la gravité de la maladie dentaire et les obstacles aux soins dans les communautés autochtones doivent être pris en considération.

La carie de la petite enfance (CPE) se définit comme la présence d'une carie touchant une dent primaire chez un enfant de moins de six ans (1). La population l'appelle également carie du nourrisson, mais CPE reflète mieux la complexité du processus de la maladie, qui inclut la transmission de bactéries infectieuses, les habitudes alimentaires et l'hygiène buccodentaire. La CPE est une maladie infectieuse, le *Streptococcus mutans* en étant l'organisme étiologique dominant. La triade étiologique de la carie inclut la présence de bactéries cariogènes, le régime (exposition à des glucides fermentescibles) et la susceptibilité de l'hôte (intégrité de l'émail). La CPE est qualifiée de maladie infectieuse pédiatrique la plus prévalente et de principale maladie chronique chez les enfants (2).

Les effets de la CPE dépassent la cavité buccale et influent sur l'ensemble de la santé et du bien-être, déjà compromis pour de nombreux enfants autochtones. La CPE s'associe à d'autres maladies infectieuses, telles que les maladies respiratoires et l'otite moyenne aiguë pendant la première année de vie. Cependant, ces liens sont faibles et peuvent être indicateurs de facteurs de risques partagés (3). Lorsqu'on la laisse progresser, la CPE peut devenir douloureuse et modifier la mastication, l'alimentation et le sommeil, en plus de risquer de limiter la croissance (3). La perte d'une dent pendant la petite enfance peut entraîner des troubles d'élocution et des troubles d'estime de soi liés à l'apparence. On sait que les enfants ayant une CPE sont plus vulnérables à la carie de la dentition primaire et permanente et peuvent également présenter une malposition et un chevauchement des dents permanentes, responsables d'une malocclusion (4). La carie dentaire peut également s'associer à l'obésité chez les enfants de familles défavorisées, peut-être à cause de facteurs de risque partagés (5). Une CPE plus importante a également comme conséquence de souvent exiger un traitement important sous anesthésie générale, une intervention beaucoup trop courante chez les enfants autochtones (6).

## L'ÉTAT DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES ENFANTS AUTOCHTONES

La mauvaise santé buccodentaire des enfants autochtones du Canada et des États-Unis constitue un problème de santé publique majeur. Dans certaines communautés autochtones canadiennes, la prévalence de CPE dépasse les 90 % (4). De même, aux États-Unis, les disparités en matière de santé buccodentaire chez les enfants autochtones sont importantes et pourraient même être à la hausse. Une enquête de 1999 menée par les *Indian Health Services* (IHS) auprès de 2 663 enfants AA et ADA de deux à cinq ans a révélé que 68 % présentaient une carie non traitée, soit un taux au-delà de trois fois supérieur à celui observé chez les enfants ayant participé à la *National Health and Nutrition Examination Survey* (19 %) (7). La même enquête a démontré que 60 % des enfants AA et ADA d'âge préscolaire avaient une CPE importante, composée de carie sur une incisive maxillaire ou d'au moins six dents cariées. Lorsqu'on compare ces résultats à une enquête similaire menée en 1991, on constate une augmentation statistiquement significative du nombre de dents cariées, manquantes ou obturées chez les enfants AA et ADA (7).

Une CPE plus importante a également comme conséquence majeure d'exiger une chirurgie dentaire pédiatrique sous anesthésie générale, qui s'associe au fardeau économique des frais de santé, de transport et d'hébergement pour les familles qui partent de communautés éloignées pour se faire traiter en centre urbain (8). Malheureusement, outre les risques potentiels de l'anesthésie générale pour la santé, les bienfaits du traitement de restauration sous anesthésie générale peuvent être de courte durée, car les rechutes et les caries récurrentes sont courantes lorsqu'on ne maintient pas de comportements d'hygiène dentaire convenables après l'opération (9,10). La nécessité d'un traitement opératoire de la CPE est démontrée par le fait que la chirurgie dentaire pédiatrique est la principale intervention chirurgicale ambulatoire effectuée dans de nombreux hôpitaux pédiatriques canadiens (11). Cette intervention est liée à des temps d'attente importants (12,13). Des études récentes indiquent également qu'un grand nombre d'enfants des Premières nations ayant des caries dentaires ont besoin d'interventions dentaires répétées sous anesthésie générale (6).

## LES FACTEURS DE RISQUE DE LA CPE

Une multitude de facteurs de risques sont liés à la CPE, mais la pauvreté demeure le plus important (14). Malheureusement, les enfants autochtones des États-Unis et du Canada subissent des taux de pauvreté au-delà de deux fois supérieurs à ceux de la population générale, car environ 52 % des enfants des Premières

nations du Canada vivent dans la pauvreté (15,16), comparative-ment à 36 % des enfants AA et ADA des États-Unis et à un maximum de 60 % des enfants de parents monoparentaux qui habitent dans les réserves (17).

Le modèle de maladie infectieuse de la carie laisse croire à l'influence de la pauvreté, de la surpopulation des ménages, de la dimension des familles, de l'alimentation, des comportements de santé, des pratiques parentales et d'autres facteurs de risque. On constate une association entre l'état de santé buccodentaire des parents et celui de leur nourrisson (18). Des facteurs alimentaires influent sur l'accessibilité des glucides fermentescibles requis pour favoriser la formation de caries, mais également sur la susceptibilité de l'hôte, car la formation de l'émail des dents primaires est influencée par l'alimentation prénatale et du jeune nourrisson (19). Au sein des populations AA, on a établi que la CPE s'associe à des pratiques parentales comme l'utilisation prolongée du biberon ou de la tasse d'entraînement contenant des boissons sucrées et une forte fréquence quotidienne de collations sucrées (19-23). La fumée secondaire et le tabagisme de la mère sont également liés à une augmentation du risque de caries chez les enfants (24,25).

### LES STRATÉGIES PRÉVENTIVES

Le traitement restaurateur ou chirurgical de la CPE est complexe et coûteux pour tous les enfants, surtout pour ceux des communautés éloignées, et il est peu susceptible de résoudre la maladie dentaire dans les communautés autochtones. La prévention de la maladie constitue probablement la solution la plus rentable et la meilleure à long terme contre les problèmes de santé buccodentaire au sein de ces communautés (26). La prévention primaire de la maladie dentaire ne préserve pas seulement une saine dentition, mais réduit l'énorme demande actuelle de soins restaurateurs et chirurgicaux. Puisque la CPE résulte d'une interaction entre les bactéries orales, le substrat et l'hôte, ainsi qu'entre les conditions familiales, économiques et sociales, il faut adopter des stratégies de promotion de la santé qui font ressortir l'importance du développement communautaire et tiennent compte des déterminants de la santé, sans oublier des stratégies axées sur la prévention des maladies (27,28). Ces mesures exigeront la collaboration des communautés autochtones, des praticiens de la santé dentaire et des soins primaires, des dispensateurs de soins publics, ainsi que des décideurs politiques, d'autres décideurs et des chercheurs auprès de jeunes enfants.

#### La promotion de la santé buccodentaire

La promotion de la santé buccodentaire, tout comme la promotion globale de la santé, devrait faire partie d'une stratégie globale de vie saine, parce que de nombreuses disparités en matière de santé ont des origines sous-jacentes similaires. Soulignons les problèmes socioéconomiques, la disponibilité des aliments, le coût des choix nutritifs dans les communautés éloignées et l'exposition à la fumée secondaire. De plus, les taux d'allaitement ainsi que de sensibilisation, d'accès aux aliments nutritifs et de disponibilité de ces aliments sont tous si bas qu'ils en sont inacceptables.

#### La prévention des maladies

Malheureusement, la première expérience dentaire de nombreux enfants autochtones se produit lors du traitement de caries plutôt que de soins préventifs. En fait, des visites dentaires régulières ne sont pas la norme pour de nombreux enfants autochtones (29). La perception selon laquelle la première dentition n'est pas importante et que la CPE et la chirurgie dentaire sont des aspects inévitables de l'enfance peut faire obstacle à l'adoption des stratégies dentaires offertes (29,30). On pourrait

réduire ces obstacles en sensibilisant la population davantage à l'importance de la santé buccodentaire pour le bien-être global de l'enfant, aux conséquences d'une mauvaise santé buccodentaire, y compris les risques d'une anesthésie générale, et à la possibilité de prévenir la CPE.

La prévention de la CPE devrait commencer pendant la période prénatale, se poursuivre pendant la période périnatale, puis auprès de la mère et du nourrisson dans un contexte familial et pendant les programmes préscolaires (31,32). Étant donné les données probantes sur la transmission verticale de bactéries cariogènes, surtout de la mère à l'enfant, on peut utiliser les stratégies suivantes pour contribuer à prévenir ou à retarder la CPE : faire participer les femmes enceintes au dépistage de la santé buccodentaire, aux traitements dentaires et à l'éducation sur l'hygiène buccodentaire et favoriser une meilleure alimentation et l'utilisation de dentifrice fluoré (31). De récentes lignes directrices appuient la sécurité des soins dentaires pendant la grossesse pour réduire ou retarder la CPE chez les nourrissons (33-35). Les visites prénatales peuvent également fournir une occasion de mieux faire connaître l'importance de la santé buccodentaire pour les mères et leur nourrisson.

#### Le fluor

De nombreux organismes nationaux et internationaux, de nombreuses agences et de nombreux gouvernements, y compris l'Organisation mondiale de la santé, le chirurgien général des États-Unis, les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis, Santé Canada, l'*American Dental Association*, l'*American Academy of Pediatric Dentistry*, l'Association dentaire canadienne, l'Académie canadienne de dentisterie pédiatrique, l'*American Academy of Pediatrics* et la Société canadienne de pédiatrie, appuient fortement l'utilisation du fluor pour prévenir et contrôler la carie. Le fluor est reconnu par l'*American Dental Association*, l'*American Academy of Pediatric Dentistry* et l'Association dentaire canadienne comme une stratégie sécuritaire et hautement efficace pour prévenir et contrôler les caries (36-40). De nombreux produits contiennent du fluor. Pour être efficace, il faut adhérer à son utilisation (p. ex., le dentifrice) ou avoir accès aux soins dentaires ou à un financement (p. ex., le vernis fluoré).

La fluoration de l'eau, qui n'exige pas une adhésion quotidienne, est considérée comme efficace et peu coûteuse et comme favorisant l'égalité puisqu'elle profite à tous, quel que soit leur statut socioéconomique (2,41). L'Organisation mondiale de la santé déclare que la fluoration a d'importants avantages, notamment dans les groupes très vulnérables, lorsqu'elle est acceptable sur le plan culturel et faisable sur le plan technique (42). Une récente étude non publiée, menée dans des communautés alaskiennes, indique une réduction de 30 % à 50 % du taux de caries lorsque l'eau de la collectivité est fluorée, même si l'on tient compte d'autres facteurs de risque (communication personnelle, Michael Bruce, *Arctic Investigations Program, Centers for Disease Control and Prevention, Alaska* [États-Unis], le 6 juin 2009). En Amérique du Nord, on constate une importante disparité en matière d'accès à la fluoration de l'eau. On estime que 45 % des Canadiens en profitent (43), par rapport à moins de 10 % des populations des Premières nations qui habitaient dans les réserves en 1998 (44). En 2006, l'eau était fluorée dans les collectivités de 69 % des habitants des États-Unis (45). Le rôle qu'a joué la controverse publique pour entraver la fluoration de l'eau dans les communautés autochtones n'est pas documenté.

Il est établi que le fluor administré par voie topique est efficace pour prévenir la carie. Selon une analyse de Collaboration Cochrane, le vernis fluoré réduit considérablement la carie

dentaire, à la fois sur les dents primaires et permanentes (46). Une étude aléatoire et contrôlée sur le vernis fluoré offert au moins deux fois l'an dans des communautés autochtones du nord de l'Ontario (47) a déterminé une réduction de 18 % dans l'incrément moyen de caries sur deux ans chez les enfants autochtones participants et un rapport de risque rajusté d'incidence de la carie près de deux fois plus élevé dans le groupe témoin que dans le groupe s'étant fait appliquer un vernis fluoré. Dans le cadre de cet essai, Lawrence et coll. postulent que le coût des applications de vernis fluoré, bien qu'il soit déjà faible, peut être réduit et que son accès peut augmenter si on accroît le nombre de personnes pour appliquer le vernis fluoré en intégrant d'autres dispensateurs de soins dentaires (tels que les hygiénistes dentaires, les dentothérapeutes et les assistants dentaires) et des dispensateurs de soins primaires (tels que les infirmières hygiénistes, les auxiliaires médicaux et d'autres agents de santé communautaire) formés pour le faire (47). Dans plus de 140 communautés des Premières nations du Canada qui participent à l'Initiative en santé buccodentaire des enfants, des professionnels de la santé dentaire et des auxiliaires formés appliquent le vernis fluoré (48). Il existe des initiatives similaires aux États-Unis, où 37 États remboursent aux dispensateurs de soins primaires les services préventifs en santé buccodentaire, y compris l'application de vernis fluoré, et les services aux enfants admissibles au régime public d'assurance-santé de moins de trois ans pendant les visites des enfants en santé (communication personnelle, Amos S Deinard, département de pédiatrie, université du Minnesota, États-Unis, le 2 novembre 2009) (49). L'application de vernis fluoré à la fin de la visite de l'enfant en santé mais avant la vaccination dans une clinique pédiatrique des IHS était perçue comme un moyen efficace d'atteindre plus d'enfants AA et ADA (50). Les IHS considèrent qu'au moins quatre applications topiques de vernis fluoré entre neuf et 24 mois constituent la pratique exemplaire auprès des enfants qui participent aux programmes *Head Start* des États-Unis. (51).

D'après l'*American Academy of Pediatric Dentistry*, l'Association dentaire canadienne, l'*American Academy of Pediatrics* et la Société canadienne de pédiatrie, les suppléments de fluor sont pertinents pour les enfants très vulnérables à la carie dentaire et peuvent être nécessaires si le patient ne reçoit pas une quantité suffisante de fluor d'autres sources, telles que l'eau et le dentifrice (37-40). La plupart des enfants autochtones font partie de la catégorie très vulnérable à la carie dentaire, et peu de communautés autochtones canadiennes ont accès à l'eau potable fluorée. Fait important, l'adhésion aux suppléments peut représenter un problème, notamment chez les enfants les plus vulnérables. Une récente analyse systématique des suppléments de fluor a conclu que les données probantes sur la prévention de la carie sur les dents primaires sont faibles et erratiques (52). La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada ne recommande pas les suppléments de fluor chez les enfants des Premières nations, insistant davantage sur l'hygiène buccodentaire, le vernis fluoré et le dentifrice fluoré (communication personnelle, docteur P Cooney, Dentiste en chef, Santé Canada, Ottawa [Ontario], le 23 mars 2010) (53).

Les lignes directrices de l'Association dentaire canadienne et de l'*American Academy of Pediatric Dentistry* appuient l'utilisation de dentifrice fluoré deux fois par jour : il faudrait aider les enfants (de deux à cinq ans dans les lignes directrices de l'*American Academy of Pediatric Dentistry* et de trois à six ans dans celles de l'Association dentaire canadienne) à utiliser une petite quantité de dentifrice fluoré (de la taille d'un pois) pendant le brossage, tandis que les nourrissons (de moins de deux ans dans

les lignes directrices de l'*American Academy of Pediatric Dentistry* et de moins de trois ans dans celles de l'Association dentaire canadienne) devraient se faire brosser les dents par un adulte au moyen d'une quantité minimale de dentifrice fluoré (de la taille d'un grain de riz), notamment chez les enfants très vulnérables à la carie dentaire (37-38). Compte tenu du risque élevé de carie dentaire chez les enfants autochtones, il faudrait encourager l'utilisation supervisée de dentifrice fluoré chez les enfants autochtones, et ce dès l'éruption de la première dent.

#### La résine de scellement

La résine de scellement est généralement utilisée sur les surfaces occlusales des dents afin d'éviter la carie dentaire dans les creux et les fissures. De récentes analyses ont déterminé un consensus : dans les populations très vulnérables à la carie dentaire, telles que les populations inuites et des Premières nations, tous les enfants devraient se faire appliquer un résine de scellement, certaines publications en appuyant l'application tant sur les molaires primaires que sur les molaires permanentes (54,55). Cependant, il faudrait peut-être promouvoir l'utilisation de résine de scellement sur les dents primaires, car certains professionnels de la dentisterie ne l'envisagent que sur les dents permanentes.

#### L'ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ BUCCODENTAIRE PRÉCOCES ET LE RÔLE DES DISPENSATEURS DE SOINS PRIMAIRES

Une mesure des obstacles géographiques et liés à la main-d'œuvre dans la prévention et les soins de la CPE est présentée dans l'enquête de 1999 sur la santé buccodentaire des AA et des ADA (56), qui démontre que 68 % des enfants AA et ADA de deux à cinq ans ont des caries non traitées, par rapport à seulement 19 % du nombre total d'enfants des États-Unis. Étant donné l'épidémie de CPE dans les communautés AA et ADA, on constate une grave pénurie de main-d'œuvre en dentisterie. Le ratio entre les dentistes et la population est de 1:2 800 dans les communautés AA et ADA, par rapport à une moyenne de 1:1 500 aux États-Unis (56). Cette situation est peu susceptible de s'améliorer dans un avenir rapproché, car le taux de vacances de dentistes des IHS est supérieur à ce qu'il a été depuis de nombreuses années, s'élevant actuellement à 24 % malgré les efforts de recrutement (57). Des démarches novatrices de recrutement et de planification des effectifs s'imposent, y compris l'expansion du rôle des autres membres de l'équipe de santé dentaire et d'autres dispensateurs de soins primaires en santé buccodentaire. Ces démarches devraient être axées sur la prestation de stratégies de prévention.

Plusieurs associations professionnelles, dont l'*American Academy of Pediatric Dentistry*, l'Association dentaire canadienne, l'*American Academy of Pediatrics* et la Société canadienne de pédiatrie, demandent des soins de santé dentaire complets par les dentistes et un examen de la santé buccodentaire des nourrissons dans les six mois suivant l'éruption de la première dent, ou avant l'âge de 12 mois (58,59). Le manque d'accès aux soins dentaires contribue aux disparités en matière de santé buccodentaire observées chez les enfants AA, ADA (60) et autochtones du Canada. Malheureusement, de nombreux dentistes et dispensateurs de soins primaires ne connaissent pas ces nouvelles recommandations ou hésitent à examiner et à traiter de très jeunes patients en raison d'une formation insuffisante. Cette situation limite l'accès à des soins de prévention précoces auprès des populations très vulnérables (61). Le nombre insuffisant de dentistes et les défis liés au recrutement et à la rétention de dentistes dans les cliniques des IHS, dans les établissements de santé tribaux et dans les communautés autochtones éloignées

**TABLEAU 1**  
**Qualité des preuves et catégories de recommandations à l'égard des recommandations personnelles sur le plan clinique et préventif**

Recommandation	US Preventive Services Task Force (63)		Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (64)	
	Qualité	Degré de certitude	Qualité	Catégorie de recommandation
Utiliser l'entrevue motivationnelle et les conseils préventifs sur l'hygiène buccodentaire et le régime alimentaire auprès des parents et des autres personnes qui s'occupent de nourrissons et d'enfants.	B	Modéré	B	II-3
Promouvoir l'utilisation supervisée de dentifrice fluoré chez tous les enfants autochtones et les autres enfants très vulnérables après l'éruption de la première dent (un soupçon de dentifrice pour les nourrissons, et de la taille d'un pois pour les enfants).	A	Élevé	A	I
Les infirmières en santé communautaire, les médecins de famille ou les pédiatres devraient procéder au dépistage de la santé buccodentaire pendant les évaluations de la santé des enfants et proposer un aiguillage vers des dispensateurs de soins dentaires, au besoin.	B	Modéré	B	II-3
Fournir aux femmes le dépistage préconceptionnel et prénatal en santé buccodentaire, des conseils préventifs sur la santé et l'hygiène buccodentaire et un aiguillage vers des soins dentaires, au besoin.	B	Modéré	B	I
S'assurer que tous les enfants autochtones ont accès à :				
a) une série d'applications de vernis fluoré;	A	Modéré	A	II-1
b) une évaluation pour déterminer la nécessité de se faire appliquer de la résine de scellement sur les sillons profonds et les fissures.	A	Élevé	A	I

ÉU États-Unis. Les références sont indiquées en en-tête, entre parenthèses. Se reporter à l'annexe 1 (accessible à [www.cps.ca](http://www.cps.ca)) pour obtenir une définition de la qualité des preuves et des catégories de recommandations

entraînent des problèmes d'accès importants. Dans certaines communautés autochtones, d'autres membres de l'équipe de santé buccodentaire procurent des éléments d'un programme de santé buccodentaire complet, appuyé par les dentistes. Santé Canada sanctionne la formation de dentothérapeutes et leur travail dans les communautés des Premières nations (48). Les dentothérapeutes sont couramment envoyés dans les communautés du Grand Nord de certaines provinces et certains territoires canadiens, et récemment, un programme d'auxiliaires en santé dentaire a essaimé en Alaska. Le recours efficace à des auxiliaires en santé dentaire bien choisis est perçu par certains membres de l'*American Dental Association* comme la solution pour améliorer la santé dentaire des Autochtones de l'Alaska (26), mais on ne s'entend pas sur la portée de ces rôles et l'étendue de la pratique des divers types d'auxiliaires en santé dentaire.

Les dispensateurs de soins primaires de diverses communautés autochtones de l'Amérique du Nord (pédiatres, médecins de famille, infirmières praticiennes, infirmières en santé communautaire, auxiliaires médicaux, etc.) se trouvent dans une position privilégiée pour compléter le travail des professionnels de la santé dentaire. Ces dispensateurs de soins ont souvent l'occasion d'examiner les jeunes enfants bien avant qu'ils soient vus par du personnel en santé dentaire. Dans bien des communautés autochtones, des cliniques de visites des bébés en santé, des cliniques de santé des nourrissons et des cliniques de vaccination sont régulièrement offertes par les infirmières en santé communautaire et les médecins. Ces dispensateurs ont l'occasion de souligner l'importance d'une bonne hygiène buccodentaire dans le cadre de leurs activités globales de promotion de la santé. De plus, ils peuvent être en mesure d'offrir le dépistage de la santé buccodentaire auprès des nourrissons et des jeunes enfants ainsi que de proposer des aiguillages vers des professionnels de la santé dentaire. L'*American Academy of Pediatrics*, par son *Oral Health Initiative*, a élaboré des programmes de formation en santé buccodentaire des enfants en vue d'intégrer ces concepts aux soins pédiatriques réguliers (62). Cette formation contribue à compléter le document de principes actuel de l'*American Academy of Pediatrics* sur la santé buccodentaire des enfants (39,58).

## LES RECOMMANDATIONS SUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Se reporter au tableau 1 pour connaître les catégories de recommandations (63,64).

### Les soins cliniques

- La CPE devrait être considérée comme une maladie infectieuse influencée par divers facteurs, y compris les conditions socioéconomiques, les pratiques parentales et l'alimentation de la mère et du nourrisson.
- La santé buccodentaire pendant la petite enfance devrait faire partie du suivi global de santé et de bien-être des enfants.
- Il faudrait parler de la santé buccodentaire pendant les visites des enfants en santé dans le cadre d'entrevues motivationnelles et de conseils préventifs sur l'hygiène buccodentaire et le régime alimentaire auprès des parents et des personnes qui s'occupent de nourrissons et d'enfants.
- Il faudrait promouvoir l'utilisation supervisée de dentifrice fluoré (de la taille d'un grain de riz pour les nourrissons, et d'un pois pour les enfants) deux fois par jour chez tous les enfants autochtones et autres enfants très vulnérables après l'éruption de la première dent.
- Les infirmières communautaires, les médecins de famille ou les pédiatres devraient effectuer un dépistage en santé buccodentaire pendant les évaluations de santé de la petite enfance et proposer des aiguillages vers des dispensateurs de soins de santé dentaire, au besoin.
- Les femmes des collectivités autochtones devraient avoir accès à un dépistage préconceptionnel et prénatal de santé buccodentaire et à des conseils préventifs en santé et en hygiène buccodentaire, et il faudrait les aiguiller vers des soins dentaires, au besoin.
- Les dispensateurs de soins primaires devraient savoir si les diverses communautés autochtones faisant partie de leur zone de rayonnement ont accès au fluor dans l'eau potable.

### Les initiatives de promotion communautaire

- Il faudrait promouvoir la modification des pratiques de consommation fréquente de boissons et de collations sucrées dans les communautés autochtones par l'éducation et l'amélioration du choix d'aliments disponibles.
- Il faudrait recourir à des activités communautaires pour faire ressortir l'importance de la santé buccodentaire de la femme enceinte et de ses nourrissons.

### Les problèmes de main-d'œuvre et d'accès

- L'accès à des professionnels de la santé dentaire (c'est-à-dire la création d'un centre de santé dentaire) devrait être assuré avant l'âge de 12 mois pour garantir une promotion complète de la santé buccodentaire et des services interceptables de prévention des maladies.
- Tous les enfants autochtones devraient avoir accès à un calendrier probant d'application de vernis fluoré et à une évaluation pour déterminer s'ils ont besoin de se faire appliquer de la résine de scellement sur les sillons profonds et les fissures des dents primaires. Il faudrait recourir à des professionnels de la santé parallèle et à des auxiliaires en santé dentaire (ou à des non-professionnels des soins aux enfants ayant reçu une formation à cet effet, tels que des éducateurs de la petite enfance) pour assurer l'accès aux programmes d'application de vernis fluoré. Le vernis fluoré peut être appliqué dans le cadre des cliniques régulières de santé infantile (visites des enfants en santé ou des enfants malades), par des auxiliaires de la santé, des agents de santé communautaire, des médecins de famille ou des pédiatres qui ont tous reçu la formation nécessaire. Lorsque des programmes sont en place, il faudrait en encourager la participation.
- Il faudrait offrir des services de santé buccodentaire aux femmes enceintes des communautés autochtones afin qu'elles se fassent nettoyer et examiner les dents et subissent les traitements périodontiques et dentaires nécessaires avant la naissance de leur bébé.
- Il faudrait envisager le rôle possible des autres dispensateurs de soins dentaires et de soins primaires dans les régions où il est difficile de recruter et de conserver un nombre suffisant de dentistes afin d'offrir des services de santé buccodentaire et de promouvoir une première visite dentaire avant la fin de la première année de vie.
- Il faudrait offrir des occasions de formation sur les compétences culturelles aux dentistes, aux hygiénistes dentaires, aux dentothérapeutes et aux auxiliaires en santé dentaire afin qu'ils travaillent dans les communautés autochtones. Il faudrait préconiser une plus grande présence de personnes autochtones dans les professions de la santé buccodentaire.
- Il faudrait intégrer la formation en santé buccodentaire aux programmes de résidence en pédiatrie et en médecine de famille.

### La défense d'intérêts

- Il faudrait fournir de l'information aux communautés autochtones au sujet de la fluoration de l'eau et préconiser des possibilités de fluoration (coûts d'immobilisations et d'entretien et formation des exploitants) de l'eau potable auprès des communautés autochtones et pour leur compte.
- Il faudrait prôner un financement suffisant afin de donner accès à des programmes de vernis fluoré ainsi qu'à d'autres

services de prévention et de traitement de la santé buccodentaire auprès des populations autochtones.

### La recherche

- Il faudrait appuyer des recherches communautaires participatives sur l'épidémiologie, la prévention, la prise en charge et la microbiologie de la CPE dans les communautés autochtones, ainsi que sur des projets de prévention de la CPE.

---

**REMERCIEMENTS :** Les auteurs remercient Rebecca L Slayton, DDS, Ph. D., Rocio Quinonez, DMD, M. Sc., MGSS, FRCDC, et Michael J Young, MD. Ils remercient également le docteur Peter Cooney, BDS, LDM, DDPH, M. Sc., FRCDC, dentiste en chef de Santé Canada, pour sa révision spécialisée. Le comité de nutrition et de gastroentérologie et la section de la santé buccodentaire de la Société canadienne de pédiatrie ont révisé le présent document de principes.

---

### RESSOURCES RECOMMANDÉES (EN ANGLAIS SEULEMENT)

- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Fluoride Therapy. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry, 2008. <[www.aapd.org/media/Polices\\_Guidelines/G\\_FluorideTherapy.pdf](http://www.aapd.org/media/Polices_Guidelines/G_FluorideTherapy.pdf)> (consulté le 15 avril 2011).
- American Academy of Pediatrics. Oral Health Risk Assessment. Training for Pediatricians and Other Child Health Professionals. <[www.aap.org/commpeds/ochs/oralhealth/ohra-cme.cfm](http://www.aap.org/commpeds/ochs/oralhealth/ohra-cme.cfm)> (consulté le 15 avril 2011).
- American Academy of Pediatrics, Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics* 2008;122:1387-94. <<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;122/6/1387>> (consulté le 15 avril 2011).
- Casamassimo P, Holt K, éd. Bright Futures in Practice: Oral Health – Pocket Guide. Washington: National Maternal and Child Oral Health Resource Center, 2004.
- Indian Health Service Head Start
  - Oral Health for Head Start Children: Best Practices
  - HS Head Start Oral Health Tools and Resources. <[www.HeadStart.ihs.gov](http://www.HeadStart.ihs.gov)> (consulté le 15 avril 2011).
- Oral Health and the Aboriginal Child: Knowledge Transfer Site. <<http://oralhealth.circumpolarhealth.org/>> (consulté le 15 avril 2011).

### RÉFÉRENCES

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of early childhood caries (ECC). *Pediatr Dent* 2005;27(7 Reference Manual):13.
2. US Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
3. Schroth RJ, Harrison RL, Moffatt M. Oral health of Indigenous children and the influence of early childhood caries on childhood health and wellbeing. *Pediatr Clin North Am* 2009;56:1481-99.
4. Schroth RJ, Harrison RL, Lawrence HP, Peressini S. Oral Health and the Aboriginal Child: A forum for community members, researchers and policy-makers. *Débats du forum*. Winnipeg, les 7 et 8 juin 2008. <[www.mich.ca/files/docs/Conference\\_Proceedings.pdf](http://www.mich.ca/files/docs/Conference_Proceedings.pdf)> (consulté le 15 avril 2011).
5. Marshall TA, Eichenberger-Gilmore JM, Broffitt BA, Warren JJ, Levy SM. Dental caries and childhood obesity: Roles of diet and

- socioeconomic status. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35:449-58.
6. Schroth R, Smith W. A review of repeat general anesthesia for pediatric dental surgery in Alberta, Canada. *Pediatr Dent* 2007;29:480-7.
  7. Jones CM, Phipps K, Reifel N, Skipper B, Blahut P. The oral health status of American Indian/Alaska Native preschool children: A crisis in Indian Country. *IHS Prim Care Provid* 2001;26:133-7.
  8. Milnes AR, Rubin CW, Karpa M, Tate R. A retrospective analysis of the costs associated with the treatment of nursing caries in a remote Canadian aboriginal preschool population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21:253-60.
  9. Berkowitz RJ, Moss M, Billings RJ, Weinstein P. Clinical outcomes for nursing caries treated using general anesthesia. *ASDC J Dent Child* 1997;64:210-1.
  10. Almeida AG, Roseman MM, Sheff M, Huntington N, Hughes CV. Future caries susceptibility in children with early childhood caries following treatment under general anesthesia. *Pediatr Dent* 2000;22:302-6.
  11. Canadian Paediatric Decision Support Network. Annual Report April 2003-March 2004. Ottawa: Canadian Paediatric Decision Support Network, Association canadienne des centres de santé pédiatriques, 2004.
  12. Lewis CW, Nowak AJ. Stretching the safety net too far waiting times for dental treatment. *Pediatr Dent* 2002;24:6-10.
  13. Schroth RJ, Morey B. Providing timely dental treatment for young children under general anesthesia is a government priority. *J Can Dent Assoc* 2007;73:241-3.
  14. Gibson S, Williams S. Dental caries in pre-school children: Associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children age 1.5 – 4.5 years. *Caries Res* 1999;33:101-3.
  15. US Census Bureau 2007. We the People: American Indians and Alaska Natives in the United States. <[http://factfinder.census.gov/servlet/QTCharIterationServlet?\\_lang=en&\\_ts=322618326953](http://factfinder.census.gov/servlet/QTCharIterationServlet?_lang=en&_ts=322618326953)> (consulté le 6 mai 2011).
  16. Conseil national du bien-être social. First Nations, Métis and Inuit Children and Youth: A Time to Act. Ottawa: National Council of Welfare Reports, 2007:127.
  17. US Census Bureau. Census 2000, Profile of Selected Economic Characteristics: Census 2000 American Indian and Alaska Native Summary File. <<http://factfinder.census.gov>> (consulté le 14 avril 2011).
  18. Mattila ML, Rautava P, Sillanpää M, Paunio P. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res* 2000;79:875-81.
  19. Smith PJ, Moffatt ME. Baby-bottle tooth decay: Are we on the right track? *Int J Circumpolar Health* 1998;57(Suppl 1):155-62.
  20. Lawrence HP, Romanetz M, Rutherford L, Cappel L, Bingham D, Rogers JB. Effects of a community-based prenatal nutrition program on the oral health of Aboriginal preschool children in northern Ontario. *Probe* 2004;38:172-90.
  21. Tsubouchi J, Tsubouchi M, Maynard RJ, Domoto PK, Weinstein P. A study of dental caries and risk factors among Native American infants. *ASDC J Dent Child* 1995;62:283-7.
  22. Weinstein P, Troyer R, Jacobi D, Moccasin M. Dental experiences and parenting practices of Native American mothers and caretakers: What we can learn for the prevention of baby bottle tooth decay. *ASDC J Dent Child* 1999;66:120-6.
  23. Schroth RJ, Smith PJ, Whalen JC, Lekic C, Moffatt M. Prevalence of caries among preschool-aged children in a northern Manitoba community. *J Can Dent Assoc* 2005;71:27.
  24. Aline CA, Moss ME, Auinger P, Weitzman M. Association of pediatric dental caries with passive smoking. *JAMA* 2003;289:1258-64.
  25. Hanioka T, Nakamura E, Ojima M, Tanaka K, Aoyama H. Dental caries in 3-year-old children and smoking status of parents. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2008;22:546-50.
  26. Sekiguchi E, Guay AH, Brown LJ, Spangler TJ. Improving the oral health of Alaska Natives. *Am J Public Health* 2005;95:769-73.
  27. Assemblée des Premières nations, First Nations Information Governance Committee. First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03: Results for Adults, Youth and Children Living in First Nation Communities, 2<sup>e</sup> éd. Ottawa: Assemblée des Premières nations, 2007.
  28. Harrison R. Oral health promotion for high-risk children: Case studies from British Columbia. *J Can Dent Assoc* 2003;69:292-6.
  29. Assemblée des Premières nations, le Centre de gouvernance de l'information des Premières nations. Chapter 32: The health needs of First Nations children: Dental treatment needs and use of dental services. In: Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003: Results for Adults, Youth and Children Living in First Nation Communities, 2<sup>e</sup> éd. Ottawa: Assemblée des Premières nations, 2007:278-86. <[www.rhs-ers.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS\\_2002/rhs2002-03-technical\\_report.pdf](http://www.rhs-ers.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_2002/rhs2002-03-technical_report.pdf)> (consulté le 6 mai 2011).
  30. Peressini S. Using qualitative research methodology to aid in our understanding of children's oral health: An example from Manitoulin Island. In: Schroth RJ, Harrison RL, Lawrence HP, Peressini S. Oral Health and the Aboriginal Child: A Forum for Community Members, Researchers and Policy-makers. Débats du forum. Winnipeg, du 7 au 8 juin 2008. <[www.mich.ca/files/docs/Conference\\_Proceedings.pdf](http://www.mich.ca/files/docs/Conference_Proceedings.pdf)> (consulté le 15 avril 2011).
  31. American Academy of Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs. Guideline on perinatal oral health care. Adopted 2009. In: Clinical Guideline Reference Manual. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry, 2009-2010;31:90-4. <[www.aapd.org/media/Policies\\_Guidelines/G\\_PerinatalOralHealthCare.pdf](http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_PerinatalOralHealthCare.pdf)> (consulté le 15 avril 2011).
  32. American Academy of Pediatric Dentistry, Clinical Affairs Committee, Infant Oral Health Subcommittee. Guideline on infant oral health care. Adopted 2009. In: Clinical Guideline Reference Manual. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry, 2009-2010;31:95-9. <[www.aapd.org/media/Policies\\_Guidelines/G\\_InfantOralHealthCare.pdf](http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_InfantOralHealthCare.pdf)> (consulté le 15 avril 2011).
  33. New York State Department of Health. Oral Health Care During Pregnancy and Early Childhood: Practice Guidelines. Albany: New York State Department of Health, 2006. <[www.health.state.ny.us/publications/0824.pdf](http://www.health.state.ny.us/publications/0824.pdf)> (consulté le 15 avril 2011).
  34. California Dental Association Foundation. Oral Health During Pregnancy and Early Childhood: Evidence-Based Guidelines for Health Professionals. Sacramento: California Dental Association Foundation, 2010. <[www.cdafoundation.org/learn/perinatal\\_oral\\_health](http://www.cdafoundation.org/learn/perinatal_oral_health)> (consulté le 15 avril 2011).
  35. Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, Giglio NW. Oral health care for the pregnant patient. *J Can Dent Assoc* 2009;75:43-8.
  36. American Dental Association. Statement Commemorating the 60th Anniversary of Community Water Fluoridation. Chicago: American Dental Association, 2005. <[www.ada.org/2096.aspx](http://www.ada.org/2096.aspx)> (consulté le 15 avril 2011).
  37. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on fluoride therapy. Révisé en 2008. In: Clinical Guideline Reference Manual. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry, 2009-2010;31:128-31. <[www.aapd.org/media/Policies\\_Guidelines/G\\_FluorideTherapy.pdf](http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_FluorideTherapy.pdf)> (consulté le 15 avril 2011).
  38. Association dentaire canadienne. Énoncé de position de l'ADC sur la carie de la petite enfance et sur l'utilisation des fluorures dans la prévention des caries. Ottawa: Association dentaire canadienne. <[www.cda-adc.ca/\\_files/position\\_statements/Fluoride-French-2010-06-08.pdf](http://www.cda-adc.ca/_files/position_statements/Fluoride-French-2010-06-08.pdf)> (consulté le 15 avril 2011).
  39. American Academy of Pediatrics, Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics* 2008;122:1387-94.
  40. Godel J; Société canadienne de pédiatrie, comité de nutrition. Le recours au fluor chez les nourrissons et les enfants. *Paediatr Child Health* 2002;7:579-82.
  41. Riley JC, Lennon MA, Ellwood RP. The effect of water fluoridation and social inequities on dental caries in 5-year old children. *Int J Epidemiol* 1999;28:300-5.
  42. Peterson PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: The WHO approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32:319-21.
  43. Santé Canada, Projets du Bureau du dentiste en chef. Le point sur la fluoration de l'eau au Canada. Ottawa: Santé Canada, 2009. <[www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirigen/fnihb-dgspni/ocdo-bdc/project-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirigen/fnihb-dgspni/ocdo-bdc/project-fra.php)> (consulté le 15 avril 2011).
  44. Santé Canada. Community Water Fluoridation in First Nations and Inuit Communities. Ottawa: Santé Canada, 1998.
  45. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Healthy People 2010: Progress Review:

- Oral Health. <<http://wonder.cdc.gov/data2010/obj.htm>> (consulté le 6 mai 2011).
46. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2002(3):CD002279.
  47. Lawrence HP, Binguis D, Douglas J et coll. A 2-year community-randomized controlled trial of fluoride varnish to prevent early childhood caries in Aboriginal children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36:503-16.
  48. Santé Canada. Santé des Premières nations et des Inuits – Recueil des programmes. Ottawa: Santé Canada, 2007. <[www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/2007\\_compendium/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/2007_compendium/index-fra.php)> (consulté le 15 avril 2011).
  49. American Academy of Pediatrics, Oral Health Initiative. Fluoride Varnish Reimbursement Table. <[www.aap.org/compmpeds/doch/oralhealth/pdf/OH-Reimbursement-Chart.pdf](http://www.aap.org/compmpeds/doch/oralhealth/pdf/OH-Reimbursement-Chart.pdf)> (consulté le 15 avril 2011).
  50. Holve S. An observational study of the association of fluoride varnish applied during well child visits and the prevention of early childhood caries in American Indian children. *Matern Child Health J* 2008;12(Suppl 1):64-7.
  51. US Department of Health and Human Services, Indian Health Service. Oral Health for Head Start Children: Best Practice. Englewood: Indian Health Service, US Department of Health and Human Services, 2009. <[www.ihs.gov/headstart/documents/OralHealthBestPractices.pdf](http://www.ihs.gov/headstart/documents/OralHealthBestPractices.pdf)> (consulté le 15 avril 2011).
  52. Ismail AI, Hasson H. Fluoride supplements, dental caries and fluorosis: A systematic review. *J Am Dent Assoc* 2008;139:1457-68.
  53. Santé Canada. Votre santé et vous : Les fluorures et la santé humaine. Ottawa: Santé Canada, 2002. <[www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/viron/fluor-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/viron/fluor-fra.php)> (consulté le 15 avril 2011).
  54. Azarpazhooh A, Main PA. Pit and fissure sealants in the prevention of dental caries in children and adolescents: A systematic review. *J Can Dent Assoc* 2008;74:171-83.
  55. Beauchamp J, Caulfield PW, Crall JJ et coll. Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants: A report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *J Am Dent Assoc* 2008;139:257-65.
  56. US Department of Health and Human Services, Indian Health Service. The 1999 Oral Health Survey of American Indian and Alaskan Native Dental Patients: Findings, Regional Differences, and National Comparisons. Englewood: Indian Health Service, US Department of Health and Human Services, 1999. <[www.ihs.gov/MedicalPrograms/Dental/docs/survey.pdf](http://www.ihs.gov/MedicalPrograms/Dental/docs/survey.pdf)> (consulté le 15 avril 2011).
  57. US Department of Health and Human Services, Indian Health Service. IHS Fact Sheets: Workforce. Englewood: Indian Health Service, US Department of Health and Human Services, 2009. <<http://info.ihs.gov/Workforce.asp>> (consulté le 15 avril 2011).
  58. American Academy of Pediatrics, Section on Pediatric Dentistry. Oral risk assessment timing and the establishment of the dental home. *Pediatrics* 2003;111:1113-6.
  59. Association dentaire canadienne. Énoncé de position de l'ADC sur la première visite chez le dentiste. Ottawa: Association dentaire canadienne, 2005. <[www.cda-adc.ca/\\_files/position\\_statements/f\\_first\\_visit.pdf](http://www.cda-adc.ca/_files/position_statements/f_first_visit.pdf)> (consulté le 15 avril 2011).
  60. Nash DA, Nagel RJ. Confronting oral health disparities among American Indian/Alaska Native Children: The pediatric oral health therapist. *Am J Public Health* 2005;95:1325-9.
  61. Stijacic T, Schroth RJ, Lawrence HP. Are Manitoba dentists aware of the recommendations for a first visit to the dentist by age one year? *J Can Dent Assoc* 2008;74:903.
  62. American Academy of Pediatrics, Oral Health Initiative. Oral Health Risk Assessment: Training for Pediatricians and Other Child Health Professionals. <[www.aap.org/compmpeds/doch/oralhealth/ohra-cme.cfm](http://www.aap.org/compmpeds/doch/oralhealth/ohra-cme.cfm)> (consulté le 15 avril 2011)
  63. US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality. Grade definitions. <[www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm)> (consulté le 15 avril 2011).
  64. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care for specific clinical preventive actions. *CMAJ* 2003;169:207-8.

**GROUPE DE TRAVAIL SUR LA DÉCLARATION DE PRINCIPE : Docteurs James D Irvine, Steve Holve, David Krol, Robert Schroth**  
**SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, COMITÉ DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS, DES INUITS ET DES MÉTIS**

**Membres :** Docteurs Sam Wong (président); William Abelson (représentant du conseil); Anna Banerji; Lola Baydala, Radha Jetty, Heide Schröter  
**Représentantes :** Madame Debbie Dedam-Montour (Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire); docteure Carolyn Harrison (Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits); madame Kathy Langlois (Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits); docteure Kelly Moore (American Academy of Pediatrics, comité de la santé des enfants autochtones américains); mesdames Melanie Morningstar (Assemblée des Premières nations); Anna Claire Ryan (Inuit Tapiriit Kanatami); Barbara Van Haute (Rassemblement national des Métis); Cheryl Young (Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada)  
**Conseillers :** Docteurs James Irvine (auteur principal); Kent Saylor

**AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, COMITÉ DE LA SANTÉ DES ENFANTS AUTOCHTONES AMÉRICAINS (2008–2010)**

**Membres :** Docteurs Kelly Roberta Moore (présidente); Joseph T Bell; Ryan David Brown; Ruth Ann Etsel; William Frederick Green; Benjamin D Hoffman; Sara Juanita Jumping Eagle; Stephen Winfield Ponder; Mark M Redding; Brian Edward Volck; Debra B Waldron  
**Représentants :** Docteurs Kansas L DuBray (Association of American Indian Physicians); Tony Ogburn (American College of Obstetricians and Gynecologists); Michael G Storck (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry); Sam Wong (Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis)  
**Conseillers :** Docteurs Steven A Holve; Judith K Thierry  
**Personnel :** Mesdames Sunnah Kim; Susan Marshall

---

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. Consultez la zone « Documents de principes » du site Web de la SCP ([www.cps.ca](http://www.cps.ca)) pour en obtenir la version la plus à jour.