L'évaluation de la stabilité cardiorespiratoire au moyen du test du siège d'auto avant le congé des nourrissons prématurés (de moins de 37 semaines d'âge gestationnel)

Société
canadienne
de pédiatrie

English on page 155
Résumé en page 155

Michael R Narvey; Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né

Il faut toujours installer les nourrissons dans un siège d'auto approuvé lors des déplacements dans un véhicule automobile. L'American Academy of Pediatrics recommande le dépistage de tous les nourrissons prématurés au moyen du test du siège d'auto (TSA) pendant une période de 90 à 120 minutes, de préférence dans leur propre siège, afin d'évaluer *in situ* le risque de désaturation, d'apnée ou de bradycardie.(1) Dans un document de principes publié en 2000,(2) la Société canadienne de pédiatrie (SCP) n'est pas allée jusqu'à recommander l'utilisation systématique du TSA, mais elle a convenu que cette pratique devenait plus courante avant le congé des nourrissons nés avant 37 semaines d'âge gestationnel (AG). Quinze ans plus tard, les pratiques liées au TSA demeurent très variées au Canada (communication personnelle). Le présent document de principes, qui représente une mise à jour du document précédent de la SCP sur le sujet, vise à effectuer une analyse bibliographique et à donner des conseils sur le dépistage par le TSA. Quelles que soient les pratiques des unités hospitalières en matière de TSA, il faut donner des conseils appropriés aux parents à l'égard de l'utilisation sécuritaire des sièges d'auto au moment du congé, indépendamment de l'AG de leur nourrisson.

LA MÉTHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Dans le cadre de l'analyse bibliographique, les auteurs ont extrait les articles de Medline, d'Embase, de CINAHL et de la Bibliothèque Cochrane au moyen des mots-clés *car seat, infant seat, car bed* ou *car safety seat* et *infant or child, paediatr or pediater, baby or babies* ou *neonate*. Tous ces articles étaient limités à la langue anglaise et ne comportaient aucune date limite.

Les chercheurs ont appliqué la hiérarchie de données probantes du Centre for Evidence-Based Medicine aux publications extraites (tableau 1)(3) et ont appuyé leurs recommandations sur le cadre de Shekelle et coll. (tableau 2).(4)

LES FONDEMENTS HISTORIQUES DU TSA

En 1974, l'AAP a recommandé pour la première fois de transporter tous les nourrissons dans un siège d'auto orienté vers l'arrière, puis a transformé cette recommandation en politique en 1990.(5) La SCP a publié une recommandation similaire en 2008.(6) Il y a déjà 30 ans qu'une étude a établi la validité de ces sièges pour les nourrissons prématurés de 1,8 kg à 2,3 kg (ou 4 à 5 livres), certains modèles convenant mieux que d'autres aux nourrissons plus petits. (7) Une étude réalisée en 1986 a évalué si les nourrissons prématurés pouvaient tolérer une telle position en toute sécurité. (8) Les chercheurs y ont comparé 12 nourrissons prématurés ayant une histoire d'apnée qui recevaient un traitement aux méthylxanthines (groupe un) à huit nourrissons prématurés sans histoire

d'apnée (groupe deux) et dix nourrissons à terme (groupe trois) pendant un TSA de 30 minutes. Le pourcentage de temps où la désaturation était inférieure à 85 % était plus élevé dans le groupe un (18,1 %) que dans le groupe deux (10,7 %) ou le groupe trois (1,7 %). De plus, cinq des 20 nourrissons prématurés à l'étude ont souffert de bradycardie (une fréquence cardiaque de moins de 80 battements à la minute [battements/min] pendant au moins quatre secondes) par rapport à aucun des nourrissons de la cohorte à terme. Cette étude a été reprise en 1989 auprès d'un échantillon plus vaste de 62 patients et a confirmé la tendance des nourrissons prématurés à présenter une désaturation en oxygène dans un siège d'auto. Fait intéressant, le pourcentage de nourrissons dont le TSA était anormal était deux fois moins élevé que dans l'étude précédente (60 % au lieu de 30 %). Cette observation découlait peut-être de formes plus bénignes de pneumopathie chronique (PPC) dans le deuxième groupe à l'étude, car certains nourrissons de la deuxième étude avaient également participé à des essais sur le surfactant.(9) Ces études ont incité l'AAP à recommander le TSA chez tous les nourrissons de moins de 37 semaines d'AG avant leur congé de l'hôpital.(5) Bien qu'elle n'ait pas recommandé expressément le TSA, la SCP a convenu que cette tendance prenait de l'ampleur.(2)

Pour effectuer un TSA, il faut installer le nourrisson dans un siège d'auto pendant 90 à 120 minutes et surveiller les épisodes de désaturation en oxygène ou de bradycardie. Pendant ce test, les critères « d'échec » sont variés, mais incluent généralement au moins un épisode de désaturation en oxygène de moins de 85 % à 90 %, de bradycardie de moins de 80 battements/min ou d'apnée (arrêt respiratoire) de plus de 20 secondes. Il est démontré que les nourrissons prématurés, et particulièrement ceux qui sont nés entre 24 et 28 semaines d'AG, présentent une respiration périodique persistante et des apnées jusqu'à plusieurs semaines après l'atteinte d'un âge postconceptionnel correspondant à celui d'une naissance à terme, et encore plus longtemps s'ils sont atteints d'une PPC.(10,11) D'après ces constatations, la tendance de nourrissons aussi jeunes à respirer irrégulièrement pourrait être exacerbée lorsqu'ils sont en position semi-assise.

Des études subséquentes auprès de nourrissons prématurés et à terme ont démontré clairement que la population de prématurés était beaucoup plus vulnérable à des épisodes de désaturation en oxygène ou de bradycardie lorsqu'ils étaient en position semi-assise. (12,13) Il est impossible d'expliquer cette observation par une détérioration de la fonction pulmonaire. Willett et coll. ont étudié 50 nourrissons, dont ils ont comparé la fonction pulmonaire dans un siège d'auto à celle qu'ils avaient observée en décubitus dorsal. En moyenne, la compliance pulmonaire du nourrisson s'améliorait de

Correspondance : Société canadienne de pédiatrie, 2305, boulevard St Laurent, bureau 100, Ottawa (Ontario) K1G 4J8, courriel : info@cps.ca, site Web : www.cps.ca

TABEAU 1
Qualité des preuves des traitements

Qualité	Nature de la preuve
1a	Analyse systématique d'EAC (homogènes)
1b	EAC individuel (à l'indice de confiance étroit)
2a	Analyse systématique d'études de cohortes (homogènes)
2b	Études de cohortes individuelles (ou EAC de piètre qualité, p. ex., moins de 80 % de suivi)
3a	Analyse systématique d'études cas-témoins (homogènes)
3b	Études cas-témoins individuelles
4	Série de cas (études de cohortes et cas-témoins de piètre qualité)
5	Avis d'expert sans évaluation critique explicite ou fondée sur la physiologie, des recherches en laboratoire ou des principes de base

EAC Essai aléatoire et contrôlé

19 %, sa résistance diminuait de 33 % et son travail respiratoire fléchissait de 31 % lorsqu'il était installé dans un siège d'auto plutôt qu'en décubitus dorsal. Par ailleurs, l'obstruction des voies respiratoires ne contribuait pas à la gêne respiratoire.(9) Ces résultats étaient contraires à ceux attendus. Ainsi, l'étiologie de l'instabilité cardiorespiratoire en position semi-assise demeure inconnue.

LES DONNÉES PROBANTES LIANT LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES À LA POSITION DANS LE SIÈGE D'AUTO

Qu'ils soient à terme ou prématurés, les nourrissons ne doivent pas demeurer assis dans leur siège d'auto lorsqu'ils ne sont pas en déplacement. Selon une analyse de 30 autopsies effectuées en Australie, une telle pratique s'associe au décès de nourrissons par asphyxie. Deux nourrissons sont également morts étranglés après avoir glissé dans leur siège d'auto doté d'un harnais en trois points. (14) Une autre étude a décrit le décès de quatre nourrissons dans leur siège d'auto entre 1996 et 2011. Ces décès se sont produits dans un véhicule en déplacement, et dans chaque cas, on a découvert une malformation cardiaque ou pulmonaire. Dans la plupart des dix autres cas à l'étude, les sièges d'auto étaient utilisés à l'extérieur d'un véhicule en mouvement, plutôt que dans la fonction pour laquelle ils sont conçus. Dans l'un de ces dix cas, le nourrisson est décédé alors qu'il était sans surveillance.(15) Dans une étude canadienne, 17 décès de nourrissons installés dans un siège d'auto ont été recensés sur une période de dix ans. De ce nombre, sept s'expliquaient par une affection comorbide. Sur les dix autres cas inexplicables, seulement trois se sont produits dans un véhicule en mouvement, et seulement un nourrisson décédé était prématuré. (16) Selon les comptes rendus, dans l'ensemble des décès de nourrissons installés dans un siège d'auto, très peu ont lieu pendant un déplacement, et un seul cas s'est produit chez un (ancien) nourrisson prématuré. Si l'on exclut les cas de malformation cardiopulmonaire, il est évident que dans presque tous les cas de décès déclarés dans un siège d'auto, le nourrisson avait été laissé dans son siège pour d'autres raisons qu'un déplacement. Cette pratique devrait être fortement déconseillée.

Peu de données relient l'évolution neurodéveloppementale défavorable des nourrissons prématurés à une hypoxémie survenue dans un siège d'auto. Dans une étude de 2004, des chercheurs ont examiné les résultats de 55 articles admissibles associant une évolution neurodéveloppementale défavorable à une hypoxie chronique ou intermittente.(17) La majorité des articles (76,4 %) portaient sur des enfants atteints d'une cardiopathie congénitale ou d'un trouble respiratoire du sommeil. Il est à souligner que les nourrissons prématurés qui souffraient d'hypoxie chronique ou intermittente formaient un groupe dont le risque d'évolution neurodéveloppementale défavorable n'était pas plus élevé que les autres.

Bien qu'elle n'ait pas porté exclusivement sur le test du siège d'auto, une étude de suivi menée par la *Collaborative Home Infant Monitoring Evaluation* (CHIME) auprès de 118 nourrissons prématurés après leur congé a révélé une réduction moyenne du score de développement mental (SDM) de 4,6 chez les nourrissons ayant présenté au moins cinq épisodes de désaturation ou de bradycardie pendant la durée de la surveillance, par rapport aux nourrissons qui n'avaient pas souffert de tels épisodes.(18) Cependant, le SDM ne différait pas entre les nourrissons qui avaient présenté au moins cinq épisodes et ceux du reste de la cohorte, qui en avaient présenté quatre ou moins. Il est tentant de considérer le groupe ayant présenté au moins cinq épisodes comme « indicateur » des nourrissons qui échouent le TSA, car ces nourrissons avaient apparemment reçu leur congé « sans incident ». Cependant, l'étude était affaiblie par un taux de suivi médiocre, puisque seulement 27 % des nourrissons de la cohorte originale demeuraient accessibles après le congé et possédaient assez d'heures de surveillance pour être analysés. De plus, la diminution du SDM était importante sur le plan statistique, mais non clinique. Par ailleurs, rien n'indique que le TSA aurait permis de repérer les événements décelables chez ces nourrissons, qui peuvent se produire longtemps après le congé, car le monitoring dure en moyenne près de deux mois. Enfin, le suivi n'était effectué qu'à l'âge d'un an, mais s'il avait été repris plus tard, on aurait peut-être constaté un certain rattrapage, comme l'ont établi d'autres études après l'évaluation de la performance scolaire. Bien qu'il soit clair que les nourrissons prématurés sont plus vulnérables à une désaturation en oxygène lorsqu'ils sont installés dans un siège d'auto, les données sont insuffisantes pour associer cette observation à une évolution neurodéveloppementale défavorable.

LES NOURRISSONS À RISQUE « D'ÉCHOUE » LE TSA ET LA FIABILITÉ DU TEST

On saisit mal l'effet de l'AG sur la probabilité d'épisode cardiorespiratoire pendant le TSA. Une étude avance que les nourrissons dont l'AG est le moins élevé sont les plus à risque d'apnée et de désaturation en oxygène lorsqu'ils sont installés dans un siège d'auto, mais selon une autre étude, plus vaste, les nourrissons peu prématurés (de 34^{0/7} à 36^{6/7} semaines d'AG) sont les plus vulnérables. Davis et coll. ont procédé à une analyse rétrospective des TSA auprès de 1 173 nourrissons prématurés et établi un taux d'échec de 4,3 %. (19) Par rapport aux analyses antérieures, les échecs étaient regroupés dans le groupe de nourrissons peu prématurés, à hauteur de 78 %. En revanche, les nourrissons qui « avaient réussi » le test étaient plus susceptibles d'être nés à un AG moins avancé, d'avoir déjà reçu un traitement à la caféine et d'avoir été placés sous assistance respiratoire.

DeGrazia a étudié 49 nourrissons prématurés (de moins de 34 semaines d'AG) qui ont subi deux tests, à 12 et 36 heures d'écart, pendant une période maximale de 90 minutes chacun.(20) Dans 86 % des TSA effectués, les résultats allaient dans le même sens, c'est-à-dire que les nourrissons réussissaient ou échouaient les deux tests. Dans 8 % des cas, les nourrissons réussissaient le premier TSA et échouaient le second, effectué en moyenne 17 heures après le premier. Lors d'une deuxième étude réalisée en 2014, 60 nourrissons prématurés nés entre 30^{0/7} et 36^{6/7} semaines d'AG ont fait l'objet de trois TSA consécutifs à un âge postconceptionnel minimal de 35^{0/7} semaines, effectués toutes les 24 à 48 heures. (21) Dans cette étude, 11 % des nourrissons qui avaient réussi un premier test ont échoué l'un des deux suivants. Ces études soulèvent un doute important sur la fiabilité et la reproductibilité du TSA. Un patient sur dix qui obtient son congé après le TSA aurait échoué le test s'il avait été exécuté de nouveau.

En outre, les épisodes observés comportent une variabilité entre les études qui pourrait s'expliquer par les différentes périodes de temps utilisées pour calculer les moyennes (particulièrement la saturation en oxygène moyenne affichée sur un moniteur au bout de deux à 20 secondes) et par les divers systèmes utilisés pour surveiller les épisodes dans le siège d'auto. Ainsi, des périodes plus courtes de deux secondes sont très sensibles pour déceler les épisodes de désaturation en oxygène et de bradycardie, mais sont plus susceptibles de donner des résultats faussement positifs. En revanche, des périodes plus longues réduisent le nombre de résultats faussement positifs, mais ne permettent pas de déceler des épisodes cardiorespiratoires courts, mais peut-être importants. Une observation attentive des nourrissons dans leur siège d'auto peut contribuer à déterminer les événements « réels » des événements « parasites ».

Pour déceler les épisodes cardiorespiratoires, il est démontré que la polysomnographie (PSG) est supérieure à l'observation clinique, même lorsque celle-ci s'accompagne d'un monitoring cardiaque et d'un monitoring de la saturation.(22) Ainsi, Schutzman et coll. ont décrit une cohorte de 785 nourrissons étudiés au moyen du TSA et de la PSG. Sur 313 nourrissons qui avaient subi les deux tests, 157 de ceux qui avaient réussi le TSA ont échoué la PSG, pour un taux de discordance de 56,6 %.(22) Puisque des tests plus formels semblent donner un taux d'échec beaucoup plus élevé, on peut s'interroger sur la confiance que les cliniciens devraient accorder à la « réussite » d'un TSA. La PSG étant actuellement considérée comme la norme pour évaluer la stabilité respiratoire des nourrissons à risque d'événements indésirables, il faut remettre en question la sensibilité du dépistage par la TSA.

Les conditions dans lesquelles le test est effectué représentent un dernier sujet de préoccupation. En général, celui-ci est réalisé sur une surface dure, comme un plancher ou une table, qui n'est soumise à aucune vibration et aucun mouvement. Le nourrisson est maintenu dans un environnement calme pour ne pas être dérangé. Comment peut-on appliquer les résultats d'un tel test à des conditions réelles qui incluent les vibrations du véhicule, les cahots des routes accidentées et le son des voix pendant les déplacements en automobile? La transférabilité de l'information obtenue dans l'environnement contrôlé du test est donc contestable.

Bien que le présent document de principes porte sur les nourrissons prématurés, les cliniciens utilisent le TSA pour dépister d'autres populations avant leur congé (p. ex., les nourrissons ayant une atteinte neurologique, une cardiopathie congénitale et, plus récemment, un petit poids à la naissance).(23,24) L'utilisation du test chez des nourrissons hypotoniques semble découler uniquement de l'expérience clinique. La stabilité cardiorespiratoire de cette population dans un siège d'auto n'a fait l'objet d'aucune étude ciblée. Les nourrissons de petit poids à la naissance risquent peut-être davantage d'échouer le TSA s'ils sont exposés à des opiacés pris par la mère. Le présent document de principes ne contient pas de recommandations précises à l'égard de ces deux groupes de nourrissons. C'est au clinicien d'évaluer s'ils ont besoin de subir le test.

En raison d'incohérences dans les résultats des TSA et de l'absence de données démontrant que l'échec du TSA s'associe à un risque de mortalité ou à une évolution neurodéveloppementale défavorable, la Société canadienne de pédiatrie ne peut pas recommander systématiquement ce test dans le cadre du protocole de congé des nourrissons prématurés. Le test en lui-même possède une reproductibilité médiocre, car le taux de discordance est d'environ 10 % peu après la réussite d'un premier TSA. Enfin, il n'est pas aussi précis que la polysomnographie pour repérer les épisodes de désaturation en oxygène, d'apnée ou de bradycardie. Les cliniciens ne peuvent pas être assurés qu'un nourrisson qui « réussit » le TSA peut obtenir son congé en toute sécurité.

TABEAU 2
Niveaux de recommandations

A	Études cohérentes de niveau 1
B	Études cohérentes de niveau 2 ou 3
C	Études de niveau 4
D	Études de niveau 5 ou études non cohérentes ou non concluantes, quel que soit leur niveau

RECOMMANDATIONS

- La Société canadienne de pédiatrie ne recommande pas l'utilisation systématique du TSA avant le congé des nourrissons prématurés (qualité des preuves 3, niveau C).
- Il faut donner des conseils aux parents et aux autres personnes qui s'occupent de nourrissons au sujet de l'utilisation sécuritaire des sièges d'auto, et ceux-ci doivent être en mesure de démontrer qu'ils possèdent la bonne technique et qu'ils s'y sont bien exercés, de préférence au moyen du siège d'auto dont ils sont propriétaires, avant que le nourrisson obtienne son congé de l'hôpital (qualité des preuves 3, niveau C).
- Les nourrissons devraient être installés dans un siège d'auto seulement pour se déplacer dans un véhicule en mouvement et en être retirés dès qu'ils arrivent à destination (qualité des preuves 3, niveau C).

REMERCIEMENTS : Le comité de la pédiatrie communautaire et le comité de prévention des blessures de la Société canadienne de pédiatrie ont révisé le présent document de principes.

RÉFÉRENCES

1. Bull M, Agran P, Laraque D et coll. American Academy of Pediatrics, Committee on Injury and Poison Prevention. Safe transportation of newborns at hospital discharge. *Pediatrics* 1999;104(4 Pt 1):986-7.
2. McMillan D; Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né. L'évaluation de la sécurité des bébés dans leur siège d'auto avant leur congé de l'hôpital. *Paediatr Child Health* 2000;5(1):60-3.
3. Centre for Evidence-Based Medicine: www.cebm.net (consulté le 30 juin 2015).
4. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing clinical guidelines. *West J Med* 1999 Jun;170(6):348-51.
5. American Academy of Pediatrics Committee on Accident and Poison Prevention. Safe transportation of newborns discharged from the hospital. *Pediatrics* 1990;86(3):486-7.
6. Van Schaik C; Société canadienne de pédiatrie, comité de prévention des blessures. Le transport des nourrissons et des enfants dans les véhicules automobiles. *Paediatr Child Health* 2008;13(4):321-7.
7. Bull MJ, Stroup KB. Premature infants in car seats. *Pediatrics* 1985;75(2):336-9.
8. Willett LD, Leuschen MP, Nelson LS, Nelson RM Jr. Risk of hypoventilation in premature infants in car seats. *J Pediatr* 1986;109(2):245-8.
9. Willett LD, Leuschen MP, Nelson LS, Nelson RM Jr. Ventilatory changes in convalescent infants positioned in car seats. *J Pediatr* 1989;115(3):451-5.
10. Henderson-Smart DJ. The effect of gestational age on the incidence and duration of recurrent apnoea in newborn babies. *Aust Paediatr J* 1981;17(4):273-6.
11. Eichenwald EC, Aina A, Stark AR. Apnea frequently persists beyond term gestation in infants delivered at 24 to 28 weeks. *Pediatrics* 1997;100(3 Pt 1):354-9.
12. Bass JL, Mehta KA, Camara J. Monitoring premature infants in car seats: Implementing the American Academy of Pediatrics policy in a community hospital. *Pediatrics* 1993;91(61):1137-41.
13. Merchant JR, Worwa C, Porter S, Coleman JM, deRegnier RA. Respiratory instability of term and near-term healthy newborn infants in car safety seats. *Pediatrics* 2001;108(3):647-52.

14. Byard RW, Beal S, Bourne AJ. Potentially dangerous sleeping environments and accidental asphyxia in infancy and early childhood. *Arch Dis Child* 1994;71(6):497-500.
15. Bamber AR, Pryce J, Ashworth MT, Sebire NJ. Sudden unexpected infant deaths associated with car seats. *Forensic Sci Med Pathol* 2014;10(2):187-92.
16. Côté A, Bairam A, Deschenes M, Hatzakis G. Sudden infant deaths in sitting devices. *Arch Dis Child* 2008;93(5):384-9.
17. Bass JL, Corwin MJ, Gozal D et coll. The effect of chronic or intermittent hypoxia on cognition in childhood: A review of the evidence. *Pediatrics* 2004;114(3):805-16.
18. Hunt CE, Corwin MJ, Baird T et coll. Cardiorespiratory events detected by home memory monitoring and one-year neurodevelopmental outcome. *J Pediatr* 2004;145(4):465-71.
19. Davis NL, Condon F, Rhein LM. Epidemiology and predictors of failure of the infant car seat challenge. *Pediatrics* 2013;131(5):951-7.
20. DeGrazia M. Stability of the infant car seat challenge and risk factors for oxygen desaturation events. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007;36(4):300-7.
21. Davis NL, Gregory ML, Rhein LM. Test-retest reliability of the infant car-seat challenge. *J Perinatol* 2014;34(1):54-8.
22. Schutzman DL, Salvador A, Janeczko M, Weisberg L, Tran N, Porat R. A comparison of the infant car seat challenge and the polysomnogram at the time of hospital discharge. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2013;98(5):F411-5.
23. Simsic JM, Masterson K, Kogon BE, Kirshbom PM, Kanter KR. Pre-hospital discharge car safety seat testing in infants following congenital heart surgery. *Pediatr Cardiol* 2008;29(2):313-6.
24. Davis NL. Car seat screening for low birth weight term neonates. *Pediatrics* 2015;136(1):89-96.

COMITÉ D'ÉTUDE DU FŒTUS ET DU NOUVEAU-NÉ DE LA SCP

Membres : Leonora Hendson MD, Ann L Jefferies MD (présidente sortante), Thierry Lacaze-Masmonteil MD (président), Brigitte Lemyre MD, Michael R Narvey MD, Leigh Anne Newhook MD (représentante du conseil), Vibhuti Shah MD, S Todd Sorokan MD (membre sortant)

Représentants : Linda Boisvert inf., Association canadienne des infirmières et infirmiers en néonatalogie; Andrée Gagnon MD, Le Collège des médecins de famille du Canada; Robert Gagnon MD, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; Juan Andrés León MD, Agence de la santé publique du Canada; Patricia A O'Flaherty M. Sc. inf. M. Éd., Canadian Perinatal Programs Coalition; Eugene H Ng MD, section de la médecine néonatale et périnatale de la SCP; Kristi Watterberg MD, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, American Academy of Pediatrics

Auteur principal : Michael R Narvey MD

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 points de pratique de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement révisés. Les documents de principes et les points de pratique retirés sont supprimés du site Web. Consultez la zone *Documents de principes et points de pratique* du site Web de la SCP (www.cps.ca) pour en obtenir la version complète à jour.