

Les bons conseils de la naissance à la maternelle

Quoi de neuf dans le Relevé postnatal Rourke?

Leslie Rourke MD FCFP MClInSc Denis Leduc MD CCFP FRCPC FAAP Evelyn Constantin MD CM MSc(Epi) FRCPC FAAP
Sarah Carsley MSc(Epi) James Rourke MD FCFP(EM) MClInSc LLD Patricia Li MD MSc FRCPC FAAP

Résumé

Objectif Donner un aperçu de la version 2011 du Relevé postnatal Rourke (RPR), qui comporte aussi des nouveautés dans son site web et de nouvelles initiatives connexes et qui intègre les données des ouvrages scientifiques récents sur les soins de santé préventifs à l'intention des enfants de 0 à 5 ans.

Qualité des données À l'instar des versions antérieures du RPR, la nouvelle édition présente des recommandations identifiées comme se fondant sur des preuves suffisantes, acceptables ou consensuelles, selon les classifications adoptées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs en 2011.

Message principal De nouveaux renseignements et des recommandations sont présentés concernant la surveillance de la croissance, la nutrition et la vaccination contre la varicelle, les pneumocoques, les méningocoques et le rotavirus. Il y a maintenant de bonnes données probantes en faveur de l'adaptation canadienne des courbes de croissance de l'Organisation mondiale de la Santé, du dépistage universel des problèmes d'audition chez le nouveau-né et du recours à des stratégies de réduction de la douleur liée à la vaccination. On a mis à jour les conseils anticipatoires concernant la sécurité durant le sommeil, la supervision de la santé des enfants en foyer d'accueil, le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, les facteurs de risque nécessitant le dépistage du plomb et de l'anémie, les soins dentaires et la santé buccale. Parmi les nouvelles rubriques dans le site web du RPR, on peut mentionner une section présentant des ressources pour les parents, des modifications à l'intention de populations particulières, comme les personnes vivant au Nunavut, une version du RPR qui met en évidence en un coup d'œil les modifications à la version de 2009 et une expansion de la fonction d'exploration du RPR accompagnée des hyperliens connexes menant aux renseignements pertinents. On peut aussi avoir accès au RPR sous forme d'une page par visite. Le Collège des médecins de famille du Canada et la Société canadienne de pédiatrie ont donné leur aval au RPR de 2011. Les versions nationale et ontarienne sont disponibles en français et en anglais.

Conclusion Le RPR de 2011 est un outil pratique, mis à jour, fondé sur des données probantes de transposition du savoir concernant les soins de santé préventifs aux enfants de la naissance à l'âge de 5 ans. Il propose des ressources exhaustives dans le web à l'intention des professionnels de la santé, des étudiants, des résidents et des parents.

Les premières années de la vie sont critiques, non seulement pour l'apprentissage futur, mais aussi pour la santé physique, mentale et émotionnelle pendant le reste de la vie¹⁻⁸. Le développement du cerveau est influencé par une interaction complexe entre les gènes («nature») et l'expérience («culture»), qui entraîne des modifications permanentes à l'expression génétique (épigénétique) et aux réponses physiologiques. Nous savons maintenant qu'il y a des périodes sensibles durant les premières années de la vie en ce qui a trait au développement des voies cérébrales pour des fonctions comme la vision binoculaire, le système central d'audition, le développement du langage, la compréhension des symboles, des chiffres et de la quantité relative, les façons habituelles de réagir, le contrôle émotionnel et les habiletés sociales avec les pairs. Ces facteurs n'influencent pas seulement l'apprentissage mais aussi le développement émotionnel. Compte tenu de ces connaissances récentes, les soins préventifs et la surveillance de la santé des nourrissons et des enfants durant les quelques premières années de vie prennent une importance accrue, en particulier en ce qui concerne le développement d'enfants en santé et les résultats futurs sur ce plan.

POINTS SAILLANTS Le développement et les expériences durant la petite enfance, qu'ils soient positifs ou négatifs, influencent la santé physique, mentale et émotionnelle durant toute la vie. Le Relevé postnatal Rourke de 2011 (RPR) intègre les mises à jour relevées dans les ouvrages spécialisés depuis sa dernière version en 2009. La caractéristique «explorer le RPR» dans le site web du RPR (www.rourkebabyrecord.ca) offre un «guichet unique» pour accéder à des liens vers des ressources tant à l'intention des professionnels de la santé que des parents. Des stratégies pour réduire la douleur de la vaccination ainsi que des ressources étayées par de bonnes données probantes sont maintenant proposées.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2013;59:e175-9

Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à www.cfp.ca et cliquez sur le lien vers Mainpro.



The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the April 2013 issue on page 355.

Depuis sa première publication en 1985⁹, le Relevé postnatal Rourke (RPR) offre un système structuré pour la prestation des soins préventifs aux nourrissons et aux enfants bien portants jusqu'à l'âge de 5 ans par les professionnels des soins primaires. Endossé à la fois par le Collège des médecins de famille du Canada et la Société canadienne de pédiatrie (SCP), il se fonde sur des données probantes, a fait l'objet de tests de validation¹⁰ et est périodiquement mis à jour pour tenir compte des plus récentes données scientifiques¹¹⁻¹⁷. Le site web du RPR (www.rourkebabyrecord.ca) permet de télécharger les guides du RPR et les courbes de surveillance de la croissance de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et fonctionne aussi comme outil de transposition du savoir, servant de «guichet unique» pour trouver les liens menant à des ressources à l'intention à la fois des professionnels de la santé et des parents.

Le présent article décrit les progrès reflétés dans le RPR de 2011 (qui remplace la version de 2009), ainsi que les nouveautés dans le site web du RPR et les initiatives connexes.

QUALITÉ DES DONNÉES

Comme dans les versions antérieures du RPR, on a procédé à une recherche documentaire exhaustive et à une évaluation critique des données probantes concernant les éléments du RPR. Divers sujets ont été analysés en profondeur au moyen d'une étude détaillée des ouvrages spécialisés. Il s'agit, entre autres, des suppléments de vitamine D, des préparations à base de soya, des lignes directrices en matière de nutrition, de l'emballotement, des programmes de parentage pour les soins aux enfants très vulnérables et de 2 éléments de la section sur l'examen physique : l'examen des hanches et l'examen des yeux. On a procédé à la recherche de tous les articles pertinents évalués par des pairs en utilisant les bases de données Ovid MEDLINE et PubMed et les mots clés concernant chacun des sujets du RPR. Les auteurs ayant une formation en épidémiologie (E.C., S.C. et P.L.) ont établi, pour chacun des articles à l'étude, les niveaux des preuves (I à III) et, quand c'était possible, ce qui était la majorité des cas, la qualité des preuves (A à E ou I), en utilisant les critères de classification du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs alors en vigueur¹⁸. Une catégorie de recommandation, c'est-à-dire *suffisante*, *acceptable* ou *consensuelle*, a ensuite été attribuée par notre groupe pour chaque sujet du RPR en nous fondant sur un examen rigoureux et attentif des conclusions et des recommandations de chaque étude et en tenant compte du niveau et de la qualité des preuves. Ces 3 classes de recommandations sont reflétées dans les guides du RPR par 3 sortes de caractères: suffisante en caractères **gras**, acceptable en *italique* et consensuelle en caractères normaux.

MESSAGE PRINCIPAL

On a amélioré le formulaire du RPR dans l'édition de 2011. Il permet maintenant aux soignants et aux parents de signaler des inquiétudes à propos des nourrissons ou des enfants. Les immunisations sont maintenant incluses dans la section des examens pour que la section sur les problèmes et les plans reste libre. La visite à 1 mois n'est plus considérée optionnelle, afin d'assurer que la croissance, la nutrition et l'adaptation des parents sont adéquates.

La version anglaise du RPR national de 2011 est maintenant disponible sous forme d'une page par visite dans le site web du RPR. Ce format donne le choix d'avoir des caractères plus gros et plus d'espace pour écrire. Par contre, il y a plus de répétitions des conseils anticipatoires dans la section sur l'éducation et les conseils qui, dans le format habituel, sont répartis sur 3 visites pour éviter les omissions et la répétition.

Comme par le passé, la version nationale et celle de l'Ontario du RPR de 2011 sont accessibles en français et en anglais.

Nouveautés dans le site web du RPR

On a créé le site web du RPR dans le but qu'il soit un outil de transposition du savoir pratique et complet dans le domaine des soins pédiatriques préventifs. Officiellement lancé en 2008 comme site permettant le téléchargement du RPR et des courbes de surveillance de la croissance, il a maintenant été complètement restructuré pour inclure aussi un résumé des données probantes actuelles, une recherche documentaire évaluée de manière critique et annotée sur la plupart des sujets du RPR, des ressources fiables pour les parents, des publications à propos du RPR et un suivi des changements aux versions du RPR au fil des ans, sans compter des articles d'actualité connexes.

La caractéristique «explorer le RPR» donne vie aux guides du RPR. On y a ajouté des hyperliens vers des données probantes récentes, des ressources pour les parents et des synthèses critiques des ouvrages spécialisés. Les liens menant à toutes les ressources indiquées dans le présent article sont facilement accessibles à partir du site web du RPR.

Pour aider les utilisateurs à voir rapidement les changements dans le RPR de 2011 par rapport à sa version antérieure de 2009, on trouve dans le site web une version du RPR qui montre les révisions en couleurs différentes, soit en magenta pour les changements au contenu et en vert pour les modifications aux hyperliens (www.rourkebabyrecord.ca/pdf/RBR2011Nat_Eng_High.pdf).

Une section axée sur les parents contenant des ressources fiables sur divers sujets à leur intention constitue le plus récent ajout dans le site web. On travaille présentement à l'élaboration de fiches d'information à l'intention des enfants de différents âges.

Principaux éléments de contenu mis à jour dans le RPR 2011

Surveillance de la croissance. Dans le RPR de 2009, on recommandait d'utiliser les normes de croissance de l'enfant produites par l'OMS qui se fondent sur l'étude multicentrique de l'OMS sur la référence de croissance en 2006¹⁹. Cette recommandation a été renforcée dans l'énoncé en collaboration de 2010 par Les diététistes du Canada, la SCP, le Collège des médecins de famille du Canada et les Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada²⁰. La qualité de la preuve en faveur de la surveillance de la croissance est passée d'acceptable à suffisante avec l'utilisation des courbes de croissance de l'OMS.

Les courbes de croissance de l'OMS ont depuis été adaptées pour le Canada, en français et en anglais, sous une forme plus familière incluant à la fois des échelles selon les systèmes impérial et métrique. Le site web du RPR fournit un lien menant aux courbes de croissance par l'intermédiaire du site web des Diététistes du Canada, qui offre aussi des modules en ligne de formation agréée Mainpro-M1 sur la surveillance de la croissance²¹.

Pour aider les médecins à reconnaître les signes initiaux des problèmes de croissance, on a ajouté un rappel lors de la visite à 2 semaines que les nourrissons devraient avoir repris leur poids à la naissance lorsqu'ils ont atteint de 1 à 3 semaines.

Nutrition. Compte tenu des données probantes étayant de plus en plus l'importance de la vitamine D, on conseille aux femmes qui allaitent de continuer à prendre pour elles-mêmes des suppléments de vitamine D pendant qu'elles allaitent et pour le bébé, jusqu'à ce que son alimentation fournisse une source suffisante de vitamine D (à environ 1 an). Même si les préparations lactées pour nourrissons sont enrichies de vitamine D (actuellement 400 UI de vitamine D par litre de préparation), les nourrissons alimentés avec des préparations qui boivent moins de 1 litre (33 onces) par jour ne reçoivent pas l'apport quotidien recommandé de vitamine D. Les suppléments de vitamine D sont encore plus importants pour les enfants qui n'ont pas la peau blanche et dont la pigmentation plus foncée est moins capable de synthétiser la vitamine D par l'exposition au soleil²². On trouve dans le site web du RPR des liens vers des ressources nouvelles et mises à jour sur la nutrition (**Encadré 1**).

Dans le RPR de 2011, les discussions entourant le passage du biberon à la tasse se produisent initialement plus tôt (à 9 mois) pour réduire le temps du sevrage. On insiste maintenant davantage sur l'évitement des liquides sucrés, y compris les jus sucrés, qui influencent défavorablement la santé buccale et le poids corporel.

Encadré 1. Liens vers des ressources nouvelles et mises à jour sur la nutrition

- Nutrition en général: www.osnpnh.on.ca/resources/index.php
- Coliques: www.cps.ca/francais/enonces/N/ColiquesNourrisson.htm
- Régimes végétariens: www.cps.ca/francais/enonces/CP/CP10-02.htm
- Composition de la préparation lactée et algorithme pour son usage: www.albertahealthservices.ca/3505.asp (en anglais seulement)
- Médicaments à la mère pendant l'allaitement: <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT> (en anglais seulement)
- Mercure dans le poisson: www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/environ/mercur/index-fra.php

Éducation et conseils Les conseils anticipatoires dans le RPR sont structurés en fonction de la prévention des blessures, du comportement, des facteurs familiaux et d'autres sujets divers.

Prévention des blessures: Parmi les suggestions pour un environnement de sommeil sécuritaire, on peut mentionner de conseiller fortement de ne pas partager le même lit, ce qui est associé à un risque accru du syndrome de mort subite du nourrisson et de ne pas utiliser des dispositifs de positionnement pendant le sommeil; de plus, on a ajouté de nouveaux énoncés sur la sécurité des berceaux et des couchettes²³. On a remplacé par *partage de la chambre* l'expression ambiguë utilisée précédemment pour parler de dormir avec le nourrisson. Le partage de la chambre est recommandé pendant les 6 premiers mois.

Comportement et facteurs familiaux: Les enfants en famille d'accueil ont été identifiés comme une population très vulnérable ayant des besoins spéciaux en ce qui a trait à la surveillance de leur santé²⁴. Des ressources nouvelles et mises à jour ont été ajoutées concernant le syndrome du bébé secoué (maintenant aussi connu sous le nom de *traumatisme crânien non accidentel*)²⁵ et le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale²⁶.

Autres questions: Les facteurs de risque justifiant un dépistage du plomb ont été élargis pour inclure les enfants qui vivent près des sources de contamination par le plomb et ceux qui comptent parmi les membres de leur famille des personnes qui ont des occupations ou des passe-temps liés au plomb. De plus, les réfugiés âgés de 6 mois à 6 ans devraient subir un dépistage dans les 3 mois suivant leur arrivée et, à nouveau, de 3 à 6 mois plus tard²⁷. On a mis à jour les ressources pour d'autres problèmes environnementaux^{28,29}.

En 2010, l'Association dentaire canadienne a légèrement modifié ses recommandations. Étant donné que si les jeunes enfants avalent top de dentifrice, il pourrait se produire une fluorose dentaire, les enfants de 3 à 6 ans devraient être supervisés quand ils se brossent les dents et n'utiliser qu'une petite quantité (de la grosseur d'un

pois) de dentifrice fluoré 2 fois par jour. Pour les enfants de moins de 3 ans, un adulte devrait brosser leurs dents et leurs gencives 2 fois par jour soit avec de l'eau (si l'enfant est à faible risque de carie dentaire) ou avec une portion de la grosseur d'un grain de riz de dentifrice fluoré (s'ils sont à risque de carie dentaire). Les suppléments de fluor ne sont pas recommandés avant l'apparition de la première dent permanente (autour de 6 à 8 ans) à moins que l'enfant soit à risque de carie dentaire. À la suite de la production du RPR de 2011, un nouvel énoncé de position de l'Association dentaire canadienne a été publié en mars 2012³⁰.

Examen physique. On inclut maintenant la fermeture des fontanelles (fontanelle postérieure refermée dès 2 mois et la fontanelle antérieure d'ici l'âge de 18 mois)³¹. On recommande l'examen des hanches jusqu'au moins à l'âge de 1 an ou jusqu'à ce que l'enfant puisse marcher^{32,33}. On rappelle aux professionnels de la santé que les tests d'Ortolani et de Barlow ne sont fiables, au mieux, que durant les 3 premiers mois. Les signes d'une dysplasie développementale de la hanche chez les enfants plus âgés incluent les limites de l'abduction de la hanche (meilleur signe), l'asymétrie de la longueur du fémur ou des plis de la peau ou des résultats de test de Galeazzi anormaux (position asymétrique du genou lorsque les hanches et les genoux sont fléchis et les pieds à plat sur le lit en position couchée sur le dos).

On insiste sur le ronflement ainsi que sur la respiration troublée durant le sommeil (en particulier l'apnée obstructive du sommeil). On encourage de saines pratiques entourant le sommeil de la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans.

Examens et dépistage. En plus des nourrissons de familles ayant une situation socioéconomique défavorisée, des Asiatiques et de ceux appartenant aux Premières Nations, des nourrissons de faibles poids à la naissance et de ceux alimentés avec du lait de vache entier durant la première année de leur vie, on a ajouté les enfants prématurés aux groupes à risque qui nécessitent un dépistage de l'anémie entre 6 à 12 mois.

Le dépistage universel des problèmes d'audition chez le nouveau-né identifie efficacement les nourrissons ayant une perte de l'ouïe congénitale, permet une intervention précoce et de meilleurs résultats et il est désormais inclus, appuyé par des données probantes suffisantes dans le RPR de 2011.

Immunisations et maladies infectieuses. Le calendrier d'immunisation du RPR (Guide V) et les renseignements supplémentaires (Ressources 3) continuent de se fonder sur les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation³⁴. Comme toujours, les vaccinations financées évoluent et varient d'une province ou d'un territoire à l'autre.

On inclut maintenant des stratégies de réduction de la douleur liée à la vaccination et des ressources à cet égard. Durant la vaccination, parmi les stratégies de réduction de la douleur appuyées par des preuves assez solides, on peut mentionner l'allaitement ou l'utilisation de solutions au goût sucré, le recours à la marque de vaccin la moins douloureuse et la prise en considération d'anesthésiques topiques³⁵.

Les déclarations ont été mises à jour en ce qui concerne le vaccin contre la varicelle (dose de rappel recommandée), le vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent et le vaccin conjugué antiméningocoque (dose de rappel du Men-C-C ou du Men-C-ACWY à 12 ans ou durant l'adolescence).

Le vaccin contre le rotavirus, un vaccin par voie orale recommandé par le Comité consultatif national de l'immunisation, a été ajouté dans le RPR de 2011. Deux ou 3 doses (selon la marque du vaccin) sont données au moins à 4 semaines d'intervalle, la première dose étant entre 6 et 14 semaines et 6 jours et la dernière avant 8 mois et 0 jour. On a aussi ajouté plus d'hyperliens sur l'immunisation dans le web à l'intention des parents et des médecins.

Initiatives connexes. La section des actualités du site web du RPR porte sur divers projets connexes. L'Ontario a financé une initiative concernant la visite des bébés bien portants à 18 mois qui, en plus d'avoir les composantes de cette visite habituelle, comporte aussi des outils permettant aux médecins d'avoir des discussions avec les parents sur le développement de l'enfant et le parentage, afin d'identifier les enfants pour qui il faudra demander une consultation en services spécialisés et d'informer les parents au sujet des programmes communautaires locaux qui favorisent le développement d'enfants en santé et l'apprentissage précoce³⁶.

Le gouvernement du Nunavut a adapté et modifié le RPR pour produire un bilan de santé des bébés bien portants. Il fait partie du système d'information sur la santé Nutaqqavut «Nos enfants»³⁷, qui inclut des formulaires et des ressources pour les soins prénataux, les déficiences congénitales, les bébés et les enfants bien portants. Soyez à l'affût de modifications prochaines concernant la santé d'autres populations particulières comme celles des Premières Nations et des Inuit dans la région de l'Alberta (financées par Santé Canada).

Le relevé médical Greig³⁸ est un guide de promotion de la santé fondé sur des données probantes à l'intention des cliniciens qui s'occupent d'enfants et d'adolescents de 6 à 17 ans, qui est structuré en guides pour les 6 à 9 ans, pour les 10 à 13 ans et pour les 14 à 17 ans, et comporte aussi 3 pages de lignes directrices et de ressources pertinentes.

On peut accéder de plus en plus au RPR dans divers dossiers médicaux électroniques. Les modalités

d'autorisation d'une utilisation équitable sont expliquées dans le site web du RPR. Nous avons toujours eu pour but de rendre le PRP librement et largement accessible.

Divers outils pour enseigner les soins aux bébés et aux enfants bien portants ont été élaborés. Un module en ligne sur la visite à 6 mois des bébés bien portants est actuellement évalué à la Memorial University of Newfoundland avec l'intention de le disséminer plus largement. D'autres centres, comme l'Équipe de santé familiale de Hamilton, ont élaboré des guides pour la formation locale et des ressources pour accompagner le RPR 2011.

CONCLUSION

Depuis plus de 25 ans, le RPR offre aux professionnels de la santé des renseignements fondés sur les données probantes les plus récentes concernant les soins aux nourrissons et aux enfants bien portants jusqu'à l'âge de 5 ans. Le RPR de 2011 poursuit cette tradition d'intégrer les progrès actuels dans les guides du RPR, d'améliorer son site web en tant qu'outil de transposition du savoir et d'accroître l'accès au RPR et aux ressources à l'appui sous forme électronique.

D^{re} L. Rourke est professeure agrégée de médecine familiale à la Faculté de médecine de la Memorial University of Newfoundland à St John's. **D^r Leduc** est professeur agrégé de pédiatrie à la Faculté de médecine de l'Université McGill à Montréal, au Québec. **D^{re} Constantin** est professeure agrégée de pédiatrie à l'Université McGill. **M^{me} Carsley** est coordonnatrice de projet de recherche clinique en médecine pédiatrique au Hospital for Sick Children à Toronto, en Ontario. **D^r J. Rourke** est professeur de médecine familiale et doyen de la Médecine à la Memorial University of Newfoundland. **D^{re} Li** est professeure adjointe de pédiatrie au Montreal Children's Hospital du Centre universitaire de santé McGill.

Remerciements

Un soutien financier au Relevé postnatal Rourke de 2011 a été versé par le gouvernement de l'Ontario et il a été administré par l'intermédiaire du Collège des médecins de famille de l'Ontario.

Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué à la recherche documentaire et à l'interprétation des ouvrages, ainsi qu'à la préparation du manuscrit aux fins de présentation.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Leslie Rourke, Discipline of Family Medicine, Health Sciences Centre, St John's, NL A1B 3V6; courriel lroure@mun.ca

Références

- Hertzman C. The significance of early childhood adversity. *Paediatr Child Health* 2013;18(3):127-8.
- Boivin M, Hertzman C, rédacteurs. *Early childhood development: adverse experiences and developmental health*. Royal Society of Canada—Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel. Ottawa, ON: Société royale du Canada; 2012. Accessible à: http://rsc-src.ca/sites/default/files/pdf/ECD%20Report_2.pdf. Accédé le 14 mars 2013.
- McCain MN, Mustard JF, McCuaig K. *Early years study 3: making decisions, taking action*. Toronto, ON: Margaret & Wallace McCain Family Foundation; 2011. Accessible à: http://earlyyearsstudy.ca/media/uploads/report-pdfs-en/i_115_eyes_3_en_2nd_072412.pdf. Accédé le 14 mars 2013.
- McCain MN, Mustard JF, Shanker S. *Early years study 2: putting science into action*. Toronto, ON: Council for Early Child Development; 2007. Accessible à: www3.thesar.com/static/PDF/070326_EYS2.pdf. Accédé le 14 mars 2013.
- Reversing the real brain drain*. *Early years study. Final report*. Toronto, ON: Ontario Children's Secretariat; 1999.
- Marmot M. *Fair society, healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Londres, Angleterre: The Marmot Review; 2010. Accessible à: www.instituteoftheequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review. Accédé le 9 novembre 2011.
- Shonkoff JP, Garner AS; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012;129(1):e232-46. Cyberpub. du 26 décembre 2011.
- Commission sur les déterminants sociaux de la santé. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2008. Accessible à: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html. Accédé le 20 février 2013.
- Rourke JT, Rourke LL. Well baby visits: screening and health promotion. *Can Fam Physician* 1985;31:997-1002.
- Rourke L, Godwin M, Rourke J, Pearce S, Bean J. The Rourke Baby Record Infant/Child Maintenance Guide: do doctors use it, do they find it useful, and does using it improve their well-baby visit records? *BMC Fam Pract* 2009;10:28.
- Rourke LL, Rourke JT. Well baby assessment revisited: 1994 update of the Rourke Baby Record flow charts. *Can Fam Physician* 1994;40:1796-8 (ang), 1801-3 (fr).
- Panagiotou L, Rourke LL, Rourke JT, Wakefield JG, Winfield D. Evidence-based well-baby care. Part 1: overview of the next generation of the Rourke Baby Record. *Can Fam Physician* 1998;44:558-67.
- Panagiotou L, Rourke LL, Rourke JT, Wakefield JG, Winfield D. Evidence-based well-baby care. Part 2: education and advice section of the next generation of the Rourke Baby Record. *Can Fam Physician* 1998;44:568-72.
- Rourke L. Developing the Rourke Baby Record. *Paediatr Child Health* 1998;3(5):315-20.
- Rourke LL, Leduc DG, Rourke JT. Rourke Baby Record 2000. Collaboration in action. *Can Fam Physician* 2001;47:333-4. Erratum dans: *Can Fam Physician* 2001;47:703.
- Rourke L, Leduc D, Rourke J, Constantin E. Health supervision from 0 to 5 years using the Rourke Baby Record 2006. *Can Family Physician* 2006;52:1273-4. Publié conjointement dans: *Paediatr Child Health* 2006;11(8):487-8.
- Rourke L, Leduc D, Constantin E, Carsley S, Rourke J. Update on well-baby and well-child care from 0 to 5 years. What's new in the Rourke Baby Record? *Can Fam Physician* 2010;56:1285-90.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2003;169(3):207-8.
- Organisation mondiale de la Santé. *The WHO child growth standards*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2009. Accessible à: www.who.int/childgrowth/en. Accédé le 7 mars 2013.
- Marchand V. *Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: using the new WHO growth charts*. Ottawa, ON: Société canadienne de pédiatrie; 2010. Accessible à: www.cps.ca/tools/growth-charts-statement-FULL.pdf. Accédé le 14 mars 2013.
- Les diététistes du Canada [site web]. *WHO Growth Chart Training Program—synopsis*. Toronto, ON: Les diététistes du Canada; 2012. Accessible à: www.dietitians.ca/Knowledge-Center/Events-and-Learning/Online-Courses/WHO-Growth-Chart-Training.aspx. Accédé le 7 mars 2013.
- Benson J, Skull S. Hiding from the sun—vitamin D deficiency in refugees. *Aust Fam Phys* 2007;36(5):355-7.
- Santé Canada. *Harper government announces new safety requirements for cribs, cradles and bassinets* [communiqué de presse]. Ottawa, ON: Santé Canada; 2010. Accessible à: www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2010/2010_212-eng.php. Accédé le 7 mars 2013.
- Société canadienne de pédiatrie. *Special considerations for the health supervision of children and youth in foster care*. Ottawa, ON: Société canadienne de pédiatrie; 2008. Accessible à: www.cps.ca/english/statements/cp/cp08-01.htm. Accédé le 7 mars 2013.
- Dontshake* [site web]. Farmington, UT: National Center on Shaken Baby Syndrome. Accessible à: www.dontshake.org. Accédé le 7 mars 2013.
- Société canadienne de pédiatrie. *Position statement. Fetal alcohol syndrome*. Addendum. Ottawa, ON: Société canadienne de pédiatrie; 2012. Accessible à: www.cps.ca/english/statements/II/ii02-01.htm#ADDENDUM. Accédé le 7 mars 2013.
- Abelsohn AR, Sanborn M. Lead and children. Clinical management for family physicians. *Can Fam Physician* 2010;56:531-5. Accessible à: www.cfp.ca/cgi/reprint/56/6/531. Accédé le 7 mars 2013.
- Partenariat canadien pour la santé des enfants et l'environnement* [site web]. Toronto, ON: Partenariat canadien pour la santé des enfants et l'environnement; 2013. Accessible à: www.healthyenvironmentforkids.ca. Accédé le 7 mars 2013.
- Council on Environmental Health* [site web]. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2013. Accessible à: www2.aap.org/visit/cmete16.htm. Accédé le 14 mars 2013.
- Association dentaire canadienne. *CDA position on use of fluorides in caries. Prevention*. Ottawa, ON: Association dentaire canadienne; 2012. Accessible à: www.cda-adc.ca/_files/position_statements/fluoride.pdf. Accédé le 7 mars 2013.
- Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, rédacteurs. *Nelson textbook of pediatrics*. 17^e édition, Philadelphia, PA: Saunders; 2004. p. 1974.
- US Preventive Services Task Force. Screening for developmental dysplasia of the hip: recommendation statement. *Pediatrics* 2006;117(3):898-902.
- Patel H; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. *CMAJ* 2001;164(12):1669-77.
- Comité consultatif national de l'immunisation* [site web]. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2013. Accessible à: www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni. Accédé le 7 mars 2013.
- Taddio A, Appleton M, Bortolussi R, Chambers C, Dubey V, Halperin S et collab. Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline (summary). *CMAJ* 2010;182(18):1989-95. Cyberpub. du 22 novembre 2010.
- Ontario's enhanced 18-month well-baby visit* [site web]. Hamilton, ON: machealth. Accessible à: www.18monthvisit.ca. Accédé le 7 mars 2013.
- Arbour L, Osborne G. *Nutaqavut "Our Children" Health Information System*. Victoria, BC: University of Victoria; 2012. Accessible à: www.uvic.ca/medsci/faculty/arbour.php. Accédé le 7 mars 2013.
- Greig A, Constantin E, Carsley S, Cummings C; Comité de la pédiatrie communautaire de la Société canadienne de pédiatrie. *Greig Health Record*. Ottawa, ON: Société canadienne de pédiatrie; 2010. Accessible à: www.cps.ca/en/tools-outils/greig-health-record. Accédé le 7 mars 2013.