Relevé postnatal Rourke 2014

Outil fondé sur des données probantes pour la santé des nourrissons et des enfants de la naissance jusqu'à 5 ans

Bruno Riverin MSc **Patricia Li** MD MSc FRCPC FAAP **Leslie Rourke** MD FCFP MCISc(FM)
Denis Leduc MD CCFP FRCPC FAAP **James Rourke** MD FCFP(EM) MCISc(FM) LLD

Résumé

Objectif Mettre à jour la version de 2011 du Relevé postnatal Rourke (RPR) à la suite d'une révision des meilleures données probantes récentes sur le suivi de la santé des nourrissons et des enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans.

Qualité des données La qualité des données a été cotée en fonction de l'ancien système de classification du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (jusqu'à 2006) et l'approche de détermination, d'élaboration et d'évaluation des recommandations (GRADE).

Message principal De nouveaux faits scientifiques ont été pris en compte dans les recommandations du RPR 2014 en ce qui a trait au suivi de la croissance, à la nutrition, à l'éducation et aux conseils, au développement, à l'examen physique et à l'immunisation. La croissance est surveillée à l'aide des courbes de l'Organisation mondiale de la Santé qui ont été révisées en 2014.On devrait introduire les aliments solides en fonction de l'état de préparation du nourrisson et ces produits devraient contenir du fer. Il n'est actuellement plus recommandé de retarder l'introduction des allergènes alimentaires courants pour prévenir les allergies. Il faut promouvoir l'utilisation d'une tasse sans couvercle au lieu d'une tasse à bec dès l'âge de 12 mois. La section sur l'éducation et les conseils porte sur les blessures causées par du mobilier instable, ainsi que l'utilisation d'un siège d'auto orienté vers l'arrière jusqu'à 2 ans. Elle comporte aussi de l'information sur les saines habitudes de sommeil, la prévention de la maltraitance des enfants, la vie saine et active et la sédentarité de la famille, de même que l'hygiène buccale. On a aussi ajouté à cette section une nouvelle catégorie consacrée à la santé environnementale pour tenir compte des effets des dangers environnementaux sur la santé des enfants. Le RPR a recours à une surveillance développementale globale pour reconnaître les enfants qui pourraient être à risque de retards de développement. La vérification de la mobilité de la langue et de la perméabilité de l'anus est incluse dans l'examen physique du premier bilan de santé du bébé. Le RPR présente aussi les mises à jour concernant le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, le vaccin atténué vivant contre la grippe et celui contre le virus du papillome humain.

Conclusion Le RPR 2014 représente la mise à jour de l'outil d'application pratique des connaissances, fondé depuis longtemps sur des données probantes, accompagné de ses ressources connexes dans le web, à l'intention des

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- Le Relevé postnatal Rourke 2014 (RPR) est une mise à jour de la version de 2011 et tient compte des plus récentes données probantes concernant le suivi de la santé des nourrissons et des enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans. Des outils pour faciliter l'application des connaissances et la prise de décision clinique se trouvent dans le site web du RPR (**www.rourkebabyrecord.ca**).

- La section interactive du RPR dans le site web présente des listes de vérification servant aux visites de soins préventifs (Guides 1 à 5) et des sources d'information (Ressources 1 à 3) qui fournissent des résumés des meilleures données probantes actuelles et des liens y menant. La section sur les renseignements détaillés comporte un tableau sur la recherche documentaire qui donne la liste des références ayant fait l'objet d'une évaluation critique à l'appui de l'information que renferme le RPR 2014.

- Les plus importantes révisions dans le RPR 2014 concernent la nutrition. Il faut introduire les aliments solides lorsque le nourrisson présente des signes qu'il est prêt (ce moment peut varier de quelques semaines avant ou après l'âge de 6 mois). De plus, il n'est plus recommandé de retarder l'introduction des aliments allergènes pour prévenir les allergies alimentaires, même chez les nourrissons à risque d'atopie.

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.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2015;61:e491-8

The English version of this article is available at **www.cfp.ca** on the table of contents for the **November 2015** issue on **page 949**.

professionnels de la santé et des parents pour les soins de santé préventifs durant la petite enfance. La Société canadienne de pédiatrie, le Collège des médecins de famille du Canada et Les diététistes du Canada ont donné leur aval au RPR 2014. Des versions nationales et adaptées à l'Ontario du RPR sont accessibles en français et en anglais.

Les premières années de vie sont cruciales dans le façonnement de la santé physique, mentale et émotionnelle pour le reste de l'existence d'une personne[1-3]. Les expériences défavorables qui se produisent durant la petite enfance ont le potentiel d'avoir des conséquences permanentes en changeant le système de réponse au stress et en modifiant l'expression génétique. Les interactions complexes entre les facteurs biologiques, comportementaux et environnementaux peuvent avoir des répercussions positives ou négatives sur la santé de l'enfant qui peuvent perdurer à l'âge adulte et se transmettre aux générations subséquentes[2,3]. Des soins préventifs et le suivi de la santé des nourrissons et des enfants durant les premières années de leur vie jouent un rôle important pour surveiller et promouvoir leur croissance et leur développement vers une trajectoire optimale en matière de santé[4]. Les recommandations concernant les soins préventifs aux enfants, y compris les dépistages, les conseils anticipatoires et les interventions spécifiques, devraient reposer sur les meilleures données probantes les plus récentes.

Le Relevé postnatal Rourke (RPR) a initialement été publié en 1985, sous forme d'outil structuré et fondé sur des données probantes, portant sur les soins préventifs aux enfants de la naissance jusqu'à 5 ans. Le RPR a fait l'objet de tests de validation[5], il est mis à jour périodiquement pour tenir compte des nouveaux faits scientifiques[5-13] et a reçu l'aval de la Société canadienne de pédiatrie (SCP), du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et des Diététistes du Canada. Des outils pour faciliter l'application des connaissances et la prise de décision clinique se trouvent dans le site web du RPR (**www.rourkebabyrecord.ca**), notamment des liens interactifs menant vers des ressources à l'intention des professionnels de la santé et des parents.

Le présent article fait la synthèse des meilleures données probantes récentes intégrées dans le RPR 2014 sur le suivi de la santé et les conseils anticipatoires s'appliquant aux nourrissons et aux enfants d'âge préscolaire. Nous mettons aussi en évidence les faits nouveaux entourant le site web et les initiatives connexes du RPR.

Qualité des données

Recherche documentaire. Nous avons utilisé une approche systématique pour trouver des articles, des rapports et des énoncés de position pertinents à l'appui de tous les sujets particuliers et des catégories générales dont il est question dans le RPR 2014. D'abord, nous avons élaboré une stratégie de recherche jumelant les expressions pertinentes pour chaque sujet. Ensuite, nous avons fait de larges recensions à l'aide des expressions en anglais reliées aux principaux domaines du RPR (*growth, nutrition, injury prevention, behaviour and family, environmental health, developmental surveillance, physical examination* et *immunization*) en combinaison avec les expressions de recherche associées aux conseils anticipatoires et aux enfants. Nous avons recensé dans MEDLINE et la Bibliothèque Cochrane les nouvelles preuves scientifiques publiées depuis la dernière mise à jour du RPR (avril 2011) jusqu'à juin 2013 pour étayer les recommandations dans le RPR 2014. Nous avons aussi fait manuellement des recherches à l'aide des ressources pertinentes (p. ex. *Evidence-based Child Health* de Cochrane) et des sites web (p. ex. la SCP, l'American Academy of Pediatrics [AAP]). Pour consulter les articles scientifiques et axés sur la pratique choisis pour cette mise à jour et les versions antérieures du RPR, allez à la section « Indepth Information » dans le site web du RPR et déroulez la liste jusqu'à « Literature Review », où vous trouverez ce que nous appelons le « *literature review table* » ou tableau sur la recherche documentaire.

Évaluation des données probantes. Les années passées, nous utilisions l'ancien système de classification (jusqu'à 2006) du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) pour procéder à l'évaluation critique des données probantes[14]. Pour rester synchronisées avec les nouvelles percées dans les méthodologies de synthèse des connaissances, les références qui alimentaient les données probantes en faveur ou contre une recommandation existante ou émergente dans la mise à jour du RPR ont été évaluées à la fois avec l'approche de détermination, d'élaboration et d'évaluation des recommandations (GRADE) et l'ancien système de classification du GECSSP[15]. L'approche GRADE a été conçue par un groupe international d'élaborateurs et de spécialistes de la méthodologie (le groupe GRADE). Des organisations, notamment la SCP et le GECSSP, l'utilisent désormais. Pour la présente version du RPR, nous avons jugé qu'il n'était pas possible d'appliquer le système GRADE à la fois aux éléments existants et aux nouveaux dans notre tableau sur la recherche documentaire. De plus, pour chaque recommandation ou ligne directrice du RPR, nous n'avons pas modifié la façon dont la force de la recommandation a été affichée dans les guides du RPR et le tableau sur la recherche documentaire. Nous avons utilisé le même schéma de cotation, notamment *suffisante, acceptable* et *consensuelle*.

La littérature médicale publiée jusqu'au 1er juin 2013 a servi de base à la version 2014 du RPR. Des articles publiés après cette date peuvent apparaître dans le

tableau sur la recherche documentaire lorsque nous étions d'avis qu'ils étaient importants, mais ils n'ont pas influencé le contenu du RPR 2014 en raison des échéances imposées pour la production finale.

Message principal

Chaque nouvelle version du RPR, ainsi que le site web qui l'accompagne (**www.rourkebabyrecord.ca**), présentent une mise à jour des données probantes concernant la surveillance de la santé des membres les plus jeunes de la population canadienne et incluent aussi des améliorations aux outils d'application des connaissances conçus pour aider les parents et les professionnels des soins primaires à prendre des décisions. Les Guides 1 à 5 sont des listes de vérification (disponibles sous forme de 3 pages ou de 1 page par visite) pouvant servir durant les visites de soins préventifs; ils sont accessibles dans la section des téléchargements du site web. La liste de 1 page par visite est en caractère plus gros et comporte plus d'espace, mais répète les éléments des conseils anticipatoires qui s'étalent, dans la version en 3 pages, sur 3 visites. Les Ressources 1 à 3 donnent des résumés des meilleures données probantes récentes, ainsi que des liens menant aux lignes directrices et sources d'information publiées pertinentes. Le tableau sur la recherche documentaire est une liste plus exhaustive des références évaluées de manière critique qui étayent les sujets contenus dans le RPR 2014. Des adaptations régionales du relevé national sont de plus en plus adoptées ou envisagées par diverses compétences canadiennes, y compris l'Ontario, le Nunavut, la région sanitaire des Premières Nations de l'Alberta, les Territoires du Nord-Ouest et la Nouvelle-Écosse. Sur le site web, les visiteurs peuvent aussi trouver de nouveaux éléments dans une liste à jour de modifications officielles spécifiques à une région. Les versions nationale et ontarienne du RPR sont disponibles en français et en anglais.

Nous avons apporté des améliorations considérables aux guides, aux ressources et au site web du RPR dans un effort pour les rendre conviviaux et faciles d'accès pour les parents et les professionnels de la santé. Le site web du RPR, qui contient un ensemble d'outils d'application des connaissances pratiques et complets, pertinents aux soins préventifs pédiatriques, a été complètement restructuré. La section du « RPR interactif » du portail pour les professionnels de la santé donne vie aux guides du RPR. Des liens en direct vers les données probantes actuelles, des ressources imprimables fiables sur le web à l'intention des parents et des révisions de la littérature médicale rendent les sources d'information à l'appui, y compris celles présentées dans cet article, facilement accessibles. De nouvelles fiches d'information en fonction de l'âge conçues pour les parents sont aussi disponibles pour renforcer et alimenter les discussions durant les visites de suivi de la santé.

Pour montrer les changements apportés au RPR 2014 par rapport à la version précédente de 2011, un texte du RPR mettant en évidence les révisions en caractères de couleur aqua se trouve dans la catégorie des mises à jour et des changements de la section « Indepth Information » (cliquez sur le lien de la version nationale 2014). Dans la discussion suivante, nous présentons un aperçu des récentes mises à jour. La justification de ces mises à jour repose sur une évaluation critique des données probantes émergentes; les lecteurs peuvent consulter le tableau sur la recherche documentaire dans le site web pour voir les données probantes existantes et nouvelles tirées d'études primaires et de synthèses qui étayent les recommandations actuelles du RPR et les récents changements.

Surveillance de la croissance. Nous continuons de recommander la surveillance de la croissance à l'aide des courbes de croissance qui se basent sur les normes de croissance des enfants de l'Organisation mondiale de la Santé (de la naissance à 5 ans), accessibles à **www.whogrowthcharts.ca** ou dans le site web du RPR. La présentation des courbes de croissance de l'OMS adaptées pour le Canada a été révisée en mars 2014 pour répondre à quelques préoccupations, notamment le choix des fourchettes de percentiles et l'omission des courbes de poids selon l'âge pour les enfants de plus de 10 ans[16]. Ces courbes de croissance sont maintenant recommandées par le Groupe canadien d'endocrinologie pédiatrique, la SCP, le Collège des médecins de famille du Canada, Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada et Les diététistes du Canada.

Le libellé du RPR 2014 précise maintenant clairement qu'il est recommandé de rajuster l'âge (c.-à-d. soustraire le nombre de semaines de prématurité de l'âge réel du nourrisson) pour surveiller la croissance jusqu'à l'âge de 24 à 36 mois chez les bébés nés à moins de 37 semaines de gestation.

Nutrition. Les plus importantes révisions dans le RPR 2014 concernent la nutrition. *La nutrition du nourrisson à terme et en santé* de Santé Canada a fait l'objet de révisions et a été publié sous forme de 2 documents : les recommandations pour les enfants de la naissance jusqu'à 6 mois ont été rendues publiques en 2012 et celles pour ceux de 6 à 24 mois ont été publiées en avril 2014[17,18]. Les rubriques sur la nutrition dans le RPR 2014 se conforment à ces lignes directrices nationales.

L'Encadré 1 présente des liens menant à des ressources sur la nutrition qui ont été ajoutées dans le site web du RPR (Ressource 1).

Introduction des aliments solides : Des données probantes de plus en plus nombreuses indiquent que les aliments solides devraient être introduits lorsque les nourrissons montrent des signes qu'ils sont prêts[19] et

Encadré 1. Nouvelles ressources sur la nutrition dans le Relevé postnatal Rourke 2014

- Nutrition générale : **www.dietitians.ca** et **www.nutristep.ca/en/french.aspx**
- Initiative Amis des bébés : **breastfeedingcanada.ca/BFI.aspx**
- Préparation et manipulation sécuritaires des préparations en poudre pour nourrissons : **hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/pif-ppn-recommandations-fra.php**
- Expositions alimentaires et prévention des allergies : **www.cps.ca/fr/documents/position/prevention-des-allergies-chez-les-nourrissons-a-haut-risque**
- Sevrage de l'allaitement : **www.cps.ca/fr/documents/position/sevrage-de-allaitement**
- Consommation de poisson : **www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/mercur/merc_fish_poisson-fra.php**

ce moment peut varier de quelques semaines avant ou après l'âge de 6 mois[20-24]. Par conséquent, un élément a été ajouté au guide pour la visite à 4 mois afin de discuter de l'introduction future d'aliments solides et le mot initial a été enlevé de l'item « introduction d'aliments solides » qui se trouvait dans le guide de la visite à 6 mois

L'introduction des aliments solides devrait commencer avec des aliments contenant du fer, comme des céréales enrichies de fer, de la viande, du tofu, des légumineuses, de la volaille, du poulet et des œufs complets pour éviter une carence en fer. Les fruits, les légumes et les produits laitiers (p. ex. yaourt, fromage) peuvent suivre. Il n'est pas recommandé actuellement de retarder l'introduction d'allergènes alimentaires courants comme le blanc d'œuf et les produits contenant des noix pour prévenir les allergies alimentaires, y compris chez les nourrissons à risque d'atopie[20,21,25-27]. De fait, la plupart des aliments peuvent être introduits à environ 6 mois, mais les produits suivants devraient être évités :

- le miel avant l'âge de 1 an pour prévenir le botulisme;
- le lait de vache comme principale source de lait jusqu'à l'âge de 9 à 12 mois pour prévenir l'anémie ferriprive;
- les boissons ou les jus sucrés qui peuvent causer la carie dentaire et un gain de poids excessif et prendre la place d'aliments solides nutritifs;
- les aliments solides petits, durs et ronds ou mous et collants jusqu'à l'âge de 3 ans pour prévenir l'étouffement.

Il est aussi recommandé d'introduire un nouvel aliment aux 3 ou 4 jours pour faciliter la détection d'une intolérance à un nouvel aliment[18].

Suppléments de vitamine D : Parmi les changements aux recommandations touchant les suppléments de vitamine D figurent les suivants :

- Dans les guides du PRP, sous la rubrique allaitement, nous avons ajouté un symbole indenté précédant un rappel additionnel confirmant qu'il faut donner des suppléments de vitamine D aux enfants allaités.
- Conformément aux lignes directrices de Santé Canada, il faudrait donner un supplément quotidien de vitamine D aux nourrissons allaités jusqu'à l'âge de 2 ans ou jusqu'à ce que l'alimentation leur en fournisse des sources suffisantes[18].
- Il faudrait envisager une dose plus forte (800 UI au lieu de 400 UI par jour) de suppléments de vitamine D chez les nourrissons à risque élevé[28].
- Étant donné l'absence de preuve que l'administration de suppléments de vitamine D aux enfants nourris à la préparation lactée est nécessaire ou améliore les résultats, nous avons enlevé l'énoncé qui apparaissait dans le RPR 2011 à l'effet que la préparation pour bébés ne fournit qu'une portion de l'apport quotidien recommandé de vitamine D si moins de 1000 ml (33 oz) sont consommés par jour.

Effets protecteurs de l'allaitement : Nous avons ajouté la prévention du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) aux effets protecteurs de l'allaitement en plus de la prévention des infections gastro-intestinales et respiratoires[29,30].

Tasse à bec par rapport à tasse sans couvercle : Quand nous parlons de la transition entre le biberon et la tasse à l'âge de 12 à 15 mois, nous précisons aux professionnels qu'il vaut mieux promouvoir l'utilisation d'une tasse sans couvercle plutôt qu'une tasse à bec. Lorsqu'un nourrisson absorbe du liquide d'une tasse à bec en suçant (comme avec un biberon), il n'acquiert pas aussi rapidement les habiletés motrices nécessaires pour boire[18,31]. De plus, les enfants qui utilisent une tasse à bec ont tendance à boire des quantités excessives de lait ou de jus[18,32].

Nutrition pour les enfants de 2 à 5 ans : La section sur la nutrition des enfants de 2 à 5 ans n'a pas beaucoup changé. Nous avons ajouté un énoncé à l'effet qu'il n'est pas recommandé de restreindre les matières grasses alimentaires durant les 2 premières années parce que cette restriction pourrait compromettre l'apport en énergie et en acides gras essentiel à la croissance et au développement. Nous avons ajouté *allaitement* en caractères normaux pour les enfants de 2 à 3 ans (les données probantes ne sont pas aussi convaincantes que pour les nourrissons plus jeunes) pour nous conformer au document *La nutrition du nourrisson à terme et en santé*[18]. Nous avons ajouté que le lait écrémé à 1% et à 2% est approprié pour les enfants à partir de 2 ans. Ce conseil est conforme à ceux dans les ouvragés scientifiques et dans le *Guide alimentaire canadien*[18]. Pour les enfants de 2 à 5 ans, il est encore recommandé d'éviter les boissons et les jus sucrés.

Éducation et conseils

Prévention des blessures : SécuriJeunesse Canada, Communautés sécuritaires Canada, Sauve-qui-pense et

Pensez d'abord Canada se sont réunis pour former Parachute, une organisation nationale vouée à la prévention des blessures. Le nouveau site web de Parachute (**www.parachutecanada.org/accueil**) présente des renseignements et des sources d'information ayant trait à la prévention des blessures à l'intention des familles, des communautés, du secteur de la santé, des chercheurs, des gouvernements et des entreprises.

Nous avons mis à jour la section sur le transport en véhicule motorisé pour recommander l'utilisation d'un siège d'auto orienté vers l'arrière pour les nourrissons et les enfants jusqu'à l'âge de 2 ans, conformément aux récentes recommandations[33]. L'énoncé de position désuet de la SCP (actuellement en voie de révision) a été remplacé par l'énoncé à jour de l'AAP[33].

Nous avons rallongé la section sur la sécurité à vélo pour inclure un rappel de préconiser une loi sur le port obligatoire du casque pour tous les âges, conformément à un nouvel énoncé de position de la SCP[34]. En ce qui a trait à la sécurité des armes à feu, la section comporte maintenant l'entreposage sécuritaire. Dans la catégorie des chutes, nous conseillons d'assurer la stabilité du mobilier pour tenir compte du signalement d'un grand nombre de blessures et de décès pédiatriques causés par l'instabilité ou la chute d'appareils ménagers, de meubles et de téléviseurs[35].

L'utilisation de la suce pourrait avoir un effet protecteur contre le SMSN[36]; c'est pourquoi le rappel de conseiller l'utilisation de la suce apparaît maintenant dans la section sur la prévention des blessures des guides du RPR.

Comportement et facteurs familiaux : La page de la Ressource 2 présente un résumé des données probantes actuelles entourant le comportement et les facteurs familiaux. Nous avons ajouté un rappel d'évaluer les saines habitudes de sommeil en raison de données probantes émergentes à l'effet qu'un sommeil normal (qualité et quantité selon l'âge) est associé à un développement normal et se traduit par de meilleurs résultats sur le plan de la santé[37-41].

Pareillement, nous avons rallongé la discussion sur la vie saine et active et l'évitement d'un comportement sédentaire de la famille. Les professionnels des soins primaires sont encouragés à recommander une augmentation de l'activité physique et aux parents d'être des modèles de rôles à cet égard. Nous conseillons notamment des jeux interactifs sur le sol avec les nourrissons et diverses activités pour les jeunes enfants et une diminution des passe-temps sédentaires. De plus, les médecins pourraient aussi conseiller les parents à propos du temps approprié à passer devant les écrans selon l'âge (à éviter chez les moins de 2 ans; moins de 1 heure par jour par les enfants de 2 à 4 ans)[42]. La page de la Ressource 2 présente cette information, en plus d'autres renseignements sur les facteurs familiaux et inclut un lien vers des lignes directrices sur l'activité physique et le comportement sédentaire qui se trouvent le site web de la Société canadienne de physiologie de l'exercice[43].

Voici d'autres mises à jour de l'information sur les conseils anticipatoires.

- Les enfants nouvellement adoptés ont été ajoutés à la liste des populations à risque élevé ayant des besoins spéciaux en matière de suivi de la santé.
- La recommandation concernant l'emmaillotement est maintenant dans la catégorie des 2 premiers mois de vie plutôt que celle des 6 mois pour tenir compte des inquiétudes pour la sécurité en raison d'une association avec le SMSN (malgré l'absence de données probantes concluantes dans les ouvrages scientifiques) (Ressource 2).
- L'expression *syndrome du bébé secoué* a été changée pour *traumatismes crâniens non accidentels* et les recommandations incluent maintenant la prévention de la maltraitance des enfants[44].

Santé environnementale : Nous avons ajouté une rubrique sur la santé environnementale dans les guides du PRP et dans la page de la Ressource 1 pour tenir compte des données probantes de plus en plus nombreuses étayant les effets des dangers environnementaux sur la santé des enfants. Les éléments concernant la santé environnementale dans les anciennes versions du RPR se trouvaient généralement un peu partout dans la section sur l'éducation et les conseils. Pour prendre connaissance des énoncés fondés sur des données probantes et des ressources pertinentes à la pratique non fondées sur les faits provenant du Partenariat canadien pour la santé et l'environnement des enfants et de l'AAP, consultez la page de la Ressource 1.

Autres sujets : Les renseignements sur l'hygiène buccale incluent maintenant l'application de fluorure et un outil d'évaluation du risque de caries.

Surveillance du développement. À l'heure actuelle, le RPR utilise une surveillance développementale globale plutôt qu'un dépistage des problèmes. La surveillance développementale est le processus permettant de reconnaître les enfants qui pourraient être à risque de retards de développement. Elle comporte de demander aux parents s'ils ont des inquiétudes à propos du développement de leur enfant, d'observer l'enfant, de cerner les facteurs de risque et de protection (y compris les déterminants sociaux de la santé) et de documenter l'atteinte de jalons. Au contraire, le dépistage développemental exige l'utilisation d'outils standardisés pour cerner et approfondir un risque reconnu[45].

La surveillance du développement dans le RPR repose sur une liste d'éléments prédéfinis élaborée en fonction de l'âge le plus avancé auquel une habileté devrait avoir été acquise (jalon développemental). Ces

éléments proviennent de divers outils de surveillance développementale qui existent dans les ouvrages scientifiques[46-49]. Cette approche, dite de drapeaux rouges, est conçue pour prévenir des demandes de consultation inutiles tout en maximisant l'identification positive de retards de développement. L'échec d'un enfant d'atteindre ces jalons développementaux laisse présager la nécessité d'une évaluation plus approfondie du développement comme le recours à des outils validés de dépistage ou à une demande de consultation plus spécialisée[50,51].

Comprenant l'importance des expériences et du développement durant la petite enfance, diverses organisations préconisent une attention plus soutenue et davantage de ressources. La SCP et la province de l'Ontario recommandent une plus grande surveillance lors de la visite à 18 mois, ce qui est maintenant envisagé par plusieurs autres provinces et territoires au Canada[52]. Le GECSSP évalue actuellement les données probantes à l'appui d'un dépistage développemental standardisé chez les enfants en santé, ainsi que des interventions subséquentes et de leurs paramètres pour les cas identifiés de retard de développement. L'AAP recommande des outils standardisés de dépistage développemental lors des visites à 9, à 18 et à 24 ou 30 mois. Une telle approche exige plus de ressources[45].

Étant donnée l'évolution actuelle dans les recommandations, aucun changement n'a été apporté dans le choix des jalons développementaux dans le RPR 2014.

Il convient de signaler qu'une liste de vérification de l'autisme chez les tout-petits, révisée et validée, ainsi qu'un document sur le suivi, sont maintenant disponibles pour dépister spécifiquement les troubles du spectre autistique chez les 16 à 30 mois[46]. Ce dépistage devrait être effectué chez tous les enfants qui n'ont pas réussi aux questions concernant les habiletés sociales, émotionnelles et en communication, ceux qui ont des frères ou sœurs atteints d'autisme ou si un parent, un aidant ou un médecin a identifié des préoccupations sur le plan du développement.

Examen physique. On recommande un examen spécifique adapté selon l'âge à chaque visite. Les dépistages probants de problèmes particuliers sont mis en évidence.

Nous avons ajouté dans la Ressource 1 la vérification de l'acuité visuelle chez les 3 à 5 ans pour détecter la présence d'amblyopie ou ses facteurs de risque[53].

L'expression *apnée obstructive du sommeil* a été mise à jour et est désignée maintenant par *troubles respiratoires du sommeil.*

La «mobilité de la langue» a été ajoutée au Guide 1 (lors des visites à 1 semaine, 2 semaines et 1 mois) et une inspection de la langue pour détecter une ankyloglossie se trouve maintenant dans la Ressource 1[54].

L'examen physique lors de la visite à 1 mois inclut maintenant l'évaluation de la «perméabilité de l'anus» (Guide 1), parce qu'il se peut qu'une perforation de l'anus chez un nourrisson ne soit pas détectée à la naissance, comme ce fut le cas dans un dossier examiné par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario[55].

Vaccination et maladies infectieuses. Le tableau de la vaccination (Guide 5) a été amélioré avec l'ajout d'une nouvelle colonne pour séparer la date de l'administration et le nom du vaccin. Le tableau de la vaccination et les renseignements supplémentaires (Ressource 3) continuent de reposer sur les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation[56] et nous avons ajouté un lien menant au *Guide canadien d'immunisation*[57], de manière à ce que les recommandations les plus récentes soient accessibles. Comme d'habitude, le financement de la vaccination change et varie d'une province ou territoire à l'autre.

Parmi les changements au Guide 5 et à la Ressource 3 se trouvent les suivants:

- La terminologie désignant les vaccins contre le méningocoque a été mise à jour et nous les désignons maintenant sous les noms *Men-C-C* (vaccin conjugué contre le méningocoque de groupe C) et *MCV-4* (vaccin quadrivalent contre le méningocoque).
- Le vaccin contre le virus du papillome humain est maintenant recommandé à la fois pour les garçons et les filles.
- Nous avons précisé le moment de l'administration d'une deuxième dose du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Pour des raisons pratiques et favoriser un plus haut taux de participation, il devrait être administré avec la dose à 18 mois ou préscolaire du vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la polio (avec ou sans une injection contre l'*Haemophilus influenzae* de type b), où à n'importe quel âge où il est pratique de le faire (il faut prendre note que ce moment peut dépendre de la politique provinciale ou territoriale).
- On peut administrer le vaccin antigrippal vivant atténué aux enfants de 2 ans et plus, s'il n'y a pas de contre-indications.
- Le lien sur le web vers les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*[58] est maintenant inclus et le libellé des recommandations concernant la tuberculose a été simplifié.

Conclusion

Le RPR est un outil fondé sur des données probantes et axé sur la pratique ayant pour but d'appuyer la prise de décision clinique dans le contexte du suivi de la santé des enfants, de leur naissance jusqu'à 5 ans. Le RPR 2014 s'appuie sur l'ensemble considérable de connaissances que renferment ses versions antérieures et poursuit la tradition d'intégrer les faits

scientifiques les plus récents dans les principaux sujets concernant le suivi de la santé couverts dans les pages des guides et des ressources du RPR. D'autres améliorations au site web du RPR en tant qu'outil d'application du savoir et la plus grande accessibilité électronique du relevé et de ses ressources connexes feront en sorte qu'ils soient disponibles plus largement et en rejoignent un plus grand nombre.

M. Riverin est candidat au doctorat au Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé occupationnelle de l'Université McGill à Montréal (Québec). La **Dre Li** est professeure adjointe de pédiatrie à la Faculté de médecine au Centre universitaire de santé McGill à Montréal. La **Dre L. Rourke** est professeure de clinique en médecine familiale à la Faculté de médecine de l'Université Memorial de Terre-Neuve à St John's. Le **Dr Leduc** est professeur agrégé de pédiatrie à la Faculté de médecine au Centre universitaire de santé McGill. Le **Dr J. Rourke** est professeur de médecine familiale et doyen de la Médecine à la Faculté de médecine de l'Université Memorial de Terre-Neuve.

Remerciements
Le Relevé postnatal Rourke 2014 a été produit grâce à une aide financière du gouvernement de l'Ontario et du Fonds de développement du Relevé postnatal Rourke de la Faculté de médecine de l'Université Memorial de Terre-Neuve. L'Université Memorial de Terre-Neuve et la Société canadienne de pédiatrie ont fourni une aide non financière.

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

Intérêts concurrents
Aucun déclaré

Correspondance
Dre Leslie Rourke; courriel **lrourke@mun.ca**

Références

1. Shonkoff JP, Phillips DA, rédacteurs. *From neurons to neighborhoods. The science of early childhood development.* Washington, DC: National Academy Press; 2000.
2. Center on the Developing Child at Harvard University. *A science-based framework for early childhood policy. Using evidence to improve outcomes in learning, behavior, and health for vulnerable children.* Cambridge, MA: Center on the Developing Child at Harvard University; 2007.
3. Center on the Developing Child at Harvard University. *The foundations of lifelong health are built in early childhood*. Cambridge, MA: Center on the Developing Child at Harvard University; 2010.
4. Guyer B, Ma S, Grason H, Frick KD, Perry DF, Sharkey A et coll. Early childhood health promotion and its life course health consequences. *Acad Pediatr* 2009;9(3):142-9.e1-71.
5. 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.
6. Rourke LL, Rourke JT. Well-baby assessment revisited. 1994 update of the Rourke Baby Record flow charts. *Can Fam Physician* 1994;40:1796-8, 1801-3.
7. Rourke L. Developing the Rourke Baby Record. *Paediatr Child Health* 1998;3(5):315.
8. Leduc D. The Rourke Baby Record. *Paediatr Child Health* 1998;3(5):300.
9. Rourke LL, Leduc DG, Rourke JT. Rourke Baby Record 2000. Collaboration in action. *Can Fam Physician* 2001;47:333-4.
10. Leduc D, Rourke L, Rourke J, Constantin E. Health supervision from zero to five years using the 2006 Rourke Baby Record. *Paediatr Child Health* 2006;11(8):487-8.
11. Rourke L, Leduc D, Constantin E, Carsley S, Rourke J, Li P. Getting it right from birth to kindergarten. What's new in the Rourke Baby Record? *Can Fam Physician* 2013;59(4):355-9 (ang), e175-9 (fr).
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J et coll. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):383-94. Publ. en ligne du 31 déc. 2010.
16. Les diététistes du Canada [site web]. *WHO growth charts adapted for Canada. Summary of changes—March 2014*. Toronto, ON: Les diététistes du Canada; 2015. Accessible à: **www.dietitians.ca/Downloads/Public/WHO-Growth-Charts-Summary-of-Change-March-2014.aspx**. Réf. du 29 sept. 2015.
17. Santé Canada [site web]. *Nutrition for healthy term infants: recommendations from birth to six months.* Ottawa, ON: Santé Canada; 2012. Accessible à: **www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/recom/index-eng.php.** Réf. du 26 sept. 2014
18. Santé Canada [site web]. *Nutrition for healthy term infants: recommendations from 6 to 24 months*. Ottawa, ON: Santé Canada; 2014. Accessible à: **www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/recom/recom-6-24-months-6-24-mois-eng.php**. Réf. du 26 sept. 2014.
19. Grenier D, Leduc D. *Well beings: a guide to health in child care*. 3e éd. Ottawa, ON: Société canadienne de pédiatrie; 2008.
20. Heinrich J, Koletzko B, Koletzko S. Timing and diversity of complementary food introduction for prevention of allergic diseases. How early and how much? *Expert Rev Clin Immunol* 2014;10(6):701-4. Publ. en ligne du 3 mai 2014.
21. Nwaru BI, Takkinen HM, Niemelä O, Kaila M, Erkkola M, Ahonen S et coll. Introduction of complementary foods in infancy and atopic sensitization at the age of 5 years: timing and food diversity in a Finnish birth cohort. *Allergy* 2013;68(4):507-16. Publ. en ligne du 15 févr. 2013.
22. Przyrembel H. Timing of introduction of complementary food: short- and long-term health consequences. *Ann Nutr Metab* 2012;60(Suppl 2):8-20.
23. Agostoni C, Przyrembel H. The timing of introduction of complementary foods and later health. *World Rev Nutr Diet* 2013;108:63-70. Publ. en ligne du 6 sept. 2013.
24. Jonsdottir OH, Thorsdottir I, Hibberd PL, Fewtrell MS, Wells JC, Palsson GI et coll. Timing of the introduction of complementary foods in infancy: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2012;130(6):1038-45. Publ. en ligne du 12 nov. 2012.
25. Fleischer DM, Spergel JM, Assa'ad AH, Pongracic JA. Primary prevention of allergic disease through nutritional interventions. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2013;1(1):29-36. Publ. en ligne du 22 nov. 2012. .
26. Nwaru BI, Takkinen HM, Niemelä O, Kaila M, Erkkola M, Ahonen S et coll. Timing of infant feeding in relation to childhood asthma and allergic diseases. *J Allergy Clin Immunol* 2013;131(1):78-86.
27. Chan ES, Cummings C. Dietary exposures and allergy prevention in high-risk infants. A joint statement with the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology. *Paediatr Child Health* 2013;18(10):545-54.
28. Vitamin D supplementation: recommendations for Canadian mothers and infants. *Paediatr Child Health* 2007;12(7):583-98.
29. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome; Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011;128(5):1030-9. Publ. en ligne du 17 oct. 2011.
30. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D et coll. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess* (Full Rep) 2007;153:1-186.
31. For the dental patient. From baby bottle to cup. Choose training cups carefully, use them temporarily. *J Am Dent Assoc* 2004;135(3):387.
32. Gooze RA, Anderson SE, Whitaker RC. Prolonged bottle use and obesity at 5.5 years of age in US children. *J Pediatr* 2011;159(3):431-6. Publ. en ligne du 4 mai 2011.
33. Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention; Durbin DR. Child passenger safety. *Pediatrics* 2011;127(4):788-93. Publ. en ligne du 21 mars 2011.
34. Hagel BE, Yanchar NL; Société canadienne de pédiatrie. Bicycle helmet use in Canada: the need for legislation to reduce the risk of head injury. *Paediatr Child Health* 2013;18(9):475-80.
35. Gipson K, Suchy A. *Product instability or tip-over injuries and fatalities associated with televisions, furniture, appliances: 2012 report.* Bethesda, MD: US Consumer Product Safety Commission; 2012. Accessible à: **www.cpsc.gov//PageFiles/135118/tipover2012.pdf.** Réf. du 26 sept. 2014.
36. Moon RY, Tanabe KO, Yang DC, Young HA, Hauck FR. Pacifier use and SIDS: evidence for a consistently reduced risk. *Matern Child Health J* 2012;16(3):609-14.
37. Galland BC, Taylor BJ, Elder DE, Herbison P. Normal sleep patterns in infants and children: a systematic review of observational studies. *Sleep Med Rev* 2012;16(3):213-22. Publ. en ligne du 23 juill. 2011.
38. Bryanton J, Beck CT, Montelpare W. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(11):CD004068.
39. Ednick M, Cohen AP, McPhail GL, Beebe D, Simakajornboon N, Amin RS. A review of the effects of sleep during the first year of life on cognitive, psychomotor, and temperament development. *Sleep* 2009;32(11):1449-58.
40. Hiscock H, Bayer JK, Hampton A, Ukoumunne OC, Wake M. Long-term mother and child mental health effects of a population-based infant sleep intervention: cluster-randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2008;122(3):e621-7.
41. Pin T, Eldridge B, Galea MP. A review of the effects of sleep position, play position, and equipment use on motor development in infants. *Dev Med Child Neurol* 2007;49(11):858-67.
42. Lipnowski S, Leblanc CM; Société canadienne de pédiatrie. Healthy active living: physical activity guidelines for children and adolescents. *Paediatr Child Health* 2012;17(4):209-12.
43. Société canadienne de physiologie de l'exercice. *Canadian physical activity guidelines. Canadian sedentary behaviour guidelines.* Ottawa, ON: Société canadienne de physiologie de l'exercice; 2012. Accessible à: **www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_Guidelines_Handbook.pdf.** Réf. du 29 sept. 2015.

44. Selph SS, Bougatsos C, Blazina I, Nelson HD. Behavioral interventions and counseling to prevent child abuse and neglect: a systematic review to update the US Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med* 2013;158(3):179-90.
45. Council on Children with Disabilities. Section on Developmental Behavioral Pediatrics; Bright Futures Steering Committee; Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project Advisory Committee. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics* 2006;118(1):405-20. Erratum dans: *Pediatrics* 2006;118(4):1808-9.
46. Robins DL, Casagrande K, Barton M, Chen CM, Dumont-Mathieu T, Fein D. Validation of the modified checklist for autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics* 2014;133(1):37-45. Publ. en ligne du 23 déc. 2013.
47. Mackrides PS, Ryherd SJ. Screening for developmental delay. *Am Fam Physician* 2011;84(5):544-9.
48. Dosman CF, Andrews D, Goulden KJ. Evidence-based milestone ages as a framework for developmental surveillance. *Paediatr Child Health* 2012;17(10):561-8.
49. Nipissing District Developmental Screen [site web]. North Bay, ON: Nipissing District Developmental Screen Intellectual Property Association; 2011. Accessible à: **www.ndds.ca/language.php**. Réf. du 21 sept. 2015.
50. Glascoe FP. *Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS): a method for detecting and addressing developmental and behavioral problems in children*. Nolensville, TN: PEDSTest.com, LLC; 2010.
51. Squires J, Potter L, Bricker D. *The ASQ user's guide*. 2e éd. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co; 1999.
52. Williams R, Clinton J. Getting it right at 18 months: in support of an enhanced well-baby visit. *Paediatr Child Health* 2011;16(10):647-54.
53. Vision screening for children one to five years of age: recommendation statement. *Am Fam Physician* 2011;84(2):221-2.
54. Rowan-Legg A; Société canadienne de pédiatrie, Comité de la pédiatrie communautaire. Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child Health* 2015;20(4):209-13.
55. Assuring anal patency in newborns. Patient safety. *Dialogue* 2013;3:27, 30.
56. Ismail SJ, Langley JM, Harris TM, Warshawsky BF, Desai S, Farhang-Mehr M. Canada's National Advisory Committee on Immunization (NACI): evidence-based decision-making on vaccines and immunization. *Vaccine* 2010;28(Suppl 1):A58-63.
57. Agence de la santé publique du Canada [site web]. *Canadian immunization guide*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2015. Accessible à: **www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-eng.php**. Réf. du 2014 Jul 8.
58. Société canadienne de thoracologie, Agence de la santé publique du Canada. *Canadian tuberculosis standards*. 7e éd. Ottawa, ON: Société canadienne de thoracologie et Agence de la santé publique du Canada; 2013.