

Édition 2020 du Relevé postnatal Rourke

Quoi de neuf en soins préventifs des enfants jusqu'à 5 ans?

Patricia Li MD MSc FRCPC FAAP Anne Rowan-Legg MD FRCPC
Bruce Kwok MD MSc CCFP Imaan Bayoumi MD MSc FCFP
Stephani Arulthas MPH Emmanuela Tedone MEd
Denis Leduc MD CCFP FRCPC FAAP James Rourke MD MClSc(FM) FCFP(EM) FCAHS
Leslie Rourke MD MClSc(FM) FCFP FRRMS

Résumé

Objectif Renseigner les fournisseurs de soins de première ligne qui dispensent des soins de médecine préventive durant l'enfance quant aux données ayant servi de fondement aux recommandations de l'édition 2020 du Relevé postnatal Rourke (RBR).

Qualité des données Une recherche a été effectuée parmi les publications sur les soins préventifs en pédiatrie entre les mois de juin 2016 et mai 2019, les principales études de recherche ont été revues et rigoureusement évaluées à l'aide de la méthode GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) et les recommandations ont été actualisées là où les publications étayaient des changements.

Message principal Les changements notables de l'édition 2020 du RBR sont les recommandations de limiter ou d'éviter les aliments très transformés et riches en sodium alimentaire, de veiller au sommeil sécuritaire (les nourrissons en bonne santé doivent dormir sur le dos et sur une surface rigide à tous les dodos, et ils doivent dormir dans un moïse, un berceau ou une couchette dans la chambre des parents pendant les 6 premiers mois de vie), de ne pas emmailloter les nourrissons après qu'ils aient tenté de se retourner, de s'informer de l'insécurité alimentaire, d'encourager les parents à lire et à chanter aux nourrissons et aux enfants, de limiter le temps que les enfants de moins de 2 ans passent devant un écran (bien que ce soit accepté pour les appels vidéo), de renseigner les parents sur les risques et les torts associés aux cigarettes électroniques et au cannabis, d'éviter les pesticides, de laver tous les fruits et légumes ne pouvant être pelés, de connaître l'existence du nouvel Outil national d'évaluation du risque de caries, de noter les nouveaux symptômes alarmants de paralysie cérébrale et de problèmes neurodéveloppementaux et de porter attention aux nouveaux groupes à risque élevé pour le dépistage du plomb et de l'anémie.

Conclusion Le RBR s'efforce de guider les cliniciens pour leur permettre de dispenser des soins de première ligne factuels aux enfants canadiens. Les révisions sont rigoureusement étudiées, et sont basées sur l'évaluation d'une base de données probantes croissante, quoique toujours limitée, sur les soins préventifs en pédiatrie.

La prévention primaire, par l'entremise des soins de première ligne et des interventions de santé publique, joue un rôle clé dans la prévention de nombreuses causes principales de décès et de morbidité durant l'enfance¹⁻⁵. Par exemple, plus d'enfants succombent chaque année au Canada des suites de blessures que de toute maladie¹. Les décès liés aux véhicules motorisés sont la première cause de blessures chez les

Points de repère du rédacteur

► La mouture 2020 du Relevé postnatal Rourke (RBR) est une mise à jour de l'édition de 2017; elle fournit des recommandations actualisées en soins de première ligne des enfants de moins de 6 ans. L'outil de transfert des connaissances et la littérature à l'appui sont accessibles à www.rourkebabyrecord.ca.

► Les faits saillants des révisions sont les recommandations de limiter ou d'éviter les aliments très transformés et riches en sodium alimentaire, de veiller au sommeil sécuritaire (les nourrissons en bonne santé doivent dormir sur le dos et sur une surface rigide à tous les dodos, et ils doivent dormir dans un moïse, un berceau ou une couchette dans la chambre des parents pendant les 6 premiers mois de vie), de ne pas emmailloter les nourrissons après qu'ils aient tenté de se retourner, de s'informer de l'insécurité alimentaire, d'encourager les parents à lire et à chanter aux nourrissons et aux enfants, de limiter le temps que les enfants de moins de 2 ans passent devant un écran (bien que ce soit accepté pour les appels vidéo), de renseigner les parents sur les risques et les dangers associés aux cigarettes électroniques et au cannabis, d'éviter les pesticides, de laver tous les fruits et légumes ne pouvant être pelés, de connaître l'existence du nouvel Outil national d'évaluation du risque de caries, de noter les nouveaux symptômes alarmants de paralysie cérébrale et de problèmes neurodéveloppementaux et de porter attention aux nouveaux groupes à risque élevé pour le dépistage du plomb et de l'anémie.

► La mouture 2020 du RBR a été achevée avant l'arrivée de la pandémie de maladie à coronavirus 2019, elle ne donne donc aucune recommandation sur la télémédecine. Le RBR continue de trouver des façons d'assister les fournisseurs de première ligne dans le contexte de la prestation des soins en constante évolution.

enfants, et de nombreuses études s'étendant sur plusieurs décennies ont montré un risque significativement réduit de décès lorsque les enfants sont correctement attachés dans leur siège d'auto comparativement aux enfants qui utilisent les ceintures de sécurité ou qui n'utilisent aucune attache^{2,3}. La prévention primaire durant la petite enfance pourrait également réduire le risque de maladie et de morbidité plus tard dans la vie. Un cas convaincant de réduction du risque de maladie est étayé par des études longitudinales ayant montré comment les facteurs de risque cardiométabolique durant l'enfance comme l'indice de masse corporelle (IMC), la tension artérielle, la lipidémie et la glycémie se répercutent jusqu'à l'âge adulte, entraînant d'autres problèmes de santé, dont le syndrome métabolique, le diabète de type 2 et la maladie athérosclérotique^{6,7}.

Depuis 30 ans, les généralistes du Canada font appel au Relevé postnatal Rourke (RBR) durant la prestation des soins préventifs factuels aux enfants de moins de 6 ans⁸⁻¹⁰. Le RBR est accessible gratuitement en ligne à (www.rourkebabyrecord.ca) et il est entériné par le Collège des médecins de famille du Canada, la Société canadienne de pédiatrie et Les diététistes du Canada. Les outils de transfert des connaissances du RBR à l'intention des généralistes pour faciliter les visites de médecine préventive durant l'enfance inclut les formulaires structurés du RBR (Guides I à IV) en version à imprimer ou intégrée aux dossiers médicaux électroniques, un guide de vaccination (Guide V) et un résumé des données et des sites Web à l'appui des recommandations (Ressources 1 à 4). Le site Web du RBR contient d'autres ressources à l'intention des parents et des soignants. Le RBR se veut également être un outil d'enseignement pour les résidents de premier et de deuxième cycles du Canada, comme le montre CCC-MF, un modèle de ressources éducatives créé par les directeurs de la formation de premier cycle en médecine familiale au Canada et ayant reçu l'aval du Collège des médecins de famille du Canada¹¹.

Cette revue clinique vise à mettre en lumière les révisions apportées au RBR 2020. Nous entendons souligner à l'intention des généralistes les données probantes et recommandations actuelles incluses dans cette nouvelle version du RBR.

Qualité des données

Bien que le nombre d'essais et d'études cliniques en pédiatrie augmente depuis quelques années, de nombreux obstacles persistent pour formuler des recommandations factuelles en matière de soins préventifs pédiatriques de première ligne¹². Le nombre de sujets examinés par la *US Preventive Services Task Force* et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) s'intéressant aux adultes surpasse toujours celui s'intéressant aux enfants, et la plupart des recommandations pédiatriques sont inconcluantes,

surtout en raison du peu de données probantes de bonne qualité pour étayer les manœuvres de prévention chez les enfants^{12,13}. Devant ces limites, l'équipe du RBR a continué de faire appel à plusieurs sources afin d'incorporer les meilleures données probantes et consensus d'experts disponibles dans la mise à jour des recommandations, avec préférence pour les études applicables au contexte canadien.

Comme pour les mises à jour précédentes, le RBR 2020 est guidé par le cadre AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II*; www.agreertrust.org)¹⁴. De plus, nous avons créé un partenariat avec l'équipe MERST (*McMaster Evidence Review and Synthesis Team*) en vue de simplifier nos méthodes de revue de la littérature. L'équipe MERST a déjà soutenu les travaux d'autres organismes officiels ayant publié des lignes directrices, tels que le GECSSP¹⁵. Pour actualiser les recommandations existantes ou en intégrer de nouvelles dans le RBR 2020, nous avons examiné les toutes dernières données probantes dans les domaines de la croissance, de la nutrition, de l'éducation et des conseils (y compris la prévention des blessures, les problèmes comportementaux et familiaux, la santé de l'environnement et autres), du développement, de l'examen physique, des examens et dépistages et de la vaccination. Nous avons effectué une recherche de la littérature entre juin 2016 (dernière mise à jour du RBR) et mai 2019 à l'aide des méthodes décrites ci-dessus^{9,10}. Nous avons formulé de nouvelles stratégies de recherche pour les problèmes pertinents à la petite enfance et aux soins de première ligne qui ont fait surface depuis la dernière édition du RBR en 2017 (p. ex. les cigarettes électroniques). Nous avons eu recours à la méthode GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) pour évaluer rigoureusement les principales études de recherche¹⁶. D'après les nouvelles données probantes, énoncés de politique et revues de synthèse, nous avons modifié ou ajouté des recommandations en faisant appel à notre système de catégorisation de longue date et convivial de données de bonne qualité, de qualité acceptable, et de consensus ou inconcluantes, qui sont respectivement présentées en caractères **gras**, en *italiques* et en police régulière dans les outils du RBR.

L'équipe de base du RBR 2020 comptait initialement un médecin de famille (L.R.), un pédiatre (D.L.), une épidémiologiste pédiatrique clinique (P.L.) et des adjointes de recherche (S.A. et E.T.) qui ont participé à la recherche de la littérature, à l'évaluation des données probantes et aux recommandations finales. L'équipe MERST a contribué en organisant et en sélectionnant les publications à l'aide du logiciel DistillerSR (<https://www.evidencepartners.com/products/distillersr-systematic-review-software>). En 2019, l'équipe s'est élargie pour inclure plus d'expertise en pratique clinique de la médecine familiale (I.B. et B.K.) et en pédiatrie (A.R.L.). Tous les membres ci-dessus ont participé à la revue des données pertinentes associées

aux recommandations finales et aux outils de transfert des connaissances associés à la version finale du RBR 2020. Un membre de l'équipe (J.R.) participe continuellement depuis les tous débuts du RBR et occupe maintenant un poste de supervision qui inclut des commentaires, la révision et l'approbation de la publication. Notre équipe d'intervenants et de membres consultatifs du Collège des médecins de famille du Canada, Société canadienne de pédiatrie et Les diététistes du Canada ont révisé, approuvé et entériné la version finale du RBR 2020. En outre, nous avons créé un comité d'utilisateurs et collaboré avec lui afin de nous assurer que les données actualisées soient pertinentes, incorporées de manière optimale et accessibles dans les outils. Le contenu du RBR 2020 a été finalisé avant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), il ne contient donc pas de littérature ni de recommandation précise sur tout ce qui pourrait porter sur la COVID-19 et les soins durant l'enfance.

Message principal

Les principales révisions du contenu de l'édition 2020 du RBR sont définies ci-dessous. Le **Tableau 1** fournit les détails et la justification des changements¹⁷⁻⁷⁶. Le site Web du RBR inclut une version du RBR 2020 avec révisions au texte indiquées en bleu afin de pouvoir identifier facilement les changements, ainsi qu'une liste des révisions (www.rourkebabyrecord.ca/updates).

Principes généraux

- Si un bébé n'a pas eu une visite durant le premier mois de vie, il importe de réaliser les examens qui font habituellement partie des premières visites, comme l'examen du pouls fémoral, du palais, de la colonne vertébrale et du dos à la première évaluation, puisque ces éléments ne font pas partie des visites ultérieures. Cela est particulièrement vrai si le nourrisson a été vu par un autre professionnel de la santé ou s'il a été évalué par télémédecine durant la pandémie de COVID-19.
- Certains éléments du RBR sont répétés plusieurs fois durant les visites ultérieures. Le généraliste peut opter pour réévaluer les éléments qu'il a déjà abordés s'il a perçu un risque ou un besoin.
- L'ordre des éléments de certaines sections est révisé. Dans les sections « Nutrition » et « Éducation et conseils », nous avons tenté de dresser la liste des éléments selon l'ordre de qualité des recommandations: les éléments étayés par des données de bonne qualité apparaissent en premier, ils sont suivis des éléments étayés par des données acceptables et enfin les éléments étayés par des données inconcluantes ou de consensus. Là où cela est possible, les éléments liés à l'examen physique sont organisés de la tête aux pieds, et tiennent compte de la qualité de la recommandation.
- Les liens aux pages Web ont été révisés en fonction des données actuelles. Ils sont présentés dans les Ressources 1 à 4 par leur titre ou leur sujet suivi de

l'organisation ou de la revue médicale de référence. Le site Web du RBR contient des hyperliens pour en faciliter l'accès.

- Un nouveau format horizontal présente des caractères de plus grande taille et plus d'espace pour écrire, ce qui donne un format de 3 visites par page pouvant être imprimé recto-verso. Cela ressemble à l'ancienne version « étendue » qui allongeait chaque guide verticalement. Le format original de 3 visites par page est maintenant offert en PDF pouvant être rempli à l'écran.

Surveillance de la croissance. Puisqu'il est recommandé de calculer l'IMC chez les enfants de plus de 2 ans, nous présentons maintenant un lien vers les tableaux et calculateurs de l'IMC de Les diététistes du Canada¹⁷. Les courbes d'indice de masse corporelle sont accessibles en cliquant sur le lien des courbes de croissance.

Nutrition. Plusieurs ressources pratiques en ligne sur la nutrition chez les enfants de moins de 6 ans ont été ajoutées aux Ressources 1, y compris les lignes directrices (en anglais) de Diététistes en santé publique de l'Ontario¹⁸ et de *Baby-Friendly Initiative Strategy for Ontario*⁷⁷, ainsi que les énoncés de la Société canadienne de pédiatrie sur le moment d'introduire les aliments allergènes²⁶ et le sodium alimentaire³¹. Les changements au contenu liés à la nutrition sont: qualifier le lien entre l'allaitement et les infections gastro-intestinales et respiratoires afin de refléter les limites des données probantes¹⁹; modifier le texte pour insister sur le fait que les femmes qui allaitent doivent continuer de prendre un supplément standard de multivitamines contenant au moins 400 UI par jour de vitamine D^{20,21}; retirer les mots « enrichi de fer » pour décrire les laits maternisés recommandés¹⁸; répéter le conseil aux visites de 12 et 15 mois d'éviter le biberon au lit^{22,23}; conseiller d'éviter les laits maternisés à base de soja chez les nourrissons prématurés ou qui sont allergiques aux protéines de lait de vache, et user de prudence auprès des nourrissons qui sont surveillés pour l'hypothyroïdie congénitale²⁴; aviser d'introduire les aliments solides selon la réceptivité du nourrisson, entre l'âge de 4 et 6 mois²⁵; ajouter des données de bonne qualité (caractère gras) à la recommandation d'introduire les aliments allergènes (surtout les œufs et les arachides) aux nourrissons qui présentent un risque élevé d'allergie, et de maintenir la tolérance en continuant de présenter ces aliments plusieurs fois par semaine²⁶⁻²⁹; et aviser de limiter la consommation d'aliments (et aussi de boissons) sucrés³⁰ et de limiter la consommation d'aliments très préparés et riches en sodium alimentaire³¹.

Éducation et conseils

Prévention des blessures: La liste des blessures pouvant être évitées qui apparaît dans Ressources 1 est présentée en ordre des causes les plus aux moins courantes de décès accidentel chez les jeunes enfants³².

Tableau 1. Révisions dans le RBR 2020: Les modifications sont en caractères gras.

RÉVISION	DÉTAILS OU JUSTIFICATION
<p>Surveillance de la croissance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Courbes de croissance de l'OMS adaptées pour le Canada avec tableaux et calculateur de l'IMC 	<ul style="list-style-type: none"> • Les tableaux et calculateur de l'IMC sont facilement accessibles sur le site Web de Les diététistes du Canada¹⁷
<p>Nutrition</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'un hyperlien dans Ressources 1 vers les Lignes directrices 2019 sur la nutrition pédiatrique des Diététistes en santé publique de l'Ontario (naissance à 6 ans) • L'allaitement peut réduire les infections gastro-intestinales et respiratoires • Les femmes qui allaitent sont encouragées à consommer un supplément standard de multivitamines ou de minéraux qui contient de la vitamine D (400 UI/jour) • La mention <i>enrichi de fer</i> a été enlevée de l'élément sur les laits maternisés • La recommandation Pas de biberon au lit a été ajoutée aux visites de 12 et de 15 mois • Le lait maternisé à base de soja n'est pas recommandé chez les nourrissons prématurés et allergiques aux protéines de lait de vache, et peuvent nuire à l'absorption de traitement de substitution de la T4 chez les nourrissons atteints d'hypothyroïdie congénitale • Introduction aux aliments solides: Quelques semaines avant l'âge de 6 mois ou juste après, en fonction de la réceptivité du nourrisson (Soins de nos enfants, SCP) (CPS Caring for Kids; https://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/pregnancy-and-babies/feeding_your_baby_in_the_first_year), commencer à donner des aliments contenant du fer pour éviter l'anémie ferriprive. On peut introduire des aliments aux textures molles, des purées aux aliments à manger avec les doigts • «Aliments allergènes» a été ajouté aux visites de 6 et 9 mois en caractères gras (indiquant une recommandation de bonne qualité), ainsi qu'une discussion à la visite de 4 mois du calendrier d'introduction future. Les énoncés dans Ressources 1 incluent maintenant plus de détails: Chez tous les nourrissons, y compris ceux très à risque d'allergies, on peut introduire les aliments allergènes (particulièrement les œufs et les produits à base d'arachide) en même temps que les autres aliments vers l'âge de 6 mois, mais pas avant l'âge de 4 mois, en fonction de la réceptivité du nourrisson. Une fois introduits, les aliments allergènes doivent être servis quelques fois par semaine pour maintenir la tolérance • Éviter toutes les boissons sucrées au fruit, les boissons sportives, les boissons énergisantes et les boissons gazeuses; limiter la consommation de jus de fruits à un maximum de 125 mL (une demi-tasse) par jour. Limiter la consommation d'aliments prêts-à-servir et de boissons riches en sucre • Limiter ou éviter la consommation d'aliments très transformés riches en sodium 	<ul style="list-style-type: none"> • Contient des recommandations actuelles, détaillées et pratiques sur la nutrition à chaque groupe d'âge, y compris des lignes directrices générales sur les aliments et liquides, les étapes de l'alimentation, les symptômes alarmants et la manutention sécuritaire du lait maternel et du lait maternisé¹⁸ • Le texte qui décrit le lien entre l'allaitement et les infections est maintenant moins définitif pour refléter les limites des données probantes. La plupart des études ont été réalisées dans des pays à faibles revenus ou à revenus moyens et la méthodologie était observationnelle, où il pourrait y avoir des facteurs de confusion résiduels et une causalité inverse (p. ex. on a montré que les pratiques d'allaitement diffèrent entre les femmes de différents statuts socio-démographiques)¹⁹ • Le RBR 2017 recommandait que les femmes qui allaitent doivent continuer à prendre des suppléments de vitamine D; la révision met l'accent sur le fait que ces femmes doivent continuer à prendre une multivitamine standard qui contient au moins 400 UI/jour de vitamine D^{20,21} • Tous les laits maternisés vendus au Canada (sauf pour quelques produits très spécialisés) contiennent suffisamment de fer pour répondre aux besoins des nourrissons. Les laits maternisés contiennent généralement des concentrations de fer oscillant entre 0,4 mg/100 mL et 1,3 mg/100 mL¹⁸ • La recommandation Pas de biberon au lit, déjà présente aux visites de 6 et 9 mois, a été ajoutée aux visites jusqu'à 15 mois en raison de l'importance de prévenir les caries dentaires et la carence en fer^{22,23} • Le texte a été révisé pour se conformer aux données actuelles selon lesquelles l'inquiétude d'effets indésirables sur le développement ou la fonction endocrinienne est minime chez les nourrissons qui consomment du lait maternisé à base de soja. Il n'est pas recommandé chez les nourrissons prématurés ni chez les nourrissons atteints d'hypothyroïdie congénitale²⁴ • Les bébés sont prêts à essayer des aliments solides s'ils se tiennent la tête droite, s'assoient avec peu d'aide, ouvrent la bouche sur présentation des aliments, acceptent les aliments dans une cuillère et sont capables de les avaler et sont capables de tourner la tête pour refuser les aliments²⁵ • Cela s'appuie sur de plus en plus de données à l'appui tirées d'études avec répartition aléatoire et contrôlées de bonne qualité et de revues systématiques²⁶⁻²⁹ • Le texte a été révisé pour refléter les données actuelles qui favorisent de limiter la consommation d'aliments et de boissons riches en sucre³⁰ • Ajout d'une nouvelle recommandation basée sur l'énoncé de position de la SCP. Les préférences alimentaires, dont celles liées aux aliments salés, apparaissent durant l'enfance. L'apport élevé de sodium chez les enfants serait lié à l'obésité et l'hypertension chez les adultes, ainsi qu'à une alimentation de piètre qualité. La SCP recommande que les médecins évaluent l'apport alimentaire en sodium et informent les familles et les enfants à l'aide des tableaux et de ressources de référence fournis dans l'énoncé³¹

Tableau 1 suite à la page e161

Tableau 1 suite de la page e160

RÉVISION	DÉTAILS OU JUSTIFICATION
<p>Éducation et conseils</p> <p>Prévention des blessures</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ordre des éléments présentés dans Ressources 1 a été changé à transport dans les véhicules motorisés, vélos, environnements de sommeil sécuritaires, usage de la suce, étouffements, noyade, brûlures, poisons et autres toxines, chutes et sécurité des armes à feu • Ne jamais laisser un enfant sans surveillance dans un véhicule • Le siège d'auto doit être remplacé en cas de collision • Les enfants et les jeunes de moins de 16 ans ne doivent pas conduire de VTT ou de motoneige, même s'il s'agit de modèles conçus pour les jeunes • Vélos: Porter un casque et préconiser des lois sur le port du casque à tout âge. Le remplacer en cas de choc ou s'il a plus de 5 ans • Il est recommandé de coucher les nourrissons en santé sur le dos, sur une surface ferme, pour tout type de sommeil • Informer les parents des autres facteurs de risque de mort subite du nourrisson, notamment le partage du lit, le chauffage trop élevé, le tabagisme de la mère, la fumée secondaire, l'alcool, les drogues ou la sédation illicite • Les nourrissons doivent dormir dans un mois, un berceau ou une couchette ne contenant pas d'objets mous, de literie lâche ou d'objets similaires. Ce lit, qui doit respecter le règlement de Santé Canada, doit être installé dans la chambre des parents jusqu'à ce que le bébé ait 6 mois • L'emballage est contre-indiqué à compter du moment où le bébé essaie de rouler sur lui-même • Éviter les aliments durs, petits et ronds, lisses et collants avant l'âge de 4 ans • Recommander la surveillance par des adultes, la formation des adultes, la clôture sur tout le pourtour de la piscine, munie d'un dispositif de fermeture et de verrouillage automatique, les gilets de sauvetage, les cours de natation et l'observation des consignes de sécurité nautique afin de réduire les risques de noyade 	<ul style="list-style-type: none"> • Ce changement de l'ordre dans Ressources 1 reflète un changement de la prévalence des causes de décès accidentel chez les jeunes enfants³². L'ordre de ces éléments n'est pas nécessairement le même que celui des guides, qui suit de plus près l'ordre de la qualité des recommandations • Chaque année au Canada depuis 2013, 1 enfant est décédé d'hyperthermie dans un véhicule. La plupart des décès étaient accidentels et ont été causés par l'oubli de l'enfant dans un véhicule. Les recommandations d'ordre préventif consistent à rappeler aux tuteurs de ne jamais laisser un enfant sans surveillance dans un véhicule, à fournir des stratégies de prévention (créer des habitudes comme toujours vérifier la banquette arrière avant de verrouiller le véhicule et créer des rappels à l'aide d'applis pour téléphones ou placer un objet lié à l'enfant sur la banquette avant du véhicule), et à garder les portes du véhicule verrouillées pour empêcher les enfants de jouer à l'intérieur à l'insu du tuteur, etc.^{33,34} • Le texte sur le siège d'auto a été actualisé et simplifié et il inclut maintenant une recommandation de remplacer le siège d'auto après une collision, puisqu'une collision pourrait en limiter l'efficacité future³⁵ • Cette recommandation a été ajoutée, car le RBR 2017 contenait un lien à l'énoncé de la SCP sur la prévention des blessures par VTT dans Ressources 1 sans recommandation explicite. Les enfants et les jeunes aux commandes de VTT et de motoneiges continuent de subir des morbidités dévastatrices et la mortalité³⁶ • Selon les données actuelles³⁷ • Les recommandations sur les environnements de sommeil sécuritaires sont actualisées avec de l'information tirée du groupe de travail 2016 de l'AAP sur le SMSN. Lorsqu'il dort sur un matelas moelleux, le nourrisson pourrait créer une poche ou un creux à la surface, ce qui augmente les chances de réinhalation ou de suffocation en décubitus dorsal^{38,39} • Les données actuelles sur les facteurs de risque de SMSN sont actualisées, y compris le partage du lit avec une personne dont la vigilance ou la capacité d'être éveillée est réduite en raison de drogues ou de médicaments sédatifs^{38,39} • Le groupe de travail 2016 de l'AAP sur le SMSN recommande que les nourrissons dorment près du lit des parents sur une surface séparée, idéalement jusqu'à l'âge de 12 mois, mais au moins jusqu'à 6 mois. Il reconnaît l'absence de données précises étayant la recommandation de rester dans la chambre des parents jusqu'au premier anniversaire, et que les 6 premiers mois étaient la période la plus cruciale durant laquelle le SMSN et les décès liés au sommeil avaient plus tendance à se produire^{38,39}. Lorsqu'on décide de déplacer l'enfant dans sa propre chambre, il faut évaluer les facteurs de risque de SMSN et les répercussions du partage de la chambre sur le sommeil des parents et l'allaitement • L'âge définitif pour arrêter d'emballoter l'enfant a été retiré puisque les nourrissons commencent à se retourner à des âges variés^{38,39} • L'âge du risque d'étouffement alimentaire est passé de 3 à 4 ans pour se conformer aux recommandations actuelles⁴⁰ • Les clôtures autour de la piscine munies d'un dispositif de fermeture et de verrouillage automatique réduisent le risque de noyade⁴¹

Tableau 1 suite à la page e162

Tableau 1 suite de la page e161

RÉVISION	DÉTAILS OU JUSTIFICATION
<p>Prévention des blessures</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les visites de 9 mois à 5 ans, l'élément « brûlures » a été remplacé par « Garder l'eau chaude à une température inférieure à 49 °C. » Être vigilant lorsque des récipients contenant des liquides chauds sont déposés sur le dessus des comptoirs • Pour les poisons et autres toxines: Garder les médicaments, les produits de nettoyage et les autres toxines sous clé et hors de la portée des enfants. Avoir le numéro du centre antipoison à portée de la main. Le sirop d'ipéca est contre-indiqué chez l'enfant. Installer des détecteurs de monoxyde de carbone 	<ul style="list-style-type: none"> • Une fois que les bambins commencent à marcher, le risque de brûlures s'accroît. Un énoncé sur les liquides chauds sur les comptoirs a été ajouté, car les brûlures par liquide chaud représentaient le mécanisme de brûlure le plus fréquent aux services d'urgence du Canada⁴² • Expansion du texte pour inclure les substances toxiques en général. La recommandation sur les détecteurs de monoxyde de carbone a été déplacée de la section « brûlures » à cette section
<p>Problèmes comportementaux et familiaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander aux parents s'ils ont des difficultés à joindre les deux bouts ou s'il y a insécurité alimentaire • Alphabétisation: Encourager les parents à faire la lecture à leurs nourrissons et leurs enfants et à chanter avec eux dès les premiers mois de vie et à limiter le temps consacré à la télévision, aux vidéos et aux jeux vidéo et informatiques afin de multiplier les occasions de lecture. • Donner des conseils sur le temps d'écran; le temps d'écran (p. ex. télévision, ordinateur, jeux électroniques) n'est pas recommandé chez les moins de 2 ans, sauf pour les conversations vidéo; limiter le temps d'écran à moins d'une heure par jour chez les 2 à 4 ans. Moins, c'est mieux. Les émissions éducatives et prosociales sont à privilégier 	<ul style="list-style-type: none"> • De plus en plus de données appuient l'importance de parler des déterminants sociaux de santé afin d'optimiser le développement de la petite enfance et les résultats de santé à long terme. Les questions validées sont « Depuis 12 mois, avez-vous craint de manquer de nourriture avant d'avoir assez d'argent pour en acheter OU avez-vous manqué de nourriture et d'argent pour en acheter? »^{43,44} • Des données préliminaires basées principalement sur de petites études d'observation laissent croire que l'exposition précoce à la musique est corrélée à des modifications de la structure et de la fonction cérébrale. La lecture et le chant doivent idéalement commencer auprès des nouveau-nés^{45,46} • Puisque des données probantes faisant surface indiquent que les jeunes enfants apprennent des mots et sont capables de converser durant une conversation vidéo avec un adulte et que les appels vidéo solidifient les liens sociaux avec les membres de la famille à l'étranger, la recommandation actualisée souligne le caractère approprié des appels vidéo. Les lignes directrices de la SCP et de l'AAP sur l'utilisation des médias soulignent également l'importance des parents pour modéliser les habitudes saines d'utilisation des écrans et comment l'utilisation des médias par les parents pourrait entrer en conflit avec les interactions et le jeu des enfants avec les parents^{47,48}
<p>Santé de l'environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposition à la fumée secondaire, à la cigarette électronique et au cannabis: Il n'y a pas de taux d'exposition sécuritaire. Conseiller aux personnes qui s'occupent d'enfants d'arrêter de fumer ou de réduire l'exposition à la fumée secondaire, qui contribue à des maladies respiratoires, à la mort subite du nourrisson et à des troubles neurocomportementaux. Conseiller des ressources pour favoriser l'abandon du tabac. Informez les parents des risques et des dangers associés à la cigarette électronique et au cannabis (y compris les produits comestibles) sur la santé, de même que des pratiques de rangement sécuritaires • Piqûres d'insectes et insectifuges: Prévenir les piqûres d'insectes. Ne pas utiliser de DEET avant l'âge de 6 mois. Pour les bébés de 6 à 24 mois, utiliser un produit contenant 10% de DEET et l'appliquer 1 seule fois par jour. Utiliser ce produit au maximum 3 fois par jour chez les enfants de 2 à 12 ans • Pesticides: S'informer de l'utilisation et de l'entreposage des pesticides à la maison. Éviter de s'y exposer. Laver tous les fruits et les légumes qui ne peuvent pas être pelés 	<ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage de l'exposition à la cigarette électronique et au cannabis et informer les parents des risques et dangers seraient importants, vu leur grande utilisation. La légalisation du cannabis et l'entreposage sécuritaire sont tout aussi importants pour empêcher les enfants d'ingérer accidentellement le cannabis^{49,50} • Prévenir les piqûres d'insectes en évitant les régions et les heures où les insectes et les tiques sont les plus actifs, en prenant des précautions à l'aide de barrières physiques (p. ex. moustiquaires et vêtements de couleurs claires) et d'insectifuges⁵¹ • L'énoncé du RBR 2017 d'utiliser des aliments sans pesticides a été retiré puisqu'il n'est pas réaliste pour beaucoup, et qu'il n'existe pas de données relatives à son efficacité. Il a été remplacé par des recommandations appuyées par des données probantes: poser des questions sur l'usage de pesticides et leur entreposage à la maison⁵². La recommandation de laver les fruits et légumes a également été ajoutée⁵³

Tableau 1 suite à la page e163

Tableau 1 suite de la page e162

RÉVISION	DÉTAILS OU JUSTIFICATION
<p>Santé de l'environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> Le dépistage de la plombémie est recommandé pour les enfants qui vivent depuis 6 mois dans un immeuble construit avant 1960 (modifié de 1978) Trois autres facteurs de risque dont il faut tenir compte pour envisager le dépistage de la plombémie: enfants qui ont émigré ou fait l'objet d'une adoption internationale d'un pays où les taux de plomb en population sont plus élevés qu'au Canada, sont à risque d'être exposés au plomb par les canalisations d'eau; doivent subir des explorations diagnostiques de retards ou de troubles neurocomportementaux 	<ul style="list-style-type: none"> Le plomb a été interdit en 1960 dans les peintures intérieures des bâtiments au Canada. Les peintures extérieures auraient contenu du plomb jusqu'en 1990^{54,55} La SCP a publié un point de pratique en 2019 qui mettait en lumière le grand nombre de sources potentielles d'exposition à de faibles taux de plomb chez les enfants et l'approche de prise en charge de la toxicité par le plomb⁵⁵
<p>Santé buccale</p> <ul style="list-style-type: none"> Nouvel élément sur la prise en charge de la gêne liée à la percée des dents: Pour soulager l'inconfort, on peut masser les gencives à l'aide d'une débarbouillette d'eau froide ou d'un anneau de dentition et faire un bon usage des analgésiques par voie orale (p. ex. l'acétaminophène, à tout âge, ou l'ibuprofène, à compter de 6 mois. Les gels anesthésiques ou qui engourdissent et les colliers de dentition sont contre-indiqués L'Outil national d'évaluation du risque de caries se trouve à (https://umanitoba.ca/CRA_Tool_FR_version_with_logos.pdf) 	<ul style="list-style-type: none"> Le RBR 2017 ne comptait pas un énoncé précisément lié à la recommandation de dépister la dentition sur les guides RBR de 6 à 15 mois. Après la mise en garde en 2018 de la <i>Food and Drug Administration</i> et le rappel par Santé Canada des gels de dentition contenant la benzocaïne en raison du risque de méthémoglobinémie et de leur inefficacité sur la dentition, une nouvelle recommandation a été ajoutée pour guider les cliniciens sur la prise en charge de la dentition^{56,57}. Une étude canadienne a montré que 50% des colliers de dentition (faits d'ambres) ne s'ouvriraient pas sous une force de 15 lb, qui est la norme de sécurité pour les bijoux pour enfants, et ne s'ouvriraient pas non plus sous une force de 1,6 lb, qui est la force nécessaire pour bloquer les voies respiratoires d'un enfant⁵⁸. En raison du risque d'étranglement, d'étouffement, d'infection et de blessure à la bouche, les colliers de dentition sont contre-indiqués. Un nouvel Outil national d'évaluation du risque de caries fondé sur les données probantes créé à l'intention des professionnels de la santé autres que dentaires, et entériné par la SCP (étude de validation en cours)
<p>Surveillance du développement</p> <ul style="list-style-type: none"> Le terme <i>étapes normales du développement</i> a été modifié à <i>étapes typiques du développement</i> Noter les nouveaux symptômes alarmants des étapes du développement moteur: à 6 mois, ne tient pas les mains fermées ou les poings serrés en permanence et tend la main vers les objets ou les attrape tout autant des deux mains; et à 9 et 12 mois, utilise tout autant les deux mains Procéder au dépistage des troubles du spectre de l'autisme (TSA) chez tout enfant de 18 à 24 mois qui présente au moins l'un des facteurs de risque suivants: échoue des éléments de l'évaluation des aptitudes sociales, affectives ou de communication; a un frère ou une sœur autiste; inquiète un parent, un tuteur ou un médecin sur le plan du développement. La plus forte prévalence de TSA est également associée à la prématurité et à certains troubles chromosomiques, génétiques et neurologiques. Les outils de dépistage standardisés fondés sur des données probantes, utilisés pour dépister les symptômes précoces de TSA doivent être employés conformément aux lignes directrices 	<ul style="list-style-type: none"> Cette modification assure l'usage inclusif et respectueux de la terminologie liée au développement de l'enfant L'incapacité physique la plus fréquente durant l'enfance est la paralysie cérébrale (PC). Puisqu'une grande proportion d'enfants atteints de PC ne présentent pas de facteurs de risque périnatal (p. ex. prématurité, admission aux soins intensifs néonataux) qui les orienteraient aux programmes multidisciplinaires de suivi, le généraliste joue un rôle important pour identifier les enfants atteints de PC ou d'autres troubles neurodéveloppementaux. Une revue de la littérature, et des consensus d'experts internationaux ont relevé 6 facteurs qui devraient susciter une demande de consultation immédiate aux fins d'évaluation diagnostique: préférence d'une main avant 12 mois, poings fermés après 4 mois, persistance de la tête qui bascule vers l'arrière après 4 mois, incapacité de rester assis sans aide après 9 mois et asymétrie de la posture et des mouvements après 4 mois. Ces signes ont été incorporés dans les sections étapes du développement et examen physique^{59,60} La SCP a publié 3 nouveaux énoncés de position sur le dépistage précoce, l'évaluation diagnostique et la prise en charge du TSA⁶¹⁻⁶³. Des questionnaires et outils de dépistage clinique pour détecter les symptômes précoces de TSA sont présentés dans le premier énoncé⁶¹

Tableau 1 suite à la page e164

Tableau 1 suite de la page e163

RÉVISION	DÉTAILS OU JUSTIFICATION
<p>Examen physique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tension artérielle: Vérifier la tension artérielle à chaque rendez-vous chez les enfants à risque de plus de 3 ans. Certains facteurs de risque y sont liés, tels que l'obésité, les troubles respiratoires du sommeil, la prématurité, les maladies rénales, la cardiopathie congénitale, le diabète ou les médicaments qui accroissent la tension artérielle • Le test de réflexe cornéen a été éliminé chez les nourrissons de moins de 6 mois • Palais intact (inspection, palpation) ajouté aux visites jusqu'à 1 mois • En cas de problème d'allaitement, inspecter la mobilité de la langue • Évaluation des dents et des risques de carie ajouté aux visites à compter de 6 mois • Examen du cœur, des poumons et de l'abdomen ajouté à toutes les visites • Ombilic: Assécher doucement en tapotant et examiner les signes et symptômes d'infection • On ne dispose pas de données suffisantes pour recommander systématiquement l'imagerie diagnostique pour dépister la dysplasie de la hanche, mais l'examen des hanches est indiqué au moins jusqu'à l'âge d'un an ou jusqu'à ce que l'enfant sache marcher. L'examen inclut l'évaluation d'un écart de la longueur des 2 jambes et d'une asymétrie des plis des cuisses ou des fesses (muscles glutéaux), la manœuvre d'Ortolani (généralement négative après l'âge de 3 mois) et les tests d'abduction limités (généralement positifs après l'âge de 3 mois). Envisager une imagerie sélective entre l'âge de 6 semaines et de 6 mois en présence de facteurs de risque (présentation par le siège, histoire familiale, instabilité des hanches à l'examen physique) • Tête qui ne bascule pas vers l'arrière ajouté à la visite de 6 mois et tonus musculaire ajouté aux visites de 9 et 12 mois • Rachis lombaire (fossette et sinus) 	<ul style="list-style-type: none"> • La recommandation acceptable de vérifier la tension artérielle chez les enfants de 3 ans et plus n'a pas changé. Les facteurs de risque d'hypertension sont maintenant clairement décrits dans Ressources 2, et des liens aux pages Web des lignes directrices et des définitions de l'hypertension ont été ajoutés⁶⁴ • Puisque le strabisme est courant chez les nouveau-nés et que le strabisme intermittent est normal durant la petite enfance, l'examen du réflexe cornéen est le plus cliniquement pertinent à la visite de 6 mois et après. Le strabisme qui ne disparaît pas après 4 mois justifie une demande de consultation⁶⁵ • Les fissures labiales et palatines sont des anomalies congénitales fréquentes et il faut les dépister durant les premières visites durant l'enfance. L'inspection visuelle du palais a été ajoutée pour détecter les fissures palatines sous-muqueuses⁶⁶ • La mobilité de la langue est cliniquement pertinente lorsqu'il y a des problèmes d'allaitement. Cela peut aider à éviter le surdiagnostic de l'ankyloglossie non cliniquement significative⁶⁷ • Voir le nouvel Outil national d'évaluation du risque de caries entériné par la SCP à (https://umanitoba.ca/CRA_Tool_FR_version_with_logos.pdf) • Cela corrige l'idée fautive selon laquelle l'exclusion de cet examen sous-entendait qu'il n'était pas indiqué. Le principe de la section sur l'examen physique, comme mentionné sous ce titre dans les Guides I à IV, a toujours été qu'un examen physique approprié à l'âge est recommandé à chaque visite. Le dépistage fondé sur les données probantes de certaines affections est souligné • Les données sont suffisantes pour étayer les antiseptiques topiques sur les cordons ombilicaux comparativement aux soins des ombilics secs pour prévenir les infections dans les pays développés⁶⁸ • Plus de détails sur l'examen des hanches ont été ajoutés à Ressources 1. Puisque les manœuvres de Barlow et d'Ortolani sont réalisées simplement ensemble durant l'examen des hanches, elles apparaissent dans la section examen physique des Guides I et II. Toutefois, puisque la manœuvre de Barlow est un test de laxité ou d'instabilité et que sa signification est moindre que celle de la manœuvre d'Ortolani, elle n'est pas mentionnée dans l'explication dans Ressources 1⁶⁹ • Un tonus ou des réflexes ostéotendineux anormaux, ou l'asymétrie des mouvements (bouger un côté plus que l'autre) seraient des signes précoces de PC ou de trouble neuromoteur, et justifient une évaluation plus poussée^{59,60} • Aux visites jusqu'à 2 semaines, examiner la colonne vertébrale pour tout signe cutané ou de dysraphie spinale occulte⁷⁰

Tableau 1 suite à la page e165

Tableau 1 suite de la page e164

RÉVISION	DÉTAILS OU JUSTIFICATION
<p>Examens et tests de dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> La mention « Hémoglobine (si à risque) » a été modifiée à « dépistage de l'anémie (si à risque) » Dépistage de l'anémie: Envisager le dépistage de l'anémie ferriprive entre l'âge de 6 et 18 mois chez les nourrissons et les enfants des groupes à haut risque, p. ex. familles défavorisées, communautés autochtones, réfugiés nouvellement arrivés, enfants issus de l'immigration ou de l'adoption internationale de pays pauvres en ressources, nourrissons de petit poids à la naissance et prématurés, nourrissons et enfants nourris au lait de vache avant l'âge de 9 mois ou à des quantités supérieures à 500 mL/jour, maintien de l'alimentation au biberon après l'âge de 15 mois ou apport sous-optimal d'aliments contenant du fer. Après cet âge, procéder au dépistage de l'anémie en fonction des facteurs de risque supplémentaires 	<ul style="list-style-type: none"> Puisque la carence en fer est une cause fréquente d'anémie, le dépistage de l'anémie, lorsque indiqué, doit mesurer le taux d'hémoglobine et le bilan martial (p. ex. ferritine, taux de protéine C réactive)^{71,72} Les groupes à risque élevé ont été révisés selon les données les plus récentes. Certains de ces groupes (p. ex. communautés autochtones, enfants nouvellement arrivés) seraient à risque d'anémie en raison de la pauvreté, de l'insécurité alimentaire et d'autres facteurs^{71,72}
<p>Vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> Pendant la vaccination, les stratégies démontrées pour réduire la douleur incluent l'allaitement ou l'utilisation de solutions au goût sucré, l'administration du vaccin le plus douloureux en dernier et le fait d'envisager l'administration d'un anesthésique topique Le vaccin dcaT devrait être offert à toutes les femmes enceintes (à compter de 13 semaines de grossesse, idéalement entre 27 et 32 semaines de grossesse), afin d'assurer une protection immédiate aux nourrissons de moins de 6 mois Chez les enfants à haut risque (immunodépression, insuffisance rénale chronique, dialyse), voir le chapitre sur l'hépatite B du Guide canadien d'immunisation pour connaître le moment d'administrer le vaccin, le nombre de doses et le mode de monitoring des taux d'anticorps contre l'hépatite B Le vaccin antigrippal est recommandé pour tous les enfants notamment ceux de 6 à 59 mois et les enfants plus âgés à haut risque Les enfants de 2 à 18 ans devraient se faire administrer le vaccin quadrivalent inactivé ou un vaccin antigrippal quadrivalent vivant atténué s'il n'est pas contre-indiqué. Si le vaccin quadrivalent n'est pas disponible, utiliser le vaccin trivalent inactivé. Le vaccin antigrippal vivant atténué est contre-indiqué chez les enfants immunodéprimés, atteints d'un asthme sévère (défini comme une respiration sifflante active ou qui prennent des glucocorticostéroïdes par voie orale ou des doses élevées de glucocorticostéroïdes inhalés ou dont la respiration sifflante a nécessité une intervention médicale au cours des 7 jours précédents) ou qui prennent de l'acide acétylsalicylique 	<ul style="list-style-type: none"> Selon les lignes de pratique clinique factuelles sur les stratégies de réduction de la douleur durant la vaccination⁷³ Selon les données actuelles et les recommandations du CCNI⁷⁴ Selon les données actuelles et les recommandations du CCNI⁷⁵ Selon les données actuelles⁷⁶

AAP—American Academy of Pediatrics, CCNI—Comité consultatif national sur l'immunisation, dcaT—diphtérie et anatoxines du tétanos et coqueluche acellulaire, IMC—indice de masse corporelle, OMS—Organisation mondiale de la Santé, PC—paralysie cérébrale, RBR—Relevé postnatal Rourke, SCP—Société canadienne de pédiatrie, SMSN—syndrome de mort subite du nourrisson, TSA—trouble du spectre de l'autisme, VTT—véhicule tout-terrains.

La mise à jour contient les conseils suivants: ne jamais laisser un enfant sans surveillance dans un véhicule^{33,34}; remplacer le siège d'auto après une collision³⁵ et le casque de vélo s'il a été soumis à un impact ou si l'enfant est âgé de plus de 5 ans³⁷; les enfants et les jeunes de moins de 16 ans ne doivent pas prendre les commandes d'un véhicule tout-terrain ou d'une motoneige, y compris des modèles conçus pour les jeunes³⁶; les nourrissons en bonne santé doivent être placés sur le dos sur une surface rigide à chaque dodo; éviter l'alcool ou les drogues illégales ou sédatives, car ils sont un facteur de risque de syndrome de mort subite du nourrisson; ne pas emmailloter les nourrissons après qu'ils aient montré vouloir se retourner^{38,39}; ne pas introduire des aliments solides et collants avant l'âge de 4 ans en raison du risque d'étouffement (auparavant 3 ans)⁴⁰; les clôtures en pourtour des piscines doivent inclure une porte munie d'un dispositif de fermeture et de verrouillage automatique⁴¹; et rester alerte en présence de liquides chauds sur les comptoirs en raison du risque de brûlure⁴².

Problèmes comportementaux et familiaux: Les éléments révisés sont notamment des questions validées de découverte de la pauvreté sur l'insécurité alimentaire^{43,44} et des conseils pour commencer à lire et à chanter aux jeunes nourrissons^{45,46}; le temps passé devant un écran doit optimalement être géré par les enfants, les parents et les tuteurs; et les appels vidéo améliorent la communication avec la famille et les amis^{47,48}.

Santé de l'environnement: Les éléments révisés sont notamment une nouvelle formulation pour renseigner les parents quant aux risques et dangers liés aux cigarettes électroniques et au cannabis (y compris les produits alimentaires) sur la santé et comment entreposer ces produits de façon sécuritaire^{49,50}; des conseils sur la façon d'éviter les piqûres d'insectes⁵¹; l'omission d'une recommandation sur les aliments exempts de pesticides; la recommandation de poser des questions sur l'usage de pesticides et leur entreposage à domicile⁵²; la suggestion de laver tous les fruits et légumes ne pouvant être pelés⁵³; et une liste modifiée et élargie de facteurs de risque pour le dépistage du taux sanguin de plomb^{54,55}.

Santé buccale: Ajout de la prise en charge de la gêne causée par la percée des dents⁵⁶⁻⁵⁸ en plus du programme de Smiles for Life (en anglais) à l'intention des professionnels de la santé autre que dentaire (<https://www.smilesforlifeorallhealth.org>). Un nouvel Outil national d'évaluation du risque de caries est entériné par la Société canadienne de pédiatrie (https://umanitoba.ca/CRA_Tool_FR_version_with_logos.pdf).

Surveillance du développement. Des révisions ont été apportées à certaines étapes du développement, dont la modification du terme *étapes normales du développement* pour *étapes typiques du développement* et élargissement des étapes de motricité pour la détection précoce de la paralysie cérébrale^{59,60}. Les données

probantes et la liste complète des publications connexes étayant la recommandation sur la paralysie cérébrale se trouvent à <https://www.childhooddisability.ca/early-detection-of-cp/>.

Des facteurs de risque du trouble du spectre de l'autisme ont été ajoutés, de même que de nouveaux outils de dépistage standardisés fondés sur les données probantes pour la détection, l'évaluation et la prise en charge du trouble du spectre de l'autisme⁶¹⁻⁶³.

Examen physique. L'examen du cœur, des poumons et de l'abdomen fait désormais partie de toutes les visites. Cela corrige l'idée fautive selon laquelle son exclusion sous-entendait qu'il n'était pas indiqué. Le principe de la section sur l'examen physique, comme mentionné sous ce titre dans les Guides I à IV, a toujours été qu'un examen physique approprié à l'âge est recommandé à chaque visite. Le dépistage fondé sur les données probantes de certaines affections est souligné.

Les autres manœuvres révisées sont la liste des facteurs de risque de hausse de la tension artérielle chez les enfants de plus de 3 ans⁶⁴; le retrait du réflexe cornéen de l'examen des nourrissons de moins de 6 mois⁶⁵; l'examen du palais pour s'assurer qu'il est intact⁶⁶; l'examen de la mobilité de la langue seulement dans les cas de problèmes d'allaitement⁶⁷; explication des soins du cordon ombilical⁶⁸; détails de l'évaluation des hanches et du choix d'un examen d'imagerie⁶⁹; expansion des manœuvres liées au tonus musculaire et à la motricité^{69,60}; et examen du dos et de la colonne vertébrale aux visites de 1 et 2 semaine⁷⁰.

Examens et tests de dépistage. Le dépistage de l'anémie a été révisé afin de refléter les groupes à risque élevé d'anémie ferriprive, selon les données probantes actuelles^{71,72}.

Vaccination. Le Guide V et Ressources 3 ont été actualisés pour inclure les toutes dernières recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation. Les changements à cette édition du RBR incluent la recommandation d'administrer le vaccin le plus douloureux en dernier dans le cadre d'une stratégie supplémentaire de réduction de la douleur⁷³, et des révisions aux recommandations sur les vaccins contre la diphtérie et l'anatoxine du tétanos et la coqueluche acellulaire⁷⁴, l'hépatite B⁷⁵ et la grippe⁷⁶.

Conclusion

La mouture 2020 du RBR poursuit sa tradition de mettre à jour ses recommandations pour les soins préventifs des nourrissons et des jeunes enfants en fonction des nouvelles données probantes. Pour cette édition 2020, nous avons rehaussé la rigueur de notre processus d'examen et d'évaluation des données à l'aide de nouveaux partenariats. En résumant le bien-fondé et les données probantes qui sous-tendent les révisions

et changements aux recommandations du RBR dans cet article, nous espérons renseigner sur les pratiques exemplaires les cliniciens qui dispensent des soins de première ligne aux enfants.

À l'avenir, le groupe du RBR planifie d'évaluer la satisfaction de l'utilisateur (cliniciens et parents) à l'égard des guides et des ressources. Ces commentaires nous permettront d'optimiser la convivialité, l'accessibilité et l'efficacité de nos outils.

En dernier lieu, les soins de première ligne ne sont plus les mêmes depuis le début de la pandémie de COVID-19, la télémédecine ayant pris le dessus, au détriment des visites en présentiel. Nous allons tenter d'aider les professionnels de la santé à mettre en œuvre le RBR dans le contexte difficile et changeant de la prestation actuelle des soins de santé afin de veiller à ce que les nourrissons et les enfants continuent de recevoir des soins de première ligne de la plus grande qualité. 🌿

La **D^{re} Li** est clinicienne-scientifique au Centre de recherche évaluative en santé à l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill à Montréal, au Québec, professeure agrégée au département de pédiatrie à l'Université McGill, et pédiatre généraliste à l'Hôpital de Montréal pour enfants. La **D^{re} Rowan-Legg** est pédiatre à la division de médecine pédiatrique et professeure agrégée au département de pédiatrie à l'Université d'Ottawa en Ontario, et pédiatre à CHEO à Ottawa. Le **D^r Kwok** est chargé de cours au département de médecine familiale et communautaire à l'Université de Toronto en Ontario et médecin de famille à *Unity Health Toronto* (Hôpital St Michael's) à Toronto. La **D^{re} Bayoumi** est professeure adjointe au département de médecine familiale et est nommée conjointement au département des sciences de la santé publique à l'Université Queen's à Kingston, en Ontario, et est fellow à l'ICES. **M^{me} Arulthas** était adjointe à la recherche au Centre de recherche évaluative en santé à l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill. **M^{me} Tedone** est doctorante à l'Université McGill. Le **D^r Leduc** est professeur agrégé de pédiatrie à la faculté de médecine du Centre universitaire de santé McGill. Le **D^r J. Rourke** est professeur émérite à la faculté de médecine de l'Université Memorial University of Newfoundland à St John's. La **D^{re} L. Rourke** est professeure émérite à la faculté de médecine de l'Université Memorial University of Newfoundland.

Contributeurs

Tous les auteurs ont contribué à la revue et à l'interprétation de la littérature et à la rédaction de la mouture 2020 du Relevé postnatal Rourke. Les **D^{res} Li**, **L. Rourke** et **Rowan-Legg** ont rédigé la version préliminaire de l'article. Tous les auteurs ont contribué à l'édition et à la revue des versions préliminaires et ont approuvé la soumission finale.

Intérêts concurrents

Le Gouvernement de l'Ontario verse un financement annuel visant la mise à jour et la rédaction du Relevé postnatal Rourke (RBR); le financement est administré par l'Université McMaster. Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2020, 63 000 \$ a été versé au total; de cette somme, environ 19 000 \$ a été versé en honoraires, qui ont été divisés entre certains des auteurs du manuscrit. Les droits de permis d'utilisation des dossiers médicaux électroniques du RBR (pour les compagnies de dossiers médicaux électroniques non autorisés en Ontario) sont versés au Fonds de développement du Relevé postnatal Rourke de l'Université Memorial University of Newfoundland. Le RBR ne reçoit aucune redevance, et il n'y a pas d'honoraires découlant d'intérêts commerciaux. L'Université Memorial University of Newfoundland et les 3 organisations à l'appui assurent un appui non financier: la Société canadienne de pédiatrie, le Collège des médecins de famille du Canada et Les diététistes du Canada. La **D^{re} Li** a reçu une bourse salariale à un nouvel investigateur des Instituts de recherche en santé du Canada.

Correspondance

D^{re} Patricia Li; courriel: patricia.li@mcgill.ca

Références

1. Yanchar NL, Warda LJ, Fuselli P. Child and youth injury prevention: a public health approach. *Paediatr Child Health* 2012;17(9):511-2.
2. Williams SB, Whitlock EP, Edgerton EA, Smith PR, Beil TL, US Preventive Services Task Force. Counseling about proper use of motor vehicle occupant restraints and avoidance of alcohol use while driving: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2007;147(3):194-206.
3. Durbin DR, Hoffman BD; Council on Injury, Violence, and Poison Prevention. Child passenger safety. *Pediatrics* 2018;142(5):e20182460. Publ. en ligne du 30 août 2018.
4. Plachta-Danielzik S, Kehden B, Landsberg B, Schaffrath Rosario A, Kurth BM, Arnold C et coll. Attributable risks for childhood overweight: evidence for limited effectiveness of prevention. *Pediatrics* 2012;130(4):e865-71. Publ. en ligne du 3 sept. 2012.
5. Kuhle S, Allen AC, Veugelers PJ. Prevention potential of risk factors for childhood overweight. *Can J Public Health* 2010;101(5):365-8.
6. Llewellyn A, Simmonds M, Owen CG, Woolacott N. Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2016;17(1):56-67. Publ. en ligne du 6 oct. 2015.
7. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2016;17(2):95-107. Publ. en ligne du 23 déc. 2015.
8. Rourke JT, Rourke LL. Well baby visits: screening and health promotion. *Can Fam Physician* 1985;31:997-1002.
9. Li P, Rourke L, Leduc D, Arulthas S, Rezk K, Rourke J. Rourke Baby Record 2017. Clinical update for preventive care of children up to 5 years of age. *Can Fam Physician* 2019;65:183-91 (Eng), e99-109 (Fr).
10. Riverin B, Li P, Rourke L, Leduc D, Rourke J. Rourke Baby Record 2014. Evidence-based tool for the health of infants and children from birth to age 5. *Can Fam Physician* 2015;61:949-55 (Eng), e491-8 (Fr).
11. Keegan DA, Scott I, Sylvester M, Tan A, Horrey K, Weston WW. Shared Canadian Curriculum in Family Medicine (SHARC-FM). Creating a national consensus on relevant and practical training for medical students. *Can Fam Physician* 2017;63:e223-31. Accessible à: <https://www.cfp.ca/content/cfp/63/4/e223.full.pdf>. Réf. du 14 juin 2021.
12. Melnyk BM, Grossman DC, Chou R, Mabry-Hernandez I, Nicholson W, DeWitt TG et coll. USPSTF perspective on evidence-based preventive recommendations for children. *Pediatrics* 2012;130(2):e399-407. Publ. en ligne du 2 juill. 2012.
13. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Lignes directrices publiées*. Calgary, AB: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2019. Accessible à: <https://canadiantaskforce.ca/lignesdirectrices/lignes-directrices-publiees/?lang=fr>. Réf. du 29 juill. 2020.
14. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K; AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* 2016;352:i1152. Errata: *BMJ* 2016;354:i4852.
15. Warren R, Kenny M, Bennett T, Fitzpatrick-Lewis D, Ali MU, Sherifali D et coll. Screening for developmental delay among children aged 1-4 years: a systematic review. *CMAJ Open* 2016;4(1):E20-7.
16. 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.
17. Les diététistes du Canada. *Les courbes de croissance de l'OMS*. Toronto, ON: Les diététistes du Canada; 2019. Accessible à: [https://www.dietitians.ca/Advocacy/Interprofessional-Collaborations-\(1\)/WHO-Growth-Charts](https://www.dietitians.ca/Advocacy/Interprofessional-Collaborations-(1)/WHO-Growth-Charts). Réf. du 23 juin 2020.
18. Aquil C, Atkinson L, Cardinal M, Loewenberger E, Morgan R. *Pediatric nutrition guidelines (birth to six years) for health professionals*. Diététistes en santé publique de l'Ontario; 2019. Accessible à: <https://www.odph.ca/upload/membership/document/2019-06/lorok-9367224-v2-2019-finalized-odph-pediatric-nutrition-guidelines.pdf>. Réf. du 23 juin 2020.
19. Horta BL, Victora CG. *Short term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. Accessible à: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95585/9789241506120_eng.pdf;jsessionid=48A19BDB8BE508E378778B2C9979A81A?sequence=1. Réf. du 23 juin 2020.
20. Santé Canada. *La vitamine D et le calcium: révision des apports nutritionnels de référence*. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2020. Accessible à: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/vitamines-mineraux/vitamine-calcium-revision-apports-nutritionnels-reference.html>. Réf. du 23 juin 2020.
21. Godel JC; Canadian Paediatric Society, First Nations, Inuit and Métis Health Committee. Vitamin D supplementation: recommendations for Canadian mothers and infants. *Paediatr Child Health* 2007;12(7):583-9.
22. Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada, Comité canadien pour l'allaitement. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé: Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois*. Énoncé conjoint de Santé Canada, de la Société canadienne de pédiatrie, des Diététistes du Canada et du Comité canadien pour l'allaitement. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2014. Accessible à: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guide-alimentaire-canadien/ressources/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois-6-24-mois.html>. Réf. du 25 mai 2020.
23. Parkin PC, Maguire JL. Iron deficiency in early childhood. *CMAJ* 2013;185(14):1237-8.
24. Bhatia J, Greer F; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Use of soy protein-based formulas in infant feeding. *Pediatrics* 2008;121(5):1062-8.
25. Soins de nos enfants. *L'alimentation de votre bébé jusqu'à 1 an*. Ottawa, ON: Société canadienne de pédiatrie; 2020. Accessible à: https://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/pregnancy-and-babies/feeding_your_baby_in_the_first_year. Réf. du 23 juin 2020.
26. Abrams EM, Hildebrand K, Blair B, Chan ES. Le moment d'introduire les aliments allergènes solides chez les nourrissons à haut risque. *Paediatr Child Health* 2019;24(1):56-7. Publ. en ligne du 15 févr. 2019.
27. Ierodiakonou D, Garcia-Larsen V, Logan A, Groome A, Cunha S, Chivinge J et coll. Timing of allergenic food introduction to the infant diet and risk of allergic or autoimmune disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016;316(11):1181-92.
28. Natsumo O, Kabashima S, Nakazato J, Yamamoto-Hanada K, Narita M, Kondo M et coll. Two-step egg introduction for prevention of egg allergy in high-risk infants with eczema (PETIT): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2017;389(10066):276-86. Publ. en ligne du 9 déc. 2016.
29. Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, Plaut M, Bahnson HT, Mitchell H et coll. Identifying infants at high risk of peanut allergy: the Learning Early About Peanut Allergy (LEAP) screening study. *J Allergy Clin Immunol* 2013;131(1):135-43.E12. Publ. en ligne du 19 nov. 2012.

30. Pound CM, Critch JN, Thiessen P, Blair B; Comité de nutrition et de gastroentérologie de la Société canadienne de pédiatrie. Proposition en vue d'augmenter les taxes sur les boissons contenant du sucre ajouté au Canada. Ottawa, ON: Société canadienne de pédiatrie; 2020. Accessible à : <https://www.cps.ca/fr/documents/position/les-taxes-sur-les-boissons-contenant-du-sucre-ajoute>. Réf. du 23 juin 2020.
31. Gowrishankar M, Blair B, Rieder MJ. L'importance de l'apport alimentaire en sodium chez les enfants. *Paediatr Child Health* 2020;25(1):47-61. Publ. en ligne du 6 févr. 2020.
32. Yao X, Skinner R, McFaul S, Thompson W. At-a-glance—2015 injury deaths in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* 2019;39(6-7):225-31.
33. Ho K, Minhas R, Young E, Sgro M, Huber JF. Paediatric hyperthermia-related deaths while entrapped and unattended inside vehicles: the Canadian experience and anticipatory guidance for prevention. *Paediatr Child Health* 2020;25(3):143-8. Publ. en ligne du 16 juill. 2019.
34. Healthychildren.org. *Prevent child deaths in hot cars*. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2019. Accessible à : <https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/on-the-go/Pages/Prevent-Child-Deaths-in-Hot-Cars.aspx>. Réf. du 23 juin 2020.
35. Transport Canada. *Choisir un siège d'auto pour enfant ou un siège d'appoint*. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2019. Accessible à : <https://tc.canada.ca/fr/transport-routier/securete-sieges-auto-enfants/choisir-siege-auto-enfant-siege-appoint>. Réf. du 25 mai 2021.
36. Yanchar NL. Preventing injuries from all-terrain vehicles. *Paediatr Child Health* 2012;17(9):513-4.
37. United States Consumer Product Safety Commission. *Which helmet for which activity?* Bethesda, MD: United States Consumer Product Safety Commission; 2014. Accessible à : <https://www.cpsc.gov/safety-education/safety-guides/sports-fitness-and-recreation-bicycles/which-helmet-which-activity>. Réf. du 23 juin 2020.
38. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016;138(5):e20162938.
39. Moon RY; Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016;138(5):e20162940.
40. Cyr C; Comité de prévention des blessures de la Société canadienne de pédiatrie. La prévention de l'étouffement et de la suffocation chez les enfants. *Paediatr Child Health* 2012;17(2):91-4.
41. Denny SA, Quan L, Gilchrist J, McCallin T, Shenoi R, Yusuf S et coll. Prevention of drowning. *Pediatrics* 2019;143(5):e20190850. Publ. en ligne du 15 mars 2019.
42. Crain J, McFaul S, Rao DP, Do MT, Thompson W. At-a-glance. Emergency department surveillance of thermal burns and scalds, electronic Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program, 2013. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* 2017;37(1):30-1.
43. Hager ER, Quigg AM, Black MM, Coleman SM, Heeren T, Rose-Jacobs R et coll. Development and validity of a 2-item screen to identify families at risk for food insecurity. *Pediatrics* 2010;126(1):e26-32.
44. Fazalullaha F, Taras J, Morinis J, Levin L, Karmali K, Neilson B et coll. From office tools to community supports: the need for infrastructure to address the social determinants of health in paediatric practice. *Paediatr Child Health* 2014;19(4):195-9.
45. Shaw A; Canadian Paediatric Society Community Paediatrics Committee. Read, speak, sing: promoting early literacy in the health care setting. *Paediatr Child Health* 2021;26(3):182-8.
46. Fernandez S. Music and brain development. *Pediatr Ann* 2018;47(8):e306-8.
47. Société canadienne de pédiatrie; Groupe de travail sur la santé numérique. Le temps d'écran et les jeunes enfants: promouvoir la santé et le développement dans un monde numérique. *Paediatr Child Health* 2017;22(8):461-77. Publ. en ligne du 9 oct. 2017. Errata: *Paediatr Child Health* 2018;23(1):83.
48. American Academy of Pediatrics Council on Communications and Media. Media and young minds. *Pediatrics* 2016;138(5):e20162591.
49. Grant CN, Bélanger RE. Cannabis and Canada's children and youth. *Paediatr Child Health* 2017;22(2):98-102. Publ. en ligne du 3 mai 2017.
50. Stanwick R. E-cigarettes: are we renormalizing public smoking? Reversing five decades of tobacco control and revitalizing nicotine dependency in children and youth in Canada. *Paediatr Child Health* 2015;20(2):101-5.
51. Onyett H; Comité des maladies infectieuses et d'immunisation de la Société canadienne de pédiatrie. La prévention des piqûres de moustiques et de tiques: une mise à jour canadienne. *Paediatr Child Health* 2014;19(6):326-32.
52. Roberts JR, Karr CJ; Council on Environmental Health. Pesticide exposure in children. *Pediatrics* 2012;130(6):e1765-88. Publ. en ligne du 26 nov. 2012. Errata: *Pediatrics* 2013;131(5):1013-4.
53. Trasande L, Shaffer RM, Sathyanarayana S; American Academy of Pediatrics Council on Environmental Health. Food additives and child health. *Pediatrics* 2018;142(2):e20181410.
54. Gouvernement du Canada. *Réduire votre exposition au plomb*. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2016. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/securete-maison-et-jardin/reduire-votre-exposition-plomb.html>. Réf. du 23 juin 2020.
55. Buka I, Hervouet-Zeiber C. La toxicité du plomb sous un nouvel angle: l'exposition à de faibles doses de plomb chez les enfants canadiens. *Paediatr Child Health* 2019;24(4):293-4. Publ. en ligne du 21 juin 2019.
56. Santé Canada. *Rappel d'Orange (2018-05-29)*. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2018. Accessible à : <https://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2018/67490-eng.php>. Réf. du 23 juin 2020.
57. US Food and Drug Administration. *Risk of serious and potentially fatal blood disorder prompts FDA action on oral over-the-counter benzocaine products used for teething and mouth pain and prescription local anesthetics*. Silver Spring, MD: US Food and Drug Administration; 2018. Accessible à : <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/risk-serious-and-potentially-fatal-blood-disorder-prompts-fda-action-oral-over-counter-benzocaine>. Réf. du 23 juin 2020.
58. Soudek L, McLaughlin R. Fad over fatality? The hazards of amber teething necklaces. *Paediatr Child Health* 2018;23(2):106-10. Publ. en ligne du 28 nov. 2017.
59. Boychuck Z, Andersen J, Bussièrès A, Fehlings D, Kirton A, Li P et coll. International expert recommendations of clinical features to prompt referral for diagnostic assessment of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2020;62(1):89-96. Publ. en ligne du 25 avril 2019.
60. Incapacité de l'enfant LINK. *Early detection of cerebral palsy*. Montreal, QC: Childhood Disability LINK; 2020. Accessible à : <https://www.childhooddisability.ca/fr/>. Réf. du 23 juin 2020.
61. Zwaigenbaum L, Brian JA, Ip A. Early detection for autism spectrum disorder in young children. *Paediatr Child Health* 2019;24(7):424-43. Publ. en ligne du 24 oct. 2019.
62. Brian JA, Zwaigenbaum L, Ip A. Standards of diagnostic assessment for autism spectrum disorder. *Paediatr Child Health* 2019;24(7):444-60. Publ. en ligne du 24 oct. 2019.
63. Ip A, Zwaigenbaum L, Brian JA. Post-diagnostic management and follow-up care for autism spectrum disorder. *Paediatr Child Health* 2019;24(7):461-77. Publ. en ligne du 24 oct. 2019.
64. Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, Blowey D, Carroll AE, Daniels SR et coll. Clinical practice guideline for screening and management of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics* 2017;140(3):e20171904. Publ. en ligne du 21 août 2017. Errata : *Pediatrics* 2017;140(6):e20173035, *Pediatrics* 2018;142(3):e20181739.
65. Donahue SP, Baker CN; American Academy of Pediatrics Committee on Practice and Ambulatory Medicine, American Academy of Pediatrics Section on Ophthalmology, American Association of Certified Orthoptists, American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus. Procedures for the evaluation of the visual system by pediatricians. *Pediatrics* 2016;137(1):e20153597. Publ. en ligne du 7 déc. 2015.
66. Lewis CW, Jacob LS, Lehmann CU; American Academy of Pediatrics Section on Oral Health. The primary care pediatrician and the care of children with cleft lip and/or cleft palate. *Pediatrics* 2017;139(5):e20170628. Errata : *Pediatrics* 2017;140(3):e20171921.
67. Rowan-Legg A. Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child Health* 2015;20(4):209-18.
68. Imdad B, Bautista RM, Senen KA, Uy ME, Mantaring JB 3rd, Bhutta ZA. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(5):CD008635.
69. Shaw BA, Segal LS; American Academy of Pediatrics Section on Orthopaedics. Evaluation and referral for developmental dysplasia of the hip in infants. *Pediatrics* 2016;138(6):e20163107. Publ. en ligne du 21 nov. 2016.
70. Dias M, Partington M; American Academy of Pediatrics Section on Neurologic Surgery. Congenital brain and spinal cord malformations and their associated cutaneous markers. *Pediatrics* 2015;136(4):e1105-19.
71. Unger SL, Fenton TR, Jetty R, Critch JN, O'Connor DL. Iron requirements in the first 2 years of life. *Paediatr Child Health* 2019;24(8):555-6. Publ. en ligne du 9 déc. 2019.
72. Baker RD, Greer FR; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). *Pediatrics* 2010;126(5):1040-50. Publ. en ligne du 5 oct. 2010.
73. Taddio A, McMurtry CM, Shah V, Riddell RP, Chambers CT, Noel M et coll. Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. *CMAJ* 2015;187(13):975-82. Publ. en ligne du 24 août 2015.
74. Brophy J, Baclic O, Tunis MC. Summary of the NACI update on immunization in pregnancy with tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and reduced acellular pertussis (Tdap) vaccine. *Can Commun Dis Rep* 2018;44(3-4):91-4.
75. Santé Canada. *Vaccin contre l'hépatite B: Guide canadien d'immunisation*. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2020. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-7-vaccin-contre-hepatite-b.html>. Réf. du 23 juin 2020.
76. Santé Canada. Chapitre sur la grippe du Guide canadien d'immunisation et Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2019-2020. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2019. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vaccins-immunisation/guide-canadien-immunisation-declaration-vaccination-antigrippale-2019-2020.html>. Réf. du 23 juin 2020.
77. Baby-Friendly Initiative Ontario. *Infant formula: what you need to know*. Toronto, ON: Best Start Resource Centre; 2020. Accessible à : <https://resources.beststart.org/fr/product/b19e-infant-formula-booklet-fr/>. Réf. du 23 juin 2020.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Can Fam Physician 2021;67:e157-68. DOI: 10.46747/cfp.6707e157

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the July 2021 issue on page 488.