

PROMOUVOIR LA SURVEILLANCE OPTIMALE DE LA CROISSANCE DES ENFANTS AU CANADA : L'UTILISATION DES NOUVELLES COURBES DE CROISSANCE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

**UN DOCUMENT DE PRINCIPES CONJOINT : DES DIÉTÉTISTES DU CANADA
DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE
DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA
DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DES
INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS COMMUNAUTAIRES**

RÉSUMÉ¹

La surveillance de la croissance et la promotion d'une croissance optimale sont des éléments essentiels des soins de santé primaires des nourrissons, des enfants et des adolescents. La surveillance de la croissance inclut les mesures sérielles du poids et de la taille de tous les enfants, de la circonférence crânienne des nourrissons et des tout-petits ainsi que de l'interprétation de ces mesures par rapport à la croissance d'un vaste échantillon de la population d'enfants, représentées sur une courbe de croissance sélectionnée. Ces mesures contribuent à confirmer la croissance et le développement sains d'un enfant ou à repérer rapidement d'éventuels troubles nutritionnels et de santé. Les professionnels de la santé et les parents ont ainsi la possibilité d'agir avant que l'état nutritionnel ou la santé de l'enfant soit gravement compromis.

Depuis trente ans, on a beaucoup discuté de la population de référence à privilégier pour évaluer le caractère adéquat de la croissance des enfants. En 2004, Les diététistes du Canada, la Société canadienne de pédiatrie, Le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association canadienne des infirmières et infirmiers communautaires ont publié des recommandations au sujet de l'utilisation des courbes de croissance américaines de 2000 des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). À l'époque, ils ont souligné les limites de ces courbes, y compris le fait qu'il s'agissait de références de croissance décrivant la croissance d'un échantillon de la population d'enfants sans égard au caractère optimal de leur rythme de croissance. On soulignait également qu'il faudrait revoir les courbes de croissance à recommander lorsque des données plus pertinentes deviendraient disponibles.

Des données croissantes démontrant le caractère comparable des profils de croissance des enfants d'âge préscolaire bien nourris et en santé de diverses origines ethniques ont étayé l'utilisation d'une seule référence de croissance internationale, fondée sur les enfants bien nourris et en santé de diverses origines géographiques et génétiques qui avaient pleinement atteint leur potentiel de croissance. Jusqu'à récemment, il n'existait pas de courbe de croissance de ce genre.

En 2006, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), conjointement avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organismes, a publié, en anglais, de nouvelles courbes de croissance internationales représentant la croissance d'enfants de zéro à cinq ans ayant grandi dans six pays différents (le Brésil, le Ghana, l'Inde, la Norvège, l'Oman et les États-Unis) conformément aux pratiques nutritionnelles et de santé recommandées, y compris l'allaitement exclusif pendant les quatre à six premiers mois de vie.² La croissance optimale indiquée dans les courbes de croissance de l'OMS pour les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire représente la référence idéale de croissance des enfants. Ces courbes sont donc considérées comme des normes de croissance.

En 2007, l'OMS a également publié des courbes pour surveiller la croissance des enfants plus âgés et des adolescents, mises à jour et améliorées pour tenir compte de l'épidémie croissante d'obésité juvénile.

Les diététistes du Canada, la Société canadienne de pédiatrie, Le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association canadienne des infirmières et infirmiers communautaires font les recommandations suivantes, qui se veulent des guides de pratique à l'intention des praticiens médicaux et d'autres professionnels de la santé. Ils souhaitent qu'une vaste diffusion de ces recommandations favorise une pratique uniforme quant à la surveillance de la croissance afin d'améliorer l'état nutritionnel et les issues de santé des nourrissons, des enfants et des adolescents du Canada.

¹ Il est possible d'accéder au document conjoint complet, *Promoting Optimal Monitoring of Child Growth in Canada: Using the New WHO Growth Charts*, au résumé de *Promouvoir la surveillance optimale de la croissance des enfants au Canada : L'utilisation des nouvelles courbes de croissance de l'Organisation mondiale de la santé* et aux références à l'adresse www.dietitians.ca/growthcharts.

² L'étude de l'OMS sur la référence de croissance de l'enfant a été entreprise en 1997, avant que la politique de l'OMS quant à la durée optimale de l'allaitement exclusif passe de « quatre à six mois » à six mois, en 2001.

RECOMMANDATIONS

1. Il faut évaluer la croissance de tous les nourrissons à terme, allaités ou non, et des enfants d'âge préscolaire au moyen des courbes de croissance des Normes OMS de croissance de l'enfant (de la naissance à cinq ans). Il faut évaluer la croissance de tous les enfants d'âge scolaire et des adolescents selon les courbes de croissance tirées des valeurs de référence pour la croissance OMS 2007 (de cinq à 19 ans). Ce sont les courbes recommandées au Canada pour les médecins de famille, les pédiatres, les diététistes, les nutritionnistes communautaires ou en santé publique, les infirmières et les autres professionnels de la santé en soins primaires, communautaires et hospitaliers.
2. La surveillance de la croissance devrait être systématiquement intégrée aux soins de tous les nourrissons, enfants et adolescents canadiens. Les mesures sérielles de la taille en position horizontale (de la naissance à deux ou trois ans) ou verticale (à compter de deux ans), du poids et de la circonférence crânienne (de la naissance à deux ans) devraient faire partie des visites du bébé, de l'enfant et de l'adolescent en santé. Il faut également prendre ces mesures lors des consultations en cas de maladie aiguë des enfants qui ne prennent pas rendez-vous pour les visites recommandées pour l'enfant en santé. Les professionnels de la santé sont invités à collaborer entre disciplines et secteurs pour surveiller la croissance et promouvoir une croissance optimale afin de s'assurer que les populations les plus vulnérables du Canada ne passent pas entre les mailles du filet.
3. Afin de garantir des mesures exactes, il faut mesurer le poids et la taille au moyen de matériel de qualité bien entretenu et calibré, ainsi que de techniques de mesure normalisées. Il faut consigner les mesures de l'enfant dans son carnet de croissance, puis sur une courbe de croissance adaptée à son âge et à son sexe afin de repérer toute perturbation à sa taille ou à sa prise de poids. Il faut recourir à l'âge corrigé jusqu'à au moins 24 à 36 mois au moment de consigner les mesures anthropométriques des prématurés.
4. Il faut également surveiller la croissance des prématurés une fois qu'ils ont quitté l'unité de soins intensifs néonataux et des enfants ayant des besoins particuliers à l'aide des Normes OMS de croissance de l'enfant et des valeurs de référence pour la croissance OMS 2007.
5. Il faut recourir à l'indice de masse corporelle (IMC) par rapport à l'âge pour évaluer le poids par rapport à la taille et pour dépister la minceur, la cachexie, l'embonpoint et l'obésité de tous les enfants de deux ans et plus. On peut utiliser le poids par rapport à la taille ou le pourcentage du poids corporel idéal pour les enfants de moins de deux ans.
6. Lorsqu'on veut repérer d'importants changements dans les profils de croissance, l'interprétation des mesures consignées doit tenir compte du rang percentile, du lien entre le poids, la taille et l'IMC, des valeurs seuils recommandées, de la taille des parents (pour ce qui est de la mesure de la stature) et de la tendance par rapport aux rangs percentiles précédents.
7. Les valeurs seuils indiquées au tableau 1 sont recommandées pour orienter une évaluation, un aiguillage ou une intervention, mais pas pour servir de critère diagnostique en vue de classer les enfants.
8. Les professionnels de la santé sont invités à prendre le temps d'enseigner aux enfants, à leurs parents ou à leur tuteur comment interpréter leur profil de croissance sur la courbe et de les faire participer à la prise de décision au sujet de mesures potentielles en vue de corriger des anomalies à l'égard du rythme de leur prise de poids ou de leur croissance linéaire.
9. Afin de garantir le transfert du savoir et l'assimilation par les organismes clés, il faut fournir une formation sur l'utilisation et l'interprétation des Normes OMS 2006 de croissance de l'enfant et des valeurs de référence pour la croissance OMS 2007 à tous les professionnels de la santé qui mesurent et évaluent la croissance des enfants canadiens, ce qui inclut une formation pour comprendre les différences qu'un praticien peut s'attendre d'observer lorsqu'il utilise les courbes de l'OMS plutôt que celles des CDC, ainsi que pour les expliquer aux parents ou aux tuteurs.
10. Tandis que les recommandations contenues dans le présent document de principes conjoint portent précisément sur l'adoption des Normes OMS de croissance de l'enfant et les valeurs de référence pour la croissance OMS 2007 de chaque enfant, on suggère d'envisager d'utiliser également ces normes et ces valeurs pour surveiller la santé de la population, afin que les enfants classés comme ayant une insuffisance pondérale, faisant de l'embonpoint ou étant obèses soient saisis de manière uniforme dans les enquêtes auprès de la population.

11. Il est recommandé de mettre en œuvre un système de surveillance de l'alimentation des jeunes Canadiens en vue de la collecte organisée et continue des mesures anthropométriques afin de suivre leur croissance et leur état nutritionnel et de décrire les tendances des indicateurs clés de leur état nutritionnel. On pourrait utiliser les données pour planifier des programmes, pour élaborer et évaluer les interventions nutritionnelles et de santé comme les programmes de promotion de l'allaitement, ainsi que pour surveiller les progrès vers les objectifs de santé du Canada. Il faudra compter sur la collaboration des principaux intervenants des milieux de la santé communautaire ou de la santé de la population.

12. Des recherches s'imposent dans les domaines suivants :

- la validation de l'utilisation de l'IMC par rapport à l'âge pour évaluer l'état nutritionnel pendant les deux premières années de vie, en s'attardant aux associations entre l'IMC et les issues de santé subséquentes;
- la validation de l'utilisation de l'IMC par rapport à l'âge pour évaluer une insuffisance pondérale chez les enfants de tout âge;
- l'évaluation du pouvoir prédictif des valeurs seuils proposées de l'IMC dans tous les groupes d'âge à l'égard des issues néfastes à court et à long terme de l'embonpoint et de l'obésité.

Tableau 1 : Valeurs seuils

De la naissance à 2 ans

ÉTAT DE CROISSANCE	INDICATEUR	PERCENTILE
Insuffisance pondérale	Poids par rapport à l'âge	Moins que le 3 ^e
Grave insuffisance pondérale		Moins que le 0,1 ^e
Arrêt de croissance	Taille par rapport à l'âge	Moins que le 3 ^e
Grave arrêt de croissance		Moins que le 0,1 ^e
Cachexie	Poids par rapport à la taille	Moins que le 3 ^e
Cachexie grave		Moins que le 0,1 ^e
Risque d'embonpoint		Plus que le 85 ^e
Embonpoint		Plus que le 97 ^e
Obésité		Plus que le 99,9 ^e

De 2 à 19 ans

ÉTAT DE CROISSANCE	INDICATEUR	PERCENTILE	
		2 À 5 ANS**	5 À 19 ANS**
Insuffisance pondérale	Poids par rapport à l'âge	Moins que le 3 ^e	Moins que le 3 ^{e*}
Grave insuffisance pondérale		Moins que le 0,1 ^e	Moins que le 0,1 ^{e*}
Arrêt de croissance	Taille par rapport à l'âge	Moins que le 3 ^e	Moins que le 3 ^e
Grave arrêt de croissance		Moins que le 0,1 ^e	Moins que le 0,1 ^e
Cachexie	IMC par rapport à l'âge	Moins que le 3 ^e	Moins que le 3 ^e
Cachexie grave		Moins que le 0,1 ^e	Moins que le 0,1 ^e
Risque d'embonpoint		Plus que le 85 ^e	non applicable
Embonpoint		Plus que le 97 ^e	Plus que le 85 ^e
Obésité		Plus que le 99,9 ^e	Plus que le 97 ^e
Obésité morbide		non applicable	Plus que le 99,9 ^e

* Poids par rapport à l'âge non recommandé après dix ans; utiliser plutôt l'indice de masse corporelle (IMC) par rapport à l'âge.

** Des valeurs seuils plus prudentes sont utilisées pour les enfants en raison de leur croissance et du manque de données sur la signification fonctionnelle des valeurs seuils supérieures ainsi que pour éviter le risque de mettre de jeunes enfants au régime.

LES CONSÉQUENCE

Les nouvelles courbes des Normes OMS de croissance de l'enfant et des valeurs de référence pour la croissance OMS 2007, qui existent en anglais seulement, représentent une excellente occasion de mieux sensibiliser les professionnels de la santé à l'importance de surveiller la croissance de manière systématique et précise ainsi que d'utiliser et d'interpréter convenablement les courbes de croissance. Le processus de remplacement des courbes de croissance en place et de formation des diététistes, des nutritionnistes communautaires ou de la santé publique, des infirmières, des médecins et d'autres intervenants à l'utilisation et à l'interprétation des nouvelles courbes de croissance permet également de revoir l'ensemble des pratiques de surveillance de la croissance et de transmettre les connaissances au sujet d'interventions efficaces en vue de prévenir ou de traiter la croissance excessive ou insuffisante d'un enfant.

Le passage à ces nouvelles courbes comporte de nombreuses conséquences pour les professionnels de la santé, y compris la nécessité :

1. d'offrir une formation facilement accessible aux praticiens occupés sur :
 - a) l'obtention de mesures anthropométriques précises et fiables au moyen de matériel précis;
 - b) les caractéristiques des courbes de l'OMS par rapport à celles des CDC;
 - c) l'utilisation et l'interprétation des nouvelles courbes de croissance de l'OMS, y compris les différences entre la croissance indiquée sur ces courbes et celles des CDC, ainsi que la signification des nouvelles valeurs seuils de l'OMS;
 - d) des compétences efficaces en matière de nutrition et de négociations avec les parents et les tuteurs en vue d'apporter des changements positifs à la nutrition et à la santé.
2. d'assurer un leadership aux paliers national, provinciaux ou territoriaux en vue de créer des outils multimédias et des ressources à l'intention des particuliers et des organisations du Canada.
3. de donner accès aux ressources, y compris du matériel de mesure portatif et exact.
4. de prôner collectivement la mise en œuvre d'un système canadien de surveillance de l'alimentation pédiatrique afin de surveiller les taux d'allaitement, de croissance et de nutrition des enfants.

RESSOURCES RECOMMANDÉES

WHO Growth Standards and Growth References 2007

www.dietitians.ca/growthcharts

Les diététistes du Canada, Société canadienne de pédiatrie, Le Collège des médecins de famille du Canada et Association canadienne des infirmières et infirmiers communautaires. *Promoting Optimal Monitoring of Child Growth in Canada: Using the New WHO Growth Charts. Un document de principes conjoint.* 2010

www.dietitians.ca/growthcharts

Accurately Weighing and Measuring: Technique – Maternal and Child Health Bureau Training Modules.

<http://depts.washington.edu/growth/module5/text/page1a.htm>

Le guide d'utilisation des nouvelles courbes de croissance de l'Organisation mondiale de la santé à l'intention du professionnel de la santé

www.dietitians.ca/growthcharts

« Est-ce que mon enfant grandit bien? » Des réponses aux parents

www.dietitians.ca/growthcharts

REMERCIEMENTS

Les diététistes du Canada, la Société canadienne de pédiatrie, Le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association canadienne des infirmières et infirmiers communautaires ont préparé conjointement le présent résumé et le document de principes complet. Ils remercient les personnes suivantes de leur collaboration :

Groupe consultatif conjoint du document de principes

Auteure principale – Donna Secker Ph. D., Dt. P., FDC, The Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario

- Cheryl Armistead, inf. aut., M. Sc. inf., Association canadienne des infirmières et infirmiers communautaires
- Lynda Corby, M. Sc., M. Éd., Dt. P., FDC, Les diététistes du Canada
- Margaret de Groh, Ph. D., Agence de la santé publique du Canada
- Valérie Marchand, MD, FRCPC (présidente), comité de nutrition et de gastroentérologie, Société canadienne de pédiatrie
- Leslie L Rourke, CCFP, M. Sc. clin., FCFP, FAAFP, Le Collège des médecins de famille du Canada
- Eunice Misskey, MCEd, Dt. P., représentante des Diététistes du Canada auprès du comité de nutrition et de gastroentérologie de la Société canadienne de pédiatrie

Nous remercions Annie Dupuis, Ph. D., du département des services d'évaluation de la santé de l'enfant, The Hospital for Sick Children Research Institute, pour son aide et son analyse statistique des bases de données régionales canadiennes.

Réviseurs des Diététistes du Canada

Région de la Colombie-Britannique : Catherine Atchison, Dt. P., et Nicole Mireau, Dt. P., au nom du sous-comité des 0 à 6 ans, Community Nutritionists' Council of British Columbia; Shefali Raja, Dt. P.; et Kristen Yarker-Edgar, M. Sc., Dt. P.

Région de l'Alberta et des territoires : Carlota Basualdo, M. Éd., Dt. P., Kim Brunet, M. Sc., Dt. P., Debra Buffum, Dt. P., Rhonda Chartrand, M. Éd., Dt. P., Tanis Fenton, Ph. D., Dt. P., Kristyn Hall, M. Sc., Dt. P., Bodil Larsen, Ph. D., Dt. P., Diana Mager, Ph. D., Dt. P., Kaley Moran, Dt. P., Cheryl Ryan, Dt. P., et Joan Silzer, M. Sc., Dt. P., BCLC

Région de la Saskatchewan, du Manitoba et du nord-ouest de l'Ontario : Eunice Misskey, MCEd, Dt. P.

Région du centre-sud de l'Ontario : Lorrie Hagen, Dt. P., et Andrea Nash, M. Sc., Dt. P.

Région du Québec et de l'est et du nord-est de l'Ontario : Lee Rysdale, M. Éd., Dt. P.

Région de l'Atlantique : Claire Gaudet-LeBlanc, Dt. P., Suzanne Clair, Dt. P., Isabelle Hall, Dt. P., Renee Cool, M. Sc., Dt. P., Tina Swinamer, M. Sc., Dt. P., et Janine Woodrow, Ph. D., Dt. P.

Réviseurs externes des Diététistes du Canada

Jean-Pierre Chanoine, MD, Leah Feist inf. aut., B. Sc. inf., Brenda George, inf. aut., MN, CCHN(c), IBCLC, Chantal Martineau, M. Sc., Dt. P., et Jennifer McCrea, Dt. P.

Réviseurs de la Société canadienne de pédiatrie

Comité de nutrition et de gastroentérologie de la Société canadienne de pédiatrie : Jeff Critch, MD, FRCPC, Manjula Gowrishankar, MD, FRCPC, Valérie Marchand, MD, FRCPC, Sharon L Unger, MD, FRCPC, et Robin C Williams, MD, DPH, FRCPC. *Représentants :* Genevieve Courant, IP, George Davidson, MD, FRCPC, Eunice Misskey, MCEd, Dt. P., Frank Greer, MD, FAAP, Jennifer McCrea, Dt. P., et Christina Zehaluk, M. Sc. *Conseiller :* Jan Hong Kim, MD, FRCPC

Révisure externe du Collège des médecins de famille du Canada

Leslie L Rourke, CCFP, M. Sc. clin., FCFP, FAAFP

Révisures externes de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers communautaires

Cheryl Armistead, inf. aut., M. Sc. inf.; Ruth Schofield, inf. aut., M. Sc. inf., au nom du groupe d'initiative communautaire des infirmiers en santé communautaire et du groupe d'intérêt des infirmières en périnatalité de L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario; Joanne Gilmore, inf. aut., B. Sc. inf., M. Éd.; et Nancy Waters, inf. aut., B. Sc. inf., M. Sc. inf., IBCLC

Conflits d'intérêts : Le présent document de principes a été élaboré sans l'influence de groupes d'intérêts commerciaux ou d'autres groupes.