



**RÉFÉRENTIEL D'AUTO-ÉVALUATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
EN MEDECINE GENERALE**

**Prise en charge de l'obésité de
l'enfant : diagnostic et identification
des facteurs de risque**

Octobre 2004

I. PROMOTEURS

- Association confédérale pour la formation médicale (ACFM) ;
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes).

II. SOURCES

Principale : Recommandations de Pratique Clinique « Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent », Anaes, 2004 ;

Ce choix se justifie par le caractère à la fois récent et complet de ces recommandations françaises qui se basent sur une revue exhaustive de la littérature nationale et internationale.

Secondaire : Rapport d'expertise « Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant », INSERM 2000.

III. PROFESSIONNELS CONCERNÉS

Les médecins amenés à dépister des enfants obèses dans le cadre de leur pratique quotidienne : généralistes et pédiatres.

IV. PATIENTS CONCERNÉS

Les enfants âgés de 2 à 12 ans sans diagnostic préalable d'obésité.

Ce choix a été guidé par des considérations d'ordre pratique. En effet, même si l'obésité peut aussi apparaître pendant l'adolescence, que sa définition n'est pas différente dans cette tranche d'âge¹, et que le dépistage des adolescents obèses obéit donc aux mêmes techniques que chez l'enfant pré-pubère (tracer la courbe de corpulence de l'enfant sur les courbes de référence), ce référentiel vise aussi à améliorer les pratiques concernant la détection précoce des enfants à risque qui se fait de préférence avant la puberté.

¹ La définition de l'obésité chez l'enfant figure en annexe.

V. SÉLECTION DES DOSSIERS

Les patients retenus doivent être âgés de 2 à 12 ans et ne pas avoir eu de diagnostic d'obésité au préalable.

La méthode de sélection des patients est prospective : tous les patients âgés de 2 à 12 ans qui viennent en consultation, quel que soit le motif de la consultation. Deux types de patients sont néanmoins exclus, en sus des enfants déjà porteurs d'un diagnostic d'obésité : les urgences et ceux qui consultent pour la première fois.

Le recueil des données se fait sur les dossiers, de façon rétrospective, c'est à dire sur les consultations des 12 derniers mois ou bien lors de la dernière consultation réalisée, si celle-ci date de plus de 12 mois. Il peut se faire soit après la visite, sans la présence du patient, soit pendant la consultation (notamment quand la courbe de corpulence est tracée uniquement dans le carnet de santé).

La sélection des 20 dossiers doit se faire d'une façon aléatoire. Cela exclut la sélection d'un jour particulier de la semaine ou celle d'une semaine particulière (congés scolaires). Il est recommandé d'inclure les 2-4 premiers patients éligibles par jour de consultation pour éviter de les sélectionner selon la qualité de leur dossier.

VI. OBJECTIFS DE QUALITÉ ÉVALUÉS

Deux objectifs principaux ont été retenus :

- la prise régulière des poids et taille avec calcul de l'IMC et le report de celui-ci sur les courbes de références. Grade B ;
- l'identification des principaux facteurs de risque d'apparition d'une obésité. Grade B.

Critères d'évaluation
et
Questions pour déterminer si les critères sont présents.

Les critères d'évaluation et les questions correspondantes qui permettent de déterminer si les critères sont vérifiés (en cursive).²

1. Le poids et la taille de l'enfant sont mesurés et notés régulièrement³.
Une mesure du poids et de la taille de l'enfant a-t-elle été notée sur le dossier dans les derniers 12 mois ou à défaut lors de la dernière consultation ?
2. L'IMC est calculé et noté régulièrement.
Le calcul de l'IMC a-t-il été noté à l'occasion de la consultation de la question 1 ?
3. Ces trois valeurs sont-elles reportées sur la courbe individuelle de l'enfant et interprétées en fonction des courbes de référence et des valeurs antérieures⁴.
Avez-vous noté dans votre dossier l'interprétation de l'évolution de l'IMC à partir des courbes individuelles construites sur le carnet de santé de l'enfant ou dans votre dossier ?
4. Le rebond précoce d'adiposité est recherché⁵.
L'âge du rebond d'adiposité est-il noté dans le dossier (si l'âge de l'enfant le permet, si non répondre « NA ») ?
5. Un antécédent d'obésité chez l'un ou les deux parents est recherché.⁶
Les antécédents d'obésité ou leur absence de l'un ou des deux parents sont-ils notés ?
6. Le degré de sédentarité est évalué.
Le nombre hebdomadaire moyen d'heures écran (TV, ordinateur, jeux vidéo) est-il noté dans le dossier ?
7. Les habitudes alimentaires de l'enfant sont connues.
Y a-t-il dans le dossier la trace d'une information sur les habitudes alimentaires de l'enfant ?

² Les critères 1-3 correspondent à l'objectif 1 et les critères 4-7 correspondent à l'objectif 2

³ La définition de l'IMC et son mode de calcul figurent en annexe

⁴ Les courbes d'IMC sont disponibles sur le site internet : www.sante.gouv.fr/nutrition

⁵ La définition du rebond d'adiposité et celle de sa précocité figurent en annexe

⁶ La définition d'une obésité chez l'adulte figure en annexe

VII. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS

Notez une seule réponse par case :

O si la réponse est OUI

N si la réponse est NON

NA si la question ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

N° d'anonymat :

Date :

Temps passé à cette évaluation :

	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5	QUESTION 6	QUESTION 7
	Une mesure du poids et de la taille de l'enfant a-t-elle été notée sur le dossier dans les derniers 12 mois ou à défaut lors de la dernière consultation ?	Le calcul de l'IMC a-t-il été noté à l'occasion de la consultation en question ?	Avez-vous noté dans le dossier l'interprétation de ces valeurs à partir des courbes individuelles construites sur le carnet de santé de l'enfant ou présentes dans votre dossier ?	L'âge du rebond d'adiposité est-il noté dans le dossier ? (Si le rebond a eu lieu, sinon répondre 'NA')	Les ATCD d'obésité ou leur absence de l'un ou des deux parents sont-ils notés ?	Le nombre hebdomadaire moyen d'heures écran (TV, ordinateur, jeux vidéo) est-il noté dans le dossier ?	Y a-t-il dans le dossier la trace d'une information sur les habitudes alimentaires de l'enfant ?
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale

	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5	QUESTION 6	QUESTION 7
	Une mesure du poids et de la taille de l'enfant a-t-elle été notée sur le dossier dans les derniers 12 mois ou à défaut lors de la dernière consultation ?	Le calcul de l'IMC a-t-il été noté à l'occasion de la consultation en question ?	Avez-vous noté l'interprétation de ces valeurs à partir des courbes individuelles construites sur le carnet de santé de l'enfant ou présentes dans votre dossier ?	L'âge du rebond d'adiposité est-il noté dans le dossier ? (Si le rebond a eu lieu, sinon répondre 'NA')	Les ATCD d'obésité ou leur absence de l'un ou des deux parents sont-ils notés ?	Le nombre hebdomadaire moyen d'heures écran (TV, ordinateur, jeux vidéo) est-il noté dans le dossier ?	Y a-t-il dans le dossier la trace d'une information sur les habitudes alimentaires de l'enfant ?
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
Total des O							
Total des N							
Total des NA							

VOS OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :

	Observations par patient
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

VIII. ANALYSE CRITIQUE DU RESPECT DU PROTOCOLE

- Avez-vous respecté la méthode de sélection des dossiers que vous aviez retenue ?

- Avez-vous analysé le nombre de dossiers prévus ?

- Les données sont-elles bien renseignées ?

IX. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

- Que pensez-vous de vos résultats (points forts et points faibles de votre pratique) ? Sont-ils conformes à ce que vous attendiez ?

- Comment expliquez-vous, pour certains critères d'évaluation, les éventuels écarts observés ?

- Quelles actions d'amélioration avez-vous mis en place ?

ANNEXE : DÉFINITIONS UTILES

1. IMC :

L'indice de masse corporelle (IMC) mesure la corpulence et constitue un assez bon indicateur de la masse grasse.

Il se définit comme le poids divisé par la taille portée au carré et se mesure en kg/m^2 .

2. Rebond d'adiposité :

L'IMC augmente généralement entre la naissance et l'âge de 12 mois, pour baisser ensuite. Le rebond d'adiposité se définit comme le moment où l'IMC commence à augmenter de nouveau. L'âge du rebond est par conséquent l'âge auquel l'IMC est au minimum.

Il est généralement compris entre 6 et 8 ans. S'il est inférieur à 5 ans, il s'agit d'un rebond précoce qui est associé à un risque élevé d'obésité ultérieure.

3. Obésité de l'adulte :

L'obésité de l'adulte est avérée pour un IMC supérieur ou égal à $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Un IMC situé entre 25 et $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ correspond à un surpoids.

4. Obésité de l'enfant :

Chez l'enfant, l'obésité de grade 1 est définie par un IMC supérieur ou égal au 97^e percentile de la référence française⁷, et l'obésité de grade 2 par un IMC supérieur ou égal à la courbe qui rejoint l'IMC de $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ à l'âge de 18 ans (« Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent », Anaes, 2004).

⁷ L'obésité de grade 1 de l'enfant correspond au 'surpoids' dans la classification internationale (International Obesity Task Force)