

Développement et validation de contenu d'un outil clinique pour la prise en charge de l'obésité infantile en 1^{re} ligne

Julie Côté-Leclerc et Mirianne Lemire

CUMF Saint-Joseph

Trois-Rivières

Plan de la présentation

- Introduction
- Objectifs
- Développement de l'outil
- Validation de contenu
 - 1^{er} phase
 - 2^e phase
- Discussion
- Conclusion

Introduction

Obésité infantile

- Crise nationale de santé publique
- 25% des enfants canadiens souffrent d'embonpoint ou d'obésité
 - taux obésité 6% chez les québécois âgés de 12 à 17 ans 2013-2014 (INSPQ)
- 50% des enfants obèses le resteront à l'âge adulte
- Modification des habitudes de vie prouvée efficace dans la prise en charge de l'obésité infantile exogène (CMAJ, 2006)

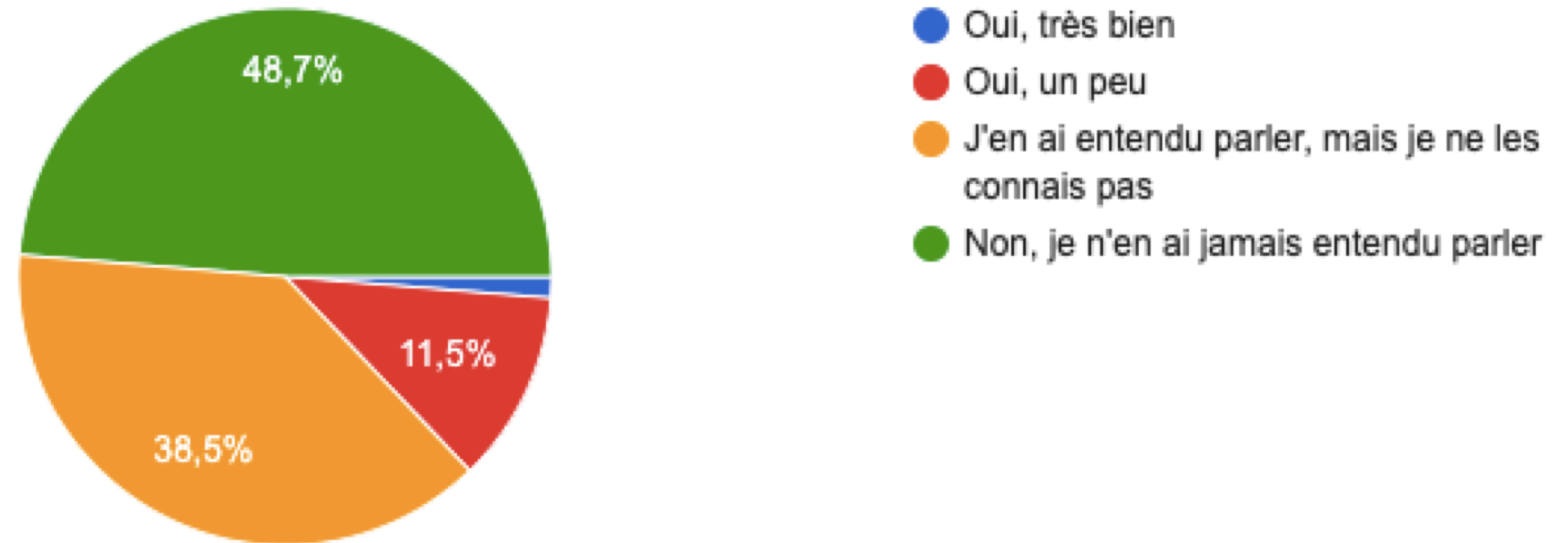
Sondage

Connaissez-vous les lignes directrices de l'INESSS sur le traitements de l'obésité des enfants et des adolescents en 1re et 2e ligne publiées en 2012?

Sondage

Connaissez-vous les lignes directrices de l'INESSS sur le traitements de l'obésité des enfants et des adolescents en 1re et 2e ligne publiées en 2012?

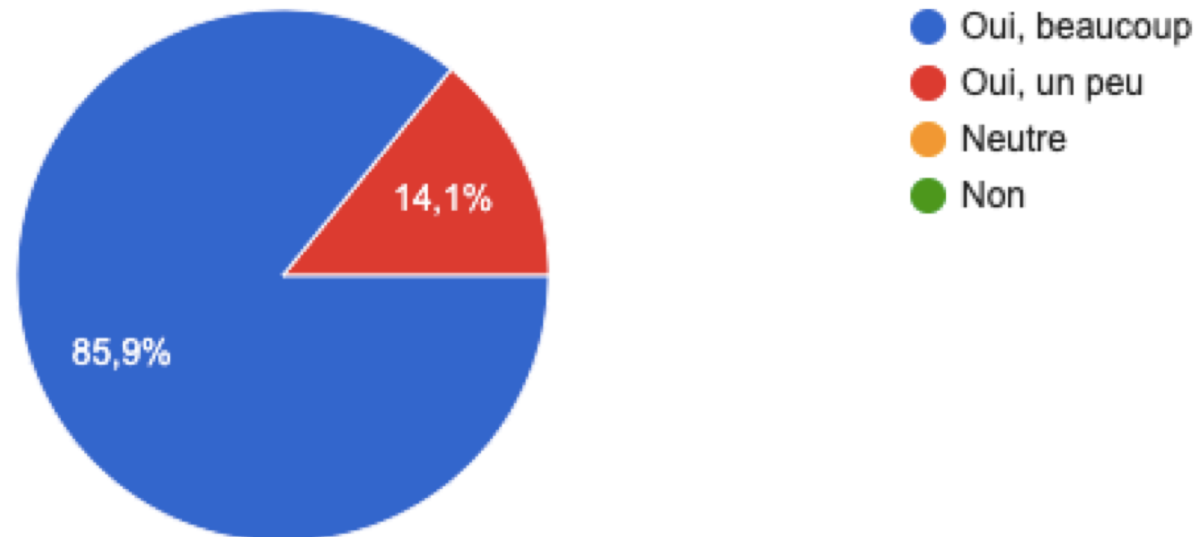
78 réponses



Sondage

Seriez-vous intéressé à avoir un outil clinique destiné aux professionnels de la santé en 1^{er} ligne vous guidant dans l'évaluation et la prise en charge de l'obésité infantile?

78 réponses



Objectifs (PICO)

- **Public cible** : médecins de famille, résidents en médecine familiale et infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne effectuant la prise en charge de patients âgés de 5 à 17 ans
- **Type d'outil éducatif** : outil clinique facile à utiliser pour la prise en charge de l'obésité infantile en 1re ligne
- **Comparaison** : aucun outil clinique délivré par les agences canadiennes en matière d'obésité infantile
- **Justification de la pertinence** : prévalence de l'obésité infantile au Canada

Méthodologie

Méthodologie

- Bases de données EMBASE, CINAHL et Web of Science
 - Mots-clés : *obesity, childhood OR pediatric et guidelines*
 - Date de publication: janvier 2010 – décembre 2019
 - Langue de publication: français, anglais
 - Type de publication: *guideline, practice guideline, systematic review, meta-analysis*
- Recherche de la littérature grise
 - Liste de vérification AACODS (INESSS) et outil Matière grise (ACMTS)
- Stratégie de recherche dans les références recensées (*cited reference search*)

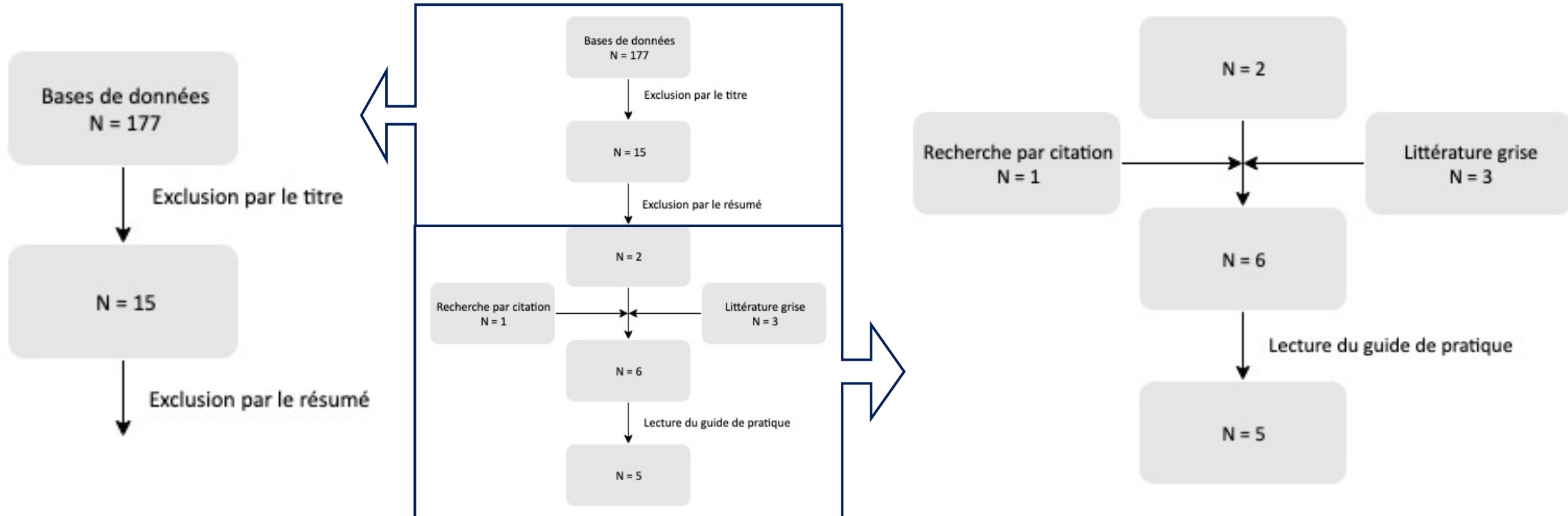
Méthodologie: littérature grise

- Publications gouvernementales
 - Agence de santé publique du Canada
 - Ministères provinciaux de la santé
- Agences canadiennes d'évaluation des technologies de la santé (ETS)
 - ACMTS, INESSS
- Groupe d'intérêts et associations
 - Obésité Canada
 - Société canadienne de pédiatrie
 - Kino Québec, Société canadienne de physiologie de l'exercice
 - Diététistes du Canada

Critères de sélection des études

- Critères d'inclusion
 - Clientèle pédiatrique
 - Prise en charge en 1re ligne
 - Prise en charge globale de l'obésité infantile
 - Dépistage, diagnostic et traitement
 - Méthodes non-pharmacologiques
 - Activité physique, approches nutritionnelles et comportementales
 - Méthodologie explicite avec cadre d'analyse de la force des recommandations
 - Revue systématique de la littérature

Sélection des études : diagramme de flux



Développement de l'outil clinique

L'obésité infantile exogène

Prise en charge en 1^{ère} ligne

Diagnostic de l'obésité infantile



5 à 17 ans

Accumulation anormale ou excessive de graisse dans les tissus adipeux pouvant engendrer des problèmes de santé

IMC > 97^e percentile

Score-Z \geq 2,0

Facteurs de risque

- ✓ Faible statut socio-économique
- ✓ Régions rurales ou éloignées
- ✓ Groupes ethniques
- ✓ Obésité parentale

HMA

- ☐ Activités physiques
- ☐ Activités sédentaires
- ☐ Habitudes alimentaires
- ☐ Rapport aux aliments
- ☐ Tabac et fumée secondaire
- ☐ Drogues
- ☐ Alcool
- ☐ Habitudes de sommeil
- ☐ Estime de soi
- ☐ Motivation à changer
- ☐ Intimidation
- ☐ Fonctionnement scolaire
- ☐ Contexte social et familial
- ☐ Habiletés parentales

- ☐ ATCD médicaux
- ☐ ATCD psychologiques
- ☐ Médicaments
- ☐ Tentatives antérieures de traitement de l'obésité
- ☐ ATCD familiaux d'obésité
- ☐ ATCD familiaux MCAS précoce
1^{er} degré : $\sigma^3 < 55$ ans ou $\varphi < 65$ ans

EP

- ☐ Poids
- ☐ Taille
- ☐ IMC
- ☐ Vitesse de croissance
- ☐ TA (selon âge, sexe et taille)
- ☐ FC
- ☐ Tour de taille
- ☐ Cardiopulmonaire
- ☐ Abdomen et hépatomégalie
- ☐ Maturation sexuelle
- ☐ Peau
 - Acanthosis nigricans, hirsutisme, acné
- ☐ Démarche et membres inférieurs
 - Douleur, tibia vara, glissement épiphysaire

Comorbidités à considérer

Psycho-sociales

- ☐ Dépression
- ☐ Troubles anxieux
- ☐ Insatisfaction envers l'image corporelle
- ☐ Mauvaise estime de soi
- ☐ Isolement social
- ☐ Troubles du comportement
- ☐ Troubles alimentaires
 - ☐ Binge-eating
 - ☐ Boulimie
 - ☐ Anorexie

Cardiovasculaires

- ☐ HTA
- ☐ Dyslipidémie
- ☐ HVG (seulement si HTA)

Respiratoires

- ☐ SAHS
- ☐ Asthme
- ☐ Syndrome d'hypoventilation

Gastro-intestinales

- ☐ Stéatose hépatique

Métaboliques

- ☐ Résistance à l'insuline
- ☐ Diabète de type 2
- ☐ Syndrome métabolique
 - ☐ TA \geq 90^e percentile
 - ☐ TG \geq 1,24 mmol/L
 - ☐ HDL-C \leq 1,03 mmol/L
 - ☐ Tour taille \geq 90^e percentile
 - ☐ Glycémie à jeun \geq 6.1 mmol/L

Sexuelles

- ☐ Hyperandrogénisme (SOPK)

Investigations supplémentaires

- ☐ TA élevée au bureau pour âge, sexe et taille
 - ☐ Mesure TA 4 membres x 1
 - ☐ MAPA
- ☐ Enfant \geq 10 ans
 - ☐ Glycémie à jeun q2 ans
 - ☐ ALT biannuel
 - ☐ Échographie abdominale (si enzymes élevées)
- ☐ Bilan lipidique
- ☐ Suspicion de
 - ☐ SAHS
 - ☐ Consultation en pneumologie
 - ☐ Polysomnographie
 - ☐ Asthme
 - ☐ Test de fonction respiratoire

Traitement

Suivi pour \geq 6 mois consécutifs / Contact en clinique \geq 26h / Approche multidisciplinaire
Implication parentale marquée à une intensité liée à l'âge du jeune

Nutrition

Modification habitudes alimentaires

- ☐ 3 repas/jr
- ☐ Alimentation conforme au guide alimentaire canadien
- ☐ Légumes et fruits moitié de l'assiette
- ☐ Éviter breuvages sucrés
- ☐ Maximum 4 oz de jus fruit/jr
- ☐ Limiter les portions
- ☐ Repas en famille
- ☐ Éviter TV durant les repas
- ☐ Limiter les restaurants et faire de bons choix

Éducation nutritionnelle

- ☐ Éviter aliments interdits
- ☐ Éviter aliments récompenses
- ☐ Éviter régimes

Activité physique

Augmentation dépense énergétique

- ☐ 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée/jr
 - ☐ Activités d'endurance (aérobie)
 - ☐ Activités de résistance (musculature)
- ☐ Mode de vie physiquement actif : Activités planifiées, journalières ou ménagères, limiter le temps en transport automobile et le temps assis

Réduction sédentarité

- ☐ Maximum 2h de temps d'écran/jr
- ☐ Pas de TV dans la chambre

Comportement

Gestion des comportements

- ☐ Horaire quotidien stable
- ☐ Sommeil régulier (bonne hygiène du sommeil)

Techniques à adopter avec patient

- ☐ Objectifs réalistes
- ☐ Identification des barrières personnelles
- ☐ Prévention des rechutes et soutien lors des rechutes

Approches psychologiques

- ☐ Entrevue motivationnelle
- ☐ Thérapie familiale
- ☐ Thérapie cognitivo-comportementale

Objectifs de traitement

- ☐ À 6 mois
 - ☐ Patient a réduit le niveau d'obésité
- ☐ À 12 mois
 - ☐ Réduction de \geq 0,25 du Score-Z
 - ☐ Stabilisation de l'IMC
- ☐ Autres objectifs thérapeutiques
 - ☐ Améliorer la santé physique
 - ☐ Améliorer le bien-être psychologique
 - ☐ Améliorer les HDV à court et à long termes
 - ☐ Améliorer la qualité de vie
 - ☐ Éviter les effets indésirables du traitement (comportements alimentaires inadéquats)

Référer si

obésité sévère (IMC > 99^e percentile), comorbidités importantes ou non atteinte des cibles

Validation du contenu

Processus de validation: Phase 1

- Échantillon non probabiliste de quatre professionnels de la santé québécois
- Domaines variés d'expertises
- Expérience avec obésité infantile
- Grille d'analyses quantitative et qualitative
 - Évaluation de chaque item et de l'outil en globalité

Élément de l'outil clinique	Description	Clarté		Pertinence Évaluer la pertinence de chaque élément pour l'évaluation et la prise en charge de l'obésité infantile de 1 (pas pertinent) à 4 (très pertinent)	Élément critique Cochez s'il s'agit d'un élément critique	Commentaires
		Claire	Pas claire Commenter SVP			
ATCD médicaux	Problèmes de santé déjà connus au niveau médical			1 2 3 4		
ATCD psychologiques	Problèmes de santé déjà connus de la sphère psychologique			1 2 3 4		
Médicaments	Médicamentation prise sur une base régulière			1 2 3 4		
Tentatives antérieures de traitement de l'obésité	Traitement effectué, durée du traitement, année, cause de l'échec thérapeutique			1 2 3 4		
ATCD familiaux d'obésité	Antécédents familiaux d'obésité primaire chez les parents du premier degré			1 2 3 4		

Experts collaborateurs

- Dre Mélanie Henderson, endocrinologue pédiatrique, épidémiologiste et chercheure
 - Clinique CIRCUIT, CHU Sainte-Justine
- Dr Jean-Benoît Bouchard, pédiatre
 - Clinique 180, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
- Mme Frédérique Taillon, infirmière clinicienne
 - Clinique 180, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
- Dr Dominique Giguère, omnipraticien
 - CUMF de Trois-Rivières

Résultats

- Modifications mineures selon les recommandations des validateurs
- Outil apprécié et cohérent
- Suggestion d'inclure une annexe d'aide au clinicien

Présentation de l'outil

Outil clinique

- Aide mémoire qui accompagne le professionnel dans sa prise en charge
 - Assiste dépistage et prise en charge de l'obésité infantile et de ses comorbidité
 - Contient trousse d'outils pour les professionnels de la santé
 - Valeurs de référence pour IMC, score-z, tour de taille et TA en fonction de l'âge et du sexe
 - Questionnaire des habitudes de vie à remplir par le parent ou le patient
 - Ressources et dépliants pour les parents

L'obésité infantile exogène

Prise en charge en 1^{ère} ligne

Diagnostic de l'obésité infantile



5 à 17 ans

Accumulation anormale ou excessive de graisse dans les tissus adipeux pouvant engendrer des problèmes de santé

IMC > 97^e percentile

Score-Z \geq 2,0

Facteurs de risque

- ✓ Faible statut socio-économique
- ✓ Régions rurales ou éloignées
- ✓ Groupes ethniques
- ✓ Obésité parentale

HMA

- ☐ Activités physiques
- ☐ Activités sédentaires
- ☐ Habitudes alimentaires
- ☐ Rapport aux aliments
- ☐ Tabac et fumée secondaire
- ☐ Drogues
- ☐ Alcool
- ☐ Habitudes de sommeil
- ☐ Estime de soi
- ☐ Motivation à changer
- ☐ Intimidation
- ☐ Fonctionnement scolaire
- ☐ Contexte social et familial
- ☐ Habiletés parentales

- ☐ ATCD médicaux
- ☐ ATCD psychologiques
- ☐ Médicaments
- ☐ Tentatives antérieures de traitement de l'obésité
- ☐ ATCD familiaux d'obésité
- ☐ ATCD familiaux MCAS précoce
1^{er} degré : $\sigma^3 < 55$ ans ou $\varphi < 65$ ans

E/P

- ☐ Poids
- ☐ Taille
- ☐ IMC
- ☐ Vitesse de croissance
- ☐ TA (selon âge, sexe et taille)
- ☐ FC
- ☐ Tour de taille
- ☐ Cardiopulmonaire
- ☐ Abdomen et hépatomégalie
- ☐ Maturation sexuelle
- ☐ Peau
 - Acanthosis nigricans, hirsutisme, acné
- ☐ Démarche et membres inférieurs
 - Douleur, tibia vara, glissement épiphysaire

Comorbidités à considérer

Psycho-sociales

- ☐ Dépression
- ☐ Troubles anxieux
- ☐ Insatisfaction envers l'image corporelle
- ☐ Mauvaise estime de soi
- ☐ Isolement social
- ☐ Troubles du comportement
- ☐ Troubles alimentaires
 - ☐ Binge-eating
 - ☐ Boulimie
 - ☐ Anorexie

Cardiovasculaires

- ☐ HTA
- ☐ Dyslipidémie
- ☐ HVG (seulement si HTA)

Respiratoires

- ☐ SAHS
- ☐ Asthme
- ☐ Syndrome d'hypoventilation

Gastro-intestinales

- ☐ Stéatose hépatique

Métaboliques

- ☐ Résistance à l'insuline
- ☐ Diabète de type 2
- ☐ Syndrome métabolique
 - ☐ TA \geq 90^e percentile
 - ☐ TG \geq 1,24 mmol/L
 - ☐ HDL-C \leq 1,03 mmol/L
 - ☐ Tour taille \geq 90^e percentile
 - ☐ Glycémie à jeun \geq 6.1 mmol/L

Sexuelles

- ☐ Hyperandrogénisme (SOPK)

Investigations supplémentaires

- ☐ TA élevée au bureau pour âge, sexe et taille
 - ☐ Mesure TA 4 membres x 1
 - ☐ MAPA
- ☐ Enfant \geq 10 ans
 - ☐ Glycémie à jeun q2 ans
 - ☐ ALT biannuel
 - ☐ Échographie abdominale (si enzymes élevées)
- ☐ Bilan lipidique
- ☐ Suspicion de
 - ☐ SAHS
 - ☐ Consultation en pneumologie
 - ☐ Polysomnographie
 - ☐ Asthme
 - ☐ Test de fonction respiratoire

Traitement

Suivi pour \geq 6 mois consécutifs / Contact en clinique \geq 26h / Approche multidisciplinaire
Implication parentale marquée à une intensité liée à l'âge du jeune

Nutrition

Modification habitudes alimentaires

- ☐ 3 repas/jr
- ☐ Alimentation conforme au guide alimentaire canadien
- ☐ Légumes et fruits moitié de l'assiette
- ☐ Éviter breuvages sucrés
- ☐ Maximum 4 oz de jus fruit/jr
- ☐ Limiter les portions
- ☐ Repas en famille
- ☐ Éviter TV durant les repas
- ☐ Limiter les restaurants et faire de bons choix

Éducation nutritionnelle

- ☐ Éviter aliments interdits
- ☐ Éviter aliments récompenses
- ☐ Éviter régimes

Activité physique

Augmentation dépense énergétique

- ☐ 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée/jr
 - ☐ Activités d'endurance (aérobie)
 - ☐ Activités de résistance (musculature)
- ☐ Mode de vie physiquement actif : Activités planifiées, journalières ou ménagères, limiter le temps en transport automobile et le temps assis

Réduction sédentarité

- ☐ Maximum 2h de temps d'écran/jr
- ☐ Pas de TV dans la chambre

Comportement

Gestion des comportements

- ☐ Horaire quotidien stable
- ☐ Sommeil régulier (bonne hygiène du sommeil)

Techniques à adopter avec patient

- ☐ Objectifs réalistes
- ☐ Identification des barrières personnelles
- ☐ Prévention des rechutes et soutien lors des rechutes

Approches psychologiques

- ☐ Entrevue motivationnelle
- ☐ Thérapie familiale
- ☐ Thérapie cognitivo-comportementale

Objectifs de traitement

- ☐ À 6 mois
 - ☐ Patient a réduit le niveau d'obésité
- ☐ À 12 mois
 - ☐ Réduction de \geq 0,25 du Score-Z
 - ☐ Stabilisation de l'IMC
- ☐ Autres objectifs thérapeutiques
 - ☐ Améliorer la santé physique
 - ☐ Améliorer le bien-être psychologique
 - ☐ Améliorer les HDV à court et à long termes
 - ☐ Améliorer la qualité de vie
 - ☐ Éviter les effets indésirables du traitement (comportements alimentaires inadéquats)

Référer si

obésité sévère (IMC > 99^e percentile), comorbidités importantes ou non atteinte des cibles

L'obésité infantile exogène

Prise en charge en 1^{re} ligne

Faculté de médecine

Université 
de Montréal

Trousse d'outils pour les professionnels de la santé

Soutien à la pratique

Les 5As de la prise en charge de l'obésité, réseau canadien en obésité <https://obesitycanada.ca/resources/5as/>

1. Détermination de l'indice de masse corporelle et score z

Groupe canadien d'endocrinologie pédiatrique

<https://cpeg-gcep.net/content/who-growth-charts-canada>

2. Tour de taille en fonction de l'âge

Groupe canadien d'endocrinologie pédiatrique

<https://cpeg-gcep.net/content/waist-circumference-and-waist-height-ratio-charts>

3. Tension artérielle selon le sexe, l'âge et le percentile de taille

Département américain de la santé

https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/resources/heart/hbp_ped.pdf

4. Critères du syndrome métabolique (Fédération Internationale du Diabète, 2005)

L'obésité infantile exogène

Prise en charge en 1^{re} ligne

Faculté de médecine

Université 
de Montréal

Questionnaire des habitudes de vie
Enfants âgés de 2 à 9 ans

Nom patient: _____ Âge: _____ Date: _____

S'il vous plaît prendre quelques minutes pour répondre aux questions suivantes:

1. Combien de portions de fruits ou de légumes votre enfant mange-t-il par jour? _____
Une portion correspond à la taille de la paume de la main de votre enfant.
2. Combien de fois par semaine votre enfant dîne-t-il à table avec la famille? _____
3. Combien de fois par semaine votre enfant prend-il son petit déjeuner? _____
4. Combien de fois par semaine votre enfant mange-t-il des plats à emporter ou de la restauration rapide? _____
5. Combien de portions (235ml) des breuvages suivants votre enfant boit-il par jour?

Processus de validation: Phase 2

- Soumission projet au comité d'éthique de la recherche CIUSSS MCQ
- Échantillon professionnels de la œuvrant en 1^{er} ligne (n = 10)
 - Omnipraticien(ne)s
 - Médecins résident(e)s
 - Infirmières cliniciennes, IPSPL
- Grille d'analyses quantitative et qualitative
 - Évaluation de chaque item et de l'outil en globalité

Discussion

Impact clinique envisagé

- Augmentation de la sensibilisation du problème de l'obésité infantile auprès des professionnels de la santé de la 1re ligne
- Faciliter l'adoption des lignes directrices canadienne en pratique clinique

Références

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Traitement de l'obésité des enfants et des adolescents en 1re et 2e ligne : guide de pratique clinique. Volet I. Mtl, Qc : INESSS ; 2012. 62 p.
- Bradbury, J., Day, M., & Scarr J, British Columbia's Continuum for the Prevention, Management, and Treatment of Health Issues Related to Overweight and Obesity in Children and Youth, BC: Childhood Obesity Foundation & Child Health BC : October 2015
- Recommendations for growth monitoring, and prevention and management of overweight and obesity in children and youth in primary care, Canadian Task Force on Preventive Health Care, CMAJ, April 7, 2015, 187(6), p. 411-421.
- Provincial Pediatric Obesity Prevention and Management for ages 2 to 17 ans, Alberta Health Services, 2019, URL : <https://www.albertahealthservices.ca/info/Page7468.aspx>
- Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Addressing obesity in children and youth: evidence to guide action for Ontario: summary report. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2013.

Travaillons ensemble pour une
jeunesse en santé.

Merci de votre attention!