



TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ
DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS EN 1^{RE} ET 2^E LIGNE

LES RECOMMANDATIONS - UN CONDENSÉ POUR LA PRATIQUE

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

Ce document est disponible en ligne dans la section publications de notre site web www.inesss.qc.ca.

ÉQUIPE DE PROJET

Responsable

Linda Pinsonneault, M.D., FRCPC

Supervision

Véronique Déry, M.D., M.Sc., FRCPC

Collaborateurs

Nous tenons à souligner la contribution de nos collègues de l'INESSS et de nos collaborateurs tout au long du processus d'élaboration du guide.

ÉDITION

Responsable

Diane Guilbault

Coordination

Véronique Baril

Révision linguistique

Kim Tardif

Graphisme

Magali Bérubé

INTRODUCTION

Le présent document concentre l'ensemble des recommandations formulées dans le guide de pratique clinique pour le traitement de l'obésité des enfants et des adolescents. Ce guide vise à soutenir le traitement, en première et deuxième ligne, des enfants (5 à 12 ans) et des adolescents (13 à 17 ans) aux prises avec un problème d'obésité. Il intègre les résultats des études scientifiques, ainsi que des savoirs expérientiels et contextuels, dans le but d'orienter les pratiques et l'organisation des services afin d'améliorer la santé et le bien-être de ces jeunes, soit en réduisant leur niveau d'obésité, en améliorant leur santé physique et/ou leur bien-être psychologique et social.

Le guide s'adresse :

- aux médecins -omnipraticiens, pédiatres ou endocrinologues ;
- aux autres professionnels de la santé et des services sociaux concernés, notamment :
 - les infirmières
 - les diététistes
 - les kinésiologues
 - les psychologues
 - les travailleurs sociaux
 - les psychoéducateurs
 - les pharmaciens
 - les ergothérapeutes
- aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux qui ont un rôle à jouer dans l'organisation des soins et des services pour les jeunes aux prises avec un problème d'obésité ;
- à ces jeunes et à leurs parents qui pourront y trouver des réponses à certaines de leurs questions.

Le lecteur intéressé à connaître les bases qui soutiennent les recommandations ou le processus de leur élaboration est convié à consulter les deux documents qui constituent le guide, soit le volet I (le guide proprement dit) et le volet II (*Cadre, processus et méthodes d'élaboration du guide de pratique clinique – En bref*), tous deux en ligne à : www.inesss.qc.ca.

Publié par la Direction des communications et du transfert des connaissances

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISSN 1915-3082 INESSS (imprimé)

ISBN 978-2-550-64384-5 (imprimé)

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-64383-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2012.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Traitement de l'obésité des enfants et des adolescents en 1^{re} et 2^e ligne : Les recommandations - un condensé pour la pratique. Mtl, Qc : INESSS ; 2012. 10 p.

UNE VISION GLOBALE ET DES PRINCIPES POUR GUIDER L'INTERVENTION

L'intervention doit être guidée par une vision d'ensemble du jeune qui présente un problème d'obésité. En tant que personne, il doit être approché dans sa globalité et être au centre de l'intervention, l'obésité n'étant qu'un des nombreux facteurs susceptibles d'influencer sa santé et son bien-être. L'intervention doit, avant tout, viser à améliorer la santé et le bien-être du jeune et ne doit, en aucun cas, nuire à celui-ci et à sa famille.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

FR/QP*

1- ÉVALUER ET RÉFÉRER

L'INESSS RECOMMANDE QUE le médecin ou un autre professionnel de la santé et des services sociaux de première ou deuxième ligne concerné :

R1- évalue, selon son champ d'expertise :

Fo/Fa

- la présence d'obésité et l'état de santé et de bien-être du jeune selon les modalités reconnues par les organisations professionnelles ou les sociétés savantes ;
- les différents facteurs susceptibles d'influencer la participation à l'intervention, l'adhésion et l'observance au plan d'intervention et les résultats de l'intervention.

Cette évaluation doit être globale, c'est-à-dire qu'elle doit porter tant sur les aspects de santé physique que sur les aspects psychologiques et sociaux ;

R2- réfère les enfants et les adolescents qui le requièrent à des professionnels plus spécialisés, notamment en présence d'obésité grave¹ ou de comorbidité importante de santé physique ou de bien-être².

AE

* FR : Force de la recommandation; QP : Qualité de la preuve (voir page 9)

1 IMC supérieur ou égal au 99,9^e percentile pour l'âge et le sexe, ou score-z de l'IMC supérieur ou égal à 3,0

2 Par exemple : diabète, hypertension non-contrôlée, détresse psychologique marquée, trouble du comportement alimentaire, etc.

Éléments de santé physique (à partir de l'histoire et de l'examen physique) :

- l'IMC,
- la tension artérielle,
- le niveau de pratique de l'activité physique et d'activités sédentaires,
- les habitudes alimentaires,
- la présence :
 - de problèmes respiratoires (apnée du sommeil, asthme),
 - de troubles gastro-intestinaux (reflux gastro-œsophagien, hépatite stéatosique),
 - de troubles musculo-squelettiques (douleurs, boitement, tibia vara, etc.).

Éléments quant au bien-être du jeune et à sa motivation :

- la présence de troubles psychologiques, (anxiété, état dépressif, etc.)
- l'estime de soi,
- l'impulsivité,
- la victimisation par les pairs ou dans la famille,
- la présence d'un sentiment d'auto-efficacité,
- des tentatives antérieures de traitement de l'obésité,
- la motivation à changer.

Paramètres de l'investigation paraclinique de base :

- la glycémie à jeun,
- le bilan lipidique complet, (cholestérol total, triglycérides, cholestérol-LDL, cholestérol-HDL et le ratio du cholestérol total sur le cholestérol-HDL),
- les enzymes hépatiques.

Éléments quant à l'environnement familial et social :

- la capacité de soutien,
- la structure, la dynamique et l'organisation familiale
- les habiletés parentales,
- la présence de difficultés psychologiques ou sociales,
- la motivation.

2- TRAITER OU ORIENTER

Approches axées sur le mode de vie

L'INESSS RECOMMANDE QUE le médecin, la diététiste et les autres professionnels de la santé et des services sociaux, selon leur champ de compétence respectif :

R3-	privilégient une intervention axée sur le mode de vie pour <u>tous</u> les jeunes obèses, intervention qui intègre les trois approches : <ul style="list-style-type: none"> • nutritionnelle, • axée sur l'activité physique (augmentation de la pratique d'activité physique et réduction des activités sédentaires), et • de gestion du comportement ; 	Fo/Var
R4-	NE recommandent PAS d'approches nutritionnelles à très basse valeur calorique ;	Fo/Fa
R5-	planifient et élaborent leurs interventions en prenant en considération les étapes du développement physique, psychologique et social de l'enfant ou de l'adolescent ;	Fo/Fa
R6-	fassent appel à des interventions axées sur le mode de vie qui font participer les parents, selon des modalités qui prennent en considération le développement du jeune ; <ul style="list-style-type: none"> • Pour les enfants • Pour les adolescents 	Fo/Var Fa/TFa
R7-	offrent les interventions de façon prioritaire aux jeunes qui sont motivés ou dont les parents sont motivés ;	Fa/Fa
R8-	visent à développer la motivation avec les jeunes et les parents peu motivés.	Fa/Fa

* FR : Force de la recommandation; QP : Qualité de la preuve (voir page 9)

Approches nutritionnelles :

- favoriser une alimentation saine et équilibrée :
 - axée sur de saines habitudes alimentaires et
 - dont la teneur en calories correspond aux besoins physiologiques,
- régime de type *Stop Light/Traffic Light*.³

Réduction de la sédentarité

- limiter à un maximum de deux (2) heures par jour le temps d'écran.

Pratique d'activité physique

- favoriser l'intégration d'activité physique dans des activités de tous les jours (mode de vie physiquement actif) :
 - favoriser les activités qui amènent du plaisir au jeune,
 - viser un minimum de 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée quotidiennement, idéalement plus,
 - assurer l'inclusion d'exercices en endurance (aérobie) et d'exercices de résistance (muscultation),
 - adapter les exercices ou le choix de types d'activités aux capacités physiques et au schéma corporel du jeune.

Gestion du comportement :

- utiliser ou enseigner une variété de techniques particulières dont :
 - l'établissement d'objectifs comportementaux réalistes,
 - le monitoring des comportements et de l'atteinte des objectifs,
 - la gestion des stimuli,
 - l'identification des barrières personnelles,
 - l'utilisation de récompenses,
 - la résolution de problèmes,
 - la prévention des rechutes,
 - la planification pour faire face aux imprévus.
- intervenir ou soutenir les rôles parentaux et le fonctionnement familial :
 - faciliter l'établissement un horaire quotidien stable (repas en famille et sommeil),
 - développer les habiletés parentales
 - développer ou renforcer des modèles de rôle sains,
 - faciliter le style parental « démocratique ».

³ L'utilisation de cette approche a fait l'objet de réserves de la part de plusieurs partenaires.

	FR/QP *
Approches pharmacologiques	
L'INESSS RECOMMANDE QUE :	
R9- le médecin œuvrant en première ou deuxième ligne NE prescrive PAS l'orlistat ;	Fo/Var
R10- le médecin ne considère la prescription d'orlistat <u>que dans un contexte de soins spécialisés ou surspécialisés</u> , et seulement si : A) l'adolescent participe déjà à une intervention axée sur le mode de vie, ET B) l'adolescent présente : i) une obésité grave ⁴ (percentile de l'IMC ≥ 99,9 % ou score-z de l'IMC ≥ 3,0) ET des comorbidités ou des facteurs de risque cardiométabolique, OU ii) une obésité très grave (score-z de l'IMC ≥ 3,5) ;	Fa/Var
R11- le médecin et les autres professionnels de la santé et des services sociaux puissent, pour les adolescents recevant de l'orlistat, assurer une prise en charge qui inclut : <ul style="list-style-type: none">• un counselling au regard des effets indésirables et des moyens pour les réduire,• une prise en charge nutritionnelle avec une attention particulière pour le suivi du statut nutritionnel, notamment en lien avec le risque de malabsorption,• un suivi des impacts en termes d'effets indésirables, notamment sur l'état psychologique et le fonctionnement social du jeune ;	Fa/Var
R12- le médecin NE prescrive PAS la metformine <u>à titre d'agent anti-obésité</u> dans le traitement de l'obésité chez les enfants et les adolescents ;	Fo/Fa
R13- le médecin, le pharmacien et les autres professionnels de la santé et des services sociaux NE recommandent PAS de produits amaigrissants, notamment les produits coupe-faim et les produits de santé naturels, pour le traitement de l'obésité chez les enfants et les adolescents.	Fo/Fa

* FR : Force de la recommandation; QP : Qualité de la preuve (voir page 9)

4 Le critère retenu est celui des recommandations canadiennes [Secker *et al.*, 2010].

	FR/QP *
3- SUIVRE ET SOUTENIR	
L'INESSS RECOMMANDE QUE le médecin et les autres professionnels de la santé et des services sociaux, selon leur champ de compétence respectif :	
R14- formulent les objectifs de l'intervention conjointement avec le jeune, avec les parents lorsque cela est pertinent, soit en fonction du groupe d'âge et du contexte de la relation thérapeutique ;	Fo/TFa
R15- adaptent les objectifs de l'intervention ainsi formulés au jeune (âge, stade de développement, situation initiale, capacités et intérêt, etc.) et à son contexte familial ;	Fo/TFa
R16- <u>axent avant tout</u> les objectifs de l'intervention <u>sur l'acquisition à court et long terme de comportements favorables à la santé</u> comprenant principalement l'alimentation saine, un mode de vie physiquement actif et la réduction des comportements sédentaires <u>dans le but d'améliorer la santé et le bien-être du jeune</u> plutôt qu'uniquement centrés sur un changement de poids ou d'IMC à atteindre ;	Fo/TFa
R17- ne soient pas toujours tenus de fixer un objectif thérapeutique en termes de poids à atteindre ;	Fa/Var
R18- évaluent, lorsqu'ils déterminent un objectif thérapeutique en termes de poids à atteindre, la pertinence de communiquer cette information au jeune ou à ses parents à la lumière du contexte thérapeutique particulier à chaque situation ;	Fa/Var
R19- visent, lorsqu'ils doivent évaluer le poids à atteindre : <ul style="list-style-type: none">• une réduction de 0,5 ou 0,25 du score-z de l'IMC à un an ou, à défaut, une stabilisation de l'IMC à l'aide des outils fournis avec le guide ou, s'ils ne sont pas en mesure d'utiliser le score-z de l'IMC• une réduction de la prise de poids, un maintien du poids ou, dans certains cas⁵, une réduction graduelle du poids, en fonction de l'âge, du stade de développement physique et de la taille et du poids initiaux du jeune ;	Fa/Var

* FR : Force de la recommandation; QP : Qualité de la preuve (voir page 9)

5 Par exemple, obésité grave, comorbidité, chez un jeune ayant atteint sa taille adulte, etc.

	FR/QP*
R20- réalisent un suivi, à court et à plus long terme, <ul style="list-style-type: none"> • quant aux résultats de l'intervention, • en portant une attention particulière à la survenue d'effets indésirables potentiels du traitement quant aux effets sociaux ou psychologiques, notamment sur les comportements alimentaires, particulièrement si le jeune ou ses parents perçoivent que l'intervention ne donne pas les résultats attendus, • pour la prise en charge requise des comorbidités détectées, le cas échéant ; 	Fo/Fa
4- ORGANISER ET MOBILISER	
L'INESSS RECOMMANDE QUE :	
R21- les interventions axées sur le mode de vie comportent au moins 26 heures de contact entre les intervenants et le jeune ou ses parents ;	Fo/M
R22- les interventions axées sur le mode de vie : <ul style="list-style-type: none"> a) comportent une phase intensive et une phase de maintien ; et b) soient réalisées en interdisciplinarité ou en multidisciplinarité ; 	Fo/Fa
R23- les modalités des interventions, telles que le lieu, l'heure, la fréquence, etc., soient adaptées, dans la mesure du possible, au jeune et à ses besoins ;	Fo/Fa
R24- les interventions axées sur le mode de vie : <ul style="list-style-type: none"> a) durent au moins 6 mois ; et b) mettent en réseau les ressources communautaires accessibles localement ; 	Fa/Fa
R25- les interventions visant l'obésité des enfants et des adolescents soient incluses dans un continuum de services qui intègre un volet d'action sur les déterminants environnementaux et sociaux des saines habitudes de vie ;	Fa/TFa

* FR : Force de la recommandation; QP : Qualité de la preuve (voir page 9)

LA FORCE DE LA RECOMMANDATION (FR)

Les recommandations peuvent être fortes ou faibles. Elles peuvent avoir l'une ou l'autre de deux directions : de réaliser l'intervention ou de NE PAS réaliser l'intervention. Une recommandation peut donc être :

- **Forte (Fo)**
 - de réaliser l'intervention ou
 - de NE PAS réaliser l'intervention
- **Faible (Fa)**
 - de réaliser l'intervention ou
 - de NE PAS réaliser l'intervention

La **force de la recommandation est établie** en prenant quatre facteurs en considération :

- 1- la qualité de la preuve tant au regard de l'efficacité que de l'innocuité,
- 2- le niveau d'équilibre entre les avantages et les inconvénients déterminés notamment au regard des valeurs énoncées par les participants,
- 3- la présence ou non de variabilité dans les valeurs et les préférences et
- 4- l'utilisation raisonnable des ressources [Guyatt *et al.*, 2008].

La **QUALITÉ DE LA PREUVE (QP)** fondée sur les données probantes est classée comme suit :

- **Élevée (É)** : Nous sommes très confiants que l'effet réel est proche de l'estimation de l'effet.
- **Modérée (M)** : Nous sommes modérément confiants en l'estimation de l'effet : l'effet réel est probablement proche de l'estimation, mais il y a une possibilité qu'il soit considérablement différent.
- **Faible (F)** : Notre confiance en l'estimation est limitée : l'effet réel peut être considérablement différent de l'estimation.
- **Très faible (TFa)** : Nous avons très peu confiance en l'estimation de l'effet : l'effet réel est probablement considérablement différent de l'estimation [Balslem *et al.*, 2011].
- **Variable (Var)** : Lorsque la qualité des preuves prises en considération était différente pour l'efficacité et l'innocuité, la qualité globale a été classée comme variable.

Certaines recommandations sont basées davantage sur l'expertise que sur les preuves, elles sont classées comme **AVIS D'EXPERTS (AE)**.

L'OBÉSITÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS
LES GRANDS AXES DE L'APPROCHE DE TRAITEMENT
EN 1^{RE} ET 2^E LIGNE

ÉVALUER
ET RÉFÉRER

TRAITER
OU ORIENTER

TRAITEMENT INTENSIF
INTER OU MULTIDISCIPLINAIRE

Durée minimale de 26 heures comportant :

- de l'éducation nutritionnelle;
- du counselling et de la pratique de l'AP
- des techniques de gestion du comportement

SUIVRE
ET SOUTENIR

ORGANISER
ET MOBILISER