

Recommandations pour la surveillance de la croissance, la prévention et la gestion du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les jeunes en soins de santé primaires 2015

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs - Mars 2015



Mettre la prévention en
pratique

Canadian Task Force on Preventive Health Care
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Confidentialité

- Tout ce qui est discuté lors de cette réunion est strictement confidentiel car les recommandations sont toujours sous embargo (publication en ligne le 30 mars 2015)
- Le matériel est à usage interne uniquement et pour les personnes qui « ont besoin de savoir »

Membres du groupe de travail CTFPHC

Membres de l'équipe de travail:

- Patricia Parkin (Présidente)
- Elizabeth Shaw
- Neil Bell
- Marcello Tonelli
- Paula Brauer

Agence de la sante publique:

- Sarah Connor Gorber*
- Alejandra Jaramillo*
- Amanda R.E. Shane*

Centre d'analyse et de synthèse des données probantes:

- Leslea Peirson*
- Donna Fitzpatrick-Lewis*
- Ali Usman*

**membre non-votant*

Vue d'ensemble de la présentation

- Information générale/Contexte sur l'obésité infantile
- Méthodes du GECSSP
- Recommandations et résultats clés
- Mise en œuvre des recommandations
- Conclusions
- Questions and réponses

Prévention et gestion de l'obésité juvénile

CONTEXTE

Contexte

- La prévalence de l'obésité chez les enfants canadiens a augmenté de façon spectaculaire depuis la fin des années 1970, et a plus que doublé chez les garçons et les filles
- Des estimations récentes (2009-2011) indiquent que 32 % des enfants de 5-17 ans sont en surpoids (20 %) ou obèses (12 %); la prévalence de l'obésité est presque deux fois plus élevée chez les garçons (15 % vs 8 %)
- L'obésité juvénile est associée à un risque accru de développement de maladie cardiovasculaire, de diabète et d'autres conditions chroniques à l'adolescence et plus tard dans la vie
- Le surpoids chez l'enfant persiste souvent à l'âge adulte

Obésité juvénile Directives 2015

Objectifs des lignes directives 2015:

- Cette ligne directrice fournit des recommandations pour la prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants de poids sains et les adolescents âgés de 0 à 17 ans dans les établissements de soins de première ligne
- Cette ligne directrice fournit des conseils pour les médecins de première ligne sur l'efficacité de la gestion du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les jeunes âgés de 2 à 17 ans
- Ces directives ne s'appliquent pas aux enfants et aux jeunes souffrant de troubles alimentaires, ou qui sont de poids insuffisant, en surpoids, ou obèse (prévention) ou avec un état de santé où la gestion de poids est inappropriée (gestion)

Interventions structurées

- **Les programmes de modification comportementale** centrés sur le régime, augmentant l'exercice, ou impliquant des changements de style de vie, seuls ou en combinaison, prenant place pendant des semaines ou des mois
- Suivi par une approche complète livrée par une équipe interdisciplinaire spécialisée, impliquant des sessions de groupe et incorporant la participation familiale et parentale
- Fourni par une équipe de soins de première ligne dans le cabinet ou via référence à un programme formel dans ou à l'extérieur de l'institut de soin de première ligne tels que les programmes délivrés à l'hôpital, à l'école ou dans la communauté

Prévention et gestion de l'obésité juvénile

MÉTHODES

Méthodes du Groupe de Travail

- Groupe indépendant de:
 - cliniciens et de spécialistes de la méthodologie
 - expertise en prévention, synthèse de la littérature et évaluation critique
 - application des données probantes à la pratique et politique
- Groupe de travail sur l'obésité juvénile:
 - 5 membres du groupe de travail
 - établi les questions de recherche et le cadre analytique

Méthodes du Groupe de Travail

- Centre d'analyse et de synthèse des données probantes (GECSSP)
 - Procède à un examen systématique de la littérature sur la base du cadre analytique
 - Prépare un examen systématique des preuves avec des tables de GRADE
 - Participe à des réunions de groupes de travail
 - Obtient des avis d'experts

Processus de d' examen du Groupe de travail

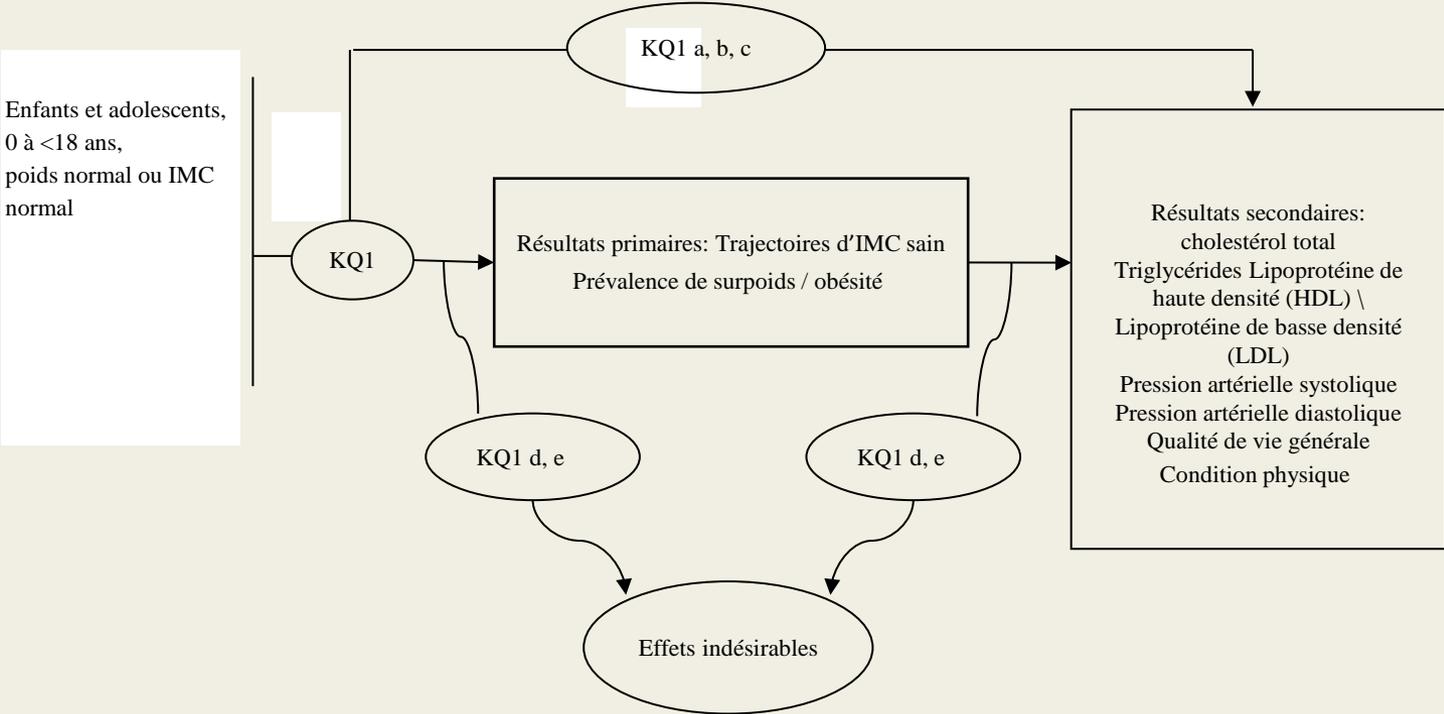
- Processus de d' examen interne impliquant une ligne directrice du groupe de travail, le groupe de travail, les agents scientifiques et le personnel du ERSC
- Processus d'examen externe impliquant des intervenants clés
 - Intervenants généralistes et spécialistes
 - Les intervenants fédéraux et P / T
- JAMC entreprend un processus d' examen indépendant par des pairs afin d' examiner les lignes directrices

Questions de recherche

- L'examen systématique pour la prévention de l'obésité chez les enfants de poids sains inclus:
 - (1) question clé de recherche avec (5) sous-questions
- L'examen systématique pour la gestion du surpoids et de l'obésité chez les enfants inclus:
 - (2) questions clés de recherche avec (5 + 5) sous-questions
- Les examens systématiques à la fois pour la prévention et la gestion de l'obésité chez les enfants inclus:
 - (1) question complémentaire ou contextuelle avec (6) sous-questions

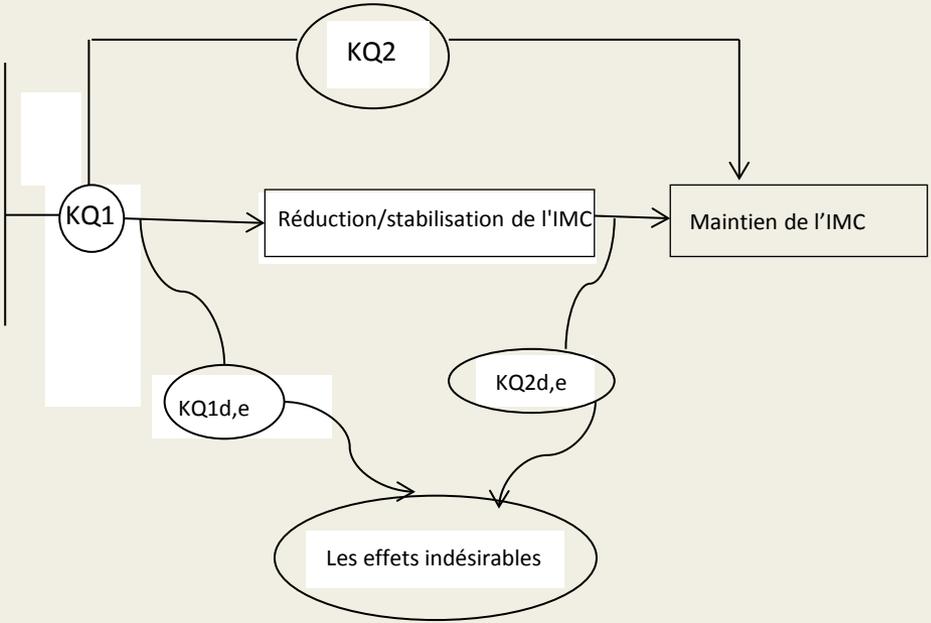
Pour plus d'information veuillez vous reporter à l'examen systématique
www.canadiantaskforce.ca

Cadre analytique de la prévention



Cadre analytique de gestion

Enfants ou adolescents âgés de 2 à 17 ans identifié comme étant en surpoids/obèses selon des critères spécifiques d'âge et de sexe



- Diminution de la morbidité infantile
- Amélioration du fonctionnement infantile
- Morbidité réduite adulte et la mortalité
- Amélioration des mesures Comportementales
- Amélioration physiologiques mesures

Types d'études admissibles

- **Population:** Enfants et adolescents 0 <18 ans de poids variés (prévention) ou les enfants et adolescents de 2 à 17 ans qui sont identifiés comme étant en surpoids ou obèses selon l'âge et du sexe des critères spécifiques (gestion)
- **Langue:** anglais, français
- **Type d'étude:** essais contrôlés randomisés (ECR)

Comment sont évaluées les données probantes?

Le système "GRADE":

Classement des recommandations, évaluation, développement et d' évaluation

Qu' évaluons-nous?

1. Qualité des données probantes

1. Degré de confiance que les données probantes disponibles reflètent correctement le véritable effet théorique de l'intervention ou du service.
 - élevé, modéré, faible, très faible.

2. Force de la recommandation

- l'équilibre entre les effets désirables et indésirables; la variabilité ou l'incertitude dans les valeurs et les préférences des citoyens; et si oui ou non l'intervention représente une utilisation judicieuse des ressources.
- **fortes** et faibles

Comment la force des recommandations est-elle déterminée?

La force des recommandations (forte ou faible) est basée sur quatre facteurs:

- **Qualité des données probantes à l'appui**
- Certitude quant à l'équilibre entre les **effets désirables et indésirables**
- Certitude / variabilité des valeurs et des préférences des individus
- Certitude quant à savoir si l'intervention représente une utilisation judicieuse des ressources

Interprétation des recommandations

Implications	Recommandation forte	Recommandations faibles
Pour les patients	<ul style="list-style-type: none">• La plupart des personnes voudrait le plan d'action recommandé;• seule une petite proportion ne le souhaiterait pas.	<ul style="list-style-type: none">• La majorité des personnes dans cette situation voudrait le plan d'action proposé, mais beaucoup ne le voudrait pas.
Pour les cliniciens	<ul style="list-style-type: none">• La plupart des personnes devraient recevoir l'intervention.	<ul style="list-style-type: none">• Reconnaître que différents choix seront appropriés pour les patients;• Les cliniciens doivent aider les patients à prendre des décisions de gestion conformes aux valeurs et préférences.
Pour les responsables politiques	<ul style="list-style-type: none">• La recommandation peut être adapté en tant que politique dans la plupart des situations.	<ul style="list-style-type: none">• L'élaboration des politiques nécessitera un débat de fond et la participation des divers intervenants.

Prévention et gestion de l'obésité juvénile

**RECOMMANDATIONS &
RÉSULTATS CLÉS**

Suivi de la croissance

Recommandation: Pour les enfants et les jeunes de 0 à 17 ans nous recommandons un suivi de la croissance à toutes les visites de soins primaires appropriés en utilisant les courbes de croissance de l'OMS pour le Canada

- *Forte recommandation; données probantes de qualité très faible*

Base de la recommandation:

• La surveillance de la croissance est une intervention de longue date, de faible coût, qui ne causera vraisemblablement pas de danger, susceptible d'être appréciée par les parents et les cliniciens pour l'identification des enfants et les jeunes à risque de développer des problèmes de santé liés au poids

Suivi de la croissance et visites appropriées

- **La surveillance de la croissance** se compose des mesures de la hauteur ou de la longueur, du poids et du calcul de l'IMC ou du poids pour la longueur selon l'âge
- **Les visites de soins primaires appropriés** comprennent les visites prévues de surveillance de la santé, des visites pour les vaccinations ou le renouvellement des médicaments, des soins épisodiques ou maladie aiguë et d'autres visites où le praticien en soins primaires juge approprié

Prévention de l'obésité

Recommandation: Nous recommandons que les praticiens de soins primaires n'offrent pas systématiquement des interventions structurées visant à prévenir le surpoids et l'obésité chez les enfants de poids sains et les jeunes de 0 à 17 ans.

- *Recommandation faible; données probantes de qualité très faible*

Base de la recommandation

Le manque de données probantes pour les prestations cliniquement importantes des interventions actuelles pour prévenir le surpoids et / ou de l'obésité dans la population cible, le manque de données probantes montrant que les avantages sont maintenus dans le long terme, et le manque de données probantes à propos de l'utilisation de ces interventions dans les établissements de soins primaires

Gestion de l'obésité

Recommandation 1: Pour les enfants et les jeunes âgés de 2 à 17 ans qui sont en surpoids ou obèses, nous recommandons que les praticiens de soins primaires offrent ou réfèrent à des interventions comportementales structurées visant à la gestion du poids.

- *Faible recommandation, données probantes de qualité moyenne*

Base de la recommandation

Les modestes avantages à court terme des interventions de la gestion du poids et l'absence de préjudices identifiés

La recommandation est faible en raison de l'absence de données indiquant que la perte de poids est durable ou à des bienfaits pour la santé dans le temps

Gestion de l'obésité

Recommandation 2: Pour les enfants et les jeunes âgés de 2 à 11 ans qui sont en surpoids ou obèses, nous recommandons que les praticiens de soins primaires n'offrent pas l' Orlistat visant à la gestion du poids.

- *Forte recommandation, données probantes de qualité très faible*

Base de la recommandation

Le manque d'études examinant les interventions pharmacologiques et leur efficacité comme un traitement dans cette population

Gestion de l'obésité

Recommandation 3: Pour les enfants et les jeunes âgés de 12 à 17 ans qui sont en surpoids ou obèses, nous recommandons que les praticiens de soins primaires n'offrent pas systématiquement l' Orlistat visant à la gestion du poids.

- *Faible recommandation, données probantes de qualité moyenne*

Base de la recommandation:

Le manque d'études qui comparent les interventions pharmacologiques par rapport aux contrôles sans intervention comportementale.

Interventions et essais pharmacologiques + comportementales n'étaient pas plus efficaces que les interventions comportementales seules

Le risque de préjudice associé à un traitement Orlistat (par exemple, des troubles gastro-intestinaux)

Gestion de l'obésité

Recommandation 4: Pour les enfants et les jeunes âgés de 2 à 17 ans qui sont en surpoids ou obèses, nous recommandons que les praticiens de soins primaires n'offrent pas systématiquement à des interventions chirurgicales.

- *Forte recommandation, données probantes de qualité très faible*

Base de la recommandation

L'absence d'ECR comparant les soins habituels montrant que cette intervention est efficace, les inconvénients potentiels, et l'irréversibilité de la procédure

Les praticiens de soins primaires ne renvoient pas normalement directement à une clinique pour la chirurgie bariatrique.

Effet des programmes de prévention: changements dans les résultats clés

Résultat	Méta-analyse (95% CI)	P-Value	Nombre Participants	Nombre d'études
Changement global dans les résultats IMC / IMCz (différence moyenne normalisée (SMD))	-0.07 (-0.10, -0.03)	<0.00001	56,342	76
Changement global de l'IMC(kg/m ² ; différence moyenne)	-0.09 (-0.16, -0.03)	<0.00001	40,214	57
Changement global de cholestérol total (mmol/L; Différence moyenne)	-0.10 (-0.20, 0.01)	<0.00001	2,815	5
Changement global de triglycérides (mmol/L; différence moyenne)	-0.01 (-0.05, 0.03)	<0.00001	3,097	4

Effet des programmes de prévention: changements dans la prévalence

Résultat	RRI-RRc* (95% CI)	Nombre absolu par million (écart)	ARR	Nombre Participants	Nombre Etudes
Changement global de prévalence du surpoids / obésité	0.94 (0.89, 0.99)	19,641 de moins (3,462 to 35,002 de moins)	1.96%	31,896	30

Note: * L'estimation globale est basée sur les différences entre le taux de risque de l'intervention et des groupes témoins (RRI=rapport de pré-post prévalence dans le bras d'intervention, RRc=rapport de pré-post la prévalence dans le bras de contrôle).

Effets des programmes de gestion: Changements dans les résultats IMC/IMCz

Intervention traitement	Effet Différence étalon moyen(95% CI)	P-Value ($p \leq 0.05$)	Nombre Intervention Participants	Nombre Participants Contrôlés	Nombre études	Qualité
Effet général	0.5263 de moins (0.6949 a 0.3578 de moins)	0.067	2156	1752	30	Moderate
Comportementale Seulement	0.5446 de moins (0.7298 a 0.3594 de moins)	0.023*	1792	1554	28	Low
Pharmacologique * + comportementale	0.4287 de moins (0.6044 a 0.2529 de moins)	N/A (n<10)	364	198	2	Moderate

***Note: Le traitement pharmacologique inclus Orlistat 120 mg 3x / jour**

Comparaison des recommandations pour la prévention de l'obésité

- Peu d'organisations ont examiné de façon systématique l'efficacité des interventions préventives ou développé des recommandations fondées sur des preuves probantes pour la mise en œuvre en soins primaires
- Certains groupes se concentrent sur le dépistage:
 - USPSTF (2010)
- D'autres groupes discutent de l'importance des approches multisectorielles pour prévenir l'obésité:
 - NICE (2006)
 - Obesity Canada (2007)

Comparaison des recommandations de gestion de l'obésité

- Nos recommandations sur la gestion sont conformes à ceux d'autres groupes de lignes directrices internationales qui recommandent que les interventions comportementales soient utilisées pour traiter le surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescents:
 - USPSTF (2006)
 - NICE (2006)
 - SIGN (2010)
 - Obesity Canada (2007)
 - NHMRC (2013)

Prévention et gestion de l'obésité juvénile

MISE EN OEUVRE DES RECOMMANDATIONS

Valeurs et préférences

- Données probantes disponibles limitées
- Comprendre les obstacles à la participation aux activités physiques ou aux programmes de gestion du poids peut aider les praticiens à identifier des stratégies efficaces pour susciter la participation des enfants, des jeunes et de leurs familles
- L'importance de relations de soutien entre les praticiens et les familles pour que les enfants et les jeunes atteignent le poids sain

Outils d'application des connaissances

- Le GECSSP crée des outils d'AC pour soutenir la mise en œuvre de lignes directrices dans la pratique clinique
- Une table de recommandation clinique et FAQ ont été développées pour la prévention et la gestion des lignes directrices de l'obésité juvénile
- Après la publication, ces outils seront disponibles gratuitement en téléchargement en français et en anglais sur le site web: www.canadiantaskforce.ca

Mise à jour: l'application pour la téléphonie mobile GECSSP est maintenant disponible:



- L'application contient des lignes directrices et des résumés des recommandations, des outils d'application des connaissances, et des liens vers des ressources supplémentaires
- Les principales caractéristiques comprennent la capacité de rajouter des signets pour un accès facile, le contenu d'affichage en anglais ou en français, la possibilité de changer la taille de la police du texte

Prévention et gestion de l'obésité juvénile

CONCLUSIONS

Conclusions

- Le groupe de travail reconnaît l'importance de la surveillance de la croissance dans la petite enfance
- Les 5 premières années de la vie d'un enfant, et en particulier les 12 premiers mois, peuvent fournir une opportunité pour les interventions ciblées de prévention de l'obésité, bien que d'autres recherches sont nécessaires
- L'accent devrait être mis sur la distribution de programmes complets de gestion du poids par une équipe interdisciplinaire spécialisée
- La mise en œuvre de ces recommandations est en partie tributaire de la disponibilité des interventions comportementales, formelles et structurées, pour la gestion du poids chez les enfants et les les jeunes dans les établissements canadiens

Plus d'informations

Pour plus d'informations sur les détails de cette directive veuillez voir:

- Le website du groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs :

<http://canadiantaskforce.ca/?content=pcp>

Questions et réponses

Merci