

# **TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ**

## **DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS EN 1<sup>RE</sup> ET 2<sup>E</sup> LIGNE**

### ***GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE***

**VOLET II** Cadre, processus et méthodes d'élaboration - En bref

Une version préliminaire du présent document a été révisée par le Comité scientifique permanent de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 30 septembre 2011.

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](http://www.inesss.qc.ca).

## ÉDITION

<b>Responsable</b>	Diane Guilbault
<b>Coordination</b>	Véronique Baril
<b>Révision linguistique</b>	Kim Tardif
<b>Graphisme</b>	Magali Bérubé
<b>Vérification bibliographique</b>	Denis Santerre

---

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 978-2-550-64354-8 (imprimé)

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-64353-1 (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<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne : guide de pratique clinique. Volet II. Cadre, processus et méthodes d'élaboration du guide de pratique clinique - En bref. Mtl, Qc : INESSS ; 2012. 24 p.

---

## REMERCIEMENTS

L'INESSS tient également à remercier toutes les personnes qui ont manifesté un intérêt pour ce document, notamment celles qui ont participé aux divers groupes de travail, qui en ont facilité la constitution ou le déroulement, ou encore qui, lors de la consultation et la relecture externe sur la version préliminaire, ont formulé des commentaires et suggestions.

Leur nom apparaît à l'Annexe 1 et en page liminaire du volet I, soit le guide de pratique lui-même.

## RESPONSABILITÉ

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions de chacune des personnes consultées dans ce dossier.

## Équipe de travail

<b>D<sup>re</sup> Linda Pinsonneault, M.D., FRCPC</b>	conseillère scientifique et responsable du projet
<b>M<sup>me</sup> Françoise Thomas, LL.M</b>	coordonnatrice de projet
<b>M<sup>me</sup> Jolianne Renaud, M.Sc.</b>	chercheure
<b>M<sup>me</sup> Phuong Hua, M.Sc.</b>	chercheure
<b>M<sup>me</sup> Mélanie Turgeon, M.Sc.</b>	conseillère scientifique
<b>M<sup>me</sup> Joëlle Mimeault, M. Sc.</b>	conseillère scientifique
<b>M<sup>me</sup> Christine Lobè, M.Sc.</b>	chercheure

## Supervision et révision

<b>D<sup>re</sup> Véronique Déry, M.D., M.Sc., FRCPC</b>	vice-présidente aux affaires scientifiques et professionnelles (ensemble du projet)
<b>M<sup>me</sup> Sylvie Bouchard, M.Sc.</b>	directrice, Suivi et usage optimal du médicament (volet pharmacologique)

## Collaborateurs

<b>M<sup>me</sup> Guylaine Rouleau, M.B.A.</b>	chercheure (INESSS)
<b>M<sup>me</sup> Annie Tessier Ph. D.</b>	chercheure (INESSS)
<b>D<sup>r</sup> Pierre Dagenais, M.D., Ph. D., FRCPC</b>	directeur, Soutien et développement méthodologique (INESSS)
<b>M. Richard Lavoie, M.Sc.</b>	communicateur conseil (INESSS)
<b>M. Jean-Marie Lance, M.Sc.</b>	économiste (INESSS)
<b>M<sup>me</sup> Alice Ndayegamyie, M.Sc., M.B.A.</b>	coordonnatrice scientifique, Suivi et usage optimal du médicament (volet pharmacologique) (INESSS)
<b>M. Mathieu Roy, Ph. D.</b>	anthropologue de la santé
<b>M<sup>me</sup> Joanne Castonguay, M.Sc.</b>	vice-présidente adjointe, Groupe CIRANO

## Équipe de soutien

<b>Recherche documentaire</b>	Mathieu Plamondon Lysane St-Amour Pierre Vincent
<b>Soutien documentaire</b>	Micheline Paquin

# TABLE DES MATIÈRES

<b>NOTES AU LECTEUR</b> .....	<b>i</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1 CADRE DE TRAVAIL</b> .....	<b>2</b>
1.1 Valeurs .....	2
1.2 Objectifs du GPC .....	2
1.3 Professionnels ou intervenants de la santé et des services sociaux visés .....	3
1.4 Population ciblée (groupes considérés et non considérés) .....	3
1.5 Gestion clinique .....	3
<b>2 PROCESSUS ET STRUCTURE ET D'ÉLABORATION</b> .....	<b>5</b>
2.1 Participation des acteurs clés et composition des différents groupes .....	5
2.2 Processus d'élaboration .....	6
<b>3 DOCUMENTATION DES QUESTIONS CLINIQUES ET DES ENJEUX</b> .....	<b>8</b>
3.1 Questions cliniques .....	8
3.2 Un besoin fort exprimé en cours de route : l'évaluation clinique initiale .....	10
3.3 Enjeux .....	11
<b>4 ÉVALUATION DE LA PREUVE ET GRADATION DES RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>12</b>
4.1 Force des recommandations .....	12
4.2 Qualité de la preuve .....	13
4.3 Appréciation du consensus .....	13
<b>5 MISE EN ŒUVRE</b> .....	<b>14</b>
5.1 Diffusion et implantation .....	14
5.2 Produits dérivés et outils .....	14
5.3 Suivi / indicateurs .....	14
5.4 Mise à jour .....	14
<b>ANNEXE 1 Experts et partenaires</b> .....	<b>15</b>
<b>ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES</b> .....	<b>20</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>21</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>23</b>

## LISTES DES FIGURES

<b>FIGURE 1 CONTRIBUTION ET INTERRELATION DES DIVERS GROUPES DE TRAVAIL À L'ÉLABORATION DU GPC</b> .....	<b>7</b>
<b>FIGURE 2 CADRE D'ANALYSE</b> .....	<b>9</b>

# NOTES AU LECTEUR

Ce document présente un résumé des méthodes de revue de la littérature scientifique effectuées afin de réaliser le guide de pratique. Une description plus détaillée des méthodes utilisées est présentée dans un document distinct, disponible sur le site Web de l'INESSS au lien suivant : [www.inesss.qc.ca](http://www.inesss.qc.ca).

Il est à noter qu'à la suite des commentaires reçus lors de la consultation, le guide a été scindé en deux volets présentés chacun dans un document distinct : le guide de pratique avec ses recommandations d'une part et la description du cadre de travail, du processus d'élaboration du guide ainsi que des méthodes utilisées, d'autre part. Le présent document représente ce deuxième volet.

# INTRODUCTION

Dans la foulée de son Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir [Lachance *et al.*, 2006], le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit la mise en place d'un continuum de services pour les personnes ayant un problème de poids. Un état de situation, réalisé par le ministère en 2008, met en relief le fait que les intervenants de première et deuxième ligne, notamment les médecins, se sentent démunis face au problème et que souvent, ils ne savent pas quelles approches adopter, particulièrement auprès des jeunes. C'est dans ce contexte et dans le but de statuer sur la question des services offerts aux jeunes aux prises avec un problème de surcharge pondérale que le ministère a formulé une demande pour que l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) développe un guide de pratique clinique (GPC) sur le traitement de l'obésité pédiatrique à l'intention des intervenants de première et de deuxième ligne.

La démarche d'élaboration de ce guide de pratique clinique a été entreprise par l'AETMIS en collaboration avec le Conseil du médicament, tous deux devenus le 19 janvier 2011 l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Cette démarche s'est inspirée des meilleures façons de faire décrites dans la littérature scientifique et répertoriées dans les expériences internationales en la matière. Elle se fonde sur la revue des données probantes certes, mais aussi sur la considération des besoins et perspectives cliniques, soit celles des praticiens et des parents, et de la perspective de l'organisation des services. L'intégration de ces perspectives se concrétise par la participation active, dès le départ et tout au long du processus, de différents groupes de travail formés d'utilisateurs du guide (professionnels et parents), d'experts, de représentants des ordres professionnels concernés, de gestionnaires et de plusieurs autres partenaires importants.

Le guide de pratique clinique vise à formuler des recommandations pour le traitement, en première et deuxième ligne, de l'obésité des enfants (5 à 12 ans) et des adolescents (13 à 17 ans). Il s'adresse principalement aux médecins, omnipraticiens, pédiatres ou endocrinologues, et aux autres professionnels ou intervenants de la santé et des services sociaux concernés, notamment les infirmières, diététistes, kinésiologues, psychologues, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, pharmaciens et ergothérapeutes. Il peut toutefois aussi être d'intérêt pour l'ensemble des médecins et professionnels de troisième ou quatrième ligne. Il vise également les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux qui ont un rôle dans l'organisation des soins et des services pour les jeunes obèses.

Le guide se décline en deux volets, le volet I qui présente les différentes recommandations et les données qui les appuient ainsi que le volet II, qui étaye le processus et les méthodes d'élaboration du guide.

Le présent volet, le deuxième, entend de façon plus spécifique mettre en relief, de manière succincte, le cadre et les modalités de travail qui ont été retenues aux fins de la confection du guide ainsi que les grandes approches méthodologiques auxquelles nous avons eu recours afin d'assurer rigueur, transparence et partenariat étroit tout au long du processus.

# 1 CADRE DE TRAVAIL

## 1.1 Valeurs

Le but du guide de pratique est de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être des jeunes aux prises avec de l'obésité. Afin d'y arriver, ce guide se veut utile, pratique et adapté au contexte québécois.

Dans ce contexte, certaines valeurs ont présidé à l'élaboration du guide tout au cours de son développement, soit :

1. la **rigueur** dans l'élaboration du guide, tant sur le plan scientifique que dans la collecte d'information provenant des autres types de savoirs;
2. la **transparence** des processus et des bases sur lesquelles les recommandations s'appuient;
3. le **partenariat**, pour s'assurer que le guide réponde aux besoins des jeunes et de leur famille tout comme aux besoins des professionnels et intervenants qui leur offrent des soins et des services;
4. l'**interdisciplinarité**, pour présenter une vision globale, biopsychosociale, de la problématique et des interventions thérapeutiques;
5. le **pragmatisme**, pour que les recommandations soient élaborées et formulées afin de favoriser l'applicabilité des mesures proposées tout en prenant en considération la réalité clinique; et
6. le **souci d'une utilisation efficace des ressources**, notamment en mettant en évidence les interventions non efficaces.

## 1.2 Objectifs du GPC

L'objectif principal du GPC est double, soit 1) d'orienter et de soutenir les médecins et les professionnels ou intervenants de la santé et des services sociaux au regard du traitement de l'obésité des enfants et des adolescents et 2) de contribuer à optimiser l'organisation des soins et services en santé et en services sociaux en vue de traiter de façon optimale les enfants et les adolescents aux prises avec une obésité.

Par conséquent, la mise en œuvre du GPC devrait permettre aux professionnels et aux intervenants visés de :

- mieux intervenir pour traiter l'obésité chez les jeunes obèses et
- soutenir les parents et les aidants de ces jeunes.

Les objectifs spécifiques de l'élaboration du GPC sur le traitement de l'obésité des enfants et des adolescents sont :

- d'établir des recommandations, sur la base des données probantes et des savoirs expérientiels et contextuels, concernant les différentes interventions relatives au traitement de l'obésité chez des enfants et des adolescents;
- d'établir des recommandations concernant l'organisation des soins et services liés aux interventions relatives au traitement de l'obésité chez les enfants et les adolescents; et
- de fournir des outils pratiques pour les différents professionnels de la santé et des services sociaux et pour les patients et leur famille.

### 1.3 Professionnels ou intervenants de la santé et des services sociaux visés

Le GPC cible les professionnels ou intervenants de la santé et des services sociaux qui travaillent avec une clientèle d'enfants et d'adolescents obèses. Plus particulièrement :

- les médecins des milieux de première ligne (médecins de famille) et de deuxième ligne (pédiatres, endocrinologues) ainsi que les professionnels ou intervenants (par ex., infirmières, diététistes, kinésologues, psychologues, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, pharmaciens cliniciens, ergothérapeutes, etc.) œuvrant dans les services cliniques, communautaires ou dans les milieux de vie pertinents. Ils constituent les publics cibles principaux du présent guide de pratique;
- les médecins (pédiatres, endocrinologues) et les équipes de professionnels des milieux de troisième ligne (par ex., infirmières, diététistes, kinésologues, psychologues, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, pharmaciens, ergothérapeutes, etc.) sont également visés par le guide de pratique, notamment afin de mieux arrimer les interventions entre les différentes lignes de soins. Ils représentent ainsi un public cible secondaire;
- de plus, le GPC s'intéresse aux collaborations entre ces différents acteurs (interdisciplinarité) et divers secteurs (intersectorialité).

### 1.4 Population ciblée (groupes considérés et non considérés)

#### 1.4.1 Les groupes considérés

Les jeunes, soit les enfants âgés de 5 à 12 ans, ainsi que les adolescents de 13 à 17 ans inclusivement, aux prises avec une obésité, et non de l'embonpoint, constituent les cibles du guide de pratique.

#### 1.4.2 Les groupes non considérés

Considérant l'insuffisance de données quant aux interventions efficaces chez les enfants obèses de moins de 5 ans [Bond *et al.*, 2011; Whitlock *et al.*, 2010; Oude Luttikhuis *et al.*, 2009] ainsi que chez les enfants et les adolescents aux prises avec de l'embonpoint [Whitlock *et al.*, 2010], ces groupes ne sont pas couverts par le guide de pratique. Cette décision n'implique aucunement une considération moindre du problème dans de tels cas, notamment en ce qui a trait aux moins de 5 ans.

### 1.5 Gestion clinique

#### 1.5.1 Aspects qui sont couverts

Le guide de pratique clinique porte sur le traitement des jeunes obèses en première et deuxième ligne. Il porte plus particulièrement sur l'efficacité et la sécurité de :

- l'approche axée sur le mode de vie (ou approche non pharmacologique); et
- l'approche pharmacologique, dont les produits en vente libre et les produits dits naturels.

#### 1.5.2 Aspects qui ne sont pas couverts

Les questions de la prévention primaire et du dépistage populationnel de l'obésité ne sont pas traitées dans le guide. Tout en étant des aspects fort importants, ils n'y sont pas intégrés parce qu'ils constituent davantage des questions de l'ordre de la santé publique que de l'excellence clinique.

La chirurgie bariatrique n'est pas considérée en raison du fait que les données probantes ne sont pas pleinement établies quant à son efficacité et à sa sécurité.

De plus, le traitement spécifique des affections liées à l'obésité n'est pas examiné, non plus que le traitement de l'obésité secondaire, c'est-à-dire celle causée par une autre condition. Plus spécifiquement, les conditions suivantes ne font pas l'objet de recommandations :

- les syndromes génétiques (par ex., Prader Willi);
- l'obésité causée par un trouble endocrinien (par ex., syndrome de Cushing) ou la prise de certains médicaments (par ex., certains antipsychotiques);
- les troubles métaboliques (par ex., syndrome métabolique ou diabète) associés à l'obésité;
- les facteurs de risque cardiométabolique (par ex., hypertension artérielle ou dyslipidémie);
- les troubles du comportement alimentaire;
- les troubles psychologiques ou sociaux, associés ou causés par l'obésité (par ex., dépression, anxiété, faible estime de soi, etc.), etc.

## 2 PROCESSUS ET STRUCTURE ET D'ÉLABORATION

Le guide a été élaboré afin de répondre à des critères de qualité reconnus. Ces critères ont trait autant à l'élaboration du guide à proprement parler qu'à la réalisation des revues systématiques ou narratives de la littérature qui ont été à la base de l'élaboration du guide. Ainsi, l'instrument AGREE [AGREE Collaboration, 2003], aussi dénommé *Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique*, a initialement servi de base à la planification et à l'élaboration du guide. À la suite de la publication de la deuxième version [Brouwers *et al.*, 2010; AGREE Next Steps Research Consortium, 2009], des ajustements ont été effectués pour adapter le processus ainsi que le contenu du guide aux modifications de la grille AGREE II. Cet instrument, présenté à l'Annexe 2, avance une série de critères de qualité articulés autour de six domaines :

- Le Domaine 1, « Champ et objectifs », concerne l'objectif global du GPC, les questions de santé abordées et les populations cibles (éléments 1-3).
- Le Domaine 2, « Participation des groupes concernés », sert à examiner dans quelle mesure le GPC a été élaboré par les groupes appropriés et prend en considération les points de vue des utilisateurs visés (éléments 4-6).
- Le Domaine 3, « Rigueur d'élaboration », porte sur le processus de recherche et de synthèse des preuves scientifiques ainsi que sur les méthodes utilisées pour formuler les recommandations et les mettre à jour (éléments 7-14).
- Le Domaine 4, « Clarté et présentation », sert à étudier la langue, la structure et le format du GPC (éléments 15-17).
- Le Domaine 5, « Applicabilité », concerne les obstacles et les éléments favorisant l'implantation du GPC, les stratégies pour en améliorer l'adoption ainsi que les implications de la mise en œuvre du GPC sur les ressources (éléments 18-21).
- Le Domaine 6, « Indépendance éditoriale », concerne la formulation des recommandations et vise à s'assurer qu'elles n'ont pas été indûment biaisées par des intérêts divergents (éléments 22-23). »

Adapté de AGREE Next Steps Research Consortium, 2009.

Comme le chapitre précédent a fait état du « champ » et des objectifs du guide, la présente section portera plus spécifiquement sur la participation des groupes concernés à son élaboration ainsi que sur les moyens pris afin d'assurer un maximum de rigueur au processus d'élaboration et au contenu scientifique. Le lecteur pourra apprécier les critères portant sur la « clarté et présentation », « l'applicabilité » ainsi que sur « l'indépendance éditoriale » dans le volet I, soit le guide lui-même.

### 2.1 Participation des acteurs clés et composition des différents groupes

L'élaboration du guide de pratique clinique a reposé sur une équipe de travail constituée de professionnels de l'INESSS, de même que sur cinq groupes de partenaires. Ces groupes, qui ont contribué aux travaux de l'équipe de travail et à leur validation, sont :

- le **noyau de base ou groupe d'utilisateurs potentiels** du GPC, constitué de huit personnes de divers profils ainsi que de provenances géographique et organisationnelle différentes (six professionnels de première ligne : une médecin omnipraticienne, un kinésologue, une nutritionniste, une pharmacienne clinicienne, une infirmière scolaire et un psychologue) ainsi que des représentants de patients (deux parents); ce groupe représente donc principalement les utilisateurs potentiels du GPC;
- le **groupe d'experts** en obésité des enfants et des adolescents, composé d'une médecin endocrinologue pédiatrique, d'une médecin pédiatre, d'un kinésologue, d'une nutritionniste, d'une pharmacienne, d'une infirmière et d'une psychologue;

- la **table des ordres professionnels** qui regroupe les associations et ordres professionnels interpellés par la question du traitement de l'obésité des enfants et des adolescents; elle est composée de représentants du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, de la Fédération des kinésiologues, de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, de l'Ordre des psychologues du Québec, de l'Ordre des pharmaciens du Québec, ainsi que de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec;
- le **groupe des décideurs du ministère**, formé de représentants du MSSS. Ce groupe représente les demandeurs qui doivent aussi s'intéresser à l'organisation des services qui découlera du GPC;
- le **Forum des partenaires**, formé des quatre premiers groupes avec la contribution de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et de l'Association des pédiatres du Québec ainsi que de représentants d'organismes provinciaux également interpellés par la question de l'obésité des enfants et des adolescents ou de l'organisation des services, soit l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la Fondation des maladies du cœur du Québec, l'Association pour la santé publique du Québec, la Coalition québécoise sur la problématique du poids et Équilibre - groupe d'action sur le poids.

L'Annexe 1 présente l'ensemble des personnes et des organisations ayant participé aux travaux au sein des divers groupes de travail.

## 2.2 Processus d'élaboration

L'élaboration du guide s'est déroulée selon un processus scientifique, participatif et itératif illustré à la Figure 1. De l'information plus détaillée quant aux méthodes scientifiques auxquelles nous avons eu recours est présentée au chapitre 3.

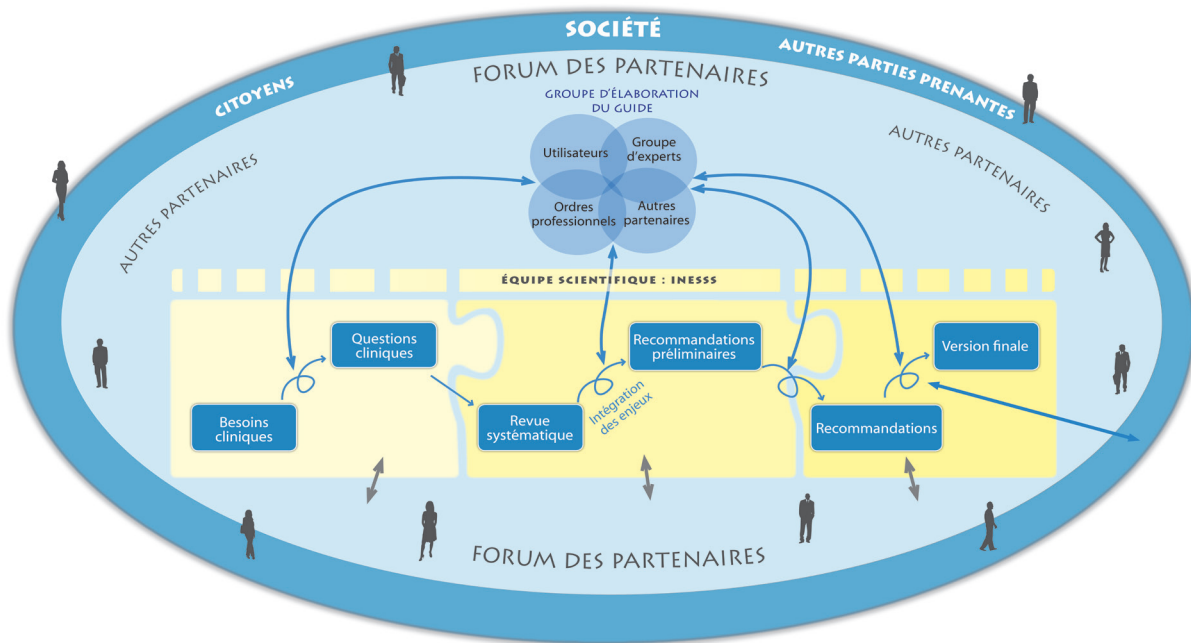
### 2.2.1 Besoins et questions cliniques

Dans un premier temps, l'équipe de travail a documenté la problématique et relevé certains besoins cliniques, principalement à partir de la littérature scientifique. Ces besoins ont été ensuite traduits en questions cliniques. Une série de rencontres distinctes avec le noyau de base, avec le groupe d'experts puis avec le Forum des partenaires, a permis de raffiner et de bonifier les questions et même d'en ajouter une (Se référer à la section 3.1 pour la liste des questions cliniques).

### 2.2.2 Revues systématiques et narratives de la littérature

Chacune des questions cliniques a ensuite fait l'objet d'une revue systématique de la littérature scientifique par l'équipe de travail. Les enjeux économiques et psychosociaux ont également été documentés à partir de la littérature scientifique et ont fait l'objet de revues narratives. Les données probantes produites pour répondre aux questions cliniques ont ensuite été présentées au noyau de base et au groupe d'experts pour discussion. Une deuxième rencontre du Forum des partenaires a eu lieu et s'est inscrite dans la logique suivante : elle visait à intégrer les données probantes, les informations sur les enjeux ainsi que les connaissances et l'expérience des participants afin de développer des orientations et des pistes de recommandations. L'ensemble de ces éléments a ensuite été intégré par l'équipe de travail afin de produire un guide de pratique préliminaire.

**FIGURE 1**  
**CONTRIBUTION ET INTERRELATION DES DIVERS GROUPES DE TRAVAIL À L'ÉLABORATION DU GPC**



### 2.2.3 Consultation large et relecture externe d'une version préliminaire

Cette version préliminaire du guide a fait l'objet de consultations, au cours de l'été 2011, auprès de tous les membres du noyau de base, du groupe d'experts, de la Table des ordres, du groupe des décideurs et des autres membres du Forum des partenaires, de même qu'auprès de différents organismes potentiellement interpellés par la problématique (Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec, Table des chefs de départements régionaux de médecine générale, Association des centres jeunesse du Québec et Regroupement provincial des comités d'usagers). De plus, des experts du traitement de l'obésité chez les enfants et les adolescents dans les secteurs de la santé et des services sociaux et ayant été plus externes au processus ont été conviés à faire part de leurs commentaires dans le cadre d'une démarche formelle de relecture externe. Enfin, la version préliminaire a également fait l'objet d'un appel de commentaires par voie électronique par l'intermédiaire d'une rubrique spéciale en page d'accueil du site Web de l'INESSS.

Lors de la consultation, en plus des commentaires généraux et spécifiques, les lecteurs ont notamment été appelés à se prononcer sur la pertinence des recommandations proposées ainsi que sur leur niveau d'accord avec la proposition de force de la recommandation. **L'énoncé ainsi que la force définitive des recommandations ont été révisés à la suite de la consultation et de la relecture externe, de manière à prendre pleinement en considération les commentaires formulés.**

### 2.2.4 Processus décisionnel à l'INESSS

La version révisée du guide a été soumise aux membres du Comité scientifique permanent en santé et en services sociaux de l'INESSS le 30 septembre 2011 pour considération et approbation puis à ses instances décisionnelles.

# 3 DOCUMENTATION DES QUESTIONS CLINIQUES ET DES ENJEUX<sup>1</sup>

## 3.1 Questions cliniques

Comme mentionné précédemment, les besoins auxquels le guide doit répondre ont été articulés sous la forme de questions cliniques. Les questions qui ont fait l'objet d'un consensus lors de la première rencontre du Forum des partenaires sont les suivantes :

1. *Quelle est la place des approches axées sur le mode de vie (nutrition, activité physique, gestion du comportement, approche combinée) dans le traitement des jeunes obèses?*
2. *Quelle est la place des approches pharmacologiques dans le traitement des adolescents obèses?*
3. *Est-il possible de préciser des modalités d'organisation de soins et de services qui favorisent l'efficacité et la sécurité des interventions?*
4. *Doit-on inclure les parents, la famille ou le réseau social dans le traitement du jeune? Si oui, quand et comment?*
5. *Qu'est-ce qui constituerait un objectif thérapeutique adéquat pour améliorer la santé du jeune? (Cette question a été ajoutée à la suite de la première rencontre du Forum des partenaires.)*

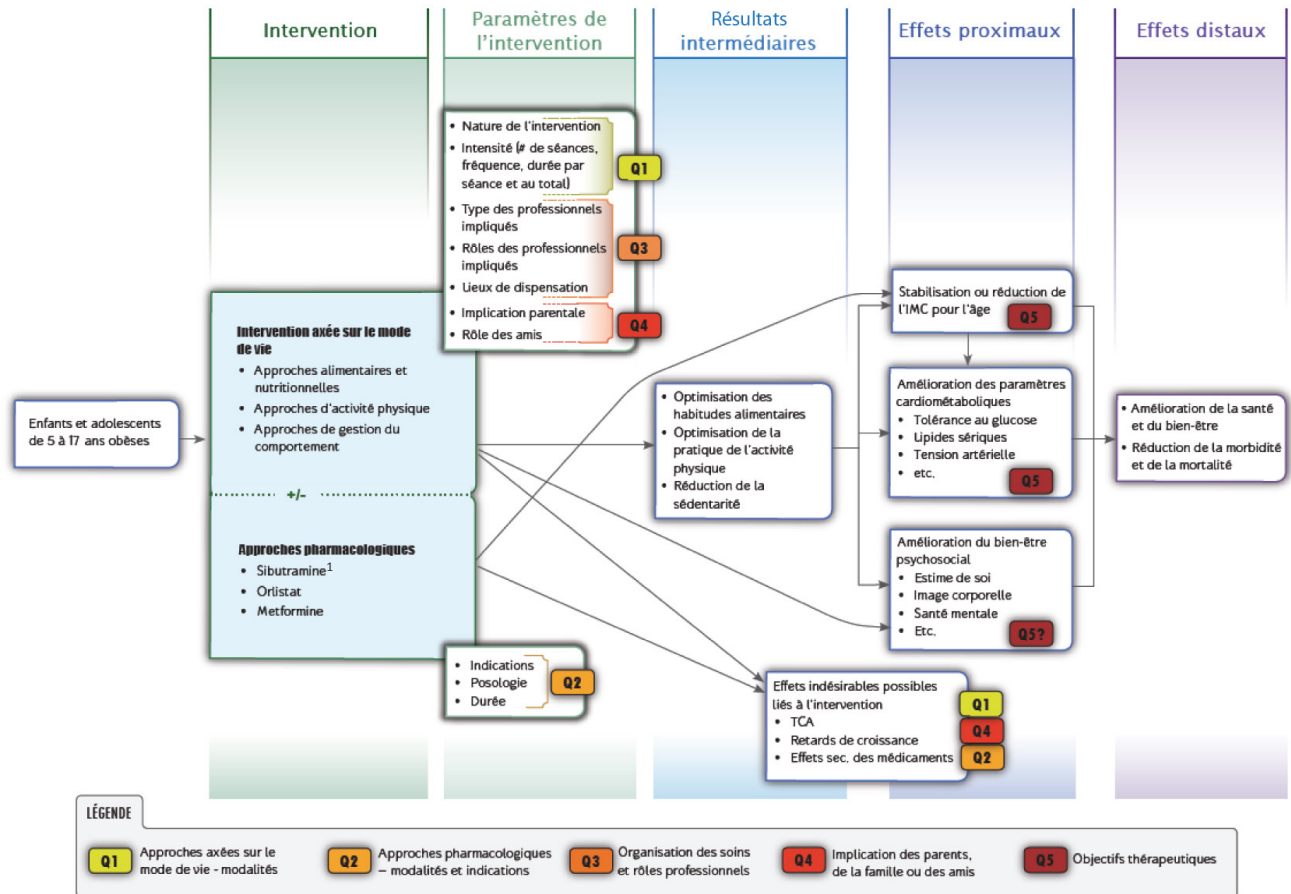
Ces questions s'articulent entre elles selon le cadre d'analyse présenté à la Figure 2.

Une revue systématique a été réalisée pour documenter chacune de ces questions. La première étape de chacune de ces revues a été de rechercher et d'examiner les revues systématiques déjà publiées sur l'impact des interventions visant l'obésité chez les jeunes de 5 à 17 ans inclusivement. Dans le but de mettre à jour les connaissances répertoriées à la première étape, de nouvelles revues systématiques portant sur les essais cliniques randomisés (ECR) récents, soit ceux publiés après l'arrêt de la recherche des revues systématiques retenues (janvier 2008), ont été effectuées. Les recherches initiales ont été effectuées en avril 2009 pour les revues systématiques et en juillet 2009 pour les ECR. Elles ont été mises à jour une première fois en février, mars ou juin 2010 selon la question clinique évaluée puis, en mai 2011 pour toutes les questions.

---

<sup>1</sup> Une description détaillée des méthodes utilisées pour la revue de littérature, incluant les stratégies de recherche et les termes MeSH, est présentée dans un document distinct sur le site Web de l'INESSS.

**FIGURE 2**  
**CADRE D'ANALYSE**



1 La sibutramine a initialement fait l'objet d'une évaluation. Considérant que ce produit a depuis été retiré du marché, son utilisation n'est pas discutée dans ce document.

### 3.1.1 Recherche documentaire

Une recherche d'articles scientifiques en anglais et en français a été effectuée par un bibliothécaire. Les revues systématiques, avec ou sans méta-analyse, (sans limite de temps) et les essais cliniques randomisés (à partir de 2008) portant sur l'efficacité d'interventions de traitement (interventions axées sur le mode de vie et pharmacologiques) de l'obésité chez les jeunes de 5 à 17 ans, ont été recherchées dans les bases de données électroniques suivantes : Medline par PubMed et par Ovid, Cochrane Library, CINAHL par Ebsco, Web of Science, ainsi que EBM reviews, Current Contents, EMBASE et PsycInfo par Ovid. Des mots-clés correspondant aux concepts suivants ont été utilisés pour la recherche : obésité, enfant ou adolescent et traitement. Pour l'aspect pharmacologique, une recherche sur le site clinicaltrials.gov a de plus été effectuée pour repérer les études en cours portant sur l'efficacité des interventions pharmacologiques (mai 2010). La recherche documentaire, limitée aux enfants âgés entre 5 et 17 ans, exploitait les mots clés *obesity* et *sibutramine* ou *orlistat* ou *metformin*.

Pour la question sur les modalités d'intervention, les études retenues ont été identifiées à la fois dans les revues systématiques retenues ainsi qu'à partir de la revue des ECR plus récents.

La recherche documentaire dans la littérature grise a également été effectuée en anglais et en français, notamment pour repérer des guides de pratique clinique basés sur des revues de données probantes.

Pour la question sur l'objectif thérapeutique, la recherche dans les banques de données ayant produit peu de résultats, une recherche manuelle extensive a été réalisée.

### 3.1.2 Principaux critères de sélection des études et revues systématiques

Toutes les études devaient :

- avoir été réalisées ou inclure des études réalisées chez des jeunes :
  - âgés majoritairement entre 5 et 17 ans inclusivement,
  - majoritairement obèses, selon la définition retenue dans l'étude,
  - qui n'ont pas été sélectionnés en fonction de la présence d'une obésité syndromique ou secondaire;
- évaluer l'efficacité ou la sécurité d'interventions visant le traitement de l'obésité (questions 1 à 4) ou évaluer les liens entre la réduction de l'obésité à la suite d'une intervention et diverses mesures de santé et de bien-être, notamment les paramètres cardiométaboliques (question 5);
- être une revue systématique, avec ou sans méta-analyse, (question 1 à 5), ou une étude primaire avec un plan d'étude de type essai clinique randomisé (question 1 à 4), ou un suivi de type cohorte de jeunes exposés à une intervention de traitement de l'obésité (question 5);
- pour les études primaires (ECR ou cohortes), avoir un suivi minimal de 6 mois après le début de l'intervention;
- être de bonne qualité selon des critères reconnus selon le type de devis utilisé;
- démontrer une efficacité sur les mesures du niveau d'obésité à six mois ou plus du début de l'intervention (question 3).

La qualité des revues systématiques a été évaluée à l'aide de l'outil d'évaluation de la qualité méthodologique AMSTAR [Shea *et al.*, 2007a; 2007b] et selon certains critères d'Oxman et de Guyatt [1991]. La qualité des essais cliniques randomisés et des études de cohortes a été évaluée respectivement à l'aide de la grille de Jadad [1996] et selon les critères d'appréciation de la grille CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*)<sup>2</sup>.

Toutes les étapes de sélection des articles, d'évaluation de la qualité et d'extraction des données ont été réalisées indépendamment par au moins deux évaluateurs.

## 3.2 Un besoin fort exprimé en cours de route : l'évaluation clinique initiale

Les membres du Forum des partenaires ont fait valoir, particulièrement au moment de la deuxième rencontre, l'importance de l'évaluation clinique avant le début de l'intervention thérapeutique auprès des jeunes obèses. Nous avons répondu à cette préoccupation à l'aide d'une méthodologie un peu différente de celle utilisée pour apporter réponse aux questions cliniques. Le fait que cette préoccupation est apparue plus tardivement et qu'elle dépasse le cadre de la demande initiale pour ce guide et des questions cliniques initialement convenues explique la méthodologie retenue. Ainsi, une revue de la littérature a été réalisée afin de cibler les éléments devant faire l'objet de cette évaluation initiale. Les barrières à l'adhésion et au succès qui seraient pertinentes à inclure dans l'évaluation clinique initiale afin d'orienter l'intervention, ainsi que les recommandations existantes, ont été recherchées dans différents guides de pratique, dans des articles de revue de la littérature et dans des études primaires, quantitatives et qualitatives.

2 Solutions for Public Health (SPH). Critical Appraisal Skills Programme [site Web]. Oxford, Royaume-Uni. Disponible à : <http://www.sph.nhs.uk/what-we-do/public-health-workforce/resources/critical-appraisals-skills-programme>.

### 3.3 Enjeux

En plus de ces questions cliniques, de nombreuses préoccupations ont été évoquées et discutées lors de la rencontre du forum de novembre 2009. **La principale préoccupation était certainement l'importance de la prévention de l'obésité durant l'enfance et l'adolescence ainsi que celle des actions sur les déterminants de la santé, notamment sur l'environnement alimentaire et physique des jeunes afin qu'ils puissent avoir une alimentation plus saine et être physiquement plus actifs.** Cette préoccupation est majeure, mais elle sort du cadre du guide de pratique dans les termes convenus et surtout, est davantage du ressort de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Bien que cette préoccupation ne fasse donc pas l'objet d'une documentation particulière dans les présents travaux, il fut convenu que son importance serait rappelée avec vigueur dans le guide.

Parmi les autres préoccupations, plusieurs avaient trait aux aspects économiques. Les partenaires ont formulé des préoccupations claires quant aux coûts pour la société de ne rien faire tout comme aux coûts liés aux interventions. La littérature scientifique sur le sujet a été examinée et les principaux constats ont été présentés dans la section de ce guide portant sur le contexte et dans une revue narrative de la littérature sur cette question. L'impact budgétaire des différentes recommandations a été documenté dans la mesure du possible.

Enfin, certains enjeux relèvent davantage des aspects psychosociaux de l'obésité et des impacts potentiels d'interventions thérapeutiques sur ces éléments. Ces enjeux ont également été documentés. La synthèse de l'information recueillie, soit celle issue des données probantes et de la revue des enjeux pertinents, psychosociaux et économiques, de même que l'information issue des discussions avec les différents groupes de travail et avec le Forum des partenaires, est présentée dans le guide en lien avec les diverses recommandations.

## 4 ÉVALUATION DE LA PREUVE ET GRADATION DES RECOMMANDATIONS

Le système GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) a été utilisé pour évaluer et classer la qualité de la preuve et la force des recommandations. Ce système est utilisé par un nombre grandissant d'organismes internationaux, notamment le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, le service COMPUS de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Collaboration Cochrane internationale, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) et le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) pour n'en nommer que quelques-uns. Il permet une évaluation de la qualité de la preuve transparente et basée sur des critères objectifs, évaluation qui permet davantage de nuances que les approches basées uniquement ou principalement sur la nature des plans d'étude. Ce système permet également d'intégrer de façon transparente des données contextuelles ainsi que les valeurs et les préférences dans le processus de gradation des recommandations [Balshem *et al.*, 2011; Guyatt *et al.*, 2008a].

### 4.1 Force des recommandations

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 (sans réserve)**
  - de réaliser l'intervention, ou
  - de NE PAS réaliser l'intervention
- **faible (avec réserve)**
  - de réaliser l'intervention, ou
  - de NE PAS réaliser l'intervention

Les recommandations sont classées fortes quand elles devraient être suivies dans la plupart des circonstances alors que les recommandations faibles requièrent une réflexion ou une discussion supplémentaire.

**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.*, 2008b].

Ainsi, en présence de preuves de faible ou très faible qualité, il pourrait parfois être justifié de faire une recommandation « forte », pour recommander, par exemple, de ne pas effectuer une intervention s'il existe un consensus fort quant à l'inacceptabilité des inconvénients potentiels ou du fait que l'intervention exigerait un niveau déraisonnable de ressources au regard des avantages possibles. Toutefois, la simple présence d'un consensus fort sur la désirabilité des avantages ou sur les valeurs et les préférences ne mènera habituellement pas à une recommandation « forte » d'effectuer une intervention si les preuves quant à son utilité sont de faible qualité. *A contrario*, la présence de preuve de qualité modérée ou élevée pourrait s'accompagner de recommandations faibles si l'acceptabilité des risques est basse, s'il y a absence de consensus quant aux valeurs et aux préférences ou si les ressources requises sont très importantes par rapport aux bénéfices attendus.

La détermination de la force de la recommandation se doit d'être transparente lorsque le système GRADE est utilisé. Les principaux éléments scientifiques, les enjeux sociaux de même que les préoccupations des partenaires ont donc été présentés avant chaque proposition de recommandation afin d'établir de manière explicite la base ayant servi à l'établissement tant de la qualité de la preuve qu'à la détermination de la force de la recommandation.

## 4.2 Qualité de la preuve

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

- **Élevée** : Nous sommes très confiants que l'effet réel est proche de l'estimation de l'effet.
- **Modérée** : 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** : Notre confiance en l'estimation est limitée: l'effet réel peut être considérablement différent de l'estimation.
- **Très faible** : 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].

Cette qualité est estimée en prenant en considération non seulement les types d'études, mais aussi les limites et les forces de l'ensemble des preuves disponibles, notamment les risques de biais, l'utilisation de comparaisons indirectes, l'imprécision des estimations, l'ampleur de l'effet et la présence d'une relation dose réponse [Balslem *et al.*, 2011].

L'utilisation des tableaux de preuve de GRADE suppose, en plus de l'évaluation de la qualité de l'ensemble des études disponibles, la réalisation de méta-analyses pour chacune des questions et sous questions afin d'avoir une estimation de l'effet pour en apprécier la précision et l'ampleur. Nous avons réalisé l'évaluation de la qualité tel que l'approche le prévoit et nous avons apprécié la précision et l'ampleur des effets à partir des résultats des méta-analyses déjà publiées ou à partir d'une synthèse qualitative des données disponibles.

## 4.3 Appréciation du consensus

L'importance du consensus quant à l'acceptabilité de l'équilibre entre les avantages et les inconvénients et quant aux valeurs et préférences, a également été considérée dans l'établissement de la force des recommandations. Les éléments de consensus ont été déterminés à l'aide d'une analyse thématique des discussions tenues lors des différentes rencontres. Le niveau de consensus a été apprécié de la manière suivante :

- **consensus fort** : émission spontanée par presque tous les groupes de travail et ateliers du Forum des partenaires d'une opinion, position ou recommandation ou par un nombre important de personnes ou de groupes lors de la consultation, sans que personne n'ait émis de réserve;
- **consensus moyen** : émission spontanée par quelques groupes de travail ou quelques ateliers du Forum des partenaires d'une opinion, position ou recommandation, avec adhésion, explicite ou tacite, lors de la plénière du Forum, sans que personne n'ait émis de réserve;
- **consensus non constaté** : opinion émise par une ou quelques personnes mais non reprise par les autres ou opinion qui suscite des positions divergentes.

Différents avis ont été émis par les experts lors de la consultation externe. Ces avis étaient basés sur la grande expertise, clinique ou de recherche, des personnes consultées mais n'étaient pas toujours solidement appuyés par les données probantes. Dans le contexte où ces éléments n'ont pas fait l'objet de discussion avec nos différents participants, nous ne les considérons pas comme des consensus, mais davantage comme des **Avis d'experts**.

## 5 MISE EN ŒUVRE

Différents travaux sont actuellement en cours avec divers partenaires et décideurs, notamment avec le MSSS, afin de déterminer les actions les plus appropriées quant à l'organisation des services de santé et des services sociaux, dans le but de favoriser la mise en œuvre du guide. Ainsi, différents modèles d'implantation sont examinés et pourront être proposés.

### 5.1 Diffusion et implantation

Une revue des facteurs pouvant agir comme des barrières à la diffusion et à l'implantation du guide est actuellement en cours. Les modalités envisagées pour la diffusion et l'implantation du guide seront déterminées en prenant ces barrières en considération.

### 5.2 Documents liés au présent guide

Un ensemble de documents, de produits pratiques et d'outils visant à favoriser la diffusion et l'utilisation du guide sera produit ou rendu accessible, notamment :

- Obésité chez les enfants et les adolescents : Guide de pratique pour le traitement en première et deuxième ligne
  - Volet I : Guide de pratique
  - Volet II : Cadre, processus et méthodes d'élaboration – En bref
- Résumé du guide à l'intention des professionnels, des gestionnaires du réseau ainsi que pour les jeunes et leurs parents
- Documents scientifiques d'accompagnement
  - Description des méthodes scientifiques
  - Synthèses scientifiques (7)
    - Revues systématiques (5)
    - Revues narratives (2)
- Trois séries d'outils pratiques
  - Outils de soutien à la pratique clinique, dont des outils conviviaux de calcul et de suivi de l'IMC et du score-z de l'IMC
  - Proposition de scénarios d'organisation des soins et services
  - Outils d'information et de soutien pour les jeunes et leur famille

Les différents produits dérivés seront élaborés conjointement avec les partenaires afin de les adapter aux réalités des jeunes et de leur famille, de la pratique et du réseau.

### 5.3 Suivi / indicateurs

Un suivi de l'implantation du guide est prévu et des indicateurs seront développés à cette fin.

### 5.4 Mise à jour

Une veille scientifique continue sera effectuée pour détecter toute information nouvelle qui requerrait une modification **importante et urgente** pour l'une ou l'autre des recommandations du guide.

Une évaluation du besoin pour une révision de l'ensemble du guide sera effectuée de quatre à six ans après sa publication ou avant si des données importantes sont publiées.

# ANNEXE 1

## Experts et partenaires

L'INESSS tient à remercier les personnes suivantes qui ont participé aux différents groupes de travail et au Forum des partenaires, ou qui ont fourni des commentaires lors de la consultation externe :

### Noyau de base

<b>Boutin, Peter</b>	Kinésologue, directeur général, Kinadapt
<b>Carbonneau, Sylvie</b>	Nutritionniste (retraîtée depuis le 7 juillet 2011), Services Courants et Centre de référence sur le diabète, CSSS du Sud-Ouest–Verdun
<b>Larivière, Christine</b>	Pharmacienne, Pharmacie Hélène Massicotte et Christine Larivière, clinicienne associée, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, présidente, Remedium Pharma Inc.
<b>Lefebvre, Chantal, M.D.</b>	Médecin de famille, responsable GMF, Centre médical Dorval
<b>Pavisian, Teklad</b>	Parent
<b>Peachy, Claude</b>	Parent
<b>Tardif, Suzanne</b>	Infirmière, chef de l'administration des programmes, petite enfance – jeunesse première ligne, Secteur Saint-Hyacinthe, CSSS Richelieu-Yamaska
<b>Savard, Christian</b>	Psychologue, Programme Santé mentale jeunesse, CSSS Champlain—Charles-Le Moyne

### Comité d'experts

<b>Boisvert, Paul, Ph. D.</b>	Coordonnateur, Chaire de recherche sur l'obésité, Université Laval
<b>Lapierre, Judith, Ph.D.</b>	Infirmière, analyste principale de recherche en modes de vie sains, Agence de la santé publique du Canada; chercheure FQRSC en prévention de l'obésité, Université du Québec en Outaouais
<b>Ledoux, Marielle, Ph. D.</b>	Professeure titulaire et directrice, Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal
<b>Meilleur, Dominique, Ph. D.</b>	Psychologue clinicienne, professeure adjointe, Département de psychologie, Université de Montréal (participation depuis juillet 2010)
<b>Pauzé, Robert, Ph. D.</b>	Psychologue, professeur titulaire, École de service social, Faculté des sciences humaines, Université Laval (participation jusqu'en juin 2010)
<b>Pelletier, Véronique Anne M.D., FRCPC</b>	Pédiatre, Secteur consultation pédiatrique ambulatoire, Service de pédiatrie générale, Département de pédiatrie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
<b>Roy, Hélène,</b>	Pharmacienne, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
<b>Simoneau-Roy, Judith, M.D., FRCPC</b>	Endocrinologue pédiatre, directrice et chef du service d'endocrinologie pédiatrique, professeure agrégée, Département de pédiatrie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

## Table des ordres professionnels

<b>Boisvert, Paul, Ph. D.</b>	Représentant de la Fédération des kinésiologues du Québec
<b>Desjardins, Pierre</b>	Directeur de la qualité et du développement de la pratique, Ordre des psychologues du Québec
<b>Durand, Suzanne</b>	Directrice du développement et soutien professionnel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
<b>Ethier, Carolyn</b>	Représentante de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (remplacée par Mme Sanchez)
<b>Gauthier, Jacques</b>	Directeur du développement et de la qualité de l'exercice, Ordre des ergothérapeutes du Québec
<b>Gervais, Pascale</b>	Inspecteur, Ordre des pharmaciens du Québec
<b>Girouard, Nathalie, Ph. D.</b>	Conseillère à la qualité et au développement de la pratique, Ordre des psychologues du Québec
<b>Ladouceur, Roger, M.D.</b>	Responsable du plan de développement professionnel continu, Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec
<b>Lavoie, Annick</b>	Coordonnatrice aux affaires professionnelles, Ordre professionnel des diététistes du Québec
<b>Palardy, Yvette, Ph. D.</b>	Représentante de l'Ordre des psychologues du Québec
<b>Plouffe, Jean-Pierre</b>	Représentant de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (remplacé par Mme Sénéchal-Berthiaume)
<b>Roc, Marie-Lyne</b>	Chargée d'affaires professionnelles, Direction du développement professionnel, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
<b>Sanchez, Libertad</b>	Représentante de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (en remplacement de Mme Ethier)
<b>Sénéchal-Berthiaume, Loli</b>	Représentante de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (en remplacement de M. Plouffe)
<b>Trudel, Dominique, Ph. D.</b>	Coordonnatrice au développement et au soutien professionnel, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

## Autres partenaires

<b>Dagenais, Fannie</b>	ÉquiLibre, Groupe d'action sur le poids (Occasionnellement remplacée par Martine Fortier, Marilyn Manceau, Isabelle Marcotte)
<b>Filiatrault, Diane</b>	Représentante de l'AQESSS; Directrice générale du CSSS de Thérèse-De Blainville
<b>Forget Marin, Francine</b>	Fondation des maladies du cœur du Québec
<b>Granger, Lucie</b>	Association pour la santé publique du Québec (Occasionnellement remplacée par Catherine Chouinard)
<b>Jen, Yun, M.D. FRCPC</b>	INSPQ

<b>Pellerin, Suzie</b>	Coalition québécoise sur la problématique du poids (Occasionnellement remplacée par Corinne Voyer)
<b>Hudon, Gilles, M.D. FRCPC</b>	FMSQ
<b>Hamel, Pascale, M.D. FRCPC</b>	Association des Pédiatres du Québec
<b>Dulude, Serge, M.D.</b>	FMOQ
<b>Raiche, Pierre, M.D.</b>	FMOQ
<b>Blain, Pierre</b>	Regroupement provincial des comités d'usagers
<b>Hotte, Jean-Pierre</b>	Association des centres jeunesse du Québec
<b>Lambert, Yves, M.D.</b>	Regroupement des médecins en centre jeunesse
<b>Côté, André</b>	Association des directeurs généraux de la santé et des services sociaux
<b>Quesnel, Louise, M.D.</b>	Table des chefs de DRMG

### **Ministère de la Santé et des Services sociaux**

<b>April, Louise</b>	Agente de recherche et de planification socioéconomique, Direction générale des services sociaux, MSSS
<b>Kroon, Chantal</b>	Responsable des maladies chroniques, Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés, MSSS (remplacée par Mme Noreau)
<b>Lachance, Brigitte</b>	Conseillère en habitudes de vie et maladies chroniques, Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes, Direction générale de la santé publique, MSSS
<b>Landry, Geneviève</b>	Agente de recherche et de planification socioéconomique, Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés, MSSS.
<b>Lesage, Dominique</b>	Agente de recherche et de planification socioéconomique, Direction générale de la santé publique, MSSS (participation jusqu'en juin 2010)
<b>Noreau, Edith</b>	Responsable des maladies chroniques, Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés, MSSS (en remplacement de Mme Kroon)
<b>Pakenham, Christine</b>	Agente de recherche et de planification socioéconomique, Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique, Direction générale de la santé publique, MSSS

### **Relecteurs externes**

<b>Achim, Julie, Ph. D.</b>	Psychologue clinicienne, professeure adjointe, Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke-Campus de Longueuil
<b>Alméras, Natalie, Ph. D.</b>	Chercheure et professeure associée, Groupe de recherche en prévention de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval)

<b>Bélangier, Lise, M.D., FRCPC</b>	Pédiatre, responsable de la clinique Équilibre-Action, Centre hospitalier du CSSS Alphonse-Desjardins, Lévis; médecin-conseil, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (également médecin expert ad hoc au projet)
<b>Chanoine, Jean-Pierre, M.D.</b>	Endocrinologue pédiatre; Clinical Professor and Head, Endocrinology and Diabetes Unit, British Columbia Children's Hospital, Vancouver BC
<b>Decoste, Martin</b>	Infirmier praticien spécialisé en première ligne, CSSS de la Côte de Gaspé; (responsable des communications à l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec)
<b>Lambert, Marie, M.D., FRCPC</b>	Pédiatre et généticienne, Service de génétique médicale, Département de pédiatrie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et Université de Montréal
<b>Legault, Laurent, M.D., FRCPC</b>	Pédiatre endocrinologue, directeur, cliniques poids santé, Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Hôpital de Montréal pour Enfants
<b>Poitrás, Frédéric</b>	Pharmacien, chargé d'enseignement, Faculté de pharmacie, Université Laval
<b>Rousseau, Elisabeth, M.D., FRCPC</b>	Pédiatre, fondatrice de la Clinique de nutrition du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Montréal (également médecin expert ad hoc au projet)
<b>Trahan, Josée</b>	Chef de l'administration de programmes Petite enfance, CSSS Pierre-Boucher (En collaboration avec Sophie Hamelin, Annie Côté et Roxane Guindon, nutritionnistes)

Au moment de mettre sous presse, nous apprenions le décès d'une collègue grandement appréciée et précieuse collaboratrice, la D<sup>re</sup> Marie Lambert. Pédiatre et généticienne au CHU Sainte-Justine, professeure universitaire, chercheuse émérite et grande dame passionnée, la D<sup>re</sup> Lambert s'intéressait notamment, depuis de nombreuses années, aux impacts de l'obésité chez les enfants et adolescents. Sa généreuse contribution au contenu du présent guide de pratique a été d'une très grande valeur. Nous tenions à le souligner.

# ANNEXE 2

## L'instrument AGREE

### DOMAINE 1 : CHAMP ET OBJECTIFS

1. Le ou les objectifs de la RPC<sup>3</sup> sont décrits explicitement.
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.
3. La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.

### DOMAINE 2 : PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS

4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.
5. Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées.
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.

### DOMAINE 3 : RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION

7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.

### DOMAINE 4 : CLARTÉ ET PRÉSENTATION

15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.
16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.
17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.

### DOMAINE 5 : APPLICABILITÉ

18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.
19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.
20. Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinées.
21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.

### DOMAINE 6 : INDÉPENDANCE ÉDITORIALE

22. Le point de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la RPC.
23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.

Reproduit de AGREE Next Steps Research Consortium, 2009.

<sup>3</sup> La version en français de AGREE utilise le terme « recommandations pour la pratique clinique » (RPC) pour traduire l'expression anglaise « *clinical practice guideline* ».

# ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
CIRANO	Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRMG	Départements régionaux de médecine générale
ECR	Essai clinique randomisé
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
FQRSC	Fonds de recherche du Québec – Société et culture
GMF	Groupe de médecine familiale
GPC	Guide de pratique clinique
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
IMC	Indice de masse corporelle
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>

# GLOSSAIRE

## Adolescent

Terme désignant, dans le présent guide de pratique, une personne âgée de 13 à 17 ans inclusivement.

## Dyslipidémie

Anomalie de la quantité des lipides (gras) contenus dans le sang<sup>4</sup>.

## Enfant

Terme désignant, dans le présent guide de pratique, une personne âgée de 5 à 12 ans inclusivement.

## Essai clinique randomisé (*Randomized controlled trial*)

Essai portant sur au moins deux interventions, dans lequel les personnes admissibles sont réparties aléatoirement entre le groupe traité et le groupe témoin<sup>5</sup>.

## Facteur de risque

Un aspect de la condition d'une personne, du mode de vie ou de l'environnement qui augmente la probabilité d'occurrence (de survenue) de la maladie<sup>6</sup>.

## Interdisciplinaire

Le terme *interdisciplinaire* signifie que des professionnels de la santé ou des services sociaux ayant différentes compétences travaillent non seulement de façon concertée, mais aussi qu'ils se rencontrent pour discuter des cas, qu'ils utilisent un seul système d'enregistrement des informations (notes sur les patients versées dans un même dossier) et, surtout, qu'ils adoptent ensemble une approche de prise en charge du patient.

## Jeune

Terme désignant, dans le présent guide de pratique, un enfant ou un adolescent, donc une personne âgée de 5 à 17 ans inclusivement.

## Méta-analyse

Méthode statistique consistant à combiner de façon systématique les résultats de différentes études afin d'obtenir une estimation quantitative de l'effet global d'une intervention ou d'une variable particulière<sup>7</sup>.

## Parents

Terme désignant, dans le présent guide de pratique clinique, tous les titulaires de l'autorité parentale.

## Recherche manuelle

Recherche méthodique, page par page (à la main), du contenu d'une revue, incluant les articles, les éditoriaux, les lettres des lecteurs, etc., afin de relever les études pertinentes et de compléter la recherche non indexée dans les bases de données<sup>8</sup>.

4 Vulgaris-Médical. Encyclopédie [site Web]. Disponible à : <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/dyslipidemie-1539.html>.

5 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Glossaire en ETS [site Web]. Disponible à : <http://htaglossary.net/tiki-index.php?page=Liste+de+tous+les+termes>.

6 *Ibid.*

7 *Ibid.*

8 *Ibid.*

### **Revue narrative**

Synthèse d'études originales qui n'ont pas été répertoriées ou analysées de façon systématique, c'est-à-dire standardisée et objective<sup>9</sup>.

### **Revue systématique**

Forme de recension structurée des publications portant sur une question formulée de façon à ce qu'on puisse y répondre en analysant les articles qui s'y rapportent. Ce type de revue implique des méthodes objectives de recherche documentaire, l'application de critères prédéterminés d'inclusion ou d'exclusion des articles, l'évaluation critique des publications pertinentes ainsi que l'extraction et la synthèse des données probantes qui permettent de formuler des conclusions<sup>10</sup>.

### **Syndrome métabolique**

Le syndrome métabolique, qui prédispose les personnes qui en sont atteintes au développement du diabète et de maladies cardiovasculaires, consiste en un ensemble d'anomalies anthropométriques, physiologiques et biochimiques qui sont liées par des mécanismes sous-jacents dont le fonctionnement n'est pas encore très bien compris [Ford et Li, 2008].

### **Troubles des conduites alimentaires (ou troubles du comportement alimentaire)**

Se caractérisent par des perturbations graves du comportement alimentaire et comprennent l'anorexie mentale (*Anorexia nervosa*), la boulimie (*Bulimia nervosa*) et le trouble des conduites alimentaires non-spécifié [APA, 2003].

---

9 *Ibid.*

10 *Ibid.*

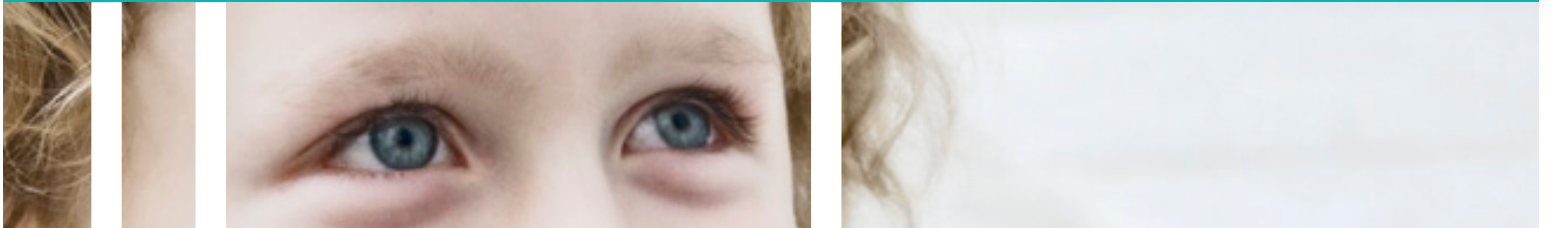
# RÉFÉRENCES

- AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003;12(1):18-23.
- AGREE Next Steps Research Consortium. Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (Grille AGREE II). AGREE Research Trust; 2009. Disponible à : <http://www.agreertrust.org/resource-centre/agree-ii-translations/>.
- American Academy of Sleep Medicine (AASM). International classification of sleep disorders, revised: Diagnostic and coding manual. Westchester, IL : AASM; 2001.
- American Psychiatric Association (APA). DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : texte révisé. Paris, France : Masson; 2003.
- Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):401-6.
- Bandura A. Self-efficacy in changing societies. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press; 1995.
- Baumrind D. Parenting styles and adolescent development. Dans : Lerner RM, Petersen AC, Brooks-Gunn J, réd. *Encyclopedia of adolescence*. New York, NY : Garland; 1991 : 746-58.
- Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Developmental psychology* 1971;4(1 Pt 2):1-103.
- Beers MH et Berkow R. Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique. 3<sup>e</sup> éd. Paris, France : Éditions d'Après; 1999.
- Bond M, Wyatt K, Lloyd J, Taylor R. Systematic review of the effectiveness of weight management schemes for the under fives. *Obes Rev* 2011;12(4):242-53.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182(18):E839-42.
- Chaire sur l'adhésion au traitement. Mouvement pour l'adhésion aux traitements : déclaration générale. Québec, Qc : Université Laval; 2011. Disponible à : [http://www.adhesionauxtraitements.org/documents/declaration\\_generale\\_mouvement.pdf](http://www.adhesionauxtraitements.org/documents/declaration_generale_mouvement.pdf).
- Delamare J. Dictionnaire Maloine de l'infirmière. 5<sup>e</sup> éd. Paris, France : Maloine; 2008.
- Dulude G. Relations entre le style parental, le style parental alimentaire et les pratiques alimentaires de la mère et les comportements alimentaires de l'enfant québécois d'âge préscolaire [thèse]. Montréal, Qc : Université de Montréal; 2011. Disponible à : [https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/6086/2/Dulude\\_Genevieve\\_2011\\_these.pdf](https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/6086/2/Dulude_Genevieve_2011_these.pdf).
- Epstein LH, Paluch RA, Beecher MD, Roemmich JN. Increasing healthy eating vs. reducing high energy-dense foods to treat pediatric obesity. *Obesity (Silver Spring)* 2008;16(2):318-26.
- Ford ES et Li C. Defining the metabolic syndrome in children and adolescents: Will the real definition please stand up? *J Pediatr* 2008;152(2):160-4.
- Garnier M et Delamare J. Dictionnaire illustré des termes de médecine. 30<sup>e</sup> éd. Paris, France : Maloine; 2009.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schunemann HJ. GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008a;336(7650):924-6.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, Schunemann HJ. Going from evidence to recommendations. *BMJ* 2008b;336(7652):1049-51.
- Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996;17(1):1-12.
- Lachance B, Pageau M, Roy S. Investir pour l'avenir : Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 , Investir pour l'avenir. Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 2006. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-289-01.pdf>.

- Last JM. Dictionnaire d'épidémiologie : enrichi d'un lexique anglais-français. Acton Vale, Qc : Edisem; 2004.
- Maccoby EE et Martin JA. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. Dans : Mussen PH et Hetherington EM, réd. Handbook of child psychology: Vol 4 Socialization, personality, and social development. 4e éd. New York, NY : Wiley; 1983 : 1-101.
- Oude Luttikhuis HG, Stolk RP, Sauer PJ. How do parents of 4- to 5-year-old children perceive the weight of their children? Acta Paediatr 2010;99(2):263-7.
- Oxman AD et Guyatt GH. Validation of an index of the quality of review articles. J Clin Epidemiol 1991;44(11):1271-8.
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol 2007a;7:10.
- Shea BJ, Bouter LM, Peterson J, Boers M, Andersson N, Ortiz Z, et al. External validation of a measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR). PLoS One 2007b;2(12):e1350.
- Venne M, Mongeau L, Strecko J, Paquette M-C, Laguë J. Bénéfices, risques et encadrement associés à l'utilisation des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA). Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2008. Disponible à : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/763\\_rapport\\_psma.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/763_rapport_psma.pdf).
- Whitlock EP, O'Connor EA, Williams SB, Beil TL, Lutz KW. Effectiveness of primary care interventions for weight management in children and adolescents: An updated, targeted systematic review for the USPSTF. Evidence Synthesis No 76. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2010. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK36416/pdf/TOC.pdf>.
- Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending-physician role models. N Engl J Med 1998;339(27):1986-93.



Le présent document a été imprimé sur du papier contenant 100 % de fibres postconsommation, certifié  
Choix environnemental, recyclé et fabriqué à partir d'énergie biogaz et par un procédé sans chlore.



*Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux*

**Québec** 

**Siège Social**

1195, avenue Lavigerie, bureau 60  
Québec (Québec) G1V 4N3

**Bureau de Montréal**

2021, avenue Union, bureau 10.083  
Montréal (Québec) H3A 2S9