

# Accès à des services de santé multiprofessionnels entièrement subventionnés et persévérance dans un programme de gestion de l’obésité infantile

Marie Cyrenne-Dussault<sup>1,2</sup>, Julie St-Pierre<sup>3,4</sup>, Jean-Philippe Drouin-Chartier<sup>1,2</sup>

1- Centre Nutrition, santé et société (NUTRISS), Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF), Université Laval; 2- Faculté de pharmacie, Université Laval; 3- Maison de santé prévention - Approche 180 de Montréal; 4- Département de pédiatrie, Université McGill



## INTRODUCTION

- Au Canada, plus d'un tiers des enfants sont en situation d'embonpoint ou d'obésité (Gouvernement du Canada).
- Les interventions multicomportementales ciblant les habitudes de vie sont fondamentales dans la prise en charge de l'obésité infantile, mais leur accès demeure limité (Alemu, 2024; Miller, 2024).
- Au Québec, le système de soins de santé repose sur un régime d'assurance maladie public, mais certains services, comme les consultations avec les nutritionnistes et les kinésiothérapeutes, en sont souvent exclus et nécessitent une assurance privée ou un paiement direct (Martin, 2018).
- Cette contrainte financière peut limiter l'accès aux soins de prévention et de traitement de l'obésité infantile (Levesque, 2013).
- Peu d'études ont évalué si des programmes publics de soutien financier aux familles favorisent l'accès à des services de professionnels de la santé non couverts par le régime public pour les enfants vivant avec l'obésité.

## OBJECTIF

Évaluer l'association entre l'**accès à un programme de subvention familiale** et la **persévérance** dans un programme de modification des habitudes de vie ainsi que les **changements dans l'adiposité** d'enfants avec embonpoint ou obésité, suivis dans une clinique spécialisée en obésité infantile, la Maison de santé prévention – Approche 180, à Montréal (Province de Québec, Canada).

## MÉTHODES

- Cette étude rétrospective longitudinale utilise les données médicales de 198 enfants (2-17 ans), entre avril 2021 (mise en oeuvre du programme de subvention) et mars 2023.
- Les enfants (1) vivant en centre jeunesse ou en famille d'accueil, (2) ayant un statut de réfugié ou (3) dont les parents avaient un faible revenu étaient admissibles au programme de subvention familiale, qui couvrait entièrement les coûts des services multiprofessionnels de la clinique.
- La persévérance des enfants dans le programme de modification des habitudes de vie (nombre de rendez-vous et durée du suivi) et les changements dans les paramètres anthropométriques (indice de masse corporelle et tour de taille, en score z) ont été comparés selon l'accès au programme de subvention familiale, à l'aide de modèles de Poisson robustes et de modèles de régression linéaire mixte.

## RÉSULTATS

**Tableau 1. Caractéristiques des 198 enfants inclus dans l'étude selon l'accès au programme de subvention familiale.<sup>1</sup>**

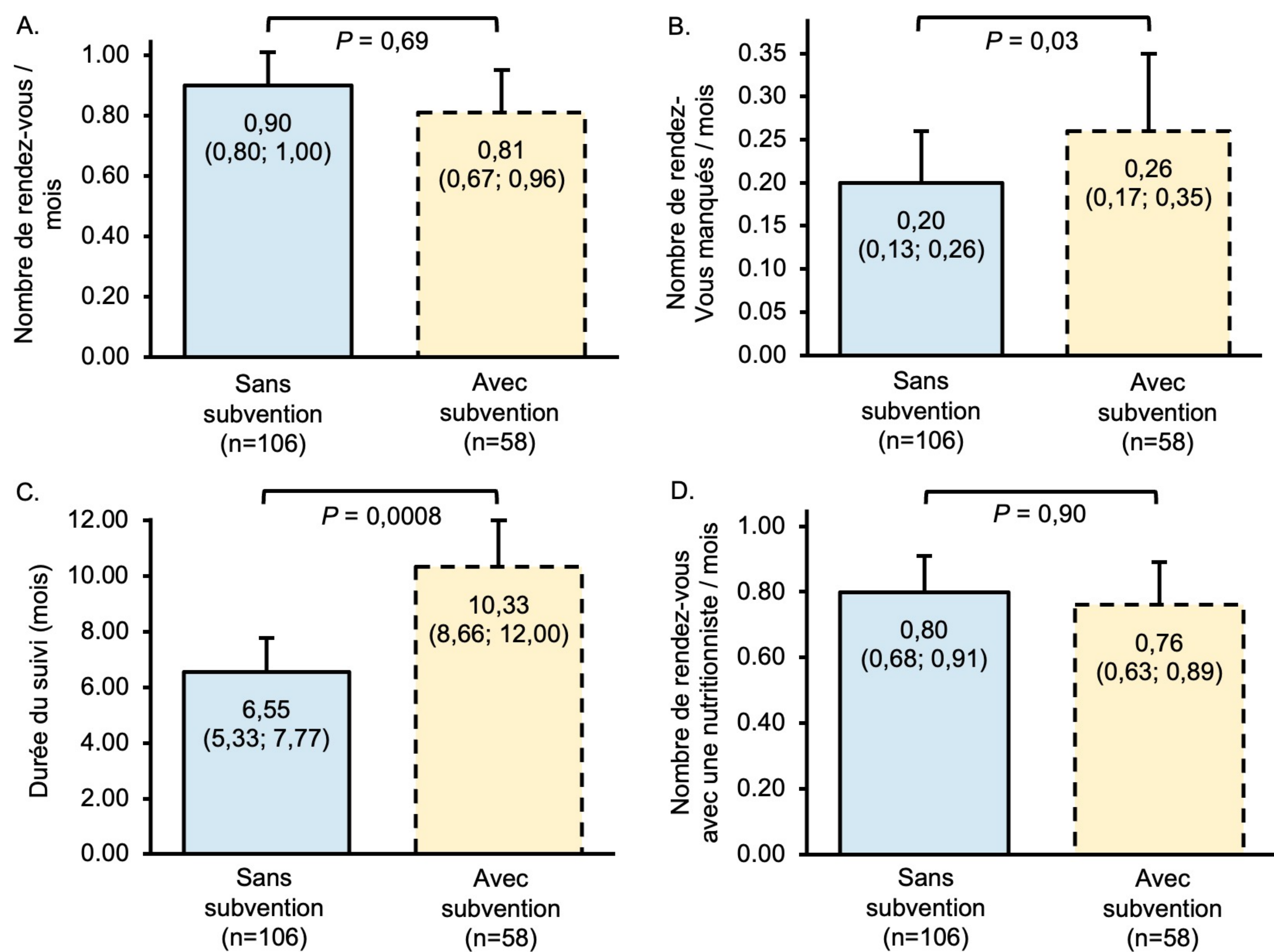
Caractéristiques	Sans la subvention (n=136)	Avec la subvention (n=62)
Âge, année	11,2 ± 2,9	11,0 ± 3,1
Sexe		
Fille	74 (54,4)	26 (41,9)
Garçon	62 (45,6)	36 (58,1)
Indice de masse corporelle, score z	3,26 ± 1,02	3,39 ± 1,11
Tour de taille, score z <sup>2</sup>	2,02 ± 0,40	1,99 ± 0,43
Statut de génération <sup>3</sup>		
Première	14 (10,3)	22 (35,5)
Deuxième	59 (43,4)	26 (41,9)
Troisième et plus	57 (41,9)	13 (21,0)
Structure familiale <sup>4</sup>		
Biparentale	101 (74,3)	24 (38,7)
Monoparentale	32 (23,5)	33 (53,2)
Autre <sup>5</sup>	2 (1,5)	5 (8,1)
Indice du seuil de faible revenu (rang décile) <sup>6</sup>	5,55 ± 3,53	8,67 ± 2,44
Critères d'admissibilité au programme de subvention familiale		
Vivre en famille d'accueil ou centre jeunesse	-	4 (6,5)
Avoir un statut de réfugié	-	7 (11,3)
Vivre dans une famille sous le seuil de faible revenu	-	51 (82,3)
Utilisation d'antidépresseurs	6 (4,4)	4 (6,5)
Utilisation d'antihyperglycémiant	25 (18,4)	17 (27,4)
Utilisation de psychostimulants	15 (11,0)	9 (14,5)

<sup>1</sup> Les variables continues sont présentées sous forme de moyenne ± écart-type. Les variables catégorielles sont présentées sous forme de nombre (pourcentage).  
<sup>2</sup> Le tour de taille était disponible pour 188/198 enfants.  
<sup>3</sup> Le statut de génération était disponible pour 191/198 enfants.  
<sup>4</sup> La structure familiale était disponible pour 197/198 enfants.  
<sup>5</sup> Les « autres » structures familiales incluent les enfants vivant en famille d'accueil ou garde partagée avec des structures familiales différentes entre les deux parents.  
<sup>6</sup> Un rang élevé pour l'indice du seuil de faible revenu reflète un niveau élevé de défavorisation. Cette donnée était disponible pour 181/198 enfants.

**Tableau 2. Rapports de taux associés à l'accès au programme de subvention familiale selon différents corrélats potentiels parmi les 198 enfants inclus dans l'étude.**

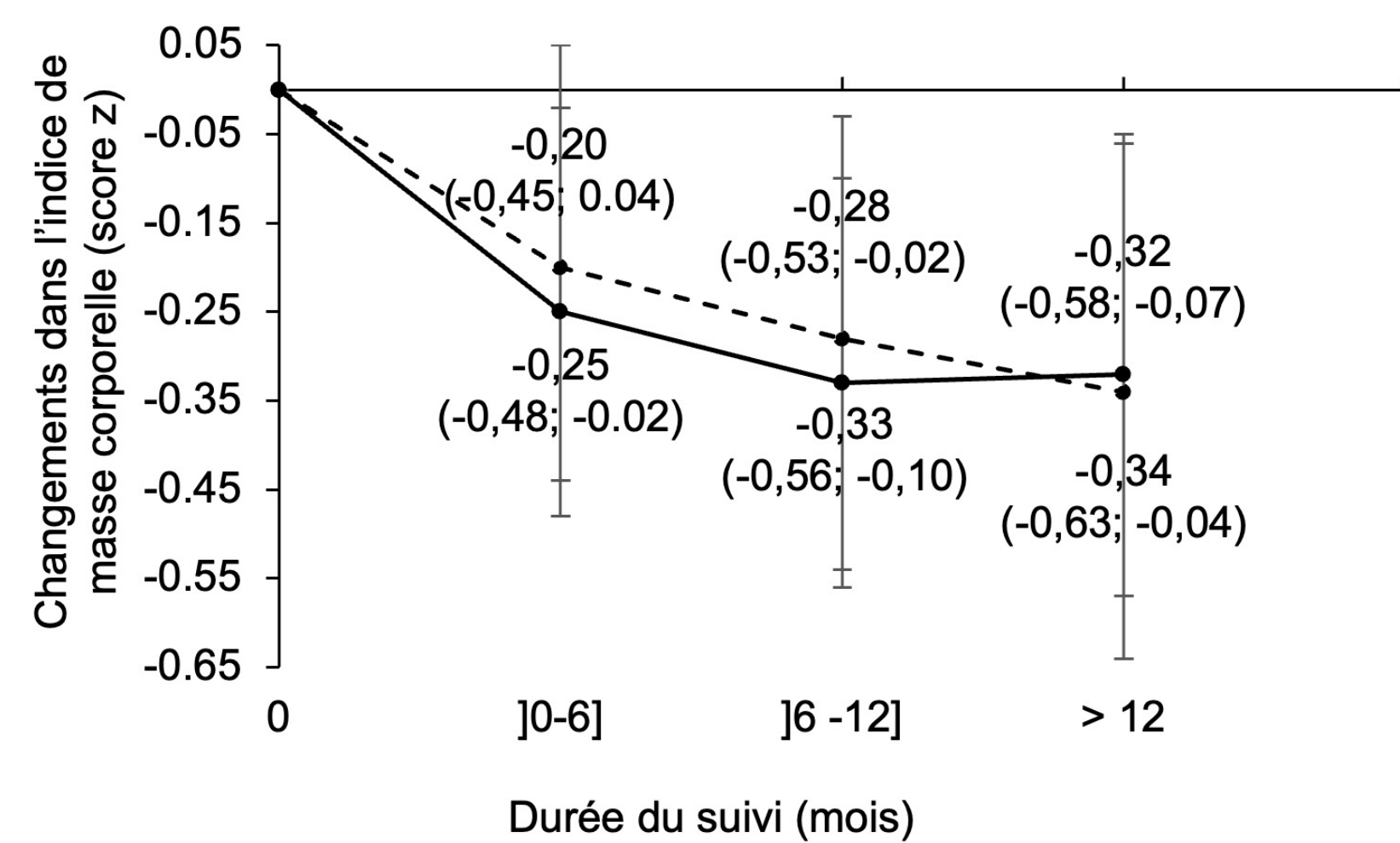
Variables indépendantes	Modèle de Poisson robuste simple		Modèle de Poisson robuste multiple <sup>1</sup>	
	Rapport de taux (intervalle de confiance à 95 %)	P	Rapport de taux ajusté (intervalle de confiance à 95 %)	P
Indice de masse corporelle au rendez-vous initial (par augmentation d'un point dans le score z)	1,08 (0,88; 1,33)	0,46	1,06 (0,80; 1,41)	0,69
Âge au rendez-vous initial (par année)	0,99 (0,92; 1,06)	0,70	0,99 (0,91; 1,09)	0,89
Sexe (fille vs garçon)	0,71 (0,46; 1,10)	0,13	0,82 (0,47; 1,43)	0,48
Statut de génération (1 <sup>re</sup> ou 2 <sup>e</sup> vs 3 <sup>e</sup> ou plus)	2,20 (1,19; 4,07)	0,01	1,85 (0,95; 3,60)	0,07
Structure familiale (monoparentale ou autre vs biparentale)	2,75 (1,65; 4,59)	0,0001	2,47 (1,44; 4,23)	0,001
Indice du seuil de faible revenu (rang décile)	1,29 (1,13; 1,48)	0,0002	1,22 (1,07; 1,40)	0,003

<sup>1</sup> Les rapports de taux sont ajustés pour tous les corrélats potentiels listés dans le tableau.



**Figure 1. Différences dans a) le nombre moyen de rendez-vous par mois, b) le nombre moyen de rendez-vous manqués par mois, c) la durée moyenne du suivi et d) le nombre moyen de rendez-vous par mois avec une nutritionniste, entre les enfants sans et avec accès au programme de subvention familiale, parmi les 164 enfants ayant assisté à >1 rendez-vous.**

Chaque panel présente les moyennes par groupe avec l'intervalle de confiance à 95 %. Tous les modèles ont été ajustés pour le score z de l'indice de masse corporelle au rendez-vous initial, l'âge, le sexe, le statut de génération, la structure familiale, l'indice du seuil de faible revenu et le temps écoulé entre la date de début de suivi et la fin de la collecte de données, comme covariables à effet fixe, ainsi que le numéro d'identification du ménage comme covariable à effet aléatoire.



Sans la subvention	104	104	39	20
Avec la subvention	57	56	35	17

**Figure 2. Changements moyens de l'indice de masse corporelle (en score z) durant le suivi en fonction de l'accès au programme de subvention familiale, parmi les 161 enfants ayant ≥2 mesures.**

Le graphique présente les changements moyens (intervalle de confiance à 95 %) du score z de l'indice de masse corporelle, calculés comme la différence entre le dernier et le premier rendez-vous à la clinique pendant la période d'étude. Le modèle comprenait les covariables à effet fixe suivantes : indice de masse corporelle au rendez-vous initial (en score z), âge, sexe, statut de génération, structure familiale, indice du seuil de faible revenu, nombre de rendez-vous, utilisation d'antidépresseurs, d'antihyperglycémiant, d'antihypertenseurs et de psychostimulants. Le numéro d'identification du ménage a été inclus comme covariable à effet aléatoire. Ligne pleine : enfants n'ayant pas accès au programme de subvention familiale; ligne pointillée : enfants ayant accès au programme de subvention. Le tableau indique le nombre d'enfants inclus dans l'analyse à chaque point temporel.

## CONCLUSION

- Le programme de subvention familiale a bénéficié aux enfants issus de familles présentant des vulnérabilités sociales, comme les enfants de première ou deuxième génération, les familles monoparentales et les familles ayant un indice de faible revenu élevé, sans favoriser un sous-groupe spécifique (p. ex., filles vs garçons).
- Le programme de subvention familiale était associé à la persévérance dans un programme de modification des habitudes de vie et à la réduction du score z de l'indice de masse corporelle et du tour de taille (données non présentées).
- Un accès gratuit à des soins multidisciplinaires pourrait contribuer à surmonter les barrières systémiques dans la prise en charge de l'obésité infantile.
- Cette étude est particulièrement importante en raison du manque de données sur l'obésité et les vulnérabilités sociales chez les enfants.

## DÉCLARATIONS

- JSP était la pédiatre principale à la Maison de Santé Prévention – Approche 180 de Montréal, présidente fondatrice du Réseau d'action en santé cardiovasculaire et conseillère pour Novo-Nordisk, *Ellie Lilly* et *Mantra pharmaceuticals*.
- JPDC a reçu des financements des Producteurs laitiers du Canada et de la Fondation Weston, sans lien avec le présent travail.

## FINANCEMENT



Article sous presse dans *Pediatrics Open Science* : Fully subsidized multiprofessional health services and persistence in pediatric obesity treatment. Cyrenne-Dussault M, St-Pierre J, Drouin-Chartier JP.