

Prévention et gestion de l'obésité chez les adultes

Recommandations 2015

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

janvier 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 26 janvier 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:

- Paula Brauer (Présidente)
- Elizabeth Shaw
- Harminder Singh
- Neil Bell
- Maria Bacchus

Agence de la santé 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 la prévention et la gestion de l'obésité chez l'adulte
- Méthodes du GECSSP
- Recommandations et résultats clés
- Mise en œuvre des recommandations
- Autres lignes directrices sur l'obésité chez les adultes
- Conclusions et directions futures
- Outils d'application des connaissances
- Questions and réponses

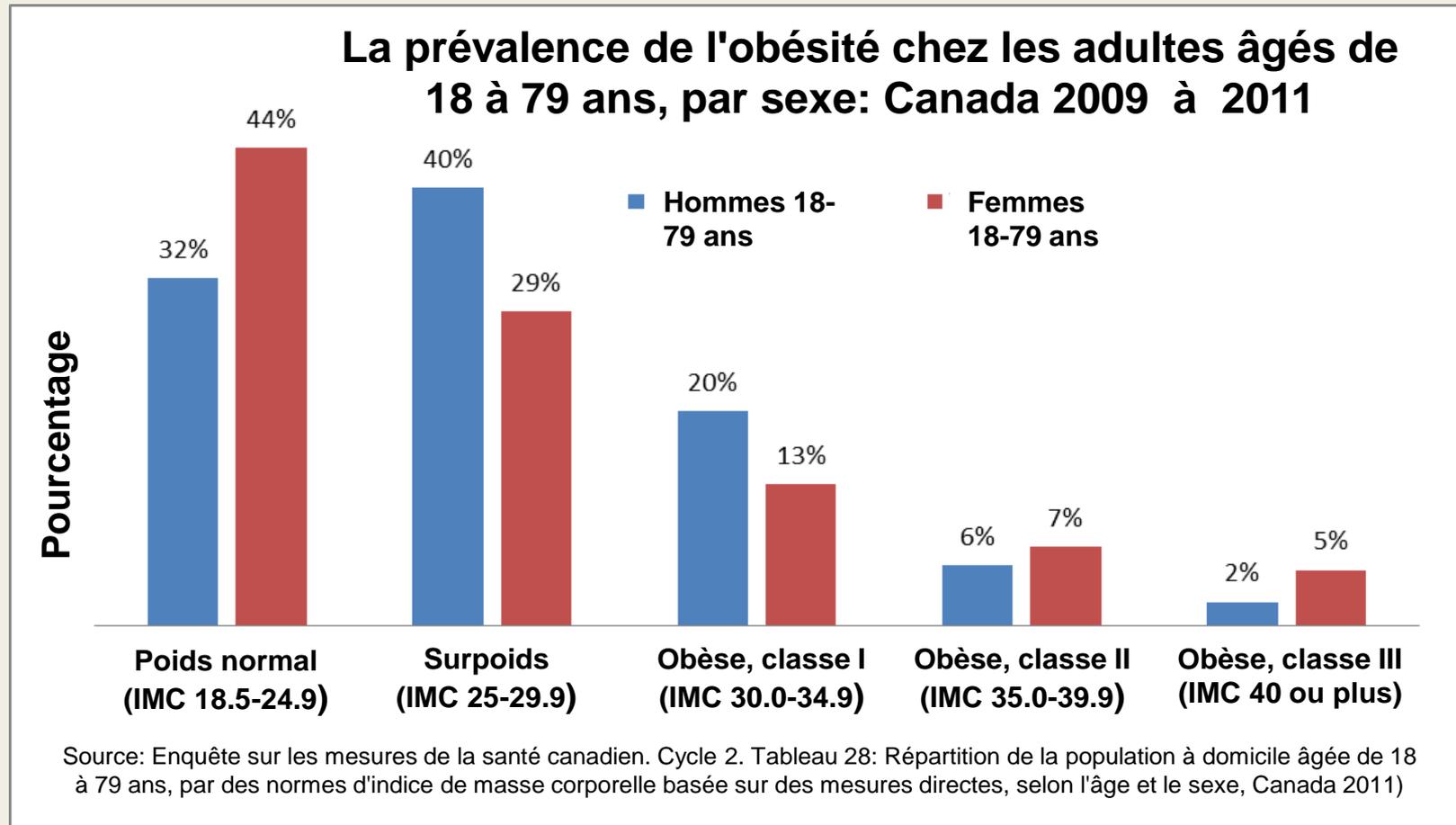
Prévention et gestion de l'obésité chez l'adulte

CONTEXTE

Contexte

- Plus des deux tiers des hommes canadiens (68%) et plus de la moitié des femmes canadiennes (54%) sont en surpoids ou obèses
- Environ deux tiers des adultes qui sont en surpoids et obèses étaient dans la gamme de poids sain à l'adolescence, mais ont pris du poids à l'âge adulte (environ 0,5 à 1,0 kg / 2 années en moyenne)
- Les causes de l'obésité sont complexes (biologiques, comportementaux, les facteurs sociaux et environnementaux interagissent)
- L'excès de poids est un facteur de risque bien connu pour plusieurs maladies chroniques courantes

La prévalence de l'obésité au Canada (2011)



Prévention et gestion de l'obésité chez l'adulte 2015 Lignes directrices et objectifs

Deux directives distinctes ont été élaborées pour lutter contre l'obésité des adultes au Canada. Ces lignes directrices ne s'appliquent pas à ceux avec un IMC > 40 ou à ceux qui souffrent d'insuffisance pondérale.

- **Prévention de l'obésité:** Recommandations pour la prévention du gain de poids chez les adultes dans les soins primaires
 - **Objectif:** *Fournir des recommandations fondées sur des données probantes pour les interventions structurées visant à prévenir le gain de poids chez les adultes de poids normal*
- **Gestion de l'obésité:** Recommandations sur l'utilisation des interventions comportementales et / ou pharmacologiques pour gérer le surpoids et l'obésité chez les adultes dans les soins primaires
 - **Objectif:** *Fournir des recommandations fondées sur des données probantes pour les interventions comportementales et pharmacologiques pour la perte de poids et d'autres indicateurs pour gérer le surpoids et l'obésité chez les adultes, y compris ceux à risque de diabète de type 2*

Interventions structurées

- Programmes de modification du comportement axés sur des changements alimentaire, d'exercice, ou de mode de vie, seuls ou en combinaison, qui se déroulent sur plusieurs semaines ou mois.
- Les changement de style de vie comprennent le conseil, l'éducation ou le soutien, et des changements environnementaux, en plus des changements au niveau de l'exercice ou de l'alimentation.
- Offert dans les milieux de soins primaires ou dans les milieux où les praticiens de soins primaires peuvent adresser les patients, tels que les programmes commerciaux ou communautaires crédibles.CHECK

Prévention et gestion de l'obésité chez l'adulte

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 chez l'adulte:
 - 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 données probantes avec des tables de GRADE
 - Participe à des réunions de groupes de travail
 - Obtient des avis d'experts

Processus d'examen du Groupe de travail

- Processus 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
 - intervenant 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

Examineurs externes

Intervenants spécialistes de maladies

- Association canadienne de gastroentérologie (1)
- Canadian Cardiovascular Harmonized National Guidelines Endeavour (1)
- Réseau canadien en obésité (1)
- Les diététistes du Canada (1)
- Promouvoir le poids optimal grâce à la recherche écologique (1)
- SIGN Obesity GL co-president (1)

Organisations généralistes

- Collège des médecins du Québec (1)
- Université de Waterloo (1)

- Université de l'Alberta (1)
- Université du Manitoba (1)

Les intervenants fédéraux et intervenants P / T

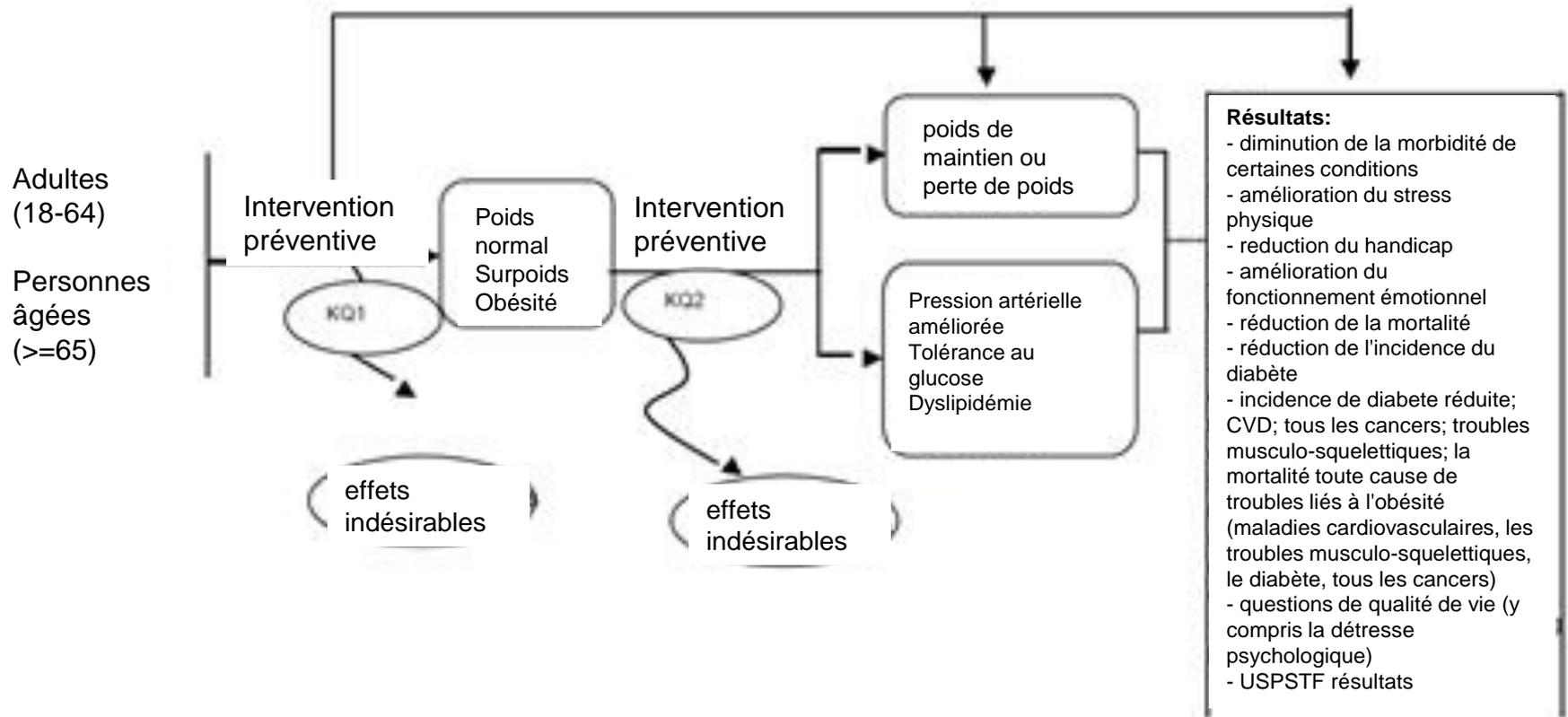
- Santé Canada (1)
- Agence de la santé publique Canada (1)

Examineurs anonymes:

- Collège des médecins de famille du Canada (6)
- CMAJ

Cadre analytique (initial)

Cadre analytique: interventions de prévention et de traitement pour les adultes de poids normal, en surpoids et obèses



Questions clés de recherche

Prévention

- KQ 1. Est-ce que les interventions de soins primaires (basées sur le comportement) et la prévention chez les adultes de poids normal conduisent à de meilleurs résultats sanitaires ou à la prévention du gain de poids dans le temps/ à court terme, avec ou sans amélioration des mesures physiologiques?
- KQ 1.a. Comment sont maintenus la prévention du gain de poids ou les résultats de santé après que l'intervention soit terminée?
- KQ 1.b. Quels sont les éléments communs des interventions efficaces de prévention du gain de poids?

Questions clés de recherche

Prévention (suite)

- KQ 1.c. Y a-t-il des différences d'efficacité entre les sous-groupes d'adultes (âge 65 ans ou plus, le sexe, la race-ethnicité, risque cardiovasculaire à la base)?
- KQ 1.d. Quels sont les effets indésirables des soins de prévention primaire chez les adultes de poids normal (c'est à dire, l'étiquetage, les troubles de l'alimentation, la détresse psychologique comme l'anxiété, la dépression et la stigmatisation, les déficits nutritionnels et le fardeau des coûts)?
- KQ 1.e. Y a-t-il des différences dans les effets indésirables entre les sous-groupes d'adultes (âge 65 ans ou plus, le sexe, la race-ethnicité, risque cardiovasculaire à la base)?

Questions clés de recherche

Gestion

- KQ 2. Est-ce que la prévention ou les interventions de soins primaires (liées au comportement et / ou à la pharmacothérapie) chez les adultes obèses / en surpoids conduisent à une perte de poids à court terme ou durable, à la prévention de gain de poids, avec ou sans amélioration des mesures physiologiques?
- KQ 2.a. Comment la perte de poids ou les résultats de santé sont maintenus après que l'intervention soit terminée?
- KQ 2.b. Quels sont les éléments communs aux interventions efficaces (basées sur le comportement et / ou la pharmacothérapie)?

Questions clés de recherche

Gestion (suite)

- KQ 2.c. Y a-t-il des différences d'efficacité entre les sous-groupes d'adultes (c'est à dire, âge 65 ans ou plus, le sexe, la race-ethnicité; le risque cardiovasculaire à la base)?
- KQ 2.d. Quels sont les effets néfastes des interventions de soins primaires de prévention ou de traitement chez les adultes obèses / surpoids (e.g., les déficits nutritionnels, les maladies cardiovasculaires, la perte de masse osseuse, les blessures, la mort, la maladie mentale / troubles psychologiques)?
- KQ 2.e. Y a-t-il des différences dans les effets indésirables entre les sous-groupes de patients (par exemple, l'âge de 65 ans ou plus; la race-ethnicité; degré d'obésité / surpoids; référence statut de risque cardiovasculaire)?

Questions contextuelles de recherche

Prévention et de gestion

- Y a-t-il des données probantes que le poids de la maladie, le rapport risque/bénéfice de la prévention ou du traitement, la prévention optimale ou la méthode/l'accès au traitement mise en œuvre diffèrent dans tous les sous-groupes ethniques ou par âge, dans les populations rurales et éloignées ou dans les populations de conditions socioéconomiques inférieures ?
- Quelles sont les répercussions sur les ressources et la rentabilité de la prévention / traitement du surpoids et de l'obésité au Canada?
- Quelles sont les valeurs des patients et des praticiens et les préférences de dépistage concernant la prévention / le traitement du surpoids et l'obésité?

Questions contextuelles de recherche

Prévention et de gestion

- Quels processus et mesures de performance des résultats (indicateurs) ont été identifiés dans la littérature pour mesurer et surveiller l'impact de la prévention / du traitement du surpoids et de l'obésité?
- Quels sont les outils les plus efficaces (précis et fiables) d'évaluation des risques identifiés dans la littérature pour évaluer le risque futur dû à l'obésité?
- Quels sont les outils les plus efficaces (précis et fiables) d'évaluation des risques identifiés dans la littérature pour identifier les personnes à risque plus élevé de l'obésité?

Types d'études admissibles

- **Population:** adultes ≥ 18 ans qui sont de poids normal (prévention) ou qui sont obèses ou en surpoids avec un IMC <40 (gestion)
- **Language:** études publiées en anglais et en français (KQ 1. nouvelle révision) et en anglais seulement (KQ 2. recherche mise à jour de l'examen USPSTF)
- **Type d'étude:** essais contrôlés randomisés inclus (ECR)

Comment sont évaluées les données probantes?

Le système "GRADE":

Classement des recommandations, évaluation, développement et d'évaluation

Qu'évaluons-nous?

1. 1. Qualité des données probantes

- 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. 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 est évaluée la qualité des données probantes?

Haut

Modéré

Faible

Très faible

Hautement confiant

L'effet véritable se trouve proche de l'estimation de l'effet.

- Jugé élevé si toutes les conditions suivantes s'appliquent:
Un large éventail d'études inclus dans les analyses sans limitations majeures
- Peu de variation entre les études
- L'estimation sommaire a un intervalle de confiance étroit

Comment est évaluée la qualité des données probantes?

Haut

Modéré

Faible

Très faible

Modérément confiant

L'effet véritable se trouve proche de l'estimation de l'effet.

Il est possible qu'elle soit sensiblement différente.

Jugé modéré si l'une des conditions suivantes s'applique:

- Il n'y a que peu d'études
- Certaines études ont des limites, mais pas des défauts majeurs
- Il y a une certaine variation entre les études
- L'intervalle de confiance de l'estimation sommaire est large

Comment est évaluée la qualité des données probantes?

High

Modéré

Low

Très faible

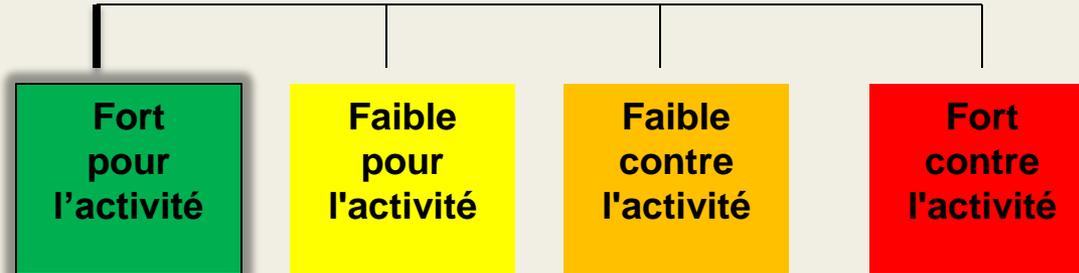
Confiance faible

L'effet véritable peut être sensiblement différent de l'estimation de l'effet.

Jugé faible ou très faible si l'une des conditions suivantes s'applique:

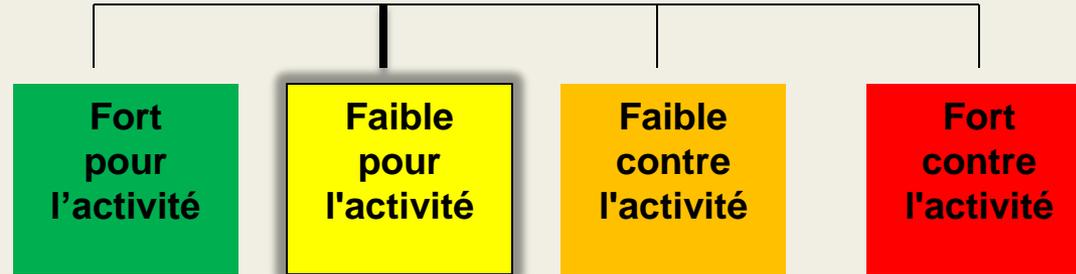
- Les études ont des défauts majeurs,
- Il existe une variation importante entre les études
- L'intervalle de confiance de l'estimation sommaire est très large

Comment la force des recommandations est-elle déterminée?



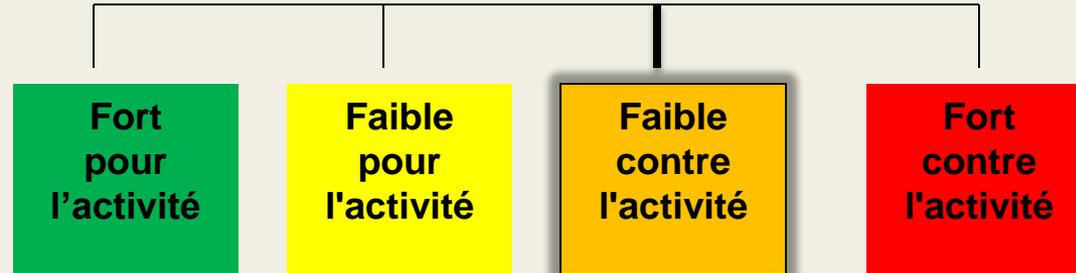
- ✓ Une recommandation forte implique que la plupart des gens voudrait le plan d'action recommandé.

Comment la force des recommandations est-elle déterminée?



- ✓ Les effets souhaités l'emportent **probablement** sur les effets indésirables = intervention
- ✓ La majorité des personnes dans cette situation voudrait le plan d'action proposé, mais beaucoup ne le voudrait pas.

Comment la force des recommandations est-elle déterminée?



- ✓ Effets indésirables l'emportent **probablement** sur les effets souhaitables = contre une intervention
- ✓ Une recommandation faible implique que la plupart des gens ne voudraient pas l'action, mais certains la voudraient.

Comment la force des recommandations est-elle déterminée?



- ✓ Les effets indésirables l'emportent sur les effets souhaitables = contre une intervention
- ✓ Une recommandation forte implique que la plupart des gens ne voudraient pas l'action.

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

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 chez l'adulte

**RECOMMANDATIONS &
RÉSULTATS CLÉS**

Recommandations sur la mesure de l'obésité

1. Nous recommandons de mesurer la hauteur, le poids et le calcul de l'IMC lors des visites de soins primaires appropriés.

- Forte recommandation; preuve de qualité très faible

Base de la recommandation

Le GECSSP estime de valeur relativement élevée une mesure clinique facilement calculée avec les valeurs de césure largement acceptées pour définir l'orientation de la prévention et la gestion de la prise de poids.

- La recommandation forte implique que le groupe d'étude soit convaincu que les avantages de la mesure de l'IMC dans les soins primaires l'emportent sur le préjudice potentiel.

Recommandations sur la prévention de l'obésité

2. Nous recommandons que les praticiens n'offrent pas d'interventions formelles, structurées visant à prévenir le gain de poids chez les adultes de poids normal.

- Recommandation faible; preuve de qualité très faible

Base de la recommandation

Le GECSSP a placé relativement moins de valeur à la possibilité non prouvée que les programmes de prévention de l'obésité offerts à la population de poids normal peut réduire le risque à long terme de l'obésité dans ce groupe.

- La recommandation faible implique que l'incertitude existe et que les praticiens devraient utiliser leur jugement pour déterminer si certains adultes de poids normal peuvent bénéficier de cours offerts ou de programmes de prévention du gain de poids (par exemple, ceux qui sont très motivés ou à risque élevé).

Résumé des résultats

- Les interventions de prévention du gain de poids dans les groupes de poids mixtes ont un effet minime sur le poids (différence par rapport aux contrôles d'environ 0,8 kg sur 12 mois)
- L'effet n'a pas été maintenu dans le temps (mesuré 15 mois après l'intervention).
- Les recommandations actuelles sont basées sur l'examen des données probantes soutenant les interventions visant spécifiquement à empêcher le gain de poids.
- La donnée probante pour la promotion de comportements sains dans les soins primaires (comme l'augmentation de l'activité physique, une alimentation saine et le sommeil) n'a pas été examinée.

Recommandations pour la gestion de l'obésité

3. Pour les adultes qui sont obèses ($30 \leq \text{IMC} < 40$) et qui présentent un risque élevé de diabète, nous recommandons que les praticiens offrent ou recommandent des interventions comportementales structurées visant à la perte de poids.

- Forte recommandation; donnée probante de qualité moyenne

Base de la recommandation

- Le groupe d'étude accorde une grande valeur à la diminution du risque de diabète de type 2 chez les personnes qui ont participé à une intervention comportementale structurée visant à la perte de poids.
- La recommandation forte implique que le groupe d'étude est convaincu que les avantages d'offrir ou d'adresser les patients obèses à haut risque de diabète de type 2 à une [intervention] comportementale structurée l'emportent sur les préjudices potentiels.

Recommandations pour la gestion de l'obésité

4. Pour les adultes qui sont en surpoids ou obèses, nous recommandons que les praticiens offrent ou renvoient à des interventions comportementales structurées visant à la perte de poids.

- Recommandation faible; Preuve de qualité moyenne

Base de la recommandation

- Le groupe d'étude accorde une grande valeur au petit avantage potentiel des interventions comportementales structurées et le faible risque de préjudices
- La recommandation faible implique qu'une incertitude existe à l'égard du manque de données probantes montrant un bénéfice net clair, cependant, certains résultats pour les [patients] en surpoids et obèses montrent qu'ils pourraient tout de même trouver un bénéfice dans les cours offerts ou les interventions visant à la perte de poids.

Recommandations pour la gestion de l'obésité

5. Pour les adultes qui sont en surpoids ou obèses, nous recommandons que les praticiens n'offrent pas systématiquement des interventions pharmacologiques visant à la perte de poids, tels que [la prise] d'orlistat ou de la metformine.

- Recommandation faible; Données probantes de qualité moyenne

Base de la recommandation

- Le groupe d'étude accorde une valeur plus élevée aux préjudices potentiels du traitement avec des interventions pharmacologiques (par exemple, les effets indésirables et les troubles gastro-intestinaux)
- Une recommandation faible contre implique qu'il [existe] une incertitude sur l'efficacité à long terme des interventions pharmacologiques. La thérapie pharmacologique peut être justifiée dans certaines situations.

Résumé des résultats

- Les interventions pour la perte de poids (comportementaux et / ou pharmacologiques) sont efficaces pour réduire modestement le poids et le tour de taille.
- Pour les adultes qui sont à risque de développer un diabète de type 2, les interventions de perte de poids peuvent réduire ou retarder le déclenchement [de la condition].
- Aucun dommages importants n'ont été identifiés concernant les interventions comportementales, mais les interventions pharmacologiques augmentent le risque de préjudices tels que les symptômes gastro-intestinaux.
- Les interventions comportementales sont l'option préférée, puisque que le ratio bénéfice/préjudice semble plus favorable que pour les interventions pharmacologiques.

Effet des interventions [de type] traitement sur l'incidence du diabète de type 2

Incidence du diabète de type 2	Effet relatif(95% CI)	Nombre de participants (études)
Global	RR 0.6	8,624 (9 études)
Objectif principal de l'intervention - comportementale	RR 0.6	3,198 (7 études)
Objectif principal de l'intervention - pharmacologique + comportementale	RR 0.7	5,426 (3 études)

Effets du traitement sur les résultats primaires

Résultats	Traitement	
Résultats critiques	Les interventions comportementales par rapport aux contrôles sans intervention DM (95% CI)	Interventions pharmacologiques + comportementales par rapport aux témoins comportementaux DM (95% CI)
Poids	-3.1 kg	-2.9 kg
IMC Change	-1.1 kg/m ²	-1.3 kg/m ²
Tour de taille	-3.1 cm	-2.3 cm

Nombre nécessaire à traiter

Comportemental

- Pour obtenir un participant avec une perte de poids corporel total $\geq 5\%$, 9 doivent être traités
- Pour obtenir un participant avec une perte de poids corporel total $\geq 10\%$, 12 doivent être traités

Toutes les études

- Pour obtenir un participant avec une perte de poids corporel total $\geq 5\%$, 5 doivent être traités

Effets du traitement sur les résultats secondaires

Résultats	Traitement	
Résultats secondaires	Les interventions comportementales par rapport aux contrôles sans intervention MD (95% CI)	Interventions pharmacologiques + comportementales par rapport aux témoins comportementaux MD (95% CI)
Cholestérol total	-0.1 mmol/L	-0.3 mmol/L
cholestérol LDL	-0.1 mmol/L	-0.3 mmol/L
Glycémie à jeun	-0.1 mmol/L	-0.4 mmol/L
Pression artérielle systolique	-1.8 mmHg	-1.7 mmHg
Pression artérielle diastolique	-1.6 mmHg	-1.2 mmHg

Les préjudices du traitement

Les interventions comportementales:

- Quelques effets indésirables rapportés
- Les préjudices sont généralement associés à une blessure due à l'activité physique (nombre d'événements déclarés assez faible)

Interventions pharmacologiques (metformine et Orlistat):

- Les effets indésirables fréquemment rapportés
- Ceux qui avaient un risque élevé de MCV au départ étaient plus susceptibles de déclarer au moins 1 événement indésirable
- 80% des effets indésirables rapportés étaient dans la catégorie des troubles gastro-intestinaux légers à modérés
- Les autres effets indésirables signalés comprenaient: des étourdissements, des maux de tête, une infection aiguë des voies respiratoires supérieures, l'hospitalisation ou la nécessité de soins médicaux aigus/ponctuels.

Prévention et gestion de l'obésité chez l'adulte

**MISE EN ŒUVRE DES
RECOMMANDATIONS**

Évaluation du risque de diabète de type 2

(Putting Prevention into Practice)

SCREENING FOR TYPE 2 DIABETES IN THE ADULT POPULATION 2012

INSTRUCTIONS

- Using the Risk Calculator below, determine your patient's risk. Then continue to page 2 for further instructions. Please note that there is a corresponding [Type 2 Diabetes Risk Calculator for Patients](#).

Please note: Recommendations are presented for screening asymptomatic adults for type 2 diabetes using blood tests. These recommendations do not apply to adults already diagnosed with type 2 diabetes, those at risk for type 1 diabetes, or those with symptoms of diabetes. Symptoms of diabetes include: unusual thirst, frequent urination, weight change (gain or loss), extreme fatigue or lack of energy, blurred vision, frequent and recurring infections, cuts and bruises that are slow to heal, and/or tingling or numbness in the hands or feet.

TYPE 2 DIABETES RISK CALCULATOR FOR CLINICIANS¹

<p>1. How old is your patient?</p> <p><input type="checkbox"/> 18-44 years (0 POINTS)</p> <p><input type="checkbox"/> 45-54 years (2 POINTS)</p> <p><input type="checkbox"/> 55-64 years (3 POINTS)</p> <p><input type="checkbox"/> 65 years and older (4 POINTS)</p>	<p>5. How often does your patient eat vegetables and fruits?</p> <p><input type="checkbox"/> Every day (0 POINTS)</p> <p><input type="checkbox"/> Not every day (1 POINT)</p>
<p>2. What is your patient's body-mass index (BMI)/BMI category? - (See Appendix 1 for a BMI chart or visit www.bmi-calculator.net for a BMI calculator.)</p> <p><input type="checkbox"/> Normal (Lower than 25.0 kg/m²) (0 POINTS)</p> <p><input type="checkbox"/> Overweight (25.0-29.9 kg/m²) (1 POINT)</p> <p><input type="checkbox"/> Obese (30.0 kg/m² or higher) (3 POINTS)</p>	<p>6. Has your patient ever taken medication for high blood pressure on a regular basis?</p> <p><input type="checkbox"/> No (0 POINTS)</p> <p><input type="checkbox"/> Yes (2 POINTS)</p>
<p>3. What is your patient's waist circumference? Waist circumference is measured below the ribs (usually at the level of the navel).</p> <p>MEN</p> <p><input type="checkbox"/> Less than 94 cm (less than ~37 inches) (0 POINTS)</p> <p><input type="checkbox"/> 94-102 cm (~37-40 inches) (3 POINTS)</p> <p><input type="checkbox"/> More than 102 cm (more than ~40 inches) (4 POINTS)</p> <p>WOMEN</p> <p><input type="checkbox"/> Less than 80 cm (less than ~31 inches) (0 POINTS)</p> <p><input type="checkbox"/> 80-88 cm (~31-35 inches) (3 POINTS)</p> <p><input type="checkbox"/> More than 88 cm (more than ~35 inches) (4 POINTS)</p>	<p>7. Has your patient ever been found to have high blood glucose (e.g. in a health examination, during an illness, during pregnancy)?</p> <p><input type="checkbox"/> No (0 POINTS)</p> <p><input type="checkbox"/> Yes (5 POINTS)</p>
<p>4. Is your patient physically active for more than 30 minutes every day? This includes physical activity during work, leisure, or regular daily routine.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes (0 POINTS)</p> <p><input type="checkbox"/> No (2 POINTS)</p>	<p>8. Have any members of your patient's immediate family or other relatives been diagnosed with diabetes (type 1 or type 2)? This question applies to blood relatives only.</p> <p><input type="checkbox"/> No (0 POINTS)</p> <p><input type="checkbox"/> Yes: grandparent, aunt, uncle, or first cousin (but not own parent, brother, sister, or child) (3 POINTS)</p> <p><input type="checkbox"/> Yes: parent, brother, sister, or own child (5 POINTS)</p>

¹Source: Finnish Diabetes Risk Score (FINRISK) questionnaire by Adjunct Professor Jaana Lindström, Diabetes Prevention Unit, Department of Chronic Disease Prevention, National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland and Professor Jaakko Tuomi, Center for Vascular Prevention, Danube-University Krems, Krems, Austria

***** CONTINUE TO PAGE 2 *****

- 1 -

- Risque élevé - 1/3 chance de développer DM dans les 10 prochaines années
- Âge > 18 où les facteurs de risque existent et tous les 3-5 ans
- Différents outils disponibles (e.g., CANRISK, FINRISK)
- Consultez les lignes directrices du GECSSP pour le dépistage du diabète :

<http://canadiantaskforce.ca/ctf-phc-guidelines/2012-type-2-diabetes/>

Valeurs et préférences

Prévention de l'obésité

Les praticiens devraient discuter des données probantes montrant un minimum d'avantage à court terme des interventions de prévention du gain de poids, car certains individus de poids normal a qui sont offert ou qui sont dirigés vers ces programmes pourraient y trouver un bénéfice, incluant:

- Les personnes présentant des facteurs de risque métaboliques, haute WC, des antécédents familiaux de diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires.
- Les personnes qui prennent du poids et qui sont motivés pour faire des changements de style de vie

Valeurs et préférences

Gestion de l'obésité

Les praticiens doivent discuter des données probantes montrant le bénéfice potentiel des interventions comportementales structurées visant à la perte de poids, comme certains adultes en surpoids et obèses peuvent bénéficier de cours offerts ou être renvoyés à des programmes, y compris:

Les personnes qui sont très motivées pour perdre du poids et pour faire des changements de style de vie

Valeurs et préférences

Prévention de l'obésité

Les praticiens doivent discuter des avantages potentiels et des préjudices de la thérapie pharmacologique, en conseillant les patients qui pourraient bénéficier de l'ajout de la thérapie pharmacologique au changement de comportement, y compris:

- Les personnes à risque pour le diabète
- Les personnes qui sont très motivés pour perdre du poids
- Les personnes qui préfèrent les médicaments et sont moins préoccupés par les dangers potentiels

Facilitateurs et obstacles

Les praticiens doivent être conscients des facilitateurs et des obstacles à la participation dans la prévention et dans les interventions de perte de gain de poids, y compris:

- Horaires de la famille et du travail
- Famille et attentes irréalistes
- Des attentes irréalistes
- La faim
- Connaissances et / ou compétences
- Les facteurs socio-culturels
- Les problèmes psychologiques
- Des expériences passées stigmatisantes
- Les facteurs environnementaux

Prévention et gestion de l'obésité chez l'adulte

**AUTRES LIGNES
DIRECTRICES**

Comparaison des recommandations

Prévention de l'obésité

- GECSSP (2006)
- USPSTF (2012)
- NICE (2010)
- SIGN (2010)
- Réseau canadien de l'obésité (2007)

Comparaison des recommandations

Gestion de l'obésité

- GECSSP (1999)
- Lignes directrices de pratique clinique australiennes pour la gestion de la surcharge pondérale et l'obésité chez les adultes, adolescents et enfants en Australie (2013)
- USPSTF (2012;2014)
- NICE (2010)
- SIGN (2010)
- Réseau canadien en obésité (2007)

Prévention et gestion de l'obésité chez l'adulte

**OUTILS D'APPLICATION
DES CONNAISSANCES**



L'IMC de votre patient importe

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) recommande de mesurer la hauteur, de prendre le poids et de calculer l'indice de masse corporelle aux visites de soins primaires appropriées (forte recommandation, preuves de très faible qualité*).

- Les recommandations s'appliquent à la majorité des adultes ≥ 18 ans
- Les recommandations ne s'appliquent pas aux femmes enceintes, ni aux personnes ayant des problèmes de santé où la perte de poids est inappropriée
- Les recommandations ne s'appliquent pas aux individus ayant un IMC ≥ 40 , qui bénéficieraient de programmes bariatriques spécialisés

QUEL EST L'IMC DE VOTRE PATIENT? Mesurez la hauteur, prenez le poids et consultez le tableau IMC pour calculer l'IMC	
IMC < 18,5 POIDS INSUFFISANT	Cette catégorie est hors de la portée de cette ligne directrice.
18,5 \leq IMC \leq 24,9 POIDS SANTÉ	N'offrez pas d'interventions comportementales structurées formelles axées sur la prévention du gain pondéral chez les adultes (recommandation faible, preuves de très faible qualité).
25 \leq IMC \leq 29,9 EN SURPOIDS	Discutez avec votre patient (e) et offrez ou référez-lui (la) aux interventions comportementales structurées visant l'amalgrissement (recommandation faible; preuves de qualité modéré).
30 \leq IMC \leq 39,9 OBÈSE	Discutez avec votre patient (e) et offrez ou référez-lui (la) aux interventions comportementales structurées visant l'amalgrissement (recommandation faible; preuves de qualité modéré).
30 \leq IMC \leq 39,9 OBÈSE ET À RISQUE ACCRU DE DIABÈTE†	Offrez ou référez-lui (la) aux interventions comportementales structurées visant l'amalgrissement (forte recommandation; preuves de qualité modéré)
IMC > 40 GRAVEMENT OBÈSE	Cette catégorie est hors de la portée de cette ligne directrice.

Qu'entend-t-on par des "visites en soins primaires appropriées"?

- Des visites de routine, visites pour renouveler des prescriptions et toute visite que le professionnel en soins primaires considère appropriée.

Qu'entend-t-on par "interventions comportementales structurées"?

- Des programmes axés sur la modification des comportements qui impliquent plusieurs sessions réparties sur une période de plusieurs semaines à plusieurs mois.

• Les programmes recommandés devraient cibler:

- La modification du régime alimentaire
- L'augmentation du niveau d'activité physique
- La modification du style de vie
- Toute combinaison de ces éléments

• Des programmes de gestion de l'obésité pourraient aussi inclure:

- Le counselling
- De l'éducation ou du soutien
- Des changements environnementaux (par.ex: l'utilisation d'une plus petite assiette)

• Puis-je montrer à mes patients comment calculer leur propre IMC? Puis-je simplement l'estimer?

- Nous recommandons que le médecin (ou autre membre de l'équipe soignant) mesure la hauteur et le poids pour mesurer l'IMC du patient
- Les adultes ont tendance à surestimer leur propre hauteur et sous-estimer leur poids
- Une estimation visuelle par le clinicien est souvent inexacte et ne détectera pas les gains relativement minimes qui se présentent chez la plupart des adultes

*Pour une explication des catégories de recommandation GRADE et de la qualité des preuves, veuillez consulter le: <http://canadiantaskforce.ca/methods/grade/?lang=fr-CA>

† Le statut de "risque accru" est défini par un risque sur 10 ans de diabète de $\geq 33\%$, ce qui peut être évalué en utilisant les outils d'évaluation de risque CANRISK ou FNRISC qui sont disponibles au: <http://canadiantaskforce.ca/ctphc-guidelines/2012-type-2-diabetes/?lang=fr-CA>



Prévention et gestion de l'obésité chez les adultes: FAQ pour les professionnels en soins primaires



PRÉVENTION

1. Quelles sont les recommandations du GECSSP pour prévenir la prise de poids?
 - Nous ne recommandons pas d'offrir de programmes de prévention de la prise de poids aux adultes en bonne santé avec un indice de masse corporelle (IMC) entre 18,5 et 24,9 puisque les preuves associées aux programmes sont limitées.
2. Comment devrais-je mettre en oeuvre cette recommandation?
 - Cette recommandation est faible, donc, les cliniciens devraient exercer leur jugement pour déterminer si un patient en particulier pourrait bénéficier d'être rétiré à un tel programme.
 - Par exemple, si un individu exprime des inquiétudes face à la prise de poids ou est motivé à effectuer un changement de style de vie, le clinicien devrait considérer de rétirer ce dernier à un programme qui est en lien avec ses valeurs et préférences.

GESTION

3. Quelles sont les recommandations du GECSSP pour gérer la prise de poids?
 - Nous recommandons fortement que les patients qui sont obèses (30<: IMC <40) et qui sont à risque élevé de diabète de type 2 soient rétirés à un programme officiel de prévention du diabète.
 - De tels programmes peuvent réduire le risque de diabète pour certaines personnes qui effectuent des changements de style de vie (régime modifié et une activité physique accrue).
 - Nous recommandons également d'offrir aux patients en surpoids et obèses la possibilité d'être rétirés aux programmes d'amaigrissement. Cette recommandation est faible.
 - Nous ne recommandons pas d'offrir des thérapies pharmacologiques, tels que l'orlistat ou à la metformine, aux patients en surpoids ou obèses au fin d'amaigrissement. Cette recommandation est faible.
4. Comment puis-je mettre en oeuvre les recommandations faibles?
 - Une recommandation faible sous-entend que plusieurs personnes en surpoids et obèses pourraient bénéficier de programmes formels de prévention du diabète, mais d'autres non (par exemple, les personnes qui attachent moins de valeur aux avantages à court terme de ces programmes).
 - De même, la thérapie pharmacologique pourrait ne pas être approprié pour la plupart des individus, mais il pourrait être approprié pour certains (par exemple, les personnes qui sont moins préoccupées par les inconvénients des médicaments).
 - Les décisions de gestion doivent être compatibles avec les valeurs et les préférences des patients
6. Que devrais-je considérer lors de la sélection d'un programme commercial ou communautaire?
 - Les programmes commerciaux sont en grande partie non réglementés, à moins de comprendre des suppléments qui relèvent de la Loi sur les produits naturels de Santé Canada. Les interventions les plus efficaces varient considérablement, et la disponibilité des programmes peut varier entre les provinces. Par conséquent, les médecins devraient

INTERVENTIONS COMPORTEMENTALES STRUCTURÉES: Des programmes axés sur la modification des comportements qui impliquent plusieurs sessions sur une période de plusieurs semaines à plusieurs mois

- rechercher l'expertise locale pour trouver des programmes de bonne réputation.
 - Selon notre examen, les programmes les plus efficaces comprennent les éléments suivants:
 - étaient d'une durée de plus de 12 mois
 - étaient axés sur l'alimentation, l'activité physique et les changements de style de vie et étaient adaptés pour répondre aux besoins individuels
 - comprenaient une combinaison de techniques : l'établissement d'objectifs et /ou l'auto-surveillance
 - utilisaient plusieurs modes de prestation, telle une combinaison de sessions de groupe et individuelles ou une combinaison de sessions individuelles et de composantes basées sur la technologie
6. Quels sont des objectifs réalistes d'amaigrissement pour les patients en surpoids ou obèses?
 - Basé sur l'examen effectué, une perte de poids moyenne de 3 kg sur 12 mois dans les populations à poids moyens.
- RECOMMANDATIONS**
7. À qui ces recommandations s'appliquent-elles?
 - Ces recommandations s'appliquent aux adultes > 18 ans.
 - Elles ne s'appliquent pas aux femmes enceintes et aux personnes atteintes de maladies où la perte de poids est inappropriée.
 - Elles ne s'appliquent pas aux personnes ayant un IMC > 40, qui bénéficieraient de programmes spécialisés bariatriques.

IMC

8. Pourquoi le GECSSP recommande-t-il de calculer l'IMC?
 - Nous recommandons de mesurer la hauteur, le poids systématiquement et de calculer l'IMC lors des visites de soins primaires appropriées.
 - Le calcul de l'IMC est pratique et il existe des preuves démontrant qu'elle représente la mesure de composition corporelle la plus étroitement associée à la mortalité.
 - L'IMC peut être utilisée comme point de départ pour la gestion du poids, mais devrait être considérée dans le contexte de la santé globale d'un patient pour éclairer la prise de décisions cliniques; elle ne devrait pas être utilisée comme mesure isolée.
 - Pour certains patients, la mesure du tour de taille sera également nécessaire dans le cadre de l'évaluation du risque pour le diabète et / ou le risque cardiovasculaire
9. Est-ce qu'il existe différents seuils d'IMC pour les différents groupes raciaux ou ethniques?
 - Il n'existe présentement aucune preuve solide pour soutenir l'utilisation de différents seuils d'IMC pour différents groupes.

Prévention et gestion de l'obésité chez l'adulte

CONCLUSIONS

Conclusions

- La mesure de l'IMC (poids / taille) est importante pour la surveillance du poids.
- Le traitement dirigé vers la perte de poids n'est que peu efficace et la prévention de l'obésité serait préférable s'il y avait des données probantes de l'efficacité.
- Certaines personnes pourraient tout de même trouver un bénéfice dans les cours offerts ou dans les programmes formels auxquels ils sont adressés.
- Les praticiens en soins primaires ont un rôle important à jouer dans la prévention et la gestion de l'embonpoint et de l'obésité.
- Des ressources et stratégies afin de mieux soutenir les praticiens de soins primaires dans l'application des lignes directrices sont nécessaires.
- Des recherches sont nécessaires de toute urgence concernant la meilleure façon de prévenir le gain de poids chez les adultes de poids normal.

Plus d'information

Pour plus d'informations sur les détails de cette directive s'il vous plaît voir:

- Site Web du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs: <http://canadiantaskforce.ca/?content=pcp>

Mise à jour: Mobile App GECSSP 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

Questions & réponses

Merci

Annexe 1

Effet des interventions de traitement sur l'incidence du diabète de type 2

Résultat: incidence du diabète de type 2	Risques comparatifs illustratifs *(95% CI)		Effet relatif (95% CI)	Nombre de participants (Études)	Qualité des données probantes (GRADE)	
	Risque assumé Nombre par million Contrôle	Risque correspondant Nombre par million Traitement				
Global	151,482	94,025 (75,423 to 117,217)	RR 0.6207 (0.4979 to 0.7738)	8,624 (9 études ¹)	⊕⊕⊕⊖ modéré ^{2,3,4,5,6}	
Par focus primaire d'intervention - comportementale	197,442	108,593 (82,965 to 142,119)	RR 0.5500 (0.4202 to 0.7198)	3,198 (7 études ⁷)	⊕⊕⊕⊖ modéré ^{8,9,10,11,12}	
Par focus primaire d'intervention - en plus du comportement pharmacologique	127,782	91,748 (75,711 to 111,196)	RR 0.7180 (0.5925 to 0.8702)	5,426 (3 études ¹³)	⊕⊕⊕⊖ modéré ^{14,15,16,17,18}	

* Le risque assumé est le risque moyen pour les études de groupe de contrôle. Le risque correspondant (et son intervalle de confiance de 95%) est basé sur le risque assumé dans le groupe de comparaison et l'effet relatif de l'intervention (et son IC à 95%).

Annexe 2

Effet du traitement sur les résultats primaires et secondaires

Résultats	Traitement	
Résultats critiques	Interventions comportementales par rapport aux témoins SANS intervention MD (95% CI)	Interventions pharmacologiques par rapport aux témoins comportementaux MD (95% CI)
Poids	-3.13 kg (-3.88, -2.38)	-2.89 kg (-3.49, -2.29)
Changement d'IMC	-1.09 kg/m ² (-1.43, -0.75)	-1.27 kg/m ² (-1.82, -0.72)
Tour de taille	-3.05cm (-3.86, -2.24)	-2.29 cm (-3.04, -1.55)
Résultats secondaires		
Cholesterol total	-0.10 mmol/L (-0.18, -0.03)	-0.33 mmol/L (-0.42, -0.24)
Lipoprotéines de basse densité cholestérol	-0.14 mmol/L (-0.29, -0.00)	-0.28 mmol/L (-0.38, -0.19)
Glycémie à jeun	-0.14 mmol/L (-0.23, -0.05)	-0.43 mmol/L (-0.66, -0.20)
Pression artérielle systolique	-1.76 mmHg (-2.61, -0.91)	-1.70 mmHg (-2.28, -1.13)
Pression artérielle diastolique	-1.60 mmHg (-2.27, -0.93)	-1.24 mmHg (-1.88, -0.61)
Source Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D, et al. Treatment of overweight/obesity in adult populations. Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2014.		

Source: Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D, et al. Treatment of overweight/obesity in adult populations. Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2014.