

À PROPOS DES AUTEURS

Megha Poddar, M.D.

La D^{re} Megha Poddar est endocrinologue et spécialiste de la médecine de l'obésité à Toronto, en Ontario. Elle est diplomate certifiée de l'ABOM (Conseil américain en médecine de l'obésité) et professeure adjointe à l'Université McMaster. La D^{re} Poddar est directrice médicale du Medical Weight Management Centre of Canada (www.mwmcc.ca), un programme national de thérapie médicale et comportementale de prise en charge de l'obésité. Elle a publié de nombreux articles sur l'obésité et est l'auteur des lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur l'obésité. Au-delà de ses réalisations professionnelles, la D^{re} Poddar est profondément attachée à la prise en charge personnalisée des patients, appliquant une approche qui met l'accent sur l'empathie et le traitement individualisé.

Affiliations de l'auteure :

Professeure adjointe, Université McMaster, Hamilton, Ont.
Directrice médicale au Medical Weight Management Centre (centre de gestion du poids) du Canada



Anil Maheshwari, M.D.

Le D^r Maheshwari est certifié spécialiste en médecine familiale au Canada et aux États-Unis et en médecine de l'obésité. Il est un professeur adjoint en clinique (Associé) à l'Université McMaster et le directeur médical du programme de gestion du poids et du mode de vie de la Cleveland Clinic Canada.

Affiliations de l'auteur :

Professeur adjoint en clinique (Associé), Université McMaster, Hamilton, Ont.
Directeur médical du programme de gestion du poids et du mode de vie de la Cleveland Clinic Canada.



LES DERNIÈRES ACTUALITÉS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ EN SOINS PRIMAIRES

Lignes directrices de pratique clinique de l'obésité — Dernières actualités

Les lignes directrices canadiennes de pratique clinique de l'obésité, publiées en 2020, ont considérablement modifié le dialogue sur la prise en charge de l'obésité. Ces lignes directrices se concentrent principalement sur les soins axés sur le patient, la réduction de la stigmatisation et des préjugés et la reconnaissance de l'obésité comme une maladie chronique. Elles établissent ainsi une nouvelle norme mondiale pour la prise en charge de l'obésité. Tout récemment, l'Irlande et le Chili ont adopté ces lignes directrices dans leur propre pays.

L'approche du traitement de l'obésité a évolué, passant d'un modèle linéaire de modification du mode de vie, suivi d'un traitement médicamenteux et d'une chirurgie bariatrique éventuelle, à une stratégie reposant sur trois piliers.¹ Cette stratégie est étayée par les thérapies médicales nutritionnelles et l'activité physique qui, bien qu'elles soient essentielles pour la santé générale, ne sont pas des outils efficaces contre l'obésité lorsqu'elles sont utilisées individuellement et, dans bien des cas, ne permettent pas d'obtenir une réduction de poids à long terme.

L'obésité est définie comme une maladie chronique et évolutive causée par un dysfonctionnement du tissu adipeux qui augmente les hormones responsables de la faim et diminue le taux métabolique (adaptation thermogène) en réponse à la perte de poids. Ce mécanisme de défense biologique explique pourquoi une saine alimentation et l'activité physique sont bien souvent insuffisantes pour traiter cette maladie chronique.² Ceci est également la raison pour laquelle nous avons délaissé la pratique consistant à se fier uniquement au calcul de l'IMC pour diagnostiquer l'obésité.

L'obésité est désormais diagnostiquée au moyen de plusieurs outils, dont l'IMC, le tour de taille et, surtout, les conséquences de l'adiposité excessive sur la santé. Les trois piliers du traitement de l'obésité sont les interventions comportementales/psychologiques, la pharmacothérapie et la chirurgie bariatrique (**Figure 1**). Ces modalités de traitement visent directement les conséquences du dysfonctionnement du tissu adipeux et sont considérées comme les seuls véritables traitements à long terme de l'obésité.

Depuis leur publication initiale, les lignes directrices ont mis à jour le chapitre sur la pharmacothérapie de l'obésité afin d'inclure les plus récents ajouts en matière d'options médicamenteuses, notamment le médicament Wegovy (sémaglutide à 2,4 mg/semaine). Il existe désormais

quatre médicaments approuvés par Santé Canada pour le traitement de l'obésité : Orlistat, Saxenda (liraglutide à 3 mg/jour), Contrave (naltrexone/bupropion) et Wegovy (sémaglutide à 2,4 mg/semaine) (**Tableau 1**).

Cette mise à jour n'est pas une simple révision des données probantes relatives à l'utilisation des médicaments et à l'efficacité de chacun des agents, elle présente également une nouvelle méthodologie pour sélectionner l'option pharmacothérapeutique la plus appropriée. La nouvelle recommandation suggère de dépister les affections concomitantes liées à l'obésité et de sélectionner la pharmacothérapie en fonction de celles-ci, entre autres facteurs propres au patient et au médicament.

La classe des médicaments agonistes des récepteurs du GLP-1 (AR GLP-1), qui comprend le liraglutide et le sémaglutide, a montré des bienfaits dans la rémission du diabète et l'amélioration du taux d'HbA1c, en association avec l'orlistat. Parmi les médicaments utilisés pour le traitement de l'obésité, la classe des AR GLP-1 est la seule à avoir un effet bénéfique sur les paramètres de la stéatohépatite associée à un dysfonctionnement métabolique. Le liraglutide s'est avéré efficace pour améliorer l'indice d'apnée-hypopnée chez les personnes atteintes d'apnée obstructive du sommeil, tandis que Contrave améliore les scores de dépression.³ Les médicaments Contrave et Wegovy ont tous deux montré une amélioration concernant les envies impérieuses. Wegovy est le seul médicament contre l'obésité qui a démontré un bienfait sur le plan de la mortalité cardiovasculaire chez les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire confirmée, comme l'a montré l'essai SELECT.⁵ Compte tenu de ces améliorations avérées dans des affections liées à l'adiposité, le choix de la pharmacothérapie devrait envisager les résultats de santé souhaités par le patient plutôt que de se concentrer uniquement sur la perte de poids.

La recommandation relative au choix de la pharmacothérapie souligne également l'importance de facteurs propres au patient, tels que les frais, la couverture médicale, la méthode d'administration, les interactions médicamenteuses, les contre-indications et l'efficacité, en mettant davantage l'accent sur les problèmes de santé liés à l'obésité. Il existe également une recommandation importante relative à la prescription de médicaments comme traitement à long terme de l'obésité, reconnaissant qu'un regain de poids est probable lorsque le traitement est interrompu, et ce, quel que soit le traitement.³ En outre, la prescription de médicaments est une excellente occasion de discuter et d'éduquer les patients sur les raisons pour lesquelles l'obésité est considérée comme une maladie

Thérapie nutritionnelle médicale (TNM)

La TNM est utilisée pour la prise en charge des maladies chroniques et est axée sur l'évaluation de la nutrition, sur le diagnostic, la thérapie et le conseil. La TNM doit :

- être personnalisée et répondre aux valeurs, aux préférences et aux objectifs de traitement de chacun afin de favoriser l'observance à long terme
- être administrés par un(e) diététicien(ne) agréé(e) afin d'améliorer les résultats en matière de poids et de santé

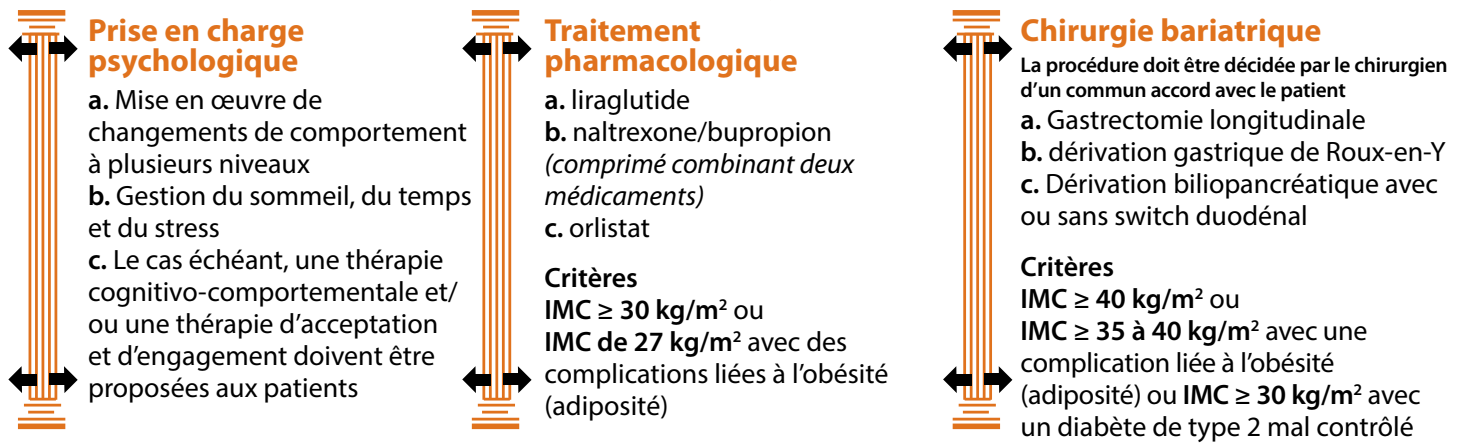
Activité physique

Pratiquer une activité d'endurance pendant 30 à 60 minutes la plupart des jours de la semaine, à une intensité modérée à soutenue, peut permettre d'obtenir les résultats suivants :

- une faible perte de poids et de graisse
- des améliorations des paramètres cardiométaboliques
- le maintien du poids après la perte pondérale

Souvenez-vous que les recommandations en matière de nutrition et d'activité physique sont importantes pour tous les Canadiens, quelle que soit leur taille ou leur composition corporelle.

Les trois piliers de la prise en charge de l'obésité sur lesquels s'appuient la nutrition clinique et l'activité physique



Le traitement des causes profondes de l'obésité est le fondement de la prise en charge de l'obésité (voir le cadre des 4 M) : milieu mécanique, métabolique, mental et social

Figure 1. Les trois piliers de la prise en charge de l'obésité sur lesquels s'appuient la nutrition clinique et l'activité physique; adapté de l'annexe 2 du CMAJ, Lignes directrices de pratique clinique 2020 : Cadre des 5A pour la prise en charge de l'obésité chez l'adulte

chronique, en soulignant l'importance de l'observance du traitement médicamenteux pour la réussite sur le long terme.

placés pour surveiller les maladies chroniques telles que l'obésité, en raison des alliances thérapeutiques qu'ils ont établies sur le long terme avec les patients.

Conseils pratiques pour la prise en charge de l'obésité en soins primaires

De nombreux prestataires de soins primaires se sentent dépassés par la possibilité d'ajouter le traitement de l'obésité à leur liste déjà longue de responsabilités. Toutefois, il est important de reconnaître que l'excès de graisse viscérale expose le patient à un risque accru de multiples problèmes de santé, y compris les troubles métaboliques comme l'hypertension artérielle, la stéatose hépatique, un taux de cholestérol élevé, le diabète de type 2, les maladies cardiaques et le cancer. Cet état augmente également le risque de problèmes de santé de type mécanique, comme l'apnée du sommeil et l'arthrose, ainsi que de troubles mentaux comme l'anxiété et la dépression. L'obésité étant le principal facteur contribuant à ces maladies, il convient de lutter contre elle afin d'améliorer les soins et les résultats pour les patients. Enfin, les professionnels des soins primaires sont les mieux

L'éducation des patients sur la relation entre l'obésité et leur santé mentale et physique est essentielle et doit être abordée en démontrant une véritable empathie. La première étape consiste à expliquer les raisons pour lesquelles l'obésité est une maladie chronique et à montrer comment une diminution, même modeste, de 5 à 10 % du poids peut grandement contribuer à la prise en charge des autres problèmes de santé. Il est essentiel de gérer les attentes afin de favoriser la réussite du traitement à long terme, car la plupart des patients s'attendent à perdre plus de 20 à 30 % (en moyenne) de leur poids, ce qui n'est pas réaliste pour la plupart des résultats de traitement. Le poids optimal est celui que l'on atteint en adoptant le mode de vie le plus sain possible. Il est important de célébrer cette réussite malgré toute divergence par rapport à notre poids idéal attendu, car toute perte de poids peut avoir des effets positifs sur la santé.⁶

Presque toutes les personnes aux prises avec l'obésité ont fait l'objet de critiques, tenté divers régimes alimentaires et connu des difficultés. Lorsque les patients considèrent ces événements indésirables comme des échecs personnels, un phénomène que l'on appelle « préjugé intériorisé », l'efficacité du traitement tend à baisser. En abordant les préjugés et la stigmatisation associés à l'obésité, en examinant la physiopathologie sous-tendant les mécanismes de défense de l'organisme contre son poids le plus élevé et en expliquant que des traitements sécuritaires et efficaces sont possibles, nous pouvons faire passer le dialogue de la frustration causée par des attentes irréalistes à l'espoir et à l'optimisme découlant d'objectifs plus réalistes.

Afin d'aider nos patients, il est utile d'explorer des moyens simples et pratiques de soutenir ceux et celles qui vivent avec l'obésité. Afin d'entamer une discussion sur le sujet, il est préférable de demander à la personne si elle se sent à l'aise de parler de son poids. Si la personne accepte d'en parler, expliquez-lui qu'une perte de poids, même modeste, pourrait améliorer son état de santé et l'aider à prendre en charge les affections connexes. Demandez ensuite : « Sur une échelle de 0 à 10, dans quelle mesure êtes-vous confiant(e) de pouvoir perdre du poids actuellement? ». Si la personne répond « 4 », poussez un

peu plus en demandant : « Je suis curieux(se), pourquoi avez-vous répondu "4" et non "5"? ». Sa réponse vous fournira une meilleure connaissance de ses difficultés et de ses obstacles perçus. Passez en revue les trois piliers du traitement (thérapie comportementale, médicaments et chirurgie) et demandez-lui quelles sont ses préférences pour un traitement sécuritaire et efficace.

Planifiez une visite de suivi pour en discuter davantage, comme pour toute autre maladie chronique telle que le diabète de type 2 ou l'hypertension. Cette approche graduelle et basée sur l'empathie facilite également les changements pratiques de mode de vie de manière efficace. Les patients sont reconnaissants et réceptifs, car ce niveau d'empathie et de compréhension à l'égard de leurs difficultés avec l'obésité est malheureusement rare.

Conseils nutritionnels rapides : Existe-t-il un régime alimentaire optimal?

Il n'existe pas de régime alimentaire unique qui convient à tous. Le régime alimentaire le plus efficace est celui qu'une personne peut suivre sur le long terme. À mesure que nous perdons du poids, notre corps augmente naturellement notre appétit et le contrôle de l'alimentation devient dès lors difficile. C'est pourquoi, en général, il est recommandé

Molécule	Populations ayant enregistré une perte de poids lors des essais cliniques*	Perte de poids moyenne à un an	Effets bénéfiques sur les paramètres de santé liés à l'adiposité	Coût	Couverture provinciale de la pharmacothérapie pour l'obésité
Liraglutide 3 mg par jour SC	Surpoids et obésité chez les patients souffrant de pré-DM, DMT2, SHNA, AOS	-8,6 % contre -2,6 % sous placebo	Rémission du pré-DM, test d'HbA1, paramètres de la SHNA, indice d'apnée-hypopnée, PA, QdV	\$\$\$\$	Aucun
Naltrexone-bupropion 8/90 mg 2 comprimés par voie orale 2 f.p.j.	Surpoids et obésité chez les patients souffrant de DMT2	-6,1 % contre -1,3 % sous placebo	Test d'HbA1, scores de dépression, envies irrépressibles, QdL	\$\$\$	Aucun
Orlistat 120 mg par voie orale 3 f.p.j.	Surpoids et obésité chez les patients souffrant de pré-DM, DMT2	-10,2 % contre -6,1 % sous placebo	Rémission du pré-DM, test d'HbA1	\$\$	Aucun
Sémaglutide 2,4 mg SC par semaine	Surpoids et obésité chez les patients souffrant de pré-DM, DMT2, SHNA	14,9 % contre -2,4 % sous placebo	Test d'HbA1, paramètres de la SHNA, PA, envies irrépressibles	À déterminer	Aucun

Tableau 1. Médicaments approuvés au Canada; d'après Pedersen SD et al, *Pharmacotherapy in obesity management*, 2022

*Essais cliniques réalisés sur des populations souffrant de surpoids et d'obésité, et essais menés dans des populations souffrant de surpoids/obésité ainsi que de comorbidités spécifiques (pré-DM, DMT2, HAM, AOS)

Abréviations : pré-DM = pré-diabète; DMT2 = diabète sucré de type 2; SHNA = stéatohépatite non alcoolique; AOS = apnée obstructive du sommeil ; HbA1 = hémoglobine glyquée A1; PA = pression artérielle; QdL= qualité de vie

d'éviter les régimes très restrictifs, car ceux-ci peuvent rarement être suivis à long terme. Le fait de conseiller aux gens de suivre un régime qui a fonctionné pour vous, un membre de votre famille ou un autre patient n'est pas bénéfique, car les modes de vie et les préférences alimentaires varient d'une personne à l'autre. L'adoption d'une approche uniformisée est à proscrire.⁴ Il est préférable d'insister sur une alimentation qui garde les patients rassasiés et satisfaits, un équilibre sain en macronutriments et une relation positive avec la nourriture.

Le recours à l'entretien motivationnel, tel que décrit précédemment, pour cerner les difficultés particulières auxquelles un patient est confronté, est utile pour établir des objectifs nutritionnels. Qu'il s'agisse d'une suralimentation causée par un manque de satiété, de manger sous l'effet de l'émotion ou d'envies impérieuses, il est important de travailler ensemble pour élaborer des stratégies axées sur le patient afin que ce dernier puisse surmonter les difficultés. La détermination des moments de la journée associés à un risque élevé ou des éléments déclencheurs de leurs envies impérieuses peut aider les patients à réduire considérablement leur consommation globale, et ce, d'une manière plus durable. Rappelez aux patients que si cette approche peut entraîner une perte de poids plus lente et peut-être moins importante au début, elle réduit la probabilité d'un regain de poids. Lorsque cela est possible, l'orientation des patients vers un diététiste ou un éducateur certifié en bariatrie peut s'avérer utile pour créer des plans nutritionnels personnalisés.

La prise en charge de l'obésité chez les patients qui n'ont pas les moyens d'acheter des médicaments contre l'obésité

Le coût des médicaments contre l'obésité représente un obstacle important. À l'heure actuelle, les médicaments contre l'obésité ne sont couverts par aucun régime provincial d'assurance-médicaments et sont rarement couverts par les assurances privées. Toutefois, une discussion sur les bienfaits d'une perte de poids modeste, comme la nécessité de prendre moins de médicaments en général, une plus grande énergie, l'amélioration de la santé mentale, la diminution des douleurs aux articulations et un sommeil de meilleure qualité, peut persuader les patients initialement dissuadés par le coût d'envisager ces médicaments. De nombreux patients ont dépensé des sommes considérables pour maîtriser leur poids par le biais de programmes commerciaux. Ces sommes peuvent être réorientées vers des traitements fondés sur des données probantes dont l'efficacité à long terme a été démontrée.

Il demeure que certaines personnes n'ont tout simplement pas les moyens de se procurer ces médicaments. Dans de tels cas, l'optimisation des comportements et de la santé générale reste un résultat souhaitable. Demandez aux patients s'ils ont accès à un diététiste ou à d'autres

prestataires de services de santé et envisagez les deux autres piliers du traitement de l'obésité (changements comportementaux et chirurgie bariatrique). Vérifiez surtout s'ils prennent des médicaments qui favorisent la prise de poids et envisagez des solutions de rechange, le cas échéant. Les antipsychotiques et l'insuline sont les médicaments entraînant une prise de poids les plus prescrits. Lorsque cela est possible, d'autres options telles que les inhibiteurs du SGLT2 ou les AR GLP-1 doivent être envisagées pour les patients atteints de diabète de type 2. Envisagez d'utiliser la metformine pour prévenir la prise de poids causée par les médicaments antipsychotiques, comme recommandé dans le chapitre sur la pharmacothérapie des lignes directrices de pratique clinique d'Obésité Canada.³

Enfin, mettez l'accent sur l'optimisation des changements de mode de vie en offrant un soutien comportemental. Éduquez les patients sur les régulateurs de l'appétit et sur l'importance de la gestion du stress, d'un sommeil de qualité et du rôle de l'environnement dans la gestion du poids.

Il est important de rappeler aux patients que l'objectif des modalités de traitement mentionnées plus haut n'est pas uniquement la perte de poids, mais aussi l'amélioration de la façon dont ils se sentent et de leur santé générale. Il est souvent plus efficace de redéfinir les succès avec des objectifs comportementaux (p. ex., marcher sur une distance de cinq pâtés de maisons sans essoufflement) que de se concentrer sur le chiffre qu'affiche la balance. Le fait d'aborder ces problèmes peut souvent améliorer le bien-être des patients et leur satisfaction globale à l'égard du traitement.

Coordonnées :

Megha Poddar, M.D.

Courriel : megha.poddar@medportal.ca

Divulgence de renseignements financiers :

A.M. : Engagements à titre de conférencier/

Participation à des conseils consultatifs : Novo Nordisk, Bausch Health

M.P. : Honoraires pour des événements éducatifs :

Novo Nordisk, Bausch Health, Eli Lilly

Références :

1. Obesity Canada. Clinical Practice Guidelines - Chapters. Available from: <https://obesitycanada.ca/guidelines/chapters/>
2. Obesity Canada. Clinical Practice Guidelines - The Science of Obesity. Available from: <https://obesitycanada.ca/guidelines/science/>
3. Obesity Canada. Clinical Practice Guidelines - Pharmacotherapy. Available from: <https://obesitycanada.ca/guidelines/pharmacotherapy/>
4. Obesity Canada. Clinical Practice Guidelines - Nutrition. Available from: <https://obesitycanada.ca/guidelines/nutrition/>
5. Lincoff AM. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. *N Engl J Med.* 2023;389(23):2221-32.
6. Macklin Method. Expectations. Available from: <https://practitioner.macklinmethod.com/>