

# Recommandations pour la prévention du gain pondéral et l'utilisation d'interventions comportementales et pharmacologiques dans la gestion du surpoids et de l'obésité chez les adultes en soins primaires

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs\*

■ Citation : *CMAJ* 2015. doi:10.1503/cmaj.140887

Voir aussi les articles de recherche sur *CMAJ Open*, [www.cmajopen.ca/content/2/4/E268](http://www.cmajopen.ca/content/2/4/E268) et [www.cmajopen.ca/content/2/4/E306](http://www.cmajopen.ca/content/2/4/E306)

\*La liste complète de tous les membres actuels du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est accessible à l'adresse <http://canadiantaskforce.ca/a-propos-du-gécssp/membres/?lang=fr>

La prévalence de l'obésité chez les adultes a augmenté partout dans le monde et a presque doublé au Canada, passant de 14 % en 1978–1979<sup>1</sup> à 26 % en 2009–2011,<sup>2</sup> 2 % des hommes et 5 % de femmes présentant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 40 (annexe 1, accessible en anglais ici : [www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.140887/-/DC1](http://www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.140887/-/DC1))<sup>3</sup>. Plus des deux tiers des hommes canadiens (67 %) et plus de la moitié des femmes canadiennes (54 %) sont en surpoids ou obèses, selon le poids mesuré<sup>2-4</sup>. L'excès de poids est un facteur de risque bien connu à l'égard de plusieurs maladies chroniques des plus répandues, comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète de type 2, l'arthrose et la dorso-lombalgie<sup>5</sup>.

Environ les deux tiers des adultes qui sont en surpoids ou obèses étaient des adolescents au poids santé, mais ils ont pris du poids à l'âge adulte (environ 0,5–1,0 kg tous les 2 ans en moyenne)<sup>6,7</sup>. Un gain pondéral graduel peut passer inaperçu jusqu'à l'apparition de problèmes de santé chez les personnes d'âge moyen. Toutefois, cette augmentation moyenne globale masque une variation substantielle dans la population, car certaines personnes maintiennent leur poids pendant de longues périodes, tandis que d'autres présentent des gains et des pertes notables. À l'heure actuelle, il est impossible de prédire les effets futurs du gain pondéral sur la santé au cours d'une vie.

Les causes de l'obésité sont complexes. Même si l'excès d'adiposité est au bout du compte le résultat d'un déséquilibre entre l'apport calorique et la dépense énergétique, de nombreux facteurs biologiques, comportementaux, sociaux et environnementaux interagissent avec cet équilibre. L'augmentation dramatique des cas d'obésité depuis les années 1970 pointe toutefois vers des causes principalement environnementales, qui pourraient répondre

## POINTS CLÉS

### Prévention du gain pondéral

- L'indice de masse corporelle est facile et peu coûteux à mesurer, et peut servir à suivre les changements pondéraux au fil du temps.
- Les interventions pour la prévention du gain pondéral chez l'adulte de poids normal ont des effets minimes et de courte durée.
- Certaines personnes dont le poids est normal peuvent néanmoins bénéficier d'interventions de prévention du gain pondéral, par exemple, celles qui présentent des facteurs de risque métaboliques, qui ont un tour de taille important ou des antécédents familiaux de diabète de type 2 ou de maladie cardiovasculaire.
- En ce qui concerne les adultes qui prennent du poids et qui sont motivés à effectuer des changements dans leur mode de vie, les cliniciens devraient envisager de leur offrir ou de les orienter vers des interventions de prévention pour empêcher la prise de poids supplémentaire.

### Traitement du surpoids et de l'obésité

- Les interventions (comportementales ou pharmacologiques) visant la perte de poids sont efficaces pour une réduction modeste du poids et du tour de taille.
- Même si la plupart des participants aux études sur la perte de poids reprennent une partie du poids perdu après l'intervention, le poids moyen repris est moindre chez les participants à l'intervention que chez les témoins.
- Chez les adultes exposés à un risque de diabète de type 2, les interventions axées sur la perte de poids retardent l'apparition du diabète de type 2.
- Les interventions comportementales sont l'option à privilégier, car leur rapport bénéfices-préjudices semble plus favorable que celui des interventions pharmacologiques.

à certaines interventions et mesures de prévention<sup>8,9</sup>. Les approches possibles incluent une vaste gamme d'options législatives et politiques, en plus de conseils en promotion de la santé visant le maintien d'un poids santé, l'augmentation de l'activité physique et une saine alimentation<sup>10</sup>. Les professionnels en soins primaires ont un rôle important à jouer dans la prévention et le traitement de l'obésité par l'entremise de services offerts aux patients.

Le surpoids ou l'obésité sont en général évalués au moyen de l'IMC. Les valeurs seuils d'IMC reconnues internationalement chez l'adulte sont les suivantes : insuffisance pondérale (< 18,5), poids normal (18,5–24,9), surpoids (25–29,9) et obésité ( $\geq$  30). La catégorie obésité se répartit ensuite, selon l'IMC, en classe I (30,0–34,9), classe II (35,0–39,9) et classe III ( $\geq$  40)<sup>11</sup>. La distribution des graisses corporelles est également un indicateur indépendant du risque pour la santé, et un tour de taille élevé est associé à un risque accru de maladie cardiovasculaire et de diabète de type 2<sup>12</sup>.

Les interventions axées sur le mode de vie (p. ex., thérapies comportementales et programmes axés sur l'alimentation et l'activité physique) sont les traitements de première intention chez la plupart des patients qui sont en surpoids ou obèses. La pharmacothérapie et la chirurgie sont des options pour les cas d'obésité plus graves. Une perte de poids de 5% est considérée cliniquement importante<sup>13</sup> car elle peut permettre d'améliorer de nombreux facteurs de risque cardiovasculaire (p. ex., hypertension artérielle, hyperglycémie et hyperlipidémie).

L'objectif de ces lignes directrices est de formuler des recommandations basées sur les données probantes concernant les interventions structurées visant à prévenir le gain de poids chez les adultes de poids normal et concernant les interventions comportementales et pharmacologiques visant la perte de poids pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez les adultes, y compris ceux qui sont exposés à un risque de diabète de type 2. Les stratégies visant à maintenir l'état de santé, comme l'augmentation de la forme physique, qui n'insistaient ou ne misaient pas sur la perte de poids, n'ont pas été passées en revue. La ligne directrice ne s'applique pas aux personnes qui ont un IMC de 40 ou plus, qui pourraient bénéficier de programmes bariatriques spécialisés. Ce document met à jour de précédentes lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs publiées en 1999 sur le traitement de l'obésité<sup>14</sup> et en 2006 sur la prévention de l'obésité<sup>15</sup>.

## Méthodologie

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est un comité indépendant de cliniciens et de méthodologistes qui formule des recommandations sur les interventions axées sur la prévention primaire et secondaire (<https://canadiantaskforce.ca/?lang=fr>). L'analyse de chaque ensemble de recommandations est dirigée par un groupe de travail composé de 2 à 6 membres du Groupe d'étude canadien. Chaque groupe de travail établit les questions de recherche et le cadre analytique pour la ligne directrice qui le concerne.

L'élaboration de ces recommandations a été dirigée par un groupe de travail composé de membres du Groupe d'étude canadien, en collaboration avec l'équipe scientifique de l'Agence de la

santé publique du Canada (les auteurs de la ligne directrice sont énumérés à la fin de l'article). Le groupe de travail a établi les questions de recherche et le cadre analytique ainsi que les résultats cliniquement pertinents pour les lignes directrices (annexe 2, accessible en anglais ici : [www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.140887/-/DC1](http://www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.140887/-/DC1)), qui ont été intégrés au protocole de recherche.

## Prévention du gain pondéral

Le Groupe d'étude canadien a tout d'abord élaboré un modèle analytique pour évaluer les effets du dépistage de l'obésité sur les issues cliniques; toutefois, aucune étude n'a été trouvée. Le Groupe d'étude canadien a ensuite pris la décision éclairée de revoir séparément la littérature sur la prévention et la littérature sur le traitement. Le Centre d'analyse et de synthèse des données probantes de l'Université McMaster a réalisé de manière indépendante la revue systématique sur laquelle ces recommandations se basent, conformément au protocole final révisé par des pairs (Prospero #CRD42012002753)<sup>16</sup>. L'interrogation a porté sur des essais randomisés et contrôlés (ERC) publiés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1980 et le 27 juin 2013, réalisés dans un contexte de soins primaires ou dans un contexte où des cliniciens de soins primaires pouvaient orienter leurs patients en consultation. Un expert clinique a été consulté tout au long du processus.

Après la revue des issues cliniques disponibles, le Groupe d'étude canadien a choisi de s'intéresser aux issues suivantes pour leur pertinence clinique et leur disponibilité : perte ou maintien du poids (c.-à-d., poids en kilogrammes, IMC, tour de taille, pourcentage total de graisse corporelle). Les issues secondaires incluait le cholestérol total, le cholestérol LDL (lipoprotéines de basse densité), la glycémie à jeun, l'incidence du diabète de type 2, la tension artérielle systolique et la tension artérielle diastolique (annexe 2).

Après la sélection initiale, trop peu d'ERC incluait des participants de poids normal. Le Centre d'analyse des données probantes a cependant recensé plusieurs ERC ayant pour but de prévenir le gain pondéral, mais les participants recrutés appartenaient à des populations de poids mixte (c.-à-d., poids normal, surpoids et obésité), ce qui est le reflet de la pratique clinique. Le Groupe d'étude canadien avait le choix entre rechercher des études observationnelles pour répondre à la première question clé (c.-à-d., les interventions de prévention en soins primaires [comportementales] chez les adultes de poids normal entraînent-elles une amélioration des issues cliniques ou préviennent-elles le gain pondéral à court ou à long terme, avec ou sans amélioration des issues physiologiques?), ou utiliser les données probantes tirées des ERC menés auprès de populations de poids mixte. Étant donné le risque de biais associé aux devis de recherche de moindre qualité, le Groupe d'étude canadien a décidé d'utiliser les données probantes indirectes tirées des ERC pour formuler ses recommandations.

La revue des données probantes s'est attardée uniquement aux essais interventionnels effectués dans des contextes transposables aux soins primaires au Canada, réalisables en soins primaires ou à la suite de demandes de consultation adressées par les soins primaires. Les programmes ou études émanant de milieux confessionnels, réalisés dans des centres spécialisés ou dans des maisons d'enseignement n'ont donc pas été passés en revue.

## Prise en charge du surpoids et de l'obésité

Les questions de recherche et le cadre analytique (annexe 2) s'inspirent de la revue des ERC relatifs à des interventions comportementales et pharmacologiques axées sur la perte de poids réalisée par le Preventive Services Task Force<sup>17</sup> des États-Unis. Le Centre d'analyse et de synthèse des données probantes de l'Université McMaster a étendu jusqu'à avril 2013<sup>17</sup> la mise à jour de l'interrogation effectuée en 2011 par le Preventive Services Task Force des États-Unis. Toutes les issues cliniques et les analyses ont été déterminées a priori. Le nombre d'études recensées était suffisant pour permettre une évaluation des issues principales : maintien ou perte de poids, et les issues secondaires : amélioration de la tension artérielle, de la glycémie, de la lipidémie et incidence du diabète de type 2. Un expert clinique a été consulté tout au long du processus.

Le Groupe d'étude canadien a utilisé le système GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) pour déterminer la qualité des données probantes et la force des recommandations (encadré no 1)<sup>18</sup>. Les recommandations ont été révisées et approuvées par le Groupe d'étude canadien dans son ensemble et ont été soumises à une revue externe par des experts du domaine et d'autres parties prenantes. Des renseignements supplémentaires sur la méthodologie utilisée par le Groupe d'étude canadien sont accessibles ailleurs<sup>19</sup>, notamment sur son site Web, à l'adresse [canadiantaskforce.ca/methods/methods-manual](http://canadiantaskforce.ca/methods/methods-manual).

## Recommandations

L'encadré 2<sup>12</sup> présente un sommaire des recommandations. Un sommaire du tableau décisionnel GRADE est présenté à l'annexe 3 (accessible en anglais ici : [www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.140887/-/DC1](http://www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.140887/-/DC1)), accompagné de tableaux détaillés fournis dans la revue des données probantes jointe<sup>16,22</sup>.

### Mesure de l'IMC

Ces recommandations s'appliquent à des adultes âgés de 18 ans et plus apparemment en bonne santé qui consultent en soins primaires. Les recommandations ne s'appliquent pas aux personnes qui souffrent de troubles alimentaires ni aux femmes enceintes. *Nous recommandons de mesurer la taille et le poids et de calculer l'IMC lors des consultations en soins primaires appropriées. (Forte recommandation; très faible qualité des données probantes)*

Aucune étude sur le dépistage des problèmes de poids en soins primaires n'a été identifiée. La mesure de la taille, du poids et le calcul de l'IMC sont néanmoins recommandés en raison de solides données probantes selon lesquelles les adultes ont tendance à surestimer leur taille et à sous-estimer leur poids<sup>23</sup>, et un nombre croissant de données probantes selon lesquelles l'estimation visuelle par les professionnels de la santé est également relativement imprécise<sup>24</sup>. Des mesures objectives sont donc nécessaires pour reconnaître les patients qui sont en insuffisance pondérale, en surpoids ou obèses. Il est également important de mesurer les trajectoires pondérales au fil du temps et d'intervenir si les patients développent un surpoids.

### Encadré 1 : Classification des recommandations

- Les recommandations sont classées selon l'approche GRADE<sup>18</sup>, qui prévoit 2 catégories de recommandations : fortes et faibles. La catégorie d'une recommandation dépend de la qualité des données probantes, du degré d'incertitude dans le rapport entre les effets désirables et les conséquences indésirables, du degré d'incertitude et de la variabilité dans les valeurs et préférences des patients, et du degré d'incertitude à savoir si l'intervention représente une utilisation judicieuse des ressources.
- Les fortes recommandations sont celles pour lesquelles le Groupe d'étude canadien est confiant que les effets désirables d'une intervention surpassent les conséquences indésirables (forte recommandation en faveur de l'intervention) ou que les conséquences indésirables d'une intervention surpassent les effets désirables (forte recommandation à l'encontre de l'intervention). Si une recommandation est jugée forte, on peut supposer que la mesure recommandée est la meilleure pour la plupart des gens. Les recommandations faibles sont celles pour lesquelles on considère que les effets désirables surpassent probablement les conséquences indésirables (faible recommandation en faveur d'une intervention) ou les conséquences indésirables surpassent probablement les effets désirables (faible recommandation à l'encontre d'une intervention), mais avec une incertitude marquée.
- Si une recommandation concernant une mesure préventive est jugée faible, on peut supposer que la plupart des gens souhaiteraient bénéficier de cette mesure, mais aussi que beaucoup ne le souhaiteraient pas. Pour les cliniciens, cela signifie qu'ils doivent reconnaître que différents choix seront appropriés selon les individus et qu'ils doivent aider chaque patient à prendre une décision thérapeutique concordant avec ses valeurs et ses préférences. L'adoption de politiques nécessitera de débats substantiels et la participation de parties prenantes de divers horizons. Les recommandations sont jugées faibles quand les effets désirables et les conséquences indésirables de l'intervention sont à peu près équivalents, quand la qualité des données probantes est faible ou quand il y a une grande variabilité dans les valeurs et préférences des patients.
- Les données probantes sont jugées de qualité élevée, moyenne, faible ou très faible, selon la probabilité que des recherches ultérieures modifient notre degré de confiance à l'endroit de l'effet estimé de l'intervention.

Remarque : GRADE = *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*.

Parmi les mesures cliniquement réalisables, l'IMC est la mesure de composition corporelle la plus étroitement associée à la mortalité<sup>25,26</sup>. Les associations diffèrent dans la population, et des seuils moindres ont été proposés pour certains groupes (p. ex., provenant d'Asie du Sud), mais l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres groupes internationaux continuent d'utiliser les seuils actuels<sup>27</sup>. Il faudra approfondir la recherche et mener d'autres consultations pour établir les seuils d'IMC appropriés pour les grands groupes raciaux et ethniques au Canada, y compris les populations autochtones<sup>28</sup>.

D'autres mesures acceptables de l'obésité ont été passées en revue ailleurs; elles incluent le tour de taille et le rapport taille-hanche<sup>28-30</sup>. Le tour de taille permet de classer de manière

## Encadré 2 : Synthèse des recommandations pour les cliniciens et les responsables des politiques

### Mesure de l'IMC

Cette recommandation s'applique aux adultes âgés de 18 ans et plus qui consultent en soins primaires. Elle ne s'applique pas aux personnes qui souffrent de troubles alimentaires ni aux femmes enceintes.

- Nous recommandons de mesurer la taille, le poids et de calculer l'IMC\* lors des visites en soins primaires appropriées†. (*Recommandation forte; données probantes de très faible qualité*)

### Prévention du gain pondéral

Cette recommandation s'applique aux adultes âgés de 18 ans et plus apparemment en bonne santé qui consultent en soins primaires. La recommandation ne s'applique pas aux personnes qui souffrent de troubles alimentaires ou qui sont en insuffisance pondérale ni aux femmes enceintes ou aux personnes qui sont en surpoids ou obèses (IMC  $\geq 25$ ).

- Nous déconseillons aux cliniciens d'offrir des interventions formelles structurées‡ axées sur la prévention du gain pondéral chez les adultes de poids normal§. Les adultes qui sont en surpoids ou obèses pourraient être candidats à un traitement axé sur la perte de poids. (*Recommandation faible; données probantes de très faible qualité*)

### Prise en charge du surpoids et de l'obésité

Ces recommandations s'appliquent aux adultes âgés de 18 ans et plus qui sont en surpoids ou obèses (IMC 25–39,9). Les femmes enceintes et les personnes qui présentent des problèmes de santé dans le cadre desquels une perte de poids est inappropriée sont exclues. Ces lignes directrices ne s'appliquent pas aux personnes qui ont un IMC de 40 ou plus, qui pourraient tirer profit de programmes bariatriques spécialisés.

- Pour les adultes obèses (IMC 30–39,9) exposés à un risque élevé de diabète¶, nous recommandons aux cliniciens d'offrir des interventions comportementales structurées‡ axées sur la perte de poids ou une référence en ce sens. (*Recommandation forte; données probantes de qualité moyenne*)
- Pour les adultes qui sont en surpoids ou obèses, nous recommandons aux cliniciens d'offrir des interventions comportementales structurées‡ axées sur la perte de poids. (*Recommandation faible; données probantes de qualité moyenne*)
- Pour les adultes qui sont en surpoids ou obèses, nous déconseillons aux médecins d'offrir systématiquement des interventions pharmacologiques (orlistat ou metformine) axées sur la perte de poids\*\*. (*Recommandation faible; données probantes de qualité moyenne*)

Remarque : IMC = indice de masse corporelle.

\*Les catégories d'IMC sont les suivantes : insuffisance pondérale (IMC < 18,5); poids normal (IMC 18,5–24,9); surpoids (IMC 25,0–29,9); obésité (IMC  $\geq 30$ ).

†Les visites en soins primaires appropriées incluent les visites pour un bilan de santé, les visites pour un renouvellement d'ordonnance et autres visites où le professionnel de la santé juge que l'intervention s'impose.

‡Les interventions structurées formelles sont des programmes de modification du comportement qui reposent sur plusieurs séances ou rencontres échelonnées sur quelques semaines ou mois. Les interventions examinées pour la prévention du gain pondéral ont inclus des interventions préventives comportementales axées sur l'alimentation, l'augmentation de l'exercice, l'adoption d'un meilleur mode de vie ou une combinaison de ces interventions. Elles pourraient être offertes dans des milieux de soins primaires ou des milieux permettant aux professionnels de soins primaires de référer les patients auprès de programmes privés ou communautaires crédibles. Les interventions recommandées pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité incluent des interventions comportementales intensives axées sur l'alimentation, l'augmentation de l'exercice, l'adoption d'un meilleur mode de vie ou une combinaison de ces interventions. Les interventions axées sur un meilleur mode de vie ont en général inclus : counseling, formation ou soutien ou modifications de l'environnement en plus de changements de l'activité physique ou de l'alimentation.

§Les cliniciens devraient faire preuve de jugement au moment de déterminer si certains individus peuvent tirer profit d'interventions de prévention du gain pondéral ou d'une référence en ce sens, par exemple, les patients présentant des facteurs de risque métabolique, un tour de taille important ou des antécédents familiaux de diabète de type 2 ou de maladie cardiovasculaire. Pour les adultes qui s'inquiètent de la prise de poids ou qui sont motivés à adopter un meilleur mode de vie, les médecins devraient aussi envisager d'offrir des interventions préventives ou une référence en ce sens et doivent aider chaque patient à arriver à une décision qui concorde avec ses valeurs et préférences.

¶Un risque élevé se définit par un risque de diabète de 33 % ou plus dans les dix années qui suivent<sup>12</sup>, qui peut être évalué au moyen des outils d'évaluation du risque CANRISK (*Canadian Diabetes Risk*) ou FINDRISK (*Finnish Type 2 Diabetes Risk Score*)<sup>20,21</sup>.

\*\*Le Groupe d'étude canadien a analysé l'utilisation de la metformine et de l'orlistat uniquement pour la perte de poids et non pour le traitement d'autres maladies, comme le diabète.

indépendante les individus dans une catégorie de risque supérieure à l'égard de maladies liées à l'obésité, particulièrement le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires<sup>31</sup>. Les tours de taille seuils varient selon les populations<sup>27</sup>.

On a prôné la classification et la description de l'obésité en fonction des problèmes de santé et du risque de mortalité associés (p. ex., avec l'Edmonton Obesity Staging System)<sup>32</sup>, mais il faudra attendre les résultats d'essais montrant des améliorations de la prise en charge et des issues cliniques en soins primaires avant de recommander l'utilisation à grande échelle d'un tel système.

Malgré ses limites, l'IMC a été retenu comme mesure à privilégier parce qu'il est peu coûteux et facile à réaliser (on n'a besoin que de la taille et du poids pour le calculer), aucune formation ni aucun équipement dédié ne sont requis, et on peut l'utiliser pour suivre les changements pondéraux au fil du temps. La revue des données probantes a cherché à mettre en lumière de possibles préjudices associés aux interventions de prévention, mais non spécifiquement au calcul de l'IMC.

Le but des contrôles de l'IMC est de surveiller le poids au fil du temps, de reconnaître les patients qui pourraient bénéficier d'une consultation auprès de programmes de gestion de l'obésité, et de catégoriser les patients selon leur risque cardiometabolique global. Par exemple, les recommandations actuelles pour le dépistage du diabète suggèrent d'utiliser ensemble l'IMC et le tour de taille pour estimer le risque d'un éventuel diabète de type 2<sup>12</sup>. Par conséquent, le Groupe d'étude canadien recommande le calcul de l'IMC, car il attribue une valeur relativement élevée à cette mesure peu coûteuse et facile à calculer, comportant des seuils largement acceptés, pour orienter les conseils en matière de prévention ou de gestion du gain pondéral.

### Prévention du gain pondéral

Ces recommandations s'appliquent aux adultes âgés de 18 ans et plus apparemment en bonne santé et de poids normal qui consultent en soins primaires. Les recommandations ne s'appliquent pas aux personnes qui souffrent de troubles alimentaires ni aux femmes enceintes, aux personnes qui ont une insuffisance pondérale (IMC < 18,5), qui sont en surpoids (IMC 25–29,9) ou obèses (IMC  $\geq 30$ ).

## Interventions

*Nous déconseillons aux cliniciens d'offrir des interventions formelles et structurées visant à prévenir le gain pondéral aux adultes de poids normal. (Faible recommandation; très faible qualité des données probantes).*

Une nouvelle revue systématique des ERC pertinentes en soins primaires comparant les interventions de prévention du gain pondéral à l'absence de traitement a été réalisée pour orienter les recommandations<sup>16</sup>. La revue systématique des interventions de prévention du gain pondéral n'a relevé qu'une seule étude<sup>33</sup>, publiée en 1988, sur une intervention axée sur la prévention du gain pondéral réalisée exclusivement chez des individus de poids normal ( $n = 219$ ) inscrits au Minnesota Heart Health Program. Au cours de l'étude d'une durée de 12 mois, 82 % des participants du groupe soumis à l'intervention (documentation et incitatif financier) ont maintenu leur poids ou en ont perdu, contre 56 % du groupe témoin, à qui les soins usuels ont été prodigués ( $p < 0,0001$ ). La différence moyenne de perte de poids entre les groupes a toutefois été minime (0,8 kg)<sup>33</sup>.

La revue a recueilli des données probantes provenant de 19 ERC qui portaient sur la prévention du gain pondéral dans des populations mixtes au niveau du poids (c.-à-d., populations adultes de poids normal, en surpoids et obèses) au moyen d'interventions axées sur le mode de vie, l'alimentation ou l'exercice, comparativement à l'absence d'interventions<sup>16</sup>. Les essais ayant recruté uniquement des personnes souffrant de problèmes de santé pouvant les prédisposer à un gain pondéral et à d'autres problèmes de santé associés (p. ex., ovaires polykystiques ou syndrome métabolique) ou qui présentaient des troubles alimentaires ont été exclus de la revue systématique. Les essais sur des interventions pharmacologiques et chirurgicales ont aussi été exclus parce qu'ils ne sont pas considérés comme pertinents pour la prévention du gain pondéral chez des individus de poids normal. Pour s'assurer que les essais incluaient des adultes de poids normal, le nombre ou le pourcentage de participants de poids normal devait être spécifié, ou au moins un groupe de l'étude devait avoir un IMC moyen au départ, ou un IMC moyen au départ moins un écart-type, se situant dans l'éventail des valeurs normales (18,5–24,9). La puissance statistique de la méta-analyse était probablement suffisante pour permettre d'évaluer l'issue clinique de la modification du poids ( $n = 48\,460$  avec toutes les études). Les interventions comportementales (qui incluaient généralement l'alimentation, l'exercice et d'autres éléments liés au mode de vie) s'échelonnaient sur des périodes allant de 3 à 12 mois jusqu'à 12 ans<sup>16</sup>.

Les méta-analyses ont montré que les participants soumis aux interventions n'ont pas pris de poids ou en ont pris moins que les témoins. Dans l'ensemble, les participants soumis aux interventions ont perdu 0,7 kg de plus, leur IMC a diminué de 0,2 de plus, ils ont perdu 1 cm additionnel de tour de taille et 1,3 % de leur masse grasse totale de plus comparativement aux témoins<sup>16</sup>.

On dispose de peu de données à long terme pour déterminer si la modification du poids se maintient une fois les interventions terminées. Une étude qui s'est penchée sur le maintien du poids à long terme après une intervention de promotion de l'activité physique en soins primaires a révélé que les changements de poids initiaux ne se sont pas maintenus 15 mois après l'intervention<sup>34</sup>.

Les réductions globales du cholestérol total, des LDL et de la glycémie à jeun ont été de 0,06, 0,06 et 0,04 mmol/L, respectivement; il s'agit d'effets statistiquement significatifs, mais cliniquement mineurs. On n'a observé aucune réduction statistiquement significative de la tension artérielle systolique ou diastolique. Les résultats regroupés des 2 études qui ont évalué l'incidence du diabète auprès d'importantes populations de poids mixte ( $n = 46\,537$ )<sup>35,36</sup> ne font état d'aucun effet des interventions de prévention de l'obésité sur l'incidence du diabète (risque relatif [RR] 0,95, intervalle de confiance [IC] 0,89–1,02). Trois études ont recruté des participants exposés à un risque élevé de maladie cardiovasculaire, tandis que les autres incluaient des participants exposés à un risque moyen, faible ou inconnu à l'égard de la maladie cardiovasculaire.

Les 19 ERC ont tous été considérés de très faible qualité et ont été rétrogradés en raison du risque de biais, du caractère indirect des données et des biais de publication (précisions fournies dans la revue des données probantes)<sup>16</sup>. Le caractère indirect des données probantes tient au fait que pour 16 des 19 études, l'IMC de base moyen se trouvait dans l'éventail des valeurs correspondant au surpoids ou à l'obésité, et dans 14 études, les participants des 2 groupes, traité et témoin, ont présenté de modestes pertes de poids. Rien n'indiquait que les patients présentant des caractéristiques différentes au départ (âge, sexe, risque cardiovasculaire ou IMC) répondaient différemment aux interventions<sup>16</sup>.

Même si le but des études passées en revue était d'éviter le gain pondéral, et à cet égard, le fait que les participants soumis à l'intervention n'aient pas pris de poids est pertinent, la très faible qualité des études recensées et leur incertaine applicabilité aux populations de poids normal posent des limites substantielles. Aucune donnée probante ne faisait état du moindre préjudice associé à ces interventions préventives<sup>16</sup>. On disposait de données probantes insuffisantes pour déterminer les valeurs et préférences des patients au sujet des interventions de prévention du gain pondéral<sup>16</sup>.

Au moment de formuler cette recommandation, qui déconseille d'offrir systématiquement des interventions de prévention du gain pondéral ou d'y référer les individus de poids normal, le Groupe d'étude canadien a soigneusement soupesé les données probantes sur l'efficacité limitée, le rapport bénéfices-préjudices potentiels et l'affectation éventuelle des ressources, comme le résume le tableau décisionnel concernant les interventions préventives contre le gain pondéral (annexe 3).

Cette recommandation accorde une valeur relativement élevée à l'importance de démontrer un clair bénéfice net avant de recommander des programmes de prévention du gain pondéral pour la population générale. Les principales préoccupations concernaient l'absence de données probantes sur une prévention cliniquement significative du gain pondéral à court terme, sur le maintien du poids à long terme et sur l'efficacité des interventions préventives, spécifiquement chez des populations de poids normal (comparativement à des populations mixtes au niveau du poids, chez qui les bénéfices peuvent différer). Cette recommandation accorde une valeur relativement faible à la possibilité non avérée que les programmes de prévention de l'obésité offerts à une population de poids normal puissent réduire le risque d'obésité à long terme chez ce groupe.

Toutefois, le Groupe d'étude canadien a formulé une recommandation faible parce que les professionnels de la santé devraient faire preuve de jugement et déterminer si certains adultes de poids normal peuvent néanmoins bénéficier d'interventions de prévention du gain pondéral ou d'une référence en ce sens. Les individus les plus susceptibles de tirer profit de ce type de référence incluent ceux qui sont exposés à un risque plus élevé d'obésité ou de ses conséquences (p. ex., diabète de type 2 ou maladie cardiovasculaire), et ceux qui sont fortement motivés à éviter le gain pondéral.

### Traitement du surpoids et de l'obésité

Les recommandations s'appliquent aux adultes âgés de 18 ans et plus qui sont en surpoids ou obèses (IMC 25–39,9). Les femmes enceintes et les personnes qui ont des problèmes de santé dans le cadre desquels une perte de poids est inappropriée sont exclues.

#### Adultes exposés à un risque élevé de diabète

*Pour les adultes obèses (IMC 30–39,9) exposés à un risque élevé de diabète de type 2, nous recommandons aux cliniciens d'offrir des interventions comportementales structurées axées sur la perte de poids ou une référence en ce sens. Les interventions structurées sont des programmes intensifs de modification du comportement qui reposent sur plusieurs séances échelonnées sur quelques semaines ou mois. Les interventions recommandées incluent des interventions comportementales axées sur des changements visant l'alimentation, l'exercice et le mode de vie, seuls ou en association. Les changements au mode de vie incluent counselling, formation ou soutien ou changements de l'environnement en plus de changements de l'activité physique ou de l'alimentation. (Recommandation forte; données probantes de qualité moyenne)*

Des différences dans les issues cliniques liées au poids entre les groupes à risque n'ont été mises en évidence que dans les études ayant inscrit des participants à risque élevé à l'égard du diabète de type 2, défini par une glycémie indiquant une intolérance au glucose avant l'étude ( $n = 6$  études) ou au moyen d'outils validés d'évaluation du risque indiquant un risque élevé de diabète ( $n = 1$  étude). Les participants soumis aux interventions étaient moins susceptibles de recevoir un diagnostic de diabète de type 2 de novo (11 % d'incidence) que les témoins (20 %; RR 0,6, IC de 95 % 0,4 à 0,7; réduction du risque absolu 8,9 %). L'une des plus vastes études a montré que le risque de diabète restait de 34 % inférieur (IC de 95 % 24 à 42) avec une modification intensive du mode de vie, comparativement aux groupes témoins, durant un volet de prolongation à long terme (10 ans) de l'étude<sup>37</sup>.

#### Interventions comportementales

*Pour les adultes qui sont en surpoids ou obèses, nous recommandons aux cliniciens d'offrir des interventions comportementales structurées axées sur la perte de poids ou une référence en ce sens. Les interventions structurées ont été définies dans la recommandation précédente. (Recommandation faible; données probantes de qualité moyenne)*

Les méta-analyses d'essais ayant porté sur des interventions comportementales (p. ex., alimentation, exercice ou mode de vie) ont révélé que les participants soumis aux interventions (IMC moyen au départ 31–32) ont perdu en moyenne 3,1 kg de plus que

les participants des groupes témoins (IC de 95 % –3,9 à –2,4), leur IMC a diminué de 1,09 de plus (IC de 95 % –1,4 à –0,8), leur tour de taille a diminué de 3,05 cm de plus (IC de 95 % –3,9 à –2,2), et ils étaient plus susceptibles que les témoins de perdre 5 % ou plus (nombre de sujets à traiter [NST] 9; RR 1,8, IC à 95 % 1,4 à 2,3) et 10 % ou plus (NST 12; RR 2,0, IC de 95 % 1,3 à 3,2) de leur poids corporel total<sup>22</sup>. Les participants soumis aux interventions ont aussi obtenu des réductions significativement plus importantes (quoique cliniquement mineures) de leur taux de cholestérol total, de cholestérol LDL et de glycémie à jeun, de même que de leur tension artérielle systolique et diastolique, comparativement aux témoins (tableau 1). Aucun essai n'a fait état de la mortalité globale ou de l'incidence de maladies, à l'exception du diabète de type 2.

Les essais inclus dans les méta-analyses pour cette recommandation incluaient des participants atteints ou non de diabète et d'autres maladies chroniques. Par conséquent, la recommandation s'applique à toutes les populations, à l'exception de celles qui sont exposées à un risque élevé de diabète de type 2. Les personnes exposées à un risque élevé de diabète de type 2 font l'objet d'une recommandation distincte.

Dans une analyse stratifiée selon le type d'intervention comportementale, la participation à des interventions alimentaires seulement ( $n = 8$  études), alimentaires + exercice ( $n = 10$  études) et mode de vie ( $n = 17$  études) ont donné lieu à des réductions plus marquées du poids de 4,7 kg (IC de 95 % –6,2 à –3,2), 3,8 kg (IC de 95 % –5,5 à –2,2) et 2,5 kg (IC de 95 % –3,5 à –1,5), respectivement, comparativement aux témoins<sup>22</sup>. L'exercice seul ( $n = 4$  études) n'a pas été associé à la perte de poids. L'analyse des sous-groupes selon la durée de l'intervention n'a révélé aucune différence liée à la durée.

**Tableau 1 : Effet des interventions sur les issues cliniques primaires et secondaires comparativement aux témoins<sup>22</sup>**

Issues	Interventions; différence moyenne (IC de 95 %)	
	Comportementales	Pharmacologiques
<b>Issues primaires</b>		
Poids, kg	–3,13 (–3,88 à –2,38)	–2,89 (–,49 à –2,29)
IMC	–1,09 (–1,43 à –0,75)	–1,27 (–1,82 à –0,72)
Tour de taille, cm	–3,05 (–3,86 à –2,24)	–2,29 (–3,04 à –1,55)
<b>Issues secondaires</b>		
Cholestérol total, mmol/L	–0,10 (–0,18 à –0,03)	–0,33 (–0,42 à –0,24)
Cholestérol LDL, mmol/L	–0,14 (–0,29 à –0,00)	–0,28 (–0,38 à –0,19)
Glycémie à jeun, mmol/L	–0,14 (–0,23 à –0,05)	–0,43 (–0,66 à –0,20)
Tension artérielle systolique, mm Hg	–1,76 (–2,61 à –0,91)	–1,70 (–2,28 à –1,13)
Tension artérielle diastolique, mm Hg	–1,60 (–2,27 à –0,93)	–1,24 (–1,88 à –0,61)
Remarque : IC = intervalle de confiance, IMC = indice de masse corporelle, LDL = lipoprotéines de basse densité.		

La prévention du gain pondéral a été proposée comme stratégie de rechange pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité. Les résultats de la revue du Groupe d'étude canadien visant à orienter ses recommandations pour la prévention de l'obésité sont pertinents pour quiconque s'intéresse aux stratégies de prévention du gain pondéral<sup>38</sup>. Malgré l'absence de données probantes attestant d'un bénéfice net clair, certains adultes qui sont en surpoids ou obèses peuvent néanmoins tirer profit d'interventions axées sur la prévention du gain pondéral ou de références en ce sens.

Aucune étude sur des préjudices significatifs associés aux interventions comportementales n'a été identifiée. Aucune différence significative quant à la fréquence de toute conséquence indésirable, des conséquences indésirables graves ou des abandons dus à des conséquences indésirables n'a été signalée entre les groupes soumis aux interventions et les témoins<sup>22</sup>.

### Interventions pharmacologiques

*Pour les adultes qui sont en surpoids ou obèses, nous déconseillons aux cliniciens d'offrir systématiquement des interventions pharmacologiques (orlistat ou metformine) axées sur la perte de poids. (Recommandation faible; données probantes de qualité moyenne)*

Tous les patients des essais de la revue systématique ont bénéficié d'interventions axées sur l'alimentation ou l'exercice, ceux des groupes expérimentaux recevant aussi de la metformine ou de l'orlistat, et les groupes témoins un placebo<sup>22</sup>.

La méta-analyse a montré que les participants des groupes expérimentaux ont perdu 2,9 kg de plus (IC de 95 % -3,5 à -2,3), leur IMC a diminué de 1,3 de plus (IC de 95 % -1,8 à -0,7), leur tour de taille a diminué de 2,3 cm additionnels (IC de 95 % -3,0 à -1,6), et ils étaient plus susceptibles de perdre 5 % ou plus (NST 4; RT 1,8, IC de 95 % 1,6 à 2,) et 10 % ou plus (NST 8; RR 1,9, IC de 95 % 1,7 à 2,2) de leur poids corporel total au départ comparativement aux témoins (tableau 1). L'IMC moyen au départ était de 34-36 pour les patients des essais pharmacologiques. La metformine ( $n = 2$  études) et l'orlistat ( $n = 15$  études) ont été efficaces<sup>22</sup>. Les participants des groupes expérimentaux ont également obtenu des réductions significativement plus marquées de leurs taux de cholestérol, de cholestérol LDL, de glycémie à jeun, de même que de leur tension artérielle systolique et diastolique comparativement aux groupes témoins (tableau 1)<sup>22</sup>.

Trois études sur des interventions pharmacologiques et comportementales combinées ont examiné l'incidence du diabète de type 2. Les participants du groupe soumis aux interventions étaient moins susceptibles de recevoir un diagnostic de diabète de type 2 de novo (RR 0,7, IC de 95 % 0,6 à 0,9; réduction du risque absolu 3,6 %) comparativement aux participants des groupes témoins<sup>22</sup>.

Plusieurs préoccupations ont poussé le Groupe d'étude canadien à déconseiller l'utilisation systématique des traitements pharmacologiques pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité. Les participants soumis aux interventions dans les essais pharmacologiques étaient plus susceptibles de manifester des conséquences indésirables (nombre nécessaire pour nuire [NNN] 10), des effets gastro-intestinaux (NNN 5) et d'abandonner en raison de problèmes digestifs et autres (NNN 32), comparativement aux sujets des groupes témoins<sup>22</sup>.

La plupart des études ont inclus une période de pré-inclusion durant laquelle les participants devaient réduire leur apport calorique et étaient encouragés à accroître leur degré d'activité physique. Dans certains cas, les patients candidats au traitement ont été stratifiés selon la perte de poids obtenue durant la période de pré-inclusion. La plupart des études n'ont pas fourni de données sur la proportion des participants exclus des essais après ces périodes de pré-inclusion et, par conséquent, on peut douter de l'applicabilité de la mesure à la population générale.

Finalement, tous les groupes témoins ont bénéficié d'une forme d'intervention comportementale. Compte tenu de ces préoccupations et des préjudices identifiés, le Groupe d'étude canadien déconseille les interventions pharmacologiques pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité. Toutefois, le traitement pharmacologique peut être justifié dans certains cas. Les médecins devront tenir compte des bénéfices et préjudices potentiels au moment de conseiller les patients qui pourraient tirer profit de l'ajout d'un traitement pharmacologique aux interventions comportementales (p. ex., individus exposés à un risque de diabète, ou extrêmement motivés à perdre du poids et moins soucieux des préjudices potentiels). Comme avec les interventions comportementales, les valeurs, les préférences, les expériences personnelles et le soutien social seront les principaux facteurs pour déterminer au cas par cas quelles interventions conviendront le mieux aux patients.

### Maintien du poids

Deux études sur des interventions comportementales et 4 sur des interventions pharmacologiques et comportementales combinées ont fait état de l'issue clinique du maintien du poids<sup>22</sup>.

Une partie du poids perdu a souvent été repris, mais les participants des 2 études sur des interventions comportementales ont repris moins de poids (différence moyenne -1,6, IC de 95 % -3,1 à -0,02, kg) que les témoins. Pour les 4 interventions axées sur le maintien du poids qui utilisaient l'orlistat, on n'a observé aucun effet sur le maintien du poids en kg avec orlistat comparativement aux témoins (différence moyenne -1,4, IC de 95 % -2,9 à 0,08, kg). Les interventions de maintien à l'aide de l'orlistat ont donné lieu à une amélioration du maintien d'une perte de poids de 5 % ou plus, mais non de 10 % ou plus; cette issue clinique n'a pas été analysée lors des essais comportementaux. Les résultats concordent avec d'autres estimations présentées dans la littérature scientifique<sup>37</sup>. À l'heure actuelle, on s'attend à ce que les patients aient besoin d'encouragement continu pour conserver un mode de vie sain, tout en acceptant une certaine reprise de poids.

### Rapport bénéfices-préjudices

Le Groupe d'étude canadien accorde une plus grande valeur aux données probantes concernant la perte de poids à court terme sans préjudice important et aux améliorations de certaines issues cliniques secondaires associées aux interventions comportementales. Compte tenu du nombre important d'études arrivant aux mêmes résultats, on ne s'attend pas à ce que de nouvelles études sur les interventions comportementales arrivent à des résultats substantiellement différents. La recommandation est faible en raison des données probantes limitées sur

l'efficacité à long terme des interventions sur les indicateurs de santé. Par exemple, on ne dispose d'aucune donnée sur certaines issues cliniquement pertinentes, comme la mortalité.

Le Groupe d'étude canadien déconseille les interventions pharmacologiques pour gérer le surpoids et l'obésité, même si certains patients peuvent préférer prendre des médicaments et être de bons candidats au traitement pharmacologique. À noter, toutes les interventions pharmacologiques de notre revue incluaient aussi un volet comportemental et par conséquent, la pharmacologie seule (sans intervention comportementale) pourrait ne pas être aussi efficace.

Si un traitement est instauré, les patients doivent savoir que l'ampleur prévue de la perte de poids moyenne est modeste (environ 3 kg), quoiqu'un tel changement puisse être cliniquement significatif, surtout chez ceux qui sont exposés à un risque plus élevé à l'égard des complications de l'obésité. Chez les patients à risque de diabète de type 2, la possibilité de retarder le déclenchement de la maladie est bénéfique et suffisante pour que le Groupe d'étude canadien formule une forte recommandation.

## Considérations relatives à la mise en œuvre des recommandations

Le Groupe d'étude canadien a conçu des outils pour aider les praticiens à interpréter ces recommandations pour leurs patients; ils sont accessibles ici : [canadiantaskforce.ca](http://canadiantaskforce.ca). Le Groupe d'étude canadien a effectué des tests rigoureux de convivialité pour élaborer des outils d'application des connaissances complémentaires destinés aux cliniciens. Tous les outils tiennent compte des commentaires de cliniciens. Ils n'ont pas été formellement testés dans la pratique.

## Valeurs et préférences des patients

Pour les adultes de poids normal qui s'inquiètent d'un gain pondéral ou qui sont motivés à adopter un meilleur mode de vie, les cliniciens devraient discuter avec eux des données probantes selon lesquelles il y a un bénéfice minime à court terme à utiliser des interventions de prévention du gain pondéral et ils devraient aider chacun à prendre une décision en accord avec ses propres valeurs et préférences. Les modifications au mode de vie axées uniquement sur l'augmentation du degré d'activité physique ou sur l'amélioration de la qualité de vie n'ont pas été incluses dans les essais analysés mais, selon un nombre croissant de données probantes, la forme physique modifie le lien entre poids corporel et mortalité<sup>38</sup>.

La revue des données probantes sur le traitement du surpoids et de l'obésité a fourni des renseignements limités sur les valeurs et les préférences des patients à l'égard du traitement<sup>22</sup>. Brown et Gould<sup>40</sup> ont entrepris une revue systématique des études qualitatives ayant porté sur les perceptions, les expériences, les contextes et les influences chez des adultes confrontés à une problématique de gestion du poids ou qui songent à la prendre en charge. Les auteurs ont identifié divers facteurs qui pourraient influencer la décision de s'engager à perdre du poids, y compris : identité culturelle, réactions à la stigmatisation suscitée par

l'obésité, expériences passées en matière de perte de poids, facteurs de motivation et obstacles personnels, soutien social et ressources pratiques<sup>40</sup>. Une autre revue<sup>41</sup> a décrit les mêmes facteurs de motivation en ce qui concerne les programmes de gestion du poids (p. ex., problèmes de santé, préparation mentale, perception de soi et image corporelle, expériences passées positives). Certains facteurs socioculturels pourraient être des facilitateurs ou des obstacles, selon les individus et la culture, et les tentatives de gestion du poids étaient influencées par les attentes vis-à-vis une telle démarche. Une majorité de participants des 2 revues étaient des femmes, les résultats pourraient donc ne pas s'appliquer aux hommes.

## Évaluation de l'IMC et du risque pour la santé

Les cliniciens devraient faire preuve de jugement clinique au moment de décider de la fréquence à laquelle les patients devraient avoir une évaluation de leur poids et de leur état de santé.

Nous recommandons un outil d'évaluation des risques non effractif et validé (p. ex., CANRISK [*Canadian Diabetes Risk*]<sup>20</sup> ou FINRISC [*Finnish Type 2 Diabetes Risk Score*]<sup>21</sup>) pour calculer le risque de diabète de type 2 chez les patients qui sont en surpoids ou obèses, conformément aux recommandations concernant le dépistage<sup>12</sup>. (Ces outils sont accessibles aux adresses [www.publichealth.gc.ca/CANRISK](http://www.publichealth.gc.ca/CANRISK) et [canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2012-type-2-diabetes/clinician-findrisc](http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2012-type-2-diabetes/clinician-findrisc), respectivement.) Les directives actuelles concernant le dépistage du diabète préconisent une évaluation des risques tous les 3 à 5 ans chez les personnes exposées à un risque élevé de diabète dans les 10 années qui suivent<sup>12</sup>.

## Interventions pour le surpoids et l'obésité

Les cliniciens devraient connaître les obstacles à l'adoption des interventions axées sur la perte de poids, tels que les attentes irréalistes, la faim, le niveau de connaissances ou d'habiletés, les facteurs socioculturels, les problèmes psychologiques, les expériences passées de stigmatisation et les facteurs environnementaux<sup>22,40,41</sup>. Les patients qui ont essayé des interventions comportementales sans succès pourraient tirer profit d'une approche axée davantage sur l'adoption d'un meilleur mode de vie, par exemple, la promotion de l'activité physique et la prévention du gain pondéral<sup>16,22</sup>.

Les interventions les plus efficaces se sont révélées très hétérogènes en ce qui concerne la profession des intervenants, la durée et le format. Par conséquent, il est impossible de recommander un programme spécifique; toutefois, les interventions comportementales efficaces avaient tendance à durer plus de 12 mois, et incluaient un volet alimentation ou exercice et des éléments liés au mode de vie, en plus d'inclure des séances de groupe et individuelles<sup>11,22</sup>. Ces interventions conviennent probablement aux patients qui sont déjà disposés et aptes à améliorer substantiellement leur mode de vie. Une méta-analyse distincte de 24 interventions pragmatiques liées au mode de vie pour la prévention du diabète a fait état de pertes de poids moyennes de 2,1 kg<sup>42</sup>, environ les deux tiers de celles obtenues dans le cadre des études analysées pour l'élaboration de la présente ligne directrice.

## Autres considérations

Selon des données probantes, il existe un lien entre l'obésité et le statut socioéconomique et d'autres paramètres connexes, comme le niveau de scolarité et le revenu<sup>43</sup>. Une étude en particulier s'est penchée sur la variation du lien entre IMC et revenu dans les provinces canadiennes et a laissé entendre que ce lien pourrait subir l'influence de l'accessibilité, du prix des aliments et du taux d'imposition sur le revenu selon les régions<sup>44</sup>. La revue systématique concernant le traitement du surpoids et de l'obésité a indiqué que la prévalence de l'obésité au Canada est plus élevée dans certains segments de la population<sup>30</sup>. Elle est plus élevée chez les peuples autochtones que dans le reste de la population, chez les personnes canadiennes de race blanche que chez les personnes provenant de minorités visibles, et chez les non-immigrants que chez les nouveaux arrivants (< 10 ans au Canada). Par conséquent, même si les cliniciens de soins primaires ont un rôle important à jouer dans la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité, une solution multisectorielle est requise pour faire face à l'épidémie d'obésité.

La plupart des études de la revue systématique concernant le traitement du surpoids et de l'obésité ont été réalisées en Europe ( $n = 31$ ) ou aux États-Unis ( $n = 26$ )<sup>22</sup>. Le Groupe d'étude canadien considère ces résultats applicables à la population canadienne. Les contextes d'intervention pour le surpoids et l'obésité étaient diversifiés, notamment en soins primaires, dans la communauté, à domicile et dans de multiples milieux. Le contexte local (c.-à-d., accessibilité en régions urbaines ou rurales, communautés nordiques) doit entrer en ligne de compte au moment d'aborder les interventions comportementales ou pharmacologiques avec les patients.

## Indicateurs de performance suggérés

Compte tenu des limites des données probantes, aucun indicateur de performance n'a été développé pour les interventions de prévention du gain pondéral chez les adultes de poids normal.

Les indicateurs de performance en ce qui concerne la gestion du surpoids et de l'obésité incluent la proportion d'adultes souffrant de surpoids ou d'obésité (en particulier à risque de diabète), chez qui les interventions de perte de poids sont offertes ou abordées, qui participent à des programmes structurés et qui obtiennent une perte de poids. Dans les études passées en revue, 20 % ont obtenu une perte de poids de 5 %, et 11 % une perte de poids de 10 %<sup>22</sup>.

## Incidences économiques

Étant donné le manque de données probantes directes concernant la prévention, le Groupe d'étude canadien n'a pas évalué les incidences économiques des interventions de prévention du gain pondéral en détail. Le Groupe d'étude canadien est également préoccupé par l'intensité des interventions efficaces. Une évaluation qualitative des interventions efficaces pour la prévention du gain pondéral a conclu qu'elles avaient tendance à être de longue durée ( $\geq 12$  mois), impliquaient un contact personnel avec les dispensateurs dans le cadre de séances individuelles et dans certains cas, de séances de groupe, et incluaient

souvent un volet exercice, en plus de séances multiples, ce qui implique un engagement substantiel de la part des professionnels de la santé et des patients.

Nous n'avons pas non plus tenu compte des incidences économiques des interventions de perte de poids en présence de surpoids et d'obésité, mais nous avons interrogé la littérature scientifique au sujet des incidences sur les ressources. Notre revue de la littérature disponible a révélé que les adultes atteints d'obésité présentent des taux plus élevés d'utilisation des services de santé<sup>22</sup>, et les données disponibles sont discordantes en ce qui concerne le rapport coût-efficacité des interventions comportementales concernant l'obésité. Aucune étude de modélisation canadienne n'a porté sur les coûts et les effets à long terme.

## Autres lignes directrices

La dernière ligne directrice sur la prévention de l'obésité du Groupe d'étude canadien remonte à 2006<sup>15</sup>. À cette époque, le Groupe d'étude canadien recommandait des séances de counselling individuel et en petits groupes favorisant une alimentation à faible teneur en calories ou en graisses afin de prévenir l'obésité, ou un programme structuré intensif, individuel ou de groupe, d'exercices d'endurance pour prévenir l'obésité. Les recommandations précédentes se fondaient sur les données probantes de 12 études<sup>15</sup>, tandis que les recommandations actuelles se fondent sur une nouvelle revue de 26 études, dont 2 seulement étaient incluses dans la revue de 2006. Malgré le fait que différentes études ont été incluses dans la nouvelle revue, les recommandations actuelles se fondent sur des données probantes similaires : les études incluaient des participants appartenant à des groupes mixtes au niveau du poids (c.-à-d., poids normal, surpoids et obésité). Dans le cas des individus souffrant de surpoids ou obèses, l'intervention pouvait être considérée comme un traitement et non comme de la prévention. La nouvelle méthodologie du Groupe d'étude canadien<sup>45</sup> (GRADE<sup>18</sup>) rappelle le caractère indirect des données probantes et les limites de ce type de données. Au moment d'élaborer les nouvelles lignes directrices, le Groupe d'étude canadien a accordé une grande valeur à l'absence de données probantes de bonne qualité démontrant l'efficacité des interventions préventives dans la population de poids normal (annexe 3) et par conséquent, en est arrivé à des conclusions différentes en ce qui concerne ses recommandations pour la prévention du gain pondéral.

Le tableau 2 présente les recommandations d'autres groupes sur la prévention du gain pondéral. Le Preventive Services Task Force des États-Unis ne formule pas de lignes directrices sur la prévention de l'obésité et fonde ses recommandations pour le dépistage de l'obésité sur des données probantes indirectes quant à l'efficacité des interventions thérapeutiques<sup>46</sup>. Le National Institute for Health and Clinical Excellence du Royaume-Uni<sup>47</sup> recommande une saine alimentation et une augmentation de l'activité physique pour améliorer la santé générale des individus, tandis que le Groupe d'étude canadien n'a pas analysé la saine alimentation et l'activité physique à

**Tableau 2 : Sommaire des recommandations sur la prévention du gain pondéral chez des adultes de poids normal et sur le traitement du surpoids et de l'obésité au Canada et ailleurs**

Groupe chargé des lignes directrices	Recommandation
<b>Prévention du gain pondéral</b>	
GECSSP (2015)	Nous déconseillons aux professionnels d'offrir des interventions formelles et structurées* visant la prévention du gain pondéral chez les adultes de poids normal.
GECSSP (2006) <sup>15</sup>	Données probantes insuffisantes pour recommander ou déconseiller des programmes préventifs contre la maladie cardiovasculaire à l'échelle des collectivités afin de prévenir l'obésité. Données probantes acceptables en faveur de séances de counselling intensives individuelles ou en petits groupes axées sur une alimentation à faible teneur en calories et pauvre en matières grasses afin de prévenir l'obésité. Données probantes acceptables appuyant la recommandation d'un programme structuré intensif, individuel ou de groupe, d'exercices d'endurance pour prévenir l'obésité. Données probantes insuffisantes pour recommander un programme d'exercices de musculation pour prévenir l'obésité. Données probantes acceptables appuyant la recommandation d'un programme intensif, individuel ou en petits groupes, d'interventions combinées axées sur un régime alimentaire à faible teneur en calories et pauvre en matières grasses et des exercices d'endurance pour prévenir l'obésité. Données probantes acceptables à l'encontre des interventions de faible intensité avec soutien téléphonique ou par courriel, ou incitatifs financiers dans le but de promouvoir une alimentation à faible teneur en calories et pauvre en matières grasses et des exercices d'endurance comme moyens de prévenir l'obésité.
USPSTF (2012) <sup>46</sup>	Aucune recommandation pour la prévention; dépistage de l'obésité chez tous les adultes.
NICE (2010) <sup>47</sup>	Chaque personne devrait viser le maintien ou l'atteinte d'un poids santé pour améliorer son état de santé et réduire le risque de maladies associées au surpoids et à l'obésité; les personnes devraient adopter les stratégies susceptibles de faciliter le maintien d'un poids santé en équilibrant apport calorique et dépense énergétique.
SIGN (2010) <sup>48</sup>	Il faut conseiller aux personnes qui consultent pour la gestion du poids de réduire leur apport en aliments hypercaloriques en choisissant plutôt des aliments hypocaloriques et en réduisant leur consommation de nourriture rapide et d'alcool. Les personnes qui consultent pour la gestion du poids devraient être encouragées à bouger et à combattre la sédentarité, y compris le temps passé devant la télé.
Obésité Canada (2007) <sup>49</sup>	Recommander des programmes qui allient alimentation à faible teneur en calories et pauvre en matières grasses et exercices d'endurance; séances de counselling individuel et en petits groupes pour les interventions alimentaires; données probantes insuffisantes en ce qui concerne les interventions dans la collectivité axées sur la réduction du risque de maladie cardiovasculaire.
<b>Traitement du surpoids et de l'obésité</b>	
GECSSP (2015)	Offrir des interventions comportementales formelles structurées ou référer à des ressources en ce sens axées sur la réduction du poids chez les adultes qui sont en surpoids ou obèses. Ne pas recommander d'interventions pharmacologiques.
GECSSP (1999) <sup>14</sup>	Données probantes insuffisantes pour recommander des traitements axés sur la perte de poids chez les adultes obèses exempts de maladies liées à l'obésité; pour les adultes obèses souffrant de maladies liées à l'obésité, une réduction du poids est recommandée.
National Health and Medical Research Council (Australie) (2013) <sup>50</sup>	Pour les adultes qui sont en surpoids ou obèses, recommander fortement des changements au mode de vie, y compris une alimentation à teneur calorique réduite, une augmentation de l'activité physique et des mesures de soutien pour les changements comportementaux. Chez les adultes ayant un IMC > 27, ou les adultes ayant un IMC > 27 et des comorbidités, l'orlistat peut être envisagé comme traitement d'appoint aux interventions liées au mode de vie, au cas par cas.
USPSTF (2012; 2014) <sup>46,51</sup>	Faire un dépistage de l'obésité chez tous les adultes; offrir aux patients ayant un IMC > 30, des interventions comportementales multimodales ou une référer à des ressources en ce sens. Offrir aux adultes qui sont en surpoids ou obèses et qui ont des facteurs de risque additionnels à l'égard de la maladie cardiovasculaire des interventions de counselling comportementales intensives pour promouvoir une saine alimentation et la pratique d'activités physiques afin de prévenir la maladie cardiaque.
NICE (2010) <sup>47</sup>	Les interventions multimodales sont le traitement de choix. Les programmes de maintien du poids devraient inclure des stratégies de changements comportementaux afin d'accroître l'activité physique et de réduire la sédentarité, promouvoir une saine alimentation et réduire l'apport énergétique. Le traitement pharmacologique devrait être envisagé uniquement après que l'on ait débuté et évalué les approches axées sur l'alimentation l'exercice et les comportements
SIGN (2010) <sup>48</sup>	Les programmes de gestion du poids devraient inclure l'activité physique, les changements alimentaires et comportementaux. L'orlistat peut être envisagé comme traitement d'appoint aux interventions liées au mode de vie pour la prise en charge de la perte de poids après évaluation des risques et préjudices.
Obésité Canada (2007) <sup>49</sup>	Recommander une alimentation à faible teneur énergétique, la pratique régulière d'exercices et une intervention globale liée au mode de vie. Pharmacothérapie chez les adultes qui n'obtiennent pas ou n'arrivent pas à obtenir une perte de poids au moyen de l'alimentation et de la pratique d'exercices.

Remarque : GECSSP = Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, IMC = indice de masse corporelle, NICE = National Institute for Health and Clinical Excellence (R.-U.), SIGN = Scottish Intercollegiate Guideline Network, USPSTF = U.S. Preventive Services Task Force.

\*Les interventions formelles et structurées sont des programmes de modification du comportement qui reposent sur plusieurs séances ou interactions échelonnées sur des semaines ou des mois. Les interventions analysées incluent les interventions préventives axées sur les comportements, notamment sur le régime alimentaire, l'exercice, les changements au mode de vie ou une combinaison de ces éléments.

titre d'interventions pour la promotion de la santé générale, mais bien à titre d'interventions axées sur la réduction ou le maintien du poids.

Le Groupe d'étude canadien avait déjà recommandé des interventions pour les adultes souffrant de maladies liées à l'obésité (telles que le diabète et l'hypertension)<sup>14</sup>. Les différences par rapport aux recommandations précédentes du Groupe d'étude canadien sont dues à l'utilisation d'une autre méthodologie et d'un autre système de classification des données probantes et à des mises à jour des connaissances au sujet de la prise en charge du surpoids et de l'obésité. La ligne directrice actuelle du Groupe d'étude canadien sur la gestion du surpoids et de l'obésité concorde avec les lignes directrices et les stratégies internationales (tableau 2).

## Lacunes dans les connaissances

Il manque d'études permettant d'aider les patients de poids normal à maintenir leur poids, en présence ou non de problèmes de santé spécifiques. De telles études s'imposent, que ce soit pour les modèles de soins où les médecins pratiquent en solo ou au sein d'équipes. Comme telle, cette ligne directrice a été limitée dans sa capacité de traiter de la prévention du gain pondéral chez les populations de poids normal parce que les données se fondent pour une bonne part sur des essais réalisés auprès de populations mixtes au niveau du poids. Étant donné que les taux de surpoids et d'obésité continuent d'augmenter au Canada, il devient de plus en plus important pour les cliniciens de comprendre de quelle façon les adultes de poids normal peuvent le mieux maintenir leur poids au fil du temps, et si des interventions structurées, au-delà des conseils standards pour un mode de vie sain, méritent d'être appliquées aux populations de poids normal. Il est important également de mieux comprendre les bénéfices additionnels susceptibles de résulter des interventions, tels qu'une amélioration des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie. La recherche à venir devra porter sur les prédicteurs des risques pour la santé associés au gain pondéral. Il faudra aussi approfondir la recherche sur l'expérience des patients en ce qui concerne les interventions préventives et leurs préférences dans leur prestation, afin de les prémunir contre le gain pondéral et les risques associés pour la santé.

Aucune donnée probante sur le dépistage des problèmes de santé reliés au poids corporel excessif chez les personnes obèses ou en surpoids n'a été identifiée. On dispose de données probantes insuffisantes pour déterminer les effets sur la santé globale et les valeurs et préférences des patients à l'égard de la participation à des interventions thérapeutiques pour le surpoids et l'obésité. Il faudrait procéder à des études d'implantation en soins primaires pour évaluer l'efficacité comparative à court terme des programmes disponibles, de même que des études à plus long terme sur les issues de santé (bien-être, incidence des maladies et mortalité) chez les adultes en surpoids ou obèses en général et chez ceux qui sont exposés à un risque accru, notamment les populations autochtones et les personnes au statut socioéconomique précaire<sup>52</sup>. Compte tenu

de l'efficacité à long terme limitée des traitements existants pour la prise en charge de l'obésité, et de l'évolution du domaine de la pharmacothérapie, il faudra aussi approfondir la recherche sur les stratégies les plus efficaces pour faire face à cette maladie chronique.

## Conclusion

Le poids et l'IMC moyens des adultes canadiens ont augmenté depuis 40 ans et cela s'accompagne d'une augmentation de la prévalence de l'obésité. On ignore par quelles approches il est possible de ralentir ou d'inverser efficacement cette tendance. Une forte recommandation portant sur la mesure de la taille et du poids chez les adultes était justifiée, car des erreurs d'estimation ont été bien documentées. Nous avons trouvé des données probantes attestant de l'efficacité des interventions conçues pour prévenir le gain pondéral et aider au maintien du poids chez les adultes de poids normal. Même si ces interventions étaient intensives, elles ont donné lieu à un bénéfice absolu minime, sans preuves d'effets soutenus. Certaines personnes de poids normal peuvent néanmoins tirer profit d'interventions de prévention du gain pondéral, par exemple celles qui présentent des facteurs de risque métaboliques, qui ont un important tour de taille, des antécédents familiaux de diabète de type 2 ou de maladie cardiovasculaire, et celles qui sont motivées à éviter de prendre du poids. La recherche s'impose de toute urgence pour connaître la façon de prévenir plus efficacement le gain pondéral chez les adultes de poids normal.

Une forte recommandation quant à des interventions axées sur la perte de poids chez les personnes exposées à un risque élevé de diabète a été justifiée par les données probantes tirées de plusieurs essais démontrant une baisse de l'incidence de la maladie. Des interventions comportementales intensives ont amené de légers changements cliniques du poids chez les adultes en surpoids et obèses, et se sont accompagnées de préjudices minimes voire nuls. Les interventions pharmacologiques et comportementales combinées favorisent aussi la perte de poids, mais peuvent s'accompagner de préjudices. De l'avis du Groupe d'étude canadien, le rapport bénéfices-préjudices différentiel associé à ces traitements justifie une recommandation en faveur de traitements comportementaux pour une perte de poids modeste, mais déconseille un recours systématique aux interventions pharmacologiques.

Les interventions comportementales de lutte contre le surpoids et l'obésité requièrent un engagement à long terme pour modifier les habitudes alimentaires et combattre la sédentarité. La décision d'appliquer une intervention dépendra de facteurs multiples : valeurs et préférences, expériences passées de perte de poids, motivations et obstacles individuels, soutien social et ressources pratiques. Il faut discuter avec le patient pour choisir la conduite à tenir. Cette ligne directrice a identifié les bénéfices escomptés des interventions de perte de poids, selon les données probantes tirées d'essais cliniques. Il faudra des travaux plus approfondis pour mettre au point des mécanismes de soutien et des outils de counseling pour les cliniciens de soins primaires.

## Références

- L'obésité au Canada: Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé, Agence de la santé publique du Canada; 2011.
- Cadre d'indicateurs des maladies chroniques. Statistiques éclair, édition 2013. Ottawa: Centre de prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada; 2013.
- Enquête canadienne sur les mesures de la santé: Tableaux de données du cycle 2, 2009 à 2011. Ottawa: Statistique Canada; 2013 (N° de cat. 82-626-X).
- Composition corporelle des adultes canadiens, 2009 à 2011. Ottawa: Statistique Canada; 2013. Accessible ici : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-626-x/2012001/article/11708-fra.htm> (consulté le 22 mars 2014).
- Guh DP, Zhang W, Bansback N, et al. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2009;9:88.
- Ng C, Corey PN, Young TK. Divergent body mass index trajectories between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians 1994–2009 — an exploration of age, period, and cohort effects. *Am J Hum Biol* 2012;24:170-6.
- Orpana HM, Tremblay MS, Fines P. Trends in weight change among Canadian adults. *Health Rep* 2007;18:9-16.
- Tackling obesity: future choices — obesogenic environments — evidence review. Londres (R.-U.): Government Office for Science; 2007. Accessible ici : [www.bis.gov.uk/assets/foresight/docs/obesity/03.pdf](http://www.bis.gov.uk/assets/foresight/docs/obesity/03.pdf) (consulté le 22 mars 2014).
- Katzmarzyk PT, Ardern CI. Overweight and obesity mortality trends in Canada, 1985–2000. *Can J Public Health* 2004;95:16-20.
- Vie saine: Santé Canada [site Web]. Accessible ici : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/vie-saine.html> (consulté le 22 mars 2014).
- Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS (OMS, Série de rapports techniques 894). Genève: Organisation mondiale de la Santé. 2000.
- Pottie K, Jaramillo A, Lewin G, et al. Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults. *CMAJ* 2012;184:1687-96.
- Stevens J, Truesdale KP, McClain JE, et al. The definition of weight maintenance. *Int J Obes (Lond)* 2006;30:391-9.
- Douketis JD, Feightner JW, Attia J, et al. Periodic health examination, 1999 update: 1. detection, prevention and treatment of obesity. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *CMAJ* 1999;160:513-25.
- Prevention of weight gain and obesity in adults: a systematic review. Calgary: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2006. Accessible ici : <https://canadiantaskforce.ca/other-guidelines-1979-2006/prevention-of-weight-gain-and-obesity-in-adults-a-systematic-review-2006/> (consulté le 11 décembre 2014).
- Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D et al., rédacteurs. Prévention du surpoids et de l'obésité chez les populations adultes: revue systématique et méta-analyses. Calgary. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2014.
- LeBlanc E, O'Connor E, Whitlock EP, et al. Screening for and management of obesity and overweight in adults. Rockville (Mar.): Agency for Healthcare Research and Quality (É.-U.). Rapport n° 11-05159-EF-1.
- Schünemann H, Brozek J, Oxman A, rédacteurs. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendation. Version 3.2 [Mis à jour en mars 2009]. The GRADE Working Group; 2009. Accessible ici: [www.cc-ims.net/gradepr](http://www.cc-ims.net/gradepr) (consulté le 11 décembre 2014).
- Connor Gorber S, Singh H, Pottie K, et al. Process for guideline development by the reconstituted Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2012;184:1575-81.
- Kaczorowski J, Robinson C, Nerenberg K. Development of the CANRISK questionnaire to screen for prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes. *Can J Diabetes* 2009;33:381-5.
- Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003;26:725-31.
- Peirson L, Douketis J, Ciliska D, et al. Treatment for overweight and obesity in adult populations: a systematic review and metaanalysis. *CMAJ Open* 2014;2:E306-17.
- Connor Gorber S, Tremblay M, Moher D, et al. A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obes Rev* 2007;8:307-26.
- Ahern T, Doherty K, Kapeluto D, et al. Body mass index estimation and measurement by healthcare professionals. *Open J Prev Med* 2012;2:265-71.
- Keys A, Fidanza F, Karvonen MJ, et al. Indices of relative weight and obesity. *Int J Epidemiol* 2014;43:655-65.
- Wells JC. Commentary: The paradox of body mass index in obesity assessment: not a good index of adiposity, but not a bad index of cardio-metabolic risk. *Int J Epidemiol* 2014;43:672-4.
- Obésité et surpoids. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2011.
- Plourde G, Prud'homme D. Managing obesity in adults in primary care. *CMAJ* 2012;184:1039-44.
- Reis JP, Macera CA, Araneta MR, et al. Comparison of overall obesity and body fat distribution in predicting risk of mortality. *Obesity (Silver Spring)* 2009;17:1232-9.
- Douketis JD, Paradis G, Keller H, et al. Canadian guidelines for body weight classification in adults: application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk. *CMAJ* 2005;172:995-8.
- Després J, Tchernof A. Classification of overweight and obesity in adults. *CMAJ* 2007;178:21-6.
- Sharma AM, Kushner RF. A proposed clinical staging system for obesity. *Int J Obes (Lond)* 2009;33:289-95.
- Forster JL, Jeffery RW, Schmid TL, et al. Preventing weight gain in adults: a pound of prevention. *Health Psychol* 1988;7:515-25.
- Lawton BA, Rose SB, Elley CR, et al. Exercise on prescription for women aged 40–74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. *BMJ* 2008;337:a2509.
- Vermunt PW, Milder IE, Wielaard F, et al. A lifestyle intervention to reduce type 2 diabetes risk in Dutch primary care: 2.5-year results of a randomized controlled trial. *Diabet Med* 2012;29:e223-31.
- Carty CL, Kooperberg C, Neuhouser ML, et al. Low-fat dietary pattern and change in body-composition traits in the women's health initiative dietary modification trial. *Am J Clin Nutr* 2011;93:516-24.
- Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, et al. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet* 2009;374:1677-86.
- Barry VW, Baruth M, Beets MW, et al. Fitness vs. fatness on all-cause mortality: a meta-analysis. *Prog Cardiovasc Dis* 2014;56:382-90.
- Blomain ES, Dirhan DA, Valentino MA, et al. Mechanisms of weight regain following weight loss. *ISRN Obes* 2013;2013:210524.
- Brown I, Gould J. Decisions about weight management: a synthesis of qualitative studies of obesity. *Clin Obes* 2011;1:99-109.
- Garip G, Yardley L. A synthesis of qualitative research on overweight and obese people's views and experiences of weight management. *Clin Obes* 2011;1:110-26.
- Dunkley AJ, Bodicoat DH, Greaves CJ, et al. Diabetes prevention in the real world: effectiveness of pragmatic lifestyle interventions for the prevention of type 2 diabetes and of the impact of adherence to guideline recommendations: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2014;37:922-33.
- Slater J, Green C, Sevenhuysen G, et al. Socio-demographic and geographic analysis of overweight and obesity in Canadian adults using the Canadian Community Health Survey (2005). *Chronic Dis Can* 2009;30:4-15.
- Dutton DJ, McLaren L. Explained and unexplained regional variation in Canadian obesity prevalence. *Obesity (Silver Spring)* 2011;19:1460-8.
- Manuel de procédures du GECCSP. Calgary: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2014.
- Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for and management of obesity in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2012;157:373-8.
- Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE clinical guideline 43. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006. Accessible ici : [www.nice.org.uk/CG43](http://www.nice.org.uk/CG43) (consulté le 12 janvier 2014).

48. Management of obesity: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010. Accessible ici : [www.sign.ac.uk/pdf/sign115.pdf](http://www.sign.ac.uk/pdf/sign115.pdf) (consulté le 12 janvier 2014).
49. Lau DC, Douketis JD, Morrison KM, et al. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. *CMAJ* 2007;176(Suppl 8):1-117.
50. Summary guide for the management of overweight and obesity in primary care. Canberra (Australie): Australian Government, National Health and Medical Research Council, Department of Health; 2013.
51. LeFevre ML. Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults with cardiovascular risk factors: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014;161:587-93.
52. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, et al. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Can Fam Physician* 2013;59:27-31.

**Intérêts concurrents :** Paula Brauer est membre bénévole du réseau Obésité Canada, de l'Association canadienne du diabète et de Diététistes du Canada. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

**Affiliations :** Relations familiales et nutrition appliquée (Brauer), Université de Guelph, Guelph, Ont.; Agence de la santé publique du Canada (Connor Gorber, Shane, Jaramillo), Ottawa, Ont.; Département de médecine familiale (Shaw), Université McMaster, Hamilton, Ont.; Département de médecine interne et Département de médecine communautaire (Singh), Université du Manitoba, Winnipeg, Man.; Département de médecine familiale (Bell) Université de l'Alberta, Edmonton, Alta.; Département de médecine, Université de Calgary (Tonelli), Calgary, Alta.

**Collaborateurs :** Tous les auteurs ont contribué substantiellement à l'interprétation des observations. Paula Brauer, Sarah Connor Gorber et Marcello Tonelli ont rédigé l'ébauche de l'article avec l'aide du reste du groupe et tous les auteurs ont donné leur approbation finale de la version soumise pour publication.

**Financement :** Le financement du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est fourni par l'Agence de la santé publique du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada. Les opinions des organismes subventionnaires n'ont aucunement influé sur le contenu de la ligne directrice; les intérêts concurrents ont été notés et pris en compte. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

**Remerciements :** Les auteurs tiennent à remercier les rédacteurs des revues des données probantes qui sous-tendent cette ligne directrice (Leslea Peirson, Donna Fitzpatrick-Lewis, Mohammed Usman Ali, Donna Ciliska, Rachel Warren, Meghan Kenny, Eva Tsakonas, Maureen Rice, Parminder Raina et James Douketis, de l'Université McMaster); Lesley Dunfield de la Division des lignes directrices en prévention et membre de la Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie à l'Agence de la santé publique du Canada qui a collaboré à l'élaboration de la ligne directrice; et les réviseurs dont les commentaires ont permis d'améliorer le manuscrit (Kami Kandola, Conseil des médecins hygiénistes en chef; Maitreyi Raman, Division de gastroentérologie, Département de médecine, Université de Calgary; Claude Thivierge, Collège des médecins du Québec; Raj Padwal, Université de l'Alberta; Roger Suss, Département de médecine familiale, Université du Manitoba; Gilles Plourde, Santé Canada; Jessica D. Smith, École de santé publique de l'Université Harvard; Sharon Kirkpatrick, École de santé publique et systèmes de santé, Université de Waterloo; Joyce Thompson, NHS Tayside, Écosse, R.-U.; David C.W. Lau, Départements de médecine, biochimie et biologie moléculaire, Centre de recherche sur le diabète Julia-McFarlane et Institut cardiovasculaire Libin de l'Alberta, Université de Calgary; Kim D. Raine, Centre d'études en promotion de la santé, École de santé publique, Université de l'Alberta; et Rachel Rodin, Agence de la santé publique du Canada.

**Correspondance :** Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, [info@canadiantaskforce.ca](mailto:info@canadiantaskforce.ca); Paula Brauer, [pbrauer@uoguelph.ca](mailto:pbrauer@uoguelph.ca)