

L'obésité chez l'adulte : ligne directrice de pratique clinique

Sean Wharton MD, David C.W. Lau MD PhD, Michael Vallis PhD RPsych, Arya M. Sharma MD PhD, Laurent Biertho MD, Denise Campbell-Scherer MD PhD, Kristi Adamo PhD, Angela Alberga PhD, Rhonda Bell PhD, Normand Boulé PhD, Elaine Boyling PhD, Jennifer Brown RD MSc, Betty Calam MD, Carol Clarke RD MHSc, Lindsay Crowshoe MD, Dennis Divalentino MD, Mary Forhan OT PhD, Yoni Freedhoff MD, Michel Gagner MD, Stephen Glazer MD, Cindy Grand MPH, Michael Green MD MPH, Margaret Hahn MD PhD, Raed Hawa MD MSc, Rita Henderson PhD, Dennis Hong MD, Pam Hung MScOT BSc, Ian Janssen PhD, Kristen Jacklin PhD, Carlene Johnson-Stoklossa RD MSc, Amy Kemp BKin BA, Sara Kirk PhD, Jennifer Kuk PhD, Marie-France Langlois MD, Scott Lear PhD, Ashley McInnes PhD, David Macklin MD, Leen Naji MD, Priya Manjoo MD, Marie-Philippe Morin MD, Kara Nerenberg MD MSc, Ian Patton PhD, Sue Pedersen MD, Leticia Pereira PhD, Helena Piccinini-Vallis MD PhD, Megha Poddar MD, Paul Poirier MD, Denis Prud'homme MD MSc, Ximena Ramos Salas PhD, Christian Rueda-Clausen MD PhD, Shelly Russell-Mayhew PhD RPsych, Judy Shiao MD, Diana Sherifali RN PhD, John Sievenpiper MD PhD, Sanjeev Sockalingam MD MHPE, Valerie Taylor MD PhD, Ellen Toth MD, Laurie Twells PhD, Richard Tytus MD, Shahebina Walji MD, Leah Walker BA RCT, Sonja Wicklum MD

■ Citation: *CMAJ* 2020 August 4;192:E875-91. doi : 10.1503/cmaj.191707-f

Entrevue avec l'auteur en baladodiffusion : <https://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.191707/tab-related-content>

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.191707

L'obésité est une maladie chronique complexe dans laquelle la graisse corporelle anormale ou excessive (adiposité) nuit à la santé, augmente le risque de complications médicales à long terme et réduit la durée de vie¹. Les études épidémiologiques définissent l'obésité en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC; poids/taille²), qui permet de stratifier les risques pour la santé qui y sont associés à l'échelle des populations. En pratique, on définit l'obésité par un IMC supérieur à 30 kg/m² et on la subdivise ensuite en classes 1 (30–34,9), 2 (35–39,9) et 3 (≥ 40). À l'échelle des populations, les complications médicales imputées à un excès d'adiposité sont proportionnelles à l'IMC². À l'échelle individuelle, les complications sont imputables à l'adiposité excessive, à sa localisation, à sa distribution et à plusieurs autres facteurs, notamment environnementaux, génétiques, biologiques et socioéconomiques (encadré no 1)¹¹.

Depuis une trentaine d'années³, la prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter partout dans le monde¹², et au Canada, elle a triplé depuis 1985¹³. Il est à noter que l'obésité morbide, quant à elle, a quadruplé; et selon les estimations, en 2016, elle affectait 1,9 million d'adultes canadiens¹³.

L'obésité est devenue un grave problème de santé publique qui grève les budgets des systèmes de santé^{14,15} et nuit à la santé physique et psychologique¹⁶. Les personnes vivant avec l'obésité sont l'objet de préjugés et d'une stigmatisation généralisée contribuant (indépendamment du poids ou de l'IMC) à un accroissement de la morbidité et de la mortalité¹⁷.

POINTS CLÉS

- L'obésité est une maladie chronique complexe, évolutive et récidivante fort répandue qui se caractérise par une accumulation anormale ou excessive de graisses corporelles (adiposité) nuisible à la santé.
- Les personnes vivant avec l'obésité font l'objet de préjugés et sont passablement stigmatisées, ce qui contribue à accroître la morbidité et la mortalité qui y sont associées, indépendamment du poids ou de l'indice de masse corporelle.
- Cette ligne directrice mise à jour fait écho aux avancées substantielles des connaissances sur l'épidémiologie, les déterminants, la physiopathologie, l'évaluation, la prévention et le traitement de l'obésité et en axe désormais la gestion autour de l'amélioration des paramètres de santé centrés sur le patient plutôt qu'uniquement autour de la perte de poids.
- La gestion de l'obésité doit obéir à des principes fondés sur des données probantes concernant la gestion des maladies chroniques. Elle doit valider le vécu des patients, aller au-delà des approches simplistes qui consistent à leur conseiller de « manger moins et de bouger plus » et s'attaquer aux racines profondes de l'obésité.
- Les personnes vivant avec l'obésité ont besoin d'interventions fondées sur des données probantes, y compris la thérapie nutritionnelle médicale, l'activité physique, les approches psychothérapeutiques, la pharmacothérapie et la chirurgie.

Encadré no 1 : Complications de l'obésité

Les tissus adipeux influent non seulement sur la régulation centrale de l'homéostasie de l'énergie, mais en excès, ils peuvent aussi devenir dysfonctionnels et prédisposer la personne à plusieurs problèmes de santé, tels que :

- Diabète de type 2³
- Maladie de la vésicule biliaire⁴
- Stéatose hépatique non alcoolique⁵
- Goutte⁶

Les graisses corporelles en excès et ectopiques sont d'importantes sources d'adipocytokines et de médiateurs inflammatoires qui peuvent altérer le métabolisme du glucose et des graisses, entraîner une augmentation du risque de maladie cardiometabolique et de cancer, et abrégé par conséquent de 6 à 14 ans la durée de la vie et l'espérance de vie sans maladie.^{1,7,8} On estime que 20 % de tous les cancers seraient attribuables à l'obésité, indépendamment de l'alimentation⁹. L'obésité accroît le risque des cancers suivants¹⁰ :

- Côlon (chez les hommes et les femmes)
- Rein (chez les hommes et les femmes)
- Œsophage (chez les hommes et les femmes)
- Endomètre (chez les femmes)
- Sein (chez les femmes postménopausées)

L'obésité résulte de l'interaction complexe de nombreux facteurs génétiques, métaboliques, comportementaux et environnementaux, et ces derniers seraient la cause la plus probable de l'accroissement substantiel de sa prévalence^{18,19}. Ces dernières années, on a appris à mieux comprendre les déterminants biologiques de la maladie¹⁹. Le cerveau joue un rôle central dans l'homéostasie de l'énergie en régulant l'apport alimentaire et la dépense énergétique (encadré no 2)²⁴.

Une diminution de l'apport alimentaire et une augmentation de l'activité physique entraînent un bilan énergétique négatif et déclenchent une cascade de mécanismes métaboliques et neurohormonaux adaptatifs^{25,26}. Les traitements qui ciblent les modifications des mécanismes neurohormonaux peuvent devenir des outils efficaces pour la gestion à long terme de l'obésité²⁷.

De nouvelles approches ont été proposées pour diagnostiquer et évaluer l'obésité dans la pratique clinique^{11,18,19,28}. Même si l'IMC est largement utilisé pour évaluer et classer l'obésité (adiposité), cet outil manque de précision pour en détecter les complications¹⁹. Le tour de taille a été associé de manière indépendante à une augmentation du risque cardiovasculaire, mais celui-ci n'est pas un bon prédicteur de l'adiposité viscérale sur une base individuelle²⁹. Comparativement à l'IMC seul ou au tour de taille seul, la mesure des deux durant l'examen clinique permettrait d'identifier le phénotype d'obésité associé à un risque plus grand, particulièrement chez les individus dont l'IMC est moins élevé^{30,31}. En plus de l'IMC et du tour de taille, une anamnèse permettant de cerner les causes sous-jacentes à l'obésité, un bon examen physique et des analyses de laboratoire pertinentes permettent d'identifier les meilleurs candidats au traitement³².

Le système de classification de l'obésité EOSS (Edmonton Obesity Staging System) a été proposé pour guider les décisions cli-

Encadré no 2 : Régulation de l'appétit²⁰⁻²³

- La régulation de l'appétit est complexe et met à contribution plusieurs composantes du système nerveux central, dont l'hypothalamus (contrôle homéostatique), le système mésolimbique (contrôle hédonique) et le lobe frontal (contrôle exécutif).
- L'interaction entre le contrôle homéostatique et le contrôle hédonique de la prise alimentaire dépend de médiateurs issus des tissus adipeux, du pancréas, de l'intestin et d'autres organes.
- Les fonctions cognitives du cortex préfrontal exercent un contrôle exécutif sur les choix alimentaires et la décision de s'alimenter. L'interconnectivité de ces réseaux neuronaux est à l'origine du comportement alimentaire et serait altérée par l'obésité.

niques en fonction de l'évaluation de l'obésité pour chaque catégorie d'IMC (annexe 1, accessible en anglais ici www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.191707/-/DC2)²⁸. Ce système de classification en 5 stades tient compte de paramètres métaboliques, physiques et psychologiques pour orienter le traitement optimal de l'obésité. Dans des études populationnelles, on a démontré que, comparativement à l'IMC ou au tour de taille seuls, ce système est un meilleur prédicteur de la mortalité de toutes causes^{33,34}.

On reconnaît que la gestion de l'obésité devrait viser une amélioration de l'état de santé et du bien-être, et non seulement la perte de poids³⁴⁻³⁶. Étant donné que la documentation existante porte principalement sur les paramètres de perte de poids, plusieurs recommandations de la présente ligne directrice s'y attendent également. Toutefois, il faudra approfondir la recherche et s'intéresser davantage à une gestion de l'obésité axée sur l'amélioration des paramètres de santé centrés sur les patients, plutôt qu'à la perte de poids exclusivement.

Même si les preuves s'accumulent pour confirmer que l'obésité est une maladie chronique grave, elle n'est pas gérée efficacement par notre système de santé actuel^{37,38}. Les professionnels de la santé canadiens se sentent mal équipés pour venir en aide aux personnes vivant avec l'obésité³⁹⁻⁴¹. Les préjugés concernant l'obésité affectent également le niveau et la qualité des soins de santé que reçoit cette clientèle⁴². La position culturelle dominante concernant l'obésité alimente les préjugés quant à un soi-disant manque de responsabilité ou de volonté de la part des individus en leur jettant blâmes et humiliations⁴¹. Il est important de noter que la stigmatisation liée à l'obésité nuit au niveau et à la qualité de soins prodigués⁴².

Compte tenu de l'amélioration des connaissances au sujet de cet état morbide et des nouvelles approches pour l'évaluer et le gérer, le moment est bien choisi pour mettre à jour la ligne directrice de pratique clinique canadienne de 2006⁴³. L'objectif de cette mise à jour est de sensibiliser les médecins de soins primaires à des options fondées sur des données probantes pour évaluer et traiter l'obésité. À noter que cette ligne directrice intègre les points de vue de patients et d'équipes de soins primaires multidisciplinaires, d'experts de la gestion de l'obésité et de chercheurs. Cet article résume la ligne directrice qui est accessible ici dans son intégralité (<https://obesitycanada.ca/fr/>).

L'OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE

Guide de pratique clinique



L'IMC N'EST PAS UN OUTIL PRÉCIS POUR DÉPISTER LES COMPLICATIONS LIÉES À L'OBÉSITÉ

L'obésité est une maladie chronique complexe caractérisée par une accumulation anormale ou excessive de graisses corporelles qui est nuisible à la santé

Effets :

▼ santé

▼ qualité de vie

▼ espérance de vie

Les personnes vivant avec l'obésité font l'objet de préjugés et de stigmatisation en lien avec leur poids



Complications et mortalité accrues indépendamment du poids ou de l'IMC

Préjugés liés au poids Croire que les personnes vivant avec l'obésité manquent de volonté ou ne coopèrent pas

Stigmatisation Agir en fonction de croyances liées au poids

PARCOURS DU PATIENT ET GESTION DE L'OBÉSITÉ



1

DEMANDER L'AUTORISATION

« Seriez-vous d'accord pour que nous discutons de votre poids? »

Demander l'autorisation

- témoigne de la compassion et de l'empathie
- renforce le lien de confiance patient-professionnel de la santé



3

OFFRIR DES CONSEILS DE GESTION DE L'OBÉSITÉ

Thérapie nutritionnelle

- Conseils personnalisés par une diététiste agréée, axés sur des choix alimentaires santé et la thérapie nutritionnelle fondée sur des données probantes

Exercice

- De 30 à 60 minutes d'exercice d'intensité modérée à vigoureuse la plupart des jours de la semaine

2

TENIR COMPTE DU VÉCU DU PATIENT

- Objectifs qui comptent pour le patient
- Classification de l'obésité (IMC et tour de taille)
- Gravité de la maladie Système de classification de l'obésité EOSS (Edmonton Obesity Staging System)



Approche psychologique

- Thérapie cognitive favorisant un changement de comportements
- Gestion du sommeil, du temps, et du stress
- Psychothérapie selon le cas



Approche pharmacologique

- Pour favoriser la perte de poids et son maintien



Chirurgie bariatrique

- Discussion chirurgien-patient

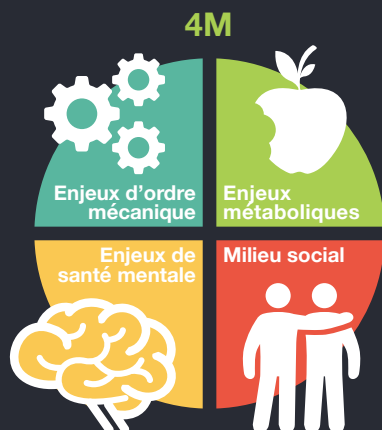


S'attaquer aux causes profondes du gain pondéral est la base d'une saine gestion de l'obésité

Se concentrer sur des paramètres de santé centrés sur le patient

Contre

Exclusivement sur la perte de poids



4

FIXER ENSEMBLE LES OBJECTIFS

Collaborer à un plan d'action personnalisé réaliste



5

AFFRONTER LES FACTEURS CONTRIBUTIFS ET AUTRES OBSTACLES

Portée

Le lectorat cible de cette ligne directrice portant sur l'obésité chez l'adulte est formé de professionnels de la santé en soins primaires. Elle peut aussi être utilisée par les responsables des orientations politiques et les personnes vivant avec l'obésité ainsi que leurs proches. Ce document vise à guider les professionnels de la santé, mais ces derniers doivent faire preuve de jugement clinique au moment de les mettre en œuvre. Le manque de ressources et les préférences individuelles des patients peuvent rendre la mise en œuvre pratique des recommandations individuelles plus complexe, mais la ligne directrice a pour but d'améliorer les normes de soins et leur accessibilité pour les personnes vivant avec l'obésité dans toutes les régions du Canada.

Recommandations

Cette ligne directrice de pratique clinique trace le parcours du patient et explique sa gestion clinique en médecine de soins primaires. Les recommandations de la ligne directrice sont présentées au tableau 1.

Une description complète des recommandations et les données probantes à l'appui sont fournies dans les 19 chapitres de la ligne directrice intégrale (<https://obesitycanada.ca/fr/>). Le présent synopsis résume les principes directeurs que le Comité exécutif a considérés comme importants pour l'avancement de la pratique clinique au Canada.

Cinq étapes guident le professionnel de la santé dans son intervention auprès du patient vivant avec l'obésité durant son parcours. Chaque étape est résumée ci-dessous avec les points saillants des recommandations afférentes et une explication des données probantes à l'appui.

1. Reconnaissance de l'obésité en tant que maladie chronique par les professionnels de la santé, qui devraient demander à leurs patients l'autorisation de les conseiller et de les aider à traiter cette maladie de façon impartiale.
2. Évaluation de la personne vivant avec l'obésité selon les paramètres appropriés et identification des causes sous-jacentes du problème, de ses complications et des obstacles au traitement.
3. Discussion sur les principales options thérapeutiques (thérapie nutritionnelle, activité physique) et les traitements d'appoint au besoin, y compris approches psychothérapeutiques, pharmacologiques et chirurgicales.
4. Entente avec la personne vivant avec l'obésité au sujet des objectifs du traitement, portant principalement sur la valeur des interventions axées sur la santé.
5. Engagement des professionnels de la santé à procéder à un suivi et à des réévaluations périodiques et à promouvoir le traitement de cette maladie chronique.

Étape 1 : Reconnaissance de l'obésité comme maladie chronique et obtention de l'autorisation du patient

Les professionnels de la santé en soins primaires devraient reconnaître et traiter l'obésité comme une maladie chronique due à une accumulation anormale ou excessive de graisses cor-

porelles (adiposité), qui nuit à la santé et aggrave le risque de morbidité et de mortalité prématurées^{1,2,18,44-47}.

L'obésité est une maladie chronique complexe et hétérogène qui ne se présente pas de la même façon chez tous les patients et requiert comme toute autre maladie chronique complexe un traitement individualisé et un soutien à long terme.

Dans le milieu de la santé, les préjugés liés au poids peuvent nuire à la qualité des soins prodigués aux patients vivant avec l'obésité⁴². Une façon d'atténuer les préjugés, la stigmatisation et la discrimination liés au poids est de sensibiliser les professionnels de la santé à leurs propres attitudes et réactions face à l'obésité⁴⁸. Cette sensibilisation peut passer par des outils d'autoévaluation, comme le test d'association implicite, pour mesurer les préjugés liés au poids⁴⁹. Une description complète et les données probantes à l'appui des recommandations concernant les préjugés liés au poids sont accessibles en ligne (<https://obesitycanada.ca/fr/>) au chapitre « Réduction des préjugés liés au poids dans la gestion, les pratiques et les politiques relatives à l'obésité ».

Les professionnels de la santé ne devraient pas tenir pour acquis que tous les patients vivant avec l'obésité sont prêts à s'attaquer à ce problème; ils devraient demander au patient l'autorisation d'en discuter et si le patient les y autorise, la conversation au sujet d'un traitement peut commencer^{50,51}.

Étape 2 : Évaluation

Les médecins de soins primaires devraient promouvoir une approche thérapeutique holistique axée sur les comportements en matière de santé avec tous leurs patients et s'attaquer aux causes sous-jacentes du gain pondéral en évitant la stigmatisation et les approches trop simplistes.

Une mesure directe de la taille, du poids et du tour de taille ainsi que le calcul de l'IMC devraient faire partie de l'examen physique de routine chez tous les adultes. Même si l'IMC a ses limites, il n'en est pas moins utile pour le dépistage et comme indice de santé des populations⁵². Chez les personnes dont l'IMC est élevé (entre 25 mg/m² et 34,9 mg/m²), le tour de taille devrait être régulièrement vérifié pour identifier la présence plus marquée d'adiposité viscérale avec les risques qu'elle comporte pour la santé⁵³.

Les causes de l'obésité sont multiples : facteurs biologiques, tels que mécanismes génétiques, épigénétiques et neurohormonaux, certaines maladies chroniques associées, médicaments obésogènes, croyances et pratiques socioculturelles, déterminants sociaux de la santé, environnement, vécu des individus, p. ex., traumatismes de l'enfance, et facteurs psychologiques, tels que troubles de l'humeur, anxiété, hyperphagie boulimique, trouble du déficit d'attention, piètre estime de soi et problèmes identitaires⁵⁰. Travailler avec les personnes à cerner ces éléments contextuels et culturels, en plus des causes sous-jacentes au problème, permet d'élaborer des plans thérapeutiques personnalisés. Ces plans peuvent s'accompagner d'une relation d'aide à long terme, inclure un suivi de l'obésité en tant que maladie chronique et de ses comorbidités associées, et s'attaquer aux causes de l'obésité, telles que les problèmes de santé existants et les médicaments obésogènes.

Nous recommandons une anamnèse complète pour identifier les causes profondes du gain pondéral et les obstacles physiques, mentaux et psychosociaux à la perte de poids. L'examen

physique, les analyses de laboratoire, l'imagerie diagnostique et d'autres examens devraient être effectués selon le jugement clinique. Nous recommandons aussi de vérifier la tension artérielle aux deux bras et la glycémie à jeun ou l'hémoglobine glyquée, de même que le bilan lipidique pour évaluer les risques cardiométaboliques, et selon le cas, le taux d'alanine aminotransférase pour dépister une possible stéatose hépatique non alcoolique.

Étape 3 : Discussion sur les options thérapeutiques

Les adultes vivant avec l'obésité devraient bénéficier de plans de soins individualisés et adaptés aux causes profondes de leur obésité, d'un soutien pour les changements comportementaux (p. ex., nutrition, activité physique) et de traitements d'appoint

peuvent inclure des approches psychothérapeutiques, pharmacologiques et chirurgicales.

Alimentation et exercice

Indépendamment de sa taille ou de sa morphologie, chacun gagne à adopter une alimentation saine et équilibrée et à faire régulièrement de l'exercice. Une activité aérobie (de 30 à 60 minutes) plusieurs fois par semaine peut entraîner une légère perte de poids et de graisse, améliorer les paramètres cardiométaboliques et maintenir la perte de poids⁵⁴.

La perte de poids et son maintien requièrent une réduction à long terme de l'apport calorique. L'adoption à long terme de saines habitudes alimentaires adaptées aux valeurs et aux préférences de

Tableau 1 (partie 1 de 6) : Recommandations pour la gestion de l'obésité chez l'adulte*

Recommandations		Niveau de preuve et force de la recommandation†
Réduction des préjugés liés au poids dans la gestion de l'obésité, les pratiques et les politiques relatives à cette dernière		
1	Les professionnels de la santé devraient revoir leurs propres attitudes et croyances vis-à-vis de l'obésité et réfléchir à la façon dont ces dernières peuvent influencer leur façon de prodiguer des soins.	Niveau 1a, catégorie A
2	Les professionnels de la santé peuvent reconnaître que les préjugés internalisés des personnes vivant avec l'obésité (envers eux-mêmes) risquent de jouer sur les changements comportementaux et les résultats des interventions cliniques.	Niveau 2a, catégorie B
3	Les professionnels de la santé devraient éviter d'utiliser des mots (niveau 1a, catégorie A), des images (niveau 2 b, catégorie B) et des pratiques (niveau 2a, catégorie B) à connotation négative lorsqu'ils travaillent auprès de patients vivant avec l'obésité.	Voir la recommandation
4	Nous recommandons aux professionnels de la santé d'éviter de supposer qu'un symptôme ou une plainte d'un patient soient reliés à son poids.	Niveau 3, catégorie C
Épidémiologie de l'obésité chez l'adulte		
5	Les professionnels de la santé peuvent reconnaître et traiter l'obésité en tant que maladie chronique due à une accumulation anormale ou excessive de graisses corporelles (adiposité) qui nuit à la santé et accroît le risque de morbidité et de mortalité prématurées.	Niveau 2b, catégorie B
6	L'élaboration de stratégies fondées sur des données probantes à l'échelle des systèmes de santé et des politiques peut être utilisée pour la gestion de l'obésité chez l'adulte.	Niveau 2b, catégorie B
7	Des données autorapportées et mesurées (p. ex., taille, poids, tour de taille) pourraient être recueillies sur une base régulière et continue pour une surveillance longitudinale de l'obésité à l'échelle nationale et régionale.	Niveau 2b, catégorie B
Participation aux activités de la vie quotidienne chez la personne vivant avec l'obésité		
8	Nous recommandons aux professionnels de la santé de demander aux personnes vivant avec l'obésité si elles éprouvent de la difficulté à prendre soin d'elles-mêmes (p. ex., faire sa toilette, s'habiller, aller à la selle ou uriner, soins de la peau, des plaies et des pieds).	Niveau 3, catégorie C
9	Nous recommandons aux professionnels de la santé d'évaluer le risque de chute chez les personnes vivant avec l'obésité puisqu'il pourrait interférer avec leur aptitude et leur intérêt pour l'activité physique.	Niveau 3, catégorie C
Évaluation de la personne vivant avec l'obésité		
10	Nous suggérons aux professionnels de la santé qui voient au dépistage, à l'évaluation et à la gestion de l'obésité d'utiliser le cadre 5A (voir annexe 2‡) pour amorcer la discussion en demandant d'abord aux patients l'autorisation de le faire et en vérifiant s'ils sont disposés à commencer un traitement.	Niveau 4, catégorie D (consensus)
11	Les professionnels de la santé peuvent mesurer la taille et le poids de tous les adultes, calculer leur IMC (niveau 2a, catégorie B) et mesurer le tour de taille de ceux qui ont un IMC de 25-35 kg/m ² (niveau 2 b, catégorie B).	Voir la recommandation
12	Nous suggérons d'inclure une anamnèse complète dans l'évaluation afin d'identifier les causes du gain pondéral, les complications de l'obésité et les obstacles potentiels au traitement.	Niveau 4, catégorie D
13	Nous recommandons de vérifier la tension artérielle aux deux bras, la glycémie à jeun ou l'hémoglobine glyquée, et le bilan lipidique pour déterminer le risque cardiométabolique et selon le cas, le taux d'ALT pour le dépistage de la stéatose hépatique non alcoolique, chez les personnes vivant avec l'obésité.	Niveau 3, catégorie D
14	Nous suggérons aux professionnels de la santé d'envisager l'utilisation de l' <i>Edmonton Obesity Staging System</i> (voir annexe 1)§ pour déterminer la gravité de l'obésité et orienter la prise de décision clinique.	Niveau 4, catégorie D

Tableau 1 (partie 2 de 6) : Recommandations pour la gestion de l'obésité chez l'adulte*

	Recommandations	Niveau de preuve et force de la recommandation†
Santé mentale et gestion de l'obésité		
15	Nous recommandons une vérification périodique du poids, de la glycémie et du bilan lipidique chez les personnes atteintes de problèmes de santé mentale qui prennent des médicaments associés à un gain pondéral.	Niveau 3, catégorie C
16	Les professionnels de la santé peuvent tenir compte de l'efficacité et des effets pondéraux des médicaments qu'ils souhaitent prescrire pour un problème de santé mentale.	Niveau 2a, catégorie B
17	La metformine et les interventions psychothérapeutiques, telles que la thérapie cognitivo-comportementale, sont à envisager en prévention du gain pondéral chez les personnes souffrant d'un grave problème de santé mentale traitées au moyen d'antipsychotiques associés à un gain pondéral.	Niveau 1a, catégorie A
18	Les professionnels de la santé devraient envisager la lisdexamfétamine et le topiramate en complément de la psychothérapie pour atténuer un trouble alimentaire et le gain pondéral en présence d'embonpoint ou d'obésité accompagnée de boulimie hyperphagique.	Niveau 1a, catégorie A
Thérapie nutritionnelle et gestion de l'obésité		
19	Nous suggérons de personnaliser les recommandations nutritionnelles chez l'adulte, peu importe le poids, afin qu'elles s'harmonisent aux valeurs, aux préférences et aux objectifs thérapeutiques individuels, pour une thérapie nutritionnelle médicale sécuritaire, efficace, adéquate au plan nutritionnel, culturellement acceptable et abordable, afin d'en favoriser l'adoption à long terme.	Niveau 4, catégorie D
20	Les adultes vivant avec l'obésité devraient bénéficier d'une thérapie nutritionnelle médicale individualisée, prodiguée par une diététiste (si possible) pour améliorer leurs paramètres pondéraux (poids corporel, IMC), leur tour de taille, leur contrôle glycémique, leur bilan lipidique et leur tension artérielle.	Niveau 1a, catégorie A
21	Les adultes vivant avec l'obésité ayant une intolérance au glucose (prédiabète) ou un diabète de type 2 peuvent bénéficier d'une thérapie nutritionnelle prodiguée par une diététiste (si possible) pour perdre du poids, réduire leur tour de taille et améliorer leur contrôle glycémique et leur tension artérielle.	Niveau 2a, catégorie B
22	Les adultes vivant avec l'obésité peuvent choisir parmi plusieurs thérapies nutritionnelles médicales pour améliorer leurs paramètres de santé, en adoptant les schémas et les approches alimentaires qu'ils sont le plus susceptibles de respecter à long terme. (Voir la recommandation complète, la catégorie et le niveau des données probantes au chapitre intitulé « Thérapie nutritionnelle médicale et gestion de l'obésité ».)	Voir la recommandation
23	Les adultes vivant avec l'obésité et l'intolérance au glucose (prédiabète) devraient envisager des interventions comportementales intensives afin d'obtenir une perte de poids de 5 % à 7 %, afin d'améliorer leur contrôle glycémique, leur tension artérielle et leur bilan lipidique (niveau 1a, catégorie A) et de réduire l'incidence du diabète de type 2 (niveau 1a, catégorie A), les complications microvasculaires (rétinopathie, néphropathie et neuropathie) (niveau 1a, catégorie B) et la mortalité cardiovasculaire et de toute cause (niveau 1a, catégorie B).	Voir la recommandation
24	Les adultes vivant avec l'obésité et atteints de diabète de type 2 devraient envisager de modifier radicalement leur hygiène de vie et viser une perte de poids de 7 % à 15 % pour favoriser la rémission du diabète et réduire l'incidence de la néphropathie, de l'apnée obstructive du sommeil et de la dépression.	Niveau 1a, catégorie A
25	Nous recommandons une approche non axée sur les diètes pour améliorer la qualité de vie, les paramètres psychologiques (bien-être général, perception de l'image corporelle), les paramètres cardiovasculaires, le poids corporel, l'activité physique, la fonction cognitive et les comportements alimentaires.	Niveau 3, catégorie C
Activité physique et gestion de l'obésité		
26	Une activité physique aérobie (de 30 à 60 minutes d'exercice d'intensité modérée à vigoureuse la plupart des jours de la semaine) peut être envisagée chez les adultes qui souhaitent : <ul style="list-style-type: none"> • Obtenir une légère perte de poids et d'adiposité (niveau 2a, catégorie B) • Obtenir une réduction des graisses viscérales abdominales (niveau 1a, catégorie A) et ectopiques (p. ex., hépatiques et cardiaques) (niveau 1a, catégorie A), même sans perte de poids • Favoriser le maintien de la perte de poids (niveau 2a, catégorie B) • Favoriser le maintien de la masse maigre pendant la perte de poids (niveau 2a, catégorie B) • Améliorer leur forme cardiorespiratoire (niveau 2a, catégorie B) et leur mobilité (niveau 2a, catégorie B). 	Voir la recommandation
27	Pour les adultes atteints d'embonpoint ou d'obésité, l'entraînement contre résistance pourrait promouvoir le maintien du poids ou entraîner une augmentation modeste de la masse musculaire ou de la masse maigre et la mobilité.	Niveau 2a, catégorie B
28	Accroître l'intensité de l'exercice, y compris par un entraînement fractionné à haute intensité, permet d'améliorer de façon plus marquée la forme cardiorespiratoire et d'obtenir des bienfaits plus rapidement qu'avec l'activité aérobie d'intensité modérée seulement.	Niveau 2a, catégorie B
29	La pratique régulière d'activité physique, avec ou sans perte de poids, peut améliorer de nombreux facteurs de risque cardiométaboliques chez les adultes atteints d'embonpoint ou d'obésité, y compris l'hyperglycémie et l'insulinosensibilité (niveau 2b, catégorie B), l'hypertension artérielle (niveau 1a, catégorie B) et la dyslipidémie (niveau 2a, catégorie B).	Voir la recommandation
30	La pratique régulière d'activité physique peut améliorer la qualité de vie liée à la santé, les troubles de l'humeur (p. ex., dépression, anxiété) et l'image corporelle chez les adultes atteints d'embonpoint ou d'obésité.	Niveau 2b, catégorie B

Tableau 1 (partie 3 de 6) : Recommandations pour la gestion de l'obésité chez l'adulte*

Recommandations		Niveau de preuve et force de la recommandation†
Interventions psychothérapeutiques et comportementales efficaces et gestion de l'obésité		
31	Plusieurs approches psychothérapeutiques (alliant modification du comportement [établissement d'objectifs, autosurveillance, résolution de problèmes], thérapie cognitive [recadrage] et stratégies basées sur les valeurs pour modifier l'alimentation et l'activité physique) devraient être intégrées aux plans de soins pour la perte de poids et l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie (niveau 1a, catégorie A) et promouvoir l'observance thérapeutique, la confiance et la motivation intrinsèque (niveau 1b, catégorie A).	Voir la recommandation
32	Les professionnels de la santé devraient fournir des soins à long terme et livrer des messages cohérents aux personnes vivant avec l'obésité pour développer leur confiance en leur capacité de surmonter les obstacles (auto-efficacité) et leur motivation intrinsèque (raison personnelle fondamentale de changer), les encourager à se fixer des objectifs réalistes et atteignables en matière de santé et à les appliquer en séquence, à surveiller leurs comportements et à analyser leurs reculs par la pensée adaptative axée sur la résolution de problèmes (recadrage cognitif), y compris la clarification et la réflexion sur les comportements valorisés.	Niveau 1a, catégorie A
33	Les professionnels de la santé devraient demander aux personnes vivant avec l'obésité l'autorisation de leur prodiguer un enseignement sur les liens entre une gestion réussie de l'obésité et l'amélioration de l'état de santé, de la capacité fonctionnelle et de la qualité de vie associée à des objectifs comportementaux réalistes, et non la perte de poids seulement.	Niveau 1a, catégorie A
34	Les professionnels de la santé devraient offrir des séances de suivi pour assurer la répétition et la pertinence du message, et stimuler le sentiment d'auto-efficacité et la motivation intrinsèque. (La recommandation complète est accessible au chapitre intitulé « Interventions psychothérapeutiques et comportementales efficaces et gestion de l'obésité ».)	Niveau 1a, catégorie A
Pharmacothérapie et gestion de l'obésité		
35	La pharmacothérapie pour la perte de poids peut être utilisée chez les personnes qui ont un IMC ≥ 30 kg/m ² ou un IMC ≥ 27 kg/m ² en présence de complications liées à l'adiposité, en association avec la thérapie nutritionnelle médicale, l'activité physique et les interventions comportementales (liraglutide 3,0 mg, naltrexone-bupropion en association, orlistat).	Niveau 2a, catégorie B
36	La pharmacothérapie peut servir à maintenir la perte de poids obtenue avec les changements comportementaux et prévenir la reprise du poids (liraglutide 3,0 mg ou orlistat).	Niveau 2a, catégorie B
37	Chez les personnes atteintes de diabète de type 2 ayant un IMC ≥ 27 kg/m ² , on peut utiliser la pharmacothérapie en association avec des changements comportementaux pour la perte de poids et l'amélioration du contrôle glycémique : liraglutide 3,0 mg (niveau 1a, catégorie A), naltrexone-bupropion en association (niveau 2a, catégorie B), orlistat (niveau 2a, catégorie B).	Voir la recommandation
38	Nous recommandons la pharmacothérapie en association avec des changements comportementaux chez les personnes atteintes de prédiabète et d'embonpoint ou d'obésité (IMC ≥ 27 kg/m ²) pour retarder ou prévenir le diabète de type 2 (liraglutide 3,0 mg ou orlistat).	Niveau 2a, catégorie B
39	Nous ne suggérons pas l'utilisation d'autres médicaments, sur ordonnance ou en vente libre, que ceux qui sont approuvés pour la gestion du poids.	Niveau 4, catégorie D (consensus)
40	Pour les personnes atteintes d'embonpoint ou d'obésité qui ont besoin d'une pharmacothérapie pour d'autres problèmes de santé, nous suggérons de choisir des médicaments qui ne sont pas associés à un gain pondéral.	Niveau 4, catégorie D (consensus)
Chirurgie bariatrique : Sélection et bilan préopératoire		
41	Nous suggérons un examen médical et nutritionnel complet et la correction des carences nutritionnelles chez les candidats à la chirurgie bariatrique.	Niveau 4, catégorie D
42	L'arrêt du tabagisme avant l'intervention pourrait aider à prévenir les complications péri- et postopératoires.	Niveau 2a, catégorie B
43	Nous suggérons le dépistage et le traitement de l'apnée obstructive du sommeil chez les candidats à la chirurgie bariatrique.	Niveau 4, catégorie D
Chirurgie bariatrique : Options chirurgicales et résultats		
44	La chirurgie bariatrique peut être envisagée chez les personnes ayant un IMC ≥ 40 kg/m ² ou un IMC ≥ 35 kg/m ² auquel s'ajoute au moins 1 maladie liée à l'adiposité (niveau 4, catégorie D, consensus) afin de : <ul style="list-style-type: none"> • Réduire la mortalité globale à long terme (niveau 2 b, catégorie B) • Induire une perte de poids à long terme significativement plus importante comparativement au traitement médical seulement (niveau 1a, catégorie A) • Induire un contrôle et la rémission du diabète de type 2, en association avec un traitement médical optimal, par rapport au traitement médical optimal seul (niveau 2a, catégorie B) • Améliorer significativement la qualité de vie (niveau 3, catégorie C) • Induire une rémission à long terme de la plupart des maladies liées à l'adiposité, y compris la dyslipidémie (niveau 3, catégorie C), l'hypertension (niveau 3, catégorie C), la stéatose hépatique et la stéatohépatite non alcoolique (niveau 3, catégorie C). 	Voir la recommandation
45	La chirurgie bariatrique devrait être envisagée chez les patients dont le diabète de type 2 est mal contrôlé et qui ont une obésité de classe 1 (IMC entre 30 et 34,9 kg/m ²) malgré une gestion médicale optimale.	Niveau 1a, catégorie A

Tableau 1 (partie 4 de 6) : Recommandations pour la gestion de l'obésité chez l'adulte*

Recommandations		Niveau de preuve et force de la recommandation†
Chirurgie bariatrique : Options chirurgicales et résultats (suite)		
46	La chirurgie bariatrique peut être envisagée pour une perte de poids et/ou le contrôle des maladies liées à l'adiposité chez les personnes vivants avec l'obésité de classe 1, chez qui la gestion médicale et comportementale optimale n'a pas généré une perte de poids suffisante.	Niveau 2a, catégorie B
47	Nous suggérons d'adapter le choix de l'intervention bariatrique (gastrectomie en manchon, dérivation gastrique ou dérivation biliopancréatique) en fonction des besoins du patient, en collaboration avec une équipe interprofessionnelle expérimentée.	Niveau 4, catégorie D (consensus)
48	Nous suggérons de ne pas offrir la bande gastrique ajustable en raison des complications inacceptables et de l'échec de l'intervention à long terme.	Niveau 4, catégorie D
49	Nous suggérons de ne pas offrir la dérivation gastrique avec anastomose unique en raison des complications à long terme comparativement à la dérivation gastrique Roux-en-Y.	Niveau 4, catégorie D
Chirurgie bariatrique : Gestion postopératoire		
50	Les professionnels de la santé peuvent encourager les personnes qui ont subi une chirurgie bariatrique à participer et à maximiser leur accès à des interventions comportementales et aux services paramédicaux dans un centre de chirurgie bariatrique.	Niveau 2a, catégorie B
51	Nous suggérons aux centres de chirurgie bariatrique de transmettre un plan de soins complet aux professionnels de la santé en soins primaires pour les patients qui reçoivent leur congé, y compris en ce qui concerne l'intervention effectuée, les coordonnées en cas d'urgence, les analyses sanguines annuelles requises, les suppléments de vitamines et minéraux à long terme, les médicaments et les interventions comportementales, de même que les circonstances où il faut consulter de nouveau.	Niveau 4, catégorie D (consensus)
52	Nous suggérons aux professionnels de la santé en soins primaires de procéder à une vérification annuelle de ce qui suit chez les patients qui ont reçu leur congé d'un centre de chirurgie bariatrique : poids, apport nutritionnel, activité physique, observance thérapeutique (multivitamines et minéraux), comorbidités et analyses de laboratoire pour mesurer et traiter les carences nutritionnelles au besoin.	Niveau 4, catégorie D (consensus)
53	Nous suggérons aux professionnels de soins primaires d'envisager une autre consultation au centre de chirurgie bariatrique ou auprès d'un spécialiste local pour tout problème technique ou gastro-intestinal, pour les questions nutritionnelles, la grossesse, le soutien psychothérapeutique, la reprise du poids ou autres problèmes de santé en lien avec la chirurgie bariatrique, comme le décrit le chapitre intitulé « Chirurgie bariatrique : Gestion postopératoire ».	Niveau 4, catégorie D (consensus)
54	Nous suggérons aux centres de chirurgie bariatrique de fournir un suivi et des analyses de laboratoire appropriées à intervalles réguliers après l'intervention, avec accès aux professionnels de la santé concernés (diététiste, infirmière, travailleuse sociale, médecin ou chirurgien bariatrique, psychologue ou psychiatre) jusqu'à ce que le patient reçoive son congé.	Niveau 4, catégorie D (consensus)
Soins de santé primaires et gestion de l'obésité		
55	Nous recommandons aux médecins de soins primaires d'identifier les personnes atteintes d'embonpoint et d'obésité, et d'amorcer un dialogue centré sur le patient et axé sur la santé.	Niveau 3, catégorie C
56	Nous recommandons aux professionnels de la santé de demander l'autorisation à leurs patients avant de discuter de leur poids ou de mesurer des paramètres anthropométriques.	Niveau 3, catégorie C
57	Des interventions en soins primaires devraient être utilisées pour accroître la littératie médicale (connaissances et habiletés) des personnes au sujet de la gestion du poids comme approche efficace pour traiter l'obésité.	Niveau 1a, catégorie A
58	Les médecins de famille devraient orienter les personnes atteintes d'embonpoint ou d'obésité vers des programmes de soins primaires à plusieurs composantes offrant des stratégies de gestion de l'obésité personnalisées comme façon efficace de les soutenir.	Niveau 1b, catégorie B
59	Les médecins de famille peuvent utiliser la délibération collaborative avec l'entretien motivationnel pour adapter les plans d'action aux conditions de vie de leurs patients, d'une façon gérable et viable, afin d'améliorer leur santé physique et émotionnelle et la gestion de leur poids.	Niveau 2b, catégorie C
60	Les interventions axées sur un groupe ethnique spécifique devraient tenir compte de la diversité des pratiques psychosociales concernant l'excès de poids, l'alimentation, l'activité physique, et des conditions socioéconomiques, puisqu'elles peuvent différer entre les groupes ethniques et en leur sein même.	Niveau 1b, catégorie B
61	Les interventions longitudinales en soins primaires devraient porter sur des changements comportementaux graduels, personnalisés et progressifs (« à petits pas ») pour aider efficacement les personnes à gérer leur poids.	Niveau 1b, catégorie B
62	Les programmes de soins primaires à plusieurs composantes devraient intégrer des stratégies de gestion de l'obésité personnalisées comme façon efficace de venir en aide aux personnes vivant avec l'obésité.	Niveau 1b, catégorie B
63	Des interventions en soins primaires de nature comportementale (nutrition, exercice, hygiène de vie), seules ou en association avec la pharmacothérapie, devraient être utilisées pour la gestion de l'embonpoint et de l'obésité.	Niveau 1a, catégorie A

Tableau 1 (partie 5 de 6) : Recommandations pour la gestion de l'obésité chez l'adulte*

Recommandations		Niveau de preuve et force de la recommandation†
Soins de santé primaires et gestion de l'obésité (suite)		
64	Des séances de thérapie nutritionnelle médicale et d'activité physique de groupe inspirées du Programme de prévention du diabète et des programmes Look AHEAD (<i>Action for Health in Diabetes</i>) devraient être utilisées comme option efficace de la gestion chez les adultes atteints d'embonpoint ou d'obésité.	Niveau 1b, catégorie A
65	Les outils de communication électroniques asynchrones permettant de rejoindre plus facilement un grand nombre de personnes devraient être une intervention potentiellement viable et économique dans un contexte communautaire.	Niveau 1b, catégorie B
66	Les éducateurs des programmes universitaires de premier cycle, des cycles supérieurs et de formation continue pour les professionnels de soins primaires devraient offrir des cours et des expériences cliniques pour améliorer les habiletés, les connaissances sur les données probantes et les attitudes requises pour aider en toute confiance et efficacement les personnes vivant avec l'obésité.	Niveau 1a, catégorie A
Produits et programmes commerciaux de gestion de l'obésité		
67	Pour les adultes atteints d'embonpoint ou d'obésité, les programmes commerciaux suivants devraient donner lieu à une perte de poids de légère à modérée à court ou à moyen terme, comparativement aux soins ou conseils usuels seuls : <ul style="list-style-type: none"> • WW (autrefois Weight Watchers) (niveau 1a, catégorie A) • Optifast (niveau 1b, catégorie B) • Jenny Craig (niveau 1b, catégorie B) • Nutrisystème (niveau 1b, catégorie B) 	Voir la recommandation
68	Optifast, Jenny Craig, WW (autrefois Weight Watchers) et Nutrisystème devraient permettre une légère baisse des taux d'hémoglobine glyquée à court terme comparativement aux soins habituels chez les adultes vivant avec l'obésité et atteints de diabète de type 2.	Niveau 1b, catégorie B
69	Nous ne recommandons pas l'utilisation de produits commerciaux en vente libre destinés à la perte de poids pour la gestion de l'obésité en raison d'un manque de données probantes.	Niveau 4, catégorie D
70	Nous ne suggérons pas l'utilisation de programmes commerciaux destinés à la perte de poids pour améliorer la tension artérielle et le bilan lipidique chez les adultes obèses.	Niveau 4, catégorie D
Technologies émergentes, télémédecine et gestion de l'obésité		
71	Les stratégies de gestion de l'obésité peuvent utiliser l'Internet (p. ex., formation en ligne pour la thérapie nutritionnelle médicale et l'activité physique) ou les appareils mobiles (p. ex., appli de suivi quotidien du poids sur un téléphone intelligent).	Niveau 2a, catégorie B
72	Nous suggérons aux professionnels de la santé d'intégrer un système de rétroaction et de suivi individualisé (p. ex., entraînement personnalisé ou avis par téléphone ou courriel) dans leurs stratégies technologiques de gestion de l'obésité pour améliorer la perte de poids.	Niveau 4, catégorie D
73	Les outils technologiques portables de suivi de l'activité devraient faire partie d'une stratégie globale de gestion du poids.	Niveau 1a, catégorie A
Weight management over the reproductive years for adult women living with obesity		
74	Nous recommandons aux professionnels de soins primaires de discuter de cibles de gestion pondérale spécifiques aux années de fertilité avec les femmes adultes atteintes d'obésité : perte de poids avant la conception (niveau 3, catégorie C); gain pondéral gestationnel de 5 kg à 9 kg pour la durée entière de la grossesse (niveau 4, catégorie D); perte de poids postpartum – perte minimale du gain pondéral gestationnel (niveau 3, catégorie C), afin de réduire le risque de complications de la présente grossesse ou d'une future grossesse.	Voir la recommandation
75	Les professionnels en soins primaires devraient offrir des interventions comportementales, y compris nutritionnelles et axées sur l'activité physique, aux femmes adultes atteintes d'obésité qui envisagent une grossesse (niveau 3, catégorie C), qui sont enceintes (niveau 2a, catégorie B) ou qui ont accouché (niveau 1a, catégorie A) pour l'atteinte de leurs cibles de gestion pondérale.	Voir la recommandation
76	Nous recommandons aux professionnels en soins primaires d'encourager et de soutenir les femmes enceintes atteintes d'obésité à s'alimenter sainement en fonction de leur objectif de gain pondéral gestationnel.	Niveau 3, catégorie C
77	Nous recommandons aux professionnels en soins primaires d'encourager et de soutenir les femmes enceintes atteintes d'obésité chez qui il n'y a pas de contre-indications à l'exercice durant la grossesse à s'adonner à au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine, pour faciliter la gestion du gain pondéral gestationnel.	Niveau 3, catégorie C
78	Les professionnels de la santé ne devraient pas prescrire de metformine pour limiter le gain pondéral gestationnel chez les femmes enceintes vivants avec l'obésité (niveau 1 b, catégorie A). Nous suggérons de ne pas utiliser de médicaments anti-obésité durant la grossesse ou l'allaitement (niveau 4, catégorie D).	Voir la recommandation
79	Nous recommandons d'offrir aux femmes vivants avec l'obésité un soutien additionnel pour l'allaitement, car elles ont moins tendance à y recourir et à persévérer.	Niveau 3, catégorie C

Tableau 1 (partie 6 de 6) : Recommandations pour la gestion de l'obésité chez l'adulte*

Recommandations		Niveau de preuve et force de la recommandation†
Gestion de l'obésité et populations autochtones		
80	<p>Nous suggérons ce qui suit aux professionnels de la santé qui soignent des personnes autochtones atteintes d'obésité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se familiariser avec les réalités sociales de ces patients. • Valider leurs expériences de stress et les préjudices systémiques qui peuvent nuire à leur santé et aggraver l'obésité en explorant les dimensions de leur environnement où une réduction du stress faciliterait les changements de comportements. • Promouvoir l'accès à des ressources de gestion de l'obésité dans les systèmes de santé publics, car les autres ressources pourraient être inabordables ou inaccessibles pour plusieurs. • Aider ces patients à reconnaître qu'ils peuvent retrouver un bon état de santé et qu'ils y ont droit. • Négocier le parcours par petites étapes réalistes, en tenant compte des conditions de vie du patient. • Combattre la résistance, l'apathie et l'inertie apparentes des patients et des professionnels de la santé. • Réfléchir aux préjugés fréquents envers les Autochtones dans le système de santé en explorant leurs motivations et en évaluant leur état de santé mentale (p. ex., traumatisme, deuil) pour avoir un autre point de vue sur les causes de leurs problèmes de santé et les solutions envisageables. Explorer la possibilité des préjugés personnels dans un contexte de racisme systémique. • S'attendre à la méfiance du patient envers le système de santé; se repositionner en tant que collaborateur plutôt qu'en tant qu'expert pour vaincre la résistance et abolir cet obstacle au bien-être. • En cas de résistance et d'apparente apathie ou inertie, explorer les besoins du patient sur le plan de la santé mentale et émotionnelle; ces besoins ont des origines et des formes particulières dans plusieurs milieux autochtones. • Contribuer à l'acquisition de connaissances complexes par le biais d'un lien thérapeutique. • Aider au développement des connaissances et des habiletés du patient en matière d'autogestion de l'obésité par l'analyse longitudinale des facteurs médicaux, sociaux, environnementaux et culturels en jeu. Tenter d'établir un lien thérapeutique pour favoriser la guérison d'un traumatisme multigénérationnel qui, avec le lourd passé des orphelinats et du système de protection de la jeunesse, peut souvent avoir inclus des agressions sexuelles. • Contribuer à élargir leurs propres connaissances sur les répercussions de la colonisation sur la santé, y compris sur les expériences de discrimination systémique et sociale générale envers les Autochtones, afin de favoriser des liens reposant sur une compréhension mutuelle. • Veiller à fournir des informations qui sont au diapason avec le patient et son niveau d'instruction, centrées sur l'apprenant, en tenant compte du risque qu'il anticipe une attitude raciste ou un traitement inégal. • Être réceptif au comportement, à la présence physique et aux façons autochtones de connaître, d'agir et d'être. • Explorer et intégrer les concepts de santé et d'hygiène de vie propres au patient et à sa communauté en lien avec la morphologie, l'activité et les préférences alimentaires (p. ex., préférence pour des aliments et des activités liées au territoire et difficultés d'y accéder). • S'engager sérieusement à explorer les valeurs et les principes communs de communication et de partage des connaissances en milieu autochtone (p. ex., relationalisme, non-interférence). 	Niveau 4, catégorie D (consensus)
<p>Remarque : ALT = alanine aminotransférase, IMC = indice de masse corporelle *Une description complète des recommandations et les données probantes à l'appui sont accessibles ici https://obesitycanada.ca/fr/. Le tableau 3 fournit la définition des verbes d'action utilisés dans ces recommandations. †Pour le barème de classification et de force des données probantes, voir l'encadré no 3. ‡L'annexe 2 est accessible ici www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.191707/-/DC2. §Voir l'annexe 1.</p>		

l'individu, qui comblent ses besoins nutritionnels et l'aident à atteindre ses objectifs, est un élément important de la gestion du poids et de la santé.

La thérapie nutritionnelle médicale est au cœur de la gestion des maladies chroniques, y compris de l'obésité^{55,56}. Elle ne devrait cependant pas être utilisée isolément pour la gestion de l'obésité, car le maintien à long terme de la perte de poids peut être difficile en raison de mécanismes neurologiques compensatoires qui mènent à une augmentation de l'apport calorique en accroissant la sensation de faim, causant ainsi un gain pondéral^{57,58}. La thérapie nutritionnelle médicale, en association avec d'autres interventions (psychothérapeutiques, pharmacologiques et chirurgicales), devrait plutôt être ajustée de manière à améliorer les paramètres médicaux et pondéraux de l'individu^{56,59}.

La perte de poids obtenue au moyen de changements comportementaux axés sur la santé varie habituellement de 3 % à 5 % et peut améliorer significativement les comorbidités⁶⁰ liées à l'obésité. L'ampleur de la perte de poids varie beaucoup d'un individu à l'autre en fonction de facteurs biologiques et psychosociaux et ne dépend pas uniquement des efforts déployés par l'individu.

Le poids auquel le corps se stabilise après l'adoption d'une saine hygiène de vie peut être qualifié de « poids optimal »; cela n'équivaut pas au poids « idéal » selon l'IMC. L'atteinte de l'IMC « idéal » peut être très difficile. Si les modifications comportementales n'ont pas suffi et que pour améliorer son état de santé et son bien-être le patient doit perdre plus de poids, des options pharmacologiques et chirurgicales plus intensives peuvent être envisagées.

Interventions psychothérapeutiques et comportementales

Toutes les stratégies d'optimisation de la santé, qu'il s'agisse d'alimentation, d'activité physique, d'observance thérapeutique, de préparation à la chirurgie ou d'approches adaptatives, reposent sur des changements comportementaux⁶¹. Les interventions psychothérapeutiques et comportementales servent de « mode d'emploi » pour ces changements; elles donnent au médecin la capacité de guider le patient vers les comportements recommandés afin qu'il les adopte et les maintienne au fil du temps⁶⁰. On trouvera une description complète des interventions psychothérapeutiques et comportementales et les données probantes à l'appui à l'adresse (<https://obesitycanada.ca/fr/>) au chapitre intitulé « Interventions psychothérapeutiques et comportementales efficaces et gestion de l'obésité ».

Pharmacothérapie

Nous recommandons une pharmacothérapie d'appoint pour la perte de poids et son maintien chez les individus qui ont un IMC ≥ 30 kg/m² ou un IMC ≥ 27 kg/m² auquel s'ajoutent des complications liées à l'adiposité, en complément de la thérapie nutritionnelle, de l'activité physique et du soutien psychologique. Parmi les options offertes, mentionnons le liraglutide 3,0 mg, l'association naltrexone-bupropion et l'orlistat. La pharmacothérapie accentue la perte de poids au-delà de ce que les changements comportementaux peuvent générer seuls et elle est importante pour prévenir une reprise du poids⁶²⁻⁶⁶. Une description complète et les données probantes à l'appui sont accessibles en ligne (<https://obesitycanada.ca/fr/>) au chapitre intitulé « Pharmacothérapie et gestion de l'obésité ».

Chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique peut être envisagée chez les personnes qui ont un IMC ≥ 40 kg/m² ou ≥ 35 kg/m² auquel s'ajoute au moins 1 comorbidité liée à l'obésité. Le choix de la chirurgie doit être arrêté avec l'équipe multidisciplinaire en tenant compte des attentes du patient, de son état de santé, des avantages escomptés et des risques anticipés de la chirurgie. Une description complète et les données probantes à l'appui sont accessibles en ligne (<https://obesitycanada.ca/fr/>) aux chapitres intitulés « Chirurgie bariatrique : Sélection et bilan préopératoire », « Chirurgie bariatrique : Options et résultats » et « Chirurgie bariatrique : Gestion postopératoire ».

Étape 4 : Entente au sujet des objectifs du traitement

Étant donné que l'obésité est une maladie chronique, sa gestion à long terme repose sur une collaboration entre le patient et son équipe soignante⁶⁷. Les professionnels de la santé devraient avoir une bonne discussion avec leurs patients pour clarifier leurs attentes, choisir des traitements centrés sur la personne et établir des objectifs réalistes sur le plan des habitudes de vie et des paramètres de santé⁶⁸.

Parmi les gestes utiles pour atténuer la stigmatisation de l'embonpoint lors de consultations en soins primaires, mentionnons la reconnaissance explicite des multiples déterminants des stéréotypes associés au surplus de poids, soit la connotation d'échec ou de réussite de l'individu en lien avec sa morphologie,

l'accent placé sur les interventions comportementales pour améliorer l'état de santé général et une redéfinition de la réussite mesurée selon l'adoption d'une saine hygiène de vie, indépendamment de la morphologie ou de la masse corporelle⁶⁹.

Étant donné qu'il s'agit d'une maladie chronique, le plan de traitement doit s'échelonner à long terme. Les professionnels de la santé et les patients devraient s'entendre sur un plan d'action personnalisé à la fois réaliste et viable qui tient compte des causes du gain pondéral⁷⁰.

Étape 5 : Suivi et promotion du traitement de l'obésité

Il faut promouvoir des soins plus efficaces pour les personnes vivant avec l'obésité. Cela inclut une amélioration de la formation et du développement continu des professionnels de la santé afin qu'ils puissent offrir des soins anti-obésité efficaces et fondés sur des données probantes. Nous devons aussi soutenir l'allocation des ressources en santé pour faciliter l'accès à des options thérapeutiques comportementales, pharmacologiques et chirurgicales efficaces.

Au Canada, l'accès aux soins anti-obésité se bute à d'importants obstacles, notamment l'absence de programmes interdisciplinaires de gestion de l'obésité, la difficulté d'accès aux professionnels de la santé experts en la matière, les temps d'attente induit pour les consultations et la chirurgie et le coût élevé de certains traitements^{37,71-73}. En général, les professionnels de la santé sont mal préparés à traiter l'obésité⁷⁴. Aucun des médicaments anti-obésité offerts au Canada n'est inscrit sur les listes de médicaments des provinces et des territoires et aucun n'est remboursé par les régimes d'assurance médicaments publics provinciaux⁷¹. Les temps d'attente pour la chirurgie bariatrique au Canada sont plus longs que pour toute autre maladie traitée chirurgicalement^{37,71}. Même si l'accès à la chirurgie bariatrique s'est amélioré dans certaines régions du Canada, il est encore limité dans la plupart des provinces et inexistant dans les 3 territoires^{37,71-75}. Les candidats à la chirurgie bariatrique peuvent attendre jusqu'à 8 ans avant de rencontrer un spécialiste ou d'être opérés.

L'inaccessibilité des traitements anti-obésité contribue à l'augmentation des taux d'obésité morbide au Canada⁴⁶. Les Canadiens affectés sont laissés à eux-mêmes dans le labyrinthe complexe des produits et traitements pour la perte de poids, dont bon nombre reposent d'ailleurs sur des bases scientifiques douteuses ou promeuvent des objectifs de perte de poids irréalistes et impossibles à maintenir⁷⁶.

Méthodologie

Composition des groupes participants

Obésité Canada et l'Association canadienne des médecins et chirurgiens bariatriques ont formé un Comité exécutif et un Comité directeur dont les membres détiennent une vaste expertise et proviennent des quatre coins du pays. Le Comité exécutif (qui compte 2 coprésidents [S.W., D.C.W.L.], 1 omnipraticienne [C.C-S.], 1 psychologue [M.V.], 1 chirurgien bariatrique [L.B.] et 1 néphrologue [A.M.S.]) a fourni la vision globale et la supervision du processus de rédaction de la ligne directrice.

Le Comité directeur ($n = 16$) était composé de certains des auteurs principaux des chapitres, et d'une personne vivant avec l'obésité; ce comité a recruté d'autres chercheurs (responsables et auteurs de chapitre) pour rédiger chaque chapitre. Les membres du Comité exécutif et du Comité directeur se sont réunis en personne en avril et en décembre 2017 et par téléphone au moins 1 fois par mois.

Les responsables et les auteurs des chapitres ($n = 60$) ont été choisis pour leur expertise clinique et scientifique en médecine de l'obésité. Pour chaque chapitre, il y avait de 2 à 4 auteurs. Certains responsables de chapitre ont recruté d'autres auteurs pour collaborer à la rédaction.

Nous avons sollicité la participation de personnes vivant avec l'obésité ($n = 7$) par le biais du Comité de l'engagement public d'Obésité Canada. Un des membres du Comité de l'engagement public (I.P.) a été affecté au Comité directeur pour cette ligne directrice. Les membres du Comité de l'engagement public se sont réunis par téléphone 1 fois par mois; leur apport a été fourni par le biais de sondages en ligne, de groupes de discussion et de conversations individuelles.

Nous avons mobilisé des membres de la communauté autochtone par le biais d'un groupe de discussion ($n = 14$). De plus, nous avons obtenu le point de vue de professionnels de la santé œuvrant auprès de communautés autochtones et procédé par voie de consensus avec ces médecins et avec les auteurs des chapitres au cours du printemps 2019; les données probantes

ont ainsi pu s'ancrer davantage dans la pratique clinique. Les détails à ce sujet sont accessibles en ligne (<https://obesitycanada.ca/fr/>), au chapitre « Gestion de l'obésité et populations autochtones ».

Le personnel, des consultants et des bénévoles d'Obésité Canada ($n = 15$) ont assuré le soutien administratif et la coordination du projet durant le processus de rédaction de la ligne directrice. Le tableau 2 résume ce processus ainsi que les responsabilités de chaque groupe de participants.

Sélection des thèmes prioritaires

Le Comité exécutif a procédé à un exercice de schématisation conceptuelle afin d'établir la portée de la ligne directrice et les grandes orientations des sections et des chapitres qui la composent (avril–juin 2017)⁷⁹. En tout, 19 sections et chapitres distincts ont été retenus. Le Comité directeur a rédigé des questions PI/PECRT (population, intervention ou exposition, comparaison, résultats, temps) pour chaque chapitre lors d'une rencontre en personne les 15 et 16 décembre 2017, à la suite de quoi 179 questions ont été rédigées pour guider l'interrogation de la documentation. Toutes les questions cliniques ont été préparées avec l'aide du groupe d'analyse et de synthèse des données probantes de l'Université McMaster (McMaster Evidence Review and Synthesis Team ou MERST, autrefois McMaster Evidence-Based Practice Centre) selon le format approprié (c.-à-d., PICRT pour les traitements et PECRT pour les questions qualitatives).

Tableau 2 : Sommaire du processus d'élaboration de la ligne directrice

Activité	Groupe responsable
• Exercice de schématisation conceptuelle pour établir la portée de la ligne directrice et les grandes orientations des sections et des chapitres (19 chapitres)	Comité exécutif
• Rédaction des questions de recherche (PI/PECRT) pour chaque chapitre	Comité directeur
• Recension des écrits ⁷⁷	MERST
• Téléversement des résultats de la recension des écrits dans le logiciel de revue systématique Distiller	MERST
• Évaluation critique de tous les articles ⁷⁷	Responsables des chapitres
• Revue des résultats de l'évaluation critique et classement de chaque article à l'aide de l'outil AGREE II ⁷⁸	MERST
• Préparation des rapports sur les données probantes après classement	MERST
• Rédaction des recommandations en fonction des niveaux de données probantes les plus élevés et du consensus des experts	Comité directeur avec les responsables et les auteurs des chapitres
• Revue des recommandations pour confirmer leur concordance avec les données probantes (seulement pour celles qui reposent sur des données probantes de niveaux A à C)	MERST
• Revue des recommandations pour confirmer leur concordance avec les données probantes et leur pertinence pour les professionnels de la santé en soins primaires	Comité exécutif
• Révision des recommandations pour donner suite aux commentaires reçus du Comité exécutif et du groupe MERST	Comité directeur avec les responsables des chapitres
• Revue et approbation des recommandations finales	Comité exécutif
• Examen externe des recommandations pour évaluer leur pertinence et leur faisabilité	Médecins de famille et personnes vivant avec l'obésité
• Examen des chapitres par des pairs externes	Experts de chaque domaine

Remarque : AGREE = *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*, MERST = Groupe d'analyse et de synthèse des données probantes de l'Université McMaster (*McMaster Evidence Review and Synthesis Team*), PI/PECRT = Population, intervention ou exposition, comparaison, résultats, temps.

Revue de la documentation et évaluation de la qualité

Le groupe MERST a contribué à la rédaction de la ligne directrice en conduisant les interrogations de la documentation à partir des questions PI/PECRT de chaque chapitre. Une spécialiste de la bibliothèque des sciences de la santé de l'Université McMaster (Hamilton, Ontario) a utilisé cette information pour créer des stratégies de recherche sur MEDLINE et Embase. Les interrogations visaient les articles de langue anglaise révisés par des pairs et publiés entre janvier 2006 et juin 2018. Quatorze interrogations ont été réalisées en lien direct avec les chapitres et 7 autres interrogations ont aidé à fournir un contexte pour différents chapitres. Les stratégies d'interrogation sont disponibles sur la page Web de la ligne directrice (<https://obesitycanada.ca/fr/>). Une fois une interrogation terminée, les résultats étaient téléversés dans Endnote, où les doublons étaient éliminés, et un ensemble final de citations a été téléchargé sur le logiciel DistillerSR à des fins de sélection et de revue⁸⁰. En plus des interrogations électroniques, les auteurs des chapitres ont identifié d'autres sources et les ont ajoutées aux résultats principaux de la recherche.

Deux examinateurs ont complété la sélection des titres et des résumés d'articles et choisi de manière indépendante les études potentielles à inclure. Le texte intégral de chaque source ainsi sélectionnée par l'un ou l'autre des examinateurs a été passé en revue par 1 ou plusieurs auteurs du chapitre concerné qui ont jugé de sa pertinence. On a ensuite évalué la méthodologie des articles sélectionnés à l'aide de l'approche Shekelle^{77,81}. Chaque source a été classée selon qu'il s'agissait de prévention, de traite-

ment, d'évaluation des paramètres diagnostiques ou de pronostic. Une fois cette sélection effectuée, un modèle approprié de gestion des revues électroniques systématiques a été affiché sur le support DistillerSR, à partir duquel on a répondu aux questions méthodologiques et généré le niveau des données probantes selon le type et la qualité de l'étude. C'est le niveau des données probantes qui détermine la force des recommandations et il a été généré au moyen de la plateforme de gestion des revues électroniques systématiques (encadré no 3)⁷⁷.

Élaboration de recommandations

Les recommandations ont été rédigées par le Comité directeur avec les responsables et auteurs de chapitres sur la base des données probantes du niveau le plus élevé disponibles (encadré no 3)⁷⁷. Les responsables et auteurs des chapitres ont vérifié le type et la force des données probantes (niveau) et ont ajouté les références des études dont elles ont été tirées.

Reconnaissant l'importance de la recherche qualitative pour les questions concernant le traitement de l'obésité, les experts en contenu (S.K., X.R.S., D.C.S., L.C., S.R.M.) ont procédé à la revue de toute la documentation à la base de ces recommandations. Une évaluation consensuelle de la qualité des données probantes par les examinateurs experts en méthodes qualitatives a permis d'établir le niveau des données probantes pour les recommandations en question.

Certaines recommandations de catégorie D ont été formulées sur la base de rapports de comités d'experts, d'opinions ou d'expériences cliniques relatives par des autorités reconnues et sont assorties de références; d'autres recommandations de catégorie D formulées par les auteurs portent la mention « consensus ».

Les auteurs des chapitres ont utilisé une terminologie standardisée pour rendre les recommandations plus spécifiques. Le choix des verbes d'action utilisés pour chaque recommandation se fonde sur la qualité des sources à l'appui (tableau 3)⁸²⁻⁸⁴.

Nous avons utilisé un processus itératif pour finaliser les recommandations. Les méthodologistes du groupe MERST ont procédé à un examen indépendant des recommandations de catégories A à C, pour lesquelles ils ont examiné la clarté des énoncés et la concordance des recommandations avec les données probantes. Deux méthodologistes (un examinateur principal et un examinateur secondaire) ont analysé chaque recommandation au moyen de listes de vérification pour assigner le

Encadré no 3 : Barèmes de classification⁷⁷

Niveau de preuve

- Niveau 1a : Données probantes tirées de méta-analyses d'essais randomisés et contrôlés (ERC)
- Niveau 1 b : Données probantes tirées d'au moins 1 ERC
- Niveau 2a : Données probantes tirées d'au moins 1 étude contrôlée non randomisée
- Niveau 3 : Données probantes tirées d'études descriptives non expérimentales (p. ex., études de comparaison, de corrélation et cas-témoins)
- Niveau 4 : Données probantes tirées de rapports de comités d'experts et/ou de l'opinion/expérience clinique d'autorités respectées

Force des recommandations

- Catégorie A : Reposent directement sur des données probantes de niveau 1
- Catégorie B : Reposent directement sur des données probantes de niveau 2 ou l'extrapolation de données probantes de niveau 1
- Catégorie C : Reposent directement sur des données probantes de niveau 3 ou l'extrapolation de données probantes de niveau 1 ou 2
- Catégorie D : Reposent directement sur des données probantes de niveau 4 ou l'extrapolation de données probantes de niveau 1, 2 ou 3

Adapté avec l'autorisation de BMJ Publishing Group Limited. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, et coll. Developing clinical guidelines. *West J Med* 1999; 170:348-51.

Tableau 3 : Définitions des verbes d'action utilisés dans ces recommandations⁸²⁻⁸⁴

Niveau	Termes suggérés
Niveau 1, recommandation de catégorie A	Verbe « devoir »
Niveau 2, recommandation de catégorie B	Verbe « pouvoir »
Niveau 3, recommandation de catégorie C	Verbe « recommander »
Niveau 4, recommandation de catégorie D et consensus	Verbe « suggérer »

niveau de données probantes de chaque source. Les méthodologistes se sont réunis, ont discuté, se sont entendus sur la classification des recommandations et ont fait rapport de leurs suggestions sur les révisions concernant le libellé ou la classification au Comité exécutif. Les responsables des chapitres ont modifié les recommandations conformément au processus de révision du groupe MERST.

Le Comité exécutif a voté sur chacune des recommandations pour s'assurer d'un consensus. Si une recommandation ne recueillait pas 100 % des votes, le Comité exécutif discutait de la recommandation en profondeur jusqu'à l'atteinte d'un consensus. Les responsables de chapitres ont ensuite modifié le libellé des recommandations en conséquence et le Comité exécutif a approuvé le nouveau libellé des recommandations. Le Comité exécutif a fourni son approbation finale pour toutes les recommandations de cette ligne directrice, chacune ayant été acceptée à l'unanimité.

Revue externe

Des examinateurs externes (professionnels de soins de santé primaires et personnes vivant avec l'obésité [$n = 7$]) ont passé en revue les recommandations pour vérifier leur pertinence et leur faisabilité. Nous avons effectué quelques modifications pour nous adapter au vocabulaire et au contexte des soins primaires. Une révision externe distincte de chaque chapitre a été réalisée par des pairs.

Gestion des intérêts concurrents

Le financement provient de la Stratégie de recherche axée sur le patient des Instituts de recherche en santé du Canada, de l'Initiative FOCUS (*Fund for Obesity Collaboration and Unified Strategies*) d'Obésité Canada et de l'Association canadienne des médecins et chirurgiens bariatriques, en plus d'un soutien non financier des chercheurs et professionnels ayant participé bénévolement à l'élaboration de la ligne directrice. Les vues des organismes subventionnaires n'ont aucunement influé sur le contenu de la ligne directrice. Tous les membres des comités (exécutif et directeur), les responsables et auteurs des chapitres ont agi à titre bénévole; ils n'ont reçu aucune rémunération pour leurs services.

Le Comité exécutif a élaboré et mis en œuvre la politique et les procédures concernant les conflits d'intérêts afin de réduire les risques de biais. Cette politique et les divulgations d'intérêts concurrents sont accessibles sur le site Web de la ligne directrice. Tous les participants devaient dévoiler leurs conflits d'intérêts potentiels. Nous avons maintenu des déclarations détaillées pendant tout le processus et pour tous les membres du Comité exécutif, du Comité directeur et les méthodologistes participants du groupe MERST. Nous avons utilisé le formulaire de divulgation de l'International Committee of Medical Journal Editors, avec l'ajout des sources de financement gouvernementales.

Les personnes ayant dévoilé des intérêts concurrents n'ont été exclues ni des évaluations critiques ni du vote sur les recommandations, mais le Comité exécutif a demandé à ceux qui avaient des intérêts concurrents directs de s'abstenir de voter sur des recommandations les plaçant en situation de conflits d'intérêts. Tout énoncé mentionnant l'utilisation des médicaments en dehors des indications approuvées incluait une mise en garde à cet effet.

Comme nous l'avons vu précédemment, les méthodologistes du groupe MERST qui n'avaient aucun intérêt concurrent ont passé en revue⁷⁸ et classé chaque étude incluse pour s'assurer que les données probantes ont été évaluées de manière appropriée. Ils ont aussi passé en revue les recommandations (de catégories A à C) pour faire en sorte qu'elles concordent avec les données probantes. En terminant, un examen externe a été mené pour vérifier la faisabilité des recommandations et évaluer la présence de biais.

Mise en œuvre

Obésité Canada et l'Association canadienne des médecins et chirurgiens bariatriques ont conçu un site Web conjoint (<https://obesitycanada.ca/fr/>) sur lequel on retrouve la ligne directrice intégrale, les mises à jour provisoires, un guide de référence rapide, les messages clés, des outils, jeux de diapos, vidéos et webinaires pour les professionnels de la santé, ainsi que des ressources pour les personnes obèses et leurs proches, en anglais et en français. La ligne directrice sera présentée sur le site Web sous forme de document évolutif. Chaque responsable de chapitre suivra l'actualité médicale en lien avec la ligne directrice et collaborera avec le Comité exécutif pour mettre les recommandations à jour lorsque de nouvelles données probantes pouvant les modifier seront disponibles. Un cadre de mise en œuvre (cadre 5A) est accessible à l'annexe 2.

Plus de 10 ans après la diffusion de la première ligne directrice canadienne sur l'obésité en 2006, l'accès aux soins anti-obésité demeure problématique au Canada^{37,71}. L'obésité n'est pas officiellement reconnue comme une maladie chronique par les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux, malgré les déclarations de l'Association médicale canadienne et de l'Organisation mondiale de la santé^{85,86}. L'absence de reconnaissance de l'obésité en tant que maladie chronique par les régimes privés et publics, les systèmes de santé, le public et les médias se répercute sur l'accès au traitement⁷². L'obésité continue d'être traitée comme une maladie auto-infligée, ce qui influe sur les types d'interventions et d'approches offerts par les gouvernements ou remboursés par les régimes d'assurance maladie⁸⁷.

La mise en œuvre de cette ligne directrice demandera une politique ciblée, de même que des efforts de sensibilisation et un engagement de la part des personnes vivant avec l'obésité, de leurs proches et de leurs équipes soignantes. Des organisations canadiennes se sont concertées pour travailler à modifier la perception de l'obésité au Canada, pour éliminer les préjugés et la stigmatisation liés au poids et à l'obésité et pour modifier la façon dont les systèmes de santé et les politiques s'attaquent à l'obésité⁸⁸. Cette ligne directrice sera utilisée auprès des gouvernements fédéral et provinciaux pour soutenir la défense des intérêts des personnes vivant avec l'obésité afin d'améliorer leurs soins.

Autres lignes directrices

C'est en 2006 qu'a été publiée la première ligne directrice de pratique clinique canadienne fondée sur des données probantes concernant la prise en charge et la prévention de l'obésité chez

les adultes et les enfants⁴³. En 2015, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, en collaboration avec le personnel scientifique de l'Agence de la santé publique du Canada et le Centre d'analyse et de synthèse des données probantes de l'Université McMaster, a publié une série de recommandations pour la prévention du gain pondéral et l'utilisation d'interventions comportementales et pharmacologiques pour gérer l'embonpoint et l'obésité chez les adultes en soins primaires⁸⁹. Cette ligne directrice n'a pas été conçue à l'intention des personnes ayant un IMC ≥ 40 pouvant bénéficier de programmes bariatriques spécialisés et n'a passé en revue que les essais interventionnels réalisés dans le contexte des soins primaires canadiens. La ligne directrice n'a pas non plus inclus les traitements chirurgicaux.

Lacunes dans les connaissances

Les recommandations de cette ligne directrice reposent sur le meilleur niveau de données probantes disponibles en 2020. Nous reconnaissons que c'est la poursuite de la recherche qui continuera de guider et de faire progresser la gestion de l'obésité^{90,91}.

Les options thérapeutiques actuelles, à l'exception de la chirurgie, donnent rarement lieu à une perte de poids soutenue de plus de 20 %, et chez certaines personnes vivant avec l'obésité, cela se révèle insuffisant pour corriger ou améliorer plusieurs des problèmes de santé qui accompagnent le surpoids. Il faut donc multiplier les options thérapeutiques pour répondre aux besoins des personnes vivant avec l'obésité. La reprise de poids continue d'être un défi pour de nombreux patients qui ont été traités⁹².

Conclusion

L'obésité est une maladie chronique complexe fort répandue, qui affecte beaucoup d'adultes au Canada et dans le monde; seule une petite fraction des personnes qui pourraient bénéficier d'un traitement y ont accès. Cette ligne directrice fondée sur des données probantes mises à jour vise à améliorer l'accès et les soins aux personnes vivant avec l'obésité en sensibilisant les professionnels de la santé au fait que l'obésité requiert un traitement à long terme. Les récentes découvertes concernant la régulation de l'appétit et la physiopathologie de l'obésité ont ouvert de nouvelles avenues pour le traitement de cette maladie chronique. La lutte contre les préjugés et la stigmatisation liés au poids, la compréhension des causes profondes de l'obésité, la promotion et le déploiement d'interventions comportementales centrées sur les patients et le traitement approprié administré par des professionnels de la santé, préférablement au sein d'équipes interdisciplinaires, permettront d'améliorer la qualité des soins et le bien-être des personnes vivant avec l'obésité. La diffusion et la mise en œuvre de cette ligne directrice font partie intégrante de nos objectifs pour combattre cette maladie chronique répandue. Il faudra déployer beaucoup plus d'efforts sur le plan de la recherche, de la formation, de la prévention et des traitements pour améliorer nos connaissances sur l'obésité.

Références

- Prospective Studies Collaboration; Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009;373:1083-96.
- Global BMI Mortality Collaboration; Di Angelantonio E, Bhupathiraju ShN, Wormser D, et al. Body-mass index and all-cause mortality: Individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet* 2016;388:776-86.
- Abdullah A, Peeters A, de Courten M, et al. The magnitude of association between overweight and obesity and the risk of diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;89:309-19.
- Aune D, Norat T, Vatten LJ. Body mass index, abdominal fatness and the risk of gallbladder disease. *Eur J Epidemiol* 2015;30:1009-19.
- Longo M, Zatterale F, Naderi J, et al. Adipose tissue dysfunction as determinant of obesity-associated metabolic complications. *Int J Mol Sci* 2019;20:E2358.
- Aune D, Norat T, Vatten LJ. Body mass index and the risk of gout: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Eur J Nutr* 2014;53:1591-601.
- Fontaine KR, Redden DT, Wang C, et al. Years of life lost due to obesity. *JAMA* 2003;289:187-93.
- Grover SA, Kaouache M, Rempel P, et al. Years of life lost and healthy life-years lost from diabetes and cardiovascular disease in overweight and obese people: a modelling study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015;3:114-22.
- Wolin KY, Carson K, Colditz GA. Obesity and cancer. *Oncologist* 2010;15:556-65.
- Ackerman SE, Blackburn OA, Marchildon F, et al. Insights into the link between obesity and cancer. *Curr Opin Oncol* 2017;6:195-203.
- Sharma AM. M, M, M & M: a mnemonic for assessing obesity. *Obes Rev* 2010;11:808-9.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017;390:2627-42.
- Obesity in Canada — Snapshot*. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2009. Disponible : www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/obesity-canada-snapshot.html (consulté le 22 mai 2020).
- Obesity in Canada — Health and economic implications*. Ottawa: Public Health Agency of Canada; modified 2011 June 23. Disponible : www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/healthy-living/obesity-canada/health-economic-implications.html (consulté le 22 mai 2020).
- Anis AH, Zhang W, Bansback N, et al. Obesity and overweight in Canada: an updated cost-of-illness study. *Obes Rev* 2010;11:31-40.
- 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.
- Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight discrimination and risk of mortality. *Psychol Sci* 2015;26:1803-11.
- Mechanick JI, Hurley DL, Garvey WT. Adiposity-based chronic disease as a new diagnostic term: the American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology position statement. *Endocr Pract* 2017;23:372-8.
- Garvey WT, Mechanick JI. Proposal for a scientifically correct and medically actionable disease classification system (ICD) for obesity. *Obesity (Silver Spring)* 2020;28:484-92.
- Cedernaes J, Huang W, Ramsey KM, et al. Transcriptional basis for rhythmic control of hunger and metabolism within the AgRP neuron. *Cell Metab* 2019;29:1078-91.e5.
- Fasshauer M, Blüher M. Adipokines in health and disease. *Trends Pharmacol Clin* 2015;36:461-70.
- Secher A, Jelsing J, Baquero AF, et al. The arcuate nucleus mediates GLP-1 receptor agonist liraglutide-dependent weight loss. *J Clin Invest* 2014;124:4473-88.
- Sternson SM, Eiselt A-K. Three pillars for the neural control of appetite. *Annu Rev Physiol* 2017;79:401-23.

24. Hill JO. Understanding and addressing the epidemic of obesity: an energy balance perspective. *Endocr Rev* 2006;27:750-61.
25. Mebel DM, Wong JC, Dong YJ, et al. Insulin in the ventral tegmental area reduces hedonic feeding and suppresses dopamine concentration via increased reuptake. *Eur J Neurosci* 2012;36:2336-46.
26. Bliss ES, Whiteside E. The gut-brain axis, the human gut microbiota and their integration in the development of obesity. *Front Physiol* 2018;9:900.
27. van Bloemendaal L, Veltman DJ, Ten Kulve JS, et al. Brain reward-system activation in response to anticipation and consumption of palatable food is altered by glucagon-like peptide-1 receptor activation in humans. *Diabetes Obes Metab* 2015;17:878-86.
28. Sharma AM, Kushner RF. A proposed clinical staging system for obesity. *Int J Obes (Lond)* 2009;33:289-95.
29. Grundy SM, Neeland IJ, Turer AT, et al. Waist circumference as measure of abdominal fat compartments. *J Obes* 2013;2013:454285.
30. Ross R, Neeland IJ, Yamashita S, et al. Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nat Rev Endocrinol* 2020;16:177-89.
31. Neeland IJ, Ross R, Després J-P, et al.; International Atherosclerosis Society; International Chair on Cardiometabolic Risk Working Group on Visceral Obesity. Visceral and ectopic fat, atherosclerosis, and cardiometabolic disease: a position statement. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019;7:715-25.
32. Hruby A, Hu FB. The epidemiology of obesity: a big picture. *Pharmacoeconomics* 2015;33:673-89.
33. Padwal RS, Pajewski NM, Allison DB, et al. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. *CMAJ* 2011;183:E1059-66.
34. Canning KL, Brown RE, Wharton S, et al. Edmonton Obesity Staging System prevalence and association with weight loss in a publicly funded referral-based obesity clinic. *J Obes* 2015;2015:619734.
35. Kuk JL, Ardern CI, Church TS, et al. Edmonton Obesity Staging System: association with weight history and mortality risk. *Appl Physiol Nutr Metab* 2011;36:570-6.
36. Ogunleye A, Osunlana A, Asselin J, et al. The 5As team intervention: bridging the knowledge gap in obesity management among primary care practitioners [published erratum in *BMC Res Notes* 2016;9:164]. *BMC Res Notes* 2015;8:810.
37. *Report card on access to obesity treatment for adults in Canada 2017*. Edmonton: Obesity Canada; 2017.
38. Block JP, DeSalvo KB, Fisher WP. Are physicians equipped to address the obesity epidemic? Knowledge and attitudes of internal medicine residents. *Prev Med* 2003;36:669-75.
39. Janke EA, Ramirez ML, Haltzman B, et al. Patient's experience with comorbidity management in primary care: a qualitative study of comorbid pain and obesity. *Prim Health Care Res Dev* 2016;17:33-41.
40. Greener J, Douglas F, van Teijlingen E. More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers. *Soc Sci Med* 2010;70:1042-9.
41. Kirk SFL, Price SL, Penney TL, et al. Blame, shame, and lack of support: a multi-level study on obesity management. *Qual Health Res* 2014;24:790-800.
42. Alberga AS, Edache IY, Forhan M, et al. Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Prim Health Care Res Dev* 2019;20:e116. doi: 10.1017/S1463423619000227.
43. Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, et al.; Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. *CMAJ* 2007;176(Suppl):S1-13.
44. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponible : www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight (consulté le 22 mai 2020).
45. Table 13-10-0096-20: Body mass index, overweight or obese, self-reported, adult, age groups (18 years and older). Ottawa: Statistics Canada.
46. Twells LK, Gregory DM, Reddigan J, et al. Current and predicted prevalence of obesity in Canada: a trend analysis. *CMAJ Open* 2014;2:E18-26.
47. Hall KD, Heymsfield SB, Kemnitz JW, et al. Energy balance and its components: implications for body weight regulation. *Am J Clin Nutr* 2012;95:989-94.
48. Lee M, Ata RN, Brannick MT. Malleability of weight-biased attitudes and beliefs: a meta-analysis of weight bias reduction interventions. *Body Image* 2014;11:251-9.
49. Project Implicit. 2011. Disponible : <https://implicit.harvard.edu/implicit/> (consulté le 22 mai 2020).
50. Luig T, Anderson R, Sharma AM, et al. Personalizing obesity assessment and care planning in primary care: patient experience and health outcomes in everyday life and health. *Clin Obes* 2018;8:411-23.
51. 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.
52. Sharma AM, Campbell-Scherer D. Redefining obesity: beyond the numbers. *Obesity (Silver Spring)* 2017;25:660-1.
53. Camhi SM, Bray GA, Bouchard C, et al. The relationship of waist circumference and BMI to visceral, subcutaneous, and total body fat: sex and race differences. *Obesity (Silver Spring)* 2011;19:402-8.
54. Mabire L, Mani R, Liu L, et al. The influence of age, sex and body mass index on the effectiveness of brisk walking for obesity management in adults: a systematic review and meta-analysis. *J Phys Act Health* 2017;14:389-407.
55. Raynor HA, Davidson PG, Burns H, et al. Medical nutrition therapy and weight loss questions for the evidence analysis library prevention of type 2 diabetes project: systematic reviews. *J Acad Nutr Diet* 2017;117:1578-611.
56. Raynor HA, Champagne CM. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: interventions for the treatment of overweight and obesity in adults. *J Acad Nutr Diet* 2016;116:129-47.
57. Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Engl J Med* 2011;365:1597-604.
58. Rosenbaum M, Hirsch J, Gallagher DA, et al. Long-term persistence of adaptive thermogenesis in subjects who have maintained a reduced body weight. *Am J Clin Nutr* 2008;88:906-12.
59. Koliaki C, Spinou T, Spinou M, et al. Defining the optimal dietary approach for safe, effective and sustainable weight loss in overweight and obese adults. *Healthcare (Basel)* 2018;6:E73.
60. Look AHEAD Research Group. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. *Obesity (Silver Spring)* 2014;22:5-13.
61. Vallis M. Are behavioural interventions doomed to fail? Challenges to self-management support in chronic Diseases. *Can J Diabetes* 2015;39:330-4.
62. Wadden TA, Hollander P, Klein S, et al.; NN8022-1923 Investigators. Weight maintenance and additional weight loss with liraglutide after low-calorie-diet-induced weight loss: the SCALE Maintenance randomized study. *Int J Obes (Lond)* 2013;37:1443-51.
63. Greenway FL, Fujioka K, Plodkowski RA, et al.; COR-1 Study Group. Effect of naltrexone plus bupropion on weight loss in overweight and obese adults (COR-1): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2010;376:595-605.
64. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al.; SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. *N Engl J Med* 2015;373:11-22.
65. Richelsen B, Tonstad S, Rossner S, et al. Effect of orlistat on weight regain and cardiovascular risk factors following a very-low-energy diet in abdominally obese patients: a 3-year randomized, placebo-controlled study. *Diabetes Care* 2007;30:27-32.
66. Rucker D, Padwal R, Li SK, et al. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis [published erratum in *BMJ* 2007;335:0-a]. *BMJ* 2007;335:1194-9.
67. American Association of Diabetes Educators. Addressing obesity via diabetes self-management education and training. *Diabetes Educ* 2012;38:151-4.
68. Kaly P, Orellana S, Torrella T, et al. Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2008;4:6-10.
69. Sharma M. Behavioural interventions for preventing and treating obesity in adults. *Obes Rev* 2007;8:441-9.

70. Byrne NM, Meerkkin JD, Laukkanen R, et al. Weight loss strategies for obese adults: personalized weight management program vs. standard care. *Obesity (Silver Spring)* 2006;14:1777-88.
71. *Report card on access to obesity treatment for adults in Canada 2019*. Edmonton: Obesity Canada; 2019.
72. Sharma AM, Ramos Salas X. Obesity prevention and management strategies in Canada: shifting paradigms and putting people first. *Curr Obes Rep* 2018;7:89-96.
73. Forhan M, Ramos Salas X. Inequities in healthcare: a review of bias and discrimination in obesity treatment. *Can J Diabetes* 2013;37:205-9.
74. Dietz WH, Baur LA, Hall K, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet* 2015;385:2521-33.
75. Sharma AM. Inequalities in access to bariatric surgery in Canada. *CMAJ* 2016;188:317-8.
76. Freedhoff Y, Sharma AM. "Lose 40 pounds in 4 weeks": regulating commercial weight-loss programs. *CMAJ* 2009;180:367-8.
77. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, et al. Developing clinical guidelines. *West J Med* 1999;170:348-51.
78. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al.; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182:E839-42.
79. Crandall B, Klein G, Hoffman RR. *Working minds: a practitioner's guide to cognitive task analysis*. Cambridge (MA): MIT Press; 2006.
80. DistillerSR enterprise plan. Ottawa: Evidence Partners: Disponible : www.evidencepartners.com/products/distillersr-systematic-review-software/ (consulté le 22 mai 2020).
81. Shekelle P, Woolf S, Grimshaw JM, et al. Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implement Sci* 2012;7:62.
82. Guyatt GH, Cooke DJ, Jaeschke R, et al. Grades of recommendation for anti-thrombotic agents: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* 2008;133(Suppl):123S-31S.
83. Badesch DB, Abman SH, Simonneau G, et al. Medical therapy for pulmonary arterial hypertension: updated ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2007;131:1917-28.
84. Rosenfeld RM, Shiffman RN. Clinical practice guideline development manual: a quality-driven approach for translating evidence into action. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;140(Suppl 1):S1-43.
85. Obesity as a chronic medical disease [policy]. Ottawa: Canadian Medical Association; 2015, reviewed 2019 Mar. 3. Disponible : <https://policybase.cma.ca/en/permalink/policy11700> (consulté le 22 mai 2020).
86. *Obesity: preventing and managing the global epidemic — Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894)*. Geneva: World Health Organization; 2000.
87. Ramos Salas X, Forhan M, Caulfield T, et al. A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. *Can J Public Health* 2018;108:e598-608.
88. Canadian Obesity Advocacy Network (COAN). Edmonton: Obesity Canada. Disponible : <https://obesitycanada.ca/coan> (consulté le 22 mai 2020).
89. Brauer P, Gorber SC, Shaw E; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioural and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. *CMAJ* 2015;187:184-95.
90. Jastreboff AM, Kotz CM, Kahan S, et al. Obesity as a disease: the Obesity Society 2018 position statement. *Obesity (Silver Spring)* 2019;27:7-9.
91. Park B-y, Byeon K, Lee MJ, et al. The orbitofrontal cortex functionally links obesity and white matter hyperintensities. *Sci Rep* 2020;10:2930.
92. Look AHEAD Research Group; Wing RR, Bolin P, Brancati FL, et al. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2013;369:145-54.

Intérêts concurrents : Sean Wharton signale avoir reçu des honoraires et le remboursement de frais de voyage et participé à des comités consultatifs universitaires pour Novo Nordisk, Bausch Health, Eli Lilly et Janssen. Sean Wharton est aussi le directeur médical d'une clinique spécialisée en gestion du poids et du diabète. David Lau signale avoir reçu des subventions et un soutien à la recherche d'AstraZeneca, de Novo Nordisk et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC); des honoraires de conférencier d'AstraZeneca, Bausch Health, Boehringer Ingelheim, Diabète Canada, Eli Lilly, Merck et Novo Nordisk; et des honoraires de consultant d'Amgen, AstraZeneca, Bausch Health, Boehringer Ingelheim, Gilead, HLS Therapeutics, Janssen, Eli Lilly et Novo Nordisk. Michael Vallis est membre de comités consultatifs pour Novo Nordisk, Bausch Health et LifeScan. Michael Vallis a aussi reçu des honoraires de consultant de Bausch Health, LifeScan, Novo Nordisk et Sanofi et des honoraires de conférencier de Novo Nordisk, Sanofi, Bausch Health, Abbott et AbbVie. Arya Sharma signale avoir reçu des honoraires de conférencier et de consultant de Novo Nordisk, Bausch Pharmaceuticals et AstraZeneca. Laurent Biertho signale avoir reçu des subventions de Johnson and Johnson et de Medtronic, et il est membre de comités consultatifs pour

Novo Nordisk et Bausch Health, en dehors des travaux soumis. Denise Campbell-Scherer est à l'emploi de l'Université de l'Alberta (professeure au Département de médecine familiale). Elle ne signale aucun autre lien de nature financière, mais mentionne avoir reçu des subventions de recherche de la part des organisations suivantes au cours des trois dernières années : Novo Nordisk Alberta Diabetes Fund (NOVAD), une subvention conjointe accordée après examen par les pairs, en partenariat avec la Fondation de l'Hôpital universitaire, Novo Nordisk et Alberta Innovates; Alberta Innovates Health Solutions (concours lancés par Cancer Prevention Research Opportunity and Collaborative Research et par Innovation Opportunities), les IRSC (concours Stratégie de recherche axée sur le patient du Canada et Des connaissances à la pratique); le Northern Alberta Family Medicine Fund; et l'Alberta Cancer Prevention and Legacy Fund. Elle signale aussi avoir reçu du financement pour le transfert des connaissances des sources suivantes au cours des trois dernières années : subvention à la formation versée sans restriction par Obésité Canada, financée par Novo Nordisk Global; bourse aux fins de réunion du Réseau mondial d'universités; subvention de l'Agency for Healthcare Research and Quality R13 pour une recherche sur l'efficacité des soins de santé et

les résultats; une subvention pour la formation médicale des Services de santé de l'Alberta et de l'Association médicale de l'Alberta. Angela Alberga signale avoir reçu les subventions suivantes : bourse Santé du Fonds de recherche du Québec, bourse Accélération du programme MITACS, et bourse d'entrepreneuriat de l'Université Concordia, en dehors des travaux soumis. Jennifer Brown signale avoir reçu un soutien non financier de Novo Nordisk, et des honoraires personnels de Bausch Health, Diététistes du Canada, Obésité Canada et l'Association canadienne des médecins et chirurgiens bariatriques. Yoni Freedhoff est copropriétaire du Bariatric Medical Institute et de Constant Health, qui fournissent des services de gestion du poids; Constant Health a reçu une subvention de Novo Nordisk. Yoni Freedhoff est aussi l'auteur de *The diet fix : Why diets fail and how to make them work* publié par Crown Publishing Group, et il reçoit des droits d'auteur pour ce livre. Il est également le seul auteur du blogue intitulé *Weighty Matters* et d'une rubrique pour *Medscape* et plusieurs autres lettres d'opinion et articles dans lesquels il a exprimé ouvertement ses positions concernant le traitement, la gestion et la prévention de l'obésité. Yoni Freedhoff s'exprime en outre régulièrement au sujet de l'obésité et il reçoit des honoraires et le remboursement de frais de

déplacement pour ces activités. Michel Gagner signale avoir reçu des honoraires de conférencier d'Ethicon, WL Gore et Medtronic; des honoraires de consultant de Novo Nordisk, Bausch Health et Lexington Medical; et il détient des options d'achat d'actions de Lexington Medical. Margaret Hahn signale avoir reçu des honoraires de consultation d'Alkermes. Marie-France Langlois signale avoir reçu des honoraires personnels de Novo Nordisk, Valeant, Merck Canada, Sanofi, Eli Lilly et Boehringer Ingelheim; une subvention de Merck Canada et d'autres honoraires de AstraZeneca et du groupe d'étude TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction) pour la recherche clinique sur le diabète à titre de chercheuse principale, tous en dehors des travaux soumis. David Macklin signale avoir reçu des honoraires personnels de Novo Nordisk et Bausch Health, en dehors des travaux soumis. Priya Manjoo signale avoir reçu des honoraires personnels de Novo Nordisk, Bausch Health et Sanofi; et des subventions de Boehringer Ingelheim, Sanofi et AstraZeneca, en dehors des travaux soumis. Marie-Philippe Morin signale avoir reçu des honoraires de conférencière de Novo Nordisk, Bausch Health, Eli Lilly, Boehringer Ingelheim, Nestlé Health Science, Janssen et AstraZeneca; une subvention de recherche de Novo Nordisk et Sanofi; et des honoraires de consultante de Novo Nordisk, Bausch Health, Eli Lilly, Boehringer Ingelheim, Janssen et AstraZeneca. Sue Pedersen signale avoir reçu des honoraires personnels de Novo Nordisk, Bausch Health, Janssen, Eli Lilly, Merck, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Sanofi et Pfizer; des subventions d'Eli Lilly, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim et Sanofi; et un soutien non financier de Novo Nordisk, Bausch Health, Janssen, Eli Lilly, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim et Sanofi, en dehors des travaux soumis. Megha Poddar signale avoir reçu des honoraires pour de la formation médicale continue (FMC) de Novo Nordisk, Bausch Health, Boehringer Ingelheim, Eli Lilly, Janssen, Merck, du Canadian Collaborative Research Network et d'Antibody Network; des subventions à la formation de Novo Nordisk et Bausch Health; des honoraires de mentorat de Novo Nordisk; des honoraires de participation à des comités consultatifs de Novo Nordisk et Bausch Health; et une bourse pour un projet d'amélioration de la qualité de Boehringer Ingelheim. Paul Poirier signale avoir reçu des honoraires de consultation et de formation médicale continue d'AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Janssen, Eli Lilly, Novo Nordisk, Valeant et Bausch Health, en dehors des travaux soumis. Judy Shiau signale avoir reçu des honoraires personnels de Novo Nordisk et Bausch Health, en dehors des travaux soumis. Diana Sherifali signale avoir reçu des honoraires de consultante pour son avis sur la gestion de la maladie chronique et du diabète de Merck, et une subvention d'Obésité Canada pour soute-

nir le processus de revue de la documentation durant la conduite de l'étude. John Sievenpiper signale avoir reçu des subventions des IRSC, du Nutrition Trialists Fund de l'Université de Toronto, de l'International Nut and Dried Fruit Council Foundation, du Tate and Lyle Nutritional Research Fund de l'Université de Toronto, de l'American Society for Nutrition, du Glycemic Control and Cardiovascular Disease in Type 2 Diabetes Fund de l'Université de Toronto, de la National Dried Fruit Trade Association, une bourse d'application des connaissances de la Fondation PSI Graham Farquharson, la bourse du clinicien-chercheur de Diabète Canada, la bourse du jeune chercheur Sun Life Financial Banting & Best Diabetes Centre, une bourse de la Fondation canadienne pour l'innovation et la bourse du Fonds ontarien de recherche du ministère de la Recherche et de l'Innovation de l'Ontario. Le D^r Sievenpiper a reçu des honoraires personnels des entités suivantes : Perkins Coie LLP, Tate & Lyle, Producteurs laitiers du Canada, PepsiCo, FoodMinds LLC, European Fruit Juice Association, International Sweeteners Association, Nestlé Health Science, Société canadienne d'endocrinologie et métabolisme, GI Foundation, Pulse Canada, Wirtschaftliche Vereinigung Zucker e.V., Abbott, Biofortis, Autorité européenne de sécurité des aliments, Physicians Committee for Responsible Medicine, Soy Nutrition Institute, Comité européen des fabricants de sucre. Le D^r Sievenpiper a reçu un soutien non financier de Tate & Lyle, PepsiCo, FoodMinds LLC, European Fruit Juice Association, International Sweeteners Association, Nestlé Health Science, Wirtschaftliche Vereinigung Zucker e.V., Abbott, Biofortis, Autorité européenne de sécurité des aliments, Physicians Committee for Responsible Medicine, Kellogg Canada, American Peanut Council, Barilla, Unilever, Unico Primo, Compagnies Loblaw, WhiteWave Foods, Quaker, California Walnut Commission, Almond Board of California, en dehors des travaux soumis. Le D^r Sievenpiper est membre de l'International Carbohydrate Quality Consortium et des comités d'experts en pratique clinique pour la rédaction des lignes directrices de Diabète Canada, European Association for the Study of Diabetes, Société canadienne de cardiologie et d'Obésité Canada, et il occupe les postes de membre de l'exécutif du Groupe d'étude sur le diabète et la nutrition de l'European Association for the Study of Diabetes et de directeur de la Toronto 3D Knowledge Synthesis and Clinical Trials Foundation. Il est aussi conseiller scientifique non rémunéré pour le programme de sécurité alimentaire, nutrition et réglementation et le comité sur les glucides de l'International Life Science Institute en Amérique du Nord. Il est en relation conjugale avec une personne qui travaille pour Anheuser-Busch InBev. Sanjeev Sockalingam signale avoir reçu des honoraires de Bausch Health

Canada au cours des 36 derniers mois. Valerie Taylor signale avoir reçu des honoraires de conférencière de Sunovion. Shaheebina Walji signale avoir reçu des honoraires de consultation ou de participation à des comités consultatifs pour Novo Nordisk, Bausch Health et Takeda et des honoraires de conférencière de Novo Nordisk et Bausch Health. Shaheebina Walji signale aussi avoir vendu les substituts de repas Optifast à partir d'un centre de gestion du poids. Optifast est un produit fabriqué et vendu par Nestlé. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations: Départements de médecine (Wharton), endocrinologie et métabolisme (Poddar, Sherifali), médecine familiale (Naji, Tytus), et Health Research Methods, Evidence and Impact (HEI) Canada (Naji), Université McMaster; Clinique Wharton (Wharton, Poddar), Hamilton, Ont.; Départements: de médecine (Lau, Nerenberg) et médecine familiale (Boyling, Henderson, McInnes, Walji, Wicklum), École de médecine Cumming, Université de Calgary; Centre de recherche sur le diabète Julia McFarlane et Institut de cardiologie Libin de l'Alberta (Lau), Calgary, Alta.; Département de médecine familiale (Vallis, Piccinini-Vallis), Université Dalhousie, Halifax, N.-É.; Départements de médecine (Sharma, Toth), médecine familiale (Campbell-Scherer, Kemp), agriculture, alimentation et science de la nutrition (Bell, Pereira), éducation physique et loisirs (Boulé), et ergothérapie (Forhan), Université de l'Alberta; Adult Bariatric Specialty Clinic (Sharma), Hôpital Royal Alexandra; Obésité Canada (Sharma, Patton, Ramos Salas), Edmonton, Alta.; Département de chirurgie (Biertho), Université Laval, Québec, Que.; École des sciences de l'activité physique (Adamo, Prud'homme), Université d'Ottawa, Ottawa, Ont.; Département de santé, kinésiologie et physiologie appliquée (Alberga), Université Concordia, Montréal, Que.; Centre d'Excellence en soins bariatriques (Brown), Hôpital d'Ottawa, Ottawa, Ont.; Départements de médecine familiale (Calam) et endocrinologie (Manjoo), Université de la Colombie-Britannique; Programme de résidence en pratique familiale de la UBC (Calam) et chaire de recherche en prévention des maladies cardiovasculaires Pfizer/Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (Lear), Hôpital St. Paul, Vancouver, C.-B.; consultant en nutrition (Clarke), Hamilton, Ont.; Indigenous Health Dialogue (Crowshoe), Health Sciences Centre, Université de Calgary, Calgary, Alta.; Main East Medical Associates (Divalentino), Hamilton, Ont.; Bariatric Medical Institute (Freedhoff), Ottawa, Ont.; Département de médecine familiale (Freedhoff) et Division d'endocrinologie et métabolisme (Shiau), Département de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa, Ont.; Herbert Wertheim School of medicine (Gagner), Florida International University, Miami, FL; Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (Gagner), Montréal, Que.;

Humber River Hospital (Glazer), Toronto, Ont.; Division d'endocrinologie et métabolisme (Glazer), Université Queen's, Kingston, Ont.; Départements de médecine interne (Glazer), psychiatrie (Hawa, Sockalingam), médecine familiale et communautaire (Macklin), et des sciences de la nutrition (Sievenpiper), Université de Toronto, Toronto, Ont.; Services de santé de l'Alberta (Grand, Hung, Johnson-Stoklossa), Edmonton, Alta.; Départements de médecine familiale, et d'études sur les sciences et les politiques de santé publique (Green), Université Queen's; Centre des sciences de la santé de Kingston (Green); Providence Care Hospital (Green), Kingston, Ont.; Centre for Addiction and Mental Health (Hahn, Sockalingam); Réseau universitaire de santé (Hawa, Sockalingam), Toronto, Ont.; Division de chirurgie générale (Hong), Université McMaster, Hamilton, Ont.; Département de médecine familiale et de santé biocomportementale (Jacklin), Faculté de médecine de l'Université du Minnesota, campus Duluth, Duluth, Minn.; Faculté de kinésiologie et d'études sur la santé (Janssen), Université Queen's, Kingston, Ont.; École de santé et performance humaine (Kirk), Université Dalhousie, Halifax, N.-É.; École de kinésiologie et de sciences de la santé (Wharton, Kuk), Université York, Toronto, Ont.; Division d'endocrinologie (Langlois), Université de Sherbrooke; Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Langlois), Sherbrooke, Qc; École de kinésiologie (Lear), Université Simon Fraser, Vancouver, C.-B.; Medcan Clinic (Macklin), Toronto, Ont.; Cardiometabolic Collaborative Clinic (Manjoo), Régie régionale de la santé de Vancouver, Victoria, C.-B.; Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Morin, Poirier), Université Laval, Québec, Qc; Centre médical Foothills (Nerenberg); C-ENDO

Diabetes & Endocrinology Clinic (Pedersen), Calgary, Alta.; LMC Diabetes and Endocrinology (Poddar), Toronto, Ont.; Département de médecine (Rueda-Clausen), Université de la Saskatchewan; Hôpital général de Regina (Rueda-Clausen), Regina, Sask.; Psychologie de l'éducation (Russell-Mayhew), Faculté d'éducation Werklund, Université de Calgary, Calgary, Alta.; LEAF Weight Management Clinic (Shiau), Ottawa, Ont.; Chaire de recherche en santé interprofessionnelle de l'Institut de recherche sur la santé des populations Heather M Arthur/Hamilton Health Sciences, Faculté des sciences infirmières (Sherifali), Université McMaster, Hamilton, Ont.; Division d'endocrinologie et métabolisme (Sievenpiper), Hôpital St. Michael, Toronto, Ont.; Département de psychiatrie (Taylor), Université de Calgary, Calgary, Alta.; École de pharmacie (Twells), Université Memorial, St. John's, T.-N.-L.; Steelcity Medical Clinic (Tytus), Hamilton, Ont.; Calgary Weight Management Centre (Walji), Calgary, Alta.; École de santé des populations et de santé publique (Walker), Université de la Colombie-Britannique; Centre for Excellence in Indigenous Health (Walker), Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.; Institut de santé publique O'Brien (Wicklum), Université de Calgary, Calgary, Alta.

Collaborateurs : Tous les auteurs ont contribué à l'élaboration et à la conception des travaux ainsi qu'à l'acquisition, à l'analyse et à l'interprétation des données. Tous les auteurs ont participé à la rédaction du manuscrit, en ont révisé de façon critique le contenu intellectuel important, ont donné leur approbation finale pour la version destinée à être publiée, et assument l'entière responsabilité de tous les aspects du travail.

Financement : Le financement pour cette initiative a été fourni par Obésité Canada,

l'Association canadienne des médecins et chirurgiens bariatriques, la Stratégie de recherche axée sur le patient des Instituts de recherche en santé du Canada, et aucun des participants ou des auteurs n'a reçu de rémunération personnelle pour sa participation.

Remerciements : Les auteurs remercient les membres du personnel d'Obésité Canada, Dawn Hatanaka, Nicole Pearce, Brad Hussey, Robert Fullerton et Patti Whitefoot-Bobier, pour leur soutien à la coordination et pour leur contribution à la création du site Web hébergeant la ligne directrice sur l'obésité, les ressources en ligne, les tableaux et les figures. Les auteurs remercient aussi le Comité de l'engagement public d'Obésité Canada, Lisa Schaffer, Candace Vilhan, Kelly Moen, Doug Earle, Brenndon Goodman, qui ont participé à la préparation des questions de recherche et passé en revue les messages clés à l'intention des personnes obèses et les recommandations à l'intention des professionnels de la santé. Les auteurs remercient également Donna Fitzpatrick, membre du Groupe d'analyse et de synthèse des données probantes de l'Université McMaster ou MERST (McMaster Evidence Review and Synthesis Team), qui a joué un rôle crucial dans l'élaboration de la méthodologie requise pour cette ligne directrice; et ils remercient également les examinateurs dont les commentaires les ont aidés à améliorer les chapitres et le manuscrit. Les auteurs remercient aussi Barbara Kermod-Scott et Brad Hussey pour la révision des lignes directrices, Elham Kamran et Rubin Pooni pour le soutien à la recherche, et Jordan Tate du Physician Program de l'Université de l'Alberta qui a conçu le cadre 5A pour cette ligne directrice.

Correspondance : Sean Wharton, sean.wharton@utoronto.ca