

L'obésité où en sommes-nous ?

Anne-Marie Grenier

M^{me} Inquiète, votre patiente depuis plusieurs années, vient vous voir pour son examen annuel, mais vous parle surtout de sa fille de 9 ans. Cette dernière, une intellectuelle selon elle, est ronde. C'est aussi le cas de plusieurs de ses petites amies. Que peut-elle faire ? Que fait donc le gouvernement ? Et vous, docteur, qu'en pensez-vous ?

LES DERNIÈRES LIGNES directrices canadiennes sur la prévention et la prise en charge de l'obésité datent de 2006¹. L'imposant document émettait 72 recommandations non seulement pour les cliniciens, mais aussi pour les chercheurs et les gouvernements. Cinq ans plus tard, où en sommes-nous ?

Prévenir l'obésité, un défi collectif!

Parmi les recommandations des lignes directrices visant la prévention, certaines concernent la modification des comportements et d'autres, les facteurs environnementaux structurants². Ces recommandations reposent sur le principe que de multiples stratégies favorisent le succès. En effet, pour agir efficacement et obtenir un changement, il faut intervenir sur les comportements individuels, tout en instaurant un environnement et des conditions de vie propices à l'adoption de saines habitudes de vie (figure 1)³.

Les pouvoirs publics, la société civile, les organisations non gouvernementales et le secteur privé peuvent tous contribuer à la création d'un environnement sain et à l'accessibilité d'une bonne alimentation. Ce dernier point est

La D^{re} Anne-Marie Grenier, spécialiste en médecine communautaire, exerce à la Direction de la santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Elle œuvre principalement dans le domaine de la prévention clinique et des maladies chroniques.

particulièrement important pour les membres les plus vulnérables de la société qui sont souvent limités dans leur choix de nourriture et d'environnement⁴.

Au Québec, la réponse gouvernementale aux problèmes de poids s'inscrit dans le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : Investir pour l'avenir*⁵ lancé en 2006 et regroupant sept ministères.

Depuis, plusieurs politiques gouvernementales ont eu pour effet de faire disparaître la friture et les boissons gazeuses de nos écoles et d'améliorer l'offre alimentaire dans les établissements de santé^{6,7}.

Ce plan d'action comporte cinq axes d'intervention prioritaires :

1. Favoriser une alimentation saine

Des actions, prévues dans les secteurs de la production, de la transformation, de la distribution et de la sécurité des aliments visent quatre milieux de vie : la famille et les services de garde éducatifs à l'enfance, les établissements scolaires, les municipalités et la restauration. En ce qui concerne la distribution par exemple, la politique-cadre pour une saine alimentation, un mode de vie actif et un virage santé à l'école est venue baliser l'offre alimentaire dans les établissements d'enseignement.

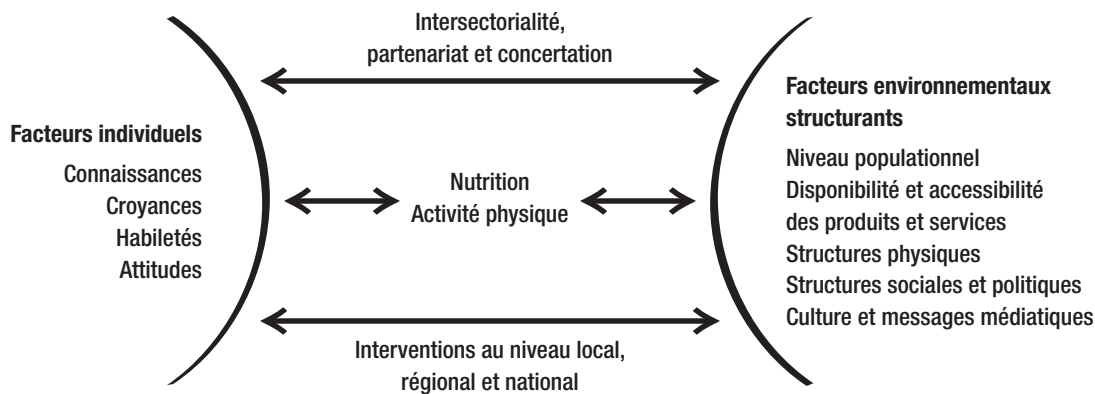
2. Favoriser un mode de vie physiquement actif

Dans cet axe d'intervention, des actions sont prévues

Pour agir efficacement contre l'obésité et obtenir un changement, il faut intervenir sur les comportements individuels, tout en instaurant un environnement et des conditions de vie propices à l'adoption de saines habitudes de vie.

Figure 1

Cadre conceptuel d'intervention³



Source : Lachance B, Pageau M, Roy S et coll. *Vers une stratégie de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques. Cadre de référence, document de travail.* Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux ; 2006. 50 p. Reproduit avec l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux.

pour les familles et les services de garde éducatifs à l'enfance, les établissements scolaires, les municipalités, le milieu communautaire et associatif et le milieu du travail. Le plan préconise des mesures encourageant le transport actif, l'aménagement des cours d'école, la mise en œuvre de politiques familiales et la création d'outils. Les entreprises sont invitées, par exemple, à se doter d'infrastructures facilitant le transport actif (douches, rangement des vélos, etc.) et la pratique d'activités physiques sur les lieux de travail (organisation de cours, locaux adéquats, etc.). Toutefois, plusieurs leviers pour faciliter le transport actif relèvent des municipalités (aménagement de pistes cyclables sûres, transport en commun efficace, etc.).

3. Promouvoir des normes sociales favorables

Certaines campagnes sociétales, comme Fruits et légumes en vedette et Plaisirs d'hiver, permettent de modifier les normes sociales afin de valoriser les saines habitudes de vie et la diversité des schémas corporels.

4. Améliorer les services aux personnes ayant un excès de poids

Certaines actions visent à soutenir les personnes ayant un excès de poids : formation et pratiques professionnelles, encadrement de la vente des produits amaigrissants et des services connexes et protection des consommateurs.

5. Adapter la recherche

Cet axe a pour but de stimuler la recherche et le transfert de connaissances sur l'adoption de saines habitudes de vie en tenant compte de la complexité des problèmes liés au poids.

Le rôle du médecin dans la prévention de l'obésité

La notion du patient moyen de 70 kg est dépassée. En effet, aux États-Unis, le poids moyen est de 83,3 kg pour les hommes et de 74,7 kg pour les femmes⁸.

Le clinicien peut observer au quotidien les conséquences de l'obésité et les problèmes de santé qui y sont

liés. Selon une étude menée au Canada, l'obésité pourrait être responsable de 45 % des cas d'hypertension, de 39 % des cas de diabète de type 2, de 35 % des maladies de la vésicule biliaire, de 23 % des coronaropathies, de 19 % des cas d'arthrose, de 11 % des accidents vasculaires cérébraux, de 22 % des cancers de l'endomètre, de 12 % des cancers du sein postménopausiques et de 10 % des cancers du côlon⁹. Le fardeau économique de l'obésité est estimé à 7,1 milliards de dollars (en dollars constants de 2006). Le coût des soins de santé des adultes obèses serait de 14,7 % (hommes) et de 18,2 % (femmes) supérieur à celui des sujets de poids normal¹⁰. Il est donc primordial que le médecin participe à la prévention de l'embonpoint et de l'obésité, car il est plus difficile de traiter le problème par la suite.

Les interventions du clinicien en matière de prévention des problèmes de poids dans sa pratique sont les suivantes¹¹ :

- promouvoir l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois ;
- discuter avec les parents de l'alimentation et de la sédentarité des enfants ;
- encourager sa clientèle à maintenir un poids santé ;
- recommander ses patients en matière de saine alimentation (*Guide alimentaire canadien* 2007) et orienter les sujets à risque vers une diététiste ;
- recommander aux patients d'éviter la sédentarité et de profiter de toutes les occasions (loisirs, déplacements, tâches quotidiennes) pour pratiquer diverses activités physiques. D'ailleurs, plusieurs CSSS publient des répertoires de ressources communautaires et privées (clubs de marche, associations de personnes atteintes de problèmes de santé, etc.) qui offrent des services en lien avec la pratique de l'activité physique.

De plus, les médecins devraient s'enquérir des tentatives de perte de poids antérieures de la personne afin de prévenir certains effets néfastes. Dans une étude menée au Québec en 2008¹², 36 % des répondants (personnes de 15 ans et plus) indiquaient avoir tenté de maigrir ou de maintenir leur poids dans les six mois précédents. Les moyens sains les plus utilisés étaient la modification de certaines habitudes alimentaires et la pratique de l'activité physique.

Cependant, 8 % avaient utilisé une méthode présentant un potentiel de dangerosité (ne pas manger pendant toute la journée, sauter des repas, prendre des substituts de repas, des laxatifs, des diurétiques ou des coupe-faim, etc.). Par ailleurs, seulement 13 % avaient consulté au moins un professionnel de la santé.

L'évaluation des adultes ayant un excès de poids

Malgré ses limites, la mesure la plus répandue de l'obésité demeure l'indice de masse corporelle (IMC). L'excès de poids est défini par un IMC de plus de 25 kg/m², l'embonpoint correspond à un IMC de 25 kg/m² à 29,9 kg/m² et l'obésité, à un IMC de 30 ou plus. On qualifiera alors la personne de préobèse ou d'obèse.

Le clinicien doit :

- évaluer la présence d'embonpoint et d'obésité chez les adultes ;
- vérifier la réceptivité de la personne et les obstacles au changement en lien avec un programme de maîtrise ou de perte de poids ;
- effectuer l'évaluation clinique des adultes préobèses et obèses (voir l'article des D^{rs} Sylvie Lacoursière et Jocelyn Hébert, intitulé : « L'adulte préobèse ou obèse – Un casse-tête pas si compliqué », dans le présent numéro).

La prise en charge de l'embonpoint et de l'obésité chez les adultes

Bien que le médecin jouisse d'une bonne crédibilité aux yeux de ses patients, il est peu probable qu'il puisse accomplir à lui seul toutes les interventions intégrées sur les saines habitudes de vie (modification du comportement, thérapie cognitivocomportementale, accroissement de l'activité physique et conseils sur l'alimentation) dont les personnes souhaitant maigrir auront besoin.

Le clinicien est donc appelé à collaborer avec d'autres intervenants (de sa clinique, de son CSSS ou de la collectivité) afin d'établir un programme intégré de perte de poids à l'intention de la personne préobèse ou obèse (voir l'article de M^{mes} Valérie Hamel et Mariève Perreault, intitulé : « Activité physique régulière et alimentation équilibrée »).

Il est peu probable que le médecin puisse accomplir à lui seul toutes les interventions intégrées sur les saines habitudes de vie dont les personnes souhaitant maigrir auront besoin. Le clinicien est donc appelé à collaborer avec d'autres intervenants afin d'établir un programme intégré de perte de poids.

Repère

brée, peut-on y arriver? », dans le présent numéro.

De façon générale, l'objectif à viser est une réduction du poids de 5 % à 10 % au cours des six premiers mois, soit de 0,5 kg à 1 kg par semaine. Pour y arriver, le patient doit diminuer son apport énergétique de 500 kcal/j à 1000 kcal/j en adoptant un régime hypocalorique¹¹.

L'activité physique doit aussi être intégrée aux meilleures habitudes de vie. Des chercheurs ont associé une période de trente à soixante minutes d'exercice aérobique par jour d'intensité modérée à une diminution de poids au bout d'un an chez des adultes obèses, avec ou sans recommandation nutritionnelle. Par ailleurs, plusieurs données semblent indiquer que la morbidité associée à l'obésité est liée davantage à la capacité aérobique qu'à l'excès de poids⁹. Dans une étude, les hommes obèses (IMC > 30 kg/m²) qui avaient une capacité aérobique « moyenne » présentaient un taux de mortalité ajusté, toutes causes confondues, plus faible que les hommes de poids normal ayant une mauvaise capacité aérobique¹³. Ainsi, si une personne ayant un surplus pondéral augmente son volume d'activité physique, elle récolte des bienfaits sur sa santé même si elle ne perd pas de poids¹⁴.

La pharmacothérapie

Les lignes directrices sur la prévention et la prise en charge de l'obésité (figure 2)¹ préconisaient la pharmacothérapie en cas d'échec des changements aux habitudes de vie. Cependant, le nombre d'agents pharmacologiques destinés aux adultes préobèses ou obèses qui ne réussissent pas à maigrir suffisamment ou à maintenir leur poids par l'alimentation et l'exercice s'est considérablement réduit au cours des dernières années. Plusieurs molécules ont, en effet, été retirées du marché ou n'ont tout simplement pas été commercialisées en raison de leurs effets indésirables parfois graves.

Ainsi, nous avons vu disparaître successivement la fenfluramine et la dexfenfluramine (Redux) à la suite de problèmes de valvules cardiaques¹⁵ et d'hypertension pulmonaire. Le rimonabant (Acomplia), un inhibiteur des récepteurs cannabinoïdes, a quant à lui été retiré du marché en Europe à cause de risques psychiatriques¹⁶. Enfin, la sibutramine (Meridia), un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et

de la noradrénaline, n'est plus offerte depuis 2010 en raison d'un risque accru d'accidents cardiovasculaires¹⁷. Pour l'instant, seul l'orlistat (Xenical), un inhibiteur de la lipase pancréatique, qui permet de réduire de 30 % l'absorption des gras, est encore offert. Il est particulièrement utile chez les patients obèses diabétiques ou susceptibles de le devenir, mais entraîne parfois des troubles gastro-intestinaux. Par ailleurs, il suscite actuellement des inquiétudes quant à de possibles effets indésirables importants sur le foie¹⁸.

La chirurgie bariatrique

Chez les adultes souffrant d'obésité grave (IMC \geq 40 kg/m² ou \geq 35 kg/m² avec une autre maladie), une opération bariatrique devrait être envisagée lorsque l'intervention sur les saines habitudes de vie ne suffit pas pour atteindre un poids santé.

Les diverses techniques utilisées peuvent être classées en deux grandes catégories¹⁹ : celles dites restrictives, qui visent à diminuer l'ingestion alimentaire par la réduction de la capacité gastrique, et celles dites mixtes, qui associent une malabsorption intestinale à une restriction gastrique par la création d'un système de court-circuit ou de dérivation.

Parmi les techniques restrictives, on trouve :

- ⊗ les gastroplasties, qui consistent en la création d'une poche par agrafage ou par section et agrafage sur le plan horizontal ou vertical ;
- ⊗ la pose d'un anneau de gastroplastie, fixe ou ajustable qui forme un réservoir gastrique de petit volume.

Les techniques mixtes comprennent :

- ⊗ les dérivations gastriques, dont la variante la plus pratiquée dans le monde est la dérivation gastrique avec anse en Y de Roux ;
- ⊗ les dérivations biliopancréatiques avec gastrectomie distale ou pariétale.

Pour en savoir davantage, consultez l'article du Dr Guy Flanagan, intitulé : « L'ABC de la chirurgie bariatrique », dans le présent numéro.

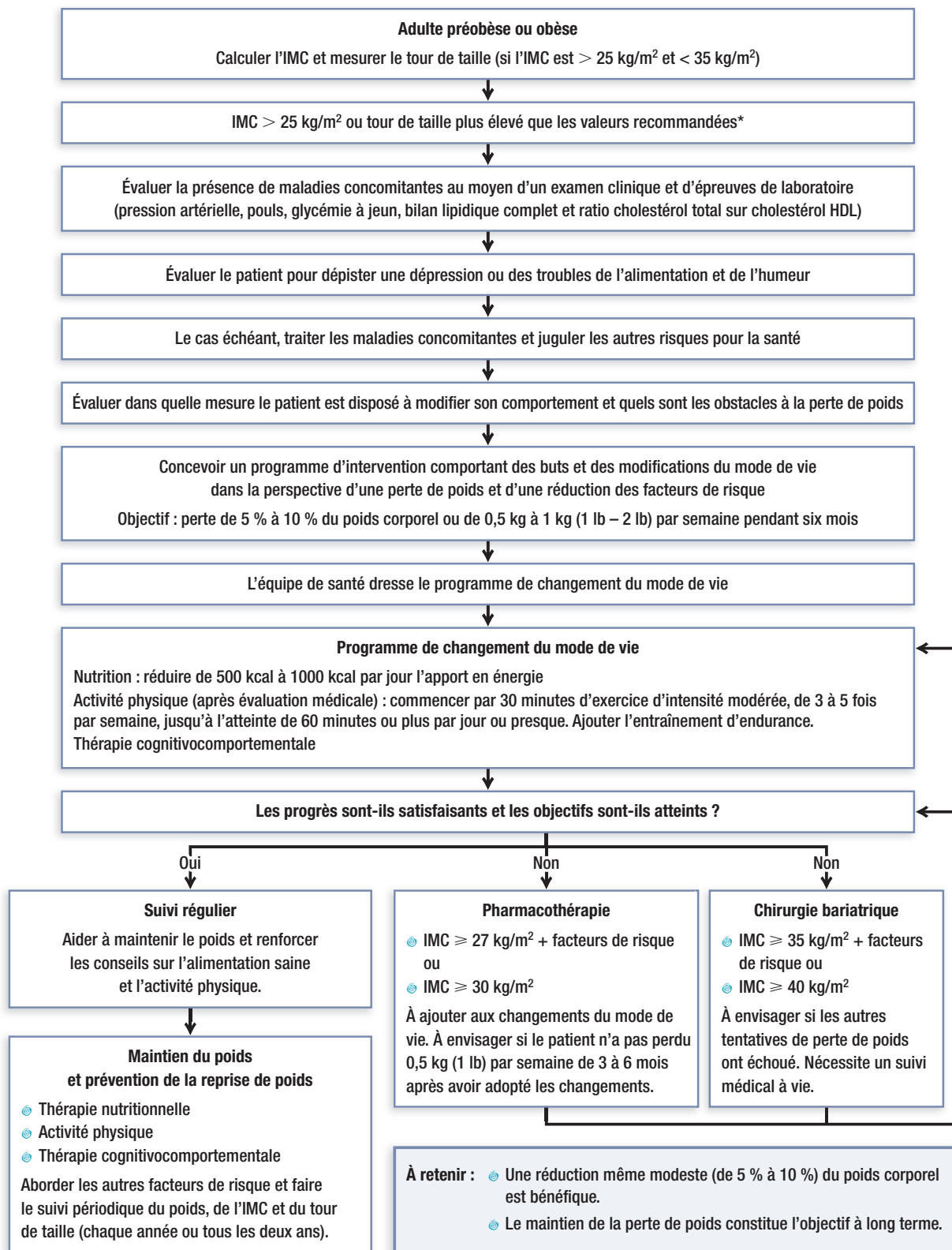
Selon les études, les techniques mixtes donnent généralement de meilleurs résultats que les interventions qui ne font que réduire la capacité gastrique²⁰. Cependant, ces dernières sont associées à un taux de complications plus faible. Depuis juin 2009, le gouvernement du Québec a

Si une personne ayant un surplus pondéral augmente son volume d'activité physique, elle récolte des bienfaits sur sa santé même si elle ne perd pas de poids.

Repère

Figure 2

Évaluation et étapes de prise en charge de l'adulte préobèse ou obèse¹



* Les limites supérieures de l'indice de masse corporelle (IMC) et du tour de taille varient selon les groupes ethniques.

Source : Lau D, Douketis JD, Morrison KM et coll. Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants. CMAJ 2007 ; 176 : SF1-SF14. Reproduction autorisée.

accepté de prendre en charge les coûts de la pose d'un anneau gastrique²¹. Le délai d'attente dans la province pour une opération bariatrique varie de six mois à cinq ans selon les établissements¹⁹.

Retour au cas de M^{me} Inquiète

Vous faites comprendre à M^{me} Inquiète qu'elle a un rôle important à jouer auprès de sa fille en ce qui concerne les habitudes alimentaires et l'activité physique. Vous discutez aussi avec elle des préoccupations excessives à l'égard du poids. Vous lui transmettez des sources d'information crédibles et demandez à voir sa fille en consultation afin d'évaluer si elle a vraiment un problème de poids (voir l'article de la D^{re} Marie-Claude Brousseau, intitulé : « L'enfant obèse : un défi de taille ! », dans ce numéro).

AU QUÉBEC, de grands progrès ont été réalisés pour rendre l'environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie. Cependant, il reste encore beaucoup à faire. Le médecin est un témoin privilégié des conséquences de l'obésité dans sa pratique et doit donc participer non seulement au traitement des personnes pré-obèses et obèses, mais aussi à la prévention de l'obésité. Il est peu probable qu'il puisse à lui seul offrir aux patients toutes les interventions intégrées dont ils auront besoin. Il doit donc apprendre à bien s'entourer et connaître les ressources disponibles dans son milieu. 🍷

Date de réception : le 25 février 2011

Date d'acceptation : le 9 mars 2011

La D^{re} Anne-Marie Grenier n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

- Lau D, Douketis JD, Morrison KM et coll. Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants. *CMAJ* 2007; 176: SF1-SF14.
- Cohen DA, Scribner RA, Farley TA. A structural model of health behavior: A pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level. *Prev Med* 2000; 30 (2): 146-54.
- Lachance B, Colgan J. *Vers une stratégie de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques. Cadre de référence, document de travail*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2006. 50 p.
- OMS. Obésité et surpoids. Aide-mémoire n° 311. Mise à jour : février 2011. Genève : L'Organisation. Site Internet : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/ (Date de consultation : le 22 février 2011).
- Lachance B, Pageau M, Roy S. *Investir pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2006. 50 p. Site Internet : msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/92885999c9ad58748525720d00653c6b?OpenDocument (Date de consultation : juin 2011).
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif. Pour un virage santé à l'école*. Québec : Le Ministère; 2007. 46 p. Site Internet : www.mels.gouv.qc.ca/sections/viragesante (Date de consultation : juin 2011).
- Pageau M, Bérubé MP, Boivin F et coll. *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité. Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2009. 52 p. Site Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-289-02.pdf> (Date de consultation : juin 2011).
- Silk AW, McTigue K. Reexamining the physical examination for obese patients. *JAMA* 2011; 305 (2): 193-4.
- Luo W, Morrison W, Groh M et coll. Le fardeau de l'obésité chez les adultes au Canada. *Maladies chroniques au Canada* 2007; 27 (4): 147-57. Site Internet : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/27-4/index-fra.php (Date de consultation : juin 2011).
- Corscadden L, Taylor A, Sebald A et coll. *Obésité au Canada. Rapport conjoint de l'Agence de santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé*. Ottawa : L'Agence et l'Institut; 2011. Site Internet : www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf (Date de consultation : juillet 2011).
- Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Collège des médecins du Québec. *Données probantes 2009 : L'examen médical périodique de l'adulte*. Québec et Montréal : L'Agence et le Collège; 2009. 29 p. Site Internet : www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfautre/examenperiodique2009.pdf (Date de consultation : juin 2011).
- Cazale L, Dufour R, Mongeau L et coll. Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants. Dans : Camirand H, Bernèche F, Cazale L et coll., rédacteurs. *L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Québec : Institut de la statistique du Québec; 2008. p. 131-57.
- Barlow CE, Kohl HW 3rd, Gibbons LW et coll. Physical fitness, mortality and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1995; 19: S41-4.
- Tremblay A, Bélanger-Ducharme F, Bérard C et coll. L'activité physique et le poids corporel : avis du comité scientifique de Kino-Québec. Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport; 2008. 48 p. Site Internet : www.kino-quebec.qc.ca/publications/AvisPoids%20Corporel Mars2008.pdf (Date de consultation : juin 2011).
- U.S. Food and Drug Administration. *FDA Announces Withdrawal Fenfluramine and Dexfenfluramine (FenPhen)*. Bethesda : US Department of Health & Human Services; 1997. Mise à jour : le 7 juillet 2005. Site Internet : www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm179871.htm (Date de consultation : le 14 février 2011).
- European Medicines Agency. *Public statement on Acomplia : Withdrawal of the marketing authorisation in the European Union*. Londres : L'Agence; 2009. Site Internet : www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2009/11/news_detail_000126.jsp&url=menus/news_and_events/news_and_events.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1&jsenabled=true (Date de consultation : le 22 février 2011).
- U.S. Food and Drug Administration. *FDA recommends against the continued use of Meridia (sibutramine)*. Bethesda : US Department

- of Health & Human Services ; 2010. Site Internet : www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm228746.htm (Date de consultation : le 14 février 2011).
18. U.S. Food and Drug Administration. *FDA Drug Safety Communication: Completed safety review of Xenical/Alli (orlistat) and severe liver injury*. Bethesda : US Department of Health & Human Services ; 2010. Site Internet : www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm213038.htm (Date de consultation : le 14 février 2011).
 19. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec: Plan d'action*. Québec : Le Ministère ; 2009. 13 p.
 20. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). *Le traitement chirurgical de l'obésité morbide*. Québec : L'Agence ; 2005. 116 p.
 21. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Pratique de la chirurgie bariatrique dans les établissements publics de santé et de services sociaux. Circulaire 2009-032*. Québec : Le Ministère ; 2009.

Pour en savoir plus

- ⊗ Prud'homme D, Weisnagel SJ. Traitement de l'obésité, comme médecin faites-vous le poids? *Le Médecin du Québec* 2004 ; 39 (2) : 51-9.
- ⊗ Leduc S, Coulombe M. Obésité, sédentarité et cancer. *Le Médecin du Québec* 2005 ; 40 (10) : 53-9.

Obesity: where are we? Obesity and its consequences constitute an important sanitary and economic burden. Origins of this problem are complex and solutions lay on a multistrategic approach centered on the individual and his behaviour, but also and foremost, the obesogenic environment where he evolves. Doctors have to be implicated in the prevention of weight problems and participate in the treatment of affected patients. This comprises: evaluating overweight patients, estimating their motivation in modifying behaviour, participating in an intervention program developed with the help of other health professionals and guiding patients towards surgeries appropriated to their condition. Fight against obesity touches everyone, but the physician has a more than important role to play since he is confronted daily to the consequences of weight problems.