

# Les médecins de famille devraient-ils prescrire des médicaments contre l'obésité?

**OUI** – Laura Bourns MD CCFP Judy Shiao MD FRCPC Dip ABOM

**NON** – Elizabeth Shaw MD CCFP FCFP

**OUI** Dans le contexte du traitement global de l'obésité, les médecins de famille devraient recourir à la pharmacothérapie pour les patients qui n'ont pas réussi à atteindre une perte pondérale cliniquement significative en apportant des modifications à leur mode de vie.

En 2015, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) publiait le document «Recommandations pour prévenir la prise de poids et utilisation d'interventions comportementales et pharmacologiques pour prendre en charge le surpoids et l'obésité chez l'adulte en soins primaires»<sup>1</sup>. Même si elle était qualifiée de faible, une des principales recommandations des lignes directrices préconisait l'abstention par les médecins de soins primaires de systématiquement offrir aux patients des interventions pharmacologiques pour perdre du poids; les lignes directrices indiquent qu'une pharmacothérapie pourrait être appropriée dans certains cas d'obésité, mais après évaluation des bienfaits et des risques<sup>1</sup>. L'obésité est une maladie chronique et les médecins de soins primaires sont aux premières lignes de la prise en charge des maladies chroniques. La préoccupation se situe dans le fait que cette recommandation formulée sous forme négative pourrait dissuader les médecins de famille d'offrir la pharmacothérapie aux patients souffrant d'un excès pondéral qui n'ont pas réussi à perdre du poids de manière cliniquement significative en modifiant seulement leur mode de vie.

### Approches et outils

Le traitement de l'obésité ressemble à celui des autres problèmes médicaux chroniques, comme l'hypertension ou le diabète. D'abord, un objectif est fixé; pour le contrôle du poids, une perte pondérale initiale de 5 à 10% est raisonnable, et la démarche peut entraîner d'importantes améliorations pour la santé et le fonctionnement, et réduire les facteurs de risque<sup>2</sup>. Ensuite, une stratégie thérapeutique multimodale commence par des changements au mode de vie, notamment des modifications à l'alimentation et au comportement, et une activité physique régulière. Enfin, comme dans le cas des seuils de pression artérielle et de contrôle glycémique qui ne sont pas atteints par des changements au mode de vie, on envisage l'ajout de la pharmacothérapie. Le traitement de l'excès de poids et de l'obésité peut et devrait être considéré de la même manière.

Ce ne sont pas tous les patients qui peuvent perdre du poids de manière cliniquement significative seulement au

moyen de modifications au mode de vie. Il a été démontré que la pharmacothérapie utilisée comme adjuvant au counseling en mode de vie augmente la perte pondérale en soins primaires<sup>3</sup>; les médecins de première ligne devraient être en mesure d'offrir une pharmacothérapie à certains patients et se sentir à l'aise de le faire.

La pharmacothérapie pour le contrôle du poids est généralement approuvée pour les personnes dont l'indice de masse corporelle (IMC) est de 30 kg/m<sup>2</sup> ou plus et pour celles dont l'IMC se situe entre 27 et 30 kg/m<sup>2</sup> qui ont aussi une comorbidité liée au poids, comme le diabète de type 2, l'apnée obstructive du sommeil, l'hypertension ou l'hypercholestérolémie<sup>2</sup>.

À l'heure actuelle, au Canada, 2 médicaments sont homologués par Santé Canada pour soutenir la perte pondérale: l'orlistat et, récemment, le liraglutide. Disponible en vente libre aux États-Unis et approuvé au Canada depuis 1999, l'orlistat est un inhibiteur des lipases pancréatiques et gastriques qui, pris pendant les repas, inhibe jusqu'à 30% de l'absorption des gras alimentaires. L'orlistat agit dans le tractus gastro-intestinal. Ses effets secondaires potentiels sont principalement de nature gastro-intestinale et peuvent inclure des selles huileuses, l'urgence et des fuites fécales<sup>4</sup>. Il a été démontré qu'utilisé parallèlement avec des modifications au mode de vie, l'orlistat se traduit par une perte pondérale additionnelle d'environ 3 kg ou 3% du poids corporel<sup>2</sup>.

En 2015, après la publication des lignes directrices du GECSS, le liraglutide, un analogue du GLP-1 (glucagon-like peptide 1), a été approuvé au Canada pour le contrôle du poids<sup>5</sup>. Le GLP-1 régule l'appétit et la consommation d'aliments. Pour la perte pondérale, 3 mg de liraglutide sont administrés par voie sous-cutanée chaque jour; les effets secondaires les plus communs sont la nausée, les vomissements et la diarrhée<sup>4</sup>. Il a été démontré que l'ajout du liraglutide aux modifications au mode de vie se traduit par une perte pondérale additionnelle de 5,6 kg ou 8% du poids corporel par rapport aux changements au mode de vie seuls, et par une amélioration des facteurs de risque liés à l'obésité<sup>6</sup>. Le liraglutide a pour avantage le fait que de nombreux médecins de soins primaires le connaissent déjà, parce qu'il est disponible au Canada en doses de 1,2 et 1,8 mg pour la prise en charge du diabète depuis 2010<sup>4</sup>.


Contrairement aux lignes directrices du GECSSP, le guide de pratique clinique de l'Endocrine Society de 2015 appuie totalement le recours à la pharmacothérapie pour

This article is also in English on page 102.

aider à la perte pondérale chez les patients ayant un surpoids et obèses<sup>2</sup>.

Pour aider dans la pratique clinique, une série du *Lancet* en 2015 propose un algorithme à multiples étapes pour simplifier le dépistage et le traitement des patients qui ont un excès de poids ou de l'obésité et des complications connexes. L'approche initiale est d'offrir des programmes de modification au mode de vie, qui incluent la réduction de l'apport calorique de 500 à 1000 kcal par jour, une activité physique modérée la plupart des jours de la semaine et une thérapie cognitivo-comportementale. S'il n'est pas possible d'atteindre une perte pondérale d'en moyenne 0,5 kg par semaine après 3 à 6 mois, une pharmacothérapie est recommandée pour les personnes dont l'IMC est de 30 kg/m<sup>2</sup> ou plus et celles dont l'IMC est de 27 kg/m<sup>2</sup> ou plus qui ont aussi des facteurs de risque<sup>7</sup>.

Les conséquences d'un poids corporel excessif sont bien connues: une morbidité accrue associée à l'hypertension, aux maladies cardiovasculaires, au diabète, aux AVC, à l'arthrose, à l'apnée obstructive du sommeil et à certains types de cancer<sup>8</sup>. Ces conséquences affectent une grande proportion des patients en soins primaires; en 2013, on estimait que 62% des adultes canadiens (de 18 à 79 ans) souffraient d'excès pondéral ou d'obésité, en fonction d'un IMC calculé de 25 kg/m<sup>2</sup> ou plus<sup>9</sup>.

Les lignes directrices du GECSSP minimisent l'importance du rôle des médecins de soins primaires dans la prévention et le traitement de l'obésité. Toutefois, l'accès aux centres bariatriques est limité dans de nombreuses régions. Étant donné la forte proportion de personnes au Canada qui ont un surpoids ou sont obèses, et les bienfaits pour la santé de ces patients qu'apporte une perte de 5 à 10% de leur poids corporel, les médecins de soins primaires devraient être à l'aise d'aider les patients à réduire leur poids en recommandant non seulement des modifications au mode de vie, mais en suggérant aussi une pharmacothérapie dans les cas appropriés. La pharmacothérapie pour le contrôle du poids est un outil important et les effets secondaires des thérapies actuellement approuvées sont principalement de nature gastro-intestinale. 

## Conclusion

L'obésité est une maladie chronique; il faudra du temps pour renforcer les soutiens, améliorer les traitements disponibles et mettre en œuvre des pratiques exemplaires. L'offre de la pharmacothérapie pour le contrôle du poids est un geste que les médecins de famille peuvent faire aisément dès maintenant pour aider individuellement les patients et contribuer à lutter contre l'épidémie d'obésité.

La D<sup>re</sup> Bourns est médecin de famille; elle complète sa résidence en santé publique et en médecine préventive à l'Université d'Ottawa, en Ontario. La D<sup>re</sup> Shiau est directrice médicale de la LEAF Weight Management Clinic, professeure adjointe et directrice du programme de perfectionnement en médecine bariatrique à l'Université d'Ottawa.

**Intérêts concurrents**  
Aucun déclaré

## Correspondance

D<sup>re</sup> Laura Bourns; courriel [lbourn035@uottawa.ca](mailto:lbourn035@uottawa.ca)

## Références

- Brauer P, Gorber S, Shaw E, Singh H, Bell N, Shane A et coll. 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(3):184-95.
- Apovian C, Aronne L, Bessesen D, McDonnell M, Murad M, Pagotto U et coll. Pharmacological management of obesity: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2015;100(23):59. Publ. en ligne du 15 janv. 2015. Erratum dans : *J Clin Endocrinol Metab* 2015;100(5):2135-6.
- Wadden T, Volger S, Sarwer D, Vetter M, Tsai A, Berkowitz R et coll. A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice. *N Engl J Med* 2011;365(21):1969-79.
- Association des pharmaciens du Canada. *Compendium of pharmaceuticals and specialties*. Ottawa, ON: Association des pharmaciens du Canada; 2016.
- Santé Canada [site web]. *Drug Product Database online query*. Ottawa, ON: Santé Canada, Médicaments et produits de santé; 2015. Accessible à : <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/info.do?code=92226&lang=en>. Réf. du 29 déc. 2016.
- Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Halpern A, Krempf M et coll. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. *N Engl J Med* 2015;373(1):11-22.
- Dietz W, Baur L, Hall K, Puhl R, Taveras E, Uauy R et coll. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet* 2015;385(9986):2521-33.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults*. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 1998. Accessible à : [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2003](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2003). Réf. du 13 déc. 2016.
- Statistique Canada. *Body composition of adults, 2012 to 2013*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2015. Accessible à : [www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/141104-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/141104-eng.htm). Réf. du 13 déc. 2016.

## CONCLUSIONS FINALES – OUI

Laura Bourns MD CCFP Judy Shiau MD FRCPC Dip ABOM

- L'obésité est une maladie chronique et, comme dans le cas des autres maladies chroniques (p. ex. diabète, hypertension), lorsque les changements au mode de vie échouent, les patients ont besoin d'une pharmacothérapie comme traitement.
- L'excès pondéral et l'obésité touchent près des 2 tiers de la population canadienne. Les médecins de soins primaires étant aux premières lignes des soins, ils doivent être préparés et armés d'outils comme des médicaments pour le contrôle du poids.
- Il existe des algorithmes et des aides à la décision pratiques pour aider les médecins de soins primaires dans le traitement des patients souffrant de surpoids ou d'obésité.
- Le liraglutide (3,0 mg) et l'orlistat sont actuellement accessibles au Canada. Les 2 ont, au plus, des effets secondaires gastro-intestinaux potentiels. L'orlistat est disponible depuis 1999 et le liraglutide en doses de 1,2 et de 1,8 mg est accessible au Canada depuis 2010. Par conséquent, les médecins de soins primaires connaissent déjà ces médicaments et devraient pouvoir les administrer au besoin.

Les parties à ce débat contestent les arguments de leur opposant dans des réfutations accessibles à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca). Participez à la discussion en cliquant sur Rapid Responses à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca).