

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

Elizabeth Shaw MD CCFP FCFP

**NON** J'ai 3 principales préoccupations entourant les points soulevés dans l'argument du « oui »<sup>1</sup>.

Premièrement, je remets en question l'inquiétude de mes opposantes selon laquelle la faible recommandation du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP)<sup>2</sup> contre la pharmacothérapie dissuadera les médecins de soins primaires d'utiliser à l'occasion des médicaments pour traiter l'obésité. Étant donné les données probantes dont nous disposons (qui n'ont pas changé, malgré l'approbation récente par Santé Canada du liraglutide pour l'obésité), l'utilisation systématique des médicaments pour traiter l'obésité est inappropriée. Selon l'approche GRADE (grading of recommendations, assessment, development, and evaluation), une recommandation faible implique une discussion éclairée des bienfaits et des risques de l'intervention proposée. À la suite de cette discussion, le médecin de soins primaires pourrait quand même prescrire des médicaments en fonction des circonstances particulières. Il importe de rappeler aux lecteurs que le mandat du GECSSP est « [d'appuyer] les fournisseurs de soins de santé primaires dans la prestation de soins de santé préventifs » et qu'aucun des auteurs des lignes directrices n'avait d'affiliation avec l'industrie pharmaceutique.

Ma plus grande inquiétude se situe dans la confiance accordée au guide de pratique clinique de l'Endocrine Society<sup>4</sup>. La force de ses recommandations d'utiliser la pharmacothérapie pour les patients dont la prise en charge du mode de vie a échoué est faible elle aussi, mais s'appuie sur des données probantes de faible qualité. Il convient de rappeler que la faible recommandation du GECSSP de ne pas prescrire de médicaments s'appuyait sur des données probantes d'un niveau de qualité modéré. De plus, les lignes directrices précisent spécifiquement que les effets de ces médicaments sur la perte pondérale ne durent que tant qu'ils sont pris, et qu'un gain pondéral graduel se produit habituellement lorsqu'ils sont discontinués<sup>4</sup>. Contrairement aux auteurs des lignes directrices du GECSSP, 3 des 8 auteurs du guide de pratique de l'Endocrine Society (y compris l'auteur principal) avaient des conflits d'intérêts potentiels en raison d'une association significative avec l'industrie pharmaceutique.

Enfin, une discussion éclairée présuppose une compréhension autant des risques que des bienfaits. Les renseignements présentés sont insuffisants à propos des risques potentiels des médicaments (en particulier le liraglutide, avec lequel ils pourraient être considérables<sup>5,6</sup>) et aucune information n'est donnée concernant leur efficacité ou leur innocuité à long terme.

L'obésité est un facteur de risque de maladies chroniques. Nous devrions exiger une meilleure évaluation des bienfaits par rapport aux risques, particulièrement pour les patients asymptomatiques, avant de recourir à la pharmacothérapie pour traiter ce qui est principalement un problème de mode de vie. Nous n'avons pas atteint cette barre. Si nous voulons prescrire, prescrivons plutôt l'activité physique, pour laquelle les données probantes étayent l'amélioration de la qualité de vie, l'un de nos principaux objectifs dans la prise en charge des maladies chroniques<sup>7</sup>.

La Dr<sup>e</sup> Shaw est médecin de famille et professeure de médecine familiale à l'Université McMaster à Hamilton, en Ontario.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Correspondance

Dr<sup>e</sup> Elizabeth Shaw; courriel [shawea@mcmaster.ca](mailto:shawea@mcmaster.ca)

#### Références

1. Bourns L, Shiau J. Les médecins de famille devraient-ils prescrire des médicaments contre l'obésité? Oui [Débat]. *Can Fam Physician* 2017;63:102-3 (ang), 106-7 (fr).
2. 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.
3. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs [site web]. À propos du GECSSP. Calgary, AB: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2016. Accessible à : <http://canadiantaskforce.ca/a-propos-du-gecssp/?lang=fr>. Réf. du 21 janv. 2017
4. Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U et coll. Pharmacological management of obesity: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2015;100(23):342-62. Publ. en ligne du 15 janv. 2015. Erratum dans: *J Clin Endocrinol Metab* 2015;100(5):2135-6.
5. Weir MA, Beyea MM, Gomes T, Juurlink DN, Mamdani M, Blake PG et coll. Orlistat and acute kidney injury: an analysis of 953 patients. *Arch Intern Med* 2011;171:702-10.
6. Taylor P, Baglioni P. Liraglutide in weight management. *N Engl J Med* 2015;373(18):1779-82.
7. Lawton BA, Rose SB, Elley RC, Dowell AC, Fenton A, Moyes SA. Exercise on prescription for women aged 40-74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. *BMJ* 2009;339:b5054.

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the February 2017 issue on page e83.

Ces réfutations sont les réponses des auteurs des débats dans le numéro de février (*Can Fam Physician* 2017;63:102-5 [ang], 106-9 [fr]).